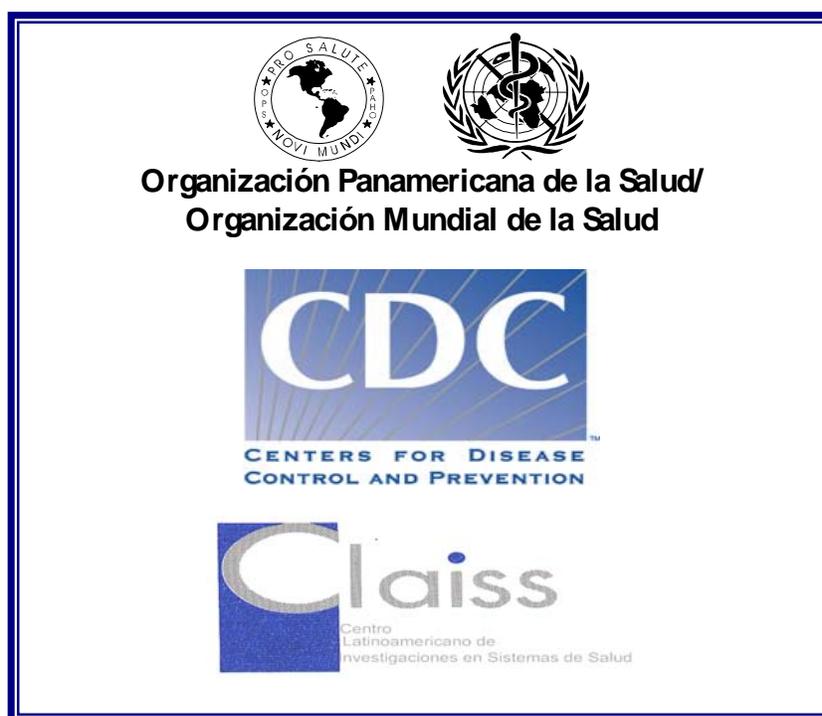


INICIATIVA “SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS”

**Medición del Desempeño de las
Funciones Esenciales de Salud Pública**

**Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición
del Desempeño de las
Funciones Esenciales de Salud Pública**



**GUIA PARA LA APLICACIÓN
 DEL INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE LAS
 FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA
 EN LOS PAISES DE LAS AMERICAS**

1.	Breve descripción de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”.....	3
1.1	Bases conceptuales de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”.....	3
1.2.	Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública.....	4
1.3.	FESP y Provisión de Servicios.....	5
1.4.	Antecedentes de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”.....	5
1.5.	La definición de las FESP para la Región de las Américas.....	7
2.	Propósito de la aplicación del instrumento de medición de las FESP en los países	9
2.1.	La definición de estándares de desempeño de las FESP.....	10
2.2	Acuerdos regionales que respaldan la iniciativa “Salud Pública en las Américas”	11
3.	El instrumento de medición de las FESP para la Región de las Américas.....	13
3.1	Secciones del instrumento.....	15
3.2.	Análisis de los resultados de la medición.....	17
	Ejemplos.....	18
3.3	Identificación de áreas de intervención prioritaria para el plan de desarrollo institucional.....	21
4.	El proceso de aplicación del instrumento en los países de la Región.....	23
4.1.	Participantes en el ejercicio de medición.....	23
4.2.	Preparación del proceso de aplicación del instrumento en los países.....	26
4.3	La agenda del proceso de aplicación del instrumento.....	30
4.4.	Conformación de los grupos.....	32
4.5.	Desarrollo de la aplicación del instrumento en los países.....	33
5.	Programa de procesamiento del puntaje de la edición.....	34
6.	Elaboración del informe final.....	37
7.	Evaluación del ejercicio de aplicación del instrumento.....	39

1. Breve descripción de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”

El propósito de la iniciativa “Salud pública en las Américas” es mejorar la práctica de la salud pública en los niveles nacionales y subnacionales; condición necesaria para fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias respecto al conjunto del sistema de salud. El proyecto tiene los siguientes objetivos:

- Promover una visión común de la salud pública y de las funciones esenciales de la salud pública en las Américas;
- Desarrollar un marco de evaluación del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública en los países del hemisferio;
- Conducir una evaluación de la práctica de la salud pública en cada país de las Américas, midiendo el grado en que se desempeñan las funciones esenciales de la salud pública;
- Desarrollar un plan de acción hemisférico para el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y la mejora de la práctica de la salud pública;
- y
- Editar un libro titulado “El Estado de la Salud Pública en las Américas”, para ser publicado a fines de 2001, el que contendrá los principales productos generados por el proyecto y aportará una evaluación del grado en que se desarrollan las funciones esenciales de la salud pública en las Américas.

Esta iniciativa, que es coordinada por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de la Organización Panamericana de la Salud, involucra a todas las unidades técnicas de la sede central de la OPS, así como a las representaciones de la organización en los países. El proyecto se ha beneficiado con la colaboración del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director Emérito de la Organización, a cargo del desarrollo de un marco conceptual para la iniciativa y se sustenta en el trabajo conjunto de expertos de OPS, de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y del Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS). Durante su desarrollo, la iniciativa ha consultado a un amplio espectro de expertos en salud procedentes del ámbito académico, de sociedades científicas y organizaciones internacionales, los que conforman una red que retroalimenta continuamente el desarrollo del proyecto.

1.1 Bases conceptuales de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”

La definición de las funciones esenciales de salud pública (FESP) se sustenta en el concepto de salud pública como una acción colectiva del Estado y la Sociedad Civil para proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades. Es una noción que va más allá de las intervenciones de base poblacional o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad. No se aproxima a la salud pública en cuanto disciplina académica

sino en cuanto práctica social interdisciplinaria. De acuerdo con este enfoque, la salud pública no es concebida como sinónimo de responsabilidad del Estado en salud, ya que el trabajo en esta área se extiende más allá de las tareas propias del Estado y no comprende todo lo que el Estado puede y debe hacer en el campo de la salud.

La iniciativa “Salud Pública en las Américas” pretende evitar la frecuente confusión entre el rol del Estado en salud, normalmente ejercido por los ministerios de salud y la responsabilidad del Estado en cuanto garante del ejercicio apropiado de las FESP. Aun cuando el Estado tiene un rol indelegable en el ejercicio directo o en la garantía de las FESP, estas funciones representan solo una fracción de sus responsabilidades en salud. Es una fracción muy importante, por supuesto. El ejercicio apropiado de estas responsabilidades es fundamental, no solo para elevar el nivel de salud y la calidad de vida de la población, sino que es parte importante del rol del Estado en salud, el que también incluye la conducción, regulación, modulación del financiamiento sectorial, supervisión del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios.

El proyecto se apoya en la convicción de que la autoridad del Estado en salud es más legítima y mejor ejercida en la medida que el desempeño de las FESP sea adecuado.

1.2 Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Las FESP han sido definidas como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes tomadas en el curso del desarrollo de la iniciativa “Salud Pública en las Américas” tiene que ver con la necesidad de adoptar la definición de los indicadores y estándares para la medición del desempeño de las FESP con el fin de fortalecer la práctica de la salud pública mediante el fortalecimiento de las capacidades institucionales necesarias para su ejecución general. Esta aproximación parece mejor que una metodología que incluya tanto a funciones como a esferas de la acción de la salud pública. Si las funciones son definidas adecuadamente para incluir todas las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en cada esfera de trabajo de la salud pública, como se ilustra en la Figura 1.

Figura Nº 1: Funciones esenciales y campos de acción de la salud pública

Áreas de Aplicación de las FESP fFESP	Salud Ambiental	Salud ocupacional	Salud materno-infantil	Enfermedades crónicas	Otras
Ejemplos					
1. Monitoreo de la situación de salud	Monitoreo de riesgos ambientales	Monitoreo de riesgos en el ambiente de trabajo	Monitoreo de riesgos de salud de madres y niños	Monitoreo de riesgos de salud en enfermedades crónicas	
2. Regulación, fiscalización	Monitoreo del cumplimiento con la regulación ambiental	Monitoreo de la legislación en salud de los trabajadores	Monitoreo del cumplimiento de leyes de protección de la maternidad	Monitoreo del cumplimiento de regulaciones que promueven conductas saludables	
3. Etc.					

1.3 FESP y Provisión de Servicios

Es difícil establecer una separación nítida entre las responsabilidades propias en materia de salud pública en la conducción de servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en grupos poblacionales definidos, y aquellas que tienen que ver con la organización de servicios dirigidos a la atención curativa individual.

Los énfasis en esta materia son sin duda diferentes. Es patrimonio *esencial* de la salud pública el dedicarse a la primera de las funciones señaladas más arriba. En lo que respecta a la segunda, sus responsabilidades *esenciales* apuntan más a la preocupación por el acceso equitativo a los servicios, la garantía de su calidad y la incorporación de la perspectiva de la salud pública en la orientación de los servicios de salud individuales. Es por ello que una de las FESP definidas como parte de la iniciativa se dirige al refuerzo de la capacidad de la autoridad sanitaria para garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud y no se contempla una función esencial de provisión de tales servicios.

1.4 Antecedentes de la Iniciativa “Salud Pública en las Américas”

En los años recientes se han hecho grandes avances para mejorar la definición de las FESP y medir su desempeño. Entre estos, los más importantes han sido el estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Nacional de Estándares de Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) de los Estados Unidos.

En Enero de 1997, el Comité Ejecutivo de OMS recomendó la promoción del desarrollo conceptual de las FESP para apoyar la renovación de la política de Salud

para Todos en el Año 2000. Con este fin, se decidió conducir un estudio Delphi, cuyo propósito era redefinir el concepto de FESP y conseguir un consenso internacional en relación con las características centrales de estas funciones. En este estudio, 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades fueron consultados en tres rondas consecutivas. Al final, el panel definió nueve FESP, a saber: (*Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles; Monitoreo de la situación de salud; Promoción de salud; Salud ocupacional; Protección ambiental; Legislación y regulación en salud pública; Gestión en salud pública; Servicios de salud pública específicos y; Cuidados de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo*).

