



# Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias

---

## Guía Metodológica

Elaborado por Anibal Velásquez  
Marzo 2006



*PRAES - Promoviendo alianzas y estrategias* es un proyecto administrado por Abt Associates Inc. y es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)



*PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias está orientado apoyar el proceso de descentralización y reforma del sector salud. Así, dedica esfuerzos a la profundización del proceso de transferencias de competencias funciones en salud entre los niveles de gobierno nacional, regional y local y asiste técnicamente la implementación, monitoreo y vigilancia ciudadana de los planes participativos regionales de salud. El proyecto brinda asistencia técnica para el diseño del modelo e instrumentos técnicos de aseguramiento que permita ampliar la cobertura de un plan de seguro de salud con garantías explícitas. PRAES se concentrará en los siguientes resultados:*

- ▲ *Promoción y diseminación de una agenda consensuada de reforma de salud en el periodo de transición gubernamental*
- ▲ *Transferencias de competencias y funciones de salud a los Gobiernos regionales y Locales*
- ▲ *Implementación, monitoreo y vigilancia ciudadana de Planes Participativos regionales de Salud*
- ▲ *Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud*
- ▲ *Reforma del financiamiento y aseguramiento en salud.*

Este documento ha sido elaborado por el proyecto PRAES, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), conducido por Abt Associates Inc. bajo el contrato # GHS-I-00-03-00039-00. Las opiniones e ideas de los autores contenidas en este documento no necesariamente reflejan las de USAID o sus empleados.

#### **Cita recomendada**

Velásquez-Valdivia, Anibal. 3 de Marzo 2006. Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias, Guía Metodológica. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. Pp. [Número de páginas].

#### **Fecha (Enero, 2006)**

Las partes interesadas pueden utilizar este documento en parte o en su totalidad, siempre y cuando se mantenga la integridad del reporte y no se hagan interpretaciones erróneas de sus resultados o presenten el trabajo como suyo propio. Este y otros documentos producidos por PRAES pueden verse y bajarse de la red desde la página web del proyecto, [www.praes.org](http://www.praes.org) o a través del Centro de Recursos de PRAES en [Nordinola@praes.org](mailto:Nordinola@praes.org).

**Contrato / Proyecto No.:** GHS-I-00-03-00039-00

**Presentado a:** Luis Seminario, CTO  
Oficina de Salud  
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – Perú

<b>Contenidos</b>	<b>Pag.</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>¿Cómo utilizar esta Guía?</b>	<b>7</b>
<b>Marco Conceptual y Fundamentos de la Planificación Estratégica PBE</b>	<b>8</b>
Factores que influyen en la eficacia de los planes estratégicos en salud	8
¿Qué es la Planificación Participativa Basada en Evidencias?	11
¿Por qué la planificación debe ser participativa? Y ¿Cómo es la participación?	12
¿Por qué el plan debe estar basado en evidencias? Y ¿Qué evidencias son necesarias?	13
El Proceso de Planificación Participativa Basada en Evidencias	14
<b>Paso 1. Organizar y preparar el Plan</b>	<b>16</b>
Condiciones políticas, sociales y técnicas	16
Resultados	16
Actividades	17
Aplicativo para programar la formulación del Plan	20
<b>Paso 2. Evaluación de Necesidades de Salud (ENS)</b>	<b>25</b>
Marco conceptual	26
Resultados	28
Actividades	29
Sub-paso 2a. Taller para la organización de las Unidades Técnicas y planificación de la ENS	29
Sub-paso 2b. Obtención de información de necesidades	31
2b-1. Información epidemiológica	31
2b-2. Necesidades percibidas	35
2b-3. Demanda de servicios de salud	36
2b-4. Oferta de servicios	37
2b-5. Cuentas de salud	40
<b>Paso 3. Determinación de Prioridades de Salud</b>	<b>41</b>
Las prioridades de salud y el plan estratégico	41
Marco conceptual	42
Resultados	44
Actividades	45
Secuencia de pasos para obtener prioridades de salud	45
3a. Elaboración del listado técnico de prioridades de salud	46
3b. Participación ciudadana	46
3b1. Cónclaves ciudadanos	47
3b2. Consulta ciudadana o referéndum	49
Ejemplo de Cónclaves	52
Ejemplo de Referéndum	55
<b>Paso 4. Análisis de factores y revisión de evidencias sobre la eficacia de intervenciones</b>	<b>58</b>
La determinación de estrategias basadas en evidencias	58
Marco conceptual	60
salud pública basada en evidencias	58
El análisis de factores	62
Las revisiones sistemáticas	64
Las revisiones sistemáticas en el Plan estratégico de Salud	66

Actividades	67
Sub-paso 4a. Conformación y definición de roles y actividades de los expertos y del equipo técnico local	67
Sub-paso 4b. Delimitación de la prioridad y listado de factores	68
Sub-paso 4c. Búsqueda de evidencias	72
Ejemplo de marco conceptual de una prioridad	75
Ejemplo de evidencias acerca de los factores	76
Ejemplo de evidencias de la eficacia de una intervención	75
Sub-paso 4d. Selección de estrategias y metas basadas en evidencias	78
<b>Paso 5. Formulación del Plan Estratégico</b>	<b>79</b>
La articulación entre las prioridades, las estrategias, los arreglos institucionales y las políticas	79
Marco conceptual	80
El plan estratégico	80
El pensamiento estratégico	80
La Visión	81
Los objetivos estratégicos	81
Las políticas	82
Planificación estratégica y gestión por objetivos	82
Actividades	84
Sub-paso 5a. Integración de las estrategias y propuesta de políticas	84
Sub-paso 5b. Validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas	86
Instrumento para la validación participativa de las estrategias	87
Instrumento para la validación participativa de las metas	88
Integración para la validación participativa de las políticas	89
Sub-paso 5c. Formulación de objetivos estratégicos y visión	89
Instrumento para formular los objetivos estratégicos	90
Instrumento para construir la visión del plan	89
Sub-paso 5d. Redacción del plan	91
Sub-paso 5e. Revisión y edición del Plan	92
Sub-paso 5f. Socialización del Plan	92
<b>Anexo 1.</b> Prioridades a partir de datos de mortalidad , matriz AVPP/REM	94
<b>Anexo 2.</b> Prioridades a partir de datos de mortalidad y morbilidad – AVAD	99
<b>Anexo 3.</b> Encuesta de Hogares para Determinar Necesidades de salud Percibidas	103
<b>Anexo 4.</b> Análisis de la demanda de servicios de salud	120
<b>Anexo 5.</b> Análisis de la oferta de servicios de salud	125
<b>Anexo 6.</b> Ejemplo de matrices llenas del taller para delimitar el problema, identificar indicadores, factores y estrategias de una prioridad	129
<b>Anexo 7.</b> Fuentes de información para la búsqueda de evidencias	133
<b>Anexo 8.</b> Ejemplo de una Matriz Estratégica de una Prioridad	139
<b>Anexo 9.</b> Ejemplo de un reporte técnico de estrategias y metas basadas en evidencias	140
<b>Anexo 10.</b> Ejemplo de Plan Redactado	166

# Introducción

Por lo general las políticas en el sector salud de Latino América no son consecuencia de una planificación estratégica, y la planificación de largo o mediano plazo en salud es una práctica poco frecuente o es poco efectiva.

La planificación estratégica es imprescindible para orientar las políticas de salud y la asignación de los escasos recursos, debido a que con este tipo de planificación se determinan prioridades y se proponen estrategias a partir de un análisis situacional y de las evidencias de la efectividad de las intervenciones.

Entonces, ¿Cómo hacer para que la planificación estratégica sea la base de la administración pública de la salud? Y ¿Cómo hacer para que la planificación estratégica en salud pública sea efectiva?

En los dos últimos años se ha desarrollado una experiencia de planificación descentralizada de la salud pública en el Perú, y hasta el momento la metodología y el enfoque conceptual empleados han generado una notable movilización social, ha despertado el interés de los políticos, ha logrado que los planes se declaren vinculantes, y han logrado involucrar a las autoridades, prestadores de salud, otros sectores, sociedad civil, y ciudadanos en la planificación, desde el diseño hasta la toma de decisiones. Este proceso técnico-político-social ha generado compromisos que permiten la viabilidad y sostenibilidad de las acciones.

La metodología empleada ha sido denominada Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias, por sus características principales. Esta forma de planificar fue desarrollada por el Proyecto PHRplus (Partners for Health Reform plus) de USAID, y los Gobiernos Regionales de cuatro regiones del Perú: Lambayeque, La Libertad, Ucayali y San Martín. Esta experiencia ha sido sistematizada en la presente guía metodológica.

La Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias (Planificación estratégica PBE) ha sido diseñada para desarrollar planes de mediano y largo plazo en salud pública en ámbitos nacionales, regionales y/o locales. La guía ha sido escrita de forma tal que el lector pueda aplicar la metodología sin necesidad de una asistencia técnica especial, para lo cual se ha tenido el cuidado de explicar en detalle las condiciones necesarias para desarrollar cada paso de la metodología, así como el marco conceptual, los resultados esperados, las actividades, herramientas metodológicas, y ejemplos.

La guía ha sido organizada paso a paso. De tal forma que cada paso corresponde a una sección de esta guía.

La Planificación Estratégica PBE considera cinco pasos (Fig. 1):

- El paso 1, organización e institucionalización de la elaboración del plan
- El paso 2, evaluación de necesidades de salud
- El paso 3, determinación de prioridades de salud
- El paso 4, análisis de factores y revisión de evidencias sobre la eficacia de las intervenciones
- El paso 5, formulación del plan estratégico

La evaluación, seguimiento y vigilancia ciudadana del plan tiene una guía metodológica propia que tiene que ver más con la implementación del plan.

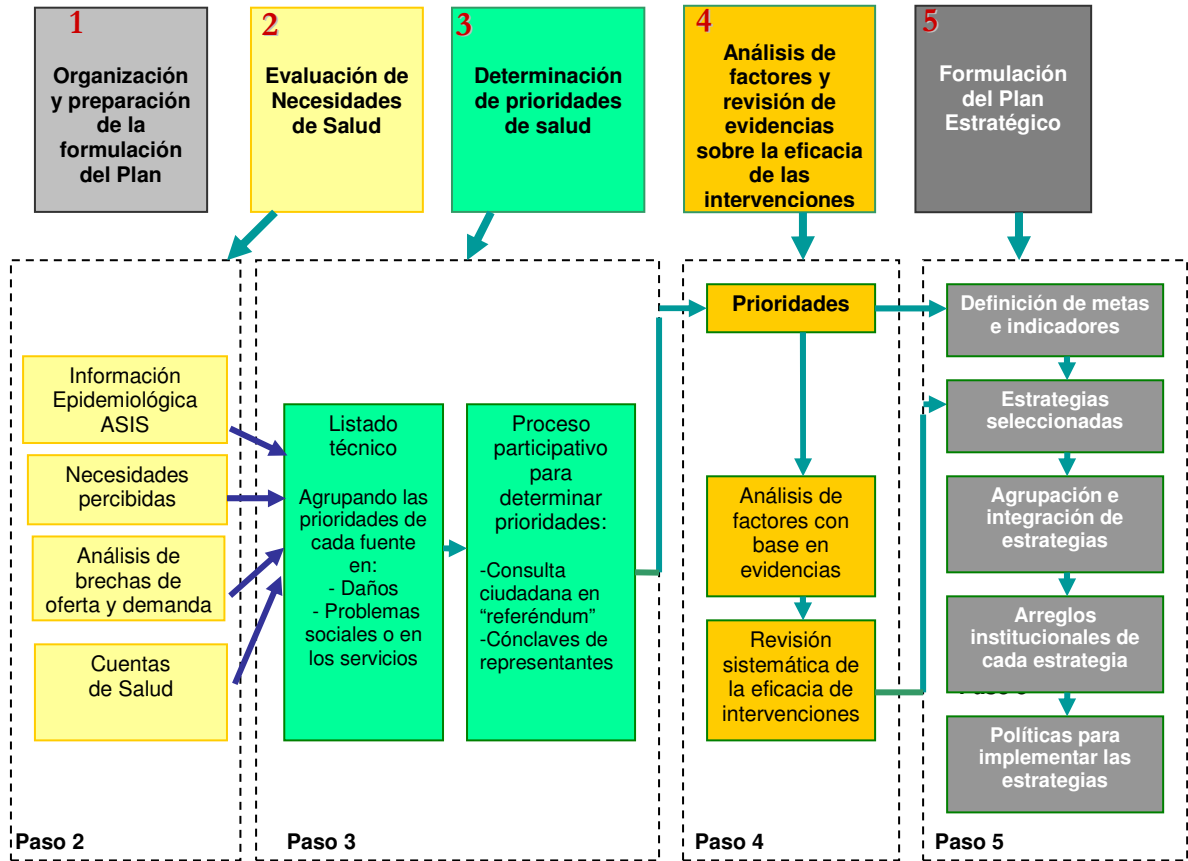


Figura 1. Proceso de Formulación del Plan estratégico Participativo Basado en Evidencias. Pasos de la Planificación Estratégica PBE

# ¿Cómo utilizar esta Guía?

Esta guía tiene tres partes:

Marco conceptual y fundamentos de la Planificación Estratégica PBE: contiene un resumen del proceso de planificación, los fundamentos de la metodología de planificación, y respuestas a preguntas sobre este enfoque de planificación

Los cinco pasos de la Planificación Estratégica PBE: contiene la guía necesaria para implementar procesos de planificación de mediano o largo plazo

Los Apéndices: se adjunta herramientas metodológicas y programas de las actividades que permiten desarrollar cada paso de la planificación

Formato del desarrollo de cada paso:



Introducción del paso



Antecedentes, conceptos y definiciones



Resultados del paso



Preguntas clave



Actividades



Ejemplos



Programa



Herramientas metodológicas

# Marco Conceptual y Fundamentos de la Planificación Estratégica PBE

## *Factores que influyen en la eficacia de los planes estratégicos en salud*

Se considera que el plan es efectivo cuando es vinculante con las políticas, la asignación de recursos y la implementación de las acciones que atenderán las prioridades elegidas en el plan.

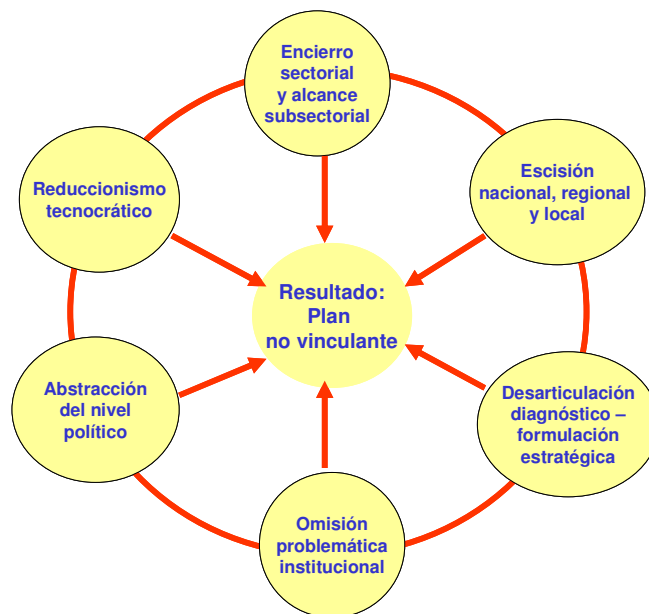


Fig. 2. Factores que impiden que un plan estratégico de salud pública sea efectivo (vinculante)

Si bien es cierto que se han producido planes, pero la gran mayoría de planes no se han ejecutado. Hay algo en el diseño de esos procesos y en el despliegue de los mismos que no genera la “obligatoriedad” de la gestión del plan.

La eficacia del plan depende del marco institucional y del modelo de planificación que se emplea. La evaluación de las experiencias de planificación del desarrollo y la salud en América Latina y el Perú resaltan varios factores que afectan la efectividad de los planes de mediano y largo plazo, a continuación se describe brevemente cada uno de los factores mostrados en la Fig. 2.

### *Encierro sectorial y alcance sub-sectorial*

Por lo general se realiza un plan de salud pública considerando que el responsable de su implementación es el sector salud. En consecuencia, no se toma en cuenta que la salud pública no solo depende de las acciones del sector salud sino de los determinantes sociales, ambientales, institucionales, familiares e individuales.



La principal falla de este enfoque es que se concentra en el análisis e instrumentación de problemas sanitarios, asumiendo que se puede programar exclusivamente en el ámbito sectorial, en consecuencia sólo se programan medidas sanitarias. Este enfoque no tiene en cuenta el hecho que los problemas trascienden los sectores y por lo tanto, se omite un espacio extenso de factores que determinan el estado de la salud.

Además, si la planificación estratégica no permite la participación en la toma de decisiones de otros sectores, ni de otras instituciones, ni de los ciudadanos, estos no se involucrarán en la implementación de las acciones y estos no cumplirán con sus roles frente a las prioridades sanitarias.

#### *Escisión nacional, regional y local*

Los planes de mediano y largo plazo en salud pública han sido realizados sin considerar una articulación multi-gubernamental. Cuando predominaba la centralización del sector salud los planes estratégicos solo fueron realizados en el nivel central, sin la participación de los otros ámbitos. A partir de la descentralización del sector salud se han iniciado procesos de planificación estratégica en ámbitos sub-nacionales, sin embargo éstos se han realizado de forma independiente y sin la participación de otras instancias gubernamentales. En cualquiera de los dos casos se desarrollan planes de salud pública que no se pueden implementar dado que para esto es necesario arreglos institucionales y acciones de todas las instancias de gobierno.

#### *Desarticulación del diagnóstico situacional y de la formulación estratégica*

Es frecuente encontrar en los planes estratégicos de salud pública abundante información sobre la situación de salud y de la prestación de servicios, sin embargo esta información se utiliza parcialmente o no se utiliza para obtener prioridades ni para la formulación de estrategias.

En procesos de planificación que no consideran alguna técnica para determinar prioridades, la información de la situación de salud solo sirve como antecedente. El análisis situacional de salud aporta abundante información que no está dirigida a obtener prioridades de salud, en consecuencia las estrategias son propuestas a partir de otro tipo de análisis.

En casos que la formulación de estrategias se realiza a partir del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas), la información de la situación de salud se utiliza en menor medida, dado que esta técnica fue diseñada para un análisis de una institución, programa o producto.

#### *Omisión de la problemática institucional*

Es frecuente que los planes de corto o largo plazo no incluyan los arreglos institucionales que son necesarios para la implementación de las estrategias, porque no se realiza un análisis institucional y organizacional y porque se asume que las instituciones que se involucrarán en las estrategias realizarán las acciones necesarias manteniendo el status quo y siempre y cuando tengan el financiamiento.

Sin embargo, muchas de estas acciones no requieren de financiamiento adicional, sino de cambios en la gestión, redistribución de los recursos, mejora de la eficiencia, identificación de tareas prioritarias, cambios en los procesos administrativos y en el

marco legal. Y gran parte de estos cambios requieren de la toma de decisiones de niveles más altos de gobierno y de otros sectores.

#### *Falta de participación del nivel político*

Por lo general la instancia política no participa del proceso de planificación y menos lo conduce, porque se asume que los técnicos son los responsables de la planificación y son ellos los que conocen las prioridades y las estrategias. El rol de las autoridades políticas se ha circunscrito en dar facilidades y aprobar la propuesta de los técnicos. En estas condiciones no existe ningún mandato para que la propuesta de los técnicos se ejecute, y al no existir compromiso ni rendición de cuentas de las autoridades, menos existirá vigilancia social del cumplimiento del plan. Se asume que esta es una causa principal de que muchos planes no se llegan a implementar.

#### *Reduccionismo tecnocrático*

La planificación tradicional en salud pública utilizó un enfoque normativo, reduciendo la planificación a una técnica de estimación de recursos y de optimización económica. Esta preferencia por el criterio de la eficiencia pone el acento en la oferta de recursos, dejando de lado las necesidades de salud. Sin embargo, este análisis no presta atención integral a las condiciones de vida o a los factores que determinan que existan esas condiciones, reduciendo así las necesidades al plano sectorial o a las condiciones de salud.

Asimismo, el método tradicional de planificar desconoce el rol clave de los actores sociales en la formulación e implementación del plan. Por lo tanto, ese desconocimiento conduce a una formulación rígida y sólo de los responsables de los programas lo que limita su viabilidad social y política.

Esta rigidez normativa es la causa más importante del fracaso de los documentos de programación. De tal forma, la planificación no era concebida como un proceso de comunicación, utilizándose un lenguaje técnico, sin preocuparse que este sea entendible por la población.

La priorización que solo se realiza mediante un proceso técnico parte de la falsa premisa de que quienes conocen las necesidades de salud son los que administran o proveen servicios de salud. En consecuencia los planes se encuentran alejados de las necesidades percibidas de la población.

La no participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de las prioridades en materia de salud no logra compromisos de otros actores que no sean los del sector, por consiguiente las acciones para mejorar la salud se hace parcialmente, y en muchos casos no se logra mejorar la salud por que solo se limita a actividades recuperativas.

La participación de otros actores en materia de salud es imprescindible, debido a que muchos de los factores que afectan la salud no son exclusivos del sector salud. Los determinantes de la salud tienen que ver con la mejora del ambiente, del nivel educativo, y del nivel socioeconómico, por lo tanto muchas de las intervenciones tendientes a mejorar la salud requiere del compromiso de otros actores fuera del sector salud.

La no participación de los ciudadanos en la planificación de la salud no fortalece la democracia ni logra vincular al estado con lo público ni con la ciudadanía. En consecuencia los planes no tienen legitimidad para la sociedad y no son vinculantes.

Los compromisos públicos en procesos participativos permiten mejor fiscalización y mayor vigilancia ciudadana.

### *Propuesta metodológica a partir del análisis de factores*

El análisis de estos factores permitió hacer la propuesta metodológica y las condiciones que deberían existir para que se realice la planificación estratégica y para que ésta sea efectiva. La propuesta metodológica a partir del análisis de factores se muestra en la Fig. 3.

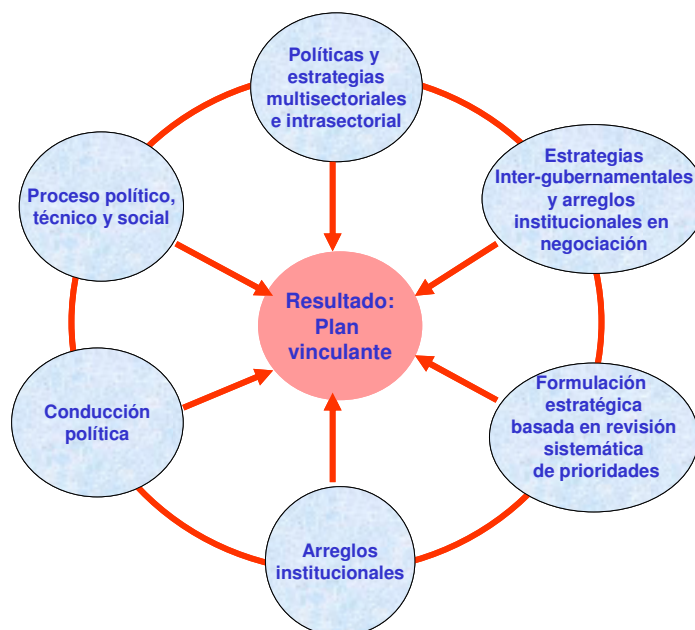


Fig. 3. Propuesta para hacer efectivo (vinculante) un plan estratégico de salud pública

### **¿Qué es la Planificación Participativa Basada en Evidencias?**

La Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias es un método de planificación de mediano o largo plazo para obtener planes de salud pública eficaces y vinculantes.

Se asume que los planes son eficaces porque son vinculantes y porque contienen acuerdos entre el estado, la sociedad civil y los ciudadanos. Así, el plan obtenido con esta metodología es un instrumento concertado y legítimo, que define la responsabilidad social de los actores sociales, el cual es vigilado por la propia sociedad.

Los planes son vinculantes porque las políticas, las estrategias y las acciones propuestas en cada plan responden a las necesidades determinadas por los ciudadanos, son concertadas y negociadas entre los actores sociales, y tienen recursos asignados para su implementación.

Esta forma de planificación integra a los tomadores de decisión (autoridades), prestadores de servicios (no sólo del sector salud), sociedad civil, y ciudadanos, en procesos participativos, políticos y técnicos. La integración se hace de forma articulada y sistemática con procesos claramente identificados durante cada paso de esta forma

de planificación. Se distinguen tres tipos de procesos: político, social y técnico. A continuación se describe en forma resumida las principales características de cada proceso.

#### *Proceso político*

La planificación se inicia con una clara decisión política de que el plan será vinculante, en consecuencia la planificación es conducida por las autoridades de turno. Los políticos establecen comunicación y diálogo con los técnicos y los ciudadanos, para programar los pasos de la construcción del plan, y los mecanismos de participación ciudadana.

Las autoridades políticas participan en la determinación de prioridades, en la presentación de las prioridades obtenidas en la consulta ciudadana, respaldan cada etapa del proceso con resoluciones o acuerdos que los comprometen a implementar el plan.

En la etapa final de la planificación, las autoridades participan de las reuniones de construcción de la visión del plan, de la validación de las metas y estrategias (aceptabilidad y viabilidad), y desarrollan de forma participativa las políticas necesarias para la implementación de las estrategias.

#### *Proceso social*

El proceso social es la característica esencial de este enfoque de planificación. Los ciudadanos toman las decisiones sobre las prioridades sanitarias, validan las metas y estrategias que proponen los técnicos y vigilan el cumplimiento de los compromisos.

Los mecanismos de participación que se emplean varían según las características sociales y culturales de la región, así como del tiempo y los recursos disponibles.

#### *Proceso técnico*

Luego que los políticos y la sociedad civil acuerdan el enfoque del plan y el grado de participación social. Los técnicos de diversas instituciones y expertos analizan los factores de cada prioridad elegida y buscan evidencias sobre su impacto y vulnerabilidad. En la formulación del plan los técnicos proponen los indicadores, las metas a lograr en cada prioridad (basado en evidencias) y los arreglos institucionales necesarios para implementar las estrategias.

### **¿Porqué la planificación debe ser participativa? Y ¿Cómo es la participación? <sup>1</sup>**

Porque la participación de los actores sociales asegura la legitimidad y sostenibilidad del plan, y se ajusta más a las necesidades de la población a la que beneficiará el plan.

Aunque ya existen experiencias participativas de planificación se observa que la participación en sí misma no asegura el compromiso político y social. Esto sugiere que la implementación de los planes de salud depende del tipo de participación, de las condiciones socio-políticas en el que se desarrolla, y de la metodología de planificación que combinen apropiadamente el componente técnico, político y social del plan.

---

<sup>1</sup> Granados A. Participación y Comunicación Ciudadana en Salud. Una propuesta de replanteo de las relaciones Estado-sociedad civil. PHRplus: Lima, 2004

La Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias (Planificación Estratégica PBE) asume que los ciudadanos son portadores del poder y que su participación debe llegar hasta el acceso efectivo a la toma de decisiones, a diferencia de la participación social donde la población sólo opina o interviene en las fases de la ejecución. Los ciudadanos suelen delegar ese poder a las autoridades electas, y ejercen un control sobre el desempeño de estas autoridades y funcionarios (en su rol técnico y administrativo)<sup>2</sup>.

En ese sentido, la propuesta de participación de la planificación estratégica PBE plantea reconocer la toma de decisiones como un proceso de 3 grandes etapas: 1) los ciudadanos organizados y no-organizados identifican, analizan y priorizan los problemas que se han de atender, 2) luego se hace el análisis de las alternativas y se adoptan algunas de ellas, 3) finalmente participan en la vigilancia y evaluación del plan.

En esa medida, las relaciones entre los ciudadanos y los tomadores de decisiones – políticos y técnicos – son de negociación, de construcción de acuerdos y compromisos que los vinculan y que los conducen imperativamente a la acción.

La participación ciudadana se basa en el doble carácter de los ciudadanos: son sujetos de derechos y son sujetos de deberes. Un ciudadano se constituye como tal en la medida que se compromete con el interés general, es decir cuando interviene en el ámbito público para deliberar, decidir y comprometerse. En ese sentido, esta forma de planificación incide en remarcar la co-responsabilidad de los ciudadanos en la atención de los problemas de salud.

De esta manera, los ciudadanos no son concebidos como demandantes, sino como proponentes y actores co-responsables del gobierno correspondiente. Y el Estado es visto como un tejido institucional que busca construir las mejores alternativas propiciando y promoviendo las iniciativas públicas, privadas o sociales.

La participación representativa e inclusiva es el aspecto medular de este enfoque de planificación, dado que se asume que la participación le da legitimidad y sostenibilidad a los planes de largo plazo, y porque se ha reportado que los planes que no han sido realizados de forma participativa no se han implementado<sup>3</sup>.

¿Por qué el Plan debe estar basado en evidencias? Y ¿Qué evidencias son necesarias?

Para la planificación de intervenciones, la asignación y la conducción de políticas de salud se necesita información. Las decisiones que se tomen serán mejores si esta información esta basada en evidencias científicas. Así, los administradores, planificadores o tomadores de decisión, pueden aplicar estrategias más efectivas y más eficientes, de tal forma que se obtengan mayores logros con menos recursos, dado que es común las restricciones presupuestales en países en desarrollo.

La información basada en evidencias que es necesaria para la planificación se refiere a la situación de la prioridad de salud, los factores que influyen en la prioridad, las

---

<sup>2</sup> Ley 26300 de Participación y Control Ciudadanos, Perú. Allí se precisan los mecanismos de participación y control sobre el desempeño público.

<sup>3</sup> Uribe J. La programación local de salud y la necesidad de un enfoque estratégico, en: Paganini M, Capote R. Los Sistemas Locales de Salud, Publicación Científica No. 519, 1990; p: 407-418.

evidencias sobre la magnitud de atribución del factor sobre la prioridad, y las evidencias sobre la efectividad de las intervenciones.

Lamentablemente, esta información es difícil de encontrarla de manera oportuna e inmediata debida a que no todas las investigaciones responden a estas preguntas, y muchas investigaciones no tienen la suficiente calidad para ser tomadas en cuenta, porque no todas son relevantes, y no todas las investigaciones se publican en revistas científicas (en especial las que demuestran que las intervenciones no tuvieron los efectos esperados), y porque muchas veces existe discrepancias en los resultados de intervenciones similares.

Por este motivo, la planificación estratégica considera conformar equipos de técnicos y expertos para cada prioridad de salud que sea elegida por la comunidad. Estos equipos se encargarán de las revisiones sistemáticas y revisiones de las evidencias.

Las revisiones sistemáticas tienen como objetivo integrar eficientemente toda la información válida y proporcionar una base para tomar decisiones de manera racional<sup>4</sup>. Las revisiones sistemáticas establecen cuándo los efectos de la atención sanitaria son consistentes y cuándo pueden aplicarse los resultados de la investigación a los diferentes grupos de población, ámbitos y diferencias en las intervenciones. El uso de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita el sesgo y reduce los efectos encontrados por azar, proporcionando así resultados más fiables sobre los cuales sacar conclusiones y tomar decisiones<sup>5</sup>.

## **El Proceso de la Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias**

La Planificación Estratégica PBE se realiza en 5 pasos los cuales se muestran en la Fig. 1.

En el **paso 1** se diseña, organiza e institucionaliza el proceso de elaboración del plan. Es un momento político y social que requiere del compromiso de las autoridades en la conducción del plan y de la identificación de todos los actores que participarán en la formulación del plan.

El **paso 2** consiste en realizar la Evaluación de Necesidades de Salud<sup>6</sup> (a cargo de un equipo técnico participativo) así como la estimación de las cuentas de salud<sup>7</sup> (a cargo de un comité técnico de cuentas de salud). Es un momento técnico que permite el desarrollo de capacidades en el lugar donde se realiza el plan. Se caracteriza por la obtención y sistematización de la información procedente de diferentes fuentes, dando un peso importante a las necesidades percibidas.

El **paso 3** es un proceso técnico y participativo orientado a obtener las prioridades de salud. Este momento es crucial, porque este momento permite comprometer a todos los actores en la formulación del plan y en la toma de decisiones de las prioridades de salud. Es un momento de gran movilización social y donde se ejerce el mandato ciudadano y mejora la relación entre el estado y la sociedad.

El **paso 4** consiste en analizar los factores que afectan cada prioridad, revisar las evidencias sobre la eficacia y eficiencia de las estrategias e intervenciones. En este

<sup>4</sup> Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ 1994; 309:597-9

<sup>5</sup> Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analysis of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 1992; 268:240-8

<sup>6</sup> Adaptado de Hooper J, Longworth P. Health Needs Assessment, Health Development Agency, London, 2002

<sup>7</sup> PHRplus. Guía Práctica para la Producción de Cuentas Regionales de Salud en el Perú, basada en la experiencia de la primera medición en La Libertad, Lambayeque, San Martín y Ucayali, Lima, 2005.

paso se proponen las metas y los indicadores de éxito de cada prioridad, se obtiene la información sobre la medición basal de los indicadores, se organizan las estrategias basadas en evidencias según categorías (prestación de servicios, calidad de servicios, financiamiento, participación ciudadana, y promoción de la salud), se analiza la problemática y la justificación de cada estrategia se determinan los arreglos institucionales necesarios para implementar las estrategias, se proponen las políticas que permiten implementar las estrategias.

El **Paso 5** es el momento en que se formula el plan estratégico mediante un proceso técnico, político y social. En este paso se integran las estrategias que pueden atender a más de una prioridad, se definen las metas y validan las políticas. Se formulan los objetivos estratégicos y se construye la visión. Terminado el proceso de formulación se redacta el plan, se identifican los actores sociales que se encargarán de la implementación del plan y se formalizan los compromisos, y finalmente se socializa el plan y se preparan los siguientes pasos para implementar, monitorizar, vigilar y evaluar el plan.

# PASO 1

## Organizar y Preparar el Plan



### Condiciones políticas, sociales y técnicas

Es un paso imprescindible dado que se tiene que trabajar para tener las condiciones políticas, sociales y técnicas que permitan la formulación del Plan. Es crucial que se involucren desde el inicio del proceso la gente que sabe y comprende a la población, y aquellos quienes pueden hacer que ocurran los cambios.

La autoridad política jurisdiccional deberá autorizar a un comité o consejo interinstitucional que se haga cargo de la formulación del Plan. Si no existe este grupo, se debe considerar previamente la conformación de este comité.

El comité y las autoridades del ámbito donde se realiza el plan se reúnen en un taller de trabajo para elaborar el plan del Plan. En esta etapa se discute la metodología y la pertinencia de los pasos. Y se programan las actividades que se realizarán en cada paso, los actores involucrados, los responsables de cada actividad, los recursos técnicos, financieros y materiales que se necesitarán, y las fechas en las que se realizará actividad.



### Resultados

Plan del plan concertado entre los representantes de la sociedad civil, ciudadanos, prestadores de salud y autoridades en hoja EXCEL; y directorio de instituciones y actores que participarán en el proceso de planificación.





## Actividades

### 1) Preparatorias

- La autoridad política máxima de la jurisdicción, que necesita planificar, convoca a los actores sociales (autoridades, técnicos, prestadores de salud y sociedad civil) para conformar el comité que se hará cargo de desarrollar el plan estratégico de salud
- En el comité se conforman unidades de comunicación, y unidades técnicas de información y análisis
- El coordinador y los miembros de la unidad técnica se entrenan en el manejo de la “Guía de Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias”
- La unidad técnica y la unidad de comunicaciones organizan el taller participativo para elaborar el plan del plan
- Se reproduce la Guía de la Planificación estratégica PBE para cada uno de los participantes del Taller
- Los miembros de la unidad técnica preparan las presentaciones en *Power Point* de cada uno de los pasos de la Planificación Participativa Basada en Evidencias y se asigna un responsable para que exponga las características, sub-pasos y actividades
- Se necesita identificar y preparar a un facilitador del taller de elaboración del plan del plan
- Se elabora la hoja EXCEL con los sub-pasos y actividades de la Planificación Estratégica PBE. Se deja en blanco los espacios para anotar a los responsables y las fechas de cada actividad (los espacios serán llenados en el taller)

### 2) Taller de elaboración del Plan del Plan

- Objetivos:

Los participantes al final del Taller:

- Conocen y comparten los objetivos y productos del taller
- Conocen y comprenden la secuencia lógica del programa y la metodología a seguir
- Manejan los conceptos fundamentales de la metodología de la Planificación Estratégica PBE
- Conocen los pasos a seguir para la formulación del plan
- Identifican los actores que deben ser involucrados en la elaboración del plan
- Identifican el tipo de participación que pueden tener los actores claves en la elaboración del plan
- Acuerdan las actividades principales del **Paso 1** “organización e institucionalización de la formulación del plan”, precisando cronograma y responsables
- Conocen el marco conceptual y metodológico del **Paso 2** “evaluación participativa de necesidades de salud”, y programan las actividades con responsables y cronograma

- Conocen la metodología para determinar prioridades de salud correspondiente al **Paso 3**, identifican diferentes modalidades de participación ciudadana, y programan las actividades de este paso
  - Conocen la metodología para analizar factores y buscar evidencias
  - Programan las actividades del **Paso 4** de la Planificación Estratégica PBE: “análisis de factores e identificación de estrategias basadas en evidencias”
  - Conocen los criterios y la metodología para formular el plan participativo basado en evidencias (indicadores, metas, arreglos institucionales, y políticas)
  - Programan las actividades del **Paso 5** de la Planificación Estratégica PBE: “formulación del plan estratégico”
  - Han concluido el plan del plan con responsables y cronograma de todos los pasos de la Planificación Estratégica PBE
- Materiales necesarios
    - Programa del taller
    - Fichas de inscripción de los participantes del taller
    - Hoja EXCEL con los pasos, sub-pasos y actividades de la Planificación Estratégica PBE
    - Tarjetas de colores y marcadores para la identificación de los actores clave que participarán del proceso de formulación del plan
    - Matriz para la identificación de actores clave
    - Computadora y Data display
    - Presentaciones de cada paso de la Planificación Estratégica PBE
- Programación de cada Paso
    - Paso 1  
Se programa:
      - La validación del plan del plan por las autoridades que conducen el plan y por el comité responsable de la planificación
      - La aprobación formal de la autoridad máxima que conduce la planificación
      - La difusión del documento que aprueba la metodología y plan del plan
    - Paso 2  
Se programa:
      - El taller de capacitación y planificación de la evaluación participativa de necesidades de salud
      - El taller de capacitación en la técnica de análisis de la demanda y la ejecución del estudio de demanda de servicios de salud (fuente secundaria de encuestas de hogares existentes, o sino juntar este estudio con el de necesidades percibidas)
      - La obtención de la información epidemiológica
      - El taller de capacitación en la metodología para determinar necesidades percibidas y la ejecución del estudio (cualitativo o encuesta de hogares)
      - Los talleres de capacitación en la metodología del estudio de las cuentas de salud y la ejecución de la investigación

- La entrega de los reportes de cada estudio haciendo énfasis en las prioridades que aporta cada fuente de información
  - Paso 3  
Se programa:
    - El taller de elaboración de la lista técnica de prioridades a partir de las fuentes de información consultadas en el anterior paso
    - El taller de facilitadores que conducirán los eventos participativos para determinar la lista participativa de prioridades de salud a partir del listado técnico
    - El taller para definir la metodología participativa para determinar las prioridades y para fijar el número de prioridades que serán incluidas en el plan
    - Los cónclaves (asambleas de representantes) o las consultas ciudadanas (referéndum) para la determinación de las prioridades a partir de la lista participativa de prioridades
    - La difusión de las prioridades obtenidas en los procesos participativos
    - La asamblea en donde la autoridad máxima, que conduce el plan, se compromete a hacer vinculante el plan para atender las prioridades elegidas
  - Paso 4  
Se programa:
    - La selección de los técnicos locales y los expertos para cada prioridad seleccionada
    - La contratación de los expertos
    - La conformación del equipo técnico local y se definen las funciones de los expertos y equipo técnico local
    - La reunión de programación del equipo técnico local para el desarrollo de la propuesta técnica de estrategias
    - El taller para delimitar la prioridad y para elaborar el listado de factores y estrategias
    - La búsqueda de evidencias y argumentos técnicos para sustentar los factores y estrategias que fueron seleccionados en el Taller anterior
    - La entrega del informe técnico al Comité de Formulación del Plan. El informe debe contener el análisis de la problemática de cada prioridad y las estrategias seleccionadas basadas en evidencias
  - Paso 5  
Se programa:
    - El taller de integración de estrategias en el que participan los equipos técnicos, los expertos y la Unidad Técnica
    - El taller de validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas propuesto por el equipo técnico local
    - El taller de formulación de objetivos estratégicos y la visión del plan
    - El taller de redacción del plan
    - La reunión de trabajo para la revisión y edición del plan
    - Las actividades de difusión del plan

### 3) Seguimiento de los acuerdos y del cumplimiento de las actividades

La autoridad máxima de la jurisdicción designa a un responsable, que junto con el comité de formulación del plan, se harán cargo de hacer el seguimiento de los acuerdos del plan del plan y de elaborar un informe de avance y de las dificultades.



### Aplicativo para programar la formulación del Plan

Se ha desarrollado un aplicativo EXCEL para la programación de la formulación del Plan el cual puede ser utilizado durante el Taller. Al finalizar la presentación de la descripción del proceso de cada paso de la formulación del plan se realiza la programación de las actividades. En el aplicativo se encuentran los sub-pasos, las actividades, los actores y los productos esperados de cada sub-paso. La tarea de programación consiste en determinar la fecha cuando estará el producto y la identificación de los responsables de cada sub-paso.

En las siguientes figuras se muestra las hojas de EXCEL con el detalle de las actividades de cada Paso de formulación del plan.

Paso 1: Organización y preparación de la formulación del Plan					
Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
1a. Definir el proceso del Plan	Taller 1	Comité interinstitucional para la formulación del plan	-Plan del Plan		
1b. Validar el plan del Plan	Reuniones de presentación del plan PPRsalud en cada institución	Comité Equipos de gestión de cada institución	Plan de la formulación del Plan Estratégico validado		
1c. Aprobación del Plan del Plan por la autoridad competente	Reunión de las autoridades para aprobar el plan del Plan	Autoridad política de la jurisdicción	Resolución del proceso de formulación del Plan		
1d. Difundir información del compromiso y del proceso del Plan Estratégico	Campaña de comunicación de lanzamiento del proceso Foro público	Población	Producción de medios Suscripción del proceso por medio de un acto público		

**Paso 2: Evaluación Participativa de Necesidades de Salud (EPNS)**

Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
2a. Organizar Unidades Técnicas	Reunión con Unidad Técnica	Unidad Técnica	Funciones y roles de la Unidad Técnica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Planificar la EPNS	Taller 2 Metodología y Herramientas de la EPNS	Unidad Técnica	-Plan de la EPNS -Miembros de la UT con competencias para la ENS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2c-1. Obtener información epidemiológica y análisis de la demanda	Reuniones de trabajo en cada región, uso de las prioridades del Análisis de Situación de Salud (ASIS) y análisis de bases de datos	Unidad Técnica	-Priorización de daños por AVPP y REM -Determinación de la demanda deprimida, encubierta y potencial	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2c-2. Obtener información de necesidades percibidas de la población	Encuesta de hogares necesidades percibidas Grupos focales o talleres	Población	Necesidades y problemas en los servicios priorizados	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2c-3. Obtener información de la oferta de servicios, y análisis de brechas entre oferta y demanda	Taller 3 y reuniones de trabajo en cada región, uso de la guía metodológica y bases de datos	Unidad Técnica	-Determinación de la oferta potencial -Brechas identificadas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Paso 3: Determinación de prioridades de salud**

Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
3a.Elaboración del listado técnico de necesidades de salud	Taller 4: Elaborar el listado técnico a partir de las prioridades proporcionadas por la EPNS	Unidad Técnica	Lista técnica de prioridades con daños y problemas sociales o en los servicios que afectan la salud		
3c.Participación ciudadana para la determinación de las prioridades sanitarias del plan estratégico  Se puede hacer según dos modalidades:  -Cónclaves o -Referendum	Modalidad: Cónclave Se organizan asambleas distritales o provinciales para elegir prioridades a partir de la lista corta	Ciudadanos distritales o provinciales	Prioridades de salud distritales o provinciales		
	Modalidad: cónclave Se organiza el Cónclave Regional	Ciudadanos con representación distrital o provincial	Prioridades de salud del plan estratégico		
	Taller 5 Modalidad: consulta ciudadana (Referendum) - Taller para determinar la cédula de votación	-Comité interinstitucional de formulación del plan - Sociedad civil - Prestadores de salud -Autoridades	Cédula de votación con : - Enfermedades -Problemas sociales -Problemas en los servicios		
	Modalidad: consulta ciudadana (Referendum) - Campaña de comunicación	Unidad de comunicaciones	Población informada sobre el plan, las lista de prioridades y el Referendum		
	Modalidad: consulta ciudadana (Referendum) - Acto electoral	Ciudadanos	Prioridades de salud del plan estratégico		
3d. Socialización de las prioridades obtenidas de forma participativa	Publicación en medios	Ciudadanos	Ciudadanos y sociedad civil informados		

**Sub-paso 4a: Conformación y definición de roles y funciones de los expertos y equipo técnico local**

Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4a.1. Definir las actividades y productos de los expertos	Elaborar la guía informativa para los expertos	-Guía de PRAES -Organismo que da asistencia técnica y la Unidad técnica	Términos de referencia: Desarrollo de un marco conceptual de análisis de la prioridad Análisis situacional de la prioridad de salud Análisis de factores Propuesta de estrategias basadas en evidencias Propuesta de metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reunión para definir actividades y productos de los expertos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a.2. Conformación del equipo técnico local de cada prioridad	Identificación de las instituciones involucradas en las prioridades de salud Invitación a los técnicos de estas instituciones	Unidad Técnica y autoridades	Equipos técnicos locales conformados para: obtener información local, validar y seleccionar las estrategias y definir las metas a partir del reporte del experto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a.3. Realizar un cronograma de trabajo para el desarrollo de la propuesta técnica de estrategias	Guía para el desarrollo técnico de estrategias a partir de las prioridades de salud	PRAES	Guía que contiene: secuencia de pasos, actividades, actores, productos, fecha y responsables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reunión de programación	Unidad Técnica y expertos	Cronograma concertado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sub-paso 4b: Identificación de indicadores y listado de factores y estrategias**

Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4b.1. Delimitación de la prioridad, y listado de factores y estrategias	Elaboración de la Guía para el desarrollo técnico de estrategias	PRAES	Matrices para indicadores, listado de factores y listado de estrategias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taller de trabajo entre los expertos y los equipos locales de cada prioridad	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local	Indicadores, lista de factores y de estrategias de cada prioridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sub-paso 4c: Búsqueda de evidencias**

Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4c.1. Búsqueda de evidencias y de argumentos técnicos que sustenten los factores y estrategias listados en 4b.1	Elaboración de un Ejemplo con: marco conceptual de análisis, delimitación de la prioridad con indicadores, factores y estrategias basadas en evidencias	PRAES	Ejemplos de reportes técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Búsqueda de evidencias y planteamiento de argumentos técnicos para cada factor y estrategia de cada prioridad	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local	Reporte técnico de avance de los expertos utilizando los insumos proporcionados por los equipos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recolección de información local y de evidencias	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sub-paso 4d: Selección de estrategias y metas basadas en evidencias**

Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4d.1. Selección de estrategias y metas basada en evidencias	Taller con los equipos locales de cada prioridad para definir las estrategias y metas a partir de la propuesta del experto	Expertos Técnicos locales de entidades involucradas en la gestión de las prioridades	Estrategias y metas seleccionadas con base en evidencias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4d.2. Entrega del reporte al comité de formulación del plan y a las autoridades correspondientes	Presentación del documento técnico de estrategias y metas al Comité de formulación del plan y a las autoridades	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local	El comité de formulación del plan y las autoridades conocen el fundamento de las estrategias y metas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Paso 5: Formulación del Plan Estratégico**

Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
5a. Integración de las estrategias	Taller de integración de las estrategias por los equipos técnicos de cada prioridad y propuesta de políticas	Equipos técnicos Expertos Unidad técnica Organizaciones interesadas	Matriz integrada de estrategias y propuesta de políticas	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5b. Validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas	Guía del Taller	PRAES			
	Identificación y convocatoria de actores clave	Comité de formulación del plan Autoridades	Directorio e invitaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Taller de validación (aceptabilidad y factibilidad) de estrategia, metas y políticas	Autoridades, proveedores, otros sectores, municipalidades, sociedad civil, ciudadanos	Estrategias, metas y políticas validadas	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5c. Formulación de objetivos estratégicos y visión	Guía del Taller	PRAES			
	Taller de formulación de objetivos estratégicos y visión del plan	Autoridades, proveedores, otros sectores, municipalidades, sociedad civil, ciudadanos	Objetivos estratégicos, y visión formulados	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5d. Redacción del plan	Taller de redacción del plan	Unidad técnica, Unidad de comunicaciones, ciudadanos elegidos en el taller anterior	Plan redactado	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5e. Revisión y edición del plan	Reunión de trabajo	Comité de formulación del plan y autoridades	Plan aprobado y documento que respalda el compromiso de las autoridades y de los actores sociales para implementar el plan	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5f. Socialización del plan	Conferencia de Prensa y publicación del plan en medio impreso y en Internet	Comunidad	Plan publicado	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



# PASO 2

## Evaluación de Necesidades de Salud

### La evaluación de necesidades de salud

El segundo paso de la planificación estratégica participativa basada en evidencias corresponde a la evaluación de necesidades de salud. Este proceso consiste en obtener información sobre necesidades de salud de diversas fuentes para que en el siguiente paso se determinen las prioridades de salud del plan (Fig. 2).

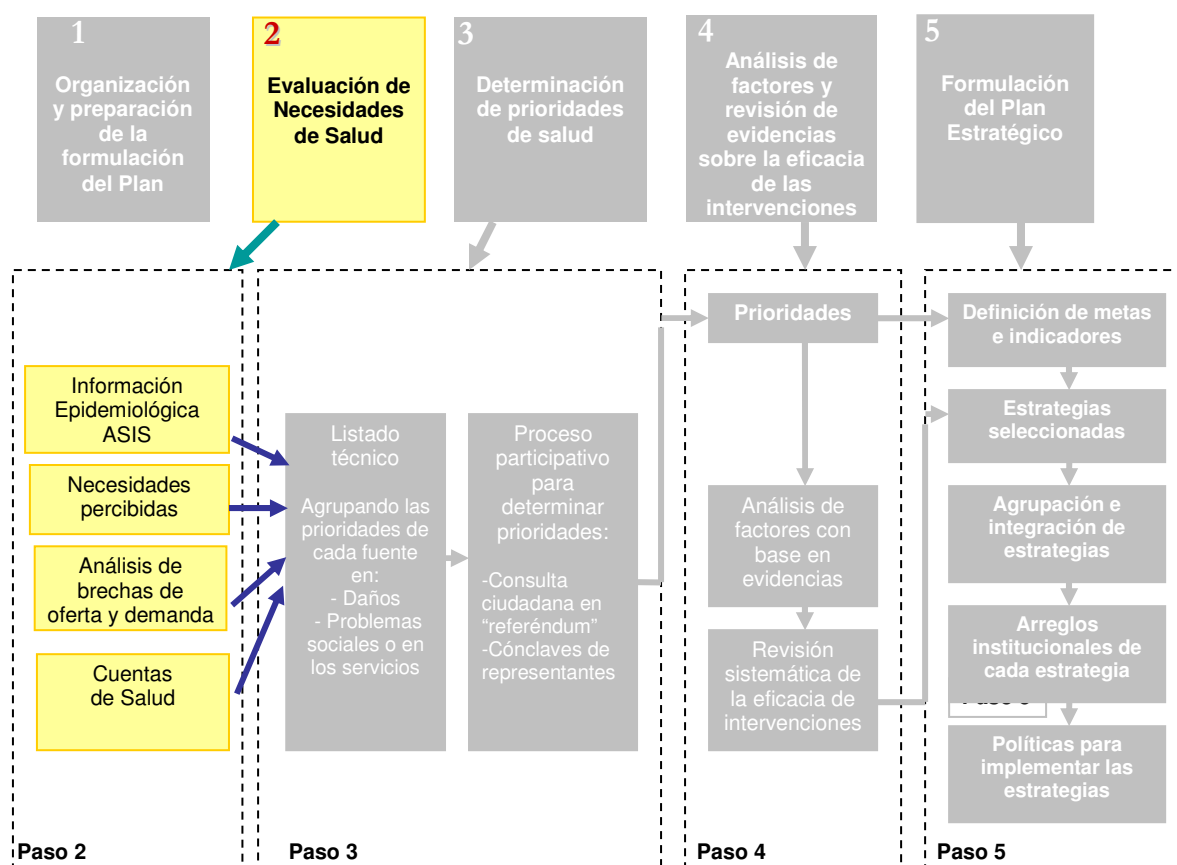


Fig. 4. Paso 2 de la Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias



## Marco conceptual

La **Evaluación de Necesidades de Salud** (ENS) es una revisión sistemática de los problemas y factores que afectan la salud de una población<sup>8</sup>. La ENS es un proceso técnico participativo que permite obtener información de necesidades prioritarias de salud a partir de diversas fuentes (análisis situacional de salud, epidemiológicas, estadísticas de servicios, encuestas de hogares, estudios cualitativos sobre necesidades percibidas, análisis de la oferta y demanda de servicios de salud, cuentas de salud, etc.). Y tiene por fin obtener un listado técnico de prioridades que será el menú del cual los ciudadanos elegirán las prioridades del plan estratégico.

El proceso mismo de evaluación de necesidades ayuda a cambiar las políticas debido a que es participativa e involucra a la comunidad, sociedad civil, proveedores de salud y autoridades en la planificación de las acciones de la salud.

Con la ENS se identifican actividades que maximizan los beneficios a la salud y minimizan los daños a la salud; se hacen explícitos los efectos de los programas y políticas sobre la salud en el proceso de planificación; se asegura que, al menos, la salud no es empeorada por alguna decisión planificada; se promueve la elección de bienes que tengan impacto en la salud; y se compromete a la comunidad, sociedad civil, proveedores y autoridades para priorizar necesidades de salud y atender estas prioridades.

La ENS esta ligada a las siguientes actividades:

- Definir la epidemiología de las enfermedades (magnitud y por qué se enferman)
- Medir el nivel de salud de la población.
- Determinar la brecha entre la oferta y la demanda
- Recoger la visión de la comunidad sobre su salud y sobre cómo podría ser mejorado
- Determinar necesidades a partir del estudio de las cuentas de salud
- Determinar la calidad de vida

### Necesidades de salud

Si la salud es considerada como una fuente para la vida, entonces la necesidad de salud es un nivel deseado de bienestar que es diferente a la realidad percibida. La evaluación de necesidades consiste en determinar el cambio requerido para cerrar esta brecha.

---

<sup>8</sup> Adaptado de Hooper J. Longworth P. Health Needs Assessment, Health Development Agency, London, 2002

Bradshaw (1994)<sup>9</sup> ha agrupado las necesidades en cuatro niveles que se muestran en el siguiente cuadro:

<b>Necesidades agrupadas</b> (Bradshaw, 1994)	
Un individuo reconoce cambios de la salud normal – querer y deseos	Necesidades sentidas
Un individuo busca ayuda para vencer el cambio de la salud normal – demanda	Necesidades expresadas
Un profesional identifica las intervenciones apropiadas para las necesidades expresadas	Necesidades normativas
La comparación entre las necesidades expresadas y normativas basadas en la severidad, susceptibilidad para el cambio, y disponibilidad de recursos – relacionadas a la equidad a través de diferentes poblaciones.	Necesidades comparativas

Estas necesidades pueden ser identificadas y listadas para la acción mediante la negociación y la elección de prioridades desde cada grupo de necesidades. Bradshaw propone dirigir los cambios sobre tres grupos blanco:

1 los que se benefician de las intervenciones	Necesidades sentidas y expresadas
2 la gente que provee las intervenciones	Necesidades normativas
3 los sistemas organizacionales que proveen las intervenciones	Necesidades comparativas

Este rango de fuentes de información sobre necesidades requiere evaluarlas comparativamente, en relación a las otras necesidades individuales (por ejemplo *necesidades expresadas* comparadas con las *necesidades normativas*), y con relación a otras poblaciones.

Un modelo epidemiológico, corporativo y comparativo de las necesidades de salud, fue desarrollado por Stevens & Rafferty (1994)<sup>10</sup>, que puede ser directamente unido al modelo de Bradshaw. Las relaciones entre necesidades y las fuentes de información sobre necesidades se muestran en el siguiente cuadro:

Percepciones de la población	Necesidades expresadas y comparativas
Datos sobre la severidad y tamaño de los tópicos de salud	Necesidades normativas usando una medición epidemiológica
Percepciones de los proveedores de servicios	Necesidades normativas/corporativas
Percepciones de las organizaciones encargadas de administrar los servicios con el perfil de la población	Necesidades corporativas

<sup>9</sup> Citado en Hooper J. Longworth P. Health Needs Assessment, Health Development Agency, London, 2002, p:22

<sup>10</sup> Stevens A, Rafferty J, eds. Healthcare needs assessment, 2nd series. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1997:129–82

## Principios de la ENS

Son tres principios que marcan el desarrollo de la metodología de la ENS:

El **Mejoramiento** de la salud y reducción de inequidades por hacer cambios que mejoren las más significativas condiciones o factores que afectan la salud.

La **Integración** de estas mejoras en salud en el proceso de planificación usado por esos servicios, así, la identificación de los cambios son implementados en sus planes.

El **Involucramiento** de:

- Gente que conoce sobre los tópicos de salud en la comunidad.
- Gente quien atiende sobre esos tópicos
- Gente que pueden hacer que los cambios ocurran.

## Beneficios de la ENS para elaborar un Plan Estratégico de Salud Pública

- Proporciona información sobre: necesidades percibidas, magnitud de los daños, problemas en los servicios de salud, problemas sociales que afectan la salud, el análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud, y las cuentas de salud
- Integra información para determinar un listado de necesidades prioritarias de salud
- Proporciona prioridades de salud de diversas fuentes
- Mejora el trabajo en equipo interinstitucional
- Desarrolla la capacidad para analizar información y para obtener prioridades

## Resultados

Los resultados que se esperan lograr con la ENS son:

- Prioridades provenientes del análisis de mortalidad y morbilidad (Análisis Situacional de Salud)
- Prioridades provenientes de las necesidades percibidas
- Prioridades provenientes del análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud
- Prioridades provenientes del estudio de cuentas de salud



## Actividades

### El Proceso de la Evaluación de Necesidades de Salud

El Paso 2 se inicia con la conformación de la Unidad Técnica del Comité Interinstitucional de Formulación del Plan, luego se programan las actividades para recolectar y analizar la información.

#### Sub-paso 2a. Taller para la organización de las Unidades Técnicas y planificación de la ENS

En la Unidad Técnica participan representantes técnicos de las instituciones del territorio al cual corresponde el Plan. La evaluación de necesidades de salud requiere de profesionales con experiencia en recolección y análisis de datos.

En este sub-paso se realizará un Taller con las Unidades Técnicas sobre metodología y herramientas de la ENS; y se programarán las actividades que permitan obtener y analizar la información de necesidades de salud.

El Taller será realizado durante dos días y se tratará lo siguiente:

- Definición de las funciones y roles de las Unidades Técnicas para la elaboración del plan estratégico de salud
- Revisión de técnicas y metodologías de evaluación de necesidades de salud, tales como:
  - Metodología de análisis epidemiológico para obtener prioridades de salud:
    - a) matriz de prioridades AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) y REM (Razón Estandarizada de Mortalidad), según nivel socioeconómico, ciclos de vida y lugar de residencia,
    - b) Análisis de Pareto de las causas de morbilidad
  - Encuesta de hogares para medir: nivel de bienestar, problemas de salud percibidos, uso de servicios y percepción de la calidad de servicios
  - Estudio cualitativo para obtener información sobre necesidades percibidas de salud
  - Metodología del análisis de la demanda de servicios de salud y de cómo obtener prioridades de estudios realizados
  - Metodología del análisis de oferta de servicios de salud y de cómo obtener prioridades de estudios ya realizados
  - Metodología de cuentas de salud y de cómo obtener prioridades de estudios ya realizados

- Selección de la metodología y técnicas que se utilizarán en la evaluación de necesidades de salud. Esta selección se realiza considerando la disponibilidad de recursos, tiempo disponible y capacidad técnica del equipo profesional
- Programación de las actividades de la evaluación de necesidades de salud

A continuación se presenta un resumen de las actividades que requieren de programación. Existe una caja de herramientas en Internet ([www.praes.org](http://www.praes.org)) con guías de cada una de las metodologías y técnicas arriba mencionadas.

Metodología o técnica para la ENS	Actividades
1. Determinación de prioridades a partir de datos de morbilidad y mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar los responsables del análisis epidemiológico</li> <li>• Revisar el documento de Análisis Situacional de Salud (si es que está disponible) para obtener las prioridades a partir de mortalidad y de morbilidad</li> <li>• Si no hay algún documento de análisis situacional de salud se programa lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación en: 1) cálculo de AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) y REM (Razón Estandarizada de Mortalidad); 2) uso de la matriz AVPP/REM; y 3) determinación de las causas de enfermedad más frecuentes que acuden a los servicios de salud</li> <li>○ Obtención de la base de datos de mortalidad con datos del área geográfica de planificación</li> <li>○ Cálculo de los AVPP y REM</li> <li>○ Determinación de causas de muerte prioritarias</li> <li>○ Determinación de las causas más frecuentes de morbilidad</li> <li>○ Análisis del AVPP/REM y de las causas de morbilidad según área de residencia (rural/urbano) y equidad (pobre/no pobre)</li> </ul> </li> </ul>
2. Determinación de prioridades a partir de necesidades percibidas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar a los responsables del estudio de necesidades percibidas</li> <li>• Revisar estudios disponibles sobre necesidades percibidas (estudios cualitativos o encuestas de hogares) y obtener las prioridades de salud detectadas</li> <li>• Si no hay algún documento que evalúe necesidades percibidas se programa lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación en: 1) Determinar necesidades percibidas a partir de encuestas de hogares; 2) Determinar necesidades a partir de estudios cualitativos</li> <li>○ Diseño o adaptación de un cuestionario de evaluación de necesidades de salud para encuesta de hogares</li> <li>○ Diseño o adaptación de un instrumento de recolección de información para el estudio cualitativo</li> <li>○ Trabajo de campo de recolección de datos (encuesta de hogares, grupos focales o entrevistas de profundidad)</li> <li>○ Desarrollo de las bases de datos tanto del estudio cuantitativo como del cualitativo</li> <li>○ Análisis de la información</li> <li>○ Elaboración del reporte con las prioridades de salud</li> </ul> </li> </ul>
3. Determinación de prioridades a partir del análisis de la demanda de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar a los responsables del estudio de necesidades a partir del análisis de la demanda de servicios de salud</li> <li>• Revisar estudios disponibles sobre demanda de servicios de salud para obtener prioridades</li> <li>• Si no hay un estudio sobre la demanda de servicios de salud del área geográfica de planificación se programa lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación en: 1) uso de bases de datos de encuestas de hogares; 2) bases conceptuales del análisis de la demanda de servicios de salud; 3) determinación de la demanda reprimida, demanda</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o encubierta y demanda potencial</li> <li>o Obtención de la base de datos de encuestas de hogares del área geográfica correspondiente (puede ser la base de datos de la encuesta de hogares que se realizó en el ítem 2, siempre y cuando se haya incluido el módulo sobre demanda de servicios de salud)</li> <li>o Identificación y construcción de las variables del modelo econométrico de la estimación de la demanda</li> <li>o Análisis de la demanda de servicios de salud</li> <li>o Entrega del reporte con las prioridades de salud a partir del análisis de la demanda</li> </ul>
4. Determinación de necesidades a partir del estudio de oferta de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar a los responsables del estudio de oferta de servicios de salud</li> <li>• Revisar estudios disponibles sobre oferta de servicios de salud del área geográfica correspondiente</li> <li>• Si no hay algún documento que evalúe la oferta de servicios se programa lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Capacitación en: 1) Determinar necesidades en la oferta de servicios de salud; 2) evaluación de capacidad resolutive y calidad de atención; 3) análisis de brechas entre oferta y demanda; 4) análisis de eficiencia de los servicios de salud</li> <li>o Diseño o adaptación de un instrumento para evaluar capacidad resolutive</li> <li>o Diseño o adaptación de un instrumento para evaluar calidad de atención</li> <li>o Trabajo de campo de recolección de datos (evaluación observada de servicios de salud y encuestas de satisfacción de usuario)</li> <li>o Desarrollo de las bases de datos</li> <li>o Análisis de la información</li> <li>o Elaboración del reporte con las prioridades de salud</li> </ul> </li> </ul>
5. Determinación de necesidades a partir de cuentas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar a los responsables del estudio de cuentas de salud</li> <li>• Revisar estudios disponibles sobre cuentas de salud del área geográfica correspondiente</li> <li>• Si no hay algún documento que evalúe las cuentas de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Conformación de un equipo con profesionales de las instituciones del sector salud que tengan experiencia en el manejo de información financiera y de gasto</li> <li>o Capacitación en metodología de cuentas de salud</li> <li>o Recopilación de información de los sistemas contables</li> <li>o Análisis de la información</li> <li>o Elaboración del reporte con las prioridades de salud</li> </ul> </li> </ul>

## Sub-paso 2b. Obtener información de necesidades

Luego que la Unidad Técnica ha elegido las fuentes de información que serán consultadas, se procede a obtener la información. A continuación se muestra un resumen de la metodología para determinar prioridades de cada tipo de fuente de información.

### Componente 2b-1. Obtención de prioridades a partir de información epidemiológica

Se debe evaluar la información epidemiológica disponible para la obtención de prioridades. Por lo general están disponibles listas de prioridades obtenidas a partir de datos de mortalidad y morbilidad. En algunos casos la Unidad Técnica puede programar estudios especiales para obtener prioridades de datos de mortalidad y morbilidad en función de la capacidad técnica, recursos económicos, y tiempo disponibles.

En Perú como en otros países existen prioridades obtenidas a partir del análisis de mortalidad (Anexo 1), ya sea a partir de tasas de mortalidad, años de vida potencialmente perdidos (AVPP), razón estandarizada de mortalidad (REM), o de la matriz AVPP/REM.

También se dispone de datos de morbilidad como: las causas más frecuentes de diagnósticos en consulta externa y hospitalización, enfermedades monitorizadas en los sistemas de vigilancia epidemiológica, estudios de prevalencia de enfermedades de encuestas nacionales, entre otros.

Y en algunos países están utilizando indicadores sintéticos de mortalidad y morbilidad para obtener prioridades (Anexo 2), tales como: años de vida ajustados a discapacidad (AVAD o DALYs), o años de vida ajustado a calidad (AVAC o QALYs).

La Unidad Técnica deberá elegir la fuente de información epidemiológica que será utilizada para la obtención de prioridades de salud. En el cuadro 1 y 2 se muestran las ventajas y limitaciones de cada fuente de información.

Una vez elegida la fuente de información, se elabora una lista de prioridades. La Unidad técnica puede utilizar una o varias fuentes de información. Si es más de una fuente de información, cada fuente aportará una lista de prioridades en forma aditiva o complementaria. La intención es construir una lista inclusiva. Sin embargo, la Unidad Técnica puede considerar algún tipo de criterio adicional para elaborar la lista. Por ejemplo, aquellas enfermedades que tienen tendencias incrementales; o aquellas que afectan a estratos más vulnerables o con menos acceso, tales como: niños, pobres, área rural, etc.



Cuadro 1. Ventajas y limitaciones de la determinación de prioridades según datos de mortalidad

Prioridades a partir de las fuentes de información	Ventajas	Limitaciones
Tasa de mortalidad	Información disponible	<p>Sólo prioriza daños más frecuentes en especial niños y ancianos</p> <p>No toma en cuenta enfermedades que producen discapacidad o menor calidad de vida</p> <p>Sub-registro de mortalidad y problemas en la calidad de registro</p>
Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)	<p>Información disponible, fácil cálculo; existe una guía para el cálculo<sup>11</sup></p> <p>Prioriza las muertes que afectan a la población económicamente activa (a los más jóvenes)</p>	<p>Sólo considera daños prioritarios a las causas de muerte precoz</p> <p>No toma en cuenta enfermedades que producen discapacidad o menor calidad de vida</p> <p>Sub-registro de mortalidad y problemas en la calidad de registro</p>
Razón estandarizada de mortalidad (REM)	<p>Información disponible, fácil cálculo; existe una guía para el cálculo<sup>12</sup></p> <p>Prioriza las causas de muertes que se presentan en sectores menos favorecidos</p>	<p>Sólo considera daños prioritarios a aquellas causas que producen excesos de muerte comparado con el patrón de referencia.</p> <p>No toma en cuenta las muertes precoces</p> <p>No toma en cuenta enfermedades que producen discapacidad o menor calidad de vida</p> <p>Sub-registro de mortalidad y problemas en la calidad de registro</p>
Matriz AVPP-REM	<p>Información disponible, fácil aplicación; existe una guía para el cálculo<sup>13</sup></p> <p>Combina el criterio de muerte precoz y el de exceso de muerte</p>	<p>No toma en cuenta enfermedades que producen discapacidad o menor calidad de vida</p> <p>Sub-registro de mortalidad y problemas en la calidad de registro</p>

<sup>11</sup> Ricse C, Bueno O, Zúñiga R, Carvajal L. Guía para el Análisis del Proceso Salud-enfermedad, OGE/MINSA, Proyecto Vigía/USAID, Lima, 2002, p: 37-44, 54-65, 68-72, Anexos: 1,2,4,6

<sup>12</sup> Ricse C, y col. (2002), Op cit.

<sup>13</sup> Ricse C y col. (2002), Op cit.

Cuadro 2. Ventajas y limitaciones de la determinación de prioridades según diversas fuentes de información

Prioridades a partir de las fuentes de información	Ventajas	Limitaciones
Causas de morbilidad	<p>Información disponible pero de forma limitada y parcial</p> <p>Prioriza causas de enfermedad más frecuentes</p> <p>Se utiliza la técnica de Pareto, que consiste en determinar el 80% de las frecuencias con el 20% de las causas de enfermedad</p>	<p>Las bases de datos de morbilidad por lo general se encuentran parceladas. No siempre esta información es accesible, en especial la proveniente del sector privado o de la seguridad social</p> <p>Se debe tomar en cuenta que hay personas que no acuden a los servicios por falta de acceso geográfico, cultural o económico. En consecuencia un grupo importante puede estar excluido de las prioridades obtenidas con esta fuente de información</p>
Estudios de prevalencia	<p>Información de prevalencia de enfermedades de forma representativa de la población</p> <p>Por lo general son obtenidas en encuestas nacionales con inferencia departamental o estatal</p>	<p>Son pocas enfermedades, por lo general enfermedades prevalentes de la infancia. Implícitamente son consideradas prioritarias por ser las que producen mayor mortalidad infantil</p> <p>El alto costo de las encuestas, y la dificultad de obtener información de otras enfermedades por limitaciones en el diagnóstico</p>
Sistema de vigilancia epidemiológica	<p>Información disponible</p> <p>Enfermedades infecto contagiosas bajo vigilancia continua y periódica</p> <p>Incidencias</p>	<p>Por lo general son solo enfermedades infecto-contagiosas. Implícitamente son consideradas prioritarias por el riesgo de brotes o epidemias</p> <p>Existe sub-registro, en especial en enfermedades que no requieren atención en los servicios de salud, y en las áreas menos accesibles</p>
Años de vida ajustados a discapacidad (AVAD o DALYs)	<p>Indicador que sintetiza datos de mortalidad y morbilidad</p> <p>Criterios para determinar prioridades: muerte precoz y la discapacidad</p> <p>Permite obtener prioridades que afectan la calidad de vida</p>	<p>Información no siempre disponible. Requiere de estudios especiales. Hace falta determinar los coeficientes de discapacidad de cada enfermedad para ajustar los años de vida perdidos. Se requiere tiempo y recursos para calcular este indicador.</p> <p>Igualmente depende de la calidad de las bases de datos de mortalidad y de las de morbilidad</p>
Años de vida ajustados a calidad de vida (QALYs)	<p>Indicador que sintetiza datos de mortalidad con morbilidad</p> <p>Criterios para determinar prioridades: muerte precoz y calidad de vida</p> <p>La calidad de vida se determina en encuestas que miden la función social, física y mental del individuo y su relación con determinada enfermedad</p>	<p>Información no disponible. Requiere de estudios especiales. Hace falta determinar los coeficientes de calidad de vida de cada enfermedad para ajustar los años de vida perdidos. Se requiere tiempo y recursos para calcular este indicador. Se necesitan hacer encuestas para determinar el coeficiente de calidad de vida.</p> <p>Igualmente depende de la calidad de las bases de datos de mortalidad y de las de morbilidad</p>

## **Componente 2b-2. Obtención de prioridades a partir de información de necesidades percibidas**

La evaluación de necesidades de salud se basa en un concepto social de la salud, que considera el cumplimiento de las necesidades humanas básicas (incluyendo seguridad, refugio, abrigo, agua y alimentos), y la relación entre la gente y su ambiente social, físico y económico, para alcanzar sus esperanzas y expectativas.

Estos aspectos solo pueden ser comprendidos si se miden las percepciones sobre las necesidades de salud. Esto puede ser hecho usando cuestionarios tales como el "SF36" o el de Calidad de Bienestar, ampliamente usado para medir el estado de salud<sup>14</sup>, o preguntando a los ciudadanos sobre qué necesidades de salud perciben que son prioritarias para la comunidad en la que se está realizando el plan estratégico.

También se puede determinar las necesidades percibidas mediante estudios cualitativos, para lo cual se seleccionan informantes clave de la comunidad para que identifiquen las prioridades de salud. Las técnicas comúnmente empleadas son los grupos focales o las entrevistas a profundidad.

Por lo general hay poca información sobre necesidades percibidas, por lo que se debe hacer el esfuerzo de obtener esta información. En el Anexo 3 se dan pautas para realizar encuestas de hogares.

### *Programando una encuesta de hogares*

El objetivo de la encuesta es obtener información sobre necesidades percibidas para lo cual se ha desarrollado un cuestionario que contiene información sobre las características socioeconómicas del hogar, las percepciones de las necesidades de salud, percepciones sobre la calidad de los servicios de salud, y sobre la calidad de vida (SF36 y calidad de bienestar<sup>15</sup>). En el Anexo 3 se adjunta el cuestionario.

La programación de la encuesta de hogares requiere de las siguientes consideraciones previas:

- Nivel de inferencia de los resultados de la encuesta
- Los ámbitos para el muestreo (rural/urbano, costa/sierra, o provincial)
- Los recursos necesarios
- Se estima que el trabajo de campo y de análisis podría durar de uno a tres meses para un equipo entrenado en realizar encuestas de hogares

Luego se programará las actividades preparatorias del trabajo de campo (selección de encuestadores y supervisores, mapa de las áreas de estudio, capacitación de encuestadores y supervisores, adquisición de material), actividades de recolección de datos (protocolo de selección de los hogares, entrevistas, supervisión, aspectos logísticos de transporte), y actividades para el análisis de la información (digitalización de las encuestas, control de calidad de la base de datos, análisis de los datos y la elaboración del informe). En el anexo 3 existe una descripción detallada de las actividades necesarias para realizar la encuesta.

---

<sup>14</sup> Ware, 1993 in: Hooper J. Longworth P. Health Needs Assessment, Health Development Agency, London, 2002

<sup>15</sup> Bush JW, Kaplan RM. The quality of well-being scale, in: McDowell I & Newell C, Measuring Health, 2 ed., 1996, p: 483-492.

## *Programando el estudio cualitativo*

La investigación cualitativa es un componente vital de la evaluación de necesidades de salud. El estudio cualitativo proveerá información más clara y con mayor profundidad sobre la percepción de los problemas de salud, sus causas, y la forma de solucionarlas; así como la percepción de la calidad de atención. Además que permitirá triangular con la información obtenida en la encuesta de hogares.

Con este fin se sugiere realizar entrevistas de profundidad y grupos focales a usuarios de los servicios, proveedores y a las autoridades.

Aspectos a considerar:

- La selección de los informantes clave es importante. Es recomendable que sean líderes comunitarios y ciudadanos marginados, ambos de diferentes grupos de edad y sexo
- Deben ser pocas preguntas y deben ser abiertas. Se recomienda que una de las preguntas sea ¿Cuáles son las necesidades de salud más importantes en su comunidad y ¿Cuál es la percepción de la calidad de los servicios?
- El entrevistador o facilitador no debe influir en las respuestas
- El número de grupos focales y entrevistas dependerá de los grupos de la comunidad seleccionados. Ejemplo: dos grupos de líderes comunitarios (varones y otro de mujeres), o cinco grupos de ciudadanos marginados (jóvenes, adultos, ancianos, mujeres y varones). Se puede hacer también un grupo focal por cada comunidad o localidad que forma parte de la jurisdicción del plan
- Tiempo estimado para realizar este estudio: 1 a 2 meses

### **2b-3. Obtener información de la demanda de servicios de salud**

El estudio de demanda de servicios de salud permite determinar las características de los que utilizan y de los que no utilizan los servicios de salud; así como determinar las barreras económicas de acceso a los servicios.

Con este estudio se determina la demanda reprimida (personas que no se declaran enfermas por barreras económicas), y la demanda encubierta (personas que declararon estar enfermas y que no utilizaron los servicios de salud por falta de dinero). Una vez estimada la demanda insatisfecha por barreras económicas ésta se suma a la demanda efectiva (personas que utilizaron los servicios de salud) para estimar la demanda potencial.

De este análisis se obtienen prioridades referentes a la inequidad de acceso a los servicios de salud, la magnitud de la demanda insatisfecha, y de la identificación de grupos vulnerables que no tienen acceso a los servicios.

Madueño y col. (2003)<sup>16</sup> del proyecto PHRplus ha desarrollado una metodología para estudiar la demanda de servicios. El estudio consiste en analizar bases de datos de encuestas de hogares que tengan información sobre el uso de servicios de salud, como por ejemplo la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO-Perú), y la Encuesta de Nacional de Niveles de Vida (ENNIV). La sección 4 del cuestionario de la encuesta de hogares que se adjunta en el Anexo 3 de esta guía contiene las preguntas que permiten estimar la demanda.

---

<sup>16</sup> Madueño M, Alarcón J, Sanabria C. Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo. PHRplus-PERU, Abt Associates Inc., Lima 2003, 270 pp.

Las pautas metodológicas para este análisis se encuentran en el Anexo 4.

Si la Unidad Técnica considera que es posible realizar este estudio debe tener en cuenta lo siguiente:

- Es necesario contar con profesionales que manejen bases de datos y algún paquete estadístico como SPSS o STATA
- Tener una base de datos con información del uso de servicios de salud y variables socioeconómicas
- Se necesita entrenamiento en la técnica econométrica del análisis de la demanda de servicios de salud
- El estudio puede durar entre 15 días a un mes

#### **2b-4. Obtener información de la oferta de servicios**

El Sub-paso 2c-4 consiste en obtener información de la oferta de servicios con el fin de determinar: 1) la capacidad resolutive de los servicios de salud en relación a la demanda; 2) la eficiencia relativa de los establecimientos; y 3) la calidad de los servicios. A partir de esta información se obtienen necesidades prioritarias.

##### *Determinación de la capacidad resolutive*

La capacidad resolutive se refiere a la capacidad con que cuenta el sistema de salud para «resolver» efectivamente las necesidades y demandas de salud de la población. Conforme a este enfoque la Oferta debe estar: a) habilitada en estructura; b) contar con la especialización necesaria en complejidad; y c) garantizar el uso óptimo de los recursos en eficiencia.

En primer lugar es necesario revisar los principales recursos de los establecimientos de salud: a) situación espacial y física; b) capacidad instalada (consultorios, ambientes de hospitalización, sala de partos, sala de operaciones, laboratorio, sala de atención de emergencia y de diagnóstico); c) equipo médico; d) recursos humanos; e) financiamiento; f) medicamentos e insumos

Luego, se revisan los productos o servicios específicos que prestan los establecimientos de salud: 1) atención ambulatoria (consulta externa); 2) atención de emergencias; 3) hospitalización; 4) intervenciones quirúrgicas; 5) procedimientos clínicos (diagnóstico y terapéuticos); y 6) servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagenología).

La evaluación de la capacidad resolutive consiste en analizar los principales recursos y procesos de los servicios de salud con indicadores del desempeño, ejemplo:

- Tiempo al establecimiento de referencia
- Puntaje de riesgo de Infraestructura
- Camas por habitante
- Presupuesto ejecutado por habitante
- Promedio de meses de disponibilidad de medicinas de programas
- Médicos por habitante
- Porcentaje personal asistencial
- Puntaje de complejidad por habitante
- Extensión de uso
- Egresos por habitante

Aspectos a considerar:

- El Ministerio de Salud de Perú ha desarrollado una guía para evaluar la oferta de servicios de salud<sup>17</sup>
- Existen reportes sobre la capacidad resolutive de los servicios de salud por lo que se recomienda utilizar esta información
- El uso de indicadores permite obtener áreas prioritarias y necesidades de mejora de la capacidad resolutive de los servicios de salud
- Se necesita tener acceso a la información de los servicios de salud de todo el sector, y esta información no siempre está disponible
- Realizar un censo de capacidad resolutive en el área geográfica correspondiente al plan es factible en la medida de que se disponga de un instrumento de evaluación, del tamaño de la red de servicios, y de los recursos humanos y financieros disponibles

### *Determinación de la eficiencia*

La escasez de recursos es un factor que obliga a asignar de manera racional los recursos productivos, en consecuencia la evaluación de la eficiencia de los servicios de salud se constituye en una información importante para determinar prioridades.

Un establecimiento de salud logrará la eficiencia técnica cuando alcance sus niveles máximos de producción utilizando de la mejor manera los recursos productivos disponibles. El nivel de eficiencia se determina mediante la comparación con la frontera de mejor práctica (benchmark), y con el nivel de mejor patrón (representado por el establecimiento de salud de mayor eficiencia).

Para determinar la frontera de mejor práctica se utiliza un modelo no paramétrico. La técnica empleada es el de Análisis de Envolvimiento de Datos (AED), el cual ha sido utilizado por PHRplus para calcular la eficiencia de los servicios de salud del país<sup>18</sup>.

El AED es un modelo de programación que permite medir el grado de eficiencia técnica global de un establecimiento de salud, entendiéndose ésta como la relación entre los actuales niveles de producción de servicios de salud y la frontera de producción de mejor práctica<sup>19</sup>. La frontera de producción de mejor práctica está referida a la máxima producción que se pudiera alcanzar con la mejor combinación tecnológica o mejor utilización de los factores productivos disponibles. En este sentido un establecimiento puede mejorar para alcanzar sus niveles potenciales, si utilizara más eficientemente los factores productivos existentes.

Si la eficiencia de los servicios de salud está muy por debajo de la frontera de producción de mejor práctica se considera una necesidad prioritaria.

La Unidad Técnica debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones previas antes de realizar este estudio:

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud. Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud, con énfasis en los servicios de salud, Lima, 2002, 109 pp. Disponible en: <http://www.oge.sld.pe/BvsOGE/Asis.htm>, acceso 8 Febrero 2006

<sup>18</sup> Madueño M, Alarcón J, Sanabria C. Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo. PHRplus-PERU, Abt Associates Inc., Lima 2003

<sup>19</sup> El AED fue desarrollado por Charnes y col. (1978) y extiende el análisis de eficiencia técnica desarrollado por Farrell (1957) basados en múltiples factores y un solo producto a uno basado en múltiples factores y múltiples productos.

- Se necesita una base de datos de los servicios de salud con indicadores de recursos (camas, equipos, personal, etc.) y de resultados como (egresos hospitalarios, diagnósticos, atenciones ambulatorias, etc.)
- Se necesita el “soft-ware” Frontiers Analyst<sup>20</sup> para la estimación de la eficiencia técnica
- Se necesita entrenamiento en el uso del “soft-ware” y el manejo de la base de datos de los establecimientos
- Se estima una duración del estudio de 15 días, si es que se cuenta con la base de datos y con los indicadores necesarios

### *Determinación de la calidad de los servicios*

Para completar el análisis de la oferta de servicios es necesario evaluar la calidad de atención. Se debe tomar en cuenta que la calidad de los servicios tiene una dimensión técnica y una dimensión interpersonal de la atención<sup>21</sup>. La dimensión técnica (acceso y efectividad)<sup>22</sup> se refiere a si el individuo que necesita la atención recibió la atención y si fue efectiva. La dimensión interpersonal se determina evaluando la satisfacción de los usuarios y la percepción de la calidad de los servicios.

La calidad de atención puede constituirse en una necesidad prioritaria cuando se constituye en una barrera importante de uso de servicios de salud.

Existen diversos instrumentos para medir la satisfacción de los usuarios, la mayoría de ellos miden solo el porcentaje de usuarios satisfechos

Recientemente PRAES/USAID ha desarrollado un cuestionario estandarizado para la evaluación de la satisfacción de usuarios y un software para la obtención de un índice de satisfacción de usuarios de servicios de salud. El software se ha denominado “SEUSS- Software para la Evaluación de Encuestas de Usuarios en Salud”<sup>23</sup>.

SEUSS ha sido diseñado para analizar la calidad percibida de los clientes externos de consulta externa, emergencia y hospitalización, en diferentes tipos de establecimientos. Las dimensiones de análisis de este paquete son: aspectos tangibles del establecimiento, comunicación del personal de salud, tiempo de espera, trato del personal, higiene y limpieza, entre otras.

El índice de satisfacción de usuario contiene los siguientes elementos de análisis: la incidencia de la insatisfacción (¿cuántos usuarios están insatisfechos?), la intensidad de la insatisfacción (¿Cuán insatisfechos son los que se declaran insatisfechos?), y la severidad de la insatisfacción (¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de insatisfacción de los usuarios?).

En razón que es usual que se realicen encuestas de satisfacción de usuarios de servicios de salud, ya sea por estudios especiales o por una actividad rutinaria de los establecimientos, puede ser suficiente revisar los resultados de estas evaluaciones.

En caso de que se desee utilizar el índice de satisfacción de usuarios del paquete SEUSS es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

<sup>20</sup> Banxia software. Frontier Analyst Version 3.03, 2001. Disponible en: <http://www.banxia.com/famain.html> , acceso 9 Febrero 2006

<sup>21</sup> Donabedian Avedis. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan:Health Administration Press, 1980.

<sup>22</sup> Campbell Stephen, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Social Science & Medicine 2000; 51:1611-1625

<sup>23</sup> Madueño M. SEUSS- Software para la Evaluación de Encuestas de Usuarios en Salud, PRAES/USAID, Lima, 2005

- El software SEUSS está disponible en el Ministerio de Salud de Perú
- Se requiere entrenamiento muy básico para el manejo del software
- Se debe programar una encuesta de satisfacción de usuarios en cada establecimiento de salud

## **2b-5. Obtener prioridades de las cuentas de salud**

Las Cuentas de Salud recogen y sistematizan la información de financiamiento y gasto en salud en un periodo y en un ámbito geopolítico determinado. Las Cuentas de Salud se presentan en un grupo de tablas estandarizadas según la Clasificación internacional de Cuentas de Salud (CICS). Esta clasificación describe las principales dimensiones de gasto en salud en: fuentes de financiamiento (los que financian el gasto en salud), agentes financieros (las instituciones que administran los recursos), proveedores (instituciones que gastan los recursos y proveen servicios de salud) y funciones (bienes y servicios en los que se gastan los recursos).

Este estudio brinda información para obtener prioridades de salud, en especial sobre: a) la magnitud del gasto en salud como porcentaje del PBI y del gasto total per cápita; b) la inequidad en el financiamiento y a si el subsidio llega a los más pobres; c) la eficiencia del sistema de salud; y d) la sostenibilidad financiera. Para cada caso en particular existen indicadores que permiten determinar las prioridades.

PHRplus ha desarrollado una metodología estandarizada y una guía práctica para realizar este estudio<sup>24</sup>. Según la experiencia nacional y regional en el Perú, si se decide realizar este estudio para la planificación estratégica, se necesita tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- En primer lugar se requiere conformar un equipo de trabajo integrado por profesionales de las instituciones del sector salud que tengan experiencia en el manejo de información financiera y de gasto
- La responsabilidad del equipo debe recaer en alguna estructura de gobierno el cual deberá estar articulado al comité técnico interinstitucional
- El equipo técnico deberá tener el apoyo institucional respectivo
- El equipo deberá recibir un entrenamiento en la metodología de cuentas de salud
- Planificar la recopilación de información a partir de un inventario de las fuentes de información
- Obtener la información de los sistemas contables y prepararla para el estudio toma de 4 a 6 meses
- El costo de la medición depende de la disponibilidad de fuentes de información y del compromiso de las instituciones que intervienen

---

<sup>24</sup> Alarcón G. Guía Práctica para la Producción de Cuentas Regionales de Salud en el Perú, PRAES/USAID, Lima, 2006 (en prensa)



## PASO 3

# Determinación de Prioridades de Salud



## Las prioridades de salud y el Plan Estratégico

Las prioridades de salud se constituyen en el eje fundamental de la Planificación Estratégica Participativa con Base en Evidencias, debido a que permite enfocar las acciones en pocas prioridades. Este hecho asegura mayor eficacia del plan y un mejor destino de los escasos recursos que se dispone usualmente.

Si bien es verdad que las necesidades de salud son conocidas, sin embargo, también se sabe que éstas son numerosas en los países en desarrollo. Y en el momento de asignar los recursos para atender estas prioridades por lo general se intenta atenderlas todas, diluyendo los escasos recursos, o se eligen implícitamente algunas sin un sustento social o técnico. Por este motivo muchos planes de largo plazo finalmente se constituyen en lineamientos declarativos de buenas intenciones o en acciones poco efectivas.

En consecuencia, el asunto clave es la forma de elección de las prioridades. Las lecciones aprendidas en la planificación de salud indican que el proceso para determinar prioridades de salud debe ser un proceso explícito y que debe haber una voluntad expresa de las autoridades de turno en concentrar los esfuerzos hacia pocas prioridades de salud. De tal forma que la elección de las prioridades, en sí misma, se constituya en un compromiso político y social para atender estas prioridades durante un periodo determinado.

Por este motivo, la elección de las prioridades deben ser elegidas por los ciudadanos para convertirse en un pacto social y por mandato ciudadano.

Sin embargo, este enfoque de planificación considera que antes de llegar al proceso participativo de elección de las prioridades, debe haber una lista de prioridades con sustento técnico (basado en evidencias y percepciones) a partir del cual el ciudadano podrá elegir.

Con este fin el Paso 3 de la Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias tiene dos procesos para determinar las prioridades (Fig. 5):

- 1) Proceso técnico que consiste en construir la lista de prioridades a partir de las prioridades de salud que cada fuente de información aportó en el Paso 2 de esta metodología de planificación
- 2) Proceso participativo para elegir las prioridades a partir del listado técnico de prioridades

En esta sección se describe paso a paso cómo construir la lista técnica de prioridades de salud; y luego cómo, a partir de esta lista técnica, los ciudadanos eligen las prioridades del plan estratégico.

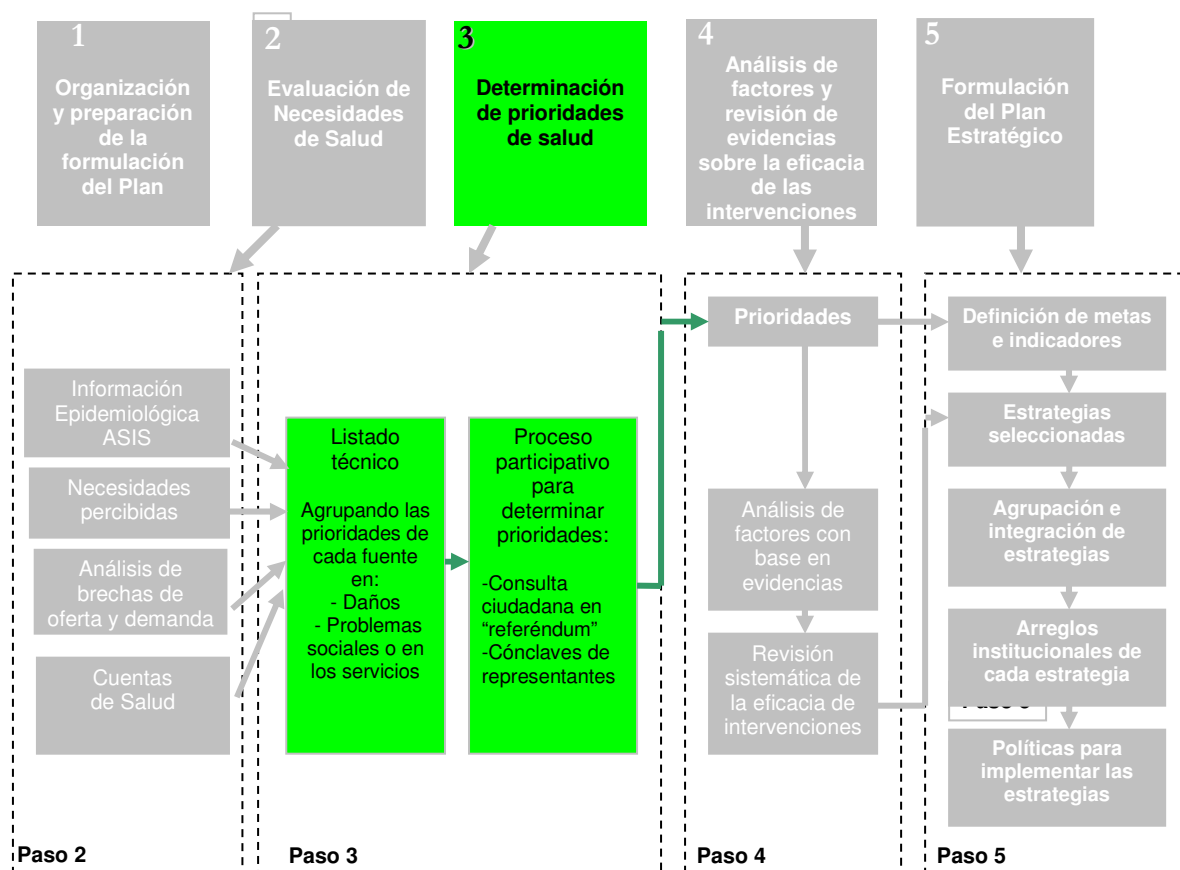


Figura 5. Paso 3 de la Formulación del Plan Estratégico Participativo Basado en Evidencias en Salud (Plan Estratégico PBE)



## Marco conceptual

Dado los recursos limitados que se asignan para atender la salud, los cambios epidemiológicos y la creciente demanda se necesita priorizar dónde intervenir<sup>25</sup>. La determinación de prioridades se realiza con el objetivo de mejorar los beneficios y la distribución de los recursos.

La experiencia de los países y organizaciones muestran que la determinación de prioridades es un proceso complejo<sup>26</sup>, en el cual debe incorporar a los beneficiarios de las intervenciones y a la sociedad en su conjunto<sup>27</sup>.

El establecimiento de prioridades sanitarias es un paso natural e implícito de la gestión sanitaria y es la resultante de un conjunto de dinámicas, intermediaciones e intereses entre los diferentes actores de la organización y la sociedad<sup>28</sup>. No necesariamente es un proceso explícito ni institucional en la medida que frecuentemente responde a micro

<sup>25</sup> Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En: Janowsky, Katia. Health Policy and Systems Development, World Health Organization, Geneva, 1996.

<sup>26</sup> Duriez M, Lequet-Slama D, Chambaud L. Y a-t-il convergence dans la détermination des priorités de Santé publique en Europe? Santé publique 2000, 12(4):485-496.

<sup>27</sup> Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford R, Mort M. Whose priorities? Listening to users and the public. BMJ 1998; 312:1668-1670

<sup>28</sup> Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El Caso de Salud). Buenos Aires 1989.

procesos, consensos corporativos, grupos de interés; y muchas veces las expectativas de los diversos actores sanitarios se colocan por encima de los intereses de la sociedad o de la organización<sup>29</sup>.

Por este motivo, en la planificación estratégica participativa basada en evidencias se asume que la clave fundamental para que los planes sean eficaces y vinculantes es la forma cómo se determinan las prioridades. Debido a que las prioridades elegidas determinan la forma en que se organizarán los recursos y la forma en que se realizarán las actividades<sup>30</sup>.

Tradicionalmente en salud pública se han priorizado daños o enfermedades con un enfoque recuperativo y desde una perspectiva sectorial o institucional. Esta forma de priorizar parte de una falsa premisa que la salud es un asunto que solo le compete a un sector, cuando en realidad la salud depende de factores ambientales, laborales, comunitarios, familiares e individuales. En consecuencia, la salud no puede ser mejorada solo con la prestación de los servicios de salud. Muchas de las intervenciones necesarias para mejorar la salud requieren del concurso de otros sectores (agua y saneamiento, vivienda, educación, etc.), de otras instituciones (gubernamentales y no gubernamentales), y de los propios ciudadanos.

También ha sido frecuente que la responsabilidad de determinar prioridades sea de los técnicos, asumiendo que los que administran o los que proveen los servicios de salud son los que más conocen sobre las necesidades de salud<sup>31</sup>. En consecuencia, los planes se encuentran alejados de las necesidades percibidas de la población. Además que la no participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de las prioridades no logra compromisos de otros actores que no sean los del sector. No es comúnmente aceptado que quienes conocen más las necesidades de salud son los propios ciudadanos.

La participación de los ciudadanos en la determinación de las prioridades de salud legitima el proceso y compromete en forma específica y pública a todos los actores. De esta forma es más probable que las autoridades que conducen la planificación se comprometan a acatar el mandato de los ciudadanos, y hacer que el plan sea vinculante con las políticas de salud y con la asignación de los recursos. Los compromisos públicos en procesos participativos favorecen la fiscalización y la vigilancia ciudadana.

La naturaleza y extensión de la participación pública en la determinación de prioridades<sup>32</sup> y en la planificación en salud<sup>33</sup> se ha incrementado en los últimos 20 años. A pesar de la popularidad de la participación, hay poco consenso sobre qué significa esto en la práctica<sup>34</sup> y existen inconsistencias sobre el efecto de la participación en este proceso.

---

<sup>29</sup> Ortún RJ, Pinto PJ, Puig JJ. El establecimiento de prioridades. *Atención Primaria*, 27(9):127-130.

<sup>30</sup> Paganini J. Programación en los Sistemas Locales de Salud, en: Paganini J, Capote R. Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos y experiencias, Organización Panamericana de la Salud: Publicación científica No. 519, 1990, Washington, p: 303-313

<sup>31</sup> Uribe F. La programación local de salud y la necesidad de un enfoque estratégico, en: Paganini J, Capote R. Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos y experiencias, Organización Panamericana de la Salud: Publicación científica No. 519, 1990, Washington, p: 407-418

<sup>32</sup> Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford R, Mort M. Whose priorities? Listening to users and the public. *BMJ* 1998; 3126:1668-1670

<sup>33</sup> Crawford M, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, Tyer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325: 1-5

<sup>34</sup> Thurston W, MacKean, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B, Bader J. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health policy* 2005; 73:237-252

Existe consenso en que el concepto y práctica de participación local en la evaluación de necesidades de salud es particularmente un reto, aunque no hay modelos de cómo hacerlo y hay obstáculos potenciales. Se reconoce que la participación de la comunidad puede promover buena salud y contribuir a reducir las inequidades<sup>35</sup>.

## **Resultados**

Los resultados que se esperan lograr con el Paso 3 son:

- 1) La lista técnica de prioridades de salud
- 2) Las prioridades de las necesidades de salud del Plan

---

<sup>35</sup> Jordan J, et al. , 1998. Op. cit



## Actividades

Para obtener las prioridades del plan estratégico se necesita la lista técnica de prioridades y que las autoridades responsables de la planificación definan el nivel de participación que se tendrá para obtener las prioridades. A continuación se presenta la serie de pasos para obtener las prioridades de salud.

### Secuencia de pasos para obtener las prioridades de salud

#### A) Obtención de la lista técnica de prioridades

- A partir de cada fuente de información se elabora la lista técnica en un taller de trabajo con la Unidad Técnica del Comité de formulación del plan estratégico
- En el taller los miembros de la Unidad Técnica agregan las prioridades obtenidas de las diversas fuentes de información, agrupándolas en necesidades referidas a daños y necesidades relacionadas a los servicios y problemas sociales
- La Unidad Técnica elabora una lista de prioridades la que servirá de marco de referencia para determinar las prioridades de salud del plan

#### B) Determinación participativa de las prioridades de salud del plan

- Los miembros del comité multi-institucional de formulación del plan se reúnen con las autoridades responsables de la planificación para definir el nivel de participación deseado, el número de prioridades que se elegirán, los grupos prioritarios, la modalidad de participación y la estrategia de comunicación

Existe experiencia en dos modalidades participativas para obtener prioridades de salud:

- Los cónclaves (asambleas populares)
- Las consultas ciudadanas (referéndum)
- Se organiza el proceso participativo y estará a cargo de la Unidad de Comunicaciones del comité de formulación del plan
- Se elabora un plan de comunicaciones y de participación social
- Se organizan los eventos participativos para recoger la voluntad ciudadana
- Se determinan las prioridades de salud del plan en forma participativa y representativa del territorio para el cual se planifica
- Se realizan actos públicos y se difunden las prioridades elegidas
- Se acuerda de manera formal que las prioridades son vinculantes y son un mandato ciudadano para las autoridades

### **3a. Elaboración del listado técnico de prioridades de salud**

El listado técnico se elabora en un taller de la Unidad Técnica. En esta reunión de trabajo se debe tener la lista de prioridades de cada fuente de información que fue revisada en el Paso 2.

Cada responsable del análisis o revisión de cada fuente de información presenta las prioridades, los hechos que sustentan las prioridades y la metodología empleada. Los otros participantes discuten la metodología y por consenso deciden qué lista de prioridades son las que serán tomadas en cuenta, para lo cual se evaluará el sustento técnico y metodológico correspondiente.

Las prioridades de cada fuente son transcritas a una hoja EXCEL para luego categorizar las prioridades y agregarlas en categorías semejantes.

Las categorías de agrupación se van creando por consenso según la información disponible en cada fuente de información.

Por lo general las prioridades se pueden agrupar en: a) daños, y b) problemas en los servicios y/o problemas sociales que afectan la salud.

Por lo general, muchas prioridades coinciden en importancia en las fuentes revisadas, por lo que un primer paso consiste en agruparlas según similitud.

La categorización y agrupación se realiza luego de un debate técnico entre los miembros de la Unidad Técnica para definir los criterios. Lo importante es que el proceso sea explicitado en el reporte de la lista técnica de prioridades. En la lista no se ordenan las prioridades en algún orden jerárquico, de tal forma que todas las prioridades tienen la misma importancia, por que quienes asignarán un orden jerárquico serán los ciudadanos en el siguiente sub-paso.

Los **daños** pueden ser agrupados según tipo de enfermedad (transmisibles/no transmisibles, salud mental, causas externa, etc.), daños relevantes según la magnitud de la enfermedad (cáncer en algún órgano específico, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición de la enfermedad, etc.), enfermedades que afectan a grupos vulnerables (madres, niños, jóvenes, ancianos), según la agrupación 6/67 de causas de mortalidad de OPS (Ver Anexo 1), entre otros.

Los **problemas en los servicios** y/o los **problemas sociales** pueden ser agrupados en: ambientales, laborales, comunitarios/sociales y de los servicios de salud.

Finalmente la lista de prioridades se envía al comité de formulación del plan y se programa una presentación para dar el sustento técnico respectivo.

### **3b. Participación ciudadana para la determinación de las prioridades sanitarias del plan estratégico**

Los objetivos de la participación ciudadana son precisos: lograr que los ciudadanos definan las prioridades de salud del plan estratégico; que las prioridades que se obtengan por decisión ciudadana sean vinculantes; y dar legitimidad y sostenibilidad al plan de salud.

En consecuencia, la determinación de prioridades mediante la participación ciudadana es un hito y un eje fundamental de este enfoque de planificación. Esta participación ciudadana busca ampliar los espacios participativos pequeños de representantes sociales y el de los técnicos y políticos sectoriales, para desarrollar planes de salud.

Esta forma de participación ciudadana es un mecanismo de participación directa y no corporativa que busca que los ciudadanos intervengan en las decisiones aunque no estén representados en la sociedad<sup>36</sup>.

En este tipo de participación ciudadana se requiere tomar en cuenta lo siguiente:

- La convocatoria de la participación ciudadana debe contener los objetivos y resultados que se esperan alcanzar con este proceso
- Debe existir un liderazgo y conducción política
- El proceso debe ser transparente, es decir que la información obtenida en el proceso participativo debe ser accesible a los ciudadanos
- La participación ciudadana tendrá un carácter vinculante y de legitimidad legal
- El proceso de la participación ciudadana deberá tener una estrategia y diseño claro para los actores sociales y los ciudadanos
- Debe existir un soporte institucional
- Es necesario la conformación y entrenamiento de facilitadores y promotores voluntarios
- Es necesario asistencia técnica para el diseño del plan de participación y para las estrategias de comunicación. La asistencia técnica es mucho más necesaria si se elige el referéndum como modalidad de participación ciudadana para la toma de decisiones de las prioridades de salud

Se proponen dos modalidades de participación ciudadana para determinar prioridades de salud del plan:

1) Los Cónclaves o asambleas de ciudadanos

2) La consulta ciudadana o Referéndum

A continuación se describen las actividades de cada modalidad de participación ciudadana.

### **3b1. Cónclaves ciudadanos para determinar prioridades de salud**

La modalidad participativa para determinar prioridades en Cónclaves se caracteriza por ser un proceso deliberativo participativo que combina la participación directa con la participación con representantes.

Los cónclaves son asambleas de ciudadanos que se reúnen para deliberar sobre las prioridades de salud de la lista técnica obtenida por la unidad técnica en el sub-paso anterior. Una vez deliberada las prioridades de la lista técnica, los ciudadanos puedan ampliar la lista por consenso y con sustento técnico o social (el cual debe ser explícito).

---

<sup>36</sup> Granados A. El poder ciudadano y las grandes decisiones sobre la salud, en: Gobierno regional de Lambayeque. El mandato ciudadano en salud, consulta ciudadana de Lambayeque, Gobierno regional de Lambayeque- Consejo Regional de Salud, 2005, Lima, p:29-37

El proceso participativo de los cónclaves deberá ser definido por el comité interinstitucional de formulación del plan y por las autoridades políticas correspondientes. Las características del proceso participativo dependerán del tamaño del territorio donde se planifica, de la complejidad del territorio, acceso, recursos disponibles, y de la organización geo-política del ámbito. El requerimiento fundamental es que se debe tratar que sea lo más representativo posible, y que permita la mayor participación de los ciudadanos.

De acuerdo a las consideraciones mencionadas en el párrafo anterior se debe definir lo siguiente:

- El número de cónclaves y cómo estos cónclaves se articulan para obtener las prioridades que representen a toda la población
- El número de prioridades que serán elegidas
- La existencia o no de grupos prioritarios a los que se le dará preferencias o mayor importancia en el momento de elegir las prioridades (Ej. área rural, los más pobres, los niños, los ancianos, las mujeres, etc.)
- La estrategia de comunicación y de dinámica participativa de los cónclaves

### **Actividades de los cónclaves**

- Invitar a todos los actores identificados en la planificación de la formulación del Plan
- Se invita a observadores del proceso, de preferencia a instituciones fiscalizadoras o que tienen neutralidad y prestigio
- Presentación del listado técnico de necesidades de salud con su respectivo sustento técnico
- Elaborar un programa y una guía metodológica del cónclave
- Imprimir dos ejemplares de la lista técnicas de prioridades por cada participante
- Conformar grupos de 8 a 15 personas entre los que asistieron al cónclave
- Cada grupo elegirá un facilitador y un relator de grupo
- