

CAPÍTULO IV
EVALUACIÓN DE LAS AGENCIAS Y
PROGRAMAS DEL SEGURO DE SALUD

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LAS AGENCIAS Y PROGRAMAS DEL SEGURO DE SALUD

IV.1 Introducción

El alcance de un sistema de salud es probablemente uno de los más extensos en comparación con otras responsabilidades gubernamentales. Conlleva una acción que va más allá de la creación de una burocracia especializada para lograr un producto bien definido. El papel de los gobiernos nacionales implica, en un sentido amplio, regular el sistema, organizar la administración y entrega de los cuidados médicos y ejecutar acciones de salud pública, todos con el fin de alcanzar los objetivos de los sistemas de salud: mejorar la salud, lograr la equidad, alcanzar la eficiencia y obtener la satisfacción de los clientes. ¿Cómo evaluar esta compleja mezcla?

Por otra parte, las relaciones entre las instituciones y los ciudadanos, los asegurados y familias, los pacientes y los médicos son bastante complejas cuando la atención de la salud es el objeto de interés. Los problemas de "selección adversa" y "riesgo moral" han sido reconocidos como desafíos a superar al momento de diseñar sistemas, agencias y programas de salud, y debe tenerse en cuenta en la evaluación.

La evaluación depende de preguntas que no son fáciles de responder: ¿Cómo debería ser organizado el sistema de salud? ¿Debe ser integrado verticalmente, con los hospitales y los fondos de salud formando una sola organización? ¿Debe ser

integrado horizontalmente (por ejemplo, los hospitales deben ser autónomos o deben ser parte de grandes conglomerados)? ¿El gobierno debe participar activamente en las funciones de financiación, organización y administración del cuidado de la salud (OACS), y la provisión o debe dejarlas a instituciones sin fines de lucro? ¿Es necesario crear instituciones autónomas y especializadas para la supervisión o esta tarea debe llevarse a cabo por el sistema judicial? ¿Por qué hay muchos programas de salud que no alcanzan sus mejores resultados? ¿Por qué vemos presupuestos limitados y al mismo tiempo operaciones ineficientes?

El anterior Informe de la CISS (CISS 2007) presentó un marco para dilucidar los procesos que componen un sistema de salud y facilitar el tratamiento de estas cuestiones. Por suerte, tal enfoque puede ayudar a comprender que lo que es mejor para un país puede no ser una opción para otro. Del mismo modo, las políticas que podrían haber parecido equivocadas, a primera vista, han demostrado ser exitosas. Esta falta de consenso, en alguna medida, se debe a una pobre historia de evaluación. Sin embargo, tal vez tengamos que aceptar humildemente que incluso cuando se realiza un gran esfuerzo en un país para comprender los problemas, hay importantes limitaciones para medir la conducta de los jugadores y los resultados.

Las autoridades nacionales de salud con frecuencia invierten recursos para la evaluación de

las enfermedades, pero es menos común asignar recursos para la evaluación de áreas de servicio, tales como el rendimiento hospitalario o la satisfacción de los clientes. Esto puede explicarse, al menos en parte, porque los diseños experimentales para evaluar con mayor rigor las políticas del sistema de salud son difíciles de organizar, tanto técnica como políticamente (Murray y Evans 2003). Pero este *status quo* ya ha comenzado a cambiar. Las presiones provenientes de grupos de interés (principalmente conformadas por los ciudadanos) están promoviendo nuevas formas para la mejora. Muchos países, buscando mayores niveles de rendición de cuentas, han introducido algún tipo de evaluación del servicio al cliente o de la calidad al interior de sus sistemas. Otros han hecho lo mismo en aras de la eficiencia o porque las tecnologías actuales lo permiten a un costo asequible.

La evaluación es necesaria para verificar si se va en la dirección correcta. La evaluación dice si una determinada política efectivamente funcionó y sirve para tomar decisiones sobre el futuro. Ofrece elementos para determinar si un programa va a eliminarse, continuarse, o ampliarse. Puede ofrecer un flujo constante de información de interés a los beneficiarios del sistema, a las agencias participantes, a los directivos, a los reguladores y a los órganos legislativos. Puede proporcionar elementos para recompensar el éxito y evitar el fracaso. La mayoría de los cambios en la salud son incrementales, impulsados por la experiencia y la evidencia—más que la teoría o ideología—dando a la evaluación un rol crítico (Naylor, et al 2002).

El reto para la evaluación efectiva de cualquier política es la comprensión del funcionamiento de lo que se implementa, la definición de objetivos correctos, el seguimiento de datos relevantes para verificar el progreso y evaluar la eficacia. Uno de los temas centrales no es acerca de generar abundante información, sino de generar la información correcta. Esto es fundamental para un

sistema, agencia o programa especializado en salud, un área donde existen muchos elementos de los que se debe estar atento.

Este capítulo tiene por objeto proporcionar una visión general de la evaluación en el aseguramiento en salud. El capítulo se organiza de la siguiente manera. La Sección IV.2 tiene por objeto explicar los marcos para la evaluación. Se explican los métodos para obtener una comprensión minuciosa de los programas y las políticas, y cómo los objetivos se pueden medir mediante el uso de indicadores. La Sección IV.3 explica la mayoría de los enfoques comunes. En la siguiente sección se muestra el panorama de la evaluación en América. Por último, la Sección IV.5 concluye.

IV.2 Marco de Evaluación en Salud

Cualquier marco de evaluación debe comenzar por identificar los objetivos del sistema, las agencias o los programas. En el área de salud, los objetivos pertenecen a alguna de las siguientes cuatro categorías: 1) mejorar la salud, 2) lograr la equidad horizontal y vertical, 3) alcanzar la eficiencia micro y macroeconómica y, 4) mejorar la satisfacción de los usuarios.

Dos aspectos importantes han de entenderse en el momento de pensar acerca de los objetivos. En primer lugar, éstos a menudo se refieren a los sistemas de salud. Como tales, medidas generales se fijan para el país. (Véase WHO 2000, OECD 2005 y World Bank 2007b). No obstante, es importante distinguir entre los sistemas, las agencias y los programas. Un sistema es el conjunto de agencias y programas, y en ese contexto, tienen que establecerse las herramientas de evaluación apropiadas. Si bien los sistemas, las agencias y los programas pueden compartir objetivos, un adecuado sistema de evaluación debe identificar que cada una de ellas necesita su propia métrica.

En segundo lugar, como se ha explicado en anteriores trabajos de la CISS (véase, por ejemplo, CISS 2007 y 2008a), es muy útil identificar las tres funciones básicas que se realizan en cualquier sistema de servicios de salud: la financiación y asignación, OACS, y la provisión. Estas funciones básicas pueden ser realizadas por una agencia integrada verticalmente o en forma descentralizada por diferentes agencias. El reconocimiento de las tres funciones básicas es fundamental para la evaluación, dado que cada necesidad debe ser evaluada de manera particular con el fin de tener una mejor comprensión del funcionamiento de las agencias; además, las interacciones también pueden ser mejor entendidas.

Por otra parte, como se explicó en el Capítulo II, las evaluaciones pueden tener visiones complementarias: económica, actuarial, fiscal, de IO o administrativa. Las visiones reflejan distintas preocupaciones, que se reflejan en los objetos (indicadores) de seguimiento, la evaluación o ambos. Cada visión utiliza herramientas propias o de otras áreas de investigación. Por ejemplo, la visión administrativa se centra en encontrar el justo equilibrio entre las intervenciones estratégicas y las competencias internas de la agencia con el fin de satisfacer a los clientes y alcanzar los objetivos planteados. De este modo, los administradores se centran en hallar indicadores que puedan supervisar el progreso hacia el logro de un conjunto de objetivos. Los administradores pueden asignar algunas veces un papel secundario a la fase de evaluación del programa o sistema, y preocuparse más de los cambios internos en las agencias que les puedan llevar a un mejor desempeño interno. No es que ellos no se preocupen por los resultados globales, pero su principal responsabilidad es realizar su trabajo interno de manera correcta.

Junto con las metas, deberán ser entendidos los cuatro elementos centrales de la evaluación. El primero se refiere a la comprensión de cómo funciona el sistema, la agencia o el programa. Para la

evaluación de programas éste se refiere algunas veces como la "teoría del programa". Esto se refiere al mapa de cómo funciona, qué objetivos existen y cuáles son las palancas al alcance para abordar los problemas identificados. En términos prácticos esto se traduce en herramientas que organizan la información—el orden de los indicadores debe ser lógico—, pero esto es más que la forma de poner algunos indicadores en una herramienta. Como veremos en las secciones siguientes, existen herramientas bien conocidas desarrolladas para organizar la teoría del programa, unas de las cuales, los mapas de estrategia y el marcador balanceado, se han desarrollado especialmente para aplicar la visión administrativa.

El segundo aspecto consiste en identificar los indicadores que ayudan a supervisar el avance en el logro de los objetivos. Estos tipos de indicadores son conocidos como indicadores de desempeño y están por lo general acompañados por metas a las que se supone se debe llegar. Si bien los objetivos genéricos están por lo general establecidos en las leyes u otro tipo de regulación, los objetivos específicos se definen con menos frecuencia. Es probable que la eficacia de una agencia esté en función de su capacidad para definir metas que mezclen la aceptación por las partes interesadas con las posibilidades reales internas. Es poco probable que los legisladores o reguladores tengan más que una pequeña fracción de la información disponible para una agencia, y, por tanto, la eficacia es esa mezcla de proporcionar confianza a las partes externas a la vez que de hecho se mejora la gestión.

El tercer aspecto se refiere a la identificación de las fuentes de información. En términos generales, los datos pueden provenir de registros administrativos o directamente de datos recopilados, a través de encuestas o entrevistas. En el ámbito de la salud hay un debate interesante en las ventajas y desventajas de cada una de esas fuentes. Por último, para el caso de intervenciones específicas a través de programas, se espera una evaluación. La evaluación puede ser dividida en evaluación de

diseño, de implementación y de impacto.¹ Este será el tema específico de la Sección IV.3.

La evaluación, incluyendo el marco lógico, los indicadores, las fuentes de datos y la definición de los aspectos a ser evaluados deberán ser acordados entre todas las partes interesadas pertinentes y, puesto que el objetivo es mejorar el rendimiento, deberá ser establecida una estrategia bien diseñada para la divulgación de resultados.

En este sentido, el orden en que se desarrolla la información para el seguimiento y la evaluación no es inocuo. Si bien un sistema de evaluación puede ser implementado en cualquier momento, es conveniente contar con un sistema bien desarrollado antes de que los cambios sean implementados en un sistema, programa o agencia. Y cuando un sistema de evaluación va a ser aplicado, es importante desarrollar los elementos del sistema en orden: 1) definición de los participantes en el diseño de la evaluación; 2) diseño de la lógica del sistema, agencia o programa; 3) definición de indicadores y fijación de metas, 4) identificación de fuentes de información; 5) evaluación; y, 6) divulgación de la información. Si bien estas recomendaciones parecen obvias, desafortunadamente, no siempre son seguidas. En efecto, es raro que un nuevo programa tenga un sistema de evaluación antes de que inicie su implementación. Dado el estado actual de la tecnología, incluso para los países con pequeños o bajos ingresos, también es recomendable, siempre que sea posible, que la evaluación se base en datos individuales y que haga uso de las herramientas y métodos más modernos.

IV.2.1 Marcos para Organizar la Información

No es extraño encontrar programas o agencias que producen grandes cantidades de información en la forma de indicadores que resultan ser apenas

comprensibles para el usuario común. La necesidad de evaluar ha empujado a muchas instituciones a crear indicadores y a contratar evaluaciones indiscriminadamente, sin una previa valoración del tipo de información que el programa necesita realmente producir. Este derroche de recursos a menudo se produce porque el programa/agencia no es completamente entendido. Esta sección pretende tratar esta cuestión describiendo las herramientas más ampliamente utilizadas. En el fondo, el objetivo de éstas es buscar indicadores y presentarlos de tal manera que puedan catalizar el cambio.

El diseño e implementación de políticas sociales puede ser complejo en el ámbito de la salud, donde los resultados pueden ser producto de muy diversos factores. En este contexto, no es evidente que las partes de una intervención debieran estar sujetas a evaluación. Si bien los objetivos de un sistema de salud deben ser claros, no siempre es fácil dilucidar como funcionan los componentes del sistema al perseguirlos. Por supuesto, se sabe que hay recursos utilizados y procesos involucrados, pero tal vez no sea óptimo medir todo lo que tiene que ver con el programa o agencia. Los recursos son escasos y deben responder por necesidad a una estrategia. La clave reside en encontrar los elementos que dicen más. En primer lugar, todas las partes interesadas deben participar. Es conveniente contar con directivos, evaluadores, usuarios, y cada parte afectada al momento de tomar decisiones acerca de la evaluación. En segundo lugar, es necesario desarrollar un marco para que cada parte interesada comprenda cómo funciona el programa o agencia que se supone debe resolver un problema. Una vez que el contexto y el funcionamiento se comprende y los resultados esperados se formulan, es más fácil decidir cuáles aspectos deben ser supervisados y cuáles examinados más cuidadosamente a través de una evaluación.

¹ La medida costo-beneficio mide tanto los ingresos como los egresos en términos monetarios. El análisis de costo efectividad estima los insumos en términos monetarios y los resultados en términos no monetarios.

Al crecer la popularidad de la evaluación, los marcos para estudiar el funcionamiento de los programas (a menudo denominado "teoría del programa" *program theory*, Donaldson y Lipsey 2006) también han proliferado. El marco lógico, la teoría del cambio, y la gestión basada en resultados, son sólo algunos de los métodos utilizados para describir la teoría del programa. La utilización de diversos términos puede ser confusa para los recién llegados al tema de evaluación, pero es necesario tener en cuenta que lo que pretenden hacer es mostrar cómo funciona el programa y la forma de medir los progresos. Básicamente, constan de tres elementos: contexto en el cual prevalece el problema, el funcionamiento del programa, y los resultados. Para explicar estos elementos y las relaciones entre ellos, estos métodos usualmente conllevan algún tipo de mapeo y/o construcción de matrices. Después de construir un modelo razonable en el que los insumos, procesos y productos están claramente definidos y relacionados unos con otros en una susceptible cadena de acciones, estos métodos requieren el diseño de indicadores con sus correspondientes metas (en términos numéricos), las fuentes, y los supuestos adoptados. Básicamente en la actualidad hay dos marcos comunes utilizados en la evaluación de salud. El primero es el llamado "marco lógico" (*logical framework*), ampliamente utilizado por el Banco Mundial. El segundo es "mapas de estrategia-marcador balanceado" (*strategy maps-balanced scorecard*), propuesto originalmente por Kaplan y Norton (1996).

Sobre este tema podemos ver que aunque los enfoques del marcador balanceado (*BSC*) son más comúnmente utilizados a nivel de las agencias, con éxito significativo (véase evidencia reciente, por ejemplo, en Zelman, et al 2003, e Inamdar, et al 2002), y los marcos lógicos para supervisar los programas, el marcador balanceado puede convertirse en una herramienta muy útil para vigilar los programas también. El reto radica en la forma en que las partes interesadas se identifican, y sobre cómo mapear los procesos y cambios en los cuales las agencias que

dirigen los programas deberán sobresalir para alcanzar la satisfacción de las partes interesadas y los usuarios en un contexto en el que gran parte de los procesos se realizan por entes externos. Ejemplos de desarrollo del *BSC* en agencias de salud pública se pueden encontrar en Villalbi, et al (2007), García (2004) y Woodward (2004), mientras que la Superintendencia de Salud de Chile tiene en su página web su *BSC* (véase: <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-1734.html>).

IV.2.2 Indicadores de Desempeño en Salud

Los indicadores de resultados miden varias partes de un programa, una agencia o un sistema. Ellos son la base de la supervisión y pueden utilizarse para hacer seguimiento a los insumos, procesos y resultados de cualquier política pública. También pueden utilizarse para observar las variables externas que pueden tener impacto sobre los resultados. Para cada parte involucrada, los indicadores son importantes porque ayudan a saber lo que está sucediendo. Para los administradores de salud, los indicadores advierten de fracasos y logros, mientras la política se está implementando. Esta información apoya la toma de decisiones, la auditoría, permite la oportuna corrección de errores y ayuda a mejorar el desempeño. Para el gobierno, los indicadores permiten evaluar el valor agregado de una política y proveen apreciaciones sobre lo que habría sucedido si la política no se hubiera llevado a cabo. Para los usuarios, los indicadores pueden ayudar al proceso de toma de decisiones en los mercados de servicios de salud. Para los pagadores de impuestos, los indicadores publicados—siempre que sean fáciles de entender—ayudan a comprobar cómo están siendo utilizados sus recursos y si ha habido algún progreso. En este punto vale la pena mencionar que no todos los indicadores son útiles para la toma de decisiones. Los indicadores útiles son aquellos que proveen información de las partes en la lógica del sistema.

Con el fin de que los indicadores estén siempre disponibles, los datos tienen que producirse periódicamente. La supervisión es una tarea que funciona mejor en forma continua que cuando viene de manera discreta y algunas veces en intervalos esporádicos de tiempo. Por lo tanto, un buen sistema de indicadores obtendrá mejores resultados si éste se ha planeado desde la etapa de diseño. Esto no significa que las políticas que ya se hayan implementado no puedan ser supervisadas. Una buena estrategia para desarrollar una base de datos funcionará en cualquier momento. Pero cuanto antes se reconozca la necesidad de información, más fácil será reunirla. Una base de datos que provee información de calidad no sólo será una fuente importante para obtener indicadores, sino que será también el eje para realizar evaluaciones adicionales.

El desarrollo de indicadores de desempeño por lo general puede tomar tiempo, ya que necesitan tener ciertas características "ideales": 1) deberán medir condiciones de manera clara y específica; 2) deberán medir el desempeño directamente, en términos cuantificables cuando sea posible, aunque si esto no es factible algunos *proxies* pueden ser utilizados; 3) no deben ser costosos o difíciles de obtener; 4) la fuente de datos deberá ser claramente identificable y confiable; 5) deberán actualizarse periódicamente o inclusive continuamente a un bajo costo; en el caso de los datos administrativos como un subproducto de las operaciones; y, 6) el sistema de control deberá conformarse sólo por los mejores indicadores disponibles, y no por todos los indicadores disponibles. Una vez que los indicadores son seleccionados, deberá diseñarse un plan de supervisión. Es necesario especificar la manera como serán generados los datos, cuándo van a ser obtenidos—y los agentes a cargo—, y cómo van a ser procesados, analizados y divulgados.

Los indicadores se pueden clasificar de muchas maneras, por ejemplo: en relación con el procesamiento de la información, pueden ser indicadores elementales, derivados y compuestos; en relación con las fases de los programas, pueden

ser indicadores de recursos, productos e impacto; en relación con las variables, los indicadores pueden ser completos, parciales y complejos (Tavistock, et al 2003). Aquí vamos a clasificarlos en dos tipos: indicadores simples e indicadores complejos. Los primeros son estadísticas que se refieren al valor de dos variables, por lo general como un cociente, con el fin de hacer comparaciones. El segundo tipo de indicadores se refiere a aquellos que tienen una base teórica o "contrafactual" (es decir, que pueden ser comparados con alguna hipótesis y con otros datos). El Cuadro IV.1 muestra ejemplos de indicadores simples que se utilizan para los sistemas a lo largo de los tres principales procesos. El ejemplo siguiente muestra la utilidad de este enfoque.

Cuando se evalúan los sistemas de salud o los programas típicamente la cobertura es una preocupación básica. Aunque ampliamente utilizado, este indicador puede dar lugar a respuestas diferentes dependiendo de lo que éste en realidad mida. La cobertura es alternativamente medida bajo criterios de garantías constitucionales, de derechos garantizados o de garantías observables. El primero se refiere a los derechos estipulados en la Constitución u otros estatutos fundamentales de los países, incluyendo jurisprudencia (para una discusión de garantías véase el informe sobre salud CISS 2008a). Otro uso de los derechos garantizados es el que hace referencia explícita a las garantías establecidas en los programas; esta es la definición utilizada por la OMS (WHO 1998). Bajo este contexto, los programas se clasifican en aquellos con y sin derechos garantizados. Los primeros son aquellos en los que hay garantías explícitas de atención, mientras que el segundo se refiere a aquellos sistemas que proporcionan servicios de salud sujetos a limitaciones presupuestales. Se dice típicamente que los sistemas financiados con impuestos a la nómina están basados en derechos garantizados mientras que los sistemas financiados de impuestos generales no tienen derechos garantizados; así a los primeros se les conoce como Bismarckianos y a los segundos como Beveridgianos. Por último, es muy común ver

que los indicadores que miden el acceso a los servicios (garantías observables) se utilizan como medidas de cobertura.

La cuestión principal es que existe ambigüedad en la medición de la cobertura a veces a nivel de financiación, a veces a nivel de afiliación, y a veces a nivel de acceso a la prestación de servicios. Una estrategia exitosa es lograr la cobertura en los tres

niveles. Considerando el problema como una cuestión de derechos garantizados, puede tener cierta utilidad en la política para promover acciones públicas para asegurar la financiación y otras acciones estatales, pero por sí mismo, los derechos garantizados pueden ser sólo una denominación que significa poco si no es correspondido por cobertura a nivel de servicios.

Cuadro IV.1
Ejemplos de Indicadores Simples Para Seguir Objetivos del Servicio de Salud

	Sistema		Agencias		Programas
		Financiación y asignación	OACS	Provisión	
Mejorar la Salud de la población	Tasas de mortalidad ajustadas por la edad.	Tasas de afiliación (universalmente).	Número de intervenciones en el paquete de servicios (amplitud).	Tasas de mortalidad hospitalaria.	Tasas específicas de mortalidad y de morbilidad.
	Medidas de morbilidad.		Tipo de Intervenciones suministradas (total).	Acceso para diferentes intervenciones /tratamientos.	
	Tasas de curación/ supervivencia.		Eficacia del cuidado: 1. Número de visitas. 2. Verdadero acceso a las diferentes Intervenciones/ tratamientos. 3. Tratamiento/ gestión adecuado para algunas condiciones. 4. Cuidado preventivo o de apoyo.	Tratamiento/ gestión adecuado para algunas condiciones.	
	Estatus de la población.		Certificaciones.	Certificaciones.	
	Acceso a los servicios de salud con un gran impacto demostrable sobre el estatus de salud comunitario.				
Equidad Horizontal	Derecho constitucional Tasas de afiliación Acceso a los servicios de salud con un gran impacto demostrable sobre el estatus de salud comunitario.	Recursos entre diferentes grupos de afiliados.	Valor del paquete de servicios de grupos de población. Acceso para diferentes Intervenciones/ tratamientos por distintos grupos de población.	Acceso para diferentes Intervenciones/ tratamientos por distintos grupos de población.	Población objetivo.

Cuadro IV.1 (continuación)

	Sistema	Agencias		Programas	
		Financiación y asignación	OACS		Provisión
Equidad Vertical	Gasto privado.	Primas, deducibles y co-pagos de diferentes afiliados.	Deducibles y co-pagos.	Pagos en el punto de servicio.	Costo de participación.
Macroeficiencia	Gasto total en salud.	Desviaciones de gasto.	Desviaciones de presupuesto.	Desviaciones de presupuesto.	Desviaciones de presupuesto.
Microeficiencia	Varias medidas utilizadas de productos por insumos. Costo administrativo.	Tasas de afiliación de la población potencial. Pago de contribución de la población adscrita. Costo promedio de afiliación. Ingresos de operación. Ingresos netos.	Costo promedio administrativo por afiliado. Siniestralidad médica por afiliado. Margen operativo. Margen de ingreso neto.	Varias medidas utilizadas de productos por insumos. Ingresos operativos. Ingreso neto.	Costo promedio por beneficiario. Focalización.
Satisfacción del usuario	Medidas de tiempo. Elección. Atención a usuarios. Otras medidas de satisfacción a través de encuestas.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Tasas de reinscripción.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Tasas de reinscripción.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Medidas de visitas por diferentes enfermedades.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas.

Fuente: Elaboración propia basada en diversas fuentes (Hurst y Jee-Hughes 2000, OECD 2003c, PAHO 2007, www.ncqa.org y WHO 2008).

Estos indicadores, cuando se comparan con información basal u otro tipo de puntos de referencia, son útiles para describir y evaluar los aspectos de los sistemas de salud. Sin embargo como los indicadores se calculan como el cociente de dos variables, proveen información parcial y pueden llevar a conclusiones equivocadas. Un ejemplo de esta situación fue descrita en el Capítulo II. En el siguiente párrafo describimos otro que es común.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es uno de los principales indicadores cuando se evalúan los resultados de salud en una sociedad. Por otra parte, cuando se combina con datos sobre gasto en salud por lo general proporciona una evaluación del

desempeño del sistema de salud. Por ejemplo, algunos investigadores sostienen que Estados Unidos se encuentra a un nivel inferior al de muchos países europeos basado en este indicador. Sin embargo, cuando se utilizan, por ejemplo, otros indicadores, tales como el acceso al tratamiento contra el cáncer, podemos ver que el desempeño del sistema de salud de los Estados Unidos está por encima al de los países europeos.

En general, los sistemas de salud no pueden medirse por las condiciones de salud, ya que las condiciones de salud son el resultado de muchos factores determinantes (Naylor, et al 2002). Para evaluar un sistema de salud deberán tenerse en cuenta muchos

indicadores, y los indicadores simples basados en cocientes dan información parcial. En parte por esta razón y debido a la disponibilidad de datos y capacidades computacionales, se están desarrollando indicadores más sofisticados. Estos indicadores complejos, ofrecen mayor coherencia en los

resultados, permiten la respuesta a diferentes preguntas y son más útiles para propósitos de evaluación. No son perfectos, dado que algunos de ellos pueden estar sometidos a las mismas críticas formuladas en el párrafo anterior. El Cuadro IV.2 muestra los indicadores complejos más utilizados en salud.

Cuadro IV.2
Ejemplos de Indicadores Complejos para Seguir Objetivos de Servicio de Salud

	Sistema		Agencias		Programas
		Financiación y asignación	OACS	Provisión	
Mejorar la salud de la población	Calidad de vida relacionada a la salud (<i>HRQOL</i>). Por ejemplo, años de vida ajustados por la calidad <i>QALYs</i> .	Cobertura efectiva.		Indicadores de la seguridad del paciente.	Calidad de vida relacionada a la salud (<i>HRQOL</i>). Por ejemplo, <i>QALYs</i> para una enfermedad específica. Cobertura efectiva.
Equidad Horizontal	Medidas de resultados y de desigualdad en el acceso. Por ejemplo, inequidad con respecto a los años de vida y años de vida ajustados por la calidad (<i>QALYs</i>).				Medidas de resultados y de desigualdad en el acceso. Por ejemplo, inequidad con respecto a los años de vida y años de vida ajustados por la calidad (<i>QALYs</i>).
Equidad Vertical	Medidas de desigualdad financiera. Gastos catastróficos y empobrecedores.	Disposición a pagar.			Medidas de desigualdad financiera. Gastos catastróficos y empobrecedores.
Macroeficiencia	Viabilidad fiscal del sistema. Peso muerto de proveer servicios de salud.	Viabilidad financiera de la población afiliada.	Viabilidad fiscal de la agencia en función de los paquetes otorgados y la población afiliada.	Viabilidad fiscal de la agencia en función de los paquetes otorgados y la población afiliada.	Viabilidad fiscal del programa. Peso muerto de proveer un programa.
Microeficiencia		Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> .	Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> .	Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> . Calidad técnica de los proveedores, hospitalizaciones prevenibles.	
Satisfacción del usuario	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.

HRQOL = Health Related Quality of Life. QALY = Quality Adjusted Life Year. DEA = Data Envelopment Analysis.

Fuente: Elaboración propia basada en diversas fuentes (Hurst y Lee-Hughes 2000, OECD 2003c, PAHO 2007, y WHO 2003 y 2008).

Después de revisar los indicadores de seguimiento a los sistemas de salud reportados regularmente por los países, podemos concluir que (véase el informe completo sobre este tema en CISS 2008b):

- La OPS tiene una iniciativa encaminada a la recopilación de indicadores clave de los países de la región. La información producida para tal iniciativa es la única que se produce regularmente en muchos países.
- El uso de indicadores complejos no es tan común como el uso de indicadores simples. Algunos de ellos no se producen sistemáticamente por los sistemas de salud del país; de hecho, en los países desarrollados son en su mayoría producidos como parte del trabajo académico, pero no como parte de un sistema de evaluación regular.
- La mayoría de los países generan indicadores básicos en relación con la mortalidad, la morbilidad y la cobertura de servicios, y una gran cantidad de información se produce dentro de los mismos indicadores agregados, por ejemplo, la mortalidad se analiza por edad, enfermedad, etc..
- Con relación al desempeño de los sistemas de salud, la equidad se puede medir a lo largo de las dimensiones vertical y horizontal. Para la primera, los indicadores tales como el gasto público y privado se utilizan comúnmente mientras que los más complejos rara vez se utilizan (gastos catastróficos y empobrecedores). Por otro lado, casi ningún país mide regularmente la equidad horizontal con indicadores complejos.
- Para medir la eficiencia macroeconómica, el gasto de salud total es el indicador más común utilizado por los países. La micro-eficiencia se mide a través de cocientes de usuarios a infraestructura y recursos humanos.
- En lo que respecta a la satisfacción de los usuarios, sólo unos pocos países cuentan con indicadores que tienen por objeto la captura de

la satisfacción del usuario. Además, hasta ahora, ninguno de ellos utiliza indicadores complejos.

- En muchos casos la información no se actualiza con frecuencia, situación que puede reflejar que no se han adoptado procesos estandarizados.
- Algunos países llevan a cabo encuestas nacionales periódicamente para evaluar la salud de la población y otros indicadores interesantes.
- En algunos países el ministerio encargado de las cuestiones de salud tiene un departamento sólido de estadísticas. En estos casos, un micrositio dentro de la página web del ministerio proporciona información básica y herramientas para generar algunas estadísticas.
- En Estados Unidos el Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Estados Unidos una agencia pública dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos es una fuente valiosa de información pública en relación con los indicadores de salud.
- En Canadá hay una agencia privada llamada Instituto Canadiense de Información de Salud que proporciona información pública en salud.

De la discusión anterior podemos recomendar:

- *Los países deben comenzar a producir todos los indicadores pertinentes. Incluidos aquellos que no se producen actualmente en forma regular, tales como el gasto administrativo. Si bien se han hecho esfuerzos para producir indicadores de resultados de salud, una imagen completa se alcanzará una vez que exista información relativa a la equidad, eficiencia y satisfacción.*
- *Los países deben empezar a producir indicadores complejos. Por ejemplo, ahora se producen indicadores complejos en México y Chile.*
- *Las metas para los indicadores deben ser objeto de acuerdo entre las principales partes interesadas. No deben ser tan ambiciosas que no sean alcanzables, pero tampoco tan modestas que se traduzcan en solo mejoras menores. Estas metas deberán ser el resultado realista de lo que puede*

ser hecho bajo el contexto actual y teniendo en cuenta las acciones para su consecución.

Debemos ser conscientes de que el establecimiento de un ordenamiento mundial de desempeño de los sistemas de salud basado en indicadores agregados es extremadamente difícil, como es ejemplificado por el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 (WHO 2000). El informe ha sido objeto de críticas por sus problemas con la utilización de ponderadores en el cálculo de los índices, por la utilización de medidas de servicios de salud como una medida indirecta del desempeño de los sistemas de salud y por la forma en que éste evaluó la equidad de los sistemas de salud. Otro valioso esfuerzo para crear comparaciones internacionales es el realizado por la OCDE (Véase, por ejemplo, OECD 2006).

Las métricas utilizadas para seguir a las agencias encargadas de la atención de salud son menos abundantes y no siempre difundidas objetivamente. En términos generales podemos resumir que las agencias son supervisadas con base en: 1) la visión administrativa, en la cual internamente se establece una estrategia, tareas, indicadores y métricas que deberán ser alcanzadas por las diferentes áreas de la organización y, 2) la visión fiscal en el caso de las agencias públicas, en el que las mismas son controladas con respecto al uso de fondos públicos, tales como las desviaciones presupuestales y compras. Surgen dos cuestiones. En primer lugar, aunque las agencias tienen su propia estrategia, el control externo basado en la visión fiscal domina los esfuerzos de las agencias públicas. Este es, desafortunadamente, un comportamiento racional de los directivos, ya que en la mayoría de las agencias públicas el periodo para el que fueron contratados es muy corto en comparación con el que se necesita en una estrategia a largo plazo, y su éxito personal puede depender crucialmente en no fallar en términos de control financiero en el corto plazo. En segundo lugar, en las agencias que realizan más de una función, como agencias verticalmente integradas, se corre el riesgo de pasar por alto una de ellas. Por estas razones, recomendamos:

- *La supervisión externa de las agencias públicas debe ser más amplia, se deben incluir algunos elementos de la visión administrativa, además de la visión fiscal.*
- *Las agencias verticalmente integradas deben trabajar siguiendo una separación virtual de funciones y desarrollar indicadores acorde a esta realidad (es decir, para la financiación, OACS y provisión).*

De entre todos los tipos de agencias, la que más atención ha recibido son los hospitales. Existe una importante cantidad de información sobre hospitales en publicaciones académicas y no académicas. Los hospitales son escrupulosamente supervisados con respecto a los principales indicadores basados en cocientes como los presupuestos, proporciones de pacientes por camas, cargas médicas, etc., mientras que por argumentos sanitarios las infecciones intra-hospitalarias y otras variables son seguidas en forma periódica. Sin embargo creemos que se pueden hacer muchas mejoras:

- *Es importante que una vez que el hospital haya construido un sistema confiable de indicadores simples, se inicie un esfuerzo para desarrollar indicadores complejos. A pesar de que no hay una única propuesta, como en el caso de los indicadores de cociente, hay una amplia literatura sobre las ventajas y desventajas de indicadores complejos propuestos.*
- *Los hospitales deberán ser supervisados de una manera integral, incluyendo todas las visiones. En particular el uso de la IO ha demostrado ser muy útil para comprender la eficiencia de los hospitales. Esto se refiere a la evaluación de un sistema de hospitales, y no a la administración de casos individuales.*

Los programas son, probablemente, en comparación a los sistemas y las agencias, los que reciben una atención más completa, a menudo porque tienen asignados fondos públicos específicos. En muchos casos los programas son supervisados con

respecto a la visión actuarial y la visión fiscal. Por otra parte, los académicos normalmente tratan de evaluar los programas de salud como parte de su agenda de trabajo. La principal razón que explica la falta de una evaluación completa en los programas de salud en el continente es que los programas son con frecuencia implementados antes de que se haya adoptado una estrategia de evaluación. Por esta razón recomendamos:

- *La evaluación debe ser un aspecto clave del diseño de programas y los programas deben ejecutarse de tal forma que se pueda implementar un sistema confiable de evaluación.*

Para los sistemas, las agencias y los programas se aplican las siguientes recomendaciones:

- *Los indicadores agregados, incluyendo aquellos a nivel nacional, son muy útiles para algunas audiencias, por ejemplo los líderes políticos, pero para los administradores estos pueden parecer una "caja negra", por lo tanto es muy útil desagregar los indicadores de procesos y programas.*
- *Los indicadores deben estar basados en datos individuales. En este sentido, los sistemas de tecnologías de información deberán implementarse para medir la información a nivel individual, por ejemplo, el costo por tratamiento.*
- *El sistema de generación de indicadores deberá ser lo suficientemente flexible para adaptarse con rapidez a los nuevos desarrollos.*
- *Las condiciones de salud son el resultado de muchos factores que interactúan entre sí, tales como las características socio-demográficas y educativas. Por esta razón algunos sostienen (véase, por ejemplo, Naylor, et al 2002) que algunos indicadores que reporten condiciones fuera de los sistemas de salud también deben seguirse a fin de evaluar mejor los sistemas de salud y comprender las desigualdades.*

IV.2.3 Fuentes de Información

Existen dos fuentes principales para obtener datos: las administrativas y las encuestas. Existen, por su parte, dos tipos de medidas: objetivas y subjetivas. Los datos administrativos proporcionan medidas objetivas y si los sistemas están bien diseñados, las bases de datos pueden alimentarse directamente de eventos operativos. Las encuestas pueden proporcionar dos tipos de datos: objetivos, como las medidas basadas en la sangre, peso, estatura, y otros indicadores que son fácilmente medidos durante las entrevistas, y subjetivos. Los datos subjetivos con respecto al estado de salud están además divididos en autoevaluaciones del bienestar global e informes de incidencia de condiciones crónicas. En los párrafos siguientes trataremos de resumir las conclusiones sobre las ventajas y desventajas de utilizar los dos tipos de datos y los dos tipos de medidas. También hacemos alguna sugerencia para mejorar el proceso de recopilación de datos en los sistemas de salud. En cuanto a los datos administrativos las preocupaciones más comunes son:

- Los datos administrativos en materia de salud, tales como registros médicos, egresos hospitalarios, y estadísticas vitales, proporcionan objetivos fiables en las medidas de la salud. Sin embargo, se sabe que puede haber errores cuando los médicos, enfermeras y administradores capturan los datos. Una adecuada capacitación en el uso de los sistemas de información y la utilización de expedientes electrónicos de salud deberán mejorar la recolección y la calidad de los datos proporcionados por fuentes administrativas.
- En muchas circunstancias, como las agencias públicas se gestionan con base en el flujo de efectivo por razones fiscales, no se produce un enfoque presupuestal suficientemente rico como para contabilizar alguna información importante. En particular, en ausencia de la contabilidad financiera no es fácil obtener información sobre

los activos y pasivos, y el costeo de procesos llega a ser difícil de calcular.

- Los datos administrativos se recopilan regularmente, aunque muchas veces no se encuentran disponibles con prontitud. Una de las características de los datos administrativos es que tienen la posibilidad de ser utilizados muy poco después de que se hayan generado, incluso en tiempo real. Esto no es factible si la información tiene que estar consolidada, organizada y depurada. Con las actuales TI, un sistema adecuado, diseñado cuidadosamente, con información confiable ingresada desde el comienzo debe evitar estos problemas.

- Los datos administrativos recopilan piezas desconectadas de información de la misma persona. Esto es típico en los sistemas de salud en los que hay información de los afiliados en términos de salarios, contribuciones, etc. (esto no existe cuando los servicios de salud no son suministrados bajo los mecanismos de seguro), y también información con respecto a los registros de admisión y egreso para cada interacción de la persona con las instalaciones de salud. Sin embargo, a menudo es difícil crear un registro para el mismo afiliado con toda su información; de hecho, a veces, dos registros de egreso para una misma persona por la misma enfermedad, producto de dos estadías en el hospital, no pueden vincularse. Una vez más, el uso de los expedientes médicos electrónicos pueden ayudar para este propósito, especialmente si éste es integrado en un sistema de TI con una arquitectura centrada en el ciudadano (para obtener más información sobre esto véase CISS 2007).

- Los datos administrativos no se actualizan constantemente. Como se explicó en el anterior Informe de la CISS (CISS 2007), dos procesos que pueden producir mejores resultados en los programas sociales son el de la administración de la cuenta y la atención al usuario (AC y AU). Es muy importante para las agencias lanzar un

enfoque moderno para la AC y AU. Esto fue más costoso y menos eficaz en el pasado, pero las tecnologías actuales han aumentado los múltiples beneficios derivados de la gestión de las relaciones con las personas de manera detallada.

- Los datos administrativos tiene muy poca información sobre las características socio-demográficas. Aunque esta información puede no ser directamente relevante para la gestión de un programa, ésta permite a las agencias personalizar los servicios, y se convierte en información clave al momento de realizar análisis sobre cuestiones de política pública. Entrevistas a una muestra representativa de los afiliados y vincular la información administrativa con la de las encuestas han demostrado ser muy informativas (véase el ejercicio realizado para el caso del sistema de pensiones en Chile en Arenas de Mesa, et al 2006).

La información proveniente de encuestas puede ser muy útil ya que provee información sobre varias dimensiones, información que no es capturada por los datos administrativos. Los datos de la encuesta pueden complementar la falta de datos administrativos, aunque no son la mejor opción. En particular, hay algunas preocupaciones con respecto a los datos sobre salud e ingresos provenientes de encuestas. Estos son resumidos en los siguientes párrafos:

- Se sabe que el ingreso es sub-reportado o sobre-reportado en encuestas dependiendo del verdadero ingreso de la persona, y como tal no es muy útil para hacer evaluaciones.

- Las medidas de salud basadas en encuestas dan la estimación en un punto en el tiempo a menos de que haya disponibilidad de datos de panel. Además, están disponibles con retraso, lo que hace que esta información sea menos útil para la supervisión continua. Sin embargo, puede ser muy útil para la evaluación, dado que puede capturar preguntas en muchas dimensiones.

- Las mediciones auto-reportadas de salud se miden con error porque a los encuestados se les solicitan juicios subjetivos y, como tal, no hay ninguna razón para esperar que estos juicios sean comparables entre las personas (Bound 1991).
- Se ha argumentado que el error de medición puede ser más alto para medidas auto-reportadas del estado de salud que para medidas también auto-reportadas para enfermedades específicas o información sobre mortalidad posterior, como aproximaciones al estado de salud. Sin embargo estudios recientes han demostrado que esto puede no ser el caso (Baker, et al 2001). Para dirimir estos problemas diversos investigadores y organizaciones han utilizado diferentes medidas de salud tales como las medidas relativas, las cuales piden a la persona comparar su estado de salud con una persona de la misma edad y condición económica. Hasta ahora esta parece ser la mejor opción cuando se utilizan mediciones auto-reportadas de salud.

Lo que podemos concluir con este debate, como es el caso en cualquier paso para la implementación de una estrategia de supervisión y evaluación es que:

- *Las fuentes de información y las bases de datos deben planificarse desde el principio y con una perspectiva a largo plazo si se quiere obtener el máximo beneficio de la estrategia.*
- *Cuando sea posible la información deberá ser obtenida de los sistemas transaccionales.*
- *Los sistemas de información deben ser integrales y centrados en el individuo. Integral significa que la información sobre todos los procesos se recogen: afiliación, cobranza y asignación, OACS y la provisión, en todo el espectro del cuidado. Por otra parte, la información debe incluir los resultados de salud y medidas de costo (para obtener más información sobre esto véase CISS 2007).*
- *Intranet e Internet deberán utilizarse para recoger información siempre que sea posible.*

- *Las encuestas deberán considerarse como fuente de información complementaria para los datos administrativos y no como una fuente alternativa.*

IV.3 Evaluación

En términos generales, la evaluación en los programas sociales puede adoptar tres formas: 1) la evaluación del diseño del programa; 2) la evaluación de la gestión de programas, lo que a su vez es una evaluación de las funciones desempeñadas por las agencias que gestionan los programas; y, 3) la evaluación del impacto. La evaluación del diseño del programa es útil para trazar un nuevo programa y saber si el diseño funciona. Se hace para verificar si el programa tiene una lógica clara, si hay coherencia entre los objetivos, los insumos, los procesos y los productos.

La evaluación de la gestión del programa consiste en verificar empíricamente cómo se ejecuta el programa, con el fin de identificar problemas de operación. Básicamente es una evaluación de cómo las diferentes agencias que participan en algunos procesos de un programa están cumpliendo con sus responsabilidades. La evaluación de impacto evalúa cómo el programa, administrado por una o varias agencias, tiene éxito en el logro de los objetivos. Los tres tipos de evaluaciones son complementarios a fin de evaluar si el programa y las agencias cumplen con sus metas dado el conocimiento actual sobre el funcionamiento de los mercados y los incentivos de las personas y las empresas, y para identificar áreas de oportunidad. La evaluación del programa y la agencia lleva a diseñar cambios, lo que a su vez se traduce en cambios al marco regulatorio y operativo.

La supervisión de indicadores clave, ya sean simples o complejos, y su comparación con medidas basales, metas, o puntos de referencia es una forma simple de evaluación. Esto es lo que hace la mayoría de los sistemas, agencias, y programas, y es el foco de los esfuerzos de las organizaciones internacionales, ejemplificado en este caso por la Iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio presentado en el Recuadro IV.1.

Utilizar los últimos desarrollos para el cálculo de indicadores puede ser muy eficaz en la evaluación del desempeño de las distintas agencias. Véase el

ejemplo de comparación de costos y de resultados en el Recuadro IV.2.

Recuadro IV.1
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Salud

Los ODM son objetivos de una estrategia encaminada a reducir la pobreza extrema del mundo para el año 2015. Fueron promovidos por la ONU. Todos los países del mundo, así como las más prominentes organizaciones internacionales, han hecho el compromiso para cumplir con ellos. Los ODM tratan de mejorar el bienestar de las personas más pobres mediante el mejoramiento de su salud y la educación. También destacan la importancia de fomentar una asociación mundial para la cooperación y la preservación del medio ambiente.

Para hacer de este proyecto una realidad, y no sólo un conjunto de buenas intenciones, las Naciones Unidas asociaron metas realistas con cada uno de los objetivos con el fin de medir los avances. El año 1990 se toma como punto de partida y se espera se cumplan las metas en el año 2015. El siguiente cuadro muestra los ODM y las metas relacionadas con ellos (e implícitamente, algunos de los indicadores a ser supervisados). Vale la pena observar que los objetivos para las dos últimas metas son ambiguos. Para superar este problema, las Naciones Unidas asociaron varios indicadores medibles a ellos. Por ejemplo, para la meta del objetivo 7, para incorporar los principios del desarrollo sustentable dentro de las políticas de los países, se utilizan indicadores como el área protegida para mantener la diversidad biológica y la proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.

Los ODM y sus Metas

ODM	Meta(s)
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren por el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.	Velar por que, para el año 2015, los niños en todas partes, niños y niñas por igual, puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3. Promover la igualdad entre los géneros y empoderar a la mujer.	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la educación a más tardar en 2015.
4. Reducir la mortalidad infantil.	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad en los menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.	Reducir en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.
6. Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Haber detenido para 2015 y comenzar a revertir la propagación del VIH-SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Incorporar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas de los países y revertir la pérdida de los recursos del medio ambiente ^{1/} .
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.	Tratar integralmente con la deuda de países en vías de desarrollo ^{1/} .

Nota: 1/Estos objetivos tienen más de una meta asociada a ellos.
Fuente: UN (2006).

Los aspectos más relevantes de los ODM se enfocan en el logro de las metas de salud. Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la

Recuadro IV.1 (continuación)

salud materna y reducir la incidencia de determinadas enfermedades. Sin embargo, no es fácil en la práctica separar los objetivos, ya que la investigación ha demostrado que factores como el bienestar material o una mejor educación estén estrechamente relacionados con mejoras en la salud. Esta consideración es muy importante. Como el radio de acción de los sistemas de salud no tiene una frontera clara, el uso de indicadores y la realización de los objetivos es sólo una parte del trabajo. En algunos casos, se requiere de una evaluación adicional para establecer relaciones de causa-efecto para confirmar la eficacia de una política.

Los ODM son un gran ejemplo de una estrategia bien diseñada que incluye objetivos, metas e indicadores. Además, para hacer las cosas con responsabilidad y para impulsar a los países hacia el cumplimiento de los objetivos, las Naciones Unidas publica anualmente un informe (también disponible en línea) que ilustra los progresos que se han realizado durante el período. Por ejemplo, América Latina y el Caribe no están haciendo un trabajo suficiente para el alcance de los ODM. Los éxitos primordiales de la región son la reducción del hambre y las tasas de mortalidad infantil, mientras que los otros indicadores muestran resultados de leves a mediocres (UN 2005).

En las agencias verticalmente integradas, la supervisión de los indicadores clave a través de diferentes unidades de proceso debe ser sencilla, ya que la recopilación y divulgación interna de datos no debería ser un problema. En los mercados descentralizados, en los que muchas unidades independientes operan como agencias de la OACS o como proveedores, el establecimiento de puntos de referencia no siempre es sencillo, ya que es difícil reunir información y los incentivos para la divulgación pueden ser débiles. El cálculo de índices para propósitos de definir referencias y compartir mejores prácticas a través de diferentes agencias es más un esfuerzo voluntario organizado en torno a una iniciativa externa. Por ejemplo, el Instituto de Ingeniería Hospitalaria de Australia (*Institute of Hospital Engineering Australia IHEA*), proporciona un sistema de referencia para el manejo de las instalaciones de salud. Los sistemas, a los cuales los hospitales voluntariamente se adhieren, recogen datos a través de encuestas, analiza, clasifica y suministra información sobre varios indicadores a sus miembros. La información se presenta de tal manera que cada unidad individual puede comparar su estatus con las mejores y peores prácticas dentro de grupos comparables, es decir, hospitales rurales y urbanos, o tipo de hospitales (IHEA 2008).

Por otra parte, el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (*National Committee of Quality Assurance NCQA*), una empresa privada sin fines de lucro en los Estados Unidos, enfocada en mejorar la calidad del servicio de salud, es una asociación a la cual se adhieren los planes de salud con el fin de tener un sello que muestre que han estado sometidas a un riguroso y completo examen. Todos los miembros deben informar anualmente sobre su desempeño en los Datos de Efectividad del Cuidado de Salud e Información (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS*), basados sobre estándares de calidad y medidas de desempeño desarrollados para una amplia gama de entidades de atención a la salud. Las medidas y normas se dan a conocer para que no sólo sean utilizadas por los administradores para mejorar su desempeño, sino también por los encargados de formular políticas, usuarios y otras partes interesadas en la toma de decisiones, y por los académicos.

Las iniciativas del *IHEA* y *NCQA* reflejan algo que es común en todo el mundo: la mayor parte del esfuerzo de evaluación en materia de salud se ha concentrado en los planes de salud y provisión, mientras que la financiación y la asignación no son prioritarios en las agendas.

Recuadro IV.2
Comparando Servicios de Salud: Kaiser Permanente y
el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido

En el pasado, el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service NHS*) del Reino Unido se percibía como un proveedor eficiente que podría superar muchos de sus principales retos a través de inversiones adicionales, en lugar de mediante la reestructuración de la organización y la gestión. Sin embargo, un estudio detallado publicado en el *British Medical Journal* en 2002, comparó los resultados y el costo de Kaiser Permanente (KP) y el *NHS*. Estas organizaciones proporcionan la misma gama de servicios y tienen aproximadamente el mismo número de años de funcionamiento. El *NHS* es una agencia pública nacional y se cree es el factor clave para mantener bajos los gastos de salud nacionales a la vez que proporciona un servicio de alta calidad con un nivel aceptable de acceso. Por el otro lado Kaiser Permanente es una organización privada que opera principalmente en California, cuyo sistema de salud es considerado generalmente como uno de los más costosos en el mundo. Sin embargo, después de controlar por diferencias socio-económicas y de edad entre las dos poblaciones, los pacientes del Kaiser Permanente reciben mejor servicio de salud que los pacientes del *NHS* por aproximadamente el mismo costo. En particular, los pacientes del KP experimentaron de forma más amplia y conveniente los servicios de atención primaria y mucho más rápido el acceso a servicios especializados y hospitales. Además, gastaron un tercio del tiempo en el hospital en comparación con los pacientes del *NHS*, siendo ésta la diferencia más notable entre los dos casos.

Por otro lado, los investigadores del estudio señalaron que KP logra un mejor rendimiento por aproximadamente el mismo costo, ya que tiene: 1) una mejor integración de la atención en todo el sistema, 2) una gestión eficaz de utilización hospitalaria, 3) los beneficios de la competencia y, 4) una mayor inversión en tecnologías de información. Para los autores del estudio, el hecho de que en KP exista una alta integración entre los médicos y los administradores permite el control y rendición de cuentas a través de todos los componentes del sistema. Por ejemplo, KP puede manejar pacientes en el establecimiento más adecuado, aplicar programas de administración de enfermedades para las condiciones crónicas, y hacer las decisiones sobre gastos con base en su adecuación a los objetivos y a su costo-efectividad (para el cual hay un sistema fiable de costos). El hecho de que KP gaste menos en camas diarias de hospital hace posible mantener un staff con más y mejores especialistas, realizar más intervenciones médicas con muchos más cortos tiempos de espera, y gastar más en la mejora de las TI, instalaciones de cuidado primario completas y convenientes, centros ambulatorios de cirugía y otras instalaciones.

Además, la tecnología más sofisticada y los sistemas eficientes de TI en KP reducen tiempo de administración, en particular el tiempo de clínicos dedicados a elaborar historias médicas, la redacción de cartas, y la localización de registros de los pacientes. KP invirtió el 2% de su presupuesto total para ampliar este sistema de cuidados de paciente virtualmente libre de papel a 423 centros de cuidado a pacientes externos, y a más de 11,000 médicos clínicos. El *NHS* gastó aproximadamente 0.5% de su presupuesto en TI.

La comparación de *NHS* y el KP se centró en costos y desempeño. El costo se midió determinando los costos de operación total de cada sistema y ajustándolos para cuatro factores: el paquete de beneficios ofrecido, las circunstancias especiales no comunes a los sistemas, los costos relativos del entorno médico en el cual operan los dos sistemas, así como la edad y las características socioeconómicas de las poblaciones atendidas. El desempeño se midió mediante la comparación de los insumos, el acceso a los servicios, la capacidad de respuesta, y un número limitado de indicadores de calidad.

Fuente: Feachem, et al (2002).

Aunque la supervisión de ciertos indicadores puede ser muy útil, es posible enriquecer la evaluación mediante el empleo de herramientas más sofisticadas, las cuales pueden ser utilizadas bajo las visiones económica, fiscal, actuarial, y de investigación de operaciones. Como se explica en el Capítulo II, la visión económica se centra en la comprensión de las respuestas de comportamiento de las empresas y los individuos a las reglas del programa. En el diseño de programas de salud, es fundamental utilizar los modelos que predicen estas respuestas, dado que el mercado de atención de salud tiene fallas, tales como la información asimétrica que conduce a comportamientos oportunistas, por ejemplo, la selección adversa y el riesgo moral; externalidades y bienes públicos, especialmente en términos de acciones de salud pública; y estructuras de costo que pueden dar lugar a resultados ineficientes.

Por ejemplo, en sistemas caracterizados por mercados laborales formales e informales, como es común en los países menos desarrollados o en los países con programas de salud segmentada, como sucede en Estados Unidos, es muy importante comprender cómo la afiliación y la movilidad en el mercado laboral se ajusta a los cambios en las tasas de contribución o a los beneficios proporcionados. Guerrero (2008) utiliza un marco para comprender y medir los diferentes factores que han impedido la cobertura de servicio de salud universal en Colombia. En su análisis, su hipótesis se refiere a que el enorme mercado informal disuade a los trabajadores a afiliarse al programa, barrera que no se consideró cuando fue diseñada la reforma colombiana.

Desafortunadamente, para América Latina y el Caribe hay pocos estudios que hayan analizado las relaciones causales entre los mercados laborales, el diseño de programas, la cobertura o la movilidad laboral y los resultados de salud, y no se han alcanzado consensos. De hecho, pocos estudios han sido capaces de examinar sistemáticamente los efectos de las reformas de salud en los países en desarrollo (Gakidou, et al 2006). Una excepción es la evaluación del Seguro Popular en México (véanse los documentos

de la evaluación en www.coneval.gob.mx). Esto es sorprendente dado el hecho de que en América Latina han tenido lugar muchas reformas en materia de salud. Algunos de los últimos estudios para analizar el efecto de reformas en materia de salud en el Continente, como el de Guerrero (2008) mencionado arriba, se presentaron en septiembre de 2007 en una Conferencia organizada por la CISS y se publicará en *Bienestar y Política Social* vol. 4 no. 2, una revista editada por la CISS.

El efecto de la segmentación en los seguros de salud ha sido objeto de un número significativo de proyectos de investigación en los Estados Unidos (para una revisión de la literatura, véase, por ejemplo, el Capítulo VI de CISS 2004), así como el análisis del impacto en los resultados de salud de la extensión de cobertura (véase, por ejemplo, el trabajo de Currie y Gruber 1996a, 1996b, 1997).

Los modelos económicos también han ido ganando terreno al estar disponibles mayores y mejores bases de datos. Son útiles para evaluar si vale la pena gastar un porcentaje cada vez mayor del ingreso nacional en salud, o gastar en el cuidado de las personas cerca a su probable final de vida, o en introducir nuevas medicinas o terapias. Las aplicaciones económicas se basan en teorías del capital humano, de lo cual se deriva el concepto del "valor de la vida", es decir, cuánto se valora estadísticamente un año en vida (véase, por ejemplo, Hall y Jones 2004 y Becker, et al 2007).

La evaluación actuarial utiliza modelos numéricos para calcular variables demográficas y financieras en el tiempo, bajo ciertas normas y suposiciones sobre las respuestas de comportamiento de los participantes de los planes. Las evaluaciones actuariales se utilizan normalmente para calcular la solvencia financiera en general, y son una fuente primordial de información para justificar ajustes a los programas. Los informes actuariales se llevan a cabo regularmente para esquemas de pensiones, pero con menor frecuencia se aplican a los programas de salud, sobre todo si la atención a la salud se financia a través de transferencias

presupuestales. Por otra parte, en muchos casos, las proyecciones actuariales se basan en datos agregados. Sin embargo, las nuevas capacidades computacionales tienen en cuenta el desarrollo de modelos basados en micro-datos que pueden dar lugar a cálculos más precisos.

El enfoque actuarial ha crecido sustancialmente como una herramienta en el seguro social de salud en un papel diferente al de la proyección de ingresos y pasivos. Después de la aplicación de programas de reforma para delinear en forma separada la función de financiación, de OACS y de provisión, la asignación de fondos requiere la medición de riesgos y costos a nivel del individuo y de las enfermedades y diagnósticos. La razón es que los presupuestos se asignan siguiendo "fórmulas capitadas con ajuste por riesgo" (*capitates, risk-adjusted formulas*), complementada por la de "sistemas de pago prospectivo" (*prospective payment systems*) que pagan a los hospitales para diagnósticos tratados. Por lo tanto, los actuarios están involucrados en la medición de perfiles de riesgo de grupos de población, en el costo de atender a esos perfiles, y también en los costos específicos de diagnósticos. Este tipo de cálculos se necesita, por ejemplo, por *Medicare* en los Estados Unidos y por el sistema de protección de salud de Colombia. Esta información actuarial utilizada con fines de toma de decisiones lleva de forma natural al desarrollo de bases de datos actualizadas regularmente y a la evaluación de estrategias de asignación.

La IO se centra en la medición de la eficiencia en los sistemas u organizaciones, y ha recibido cada vez más atención porque la eficiencia se ha convertido en uno de los objetivos principales de los encargados de formular políticas en la mayoría de los sistemas de salud (Jacobs, et al 2006). El análisis de eficiencia ayuda a entender si los gastos están en línea con las preferencias del cliente, para evaluar la introducción de nuevas tecnologías, y para clasificar las diferentes agencias (en un sistema) o unidades (dentro de una agencia).

Para medir la eficiencia, la investigación de operaciones encuentra su apoyo en la estadística, en la optimización, en la teoría estocástica, en la teoría de colas, en la teoría de juegos, en la teoría de gráficos, y en análisis de decisión. Por ejemplo, el Análisis de Datos de la Envolvente (*Data Envelopment Analysis, DEA*) se utiliza para medir la eficiencia productiva de las unidades de toma de decisiones, como las agencias de la OACS u hospitales. El *DEA* identifica las unidades más eficientes, y las unidades que se desvían de la frontera eficiente (véase Jacobs, et al 2006 para un debate sobre análisis de eficiencia en el servicio de salud). La falta de información sobre variables importantes que miden el desempeño, al igual que la calidad, series de tiempo disponibles solo por cortos periodos, y datos faltantes son algunos ejemplos de las limitaciones encontradas en el terreno práctico para llevar a cabo el análisis de eficiencia en la atención de la salud (Jacobs, et al 2006).

Una última reflexión es la relación entre la evaluación y procesos de certificaciones como la ISO9000. El proceso de certificación asegura que el proceso dentro de una agencia se lleva a cabo siguiendo manuales de procedimientos. Una agencia que es ISO9000 puede decir que en términos de gestión la agencia está cumpliendo con el estándar establecido. Sin embargo esto no es el final de la historia. Puede ocurrir que el programa esté mal diseñado o que el impacto no es el esperado, aunque el proceso se realice según lo establecido en los manuales de procedimientos. Este es un ejemplo de por qué las tres evaluaciones, de diseño, de gestión y de impacto deberán realizarse. También deja claro que la ISO9000 no puede sustituir el proceso de evaluación.

Como puede concluirse de estos párrafos, hay suficiente espacio para mejorar la evaluación más allá de la supervisión y la comparación de los indicadores contra una referencia basal, una mejor práctica o una meta. En particular se recomienda:

- *La evaluación debe ser una prioridad en los programas sociales. En este sentido, se deben*

asignar recursos para la generación de datos y la capacitación de recursos humanos.

- Si bien la supervisión y la comparación de determinados indicadores son muy útiles, esto debe ser reconocido como un primer paso. Los sistemas, las agencias y los programas deben ser sometidos a una evaluación periódica de diseño, gestión e impacto.
- Teniendo en cuenta que la evaluación de la gestión y la evaluación de impacto pueden ser limitadas por la disponibilidad de datos, debe ser una prioridad establecer una estrategia de desarrollo de micro-datos para fines de evaluación.
- Las modificaciones y el diseño de nuevos programas deberá hacerse sólo después de una evaluación adecuada bajo las visiones que se han mencionado. Los modelos deben realizarse con los últimos desarrollos y herramientas.

IV.4 Gobierno Corporativo de la Evaluación en Salud

Gran parte de los esfuerzos de evaluación deberán realizarse por los administradores de las agencias y programas con el fin de mejorarlos. Sin embargo, la evaluación es también parte de las funciones de las agencias reguladoras y de supervisión. Esta sección

del capítulo tiene como objetivo describir cuales son las agencias que participan en algún tipo de evaluación, qué supervisan y evalúan. La regulación en los mercados de servicios de salud está dirigido a: 1) garantizar la seguridad y la eficacia de las intervenciones en salud, 2) verificar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos, y 3) promover buenas prácticas de mercado. La función de regulación va más allá de la evaluación, pero la evaluación deberá ser pieza central en estos aspectos. Este análisis se centrará en los sistemas, agencias y programas en su conjunto relacionado con el sistema de atención y cuidado de la salud. No se centrará en áreas importantes de regulación como la supervisión de medicamentos o de la publicidad.

Otra área de supervisión, especialmente si la financiación pública está involucrada, tiene que ver con el control de cómo se gasta el dinero público. En este sentido, en casi todos los países, las agencias y los programas están sometidos a un estricto control de sus presupuestos y, en algunos países la evaluación del programa financiado con recursos públicos responde a evaluar si el dinero público, el cual tiene varios usos, está bien gastado en el programa. El Cuadro IV.3 muestra las áreas de supervisión en relación con los objetivos de los sistemas de salud.

Cuadro IV.3
Principales Áreas de Regulación

	Garantizar la seguridad y eficiencia de las intervenciones en salud	Garantizar los derechos de los ciudadanos	Garantizar de las prácticas del buen mercado	Garantizar el uso apropiado del presupuesto
Mejorar la salud de la población	Garantizar la calidad de los proveedores, a través de acreditaciones y certificaciones y por el establecimiento de normas.	Garantizar el acceso a los servicios de salud. Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios. Establecer un buen sistema de asignación de pacientes (referencias y contra-referencias).		

Cuadro IV.3 (continuación)

	Garantizar la seguridad y eficiencia de las intervenciones en salud	Garantizar los derechos de los ciudadanos	Garantizar de las prácticas del buen mercado	Garantizar el uso apropiado del presupuesto
Equidad Horizontal		<p>Garantizar el acceso en igualdad de condiciones a la población con derecho a los mismos beneficios.</p> <p>Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios.</p> <p>Asegurar que se divulga toda la información relevante.</p> <p>Implementar el sistema de arbitraje entre los usuarios y la OACS o proveedores.</p> <p>Asegurar la focalización de programas sociales.</p>		
Equidad Vertical		<p>Garantizar el acceso en igualdad de condiciones a la población con derecho a los mismos beneficios.</p> <p>Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios.</p> <p>Asegurar que se divulga toda la información relevante.</p> <p>Asegurar la focalización de programas sociales.</p>		
Macro-eficiencia		Garantizar la viabilidad financiera de la cobertura/paquete de beneficios.		Auditar los presupuestos de los programas.
Micro-eficiencia	Medir el costo efectividad de la introducción de beneficios/terapias.		<p>Hacer observar las buenas prácticas competitivas: autorizar el número de agencias, verificar la correcta transferencia de cuentas.</p> <p>Establecer normas en los acuerdos entre OACS y proveedores.</p>	<p>Auditar los presupuestos de los programas.</p> <p>Evaluar los programas: análisis costo-beneficio y costo-efectividad.</p>
Satisfacción del Usuario	Establecer organismos que atienden las quejas.	<p>Asegurar que se revele toda la información relevante.</p> <p>Establecer mecanismos de cumplimiento.</p> <p>Aplicar sistemas de arbitraje entre los usuarios y OACS y proveedores.</p>		Garantizar la transparencia en la utilización de los recursos públicos.

Fuente: Elaboración propia.

Para cumplir estas acciones de regulación los gobiernos tienen diferentes agencias. Las diferentes agencias que participan en la supervisión en América en general son ministerios, comisiones de regulación, comisiones de evaluación, y autoridades de auditoría. En todos los países, el Ministerio de Salud ha sido tradicionalmente el encargado de coordinar las acciones de salud pública y el regulador del sistema. El crecimiento de la demanda por el aseguramiento ha significado que con frecuencia el ministerio entra en alianza o en contradicciones con otras instituciones que tienen un papel en el área, y que a menudo están involucrados en el aseguramiento desde mucho antes que los Ministerios de Salud. Estos incluyen otros ministerios, agencias de seguridad social, y los reguladores financieros. Una de las características en varios países es que el Ministerio de Salud también es un importante proveedor de servicios de salud, situación que disminuye su capacidad como regulador debido a los inevitables conflictos de interés que surgen con respecto a sus propios hospitales y con respecto a sus competidores por el presupuesto público y pacientes.

Existe una tendencia hacia la especialización en materias de políticas de los Ministerios de Salud, y la transferencia de la función de provisión a los estados, municipios, o partes privadas (con frecuencia sin fines de lucro). De esta forma, los Ministerios de Salud pueden tener un papel de liderazgo más creíble para hacer política con respecto a las funciones financieras. Este movimiento que incluye algunas de las funciones de los Ministerios de Salud se realiza a través de agencias especializadas que trabajan bajo la égida del Ministerio, pero tienen una relación a distancia, y son autónomas en aspectos importantes. Este es el caso, por ejemplo, de la Agencia de Salud Pública de Canadá, dependiente de Salud Canadá que se encarga desde el año 2004 de la prevención de enfermedades y lesiones, la protección de la salud, la preparación para las emergencias de salud y la respuesta, la promoción de la salud, y esfuerzos de investigación.

En la mayoría de los países, un organismo dependiente del Ministerio de Hacienda regula los contratos de seguros, incluidos los destinados a la salud. Las responsabilidades de estas agencias son 1) vigilar que la operación de las aseguradoras se ajusten a las normas, con especial atención en la solvencia financiera y la estabilidad de las instituciones, y 2) promover el desarrollo del sector de seguros con el fin de ampliar la cobertura. Aunque el alcance de las agencias debe cubrir todos los mercados de seguros, sus actividades rara vez han influido en la seguridad social. Como parte del movimiento que crea agencias especializadas en seguros de salud, estas agencias financieras han tomado en ocasiones el papel principal de apoyo al sistema, o han sido desplazadas por nuevas agencias en el tema del seguro de salud.

En Argentina, Chile, Colombia, República Dominicana y, en el futuro en el Uruguay si el Legislativo así lo aprueba, son países en los cuales existen diversas agencias de OACS para servir a la población, y han sido creados organismos de regulación especializados (Comisiones, Superintendencias) para tratar con ellas. Para estos organismos, podemos identificar algunas responsabilidades generales: 1) autorizan y supervisan a las agencias en el sistema, OACS y proveedores; 2) definen los beneficios y garantizan los derechos de los ciudadanos (por ejemplo, que el plan médico se otorgue), incluyendo al papel de abogado para la defensa en algunos casos; 3) median en las controversias entre los usuarios y la OACS; 4) establecen criterios para el establecimiento de contratos entre proveedores y la OACS, y supervisan que los acuerdos se cumplan; 5) supervisan que los participantes tengan buenas prácticas de mercado; 6) proporcionan y aseguran que la información relevante sea divulgada; y 7) administran y verifican los fondos comunes de inversión, tales como el Fondo de Solidaridad y

Garantía en Colombia.² Estas responsabilidades se logran mediante la elaboración y expedición de normas y estatutos, y mediante la supervisión y utilización de facultades para establecer sanciones.

Estas agencias no sustituyen al sistema legal, pero a menudo tienen funciones cuasi-judiciales. En muchos casos las denuncias contra la OACS y/o proveedores se llevan a cabo a través del sistema judicial. Por ejemplo, en Argentina las denuncias contra las Obras Sociales, debido a que algunos beneficios explícitos no se otorgan, se han resuelto por el sistema judicial. En Colombia, también es común que los casos vayan a una Corte Constitucional cuando los pacientes creen que un servicio está siendo negado indebidamente. En los Estados Unidos, *Medicare*, el organismo que gestiona los fondos del seguro de salud para los adultos mayores, lleva a cabo muchas de las actividades mencionadas en las líneas anteriores en relación con la OACS y otros proveedores que reciben fondos de la agencia.

En Chile y México, agencias de evaluación de los programas sociales se han creado recientemente. La principal responsabilidad de estas agencias es verificar que los programas sociales tengan evaluaciones creíbles con el fin de justificar el uso de fondos públicos y mejorar los programas. En particular, estas agencias 1) normalizan y coordinan la evaluación de las políticas sociales y programas, y 2) revisan el cumplimiento de objetivos, metas y acciones de programas sociales con el fin de identificar áreas de mejora. Muchas veces el alcance de estas agencias se limita a programas que son financiados por recursos públicos. Los programas de salud basados en el aseguramiento no están bajo el alcance de estas agencias. La mayoría de los países tienen agencias para supervisar otras agencias de gobierno. Su alcance sin embargo se centra en los aspectos fiscales. El Ministerio de Hacienda y el Congreso son las entidades encargadas de la

supervisión que los programas públicos cumplan con el presupuesto y que los dineros públicos se gasten correctamente. Oficinas de auditoría, sin embargo, han ganado importancia en las naciones en los esfuerzos para reducir la corrupción e incrementar la rendición de cuentas.

Creemos que muchas de las recomendaciones en este capítulo pueden ayudar a las agencias de aseguramiento en salud a simplificar sus relaciones con estas instancias externas, las cuales usualmente tienen un conjunto mucho menor de información y sólo por excepción tienen habilidades o información comparable a los de las agencias, pero que por otra parte son actores clave para convencer a los tomadores de decisiones sobre el estado real y las necesidades de los programas. Para la regulación del sector de servicios de salud, se aplican las siguientes recomendaciones:

- *Los Ministerios de Salud deberán reforzar sus capacidades de formulación de políticas. Pueden ganar de la especialización en la función de elaboración de política, al descentralizar algunas funciones tales como la provisión de servicios, y al crear agencias especializados con una cierta autonomía para llevar a cabo tareas técnicas que no son de política, tales como la supervisión de la industria farmacéutica. La evaluación por la autoridad líder padece si compite con las operaciones y está sujeta a conflictos de interés.*
- *Las agencias aseguradoras de salud deben supervisarse no sólo en cuanto a su presupuesto, sino además en términos de las tres funciones que actualmente desempeñan, la financiación y asignación, OACS y provisión.*
- *Las agencias de regulación especializadas facilitan el desarrollo de marcos de evaluación permanentes y consistentes, y sus funciones cuasi-judiciales pueden llegar a ser un primer filtro automático para hacer cumplir las leyes y las regulaciones.*

² El Fondo de Solidaridad y Garantía es un fondo común en el sistema donde todas las transferencias y subsidios cruzados se llevan a cabo: entre personas del mercado laboral formal a personas del mercado laboral informal a través la entrega de una cantidad capitada a todas las OACS presentes en el sistema.

IV.5 Conclusiones

Contemporáneamente las evaluaciones de los sistemas y del aseguramiento en salud tienen una coincidencia significativa. Mientras que en el pasado, los esfuerzos de evaluación se centraron en puras cuestiones de salud, hoy la financiación es un aspecto clave. Esto implica que la estrategia de evaluación debe:

1) Reconocer que las tres funciones básicas se realizan—financiación, OACS y provisión—y que cada una deberá evaluarse con respecto a sus responsabilidades específicas, incluso en las agencias verticalmente integradas.

2) Proyectar un mapa coherente y claro de las agencias y programas que componen el sistema, identificando las funciones que se están desarrollando, por cada agencia, y dentro de las agencias. Este ejercicio puede ser un subproducto del desarrollo de los mapas de estrategia - *BSC*.

3) Definir la mejor combinación de herramientas de evaluación señaladas en los diferentes enfoques (actuarial, económico, administrativo, etc.), y que puede definirse como una "visión" que debe alcanzarse a mediano plazo.

i) La visión deberá ser centrada en el ciudadano, y no centrada en las agencias o en el gobierno. Esta es la manera de construir información desde abajo, y lograr una verdadera vinculación entre la administración, la prestación de servicios y la evaluación.

ii) La visión debe ser generosa en la aceptación de las alternativas de visión técnica y social.

4) Definir la mejor manera de aplicar la visión de la evaluación en el corto plazo. Probablemente, habrá muchas lagunas por cubrir.

i) Vincular la información y las herramientas de evaluación con los grupos interesados: las familias como pagadores de impuestos, los asegurados y los pacientes, los legisladores y los reguladores, las autoridades presupuestales, y todos los demás.

ii) Definir un plan de acción para pasar del corto al largo plazo. Hacerlo utilizando un plan arquitectónico de información para permitir buenas decisiones sobre las TI que crean sinergias con las operaciones y estrategias de evaluación.

La estrategia de evaluación que proponemos puede estar sujeta a varios obstáculos y parecer muy ambiciosa. Concretamente deben dedicarse importantes esfuerzos para coordinar las diferentes agencias y partes interesadas, y es necesaria una nueva inversión en TI, pero creemos que se pueden superar con voluntad y que, una vez establecida, esta estrategia de evaluación se ajustará a la gran demanda diaria de eficiencia, rendición de cuentas y transparencia.