

## 2.6 Indicadores para comparar desempeños en sistemas sanitarios europeos



Los indicadores de desempeño son instrumentos que miden las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos de protección de la salud en los países del entorno europeo.

**Autora: Mercedes Alfaro Latorre**

*Subdirectora General del Instituto de Información Sanitaria  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Alfaro Latorre M. Indicadores para comparar desempeños en sistemas sanitarios europeos [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011 [consultado día mes año]. Tema 2.6. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

La evaluación del desempeño en las políticas públicas es un concepto relativamente nuevo desde el punto de vista de su aplicación real, si bien en su marco teórico se viene abordando desde hace ya algunos lustros (1,2,3), y está relacionada con la valoración de los diferentes elementos que condicionan el éxito de las organizaciones. No obstante, hay que advertir que, si se revisa la literatura, se encuentra que el concepto desempeño se asocia en muchos casos específicamente a como trabajan los recursos humanos valorando su contribución al logro de los objetivos.

Sin embargo, la perspectiva desde la que se maneja el término desempeño en el ámbito de los sistemas sanitarios requiere

una acepción más amplia del mismo, de tal modo que se frecuentemente se asocia al concepto government performance, que hace referencia a "la productividad, calidad, oportunidad, responsabilidad y eficacia" de los servicios y programas públicos"(4).

Por lo tanto, desde la idea con la que se enfoca el presente tema, los indicadores de desempeño son instrumentos que miden las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos de protección de la salud en los países del entorno europeo. Por ello, su establecimiento y construcción precisa conocer previamente cuales son esos objetivos y como se ha planteado alcanzarlos a través de los diferentes sistemas sanitarios europeos.

Desde esta perspectiva, objetivos y sistemas - el qué se quiere obtener y el como se debe hacer- son los dos elementos indispensables para hablar de desempeño: la evaluación de la consecución de lo primero en función de lo segundo (atributos, recursos, orden y disposición de todo lo que compone cada sistema sanitario) nos aproxima a la medición del mismo.

## *Introducción*

*1.- Principales características de los sistemas sanitarios en la UE*

*2.-La medida del desempeño en los sistemas sanitarios*

*2.1. Aspectos generales*

*2.2 Dificultades para establecer indicadores de desempeño*

*3.Principales fuentes de datos de salud y sistemas sanitarios en la UE*

*3.1 Estadísticas de Salud de la Comisión Europea (EUROSTAT)*

*3.2.- La Base de Datos de la OMS European Health for All Database (HFA-DB)*

*3.3.- Base de Datos de Salud de la OCDE (ODCE HEALTH DATA)*

*4. Iniciativas para normalizar la evaluación de los sistemas sanitarios*

*4.1 Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, EUROSTAT, OMS)*

*4.2 La Encuesta europea de salud (EUROSTAT)*

*4.3 Los Indicadores de Salud de la UE: ECHIM (DG SANCO)*

*4.4 Los indicadores de calidad (OCDE)*

*Conclusiones*

*Referencias bibliográficas*

En el ámbito de la UE existen una serie de fuentes de datos e iniciativas de indicadores que pueden permitir esta aproximación.

## Introducción

Los sistemas sanitarios reflejan los valores de la sociedad y sus gobernantes con respecto a la protección de la salud; son producto de la historia y están muy relacionados con aspectos sociológicos y económicos, en el más amplio sentido de estos dos términos. Es decir, abarcan tanto creencias, culturas, formas de relación, responsabilidad social, sentido del individualismo, como capacidad económica de cada sociedad. Finalmente esto se suele traducir, simplificando mucho el análisis, en un espectro en el que destacan modelos que se caracterizan por una mayor primacía de la solidaridad social a través de la redistribución de la riqueza en *especies sanitarias* de manera equitativa, frente a otros que le dan un mayor protagonismo a la capacidad individual de procurarse los cuidados mediante sistemas de seguros, cuyo mayor o menor coste está relacionado con mayores o menores niveles de servicios. Dentro de este último modelo, muchos de los países han establecido unos servicios básicos que todos los seguros deben proveer puesto que uno de sus objetivos políticos es la protección de la salud de toda la población.

La actitud de una sociedad ante la protección de la salud se define finalmente en un puñado de elementos: cobertura de aseguramiento, modelo de financiación y de asignación de recursos, cartera de servicios y fórmulas de provisión/gestión. Todo ello debería ser susceptible de ser medido y comparado con la obtención de resultados entre países (entre sistemas), si bien las dificultades en la práctica no son pequeñas.

## 1.- Principales características de los sistemas sanitarios en la UE

En el año 2006 el Consejo Europeo emitió unas Conclusiones sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (2006/C 146/01) destacando, como *valores esenciales*, la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de buena calidad, la equidad y la solidaridad. Los *principios comunes* contemplan la calidad, la seguridad, la atención basada en las pruebas y en la ética, la participación del paciente, el

derecho a reparación, a la intimidad y a la confidencialidad (5)

Tabla I

<b>Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE (2006/C 146/01)</b>
<b>Valores esenciales</b>
<b>universalidad</b>
<b>acceso a atención sanitaria de calidad</b>
<b>equidad</b>
<b>solidaridad</b>
<b>Principios comunes</b>
<b>calidad</b>
<b>seguridad</b>
<b>evidencia científica</b>
<b>ética</b>
<b>participación del paciente</b>
<b>intimidad y confidencialidad</b>
<b>reparación</b>

De hecho, el texto de la Directiva de Servicios Sanitarios Transfronterizos de la UE (6) tiene como objeto “establecer un marco general para la provisión de una atención sanitaria segura, de alta calidad y eficiente” que “se aplicará a la prestación de la atención sanitaria sin importar el modo en que se organiza, se provee y se financia o si es pública o privada”.

La necesidad de proteger la salud de todas las personas es un criterio compartido, en términos generales, en los países de la UE, de manera que todos ellos cuentan con sistemas que proporcionan cobertura sanitaria a la práctica totalidad de la población. Sus sistemas sanitarios se organizan bajo diferentes modelos, en función de cómo se financian y como se proveen los servicios.

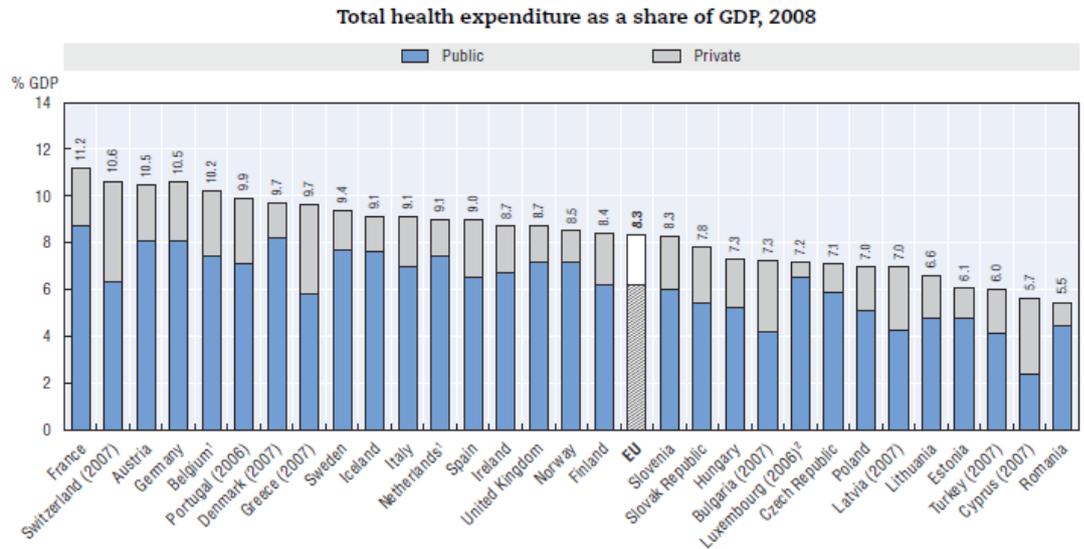
Respecto a la financiación, se alinean, esencialmente, en torno a dos grandes modelos (7) que en muchos casos coexisten si bien predominando uno de ellos:

1. Financiación a través de cotizaciones obligatorias (Sistemas de Seguridad Social). Es el caso de Alemania, Bélgica, Francia o Austria
2. Financiación procedente de los impuestos generales (Sistemas Nacionales de Salud). Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, España, Irlanda, Islandia, Italia y Portugal siguen este modelo.

Ambos modelos comparten el hecho de que la financiación de la sanidad es fundamentalmente pública como puede observarse

en la tabla II que muestra datos de los países de los que OCDE ha podido recabar información comparable (8).

Tabla II



1. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).  
 2. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.  
 Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database; WHO National Health Accounts.

En cuanto a las características de la provisión, los sistemas financiados a través de cotizaciones compran habitualmente servicios a terceros y los sistemas nacionales de salud la llevan a cabo, preferentemente, con medios propios, si bien suelen comprar una cierta parte de los servicios a proveedores externos. En España tenemos un buen ejemplo de esta combinación entre servicios propios del Sistema Nacional de Salud y los conciertos de los Servicios de Salud con proveedores privados para determinadas actividades diagnósticas y terapéuticas, así como en el modelo de financiación/provisión que siguen las mutualidades de funcionarios.

Ambas fórmulas de provisión ofrecen, en general, una cartera de servicios amplia que contempla funciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, si bien la organización para el desarrollo de estas funciones sigue diferentes esquemas que estimulan diferentes comportamientos organizacionales y sociales. Simplificando de nuevo enormemente, los sistemas nacionales de salud integran las cuatro funciones como parte de su misión y se planifican con criterios poblacionales haciendo

énfasis en la equidad; los sistemas de compra de servicios se basan fundamentalmente en los volúmenes de actividad asistencial contratada y ponen el acento en la libertad de elección.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que gran parte de los determinantes de la salud individual y colectiva están fuera del sector sanitario: los factores socioeconómicos, los educativos y los medioambientales inciden patentemente en los estilos de vida, en el autocuidado y en el acceso a los servicios sanitarios y por todo ello influyen en los resultados de las políticas de protección de la salud.

---

## **2.-La medida del desempeño en los sistemas sanitarios**

---

---

### **2.1. Aspectos generales**

---

La medida del desempeño de un sistema supone una evaluación, en primer lugar, sobre la propia organización, es decir, sobre las previsiones de resultados y los logros realmente alcanzados, sobre los recursos empleados y los que se calculaba utilizar, integrando toda esta información de manera que, finalmente, lo que se conozca sea la productividad del conjunto de los recursos en términos de obtención de resultados alineados con los objetivos establecidos.

En segundo lugar se trata de comparar diferentes desempeños, saber si organizaciones o sistemas que comparten objetivos los logran en mayor o menor medida en función de tener diferente visión de sí mismas, distintos sistemas de disposición y articulación de los recursos, de cómo conducir las relaciones entre los actores implicados o de diferentes políticas de calidad para alcanzar dichos objetivos. La finalidad de estos análisis es intentar conocer aquellos modelos más eficaces, efectivos y eficientes que puedan servir de referencia a la hora de mejorar el desempeño de cada uno, habida cuenta de los desafíos planteados a los sistemas sanitarios europeos derivados del cambio del patrón epidemiológico que supone la cronicidad y el envejecimiento, las crecientes expectativas de los pacientes, la eclosión tecnológica y la crisis económica.

Por lo tanto, para medir el desempeño es necesario ineludiblemente que existan unos objetivos bien definidos y

susceptibles de ser medidos. Y para comparar desempeños deben compartirse objetivos. Puede decirse que la UE dispone de grandes objetivos comunes derivados de sus *valores esenciales*: cobertura universal, calidad, equidad y eficiencia; sobre ellos, junto con una serie de resultados de impacto en la salud, se suelen establecer los principales análisis comparativos.

La **universalidad** supone, según la Comunicación del Consejo de 2006 anteriormente aludida, que “no se impida a nadie el acceso a la atención sanitaria”. Es difícil, en el actual mosaico que todavía es la UE, establecer un concepto más concreto pero esta limitación condiciona el establecimiento del objetivo que debe llevar aparejado, puesto que existen muchos matices en cuanto al como, cuando y a qué atención sanitaria se refiere este objetivo.

Los principios establecidos por el Consejo de *acceso a una asistencia de buena calidad y equidad* parecen concretar más el concepto de universalidad, de modo que podría considerarse que el objetivo sería que la totalidad de la población de los países de la UE dispusiese de un sistema de protección de su salud que le procurase todos los servicios necesarios para ello. La información que se recoge en los países responde a los diferentes planteamientos existentes a la hora de materializar estos valores, no solo desde el punto de vista de la financiación y provisión de los servicios como ya se ha señalado, sino también a la forma de enfocarlos en sí mismos. La equidad, por ejemplo, se puede plantear como un derecho del ciudadano, como una obligación de los prestadores o como ambas cosas.

La **calidad** con que los sistemas se desenvuelven para conseguir sus objetivos es elemento clave para evaluar su desempeño y compararlo con el de otros sistemas. Un clásico enfoque para el análisis de la calidad, es el desarrollado por Avedis Donabedian (9) que diferencia tres áreas de evaluación: estructura (calidad de los medios), proceso (calidad de los métodos) y resultados (calidad de los logros).

Dentro de cada uno de ellos se incluyen numerosos indicadores que intentan reflejar el grado de idoneidad y perfección con la que se hacen las cosas. Los análisis sobre el proceso son los más abundantes, destacando entre ellos los referidos a la *efectividad* o capacidad de un determinado procedimiento, en su aplicación

real, para obtener los objetivos propuestos (10)

Todos los países disponen de sistemas de evaluación y seguimiento de la calidad, mejor o peor desarrollados. Sin embargo solo hay disponible un número limitado de indicadores verdaderamente comparables internacionalmente sobre los que exista consenso en cuanto a la importancia y validez de los mismos y sobre los que se disponga, además, de información disponible y normalizada. Este es uno de los principales problemas con los que se encontró la OCDE, cuando inició en 2001 el Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria (HCQI) (11), que se verá más adelante, con el fin de desarrollar una serie de indicadores que ayudaran a estudiar y valorar la calidad de atención sanitaria en todos los países. No obstante el proyecto se ha ido consolidando y ampliando y constituye hoy en día un referente para una serie de indicadores relacionados fundamentalmente con la atención hospitalaria y la seguridad del paciente.

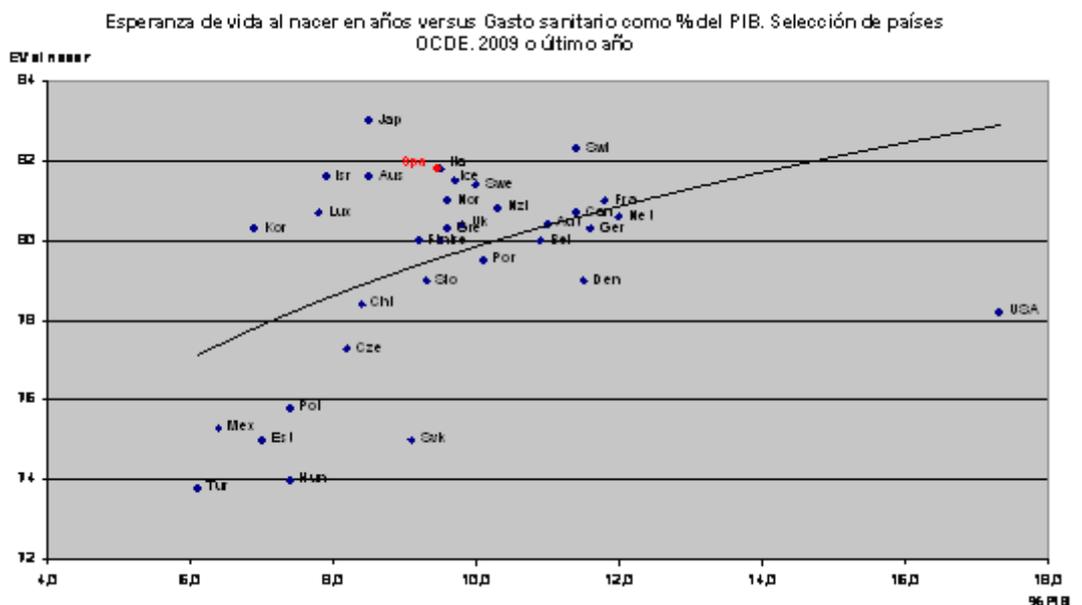
El análisis de la **equidad** de los sistemas sanitarios en la UE trata de identificar aquellas desigualdades en la protección de la salud cuyo origen se encuentre en determinantes sociodemográficos. Éstos se presentan tanto a nivel interno en los países como entre todos ellos. Son muy numerosos los indicadores que se utilizan en este ámbito, que, además de la salubridad del entorno de las personas y de las medidas sanitarias poblacionales en el campo de la promoción y la prevención, incluyen, entre otros, la propia cobertura y contenidos del aseguramiento sanitario, la calidad científico técnica con la que se proveen los servicios en unos u otro lugares, la información/educación sanitaria o la accesibilidad efectiva a los servicios para los diferentes colectivos sociales.

En cuanto al análisis de la **eficiencia** entre sistemas sanitarios, se dispone de algunos indicadores "proxy", pero no existen realmente unos indicadores comparables que susciten un consenso claro. Como señalan algunos expertos "Medir la eficiencia de las organizaciones sanitarias es tan importante como difícil. Importante porque los países gastan crecientes porcentajes de su Producto Interior Bruto en servicios sanitarios, como reflejo de la intensa preferencia por la salud que muestran las personas. Difícil porque las organizaciones sanitarias suelen perseguir múltiples objetivos y sus procesos productivos son difíciles de estandarizar"(12)

Los análisis sobre la eficiencia se han de realizar sobre datos

referidos a unidades de producción homogénea en el sector sanitario, difíciles de obtener en contextos tan agregados. La aplicación de un enfoque económico para la medida de la eficiencia exige relacionar los recursos consumidos con la producción de servicios sanitarios a partir de información detallada para las unidades de producción que vayan a compararse, datos de los que, con carácter general, no se dispone para su estudio entre sistemas sanitarios como tales. Suele, por ello, emplearse un enfoque más concreto a través bien del estudio de determinadas actuaciones (como los proyectos de costes de la prevención o de la continuidad asistencial de OCDE (13,14) que tratan de apoyar la toma de decisiones para la priorización de donde emplear más eficientemente los recursos), de dispositivos asistenciales específicos(15) o del abordaje de problemas de salud delimitados

Se acepta clásicamente como un proxy de eficiencia la relación entre el gasto sanitario e indicadores como la esperanza de vida o la mortalidad infantil, si bien es más que discutible tanto su interpretación, como su utilidad para la toma concreta de decisiones.



Fuente: Health DB OCDE 2011. Elaboración propia

Igualmente se emplea la *frecuentación hospitalaria*, la *estancia media*, el *índice de funcionamiento* y otros indicadores de gestión como proxys a la eficiencia, aunque pueden verse afectados por diversos factores tales como la demanda de servicios, la

capacidad resolutoria de la atención primaria, o los sistemas de pago a proveedores.

La *ambulatorización* de procedimientos diagnósticos y terapéuticos se considera una medida de la eficacia de los servicios que aumenta la seguridad del paciente y contribuye a la eficiencia del sistema sanitario.

La *hospitalización evitable* se considera igualmente un elemento útil para valorar la eficacia de los dispositivos ambulatorios y comunitarios de los sistemas sanitarios y probablemente la eficiencia de un sistema al manejar los casos en los dispositivos menos gravosos.

La eficiencia se considera a menudo una parte de la calidad; realmente, desde una perspectiva holística, como parte de la calidad podría incorporarse cualquier dimensión del análisis el desempeño. En este mismo sentido hay que advertir que muchos de los indicadores que se pueden utilizarse para el análisis del desempeño no tienen un único significado y se relacionan con más de una dimensión de análisis. Por ejemplo, la medida en que la cartera de servicios se basa en evidencias científicas nos hablaría de la calidad de un sistema sanitario, pero también de su eficiencia. El que un sistema disponga de procedimientos de reclamación transparentes y equitativos se relaciona tanto con la calidad como con la equidad.

---

## **2.2 Dificultades para establecer indicadores de desempeño**

---

Además de las limitaciones que se vienen mencionando, cabe volver a la reflexión general de que los sistemas sanitarios contribuyen a la mejora del estado de salud, pero existen otros factores no sanitarios que son determinantes en la salud, como serían variables ecológicas, económicas o sociales. No se conoce el peso real que el sistema sanitario tiene en los grandes indicadores de salud, lo que es un factor limitante de las posibilidades reales de análisis del papel que juega utilizando indicadores generales.

Por otra parte hay que señalar como limitaciones:

- El manejo de la información dentro de la organización política de los propios países, que incluye desde modelos

muy centralizados (Francia, Holanda, Luxemburgo) hasta otros con una descentralización efectiva (Suecia, Reino Unido, España) del poder político en materia sanitaria.

- La ausencia de una metodología reconocida para la medida del desempeño entre los sistemas sanitarios.
- La variedad de instrumentos que los diferentes países emplean para la planificación, la gestión y la evaluación de sus sistemas.
- La insuficiente implantación de un formato normalizado de los gastos en salud y su financiación en todos los EEMM
- La falta de normalización en la recogida de los datos primarios y/o en su procesamiento posterior, lo que incluye el uso de diferentes clasificaciones en aspectos como la morbilidad y los procedimientos clínicos.

### **3.- Principales fuentes de datos de salud y sistemas sanitarios en la UE**

La información comparable entre países se gestiona fundamentalmente por tres organizaciones que, teniendo objetivos específicos cada una de ellas, precisan de datos similares o idénticos para obtener información que les guíe en el cumplimiento de sus fines:

- EUROSTAT: Statistical Office of the European Communities, es la oficina estadística de la Comisión Europea, que produce datos sobre la Unión Europea y promueve la armonización de los métodos estadísticos de los estados miembros : Base de Datos de Salud Pública (Public Health Data Base)
- OMS REGIÓN EUROPEA: Oficina de la Organización Mundial de la Salud para Europa: Base de Datos HFA (Health For All)
- OCDE: la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos es una organización de cooperación internacional, compuesta por 34 estados de todos los continentes: OECD Health Data. De ellos 21 son países de la UE, pero además se están trasladando muchos de sus indicadores al ámbito de toda la UE.

### **3.1 Estadísticas de Salud de la Comisión Europea (EUROSTAT)**

---

En términos generales, las estadísticas de salud de la Comisión Europea, gestionadas a través de EUROSTAT, incluyen cuestiones tales como el estado de salud, problemas de salud y determinantes de la salud, causas de la muerte, recursos para la prestación de asistencia sanitaria y los gastos de salud. También recoge información sobre la salud y seguridad en el trabajo, a través de indicadores de accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales (16).

EUROSTAT ha desarrollado un importante trabajo metodológico que busca la normalización de los datos de cara a su posterior comparabilidad.

Las estadísticas de EUROSTAT buscan dar respuesta a la Estrategia de la Salud Pública de la Comisión Europea, que en la actualidad, operando bajo el lema "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013", tiene como objetivo mejorar la prosperidad de los ciudadanos, la solidaridad y la seguridad (17):

- Mejorar la seguridad sanitaria de los pacientes
- Promoción de la salud para aumentar la prosperidad y la solidaridad
- Producción y distribución de conocimientos sobre la salud

La competencia para la organización y prestación de servicios sanitarios y de salud corresponde fundamentalmente a los Estados miembros, aunque la UE tiene la responsabilidad de dar un valor añadido a través de acciones de coordinación frente a las amenazas transfronterizas para la salud y la movilidad de los pacientes, así como para la reducción de las desigualdades de salud y el abordaje de los factores clave determinantes de la salud.

El repertorio estadístico de EUROSTAT en materia de Salud se desarrolla bajo el siguiente esquema:

### *Cuidado de la salud:*

- Gasto en atención a la salud, con datos sobre los gastos de atención de salud ofrecen información del Sistema de Cuentas de Salud (SHA) conjunto OCDE/EUROSTAT/OMS.
- Recursos empleados en el cuidado de la salud: datos de cobertura de recursos humanos de salud (médicos, dentistas, enfermeras y el cuidado de los profesionales, etc.) así como las estadísticas hospitalarias (camas de hospital, los procedimientos quirúrgicos en los hospitales, equipos de alta tecnología y los datos relacionados con los pacientes, es decir, los hospitales los vertidos de la enfermedad).
- Indicadores de encuestas de salud: tablas de la percepción de necesidades insatisfechas de atención médica o dental, consultas a profesionales sanitarios, hospitalización, exámenes de cáncer, etc.

### *Indicadores del estado de salud*

Obtenidos de las encuestas de salud se ofrece las tablas de indicadores de autopercepción de la salud, estilos de vida y limitación de actividades.

Los datos sobre las condiciones de salud también juegan un papel importante en el cálculo de la "esperanza de vida en buena salud".

### *Causas de muerte*

Recogidas de acuerdo a una lista de 65 causas con base en la CIE 10 -Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la OMS. Se dispone de datos a nivel nacional y regional (NUTS 2) para el total de fallecimientos, las tasas brutas de mortalidad y las tasas estandarizadas de mortalidad, desglosados por grupos de edad y por sexo.

### **3.2.- La Base de Datos de la OMS European Health for All Database (HFA-DB)**

La OMS recopila datos de diversas fuentes, incluyendo una red de expertos de los países. Utiliza igualmente información procedente de los programas de la OMS / Europa y de las organizaciones asociadas, tales como los organismos del sistema de las Naciones Unidas, la oficina estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) y la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo.

Con ella construye y mantiene la Health for All-DB que ofrece una selección de estadísticas de salud que abarcan los datos demográficos básicos, el estado de salud, los determinantes de salud y factores de riesgo y recursos de atención de la salud, la utilización y el gasto en los 53 Estados Miembros de la Región Europea de la OMS.

La lista de indicadores se revisa periódicamente para adaptar la base de datos tanto a las prioridades de la organización como a la disponibilidad de los datos en los países europeos.

Para garantizar la comparabilidad internacional tanto como sea posible, se proporcionan a los países definiciones de la mayoría de los indicadores a seguir. Pero si los indicadores nacionales se construyen bajo diferente definición los datos pueden recogerse siempre y cuando la contraparte nacional describa las diferencias existentes y proporcione las fuentes de información, que se recogen en unas notas específicas.

Los contenidos se organizan siguiendo igualmente un esquema clásico de determinantes de salud. La lista más reciente de los indicadores está organizada de acuerdo a los siguientes grupos (18):

- estadísticas demográficas y socioeconómicas
- indicadores de la mortalidad
- morbilidad, discapacidad y altas hospitalarias
- estilos de vida
- medio ambiente
- recursos para el cuidado de la salud

- utilización de servicios y costes
- salud materno-infantil.

Los datos pueden consultarse para cada país, compararse entre los países y sobre referentes de la región. Es una base de datos muy rica en contenidos y de gran versatilidad en formatos de obtención de los indicadores, si bien la OMS advierte que, dado que los sistemas de obtención, grabación y manipulación de datos varían entre países, también lo hacen la disponibilidad y exactitud de los datos notificados. HFA-DB se actualiza dos veces al año.

---

### 3.3.- Base de Datos de Salud de la OCDE (ODCE HEALTH DATA)

---

Mejorar la salud es una preocupación fundamental en el ámbito de la OCDE, ya que puede contribuir a un mayor crecimiento económico y a la mejora del bienestar de las sociedades de los países miembros. Por ello, los países de la OCDE desarrollan y mantienen un sistema de indicadores sanitarios que tratan de informar sobre la labor que desarrollan para mejorar la salud, con el fin de realizar análisis con un marcado enfoque económico.

Los indicadores de la OCDE han adquirido un desarrollo considerable. La base de datos *OECD Health Data* es una fuente caudalosa de estadísticas comparables sobre los sistemas de salud y la propia salud en los países de la OCDE(19). Es una herramienta muy utilizada por investigadores de la salud, asesores de políticas en los gobiernos, el sector privado y la comunidad académica.

---

## 4. Iniciativas para normalizar la evaluación de los sistemas sanitarios

---

En términos generales hay que destacar que en el último lustro existe un **trabajo coordinado** de EUROSTAT, OMS y OCDE para el perfeccionamiento de los mismos y para la recogida y procesamiento de los **datos comunes** que necesitan, evitando

redundancias e ineficiencias en el proceso de producción de los indicadores. Esta política de coordinación y convergencia en la recogida de información de estas organizaciones trata no solo de evitar duplicidades y sobrecarga de trabajo en los países, sino también de normalizar en su origen la información que luego es utilizada desde diferentes perspectivas por cada organización.

Actualmente los datos de uso común por las tres organizaciones se recogen a través de un "cuestionario conjunto" que cada país cumplimenta una sola vez. Los datos que no forman parte de este núcleo común se siguen recabando en los países por las vías específicas de cada organización. Todo ello posibilita el traslado de algunos indicadores inicialmente previstos para uno de los ámbitos al de los otros organismos implicados.

Respecto a las iniciativas **sobre materias concretas** las principales iniciativas de normalización son las siguientes:

---

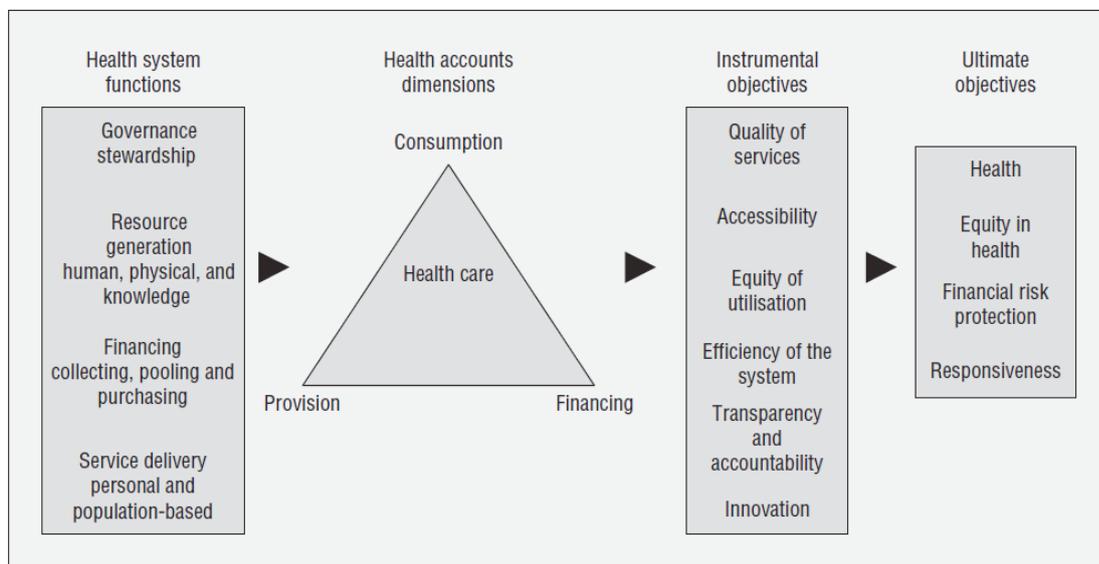
#### **4.1 Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, EUROSTAT, OMS)**

---

La recogida sistemática de la información económica de los sistemas de salud fue impulsada por la OMS en los años 60 como herramienta para que los ministerios de salud administrasen mejor sus presupuestos. En las décadas siguientes algunos países de la OCDE, principalmente los europeos y Estados Unidos, implantaron cuentas nacionales de salud como respuesta a la necesidad de disponer de instrumentos analíticos que apoyaran la evaluación de sus políticas sanitarias.

La OCDE, la OMS y la Comisión Europea desarrollan y aplican conjuntamente un Sistema de Cuentas de Salud —cuyas siglas en inglés son SHA— que abarca el gasto sanitario tanto público como privado. Gracias al SHA pueden compararse entre sí los datos nacionales sobre gasto sanitario de toda la UE. El SHA proporciona un marco uniforme de reglas básicas de contabilidad así como un conjunto de tablas modelo para la difusión de datos sobre gasto sanitario y es un instrumento que permite apreciar cómo se emplean los recursos y qué efectos surten las políticas de salud (20).

El siguiente esquema, procedente del manual SHA 2011 (21), refleja la vinculación entre los marcos de los sistemas de salud y las cuentas de salud



Tomado de OMS/OCDE/EC. SHA 2011

El registro de los gastos en salud, el SHA se organiza en torno a tres ejes de consumo, prestación y financiación, utilizando la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (International Classification for Health Accounts, ICHA), que permite desglosar la atención de la salud según (tabla III):

- Clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC)
- Clasificación de los proveedores de la atención de la salud (ICHA-HP)
- Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF).

Las clasificaciones propuestas proporcionan además los vínculos básicos con datos no monetarios, como el empleo y otras estadísticas de recursos.

Clasificación de la asistencia sanitaria por función - HC	Clasificación de las industrias de prestadores de servicios de asistencia sanitaria - HP	Clasificación de las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria - HF
HC 1 Servicios de atención curativa	HP 1 Hospitales	HF 1 Administración pública
	HP 2 Establecimientos de asistencia residencial y en dependencia	HF 1.1 Administración pública, con exclusión de las cajas de la seguridad social
HC 2 Servicios de atención rehabilitadora		
HC 3 Servicios de asistencia en dependencia a largo plazo	HP 3 Prestadores de asistencia sanitaria ambulatoria	HF 1.2 Cajas de la seguridad social
HC 4 Servicios auxiliares de la asistencia sanitaria	HP 4 Venta al por menor y otro tipo de proveedores de productos médicos	HF 2 Sector privado
HC 5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	HP 5 Suministro y administración de los programas de salud pública	HF 2.1 Seguro social privado
HC 6 Servicios de prevención y salud pública	HP 6 Administración y seguro sanitarios generales	HF 2.2 Empresas privadas de seguros (distintos del seguro social)
HC 7 Administración sanitaria y seguro médico	HP 7 Otras industrias (resto de la economía)	HF 2.3 Gasto privado de los hogares
		HF 2.4 Instituciones sin fines de lucro que atienden a los hogares (distintas del seguro social)
	HP 8 Resto del mundo	HF 2.5 Empresas (distintas de las del seguro médico)
		HF 3 Resto del mundo

Fuente: MSSSI. S.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión

Como consecuencia el conjunto de tablas básicas del Sistema de Cuentas de Salud responde a tres preguntas:

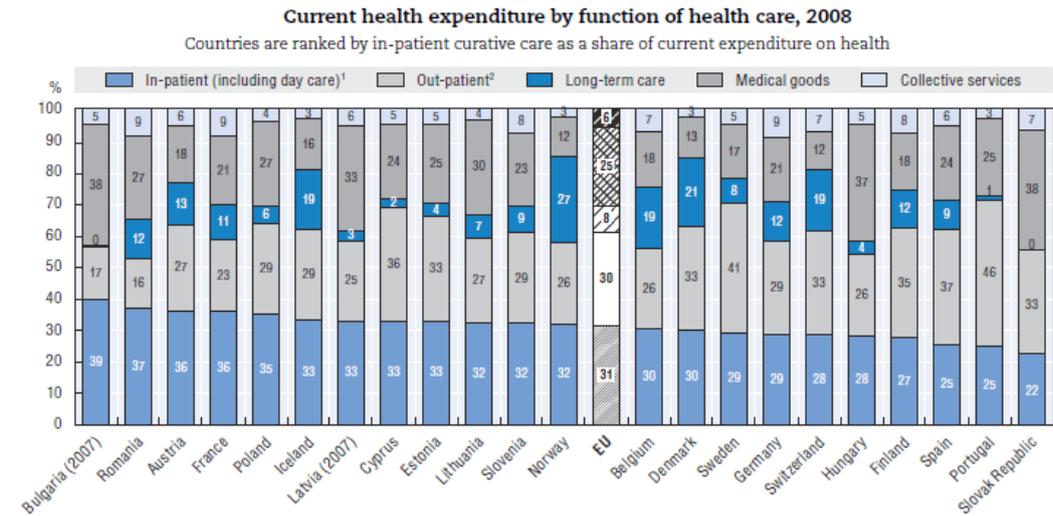
- ¿De dónde proviene el dinero? (fuente de financiación)
- ¿Adónde va el dinero? (proveedor de servicios y bienes de salud)
- ¿Qué tipo de servicios (definidos funcionalmente) se ofrecen y qué tipo de bienes se compran?

La implantación del SHA es ya una realidad en muchos países de la UE y/o de la OCDE tras el desarrollo y revisión del mismo donde se ha concedido gran importancia a la política de pertinencia, viabilidad y sostenibilidad. El proceso formal de producción de SHA 2011 se inició en 2007 como una actividad cooperativa de cuentas de salud expertos de la OCDE, la OMS y Eurostat, conocidos colectivamente como el Salud Internacional de Cuentas de Equipo (IHAT). El manual resultante ha sido objeto de una amplia consulta y de gran alcance proceso destinado a recoger las aportaciones de expertos nacionales y otras organizaciones internacionales de todo el mundo.

Existen datos publicados del SHA que merece comentar, no tanto el análisis de sus datos, que no es objeto de este tema, sino las posibilidades que abre. Por ejemplo, en lo que respecta a la distribución del gasto en las diferentes funciones de salud (tabla IV), muestran que los porcentajes de gasto destinados a la

asistencia en régimen de hospitalización y en modo ambulatorio son muy parecidos en la media UE (en una serie de países de los que ya se dispone de información), siendo la siguiente partida la de las prestaciones médicas (medicamentos, órtesis, prótesis, etc.)

Tabla IV

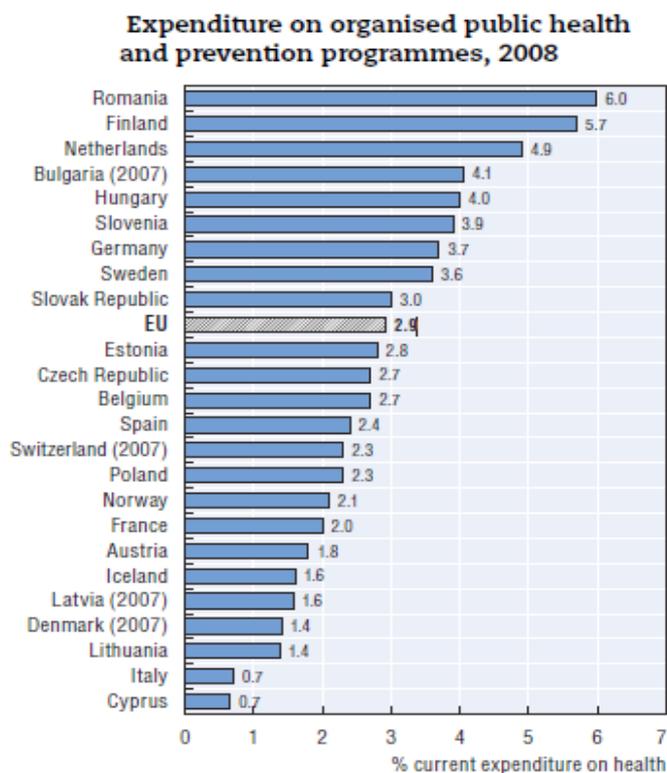


1. Refers to curative and rehabilitative in-patient and day care services provided in hospitals, day surgery clinics, etc.  
2. Refers to curative and rehabilitative care in doctors' offices, clinics, out-patient departments of hospitals, home-care and ancillary services.  
Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Sin embargo, los países presentan diferentes asignaciones del gasto a los diversos tipos de servicios de salud. La asignación del gasto en salud se ve influida por una serie de factores, incluyendo las modalidades de financiación, la disponibilidad de los recursos (camas, profesionales, alta tecnología, acceso a las tecnologías de la información y comunicación), el patrón epidemiológico y las pautas clínicas al uso, incluida la "ambulatorización" creciente de muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Todo ello influye necesariamente en la relación entre el gasto ambulatorio y el gasto en hospitalización.

En cuidados de larga duración (tabla V) hay grandes diferencias en el porcentaje de gasto entre países que no son ajenos a la mayor o menor coexistencia de provisosores "informales" de los mismos. La otra categoría importante del gasto en salud está en los productos médicos o sanitarios, fundamentalmente los medicamentos. En promedio, una cuarta parte de la participación del gasto en salud se encuentra en productos médicos pero el rango va desde el 12% hasta el 38% en los diferentes países (8).

Tabla V



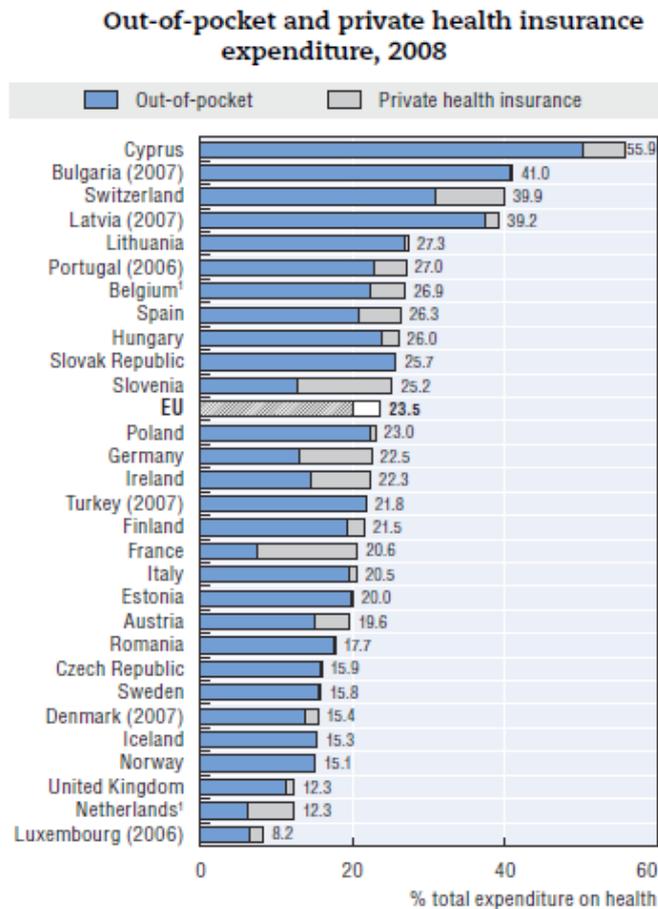
Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Los datos del SHA muestran también que el porcentaje del gasto en salud asignado a promoción de la salud y prevención de la enfermedad es, en promedio, el 2,9% del gasto, con una amplia variación que reflejaría, en principio, la importancia que se concede a estas funciones en cada país.

Sin embargo, este indicador muestra una de las debilidades que se comentaba anteriormente de estos esfuerzos de

normalización: cuando las iniciativas de promoción y prevención se llevan a cabo en el primer nivel de atención, la función de prevención no se consigna como tal sino que está contabilizada en el gasto en la atención curativa a excepción de algunas campañas o actividades específicas. Resulta realmente difícil en la práctica (y en España, que es uno de los países con este modelo, no se hace) asignar costes por funciones curativas o preventivas en la dinámica normal de trabajo de la atención primaria donde, en una misma consulta, puede prestarse atención clínica, promover hábitos saludables y realizar una vacunación.

Tabla VI



1. Current expenditure.

Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

El gasto particular-tanto aseguramiento privado como gasto de bolsillo- que se realiza en cada país (tabla VI) muestra también una gran variabilidad, observándose casos como Francia, Alemania, Irlanda o Suiza donde los seguros privados tiene un importante peso y otros como Suecia, Noruega, España o la República Checa, donde la mayor proporción de gasto privado corresponde a gasto de bolsillo.

De nuevo existen limitaciones a la hora de construir este indicador: en algunos países la existencia de pagos complementarios *no oficiales* para recibir servicios sanitarios hace que el nivel de gasto de bolsillo esté probablemente subestimada en esos casos (8)

En cualquier caso, el SHA abre unas grandes posibilidades de análisis y se espera que sea una herramienta de gran utilidad para la comparación de los sistemas sanitarios trascendiendo de su valor descriptivo, de modo que se pueda identificar las asociaciones entre las variables económicas con aquellas otras de proceso y resultados de las organizaciones y sistemas sanitarios.

## 4.2 La Encuesta europea de salud (EUROSTAT)

Una importante iniciativa normalizadora llevada a cabo por EUROSTAT en los últimos años, se refiere a la realización de una Encuesta de Salud con un cuestionario común en todos los Estados Miembros (EHIS). La encuesta se ha realizado en 18 países, entre ellos España (22).

EUROSTAT ha publicado datos sobre algunos resultados de estado de salud y utilización de servicios, así como del cuidado de personas mayores. Con ello se dispone, de momento, de alrededor de 40 indicadores de estos países obtenidos en su origen con un instrumento común, si bien la metodología de administración de la EHIS no ha sido homogénea en los 18 países (por ejemplo se han realizado, según en qué países, entrevistas presenciales clásicas, presenciales asistidas por ordenador, telefónicas asistidas por ordenador / CATI).

El futuro de la EHIS está todavía en fase de debate: su convivencia con encuestas nacionales de salud de gran tradición, con amplias series históricas y elevado coste, junto con la inestabilidad que presenta su cuestionario (todavía susceptible de modificaciones) son debilidades de este instrumento europeo. Sin embargo parece que existe la voluntad establecer su implantación reglamentariamente en todos los países de la UE.

---

### **4.3 Los Indicadores de Salud de la UE: ECHIM (DG SANCO)**

---

Los proyectos ECHI-European Community Health Indicators (1998-2001) y ECHIM-European Community Health Indicators Monitoring (2005-2008) promovidos por la Dirección General de Sanidad y Consumidores de la Comisión Europea (DGSANCO), consiguieron identificar de manera consensuada entre los Estados Miembros de la UE 88 indicadores relevantes y comparables para la vigilancia de la salud en toda Europa (Indicadores ECHI) poniéndolos a disposición en la UE y sus Estados Miembros, así como en otros países Europeos.

Durante la primera fase de ECHIM (2005-2008) 30 países europeos evaluaron las condiciones previas para la implementación de la lista de indicadores y la disponibilidad y comparabilidad de las fuentes de datos de indicadores de salud existentes. Esto

se hizo en estrecha colaboración con una red de personas de contacto en toda Europa, tanto de organizaciones nacionales como internacionales.

La Acción Común ECHIM (2009-2011) ha tratado posteriormente de consolidar el sistema de indicadores ECHI evolucionándolo hacia un sistema de información sanitaria sostenible, así como recopilar y difundir datos e información de salud basada en la lista ECHI.

El Grupo Central de ECHIM se compone de 35 miembros y la acción tiene enlace con la Comisión Europea, Eurostat, los Estados miembros y Oficina Regional de la OMS para Europa. La Comisión Europea (DG SANCO) y Eurostat, apoyan la labor de ECHIM y trabajan en estrecha colaboración con ella.

Este proyecto no pretende recopilar directamente datos de los países ni crear nuevos circuitos de recogida de los mismos, sino utilizar aquella información que se encuentra disponible en fuentes oficiales preexistentes (EUROSTAT, OCDE, OMS) y fomentar la inclusión de aquello que se considere necesarios y no exista en los sistemas propios de información de estos organismos.

Tras su debate y consenso, los indicadores ECHI se configuraron finalmente en 5 grandes apartados que se presentan desglosados

- Demografía y situación socioeconómica
- Estado de salud
- Determinantes de salud: estilo de vida
- Intervenciones de salud: servicios sanitarios
- Intervenciones de salud: promoción de la salud

### **Indicadores de Demografía y situación socio-económica**

---

1. Población por sexo / edad (I)
2. Tasa cruda de natalidad (I)
3. Distribución de edad de la madre (I)
4. Tasa global de fecundidad (I)
5. Proyecciones de población (I)
6. Población por nivel de educación (I)
7. Población por ocupación (I)
8. Desempleo total (I)
9. Población por debajo del umbral de la pobreza (I)

### **Estado de salud**

---

10. Esperanza de vida (I)
11. Mortalidad infantil (I)
12. Mortalidad perinatal (I)
13. Mortalidad específica (I)
14. Muertes relacionadas con drogas (I)
15. Muertes relacionadas con el tabaco (I)
16. Muertes relacionadas con el alcohol (I)
17. Exceso de mortalidad por temperaturas extremas (D)
18. Enfermedades transmisibles (selección) (I)
19. VIH / SIDA (I)
20. Cáncer: incidencia (I)
- 21 a). Diabetes: prevalencia autodeclarada (I)
- 21 (b). Diabetes : prevalencia registrada(I)
22. Demencia (D)
- 23 (a) Depresión: prevalencia autodeclarada (I)
- 23 (b). Depresión: prevalencia registrada (I)
24. Infarto agudo de miocardio (IAM) (I)
25. Ictus (I)
- 26 (a) Asma: Prevalencia autodeclarada (I)
- 26 (b). Asma: prevalencia registrada (I)
- 27 (a). EPOC: prevalencia autodeclarada (I)
- 27 (b).EPOC: prevalencia registrada (I)
28. (Baja) el peso al nacer (I)
- 29 (a). Lesiones: hogar, ocio y escuela: auto-declaración de incidencia (I)
- 29 (b). Lesiones: hogar, ocio y escuela: basado en registros de incidencia (I)
- 30 (a). Lesiones: tráfico por carretera: auto-declaración de incidencia (I)
- 30 (b). Lesiones: tráfico por carretera: basado en registros de incidencia (I)
31. Lesiones: el lugar de trabajo (I)
32. Intento de suicidio (D)
33. Percepción de la salud (I)
34. Enfermedad crónica: autodeclaración (I)
35. Limitaciones permanentes de la actividad (I)
36. Limitaciones funcionales físicas y sensoriales (D)
37. Dolor musculoesquelético General (D)
38. Trastornos psicológicos (D)
39. Bienestar psicológico (D)
40. Esperanza de vida en buena salud (I)
41. Esperanza de vida (otras) (I)

***Determinantes de la salud***

---

42. Índice de masa corporal (I)
43. Tensión arterial (I)
44. Fumadores habituales (I)
45. Gestantes fumadoras (D)
46. Consumo de alcohol total (I)
47. Consumo de riesgo de alcohol (D)
48. Uso de drogas ilícitas (I)
49. Consumo de fruta (I)
50. Consumo de verduras (I)
51. Lactancia Materna (D)
52. Actividad física (D)
53. Riesgos relacionados con el trabajo (D)
54. Apoyo social (D)
55. Exposición a partículas PM10 (I)

***Intervenciones de salud: servicios de salud***

---

56. Cobertura de vacunación en los niños (I)
57. Influenza tasa de vacunación en ancianos (I)
58. Detección del cáncer de mama (I)
59. Detección del cáncer de cuello uterino (I)
60. Detección del cáncer de colon (I)
61. Momento de la primera visita prenatal entre las mujeres embarazadas (D)
62. Camas de hospital (I)
63. Médicos en ejercicio (I)
64. Enfermeras en ejercicio (I)
65. Movilidad de los profesionales (D)
66. Tecnologías médicas: Las unidades de resonancia magnética y tomografías computarizadas (I)
67. Altas Hospitalarias: diagnósticos seleccionado (I)
67. Altas Hospitalarias, diagnósticos seleccionados (indicadores operativos)
68. Casos hospital de día, diagnósticos seleccionados (I)
68. Casos de hospital de día en diagnósticos seleccionados (indicadores operativos)
69. Casos de Hospital de día como porcentaje del total de pacientes, diagnósticos seleccionados (I)
69. Casos de Hospital de día como porcentaje del total de pacientes, diagnósticos seleccionados (I) Indicadores operativos
70. Estancia media, diagnósticos limitados (I)
- 71 (a) Frecuentación al médico general (reportada por encuestas) (I)
- 71 (b). Frecuentación registrada al médico general
- 72 (a). Frecuentación a una selección de consultas ambulatorias (reportada) (I)
- 72 (b). Frecuentación a una selección de consultas externas: visitas registradas (I)
73. Cirugías seleccionadas (I)
73. Cirugías seleccionadas (I) (indicadores operativos)
74. Uso de medicamentos, grupos seleccionados (D)
75. Movilidad de los pacientes (D)
76. Cobertura de aseguramiento (I)
77. Gastos en salud (I)
78. Tasas de supervivencia del cáncer (I)
79. Muertes en 30 días en el hospital: IAM y el ictus isquémico (I)
80. Equidad en el acceso a los servicios de salud (I)
81. Tiempos de espera para cirugías electivas (D)
82. Infecciones de herida quirúrgica (D)
83. Retraso en el tratamiento del cáncer (D)
84. Control de la diabetes (D)

***Intervenciones de salud: promoción de la salud***

---

85. Exposición al humo del tabaco ambiental (I)
86. Políticas sobre nutrición saludable (D)
87. Políticas y prácticas sobre estilos de vida saludables (D)
88. Programas integrados en el establecimiento, incluyendo el lugar de trabajo, escuelas, hospitales (D)

(I) implementado

(D) en desarrollo

---

## 4.4 Los indicadores de calidad (OCDE)

---

Si bien se preveía que el sistema de cuentas de salud (SHA) descrito en el apartado 4.1 iba a lograr, a través de los esfuerzos nacionales e internacionales, que la información sobre el gasto en salud se expandiera, la información sobre el valor que crean los servicios de salud seguía siendo muy escasa y no existía ningún proyecto de mejora en nuestro entorno. Por ello la OCDE inició en 2001 el Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria (HCQI por sus siglas en inglés), entendiendo que la calidad de la atención era una de las dimensiones clave de valor en un sistema sanitario.

El objetivo del proyecto fue desarrollar una serie de indicadores que pudieran ser utilizados posteriormente para formular cuestiones de investigación en relación a la calidad de atención sanitaria en todos los países frente a su gasto. La estrategia en la práctica está siendo complementar y coordinar los esfuerzos de otros organismos nacionales e internacionales y estimular el aprendizaje transnacional (25)

El primer documento con información recopilada entre 2003 y 2005 sobre una serie inicial de indicadores de calidad, fue publicado por la OCDE en marzo de 2006 (26). Los resultados del informe inicial del Proyecto HCQI mostraron con claridad que solo había disponible un número limitado de indicadores comparables internacionalmente sobre los que existiese consenso en cuanto a su importancia y validez, a la disponibilidad de información y a su comparabilidad. Por ello, la OCDE emprendió una nueva fase de trabajo con el Proyecto HCQI, trabajando prospectivamente con los países sobre la mejora de los sistemas de información en cinco áreas prioritarias, incluyendo la seguridad del paciente. La DG SANCO está involucrada en el proyecto.

De este modo, un grupo de expertos ha desarrollado un conjunto de indicadores que permite evaluar el impacto de determinados factores en la calidad de los servicios de salud. Las áreas de

trabajo emprendidas son:

- Seguridad del Paciente
- Promoción de la Salud, Prevención y Atención Primaria
- Cuidado de la Salud Mental
- Tratamiento del cáncer
- Experiencias de los pacientes

En 2011 se presentó públicamente el actual conjunto de indicadores de calidad de atención (tabla VII) que se consideran idóneos para la comparación internacional (27)

**tabla VII**

***Cuidados para las condiciones crónicas***

Ingresos evitables: enfermedades respiratorias

Asma tasas de hospitalización

EPOC las tasas de hospitalización

Ingresos evitables: la diabetes no controlada

Tasas de hospitalización de diabetes sin control

***Cuidados de la exacerbación aguda de condiciones crónicas***

Mortalidad intrahospitalaria después de un infarto agudo de miocardio

Tasas de letalidad en el hospital las en los 30 días después de la admisión en el IAM

Mortalidad hospitalaria después del accidente cerebrovascular

Tasas de letalidad en el hospital I en los 30 días después de la admisión para el ictus isquémico

Tasas de letalidad en el hospital las en los 30 días después de la admisión de accidente cerebrovascular hemorrágico

***Seguridad del Paciente***

Traumatismo obstétrico

Trauma obstétrico, parto vaginal con el instrumento

Trauma obstétrico, parto vaginal sin instrumento

Las complicaciones del procedimiento o en el postoperatorio

Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento

Punción o laceración accidental

Embolia pulmonar postoperatoria o trombosis venosa profunda

Sepsis postoperatoria

***Atención a los Trastornos Mentales***

Reingresos no planificados al hospital para los trastornos mentales

Reingresos por esquizofrenia en el mismo hospital

Reingresos por trastorno bipolar en el mismo hospital

***Tratamiento del cáncer***

Proyección de supervivencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino

Detección del cáncer de cuello de útero

Tasa de supervivencia relativa a los cinco años del cáncer de cuello uterino

Mortalidad por cáncer de cuello del útero

Supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

Cribado mamografías

Tasa de supervivencia relativa a los cinco años del cáncer de mama

Mortalidad por cáncer de mama

Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal

tasa de supervivencia relativa a los cinco años del cáncer colorrectal

Mortalidad por cáncer colorrectal

## Conclusiones

La medida del desempeño, necesaria para orientar la mejora global y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, es objeto de atención preferente y dispone ya de una serie de desarrollos metodológicos y operativos que pueden proporcionar indicadores comparables en el ámbito de la UE idóneos para esta función.

Los principales escollos para su medición residen en las diferentes formulaciones de objetivos sanitarios en cada país en el insuficiente desarrollo metodológico y en la falta de homogeneidad en la información disponible para construir los indicadores, si bien en ambos aspectos se están desarrollando políticas a nivel de la UE y de la OCDE.

Las fuentes de datos principales en el ámbito de la salud y los sistemas sanitarios en Europa proceden de EUROSTAT, OCDE y la OMS, quienes soportan sistemas de información propios, con indicadores sobre fenómenos similares si bien con perspectivas diferentes. Se encuentra en marcha una iniciativa de rentabilizar la información que utilizan de modo común, la cual se recoge y procesa a través de un cuestionario conjunto que los países cumplimentan una sola vez y bajo unas mismas definiciones.

Los principales proyectos específicos de normalización de datos se centran en el ámbito de las cuentas de salud (OCDE / EUROSTAT / OMS), la calidad de la provisión de servicios (OCDE / DGSANCO) el estudio de la situación de la salud y sus determinantes por encuesta poblacional (EUROSTAT)

Conforme los datos normalizados lo van permitiendo se empieza a disponer de análisis integrados para la evaluación del desempeño que están llamados a alcanzar un gran desarrollo en muy corto plazo de tiempo.

## Referencias bibliográficas

- 1.- TORRES, L.: "Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas". *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, n. 67, vol. XX, abril-junio, pp. 535-558, 1991.
- 2.- Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas - AECA.: *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas*. Documento n. 16, Madrid, 1997.
- 3.- VIVAS, C.: "Indicadores de gestión para las entidades públicas". *Boletín aeca* n. 45, pp. 35-37, 1998.
- 4.- Juan Cristóbal Bonnefoy Marianela Armijo *Indicadores de desempeño en el sector público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES Santiago de Chile, noviembre del 2005
- 5.- *Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea*. (2006/C 146/01).  
<http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2006:146:SOM:es:HTML>
- 6.-[http://ec.europa.eu/health-eu/europe\\_for\\_patients/cross\\_border\\_healthcare/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross_border_healthcare/index_es.htm)
- 7.- Freire, José-Manuel: *El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones 1*  
[http://www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/file.php\\_file=FJose\\_Manuel\\_Freire%20SNS.pdf](http://www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/file.php_file=FJose_Manuel_Freire%20SNS.pdf)
- 8.- *Health at a Glance: Europe 2010*  
[http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en\\_2649\\_33929\\_46460563\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en_2649_33929_46460563_1_1_1_1,00.html)
- 9.- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. 1. *The definition of quality and approaches to its assessment*, 1980; Vol. II. *The criteria and standards of quality*, 1982; Vol. III. *The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.
- 10.- Palmer, RH. *Evaluación de la asistencia ambulatoria*. Prin-

*cipios y práctica. Madrid:  
Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 23-43.*

11.- OECD Health Care Quality Indicators  
[http://www.oecd.org/document/34/0,3746,  
en\\_2649\\_37407\\_37088930\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html)

12.- José J. Martín Martín y M. Puerto López del Amo González  
*La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias* Presupuesto y Gasto Público 49/2007: 139-161  
Secretaría General de Presupuestos y Gastos 2007, Instituto de Estudios Fiscales  
[http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/  
presu\\_gasto\\_publico/49\\_medidaEficiencia.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/49_medidaEficiencia.pdf)

13.- OCDE LA OBESIDAD Y LA ECONOMÍA DE LA PREVENCIÓN  
<http://www.oecd.org/dataoecd/49/29/46077041.pdf>

14.- OCDE: Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project  
<http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>

15.- Luca Lorenzoni, Mark Pearson 2011 Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries. ODCE iLibrary  
<http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>

16.- European Commission / EUROSTAT  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>

17.- Comisión Europea. Estrategia de salud.  
[http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_es.htm)

18.- OMS: HFA Data Base  
<http://www.euro.who.int/hfadb>

19.- OECD Health Data  
[http://www.oecd.org/document/30/0,3746,  
en\\_2649\\_33929\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_33929_12968734_1_1_1_1,00.html)

20.- OCDE System Health Account  
[http://ec.europa.eu/health/healthcare/health\\_systems\\_expen-  
diture/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_expenditure/index_es.htm)

21.- OCDE System Health Account. Manual  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-30-  
11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF)

22.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud 2009

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>

23.- EUROSTAT EHIS

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)

24.- LALONDE M: "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974.

[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)

25.- Edward Kelley and Jeremy Hurst Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OCDE

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>

26.- OECD Health Care Quality Indicators Project - 2006 data collection -

[www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf)

27.- HEALTH AT A GLANCE 2011: OECD INDICATORS.

[http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_37407_16502667_1_1_1_37407,00.html)