



Ejemplo de medición subnacional: Estados Unidos de América

1. La salud pública en los Estados Unidos de América

1.1 Funciones esenciales de salud pública

En 1988, el Instituto de Medicina definió las funciones de salud pública en su informe decisivo, *The Future of Public Health* (1988). El Instituto identificó la evaluación, la formulación de políticas y la seguridad como “funciones esenciales de salud pública”. Esas funciones básicas, aunque significativas para los líderes de salud pública en los Estados Unidos, no encontraron eco en los legisladores y el público en general. La incapacidad para interpretar en su totalidad las funciones esenciales y la reforma de la atención de salud en los años noventa impulsó a los líderes de salud pública a describir con más precisión las funciones esenciales.

En 1994, la Directora General de Salud de los Estados Unidos, Dra. Jocelyn Elders, y el Subsecretario de Salud, Dr. Phillip Lee, copresidieron un Comité Directivo de Funciones Esenciales. Este Comité se integró para caracterizar el papel de la salud pública en los Estados Unidos. El Comité Directivo y un grupo de trabajo complementario se reunieron para: 1) elaborar una taxonomía de las funciones esenciales de salud pública, y 2) crear métodos para tratar las deficiencias identificadas en el informe de 1988 del Instituto de Medicina. La colaboración del Comité Directivo de Funciones Esenciales, su grupo de trabajo, los representantes de los organismos de servicios de salud pública y las principales organizaciones de salud pública produjo una declaración de consenso que describía la misión, la visión, las actividades y los servicios de la salud pública en los Estados Unidos. El documento de consenso se conoce comúnmente como la

“Declaración sobre la Salud Pública en los Estados Unidos”. Las funciones de salud pública descritas en ese documento se transforman en los resultados de salud mediante la ejecución de las diez funciones esenciales de salud pública.

En 2001, el 70% de los organismos de salud pública locales dieron cuenta del suministro de vacunas para adultos y niños, y de los siguientes servicios: control de enfermedades transmisibles, servicios periféricos comunitarios y educación, epidemiología y vigilancia, seguridad alimentaria, inspecciones de restaurantes y pruebas para la tuberculosis. En general, los organismos de salud pública al nivel estatal y local previenen las epidemias y la propagación de enfermedades; protegen contra los riesgos ambientales; previenen las lesiones; promueven y fomentan los comportamientos saludables; responden a los desastres

y ayudan a las comunidades a recuperarse; y aseguran la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud.

1.2 Gestión de la salud pública

El Departamento de Salud y Servicios Sociales es la principal instancia gubernamental responsable de la protección de la salud de todos los ciudadanos estadounidenses. El Departamento y los gobiernos estatales, locales y tribales, y otros diversos organismos administran los servicios de salud. Existen 11 divisiones operativas en el Departamento, incluidos los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Alimentos y Medicamentos, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas, la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la Dirección de Servicios para Abuso de Sustancias y de Salud Mental, el Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (anteriormente, la Administración de Financiamiento de la Atención de Salud), la Administración para los Niños y Familias, y la Dirección de Asuntos de los Ancianos.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en colaboración con los estados, proporcionan un sistema de vigilancia sanitaria para estar alerta y prevenir los brotes de enfermedades, ponen en práctica estrategias para la prevención de enfermedades y mantienen las estadísticas nacionales. Además, los CDC se ocupan de la prevención de la transmisión internacional de enfermedades, los servicios de vacunación nacionales, la seguridad en el lugar de trabajo y la prevención de enfermedades ambientales.

El sistema de atención de salud de los Estados Unidos tiene características únicas que lo distinguen de los del resto del mundo. “La atención de salud en los Estados Unidos no se ofrece a través de una red de componentes interrelacionados concebidos para colaborar coherentemente, como sería previsible encontrar en un sistema genuino. Por el contrario, se trata de un caleidoscopio de mecanismos de financiamiento, de seguros, de prestaciones y de pago que permanecen sin normalizarse y con una coordinación laxa”. Dado que los sistemas de salud públicos y privados no se integran lógicamente, es esencial contar con un marco nacional para la evaluación que asegure la prestación de servicios equitativos. Las Normas Nacionales de Desempeño de Salud Pública proporcionan un marco de evaluación lógica para mejorar la colaboración e integración de servicios entre las organizaciones de atención de salud.

1.3 Sistemas de salud pública

En 2001, una base de datos de la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Ciudades y Condados (NACCHO) constaba de 2,912 entradas para los organismos de salud pública locales. Según la NACCHO, un organismo de salud pública local es “una unidad administrativa o de servicio del gobierno local o estatal abocada a temas de salud y con algún grado de responsabilidad sobre la salud de una jurisdicción más pequeña que un estado”. La relación de un organismo público local con el organismo de salud pública a nivel estatal varía de un estado a otro. En general, los sistemas de salud pública estatales se organizan en un marco centralizado, descentralizado, compartido o mixto según se expone a continuación:

- Centralizado (15 estados). Los organismos de salud pública locales son operados por el estado o el estado presta servicios de salud locales directamente, sin organismos de salud locales.
- Descentralizado (2 estados). Los organismos de salud locales son administrados por los gobiernos locales.
- Compartido (2 estados). El estado ejerce algún control sobre los organismos de salud locales. Esto podría incluir el nombramiento de un funcionario de salud o requerir la presentación anual de un presupuesto o plan de mejoramiento de la salud.
- Mixto (9 estados). Combina ambos marcos: centralizado y descentralizado. El estado actúa como el organismo de salud local si no existe ninguno. Este tipo de marco mixto se halla comúnmente allí donde un gobierno local decide no constituir un organismo de salud local y el estado debe prestar servicios.

Al nivel local, las jurisdicciones de salud pública se establecen de conformidad con las unidades gubernamentales. Las jurisdicciones locales pueden corresponder a condados, ciudades, pueblos, municipios, distritos especiales o cualquier combinación de estas categorías.

La existencia de múltiples marcos operativos, estatales y locales hace más compleja la tarea de evaluar los sistemas de salud pública.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública (NPHPSP) fue creado en 1997 para establecer su excelencia en la práctica. Los organismos de salud pública estatales y locales no se

evalúan independientemente en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública; más bien, la eficacia del sistema de salud pública se evalúa para determinar si las funciones esenciales de salud pública se prestan adecuadamente. Un “sistema de salud pública es una red compleja de personas, sistemas y organizaciones que trabajan en los niveles nacional, estatal y local. El sistema de salud pública se diferencia de otras partes del sistema de atención de salud en dos aspectos clave: su acento fundamental en prevenir las enfermedades y la discapacidad, y su énfasis en la salud de todas las poblaciones”. Se debe considerar que los sistemas de salud pública locales son subunidades de los sistemas de salud del estado y, en consecuencia, los sistemas de salud pública del estado son las subunidades del sistema de salud nacional. Conjuntamente, los sistemas de salud nacionales, estatales y locales aseguran la prestación de los servicios esenciales de salud pública y las condiciones de vida conducentes para cuidar la salud.

Los asociados del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública son: la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la Asociación de Funcionarios de Salud de Estados y Territorios, la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados y Ciudades, la Asociación Nacional de Juntas Locales de Salud, la Fundación de Salud Pública y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Los asociados académicos que representan a la Asociación de Escuelas de Salud Pública también efectuaron considerables contribuciones. En junio de 1999, los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales presentaron al público el primer conjunto de borradores sobre las normas de desempeño.

El objetivo general del NPHPSP es mejorar la práctica de la salud pública proporcionando liderazgo en la investigación, el desarrollo y la ejecución de normas de desempeño óptimas sobre una base científica, y científicas. Los objetivos específicos del NPHPSP son: 1) mejorar la calidad y el desempeño de los sistemas de salud pública, 2) aumentar la responsabilización, y 3) desarrollar adicionalmente la base científica para la práctica de la salud pública. Esas metas se alcanzan, en parte, por medio de encuestas sistemáticas a nivel nacional sobre los sistemas de salud pública y abordando las brechas en la prestación de servicios. La Oficina del Programa de Práctica de Salud Pública de los CDC gestiona el NPHPSP en colaboración con organizaciones de salud pública nacionales.

2. Evaluación de la salud pública

2.1 Marco teórico

El sistema de salud pública incluye entidades públicas, privadas y voluntarias, así como personas y asociaciones informales que contribuyen a la prestación de servicios esenciales de salud pública. La medición del desempeño de los sistemas de salud pública sigue los principios establecidos para el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública con miras a facilitar la recopilación de datos comparables de los distintos sistemas de salud pública, a nivel local estatal y local. Los principios orientadores del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública son:

- Las normas de desempeño incluyen medidas de proceso y de resultado.