En 1988, el Instituto de Medicina de los EE.UU., después de más de 60 años de esfuerzos para definir y medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y evaluar la operación de las agencias de salud pública, publicó un informe en el que se identificaron tres grupos de funciones para las organizaciones de salud pública (*evaluación, desarrollo de políticas y garantía de protección en salud*) y en 1994, un grupo de trabajo en las principales funciones de salud pública, co-dirigido por el Director del CDC y el Subsecretario para Control de Enfermedades y Promoción de la Salud y constituido también por representantes de las agencias de salud pública y por las principales organizaciones de salud pública, hizo notar la confusión causada por la existencia de diferentes versiones de las "funciones principales". A partir del informe de este comité se organizó un subconjunto, encabezado por la Oficina para la Práctica de la Salud Pública y la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud del CDC, el que durante el mismo año aprobó el documento "Salud Pública en los Estados Unidos de América".

En este documento, se identifica una *visión* (gente sana en comunidades saludables) y la *misión* de promover la salud física y mental y prevenir la enfermedad y la discapacidad. Se definieron también los siguientes objetivos de salud pública: *Prevención de epidemias y de la expansión de la enfermedad; Protección contra el daño causado por factores ambientales; Prevención de la discapacidad; Promoción de conductas saludables; Respuesta a desastres y asistencia a comunidades afectadas; y Garantía de calidad y acceso a servicios de salud*. El mismo documento definió 10 "servicios esenciales" de salud pública¹, que van desde el "Monitoreo del nivel de salud para identificar problemas de salud en la comunidad" hasta la "Investigación de enfoques y soluciones innovadoras a los problemas de salud".

En la actualidad, el Gobierno de Estados Unidos ha implementado el Programa Nacional de Estándares de Desempeño de Salud Pública (NPHPSP), el que ha desarrollado instrumentos para medir el desempeño de las FESP en los distintos niveles de la estructura de la autoridad sanitaria del país. El modelo de instrumento utilizado por este proyecto constituye un referente importante para la construcción de

¹ Para los efectos de la iniciativa "Salud Pública en las Américas", el término "servicios esenciales de salud pública", acuñado por el proyecto de los Estados Unidos, es homólogo al de "funciones esenciales de salud pública" utilizado en el proyecto.

la herramienta de medición desarrollada por la iniciativa “Salud Pública en las Américas”.

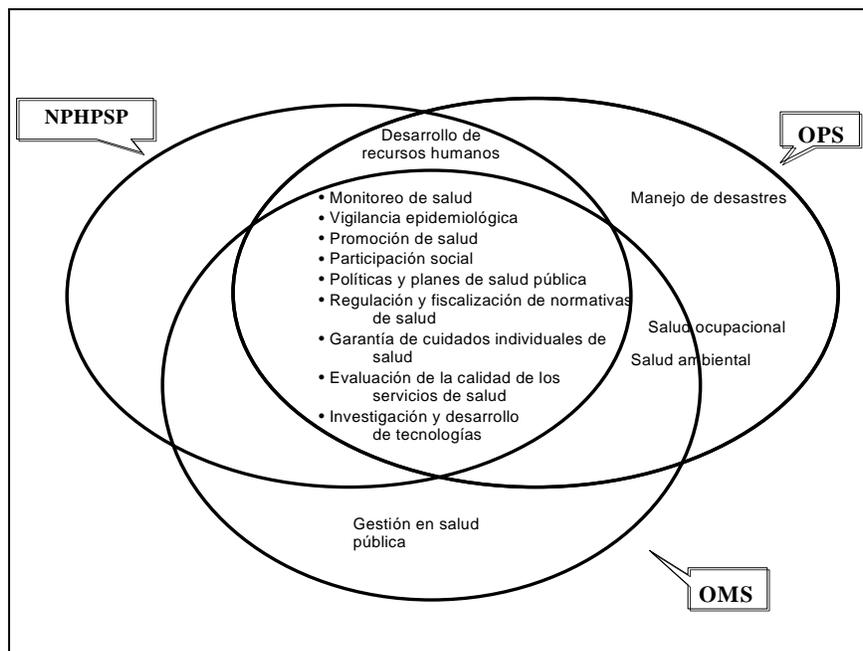
1.5 La Definición de las FESP para la Región de las Américas.

El proyecto se focalizó inicialmente en el examen del progreso alcanzado previamente en la definición de FESP, buscando áreas de convergencia entre los diversos enfoques desarrollados. Los resultados de este análisis se presentan en la Figura 2. Como se observa en la intersección de las tres aproximaciones, hay una importante convergencia en los progresos hechos por el NPHPSP, el estudio de OMS y avances previos desarrollados en OPS.

Hay dos funciones en el estudio de OMS y en las reflexiones iniciales de OPS que representan importantes esferas de acción de la salud pública. Utilizando un enfoque funcional en lugar de uno de "área de acción", estas dos funciones (salud ambiental y salud ocupacional) pueden ser tratadas como áreas de trabajo en salud pública en las que todas las funciones esenciales ubicadas en la intersección de los tres enfoques deben ser aplicadas para mejorar la operación de la salud pública en estas esferas de acción. La preparación para desastres implica acciones y capacidades muy específicas que no son comunes al resto de las funciones esenciales y puede ser tratada, por tanto, como una función separada.

El estudio de OMS definió una función específica para la gestión en salud pública, cuya medición es importante en la Región. Algo similar ocurre con el desarrollo de recursos humanos en salud pública, incluido como FESP en el NPHPSP y en los avances previos de OPS.

Figura Nº 2: FESP definidas en el NPHPSP², el estudio Delphi de OMS y avances previos de OPS



A partir de esta primera búsqueda de convergencias, el grupo de trabajo a cargo de la iniciativa construyó el primer borrador de un instrumento para la medición del desempeño de las FESP, incluyendo la definición de cada una de las funciones esenciales incluidas, así como los indicadores y estándares para la evaluación del desempeño de las mismas; el que fue difundido a diferentes grupos de expertos y profesionales de salud pública, en un proceso que culminó en la reunión de la red de instituciones y expertos convocada por OPS para este fin³.

El instrumento, ahora conteniendo mediciones y submediciones para cada uno de los indicadores fue validado posteriormente en cuatro países de la Región: Bolivia, Colombia, Jamaica y Chile. La validación se realizó con grupos de informantes claves que incluyeron a directivos de los diferentes niveles de la autoridad sanitaria (central, intermedio y local), académicos y representantes de asociaciones de salud pública o de otras instituciones vinculadas con salud pública. Estos ejercicios permitieron perfeccionar el instrumento de medición recogiendo la experiencia y opinión de los participantes.

² National Public Health Performance Standards Program, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

³ Consulta a expertos: Funciones Esenciales de Salud Pública y Medición de su desempeño en la práctica de la Salud Pública. Washington D.C., 9 y 10 de septiembre 1999.

2. Propósito de la aplicación del instrumento de medición de las FESP en los países.

La medición del desempeño de las FESP en el nivel de las autoridades sanitarias de los países de la Región debería permitir a los ministerios la identificación de aquellos factores críticos a considerar para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la “infraestructura” de salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, fórmulas de gestión y recursos materiales necesarios para dicho propósito.

Esta medición resulta aún más pertinente en períodos como los actuales, marcados por el intento de reformar los sistemas de salud con el fin de hacerlos más adecuados a la satisfacción de las necesidades de salud de la época. En estos procesos, la salud pública está llamada a jugar un rol fundamental, ya que es en su ámbito de acción donde se juega la posibilidad de lograr mayor equidad en el acceso a mejores condiciones de salud.

Dado que la mayoría de los países de la Región toman decisiones hoy 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 tomar decisiones de inversión dirigidas a su fortalecimiento.

Como ya se ha señalado, la fortaleza en materia de salud pública es un sustento básico del ejercicio de la autoridad sanitaria, la que resulta imprescindible para definir las políticas de salud en forma coherente con los principios inspiradores de los sistemas de salud (equidad, eficiencia, respuesta a las expectativas ciudadanas, por ejemplo) así como para asegurar su implementación y su desarrollo en forma concordante con los mismos principios. Por ello, la medición precisa de las falencias actuales es muy importante para los gobiernos y para las agencias de cooperación técnica y financiera involucradas en salud.

Finalmente, un énfasis que hoy está presente en todos los procesos de reforma es el de la introducción de una cultura de evaluación de resultados derivados del uso de ingentes y crecientes recursos 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. Es de esperar, que como resultado de su aplicación se obtenga un diagnóstico que no sólo sea una imagen estática del actual estado de cosas sino un análisis dinámico de los resultados que se obtienen hoy y de los que serán posibles en el futuro si se invierte en el cierre de las brechas de recursos, capacidades y procedimientos detectadas.

Resumiendo, la idea de la medición del desempeño es la de identificar las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública para permitir un diagnóstico

operacional de las áreas de trabajo que requieren mayor apoyo. El objetivo es fortalecer la infraestructura de salud pública, entendida en su sentido más amplio para incluir las capacidades humanas y materiales necesarias para el buen desempeño de su práctica.

Con el fin de avanzar hacia el logro de este objetivo, es importante que la decisión de medir el desempeño vaya seguida del desarrollo de instrumentos que puedan ser mejorados constantemente hasta que alcancen la madurez que permita su utilización rutinaria en los diversos niveles en que se ejercita la salud pública en la Región. El desarrollo de instrumentos para medir el desempeño de las FESP implica un largo proceso para definir las funciones cuyo desempeño va a ser medido, los indicadores de desempeño y las medidas y submedidas que servirán de verificadores.

2.1 La Definición de Estándares de Desempeño de las FESP

La información obtenida con instrumentos de medición de esta naturaleza puede ayudar a la ASN a evaluar y definir con mayor efectividad el rol de la salud pública en el sector salud. Esta medición permitirá también a las autoridades de salud nacionales avanzar hacia estándares óptimos de la práctica de la salud pública en los niveles nacionales y subnacionales. La información obtenida de esta medición también es importante para asegurar la retroalimentación necesaria para permitir la mejor asignación de responsabilidades específicas y recursos al interior del sistema de salud pública. Como resultado, tomando en cuenta todas estas capacidades, esta medición puede ayudar a la ASN a mejorar la práctica de la salud pública en el país.

Como en otros procesos de medición de desempeño, debe optarse entre estándares aceptables y óptimos. La definición de niveles aceptables es difícil y necesariamente arbitraria, pues supone o la elección de un nivel comparable al promedio hipotético de la realidad de la Región o una definición de lo mínimo requerido para ejercer una función a juicio de un grupo de expertos. La decisión a favor de estándares óptimos resulta más adecuada siempre que, obviamente, se relacione con la situación general de la Región y estimula a la mejora continua.

Dada la heterogeneidad de este contexto, los estándares serán óptimos para las mejores condiciones que puedan ser demandadas en plazos razonables a todos los países de la Región; esto implica la necesidad de confiar en la “opinión experta” para determinar cuales son esas condiciones. Sin perjuicio de esto, optar por estos óptimos razonables parece más apropiado y consistente con el objetivo de perfeccionar la infraestructura de los servicios de salud pública en el plazo más breve posible.

2.2 Acuerdos Regionales que Respaldan la Iniciativa “Salud Pública en las Américas”

Teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores, los Ministros de Salud asistentes al Consejo Directivo de OPS realizado el año 2000, aprobaron por unanimidad una resolución que en lo esencial recomendó⁴ instar a los Estados Miembros:

- a) Que participen de un ejercicio regional de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a fin de posibilitar un análisis del estado de la salud pública en las Américas, auspiciado por la OPS;
- b) 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.

En la misma resolución, los Ministros instaron al Director General de OPS para:

- a) Que disemine ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la definición y medición de las FESP;
- b) Que lleve a cabo, en estrecha coordinación con las autoridades sanitarias nacionales de cada país, un ejercicio de medición del desempeño con la metodología diseñada;
- c) Que efectúe un análisis regional respecto del estado de la 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 FESP; y
- e) Que incorpore la línea de trabajo sobre las FESP a las acciones de cooperación en materia de reforma sectorial y de fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria.

La definición y la medición del desempeño de las FESP se concibe como una forma de contribuir al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública y de mejorar el diálogo entre la salud pública y otras disciplinas relacionadas con 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 entrega de estas intervenciones. La disposición de la salud pública a rendir cuentas a los ciudadanos de su desempeño debería comenzar por aquellas áreas de las que es exclusivamente responsable (FESP). La legitimidad de la salud pública y su capacidad de convocar a otros sectores en materias de salud, se verá aumentada gracias a una medición más precisa de la esencia de su trabajo.

⁴ Resolución CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C, 25 al 29 de Septiembre de 2000.

La medición no pretende en ningún caso, servir de “evaluación” de la gestión de los ministerios o ministros, ni terminar en una clasificación de los países de acuerdo a su compromiso con la salud pública. Sin perjuicio de la anterior, con el fin de cumplir con el mandato del Consejo Directivo, OPS debe facilitar la aplicación del mismo instrumento en todos los países de la Región, lo que permitirá la realización de un diagnóstico de áreas de debilidad y fortaleza en el conjunto de los países.

El sentido de esta medición es que represente una “autoevaluación” de los países, con el marco de referencia que provee este instrumento al permitir la comparabilidad en el análisis de la situación de la salud pública en las Américas. Tal como lo señaló el Comité Ejecutivo de OPS⁵, el objetivo que persigue el instrumento no se conseguirá a menos que esta medición se realice periódicamente y el instrumento se use de manera continua, para lo cual este ejercicio de medición debe realizarse en estrecha coordinación entre los países y la OPS.

El instrumento ofrece un marco común para la medición del desempeño de las FESP aplicable a todos los países respetando la estructura organizacional del sistema de salud propia de cada país. En países de estructura federal, por ejemplo, será necesario orientar la medición de acuerdo con la práctica descentralizada de la autoridad propia de cada una de estas entidades.

Finalmente, la definición de las FESP y la medición de su grado de desempeño en la Región, es fundamental para fortalecer la educación en salud pública en las Américas. Una actividad cuya actual crisis tiene mucho que ver con la falta de una definición más precisa de su quehacer; tarea a la que contribuye este esfuerzo de medición, aun cuando su sentido no sea el de definir el ámbito de acción de la salud pública en cuanto disciplina o “interdisciplina” académica. En este plano, acuerdos recientes de la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESPP) respaldan el desarrollo de la iniciativa, la que consideran será un aporte relevante al desarrollo de la docencia y la investigación en salud pública.

⁵ 126º Sesión del Comité Ejecutivo de OPS, junio del 2000.

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 tiene la estructura siguiente:

- Una breve introducción explicando los fundamentos de la iniciativa y las características del instrumento,
- 11 *Funciones Esenciales de salud Pública*, cada una con su correspondiente *definición*, presentada en un recuadro conteniendo las prácticas que identifican el quehacer propio de cada FESP e *indicadores*, 3 a 6 por función, cada uno de los cuales contiene -
 - Un *estándar* para el indicador, que describe el “óptimo deseable” de cumplimiento para el mismo
 - Un conjunto de *mediciones* que sirven de verificadores del desempeño de cada indicador, el que se expresa en un porcentaje de cumplimiento que es función de la respuesta a
 - Un conjunto de submediciones que admiten respuestas dicotomas (Si o No).

La lista de FESP que se definen en este instrumento está, obviamente, sujeta a mejoras y no pretende representar a todas las visiones que existen acerca de este tema en el mundo de la salud pública. Sin perjuicio de esto último, se han hecho esfuerzos tendientes a minimizar sesgos y recoger los aspectos relevantes expuestos por expertos y actores vinculados a la decisión política de salud en cada una de las ocasiones en que se ha contado con su opinión. Debe tenerse presente que este instrumento constituye un primer esfuerzo de medición del desempeño en materia de salud pública en los países de la Región, esfuerzo que sin duda es perfectible en el futuro, especialmente si los países se apoderan del instrumento porque les ayuda a orientar sus esfuerzos dirigidos a la mejoría de la práctica de la salud pública.

El listado de la Figura 3 incluye las 11 FESP identificadas como críticas para la práctica de la salud pública, contenidas en el instrumento de medición desarrollado por OPS en colaboración con los CDC y CLAISS.

Figura Nº 3: Las Funciones Esenciales de Salud Pública

Funciones Esenciales de Salud Pública	
FESP 1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en 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 servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud⁶

⁶ La reducción del impacto de emergencias y desastres en salud incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.

3.1 Secciones del instrumento

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

Utilizando esta definición, se han establecido indicadores para cada función, los que se usan para medir la infraestructura, capacidades, procesos y resultados involucrados en el desempeño de la misma. Cada función tiene un promedio de 4 a 5 indicadores. En general todas las funciones comienzan con indicadores de *resultados* tales como:

- ◆ FESP 1: indicador “Guías de monitoreo y evaluación de la situación de salud”
- ◆ FESP 2: indicador “Sistema de vigilancia para identificar amenazas 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: indicador “Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública” y “Fortalecimiento de la participación social en salud”

A continuación se incorporan indicadores de *procesos* considerados claves para el buen desempeño de cada función esencial tales como:

- ◆ 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 actividades de promoción, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables”

Todas las funciones incluyen indicadores que miden la *capacidad institucional* para el desempeño de las FESP, así como indicadores dirigidos a medir el *apoyo técnico a los niveles subnacionales*, los que permiten evaluar los esfuerzos por fortalecer la descentralización, los que suelen ser los últimos indicadores de cada función. Ejemplo de indicadores dirigidos a evaluar capacidad institucional son:

- ◆ FESP 5: Indicadores “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión en Salud Pública” y “Gestión de la cooperación internacional en Salud Pública”
- ◆ FESP 6: Indicador “Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio”
- ◆ FESP 7: Indicador “Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud necesarios”

Cada indicador a su vez, tiene un estándar modelo que describe en detalle las capacidades necesarias para ejercer en forma óptima la función. Como se explicó previamente se han definido estándares óptimos con el objetivo de que los países al efectuar la medición de las FESP puedan identificar más fácilmente las brechas existentes entre el estado actual de las FESP en el país y ese estándar óptimo.

Finalmente, para cada uno de los indicadores, se han diseñado mediciones que corresponden a preguntas “*madres*” de un grupo de submediciones que son preguntas que detallan aun más las capacidades específicas descritas en el estándar para cada medición. Estas submediciones son las que en definitiva dan cuenta del grado de desarrollo o acercamiento al óptimo esperado. Por ejemplo:

7.2.2. La ASN ¿Tiene personal capaz de informar a los ciudadanos acerca del acceso a los servicios de salud?

En todo caso, cuenta con personal que tiene experiencia y capacidad para:

7.2.2.1. ¿Disminuir barreras lingüísticas y culturales?

7.2.2.2. ¿Focalizar acciones en poblaciones de difícil acceso?

7.2.2.3. ¿Informar a los proveedores acerca de programas de prevención?

7.2.2.4. ¿Acercar servicios a poblaciones de alto riesgo?

7.2.2.5. ¿Desarrollar programas nacionales de detección precoz?

7.2.2.6. ¿Apoyar a poblaciones vulnerables o sub-servidas para que reciban los servicios necesarios?

7.2.2.7. ¿Implementar métodos innovadores de atención para promover el acceso a los servicios (pe: Clínicas móviles, ferias, etc.)?

7.2.2.8. ¿Colaborar con las instituciones de seguridad social para asegurar un monitoreo focalizado en poblaciones sub-servidas?

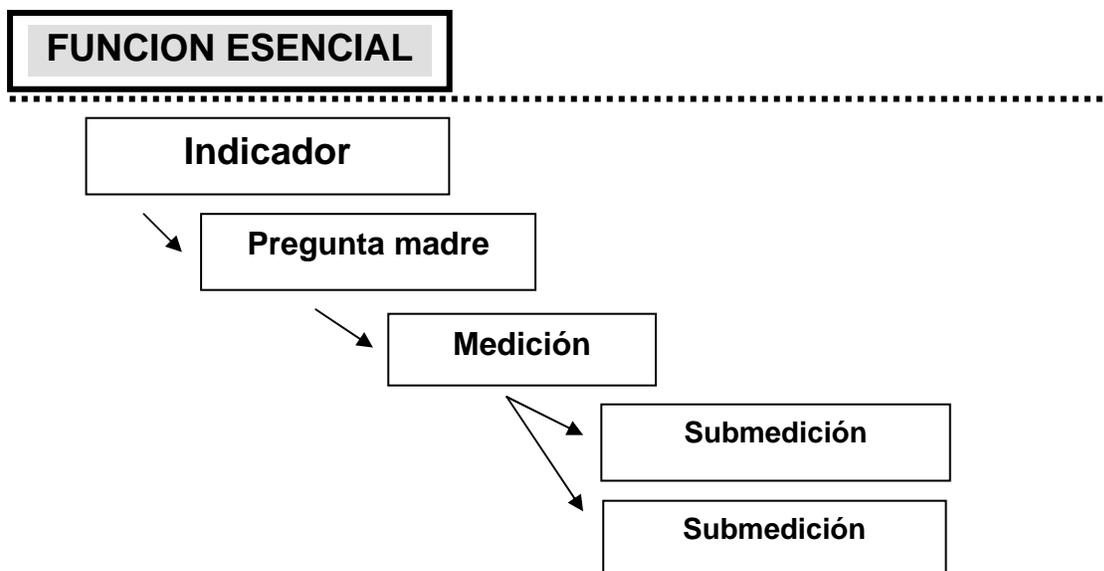
La identificación de los indicadores y de sus respectivas mediciones es uno de los pasos más complejos y difíciles en el diseño del instrumento. Los indicadores son el componente más importante del instrumento y determinarán su calidad y utilidad. En suma, constituyen el corazón de la medición.

El objetivo es que mediante la respuesta del país a varias mediciones y submediciones, se pueda obtener un perfil más completo del estado de la práctica de la salud pública desde la perspectiva nacional, en términos de estructura, procesos y resultados específicos. Cuando se evalúan los indicadores y sus mediciones es importante tomar en cuenta la fuente de la información en la que se basa la respuesta. Esta información debe venir de fuentes disponibles y fácilmente accesibles y consiste tanto de datos cuantitativos como cualitativos.

En último término, los indicadores claves son capaces de ligar resultados específicos con procesos claves del sistema. La validez de los indicadores permitirá asegurar la continuidad de la vigencia del instrumento y mejorar la garantía de calidad en la práctica de la Salud Pública en el futuro.

3.2 3.2 Análisis de los Resultados de la Medición

A continuación se describe la metodología de construcción del puntaje obtenido a partir de la medición. Tal como se describió en la sección previa, el formato del instrumento es el siguiente:



El puntaje de cada uno de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se construye basándose en el puntaje obtenido para las llamadas "Preguntas Madres". Estas preguntas tendrán la opción de respuesta parcial dado que se construyen sobre la base del valor promedio de respuestas "Si" de las mediciones y submediciones que se detallan en su interior.

Las preguntas correspondientes a medidas y submedidas solo tienen las alternativas de respuesta "Si" ó "No". No se puede aceptar en ellas la respuesta parcial⁷. Por esta razón la forma en que se construye la respuesta colectiva a cada medida y submedida es un tema relevante. En caso que no sea posible obtener una respuesta de consenso del grupo, al menos el 60% de los participantes deben estar a favor de la opción "Si" para que la respuesta colectiva a la pregunta madre sea afirmativa.

⁷ El caso descrito en el caso 2 del ejemplo N°4 constituye, en alguna medida, una excepción a la regla mencionada ya que el puntaje de la submedida que tiene a su vez submediciones o verificadores se calcula asignando una ponderación especial a ese subconjunto de preguntas.

El instrumento se acompaña de un software ad hoc que permite el cálculo directo del puntaje final de cada pregunta madre en función de las respuestas a las mediciones y submediciones que la componen. Este cálculo del puntaje final de cada pregunta madre opera como un promedio de las respuestas “Si” a las mediciones y submediciones, donde una respuesta “Si” lleva un valor de uno (1) y una respuesta “No” lleva un valor de cero (0), de la siguiente manera:

Ejemplo N°1:

Pregunta Madre: Si No Parcial

Mediciones: la respuesta es “Si” a todo
Submediciones: la respuesta es “Si” a todo

Puntaje: 100% o 1.0

Ejemplo N°2:

Pregunta Madre: Si No Parcial

Mediciones: la respuesta es “No” a todo
Submediciones: la respuesta es No a todo

Puntaje: 0% o 0.0

Ejemplo N°3:

Pregunta Madre: Si No Parcial

Mediciones: la respuesta “Si” es para 1 de 2 medidas
Submediciones: Las submediciones de la primera medición son “Si” a todas las preguntas relacionadas con esa medición. Las submediciones de la segunda medición son todas “No”.

Puntaje: 50% o 0.5

Ejemplo N°4: A continuación se presentan dos ejemplos prácticos con preguntas reales del instrumento:

Caso 1

11.1.3 La ASN ¿Entrena su personal de salud en la preparación para emergencias y desastres?

En todo caso, la ASN entrena a su personal en:

11.1.3.1 ¿Definir lineamientos para enfrentar emergencias y desastres dentro del sector salud?	1
11.1.3.2 ¿Coordinar actividades dentro del sector salud?	1
11.1.3.3 ¿Coordinar actividades con otros sectores?	1
11.1.3.4 ¿La prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles como consecuencia de desastres?	1
11.1.3.5 ¿Protección de trastornos mentales como consecuencia de desastres?	0
11.1.3.6 ¿Seguridad de los alimentos con posterioridad a desastres?	1
11.1.3.7 ¿Saneamiento y salud ambiental con posterioridad a desastres?	1
11.1.3.8 ¿Control de vectores en situaciones de emergencia?	0
11.1.3.9 ¿Gestión de servicios de salud en situaciones de emergencia?	1
11.1.3.10 ¿Ejercicios de simulación y simulacros de situaciones de emergencia?	1
11.1.3.11 ¿Conducir evaluaciones rápidas de riesgo y necesidades?	1
11.1.3.12 ¿Procurar, solicitar y distribuir equipamientos/suministros críticos de salud para emergencias y desastres?	1
11.1.3.13 ¿Operación de sistemas de comunicaciones y salas de situación en situaciones de emergencia?	1
11.1.3.14 ¿Operación del sistema de transporte en emergencias?	1
11.1.3.15 ¿Diseminar información de salud por medio de comunicación de las masas y otros medios?	0
11.1.3.16 ¿Asegurar transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios luego de catástrofes?	0
11.1.3.17 ¿Elaboración de proyectos de emergencias para la rehabilitación del sector salud?	0

En este ejercicio tenemos 12 respuestas Sí a las 17 mediciones de la pregunta madre 11.1.3. El valor definitivo de la pregunta madre será el siguiente:

$12/17 = 0.71$

Caso 2

1.1.1 La ASN ¿Ha desarrollado guías para medir y evaluar el estado de salud de la población?

En todo caso, 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
1.1.1.2 ¿Se han desarrollado para los niveles intermedios del sistema de salud?	0
1.1.1.3 ¿Se han desarrollado para el nivel local del sistema de salud?	0
1.1.1.4 ¿Describen métodos apropiados para recolectar información y para elegir fuentes de información adecuadas?	1
1.1.1.5 ¿Describen los roles del nivel nacional y de los niveles subnacionales en la recolección de información?	1
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 privacidad de las personas?	0
1.1.1.7 ¿Incluyen un proceso de mejoría continua de los sistemas de información para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios de los niveles nacionales y subnacionales (tomadores de decisiones, encargados de programas, etc.)?	1
Si es así, el proceso:	
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 las instancias nacionales e internacionales de las que el sistema forma parte y a las que debe entregar información?	1
1.1.1.7.3 ¿Incluye una revisión de las normas y procedimientos periódicamente para evaluar su pertinencia a la luz de los avances tecnológicos y cambios de política de salud?	0
1.1.1.8 ¿Describen los procedimientos para diseminar información a los medios de comunicación y al público general?	1
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 a seguir para organizar la información en un perfil del estado de salud que contenga información respecto a los objetivos nacionales de salud?	0

En este ejemplo, al igual que en el caso anterior, el puntaje de la primera pregunta del indicador 1.1 (esto es la pregunta madre 1.1.1), equivale al promedio de los puntajes de cada medición (o subpregunta); esto es, el promedio de los puntajes de las preguntas 1.1.1.1 a 1.1.1.10.

La medición 1.1.1.7, que tiene respuesta afirmativa, tiene a su vez, tres submediciones, de las cuales una (la submedición 1.1.1.7.2) tiene respuesta “SI” y dos (las submediciones 1.1.1.7.1 y 1.1.1.7.3) tienen respuesta “NO”. Con el fin de valorar la respuesta positiva a la medición, pese a que las respuestas a sus submediciones no son todas afirmativas, se ha adoptado la convención de ponderar la respuesta positiva inicial a la pregunta correspondiente a la medición, dándole un peso de 20%. Las submediciones hacen el 80% restante del puntaje de la medición que contribuirá al puntaje final de la pregunta 1.1.1.

Así, el puntaje de la medición 1.1.1.7 es el siguiente:

$$(1*0.2) + [(0+1+0)/3]*0.8] = 0.47$$

Y el puntaje de la pregunta madre 1.1.1 será el promedio simple de los puntajes de las mediciones 1.1.1.1 a 1.1.1.10, esto es:

$$(1+0+0+1+1+0+0.47+1+0+0)/10 = 0.45$$

Para esta primer ejercicio de medición en los países de la Región, se ha optado por la modalidad de puntaje en que, todas las funciones, indicadores y mediciones tienen igual peso relativo, pero esto puede ser modificado en el futuro. Es difícil determinar a priori pesos relativos diferentes para cada función o para los diferentes indicadores, lo que resulta más lógico intentar desde la realidad de cada país.

El puntaje de cada indicador es calculado como porcentaje de respuestas “Si”. Este puntaje es asignado a cada indicador y, finalmente, es usado para calcular el promedio del nivel de desempeño de cada función de salud pública.

Los resultados son analizados utilizando una base de datos que recoja las respuestas individuales de los participantes en el ejercicio de medición para cada función. El análisis de los resultados de cada país es realizado en primera instancia por el equipo responsable definido para cada país donde se efectúe la medición, apoyado por los instrumentos de síntesis que se ponen a disposición del país y que se adjuntan en anexo.

Si bien se reconoce que el mecanismo de puntuación no es aún totalmente exacto, resulta suficiente para identificar las fortalezas y debilidades del sistema así como para permitir el análisis FODA del Sistema de Salud Pública de los países, especialmente en la perspectiva de un proceso sistémico y continuo en el tiempo. En la medida que el ejercicio de medición se reitere y un mayor número de países se evalúen, el instrumento alcanzará una mayor precisión. La utilización del instrumento en sucesivas iteraciones permitirá identificar la consistencia entre la medición y las brechas en la infraestructura del sistema de salud pública y permitirá orientar mejor las intervenciones recomendadas para el fortalecimiento de la capacidad institucional.

3.3 Identificación de áreas de intervención prioritaria para el plan de desarrollo institucional

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

a) El desarrollo debe ser de carácter institucional. Ello implica un abordaje integral, mas que intervenciones aisladas sobre los actores y los ámbitos de cada función. Para tal propósito se ha hecho una integración de los indicadores de todas las funciones en tres áreas estratégicas de intervención:

- **Cumplimiento de resultados y procesos claves**, que es el componente substantivo en el que se expresa el quehacer de la autoridad sanitaria en materia de salud pública y, consecuentemente, el objeto central de las intervenciones para mejorar su desempeño. Se refiere a la eficacia (resultados) y a la eficiencia (procesos) con que se realiza las funciones que son competencia de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

- **Desarrollo de capacidades e infraestructura**, entendidas como las condiciones humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos, necesarias para el óptimo desempeño de las funciones que son competencias de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

- **Desarrollo de competencias descentralizadas**, en términos de facultades y capacidades dirigidas a apoyar a los niveles subnacionales o a transferirles competencias para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y del sector.

b) Las intervenciones para el desarrollo institucional han de estar orientadas a superar las *deficiencias* aprovechando las *fortalezas*. Para calificar el desempeño en los distintos indicadores como fortalezas o debilidades, se requiere 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 acepte y consolide las deficiencias diagnosticadas y, por otro, que represente un desafío alcanzable y un estímulo razonable al esfuerzo continuo de mejoramiento.

c) No obstante, para 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, convencionalmente se ha establecido el valor de referencia en el promedio de los resultados globales en las once funciones; de forma que la mayoría de las deficiencias queden calificadas como debilidades a superar.

En la medida que el ejercicio de medición se reitere y un mayor número de países se evalúen, el instrumento alcanzará una mayor precisión. La utilización del

instrumento en sucesivas iteraciones permitirá identificar la consistencia entre la medición y las brechas en la infraestructura del sistema de salud pública y permitirá orientar mejor las intervenciones recomendadas para el fortalecimiento de la capacidad institucional.

4 Proceso de Aplicación del Instrumento en los Países de la Región

El instrumento desarrollado está diseñado para ser usado en una encuesta colectiva para evaluar el desempeño de las FESP en el ámbito de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN)⁸, desde una perspectiva sistémica.

En una primera etapa, el principal objeto de medición es la ASN, la que en la mayoría de los países de la Región es el Ministerio o la Secretaría de Salud. La ASN juega un rol esencial en la dirección del sistema de salud del país, ejerciendo sus funciones de rectoría que se ha hecho aún más importante con el advenimiento de los procesos de reforma sectorial. Su rol y su responsabilidad son conducir y salvaguardar un sistema a menudo compuesto por entidades públicas y privadas trabajando juntas para mejorar la salud de la población.

Entendiendo que el trabajo de la ASN en salud pública involucra la colaboración con una amplia gama de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, universidades, centros de investigación en salud, proveedores públicos y privados, y sectores del gobierno dedicados a áreas críticas de colaboración tales como educación y medio ambiente, la encuesta por medio del presente instrumento se dirige a un grupo de actores clave que representan el panorama diverso de la salud pública e cada país.

4.1 Participantes en el Ejercicio de Medición

Contando con la facilitación y coordinación de las oficinas de Representación de OPS/OMS, se recomienda que un conjunto representativo de los siguientes ejecutivos de salud pública participen en la aplicación del instrumento para cubrir el total de sus 11 funciones. El listado siguiente constituye una recomendación específica al respecto, la que puede ser modificada de acuerdo a la realidad de cada país y respetando la decisión de las autoridades nacionales al respecto.

- ♦ Representante(s) del más alto nivel posible de la autoridad sanitaria nacional

⁸ La Autoridad Sanitaria Nacional se entiende, para los efectos de la aplicación de este instrumento como sinónimo del Ministerio o Secretaría de Salud, en lo que guarda relación con su acción sobre el territorio nacional en su conjunto. Las dependencias centrales y subnacionales de la ASN son incluidas como parte de una sola estructura en cuanto contribuyen a su desempeño en la dimensión nacional. Las estructuras subnacionales (Direcciones Regionales, por ejemplo), tienen responsabilidades específicas sobre sus territorios de influencia, las que deberían ser medidas por instrumentos contruidos especialmente para ese fin.

- ♦ Ejecutivos de la ASN que conforman el personal directivo de la ASN en el ámbito central
- ♦ Principales asesores del Ministro(a)
- ♦ Economistas trabajando en planificación de salud
- ♦ Nexos entre la comunidad y la ASN
- ♦ Epidemiólogos responsables de la salud pública en el ámbito de la ASN
- ♦ Ejecutivos a cargo del financiamiento sectorial
- ♦ Ejecutivos a cargo de evaluación de tecnologías
- ♦ Ejecutivos a cargo de enfermería
- ♦ Ejecutivos a cargo de seguridad social en salud
- ♦ Representantes de las universidades (Facultad de Medicina o Escuela de Salud Pública)
- ♦ Representantes de organizaciones no gubernamentales vinculadas con la Salud Pública
- ♦ Representantes de organizaciones de la comunidad vinculadas a salud y/o organizaciones representantes de usuarios de servicios de salud
- ♦ Ejecutivos a cargo de laboratorios de salud pública
- ♦ Ejecutivos a cargo de emergencias y desastres
- ♦ Ejecutivos a cargo de tecnología, recursos y sistemas computacionales de información
- ♦ Ejecutivos a cargo de la definición de políticas y planificación de salud
- ♦ Especialistas en promoción de salud

Se espera también que se incorpore como parte del grupo representantes de los diferentes niveles subnacionales de la ASN (regionales o departamentales, distritales y municipales), de manera de poder dar cuenta de una evaluación integral del desempeño de las FESP por parte de la ASN.

La siguiente figura es una matriz que relaciona la representatividad o especialización de los participantes potenciales con el contenido de cada función esencial, para ayudar a decidir como conformar los grupos con quienes responder a las preguntas de ciertas funciones esenciales.

Participantes Potenciales	FUNCIONES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Especialista en economía de la salud					X		X				
Especialista en participación social en salud			X	X			X				
Especialista en financiamiento de salud					X		X				
Especialista en evaluación de tecnologías en salud									X	X	
Representante de enfermería en salud pública					X		X	X		X	
Representantes de Universidad (Escuelas de medicina y salud pública)			X		X		X	X	X	X	
Representantes de seguros nacionales de salud y seguridad social					X		X				
Representantes de ASN en los niveles subnacionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Especialista en epidemiología	X	X								X	
Especialista en laboratorios de salud pública		X				X			X	X	
Especialista en emergencias y desastres en salud		X									X
Especialista en recursos humanos					X			X			
Especialista en información en salud	X	X			X						X
Especialista en políticas y planificación en salud					X	X	X	X	X	X	X
Especialista en promoción de la salud			X	X			X				
Especialista en tecnología y sistemas de información en salud	X	X			X						X
Especialista en elaborar el perfil del estado de salud del país	X	X			X						
Especialista en salud ambiental		X	X			X					X
Especialista en información pública/ relaciones públicas	X		X	X							
Asesor(es) principal(es) del Ministro(a)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Especialista en ingeniería sanitaria			X			X					X
Especialista en asuntos legales					X	X					
Representantes de otras agencias y ONGs			X	X	X						X

Para el proceso de medición de todas las funciones se espera conformar un grupo nuclear estable que será responsable de la respuesta a la generalidad del instrumento. Adicionalmente se puede adicionar expertos o especialistas relevantes que aporten información importante para la medición de cada función en términos más específicos, pero debe evitarse la tentación de convertir el instrumento en una herramienta dirigida a “expertos” en cada una de las FESP.

Entendiendo por grupo nuclear al conjunto de participantes que garanticen con su presencia permanente y experticia la medición completa de las FESPs, y que este grupo se justifica siempre y cuando durante el ejercicio se incorpore a otros participantes que no puedan permanecer durante toda la actividad. De lo contrario, el grupo nuclear estaría integrado por los mismos participantes durante toda la actividad por lo que no se aplica tal denominación.

Se propone que el grupo nuclear para desarrollar la medición esté constituido por participantes con los siguientes perfiles:

- ♦ Representantes del Ministro (a) en caso de que este no participe de todo el proceso de medición
- ♦ Ejecutivos de la ASN que conforman el personal directivo de la ASN
- ♦ Principales asesores del Ministro(a)
- ♦ Ejecutivos a cargo de la definición de políticas y planificación en salud
- ♦ Economistas trabajando en planificación de salud
- ♦ Epidemiólogos responsables de la Salud Pública en el ámbito de ASN
- ♦ Nexos entre la comunidad y la ASN
- ♦ Representantes de instituciones no pertenecientes a la ASN que sean relevantes en salud pública, tales como representantes de universidades, organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud pública y si existen representantes de organizaciones de la comunidad o agrupaciones de usuarios de salud.

El número de participantes en el ejercicio será variable, de acuerdo a la realidad de cada país. Es importante enfatizar la necesidad de respetar la autonomía de la ASN para la definición de los participantes sobre la base de la recomendación presentada, sobre la base de las consideraciones técnicas y políticas que son de su exclusiva responsabilidad.

4.2 Preparación del Proceso de Aplicación del Instrumento en los Países

Un primer paso para garantizar la adecuada aplicación del instrumento en los países es definir los responsables del proceso y concordar los roles y tareas del equipo responsable. A continuación se presenta una propuesta de distribución de roles y tareas para el proceso de medición de las FESP:

- Se espera que la ASN designe a varias personas de su confianza como el equipo coordinador y responsable de la ejecución de la medición, de manera de poder preparar adecuadamente los eventos necesarios para el ejercicio, seleccionar los facilitadores nacionales que debieran ser capacitados previamente para aplicar el instrumento, definir el conjunto de participantes a partir de las sugerencias de perfiles realizadas por OPS y aprobar la agenda de aplicación del instrumento que se le proponga.
- El equipo de coordinación de la medición nacional, apoyado por la Representación de OPS en el país, deberá llevar a cabo todas las tareas vinculadas para garantizar las condiciones logísticas que permitan el desarrollo adecuado del evento, así como ejecutar las tareas necesarias para la realización del evento de medición.
- Las Representaciones de OPS en los países de la Región deben jugar un rol muy activo en facilitar la realización de las actividades (talleres u otras reuniones) que se requieran para la aplicación del instrumento en cada país. Esto contempla la coordinación con la persona o equipo que la autoridad sanitaria nacional designe para representarla en el proceso de preparación del ejercicio de medición del desempeño de las FESP en su país con el fin de definir las fechas de realización del ejercicio, la agenda de trabajo para la medición, el listado de participantes y la logística que el proceso implica.
- La responsabilidad que le cabe a la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de OPS es la de promover, en estrecha coordinación con las autoridades sanitarias nacionales, la aplicación del instrumento al nivel de todos los países de la Región; apoyar el proceso de medición nacional a través de las Representaciones de OPS en los países; colaborar en la capacitación del conjunto de facilitadores que participarán en la aplicación; recoger las evaluaciones realizadas en los países; y, finalmente, sistematizar la información recibida y publicar los resultados con base en el ejercicio de medición del desempeño de las FESP en la Región.

Con relación a las condiciones logísticas de preparación del evento en el cual se realice la medición de las FESP, se sugiere implementar la actividad, si es posible, en un lugar distinto al de trabajo habitual de sus participantes para garantizar su permanencia y adecuada concentración en la tarea. El espacio seleccionado debe contar con capacidad suficiente para la ubicación en una mesa dispuesta en forma de “U” de todos los participantes, con el fin de favorecer el intercambio directo de opiniones entre los invitados al taller. Si se decidiera por hacer varios grupos para analizar las funciones en paralelo, habría que hacer la provisión de contar con igual número de espacios. Adicionalmente se debe contar con el equipamiento audiovisual que permita las presentaciones iniciales y finales del evento.

Es importante reiterar que el objetivo de esta medición es lograr que cada país se apropie del instrumento, pudiendo perfeccionarlo si lo considera necesario para posteriores ejercicios de seguimiento en su territorio. El diseño concebido para esta aplicación es realizar una autoevaluación en cada país, por lo que la designación de facilitadores nacionales que posteriormente puedan darle seguimiento al uso del instrumento resulta fundamental. El trabajo de estos facilitadores apoyará, en el primer ejercicio de medición, la tarea de los facilitadores externos que estarán disponibles para trabajar en esta iniciativa.

En tanto sea designada una contraparte integrada por facilitadores nacionales, debe realizarse un ciclo de reuniones para la preparación de estos últimos, la que está a cargo de la Representación de OPS con el apoyo del equipo regional del proyecto. El objetivo de este ciclo de reuniones es el de lograr la apropiación de la iniciativa por parte de los facilitadores locales, quienes deben participar de la medición como parte del equipo a cargo de conducir la medición, evitando en lo posible intervenir como respondientes.

En el evento que el país quiera aprovechar el ejercicio de medición de las FESP contenidas en el instrumento para incorporar mediciones o funciones que a su juicio sea importante evaluar en las particulares condiciones de su realidad o momento político, el proceso debe facilitar esta medición, la que conviene separar de la respuesta integral al instrumento. Una buena opción es solicitar a la contraparte nacional que, con anterioridad a la medición prepare un anexo al instrumento, conteniendo las nuevas mediciones, el que puede ser respondido una vez terminada la aplicación del instrumento estándar.

Como parte del proceso logístico de preparación del evento se debe preparar las carpetas que serán entregadas a los participantes. Para ello se sugiere que estas contengan al menos lo siguiente:

1. El instrumento de medición de las FESP en el idioma oficial del país.
2. El glosario de términos utilizados en el instrumento.
3. El formulario de evaluación individual que deberá completarse al término del evento y remitirse al equipo organizador del evento.
4. Si se estima necesario, la carpeta se podrá complementar con otros documentos adicionales relevantes para el proceso que sean acordados por el equipo organizador del evento (OPS nacional y Ministerio de Salud).

Es relevante adjuntar el instrumento a la invitación al evento de manera que los participantes puedan revisarlo previamente y realizar las acciones de búsqueda de información que permitan la respuesta informada de todos los asistentes al ejercicio de medición. Se debe solicitar a los participantes llevar al evento la información que consideren relevante para fundamentar sus respuestas a las preguntas contenidas en el instrumento, la cual puede ser puesta a disposición del equipo responsable de la medición de las FESP, especialmente en lo referente a las preguntas específicas definidas como “medios de verificación”.

Los pasos a seguir para concretar la aplicación del instrumento en cada país son los siguientes:

1. Generación de un acuerdo político OPS/Gobierno para la realización del ejercicio.
 - a) Formalización de acuerdo de realizar el ejercicio entre OPS y Ministerio de Salud. Dependiendo de la realidad del país puede ser necesario que la correspondencia formal se establezca entre la más alta autoridad de OPS y del Ministerio de Salud.
 - b) Formalización de la contraparte del Ministerio de Salud, estableciendo responsabilidades individuales de la representación de ambos grupos en el proceso de preparación del ejercicio (Ministerio y OPS). Los miembros de la contraparte ministerial deben actuar como facilitadores locales durante el ejercicio.
 - c) Desarrollo de un ciclo de reuniones entre ambas contrapartes en las que se socialice:
 - ◆ La “filosofía” que subyace tras la iniciativa “Salud Pública en las Américas”
 - ◆ Las características y detalles de la construcción del instrumento de medición
 - ◆ La necesidad de adelantarse para el control de “riesgos” potenciales que pueden presentarse durante el ejercicio y en su preparación, tales como:
 - ✓ El temor a la “evaluación” externa de la gestión superior de salud y de la de cada responsable de las áreas cubiertas por el instrumento.
 - ✓ El temor a que la evaluación de paso a una clasificación de los países de la Región con relación a su grado de respaldo a la práctica de la salud pública.
2. Selección de participantes en el ejercicio como competencia exclusiva de la autoridad sanitaria nacional. Al respecto resulta muy importante acompañar al Ministerio en el proceso de selección asegurándose que sus representantes comprendan la racionalidad de seleccionar un grupo nuclear y eventualmente, un grupo periférico, enfatizando la importancia de que los miembros del grupo nuclear estén presentes durante todo el ejercicio. El perfil de participantes descrito anteriormente es la orientación para que el Ministerio seleccione los participantes con nombres y apellidos. Es fundamental, , que la contraparte de OPS promueva y enfatice la interdisciplinariedad en la composición del grupo y la

procedencia diversa de sus integrantes en términos de pertenencia a los niveles centrales y subnacionales de la estructura ministerial y adscripción a instituciones no gubernamentales y académicas.

3. Preparación del ejercicio en sus aspectos logísticos (selección del lugar y fecha, citaciones a los participantes, financiamiento de la estadía de los que procedan de fuera del lugar del evento, secretaría, insumos, equipamiento, alimentación, computadoras con el programa de puntaje, etc.).
4. Realización del ejercicio de medición, con la metodología de taller. Se llevará a cabo durante tres días de acuerdo con lo establecido en la guía (ver mas adelante en propuesta de agenda); donde ya conformados los grupos se abocarán al ejercicio de la medición, que consiste en la construcción de una respuesta consensuada a las preguntas (mediciones y submediciones) de cada indicador de las 11 funciones esenciales.
5. Preparación del informe final de la medición. El informe es el resultado de la presentación de un primer borrador conteniendo la descripción del proceso de medición, los resultados de la aplicación del instrumento en términos de puntajes de FESP e indicadores y posibles interpretaciones de los resultados en términos de factores que pueden explicar los puntajes finales y la identificación de áreas prioritarias de intervención para fortalecer la práctica de la salud pública . El informe final se redacta una vez que la autoridad ministerial ha hecho observaciones a este borrador.

4.3 La Agenda del Proceso de Aplicación del Instrumento

Se recomienda la organización de un evento tipo taller que reúna a todos los respondientes involucrados para llevar a cabo la tarea de completar el instrumento de medición en forma intensiva. Para la aplicación completa del instrumento se requiere una agenda mínima de tres días que cubra entre tres y cuatro FESP por día.

Adicionalmente la agenda debe incluir un espacio de apertura que de cuenta de las directrices y expectativas de la ASN respecto de la tarea por la cual se convoca a los participantes, seguido de una presentación conceptual y metodológica del instrumento de medición y del carácter del trabajo práctico que se llevará a cabo durante el taller.

Después de haber realizado la medición exhaustiva de cada función, la agenda debe incluir un momento de presentación resumida de las conclusiones preliminares más relevantes que arroja el proceso de medición de las FESP en el país, para lo cual se requiere la presencia de la máxima autoridad sanitaria nacional. En ese momento, es donde se realiza un proceso de análisis y síntesis mediante el cual es posible

identificar a grandes rasgos las áreas deficitarias en materia de salud pública en el país y comentar respecto de posibles cursos de acción futura para comenzar a reducir estas insuficiencias. Como parte de la agenda se debe profundizar, en la interpretación de los resultados de la medición, dado que es éste el momento más relevante del ejercicio, donde se identifican y analizan las debilidades y las fortalezas, lo cual permitirá la elaboración de un plan para orientar las intervenciones para mejorar el desempeño institucional de las FESPs.

Finalmente se debe dejar un momento de la agenda para permitir que todos los participantes puedan entregar retroalimentación al equipo a cargo del proyecto, respecto del contenido, la metodología y otros aspectos del proceso de medición que consideren perfectibles. Teniendo conciencia de que la participación activa suele inhibir la manifestación de la opinión personal de algunos participantes, al término del taller se entregará un formulario de evaluación del evento que será recogida con posterioridad al cierre del evento, de modo de asegurar una evaluación de todos los participantes.

En síntesis una propuesta genérica de agenda del evento debiera incluir lo siguiente:

Primer día del evento

45 minutos	Inauguración del evento. Palabras del (la) representante de la Autoridad Sanitaria Nacional y del (la) Representante de OPS.
60 minutos	Presentación del marco conceptual y metodología de medición de las FESP
6 horas	Se calculan 90 minutos para la revisión promedio de cada FESP. Es importante asegurar la presencia de todos los participantes, pero ante la ausencia de algunos debe igual estar presente el grupo nuclear. Durante el primer día se estima que es posible avanzar en 2 ó 3 funciones, esto es muy variado dependiendo de la familiaridad con el instrumento así como el grado de discusión y construcción del consenso de los grupos.

Hay distintas maneras de abordarlas en forma secuencial: a) FESP N° 1 y 2, b) FESP N° 3 y 4, c) FESP N° 5 y 6, d) FESP N° 7 y 9. Las FESP N° 8, 10 y 11 pueden dejarlas para contestarlas separadamente porque tienen sus propias especificidades. Pero también pueden ser analizadas en paralelo por diferentes grupos de acuerdo a la distribución que le quieran dar cada país, como más adelante se sugiere.

Segundo día del evento

8 horas El segundo día se destinará solamente a medición de las FESP por lo que se estima que es posible avanzar en 5 o 6 funciones.

Tercer día del evento

4 horas El tercer día se debe terminar con el ejercicio de medición de las funciones que queden pendientes. Se estima razonable dedicar medio día a esta tarea por lo que es posible avanzar en 3 o 4 funciones.

4 horas Sesión plenaria para presentación y análisis de los resultados finales de la medición, y discusión de los elementos relevantes en las tres áreas de intervención que orienten la acción futura de la ASN al respecto.

30 minutos Evaluación participativa del instrumento y metodología de medición.

45 minutos Cierre del evento con la participación de las autoridades presentes.

4.4 Conformación de los grupos

El número óptimo de participantes en la discusión y generación de consenso en grupo es de alrededor de 15 personas. En la medida que las representaciones son mayores que dicho número y con el propósito de trabajar con mayor celeridad, puede dividirse el trabajo en varios grupos trabajando en paralelo, cada uno de los cuales debe tener la estabilidad y representatividad comentada anteriormente para el grupo nuclear y puede, adicionalmente, incorporar otros participantes invitados especialmente para algunas funciones específicas de acuerdo a su especialidad. A título de ejemplo se ofrece las divisiones del trabajo en paralelo de los grupos siguientes:

Primera alternativa:

Grupo 1. FESP 1, 2, 5, 6, 11

Grupo 2. FESP 3, 4, 7, 8, 9, 10

Otra alternativa:

Grupo 1. FESP 1,2,10 y 11

Grupo 2. FESP 5,6 y 8

Grupo3. FESP 3,4,7 y 9.

4.5 Desarrollo de la Aplicación del Instrumento en los Países

La respuesta al instrumento es un proceso colectivo, basado en la búsqueda de consenso frente a cada submedición contenida en el mismo. Los facilitadores del proceso presentarán cada función, sus indicadores y las mediciones propuestas, guiando a los participantes y ayudándolos a alcanzar el consenso para cada respuesta. Reconociendo que en algunos casos puede no haber una respuesta concluyente, los participantes tendrán la oportunidad de completar una respuesta en los días siguientes a la sesión sobre una función en particular.

Se sugiere que la metodología de medición considere el registro inicial de las respuestas individuales de cada participante en la medición⁹ y que posteriormente se comente respecto del resultado colectivo obtenido, entregando una visión gráfica del porcentaje de respuestas “SI” y “NO” de las preguntas definidas como submediciones y el promedio obtenido en la medición “madre”, lo cual se hace automáticamente con el programa informático. En caso que el grupo presente discrepancias relevantes respecto de su respuesta se sugiere avanzar en la explicitación de argumentos representativos a favor del “SI” o del “NO” para lograr el consenso del grupo para esas respuestas.

Como criterio general, y dado lo limitado del tiempo disponible para la aplicación total del instrumento, es recomendable avanzar de inmediato a la submedición siguiente cuando el grupo haya obtenido una respuesta homogénea por mayoría (el grupo previamente deberá consensuar el porcentaje que considere mas apropiado para establecer la mayoría, p.e. 60% o 70%) a las respuestas en uno u otro de los sentidos posibles (SI ó NO) a una medición o submedición. En caso de que no se obtuviera mayoría mantenga, se tratará de lograr el consenso mediante un par de rondas de votación argumentada; si luego de la discusión en grupo se continúa sin llegar al consenso mayoritario, se sugiere que la respuesta sea tomada como negativa, dado que ante la duda sobre el desempeño es preferible asumirla como una deficiencia a superar.

En resumen, el procedimiento recomendado se basa en revisar la pregunta “madre” correspondiente sin contestarla de inmediato y pasar a las submediciones de esa pregunta buscando el consenso respecto a su respuesta afirmativa o negativa. Una vez contestadas todas las subpreguntas, mediante el programa computacional, se calculará la respuesta cuantitativa a la pregunta madre, la que resulta ser el porcentaje de respuestas afirmativas a las submediciones que la componen.

Otro método factible de utilizar es el sistema de votación electrónica (“Option Finder”), que permite obtener en forma rápida y gráfica el perfil de respuestas individuales, lo que puede favorecer la construcción de consensos.

⁹ Es útil contar con algún método de registro rápido de las opiniones individuales, los que puede lograrse con tarjetas de colores definidos para representar la respuesta afirmativa y negativa respectivamente.

Se prevé que muchos de los participantes probablemente no tendrán el conocimiento necesario acerca de ciertas funciones fuera de su área de experiencia y capacitación específica, lo que hace difícil para ellos ofrecer una respuesta informada. Esta es una razón adicional para recomendar la entrega previa del instrumento de medición a todos los participantes para posibilitar su revisión y la búsqueda de la información requerida para asegurar una respuesta lo más informada posible a todas las preguntas del instrumento. Durante todo el ejercicio debe insistirse en que éste no es un ejercicio de medición dirigido a expertos en el tema de cada función; sino que, por el contrario, interesa la respuesta de todos los participantes frente a todas las preguntas.

La construcción de consenso permitirá a aquellos que tienen visiones diferentes respecto del grado de desarrollo de la salud pública en el país hacer su aporte e informar a aquellos que no estén familiarizados con una función en particular. Sin embargo, todos los participantes deben ser capaces de contribuir a la respuesta colectiva al instrumento completo y deben tener la oportunidad de contribuir con su conocimiento a los contenidos y aspectos de proceso involucrados.

Se debe insistir que el objetivo del ejercicio de medición es obtener la representación más realista posible del desempeño de las funciones de salud pública en el país. Así el instrumento cumplirá su objetivo de identificar áreas débiles que requieren de fortalecimiento. Cualquier esfuerzo que contribuya a este fin debe ser acogido por los participantes.

Durante la aplicación es probable que los participantes realicen preguntas para comprender mejor el sentido del ejercicio de medición o para aclarar algún concepto incluido en el instrumento. El glosario que se adjunta al instrumento sirve como referente para homogeneizar la interpretación de la definición de los términos que se utilizan en el instrumento de medición y debe estar disponible durante la medición para ser revisado si es necesario. Adicionalmente se cuenta con un listado de preguntas frecuentes, a las que el facilitador debe estar preparado para responder, las que han sido construidas a partir de los ejercicios de validación y de las aplicaciones previas del instrumento en los países de la Región.

5 Programa de Procesamiento del Puntaje de la Medición

Para registrar y procesar los resultados de las respuestas del grupo evaluador, se ofrece un programa computacional que permite calcular directa e instantáneamente el puntaje final de cada pregunta madre, en función de las respuestas a las medidas y submedidas que la componen, y graficar los resultados obtenidos. El manejo de este instrumento requiere conocimiento básico de manejo de Microsoft Excel.

Instrucciones para utilización del archivo *medición.xls*:

1. Copie el archivo *medición.xls* del disquete A: al disco duro C: , bajo un subdirectorio elegido por el usuario, y póngale el nombre que permita distinguirlo de otros archivos utilizados por otros grupos o en otras mediciones;
2. Abra Excel y elija el archivo *medición.xls* recién copiado al disco duro;
3. Al abrir el archivo *medición.xls*; el programa preguntará si desea activar los macros del archivo. Seleccione la opción “Habilitar Macros” (Enable Macros).
4. Para ingresar datos de resultados de la medición para cada FESP, seleccione la tecla F5 (Go To) y elija la FESP que desea trabajar; también puede seleccionar la función que vaya a trabajar en el listado de planillas que aparece en el lado inferior de la pantalla, buscando con las flechas en el lado inferior izquierdo y marcando la pestaña de la planilla correspondiente;
5. Para cada pregunta secundaria (las medidas y submedidas que no aparecen en **letra destacada** o en *itálicas*), ingresar el número ‘1’ cuando la respuesta sea SÍ ó ‘0’ cuando la respuesta sea NO en la columna B, en las celdas sombreadas. El programa calcula automáticamente los resultados en los indicadores y en las preguntas madres. El programa le avisará si, por error, intentó ingresar un valor distinto a 0 ó 1; igualmente no le permitirá ingresar datos en las celdas en que no debe hacerlo.
6. Los gráficos, disponibles para cada FESP y para los perfiles generales, reflejan automáticamente los resultados obtenidos de la medición. Los gráficos de las FESPs están localizados entre las columnas C e I en el tope de la página de su respectiva FESP.
7. El gráfico general que presenta el perfil de todas las FESPs, al principio de las planillas, y las gráficas con los resultados agregados de evaluación por áreas de intervención, están disponibles en las últimas planillas del archivo. Para entrar en esas planillas, seleccione (busque con las flechas en el lado inferior izquierdo de la pantalla la pestaña de la planilla correspondiente) la página que desea examinar: *Funciones Esenciales, Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves, Desarrollo de Capacidades e Infraestructura, Desarrollo de Competencias Descentralizadas* (las gráficas de evaluación en las tres áreas de intervención es posible obtenerlas y exportarlas en dos formatos: el *estándar* teniendo como referencia el valor promedio de los resultados en las once FESPs, y el *nacional* teniendo como valor de referencia el que sea adoptado por el grupo evaluador).
8. Para ingresar el valor de referencia nacional que sea adoptado para establecer el umbral que separe fortalezas de deficiencias, ubíquese en la celda J2 de cada una de las tres planillas de resultados de evaluación e ingrese el valor que deberá ser una fracción entre 0 y 1, por ejemplo: 0.7.
9. Es posible la exportación de las gráficas a cualquier otro programa de Windows, como PowerPoint, Word, etc. Para exportar las gráficas, utilice las tecla CTRL juntamente con la tecla correspondiente a la gráfica que desea copiar, de acuerdo al siguiente listado:

CTRL + r -> para copiar la gráfica de *Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves (Estándar)*

CTRL + s -> para copiar la gráfica de *Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves (Nacional)*

CTRL + c -> para copiar la gráfica de *Desarrollo de Capacidades e Infraestructura (Estándar)*

CTRL + b -> para copiar la gráfica de *Desarrollo de Capacidades e Infraestructura (Nacional)*

CTRL + d -> para copiar la gráfica de *Desarrollo de Competencias Descentralizadas (Estándar)*

CTRL + e -> para copiar la gráfica de *Desarrollo de Competencias Descentralizadas (Nacional)*

CTRL + f -> para copiar la gráfica general de las Funciones Esenciales

CTRL + g -> para copiar las gráficas de cada una de las Funciones Esenciales (para ello ubíquese en la planilla de la FESP donde se encuentra la gráfica que desea exportar).

Después de utilizar la combinación de teclas correspondiente a la gráfica que desee exportar (una cada vez), pase directamente al programa elegido y hacer un "Pegar" (Paste) o utilice la combinación de teclas CTRL+v.

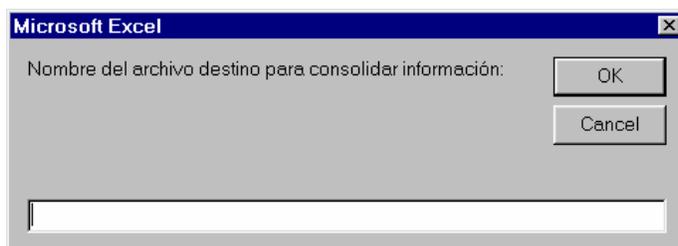
Instructivo para consolidar información del puntaje de las FESPs:

Para trasladar los resultados parciales de la medición de cada FESP a un archivo que integre todos los resultados de las once FESPs, cuando estos han sido registrados en distintas computadoras en los diferentes grupos de trabajo, es necesario que las siguientes instrucciones sean cumplidas estrictamente para que resulte bien la consolidación automática del puntaje de las Funciones Esenciales.

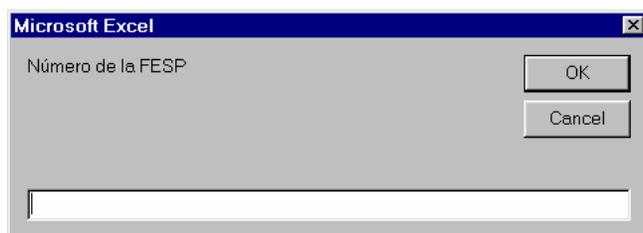
1. Entre a Excel versión 97 o más avanzada
2. Abra el archivo vacío *Medición.xls*
3. Guarde el archivo *Medición.xls*, utilizando el comando "Guardar Como" ('Save as'), con otro nombre, por ejemplo, el nombre del país: *MedicionChile*, *MedicionCostaRica*, etc. Este archivo va a ser el archivo *destino*, donde estará la información del puntaje de las FESP consolidada para el país.
4. Sin cerrar el archivo *destino* que recién fue renombrado, abra el(los) archivo(s) que contiene la información de las FESPs. Estos archivos son denominados archivos *origen*, porque contiene la información a ser consolidada. Los archivos *origen* y *destino* no pueden tener el mismo nombre.
5. Para operar el traslado y consolidación de la información, deberán estar abiertos el archivo *destino* y los archivos *origen* con los que se vaya a trabajar; y ambos deberán estar en ventana maximizada.
6. Para llamar uno o otro archivo, seleccione en el menú principal con el botón izquierdo del ratón, la opción Windows y pulse una vez. Seleccione el archivo *origen* con la información a ser copiada. Siempre se deberá tener abierto y

activado el archivo *origen* y la ventana maximizada, para desde ahí iniciar el comando de consolidar para cada una de las FESPs.

7. Dentro del archivo *origen* seleccione las teclas CTRL y la tecla "t" (minúscula). Aparecerá la siguiente ventana:



8. Ingrese el nombre del archivo destino (previamente abierto en Excel) sin agregar la extensión o cualquier otra información y pulse OK. Aparecerá la siguiente ventana:



9. Ingrese el número de la FESP que va a ser copiada (número solamente de 1 a 11) y pulse OK.
10. Observe que la información de la FESP fue copiada del archivo *origen* al archivo *destino*.
11. Repita las instrucciones para cada una de las FESPs, tomando en cuenta que el comando CTRL-t debe ser activado **SOLAMENTE** dentro del archivo *origen*, o sea, donde se encuentra la información a ser copiada; pero que la ventana de cada uno de los dos archivos (*origen* y *destino*) debe estar maximizada.
12. Al terminar la consolidación para todas las FESPs salvar el archivo destino.

6 *Elaboración del Informe Final*

Durante el ejercicio de medición, el grupo coordinador con el apoyo de los facilitadores de la OPS han recogiendo e integrando al informe final los resultados del proceso de medición y el análisis participativo y propondrán a la respectiva autoridad sanitaria nacional (Ministerio o Secretaría de Salud) un informe acerca de los resultados de la medición de las funciones esenciales de salud pública en el país.

Este informe será de uso exclusivo del Ministerio y dará cuenta de las áreas del sistema de salud pública que aparezcan como más fuertes así como de las áreas con debilidades, susceptibles del desarrollo de acciones dirigidas hacia su fortalecimiento. Este informe de diagnóstico se redactará de manera que sirva de base para la formulación de un plan de fortalecimiento de la salud pública en el país coherente con los esfuerzos regionales dirigidos al mismo propósito que se harán posibles una vez evaluada la situación del conjunto de los países de la Región (por favor referirse al informe modelo). La estructura del informe a ser elaborado es la siguiente:

Introducción y antecedentes. Esta sección contendrá una breve descripción de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”, así como un resumen del desarrollo del proceso de medición en el país, destacando el carácter de la participación en el evento y las principales observaciones generales que se hayan vertido por parte de los participantes. La agenda del taller de evaluación y el listado de participantes se incluirán como anexos al informe.

Procesos. Aquí se describirá los integrantes del grupo coordinador, y los facilitadores locales, así como la participación de la OPS local. Su modo de participación, el lugar de desarrollo del taller, la elección del mismo.

Se relatará el criterio de la convocatoria, los organismos convocados, los perfiles que fueron sugeridos etc. Luego la distribución de los integrantes, el número de grupos, su ubicación de acuerdo a la función y su perfil. La distribución cronológica en el tiempo, del número de funciones que deberían abordar los grupos.

La distribución de los roles del grupo coordinador la elección del grupo core y la metodología de trabajo, con las consiguientes acuerdos alcanzados, construcción del consenso, en el momento de la medición, el porcentaje su valor numérico. La agenda del taller de evaluación y el listado de participantes se incluirán como anexos al informe.

Resultados. Los principales resultados serán presentados en un gráfico de barras conteniendo los puntajes finales para cada FESP, indicándose un patrón de comparación del nivel alcanzado en cada una respecto al resultado promedio obtenido en el conjunto del instrumento. A continuación se presentarán los resultados de cada función esencial y de los correspondientes indicadores en un gráfico similar (11 en total). Dichos gráficos serán importados directamente del programa informático. Cada gráfico se explicará en el texto someramente.

La presentación de los resultados de las FESP irá seguida por la identificación de áreas de intervención (Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves; Desarrollo de Capacidades e Infraestructura; y Desarrollo de Competencias Descentralizadas). Las preguntas han sido clasificadas de acuerdo a su

carácter de medidores de las fortalezas y debilidades en cada una de las áreas de intervención mencionadas, que importa conocer para los fines de facilitar las decisiones de la ASN en el proceso de fortalecimiento futuro de la salud pública en el país.

Conclusiones. El informe finalizará con un capítulo de conclusiones y recomendaciones generales que se deducen de los resultados. En este capítulo se incluirá una visión crítica de los sesgos que puedan haber estado presentes durante el proceso de medición y que puedan explicar el puntaje alcanzado con independencia de la realidad del país en materia del desempeño de cada FESP. La evaluación del ejercicio por parte de los participantes es un insumo fundamental para la redacción de este capítulo y los resultados de ésta deben resumirse como parte del mismo.

Un primer borrador del informe se entregará a la autoridad máxima de la ASN para su análisis y para la formalización de observaciones que, a juicio de la autoridad, deban ser introducidas como modificaciones de forma y contenido del reporte. Una vez incorporadas las observaciones pertinentes, se entregará a la ASN el informe definitivo de medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el país.

7. Evaluación del ejercicio de aplicación por parte de los participantes

Al finalizar el ejercicio de aplicación del instrumento de medición de las FESP, debe contemplarse una sesión de 30 minutos dirigida a la evaluación del ejercicio por parte de los participantes sobre la base de las respuestas anónimas al formulario de evaluación. Las preguntas incluidas en este formulario se refieren al instrumento y a la metodología de evaluación, así como al proceso de aplicación del mismo. El llenado de este formulario es una parte muy importante del proceso de aplicación del instrumento de medición de las FESP en los países, por lo que los facilitadores deben asegurarse de recolectar la totalidad de los formularios conteniendo las opiniones de los participantes.

El formulario de evaluación está dividido en 4 secciones (Proceso, Estructura, Contenido y Recomendaciones). La realimentación obtenida a partir de los formularios, contribuirá a mejorar el diseño futuro del instrumento y a mejorar el proceso de aplicación del mismo. Las preguntas incluidas son de 2 tipos, cerradas y abiertas, y se espera que a medida que se utilicen más estos formularios, la mayor parte de las preguntas sean de tipo cerrado. Al finalizar la tarea de llenar los formularios, los participantes deben devolverlos al facilitador.