- El mejoramiento del sistema de salud pública es la meta principal y, como tal, una propuesta de normas mínimas es inaceptable. Las normas mínimas crean potencialmente un techo para el desempeño con pocos incentivos para avanzar más allá de este umbral.
- Las normas de salud pública se aplican a todas las comunidades.
- Las normas de desempeño deben usarse no sólo para medir la capacidad de salud pública sino también como una herramienta para lograr el consenso sobre el papel y la función de la salud pública.
- Las normas de desempeño reflejan las funciones de los organismos de salud pública como esenciales, pero inadecuadas para tratar las necesidades integrales de salud pública. El sintagma “sistema local de salud pública” es un término que describe la constelación de organizaciones e individuos que ayudan a alcanzar las metas de salud pública dentro de las comunidades. Un concepto similar se emplea para describir el sistema estatal de salud pública donde la distinción primaria radica en el sitio exacto de la acción. La meta no es reducir al mínimo la función de las organizaciones de salud pública del gobierno oficial, sino más bien promover la inclusión de otras organizaciones que contribuyen a la práctica de salud pública.

2.2 Metodología de evaluación

Las encuestas sobre Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales son autoevaluaciones voluntarias de los sistemas de salud pública estatales y loca-

les, y de las juntas de salud locales. La recopilación de datos se realizó durante la fase inicial del NPHPSP mediante encuestas impresas. Una vez perfeccionados el contenido y el formato, en abril de 1999 se realizó una encuesta del sistema de salud pública local a través de la web. Cuando los entrevistados contactaron a los CDC para llenar una encuesta del NPHPSP, se les asignó un número de identificación de usuario para permitir el acceso a los instrumentos facilitados en la web.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es un foro destinado a los organismos de salud pública para que actúen como catalizadores y facilitadores con miras al mejoramiento de la salud pública. Los organismos estatales y locales asumen un papel primordial en la organización de la recopilación de datos. Dentro del departamento de salud estatal se designa a un enlace para facilitar el proceso de recopilación de datos. Los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales se coordinan con los enlaces estatales para organizar las conferencias regionales de orientación y desarrollar un cronograma para la recopilación, análisis y notificación de datos.

Los datos de la encuesta se recopilan en los niveles estatal y local. Los organismos de salud pública del nivel local se clasifican en las categorías siguientes: de condado, de ciudad, de ciudad-condado, municipal o de multicondado/distrital/regional. El tipo más común de organismo público local es el que se encuentra en el nivel de condado. Así se han realizado encuestas específicas a los sistemas de salud pública estatales, así como a las juntas de salud local. En condiciones ideales, los representantes del sistema de salud pública estatal o local se

reúnen para llenar las encuestas del NPHPSP.

Durante el proceso de recopilación de datos, los CDC y la Oficina del Programa de Práctica de Salud Pública proporcionan asistencia técnica para responder a las preguntas sobre las encuestas y resolver los problemas que surgen con la entrada y presentación de datos. Las encuestas del NPHPSP basadas en la web no pueden someterse a análisis a menos que se responda cada pregunta. La información se registra en la base de datos de los CDC hasta que se completen los datos de cada una de las diez funciones esenciales. La incorporación de datos en la web es el método que ha sido diseñado; sin embargo, las encuestas impresas están disponibles si la tecnología no permite la presentación electrónica de datos.

El análisis de datos genera tanto puntuaciones cuantitativas para cada Función Esencial de Salud Pública (FESP), como los indicadores y las medidas pertinentes que se deberán asignar. La obtención de datos, su análisis y la producción de informes se realizan utilizando programas informáticos de análisis estadístico. Los informes resumidos incluyen puntuaciones cuantitativas y un análisis descriptivo de los puntos fuertes, los puntos débiles, las oportunidades y las amenazas. Las puntuaciones numéricas se calculan para proporcionar un mecanismo que permita comparar los sistemas de salud pública similares a través de la nación. Las puntuaciones menores de 0,80 indican las posibilidades de mejoramiento o reducción de las brechas en la prestación de servicios. A los entrevistados se les remiten informes impresos que ilustran los datos en histogramas, cuadros y resúmenes narrativos.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es una actividad en curso que seguirá evolucionando con el transcurso del tiempo. En último término, el análisis y la notificación de datos se automatizarán plenamente. El personal de los CDC y el de las organizaciones de salud pública nacionales efectúan visitas al sitio al término de cada recopilación de datos para revisar los resultados y responder a las preguntas. Con la ejecución total del NPHPSP en 2002, las visitas se efectuarán según permitan los recursos federales. Los resultados de las encuestas de Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales definen el estado de la salud pública en los Estados Unidos.

2.3 Instrumentos de evaluación

Los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales crearon tres instrumentos de evaluación complementarios para el NPHPSP:

1. El instrumento local de evaluación del desempeño del sistema de salud pública (instrumento local)
2. El instrumento estatal de evaluación del desempeño del sistema de salud pública (instrumento estatal)
3. El instrumento local de evaluación del desempeño de la gobernanza de salud pública (instrumento de gobernanza)

Los instrumentos de evaluación están diseñados para que los sistemas de salud pública realicen autoanálisis voluntarios, es así como, los sistemas de salud pública del Estado administran el ins-

trumento estatal para obtener un análisis de los puntos fuertes, los puntos débiles, las oportunidades y las amenazas. Del mismo modo, el instrumento local está diseñado para la evaluación local de los sistemas de salud pública. En ambos casos, el Estado o el organismo de salud pública local convoca a otros miembros del sistema de salud pública para realizar en forma conjunta una evaluación integral. Hay que tomar en cuenta que los órganos directivos de salud pública, como las juntas locales de salud, conforman a los sistemas locales de salud pública. Otra encuesta, el instrumento de gobernanza, ha sido diseñado específicamente para evaluar la efectividad de organización de los cuerpos directivos de salud pública.

Cada instrumento de evaluación se divide en diez secciones, cada una de las cuales se corresponde con una Función Esencial de Salud Pública. El cuadro 1 presenta un esquema del formato de la encuesta. Los títulos de las FESP están seguidos de una breve descripción de su alcance. En el nivel siguiente, un máximo de cuatro indicadores describe los

Cuadro 1 Esquema de la encuesta del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública

Nivel I:	Función esencial de salud pública (FESP)
Nivel II:	Indicador
Nivel III:	Norma de desempeño modelo
Nivel IV:	Pregunta troncal (medida)
Nivel V:	Submedida de primer escalón
Nivel VI:	Submedida de segundo escalón
Nivel VII:	Submedida de tercer escalón

atributos de cada función esencial. Cada indicador posee una norma modelo de desempeño correspondiente.

Las normas de desempeño representan el dictamen pericial en cuanto a las acciones y las capacidades que son necesarias cumplir para optimizar la eficacia del sistema de salud pública. Cada norma modelo está seguida de una serie de preguntas que sirven de medidas de desempeño. En el cuadro 2 se muestra un ejemplo de una función esencial con un indicador, norma modelo y medidas.

2.4 Recopilación de datos

En el Programa de Desempeño de Salud Pública Nacional existen tres estrategias para la recopilación de datos:

- Recopilación de datos nacional: Los CDC pueden recopilar sistemáticamente los datos para evaluar y vigilar el desarrollo de la infraestructura de salud pública en toda la nación. En este caso, la participación es prescrita por los protocolos de investigación.
- Movilización para la acción mediante la planificación y asociación (MAPP): El MAPP es una herramienta de planificación estratégica principalmente creada mediante un convenio cooperativo entre la Asociación Nacional de la Ciudad y los Funcionarios de Salud del Condado y los CDC. El instrumento local es una de cuatro evaluaciones en el proceso de planificación estratégica de MAPP para las comunidades.
- Autoevaluación de sistemas de salud pública: Los sistemas de salud pública y las juntas de salud locales pueden recopilar voluntariamente los datos mediante las encuestas desarrolladas

por el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública.

Para iniciar el proceso de recopilación de datos, el oficial de salud estatal designa a un enlace estatal. El enlace y los CDC estatales organizan una reunión regional de un día para los miembros de los sistemas de salud pública estatales y locales. Las reuniones regionales se planifican de modo que la participación se efectúe con arreglo a las regiones del Departamento de Salud y Servicios Sociales (véase figura 1). Los asistentes a la reunión se orientan de acuerdo con los conceptos fundamentales del NPHSP, como el marco del sistema de salud pública y el proceso de recolección de datos. Después de la reunión regional, el enlace y los CDC estatales establecen un cronograma para el acopio y análisis de datos. Los CDC proporcionan asistencia técnica para facilitar la realización de las encuestas durante la fase empírica del proceso.

Para obtener datos fidedignos que representan el estado de los sistemas de salud pública, los organismos estatales y locales convocan al personal y a los representantes de otras organizaciones de salud pública. En este foro, los representantes del sistema de salud pública desarrollan respuestas consensuadas a las preguntas de la encuesta. La realización de encuestas en el estado o el nivel local puede requerir varias reuniones. El tiempo dedicado a la recopilación de datos depende de los sistemas de salud pública, pues éstos varían a través de la nación. En general, el instrumento local requiere 24 horas para la orientación, las reuniones de consenso, la recopilación de datos y la presentación. Completar los instrumentos del estado requiere 15 horas, mientras que el instrumento de gobernanza requiere 6 horas. La entrada

Cuadro 2 Ejemplo ilustrativo de función esencial de salud pública con un indicador, norma modelo y medidas

FESP 10: Investigación en salud pública

Para el sistema de salud pública local (SSPL) esta función incluye:

- Una gama continua de soluciones innovadoras a los problemas de salud que varían desde los esfuerzos prácticos basados en la experiencia de campo para fomentar el cambio en la práctica de la salud pública, hasta los esfuerzos más académicos para promover nuevas direcciones en la investigación científica.
- Los enlaces con instituciones de enseñanza superior e investigación.
- La capacidad de efectuar análisis de políticas sanitarias y epidemiológicas oportunos y realizar investigaciones sobre los sistemas de salud.

Indicador 10.1: Fomento de la innovación

Norma modelo para los sistemas de salud pública locales:

Las organizaciones comprendidas en el sistema de salud pública local fomentan la innovación para fortalecer la práctica de la salud pública. La innovación incluye esfuerzos prácticos basados en la experiencia de campo para fomentar el cambio en la práctica de la salud pública así como los esfuerzos académicos para promover nuevas orientaciones en la investigación científica.

Para ello, las organizaciones comprendidas en el SSPL deben:

- Permitirle al personal identificar las soluciones nuevas para los problemas de salud en la comunidad proporcionándole el tiempo y los recursos necesarios para dirigir las pruebas piloto o realizar los experimentos para determinar la factibilidad de ejecutar nuevas ideas.
- Proponer a las organizaciones de investigación uno o más temas de salud pública para su inclusión en su temario de investigaciones.
- Investigar y vigilar mejor la información sobre la práctica de otros organismos y organizaciones del nivel local, estatal y nacional.
- Promover la participación comunitaria en el desarrollo y realización de investigaciones (por ejemplo, identificando prioridades de investigación, diseñando estudios y preparando comunicaciones relacionadas para el público en general).

Sírvase responder a las siguientes preguntas relacionadas con el Indicador 10.1:

Medidas ilustrativas

- 10.1.1 ¿Alientan las organizaciones del SSPL al personal para que desarrolle soluciones nuevas a los problemas de salud en la comunidad?
En ese caso,
- 10.1.1.1 ¿Proporcionan las organizaciones del SSPL tiempo o recursos al personal para guiar las pruebas piloto o realizar los experimentos para determinar las soluciones nuevas?
- 10.1.1.2 ¿Han identificado las organizaciones del SSPL obstáculos para ejecutar las soluciones innovadoras a los problemas de salud dentro de la comunidad?
- 10.1.1.3 ¿Llevan a la práctica las organizaciones del SSPL las innovaciones que se consideran con grandes probabilidades de conducir a una mejor práctica de la salud pública?

y puntuación de los datos a través de la web facilitan el análisis de los datos y la divulgación de los resultados. Una vez recopilada la información, se asigna una puntuación de desempeño cuantitativo

para el desempeño general y se calculan también las puntuaciones para cada subdivisión del instrumento. En los informes resumen se facilitan observaciones cualitativas para destacar las posibilidades

des de mejoramiento de los sistemas de salud pública.

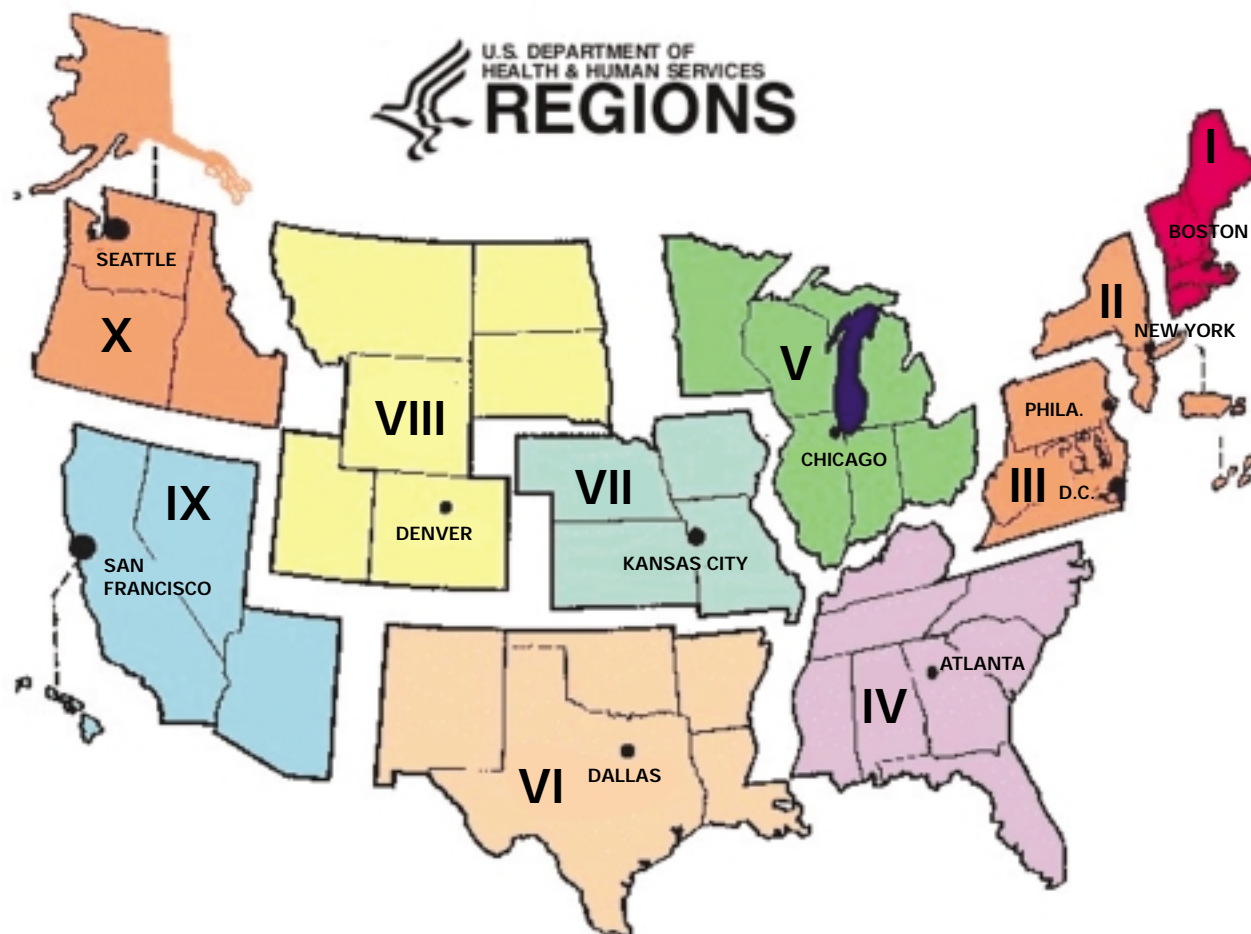
2.5 Ensayo sobre el terreno

El primer borrador del instrumento local se presentó a la comunidad de salud pública en junio de 1999. Desde entonces, principalmente como resultado de los estudios de validez y los ensayos sobre el terreno, se revisaron sustancialmente los instrumentos estatales, locales y de gobernanza. El instrumento local ha experimentado la puesta a prueba más rigurosa. La figura 2 ilustra los sistemas de salud pública estatales y locales que han participado en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Los datos de esos sistemas de salud pública estatales y locales no son fácilmente comparables ya que, con el transcurso del tiempo, se emplearon versiones múltiples de los instrumentos y los sistemas de salud pública difieren por tipos de jurisdicción, órganos directivos, población servida, composición de la fuerza de trabajo, y niveles y origen de los fondos.

Hawai, Minnesota y Misisipí completaron el instrumento estatal como parte del ensayo sobre el terreno de 2000 del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Posteriormente, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas en Nuevo México también completó el instrumento estatal para evaluar la prestación de servicios de salud pública. En Nueva York, Minnesota, Misisipí, Hawai y San Diego (California), los organismos locales participaron en el ensayo sobre el terreno del instrumento local utilizando la versión 5b. En Massachusetts se ensayó el instrumento de gobernanza.

Los ensayos sobre el terreno se concibieron para evaluar la idoneidad de la pre-

Figura 1 Mapa regional del Departamento de Salud y Servicios Sociales



paración efectuada para la recopilación de datos, la eficiencia de su proceso de recopilación, el formato de la encuesta y la validez de su contenido. De especial interés para los CDC y los asociados nacionales de salud pública fue la factibilidad de convocar a los representantes de los sistemas de salud pública estatales y locales para colaborar y completar los instrumentos de la encuesta. El objetivo del análisis de datos era elaborar la metodología para vigilar y promover el mejoramiento de los sistemas de salud pública a lo largo del tiempo. Fue así como se formularon preguntas de evaluación para valorar la utilidad de los resultados generados por los instrumentos de encuesta del NPHPSP, como consecuencia de la experiencia del ensayo sobre el

terreno se efectuaron una serie de recomendaciones para mejorar este proceso.

Diversos organismos de salud pública estatales y locales se autodesignaron para evaluar la utilidad de las normas de desempeño preliminares. Cabe señalar que en la fase de ensayo previo del desarrollo de encuestas, los funcionarios de salud que representaban a los organismos estatales y locales llenaron las encuestas e hicieron recomendaciones para mejorarlas, así como para perfeccionar el proceso de recopilación de datos. Para evaluar la validez de las respuestas, la Universidad de Kentucky desplegó un equipo de investigadores que realizó un estudio retrospectivo de los indicadores de desempeño seleccionados. Los inves-

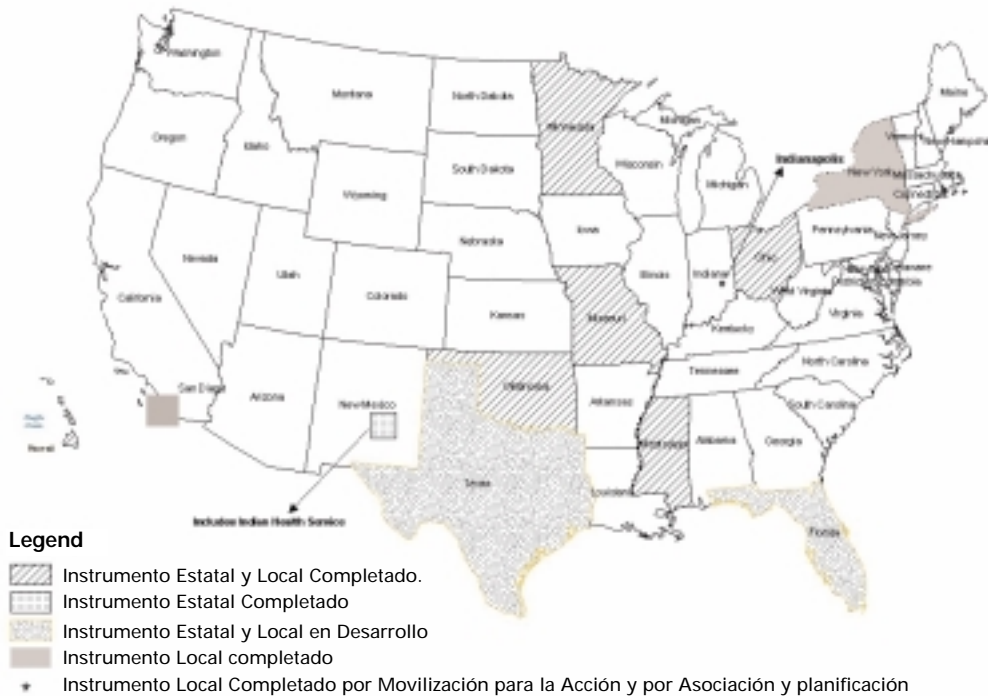
tigadores llegaron a la conclusión de que existen pruebas que apoyan los datos generados por la autoevaluación usando el instrumento local.

2.6 Limitaciones de los datos

La metodología más frecuentemente empleada para la recopilación de datos en la investigación son los cuestionarios autoadministrados. En el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública la recopilación de datos se realiza mediante encuestas autoadministradas.

Aunque se emplea de manera amplia, este enfoque de acopio de datos implica ventajas y desventajas. Así es como la

Figura 2 Participación de los sistemas de salud pública estatales y locales en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública



eficacia en función de los costos y la administración simplificada son los beneficios obvios. Todo esto deriva del uso de encuestas a través de la web en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública amplía la capacidad de los CDC y sus organizaciones asociadas para producir una base de datos nacional que permite describir la capacidad y las limitaciones de los sistemas de salud pública existentes.

La desventaja de la evaluación voluntaria es que, en conjunto, los entrevistados autodesignados pueden formar muestras de conveniencia no representativas de la nación. El marco del ensayo sobre el terreno de la encuesta se limitó a una muestra de conveniencia de los estados participantes en el ensayo. Esa muestra quizá no sea representativa de la nación; por consiguiente, los resultados no pueden generalizarse.

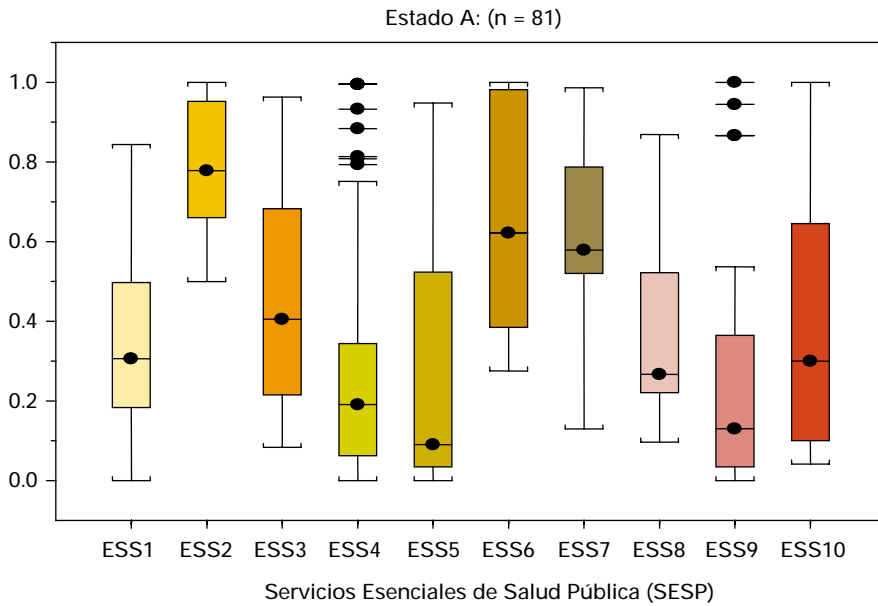
Las tasas de respuesta son también menos predecibles con las encuestas autoadministradas. La experiencia del ensayo sobre el terreno de la encuesta del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública puso de manifiesto que la tasa de alfabetismo, los obstáculos idiomáticos y el enunciado de las preguntas influyeron en los resultados. Las posibles respuestas a la pregunta del nivel de desempeño se limitan a: “Alto”, “Medio alto”, “Medio bajo” o “Bajo”. Las respuestas limitadas a esas cuatro opciones sin comentarios aclaratorios o datos cuantitativos para apoyarlas introducen un elevado grado de parcialidad.

Todos los resultados de la encuesta están sujetos a errores no atribuibles al muestreo, aleatorios y no aleatorios. Los errores aleatorios no atribuibles al muestreo son producto de las diversas interpretaciones a las preguntas de la encuesta.

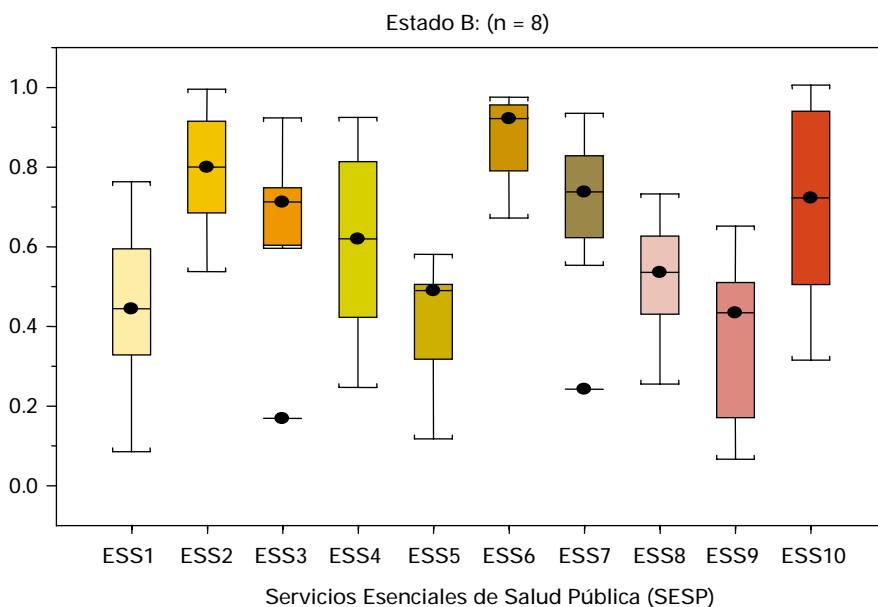
También se introduce cierta aleatoriedad cuando los entrevistados calculan la capacidad sobre la base de la experiencia con el programa, la documentación actual y la pericia colectiva de los representantes del sistema de salud pública. Los errores de muestreo no aleatorios también pueden surgir de las preguntas de difícil interpretación, la falta de respuesta, las respuestas parciales o la información incorrecta. Los instrumentos de encuesta en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública se completan en el lugar y se remiten electrónicamente.

Los datos de la encuesta no se procesan a menos que se hayan respondido todas las preguntas. Esta medida de calidad limita los errores de muestreo no aleatorios. La tolerancia de respuestas parciales, por el contrario, contribuye a errores que no son de muestreo.

Gráfica 1 Perfil del estado A respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



Gráfica 2 Perfil del estado B respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



Se analizaron los datos de la encuesta nominal mediante estadísticas descriptivas y se calcularon las puntuaciones de tendencia central para cada función esen-

cial. Los datos presentados en las gráficas 1, 2 y 3 se obtuvieron tabulando una puntuación promedio para los indicadores que apoyan cada función esencial.

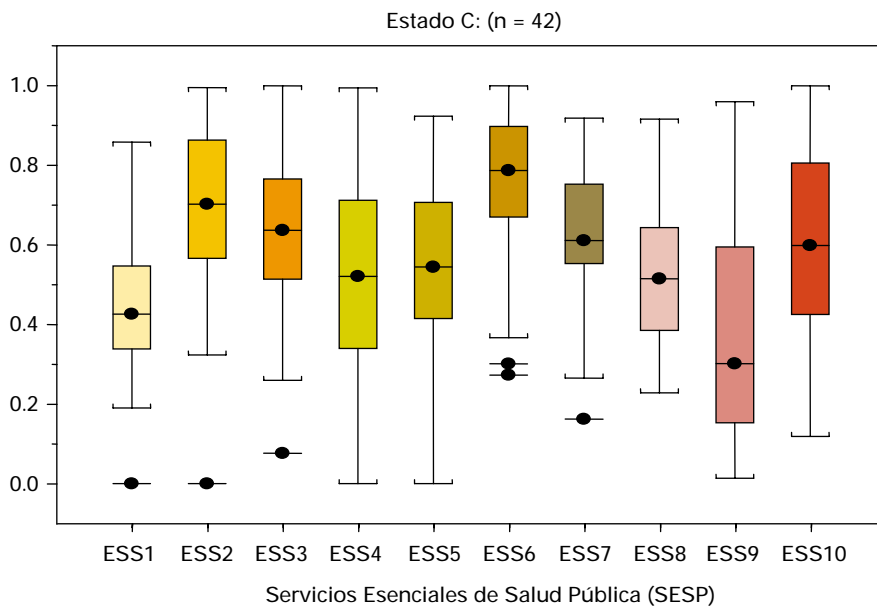
El error de medición puede ser generado por el formato de la encuesta (autoevaluación) y la administración no sistemática de la encuesta en el nivel local. Algunos entrevistados en el ensayo sobre el terreno informaron que habían completado los instrumentos sin la participación de otros representantes del sistema de salud pública. El análisis adicional de fiabilidad y validez se justifica para asegurar que las puntuaciones de desempeño representen la capacidad real de los sistemas de salud pública para prestar las funciones esenciales de salud pública.

2.7 Revisión del formato y los procedimientos

La autoevaluación del “sistema de salud pública” demostró ser un nuevo concepto para muchos organismos locales; los entrevistados formularon sistemáticamente observaciones indicando que la información adicional sobre los componentes del sistema facilitaría el proceso de recopilación de datos. Por otra parte, también expresaron su interés en establecer otra sección separada dentro de los instrumentos que produciría una evaluación del organismo además del análisis del sistema. Por consiguiente, los instrumentos actuales se concentran en el sistema; sin embargo, cada indicador es seguido ahora por dos preguntas de Likert para evaluar la percepción de los entrevistados acerca de las aportaciones del sistema de salud pública y la contribución directa de los organismos de salud pública.

Los organismos de salud pública convocaron a los representantes del sistema de salud pública para completar los instrumentos estatales y locales. En muchos casos, los participantes informaron que no contaban con tiempo suficiente para obtener la colaboración de asociados del sistema. La retroalimentación sobre las

Gráfica 3 Perfil del estado C respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



formas de evaluación indica claramente que los entrevistados también necesitaban más tiempo para las actividades de orientación. Como resultado de esos hallazgos, el tiempo requerido para examinar, completar y presentar el instrumento local se calculó entre 8 y 24 horas. El tiempo fijado para completar los instrumentos estatales y de gobernanza también se aumentó como resultado de la retroalimentación coherente de los participantes estatales y locales en el ensayo sobre el terreno. Muchas de estas observaciones son similares a las recibidas durante la evaluación del ejercicio en América Latina y el Caribe.

La viabilidad de convocar a los representantes de los sistemas estatales y locales de salud pública para obtener su colaboración y completar los instrumentos de la encuesta, resultó un reto en casi todos los casos. Se emplearon diversos métodos para generar respuestas. Algunos organismos locales completaron todo el instrumento, otros lo dividieron para

que fuera completado por las diversas divisiones dentro del organismo, y otros incorporaron unas pocas organizaciones clave. Se requiere trabajar más para ayudar a los organismos estatales y locales en el análisis de los interesados directos y en el uso de técnicas eficaces para involucrar a los asociados del sistema de salud pública. Los participantes opinaron que los instrumentos de evaluación requieren mucho tiempo y trabajo, pero estuvieron de acuerdo en que los resultados del proceso serían beneficiosos para la evaluación y las actividades de planificación estratégica generales. La mayoría de los entrevistados concordaron en que los instrumentos deben ser completados en colaboración con otros representantes del sistema de salud pública, no de manera independiente de otros organismos de salud pública.

Los entrevistados en el ensayo sobre el terreno estuvieron de acuerdo en que los instrumentos de encuesta eran útiles, pero recomendaron reducir en lo posi-

ble la naturaleza subjetiva de las preguntas. También señalaron sistemáticamente la necesidad de explicar la terminología usada en los instrumentos de evaluación. Para mejorar su validez se prepararon un glosario exhaustivo y una sección de referencias. Los instrumentos estatales, locales y de gobernanza fueron reorganizados después del ensayo sobre el terreno para reducir la subjetividad y mejorar la validez nominal. Además, las normas modelo se simplificaron y se resumieron en afirmaciones de carácter relevante que tienen correspondencia con preguntas troncales.

Se revisaron los informes para “retener la información en los datos” proporcionando indicadores para mejorar el desempeño.

Inicialmente, había tres respuestas posibles para evaluar el nivel de desempeño en las preguntas de la encuesta del NPHPSP: “Alto”, “Medio” o “Bajo”. La retroalimentación de la evaluación indicó que la categoría “medio” era demasiado amplia. Los entrevistados quedaron confundidos por esa categoría intermedia ofrecida como una alternativa de respuesta. Para aclarar las respuestas posibles, se revisaron los instrumentos de evaluación con la finalidad de incluir cuatro posibilidades de respuesta con cuartiles numéricos asignados a cada categoría, según se muestra en el cuadro siguiente:

Con respecto de la eficiencia del proceso de recopilación de datos, los participantes en el ensayo sobre el terreno que llenaron la encuesta instalada en la web promovieron su uso continuo. Los participantes se sintieron satisfechos con la disponibilidad de asistencia técnica a través de una línea telefónica de consulta directa establecida para el apoyo de los ensayos sobre el terreno.

Cuadro 3 Respuestas posibles en el instrumento de evaluación

Respuesta	Descripción
“Alto”	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 75% de la actividad descrita en la pregunta.
“Medio alto”	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 50%, pero no más del 75%, de la actividad descrita en la pregunta.
“Medio bajo”	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 25%, pero no más del 50 %, de la actividad descrita en la pregunta
“Bajo”	Dentro del sistema de salud pública local se cumple menos del 25% de la actividad descrita en la pregunta.

3. Utilización de datos

3.1 Experiencias estatales

El estado de Texas se ha comprometido activamente en el desarrollo del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Para ello, ha utilizado las Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales como una plantilla para esbozar las preguntas de la encuesta que fueran pertinentes para sus sistemas de salud pública estatales y locales. Finalmente creó una versión propia específica del instrumento local con miras a mejorar los preparativos de los organismos locales de salud pública para responder a las amenazas y las emergencias de salud pública. Además, en la septuagésima sexta legislatura del estado de Texas se aprobó el proyecto de ley 1444, que incorpora las funciones esenciales de salud pública en el código de salud y seguridad del estado.

Los organismos estatales y locales que participaron en el ensayo sobre el terreno se propusieron usar los resultados para la planificación estratégica, para la solicitud de subvenciones con miras a identificar las necesidades, para justificar un mayor financiamiento para ampliar la fuerza laboral, y para exponer la necesidad de fondos para desarrollar planes de mejoramiento de la salud comunita-

ria. Los entrevistados que completaron el instrumento local recomendaron firmemente compartir los resultados con los oficiales designados, con las juntas de salud locales y con otros organismos dentro del sistema de salud pública.

En Minnesota, teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, los resultados de las Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales se compartieron con el Departamento de Estado de Salud y con los asociados de salud pública locales para iniciar la discusión sobre las posibilidades de desarrollar la fuerza de trabajo y mejorar la tecnología y los métodos de evaluación. En Minnesota se utilizaron las normas modelo para apoyar y mejorar el sistema estatal en la prestación de servicios de salud comunitarios. Las normas modelo proporcionaron un marco para la exposición a nivel estatal del mejoramiento de la salud pública y para fortalecer la asociación entre los organismos estatales y locales. Los participantes en la evaluación de Minnesota apuntaron que los patrones seguidos en los datos también podrían emplearse potencialmente para identificar los puntos fuertes y las necesidades estatales y regionales en cuanto a aumento de la capacidad. Se señaló que las puntuaciones de desempeño fueron sistemáticamente bajas en todo el estado para las funciones esenciales 1,

8 y 9. El Comité Consultivo de los Servicios de Salud de la Comunidad del Estado de Minnesota planificó usar la información sobre normas de desempeño para analizar ulteriormente las estrategias de política para abordar las brechas, centrarse en el desarrollo del personal y la planificación estratégica directa.

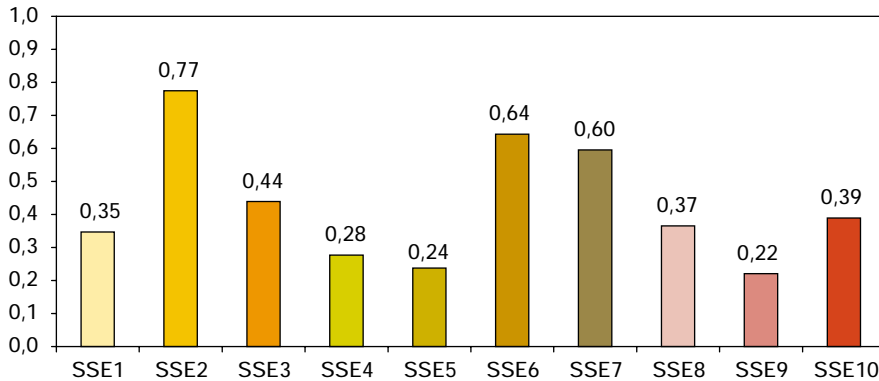
El estado de Misisipí usó las normas de desempeño para instruir a su Órgano de Revisión de la Expiración de Programas acerca de la salud pública y su función. Asimismo, empleó los datos de la evaluación para apoyar el desarrollo de un proyecto sobre bonos para el aumento de las emisiones de capital. El proyecto de ley se presentó ante la legislatura del Estado para mejorar los sistemas de información y los sistemas de laboratorio de salud pública. Los datos sobre normas de desempeño también se emplearon para desarrollar peticiones de subvenciones para estudiar el bioterrorismo y la salud ambiental. El estado halló que los datos sobre normas de desempeño eran útiles para la planificación estratégica a nivel estatal. Esos datos se emplean para familiarizar a los nuevos funcionarios de salud con las posibilidades para el mejoramiento de la infraestructura de salud pública.¹

3.2 Análisis de brechas del nivel local

En el verano de 2000, en los CDC se examinaron y resumieron los resultados de la evaluación y los formularios de evaluación de los entrevistados de varios estados. Las gráficas 1, 2 y 3 ilustran la distribución de las puntuaciones de desempeño del ensayo sobre el terreno

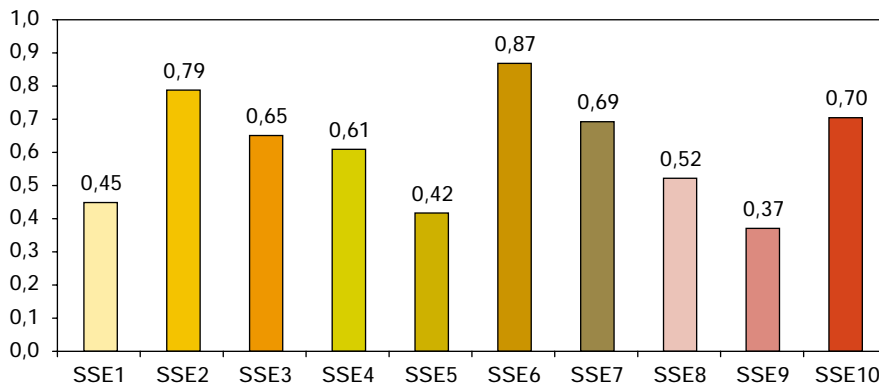
¹ Kaye W. Bender, RN, PhD, FAAN, oficial adjunto de salud del estado (comunicación personal).

Gráfica 4 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado A



- SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
- SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
- SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
- SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
- SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
- SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
- SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
- SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
- SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

Gráfica 5 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado B



- SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
- SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
- SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
- SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
- SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
- SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
- SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
- SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
- SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

para tres estados y 131 sistemas de salud pública locales.

Las puntuaciones generales variaron de 0.40 a 0.62 con el 1.00 como desempeño óptimo. Las gráficas 1, 2 y 3 son diagramas de cajas con el recorrido de las puntuaciones posibles en el eje vertical y los factores de interés y las funciones esenciales de salud pública en el eje horizontal. Cada figura contiene diez diagramas de cajas y cada uno representa una función esencial. El diagrama de cajas identifica la mediana, un cuartil inferior (el percentil 25°) y un cuartil superior, (el percentil 75°). Además, se calculó un recorrido intercuartil (la diferencia entre el cuartil superior e inferior, ó IC) como se muestra a continuación:

(I1) Cuartil inferior 1 = cuartil inferior - 1.5 × IC

(I2) Cuartil inferior 2 = cuartil inferior - 3.0 × IC

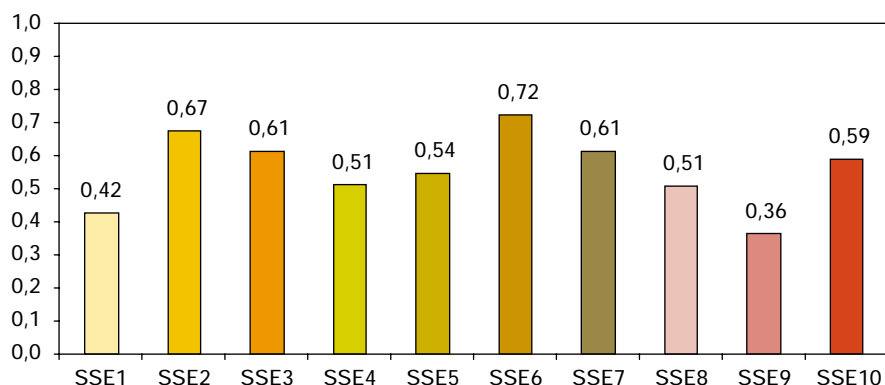
(S1) Cuartil superior 1 = cuartil superior + 1.5 × IC

(S2) Cuartil superior 2 = cuartil superior + 3.0 × IC

En las gráficas 1, 2 y 3 se traza una línea del cuartil inferior al punto más pequeño que es mayor que I1. Del mismo modo, la línea del cuartil superior al máximo se trazó al punto más grande, más pequeño que S1. Los puntos entre I1 e I2 o S1 y S2 están dibujados como pequeños círculos. Los puntos menores que I2 o mayores que S2 se dibujan como círculos grandes.

Los resultados del ensayo sobre el terreno pusieron de manifiesto una gran variación entre los estados y en las categorías. El estado A representa un marco

Gráfica 6 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado C



- SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
- SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
- SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
- SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
- SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
- SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
- SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
- SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
- SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

centralizado del sistema de salud pública local-estatal y el estado C se organiza en un marco compartido. En el estado B, el departamento de salud estatal sirve al nivel local de una manera similar pero no equivalente a un sistema centralizado. En las gráficas 1, 2 y 3 se proporcionaron las puntuaciones promedio por función esencial al nivel local para 131 sistemas de salud pública locales. Con la excepción de la FESP 6 (estado B), las puntuaciones del ensayo sobre el

terreno para esos estados cayeron sistemáticamente debajo de la norma de 0.80. Entre la puntuación más alta y más baja de la función esencial existe un intervalo de 65 (0.22-estado A, FESP 9; 0.87-estado B, FESP 6). Las posibilidades para el mejoramiento son más fácilmente evidentes en algunas áreas; sin embargo, esta gran variación en las puntuaciones indica los riesgos potenciales para la salud pública en cada categoría de prestación de servicios.

En el cuadro 4 se proporcionan los perfiles estatales abreviados. Se ofrecen los factores que repercuten sobre la salud pública, como la densidad de población, la distribución demográfica metropolitana/no metropolitana, el producto interno bruto, los gastos de atención de salud y el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza, para caracterizar a cada estado.

Sin calcular los coeficientes de correlación, se puede observar una relación evidente entre las puntuaciones del desempeño, la población predominantemente metropolitana, el producto interno bruto y los gastos de atención de salud. La densidad de población es casi constante, con 60,3 personas por milla cuadrada para el estado A y 61,8 para el estado C. La puntuación general del desempeño para el estado A (0.44) es apenas algo superior a la mitad de la norma 0.80. El estado A es principalmente no metropolitano, con un producto interno bruto unos gastos de atención individual inferiores, pero con tasas de pobreza mayores que el estado C (véase cuadro 5). El estado C tiene una puntuación general del desempeño sustancialmente mayor (0.60). Los gastos del estado C para la atención individual son dos veces superiores a los del estado A. El estado C también tiene un producto interno bruto que duplica al del estado A y sus tasas de pobreza son dos veces más bajas.

Cuadro 4 Perfiles abreviados de los estados¹

	NPHSP Promedio general	Densidad de población	Metropolitana %	No metropolitana %	Producto bruto del estado *	Gastos por asistencia individual**	Población debajo del nivel de pobreza %
Estado A	0,44	60,3	34,0	64,0	62,2	8,882	16,1
Estado B	0,56	188,6	72,3	27,7	39,7	4,658	10,9
Estado C	0,60	61,8	70,4	29,6	161,4	20,313	7,2

¹ Oficina del Censo de los Estados Unidos, Resumen Estadístico de 2001 de los Estados Unidos. * En miles de millones ** En millones

Cuadro 5 Comparación de los perfiles estatales¹

	NPHSP Promedio general	Densidad de población	Metropolitana %	No metropolitana %	Producto bruto del estado *	Gastos por asistencia individual**	Población debajo del nivel de pobreza %
Estado A	0,44	60,3	34,0	64,0	62,2	8,882	16,1
Estado C	0,60	61,8	70,4	29,6	161,4	20,313	7,2

¹ Oficina del Censo de los Estados Unidos, Resumen Estadístico de 2001 de los Estados Unidos. * En miles de millones ** En millones

Las puntuaciones del estado A cayeron sistemáticamente por debajo de 0.50 para siete de las diez funciones esenciales de salud pública. Las puntuaciones del estado C fueron uniformemente mayores que 0.50 para 8 de las diez funciones. Estos datos indican que los gastos de atención de salud y el producto interno bruto pueden influir sobre la capacidad de desempeño en salud pública y, en último término, sobre los resultados de salud como la mortalidad infantil. La mortalidad infantil en el estado A en 1998 fue 10.1 y en el estado C hubo 5.9 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Las puntuaciones se acercaron mucho en la FESP 1 (gráficas 4, 5 y 6), con un intervalo de 10. Para la FESP 1, los tres estados recibieron puntuaciones similares de 0.35, 0.45 y 0.42. El primer filtro en los NPHSPs, la función esencial, señala a estos estados como orientados hacia una mejor metodología para la evaluación de las comunidades y la vigilancia sanitaria. Los tres indicadores para la FESP 1 (perfil de salud de la comunidad basado en la población, acceso y uso de tecnología actual, mantenimiento de registros de salud de la población), aportan detalles adicionales para el análisis de brechas relacionadas con la vigilancia del estado de salud.

Puesto que la vigilancia es un viejo principio de la práctica de la salud pública, es previsible que la FESP 2 obtenga puntuaciones altas. Cada uno de los tres

estados la calificó con una puntuación superior a 0.60, con un intervalo de 12. Las puntuaciones medias fueron 0.77, 0.79 y 0.67 respectivamente para los estados A, B y C. Globalmente, el estado A puntuó mejor la FESP 2.

Las preguntas de la encuesta relativas a la FESP 3 se concibieron para evaluar la capacidad del sistema de salud pública para informar, instruir y facultar a las

comunidades. La gran variación observada entre los estados en esa función esencial puede correlacionarse con el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza o la insuficiente disponibilidad de recursos para la educación sanitaria. El estado A tenía el mayor porcentaje de personas por debajo del 16.1% del umbral de pobreza y presentaba la mortalidad infantil más alta. El estado A también tuvo la pun-

Cuadro 6 Servicios esenciales de salud pública

Servicio esencial #1:	Vigilancia del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad
Servicio esencial #2:	Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y riesgos para la salud en la comunidad
Servicio esencial #3:	Informar, educar y facultar a las personas sobre los temas de salud
Servicio esencial #4:	Movilización de las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud
Servicio esencial #5:	Elaboración de las políticas y planes que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria
Servicio esencial #6:	Asegurar el cumplimiento de las leyes y reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad
Servicio esencial #7:	Vincular a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo
Servicio esencial #8:	Garantizar una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente
Servicio esencial #9:	Evaluación de la eficacia, la accesibilidad y calidad de los servicios de salud personales y basados en la población
Servicio esencial #10:	Investigación de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras para los problemas de salud

tuación más baja (0.44) en la FESP 3, mientras que los estados B y C registraron puntuaciones de 0.61 y 0.65, respectivamente. Los niveles de pobreza para los estados B y C fueron sustancialmente más bajos, 10.9 y 7.2, respectivamente. La mortalidad infantil fue también más baja en los estados B (5.9) y C (6.9).

La variación más amplia entre los tres estados se observó para la FESP 4, movilización de asociaciones comunitarias. Con un intervalo de 33, las puntuaciones descendieron entre 0.28 y 0.61. El desarrollo de asociaciones es un agregado reciente al *gestalt* de intereses de salud pública que puede remontarse a la Grecia antigua. La salud pública tiene gran experiencia en vincular las condiciones ambientales con las enfermedades y una experiencia contradictoria en el desarrollo de asociaciones para ejecutar las FESP.

La FESP 5 se centra en el desarrollo de políticas y planes para apoyar los esfuerzos de salud individuales y comunitarios. Las puntuaciones también variaron ampliamente, de 0.24 para el estado A a 0.54 para el estado C. Las puntuaciones sumamente bajas para esta función esencial señalan las posibilidades de mejorar la planificación estratégica en mayor provecho de la salud comunitaria. El análisis de brechas proporcionado por el NPHSP está destinado a complementar, no a reemplazar, los esfuerzos locales para llevar a cabo las evaluaciones de salud comunitaria y elaborar los planes de mejoramiento de la salud comunitaria. Ambos son críticos con respecto a establecer asociaciones efectivas a nivel de todo el sistema para abordar cuestiones que obtengan resultados de salud deficientes. El producto interno bruto y los gastos de la atención de salud individual pueden limitar la

disponibilidad de recursos para los esfuerzos de salud individual y comunitaria. Los datos proporcionados en el cuadro 4 ilustran el clima del presupuesto para estos estados en cuanto al producto interno bruto y los gastos de la atención individual. La investigación adicional en esta área con un conjunto más grande de datos puede confirmar la hipótesis de que existe una correlación directa entre esos gastos y la capacidad organizativa para ejecutar las FESP.

La mayoría de los sistemas de salud pública han afinado sus aptitudes en la observancia del cumplimiento y en la prestación de servicios directos (FESP 6). El estado B (0.87) y el estado C (0.72) presentaron una puntuación alta en esa función esencial. La puntuación del desempeño para el estado A fue algo inferior (0.64). Como las áreas de desempeño máximo no se reflejan estado a estado al nivel local, cabe la posibilidad de que la salud pública no esté manteniendo los beneficios del éxito pasado. El mejoramiento continuo de la calidad centrado en la prestación de funciones esenciales de salud pública al nivel local sigue siendo una prioridad nacional para asegurar la acción de salud pública eficaz.

La FESP 7 presentó puntuaciones variadas dentro de un intervalo de 0.08. Las puntuaciones para los estados A, B y C fueron de 0.60, 0.69 y 0.61, respectivamente. Una función reconocida de los sistemas de salud pública es actuar en calidad de "red de seguridad" dispensadora de atención de salud directa para las personas sin acceso a la asistencia. Las puntuaciones correspondientes a la FESP 7 ponen de manifiesto una capacidad concordante en los tres estados.

El desarrollo de la fuerza de trabajo es una competencia incipiente para los sistemas de salud pública. En la FESP 8,

las puntuaciones de los estados variaron de 0.37 a 0.53, con un intervalo de 15. La evaluación de la fuerza de trabajo es un proceso que muchos sistemas de salud pública locales deben añadir al proceso de otorgar credenciales y licenciamiento para asegurar la competencia de la fuerza laboral.

La evaluación fue uno de los componentes más débiles de la prestación de servicios en esta muestra de estados. Todos ellos puntuaron la FESP 9 por debajo de 0.40. Las estrategias que son específicas de una organización pueden no tener éxito por sí solas para hacer frente a las amenazas de salud pública, las infecciones emergentes o el bioterrorismo. Los sistemas de salud pública deben colaborar para evaluar la influencia combinada de esos problemas sobre la salud de la comunidad. La evaluación eficaz de los programas es un modo sistemático de mejorar las acciones de salud pública incluyendo procedimientos que sean útiles, factibles, éticos y precisos.

La investigación no es una función tradicional para los sistemas de salud pública locales. Además de la salud ambiental, la medicina preventiva, la epidemiología y el control de enfermedades, los sistemas de salud pública locales tienen la responsabilidad primaria de la atención médica directa, el fomento de la sensibilización, la salud escolar, la respuesta a situaciones de crisis, la planificación familiar, la atención a los pobres, la atención odontológica, el otorgamiento de licenciaturas y certificaciones, la atención de salud mental y la asistencia domiciliaria. A menudo, la fuerza de trabajo se ve forzada a prestar esos servicios con un presupuesto limitado. Los sistemas de salud pública locales vinculados estrechamente a instituciones académicas tienen mayor probabilidad de ocuparse de las actividades de investigación.

El estado A, con el 64% de la población radicada en zonas no metropolitanas, obtuvo una puntuación más baja en la FESP 10 (0.36). La mayoría de los residentes del estado B (72.3%) y el estado C (70.4%) vive en zonas metropolitanas. Los estados B y C puntuaron con 0.70 y 0.59 la FESP 10, respectivamente. La correlación entre ruralidad y la capacidad para participar en la investigación amerita un futuro análisis.

El NPHPSP es un programa de ámbito nacional dirigido a identificar los elementos de la infraestructura de salud pública que carecen de capacidad y recursos adecuados. La información generada por el proceso de evaluación está concebida para su uso por los responsables de adoptar decisiones para crear sistemas de tecnología de la información sólidos con miras a compartir datos, desarrollar la fuerza de trabajo de salud pública y mejorar la capacidad de organización. Estos son los elementos esenciales de la infraestructura de salud pública.

4. Enseñanzas adquiridas

La experiencia del ensayo sobre el terreno del NPHPSP aportó muchas enseñanzas. Entre las prioridades definidas por medio de la experiencia figura la necesidad de:

- identificar ejemplos de casos de sistemas de salud pública estatales y locales con un desempeño satisfactorio;
- efectuar análisis de brechas detallados, y
- establecer mecanismos de evaluación mejorados.

Los participantes encontraron dificultades con la idea de reunirse con asociados

de salud de la comunidad para evaluar su capacidad combinada de ejecutar las funciones esenciales. Como resultado de ello, el NPHPSP incorporará ejemplos de casos de todo el país en el módulo de orientación para la puesta en práctica del programa. El análisis de brechas para los sitios donde se hicieron los ensayos sobre el terreno necesitó reforzarse con recomendaciones específicas para mejorar el desempeño en cada función esencial. Se han identificado recursos impresos y electrónicos para facilitar recomendaciones específicas con miras a abordar las brechas que pueden aparecer en la ejecución de las funciones esenciales. También se consideró prioritario un componente de evaluación más fuerte para todas las fases de ejecución (orientación, administración de encuestas y análisis de datos). Por último, se ha puesto en ejecución un proceso de evaluación formal con intervalos periódicos de análisis de datos para identificar obstáculos a la excelencia en la evaluación de los sistemas de salud pública.

5. Conclusiones

El propósito del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es proporcionar el enfoque y orientación para el desarrollo proactivo, más que reactivo, del sistema de salud pública. La evaluación del desempeño es un paso en un proceso de planificación estratégica integral para los sistemas de salud pública. “Sin indicadores del desempeño uniformes y comparaciones sistemáticas, la salud pública carece de puntos de referencia útiles para las mejoras”. El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública indica los puntos de referencia para el mejoramiento de la salud pública en conformidad con las funciones esenciales de salud pública. El NPHPSP

proporciona un marco coherente para evaluar el desempeño de los sistemas de salud pública y los órganos directivos, como las juntas de salud locales.

Aunque los organismos de salud pública estatales y locales toman la delantera en el proceso de recopilación de datos, sirven sólo de catalizadores para iniciar la participación de los asociados del sistema. La responsabilidad de la interpretación de datos y de la aplicación de resultados recae enteramente sobre los sistemas de salud pública estatales y locales en toda la nación. La ejecución completa del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública facilitará el desarrollo de una fuerza de trabajo de salud pública capacitada, el desarrollo de sistemas sólidos de datos e información, y de departamentos de salud y laboratorios eficaces.

Los CDC y sus organizaciones de salud pública nacionales asociadas se proponen ejecutar el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública en 2002. El sistema de recopilación de datos nacional permitirá a los líderes de la salud pública vigilar las tendencias a lo largo del tiempo mientras los Estados Unidos se esfuerzan por alcanzar los objetivos de salud nacionales señalados en Healthy People 2010.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. The future of public health. Washington, D.C: National Academy Press; 1988.
2. Harrell JA, Baker EL. The essential services of public health. *Leadership in Public Health* 1994; 3(3):27-31.
3. Hajat A, Brown C, Fraser M. Local public health infrastructure: a chartbook. Washington, DC: National Association of City and County Health Officials; 2001.

4. Department of Health and Human Services. HHS: what we do. 2002; [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/profile.html>. Consulta realizada el 7 de mayo de 2002.
5. Leiyu S, Singh DA. Delivering health care in America, a systems approach. 2a. edición. Gaithersburg, MD; 2001. p. 5-6.
6. Pickett G, Hanlon JJ. Public health administration and practice. 9a. edición. St. Louis, MO: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1990. p. 104-105.
7. Department of Health and Human Services. Public health's infrastructure: a status report. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2000. p. 4.
8. Turnock B. Public health, what it is and how it works. 2a. edición. Gaithersburg, MD: Aspen Publications; 2001. p. 338.
9. Halverson P. Performance measurement and performance standards: old wine in new bottles. *J Public Health Management Practice*, 2000 Sep; 6(5): vi-ix.
10. Bouroque LB, Fielder EP. How to conduct self-administered and mail surveys. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1995.
11. Local Public Health System Performance Assessment Instrument. 2001; [78 pantallas]. Disponible en: <http://www.astho.org/phiip/pdf/pmlocal.pdf>. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.
12. State Public Health System Performance Assessment Instrument. 2001; [110 pantallas]. Disponible en: <http://www.astho.org/phiip/pdf/pmstate.pdf>. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.
13. Local Public Health Governance Performance Assessment Instrument. 2001; [82 pantallas]. Disponible en: <http://www.nalboh.org/perfstds/govfinal.pdf>. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.
14. A strategic approach to community health improvement: mobilizing for action through planning and partnership. Washington, DC: National Association of City and County Health Officials; 2001.
15. Cleveland, WS. *Visualizing Data*. Summit, NJ: Hobart Press; 1993. p. 5.
16. State Community Health Services Advisory Committee, *Assessing Organizational Capacity Workgroup. The public health performance assessment field test: Minnesota's experience and recommendations*. St. Paul, MN: Minnesota Department of Health; 2001. p.15.
17. U.S. Census Bureau 2001 Statistical Abstract of the United States-Vital Statistics, 2001; [110 pantallas]. Disponible en: <http://www.census.gov/prod/2002pubs/01statab/vitstat.pdf>. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.
18. U.S. Census Bureau 2001 Statistical Abstract of the United States-Population, 2001; [56 pantallas]. Disponible en: <http://www.census.gov/prod/2002pubs/01statab/vitstat.pdf>. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.
19. Milstein RL, Wetterhall SF. *Framework for program evaluation in public health*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1999.
20. *Healthy People 2010*. 2000; [25 pantallas]. Disponible en: <http://www.health.gov/healthypeople/Document/word/volume2123phi.doc>. Consulta realizada el 12 de junio de 2002.

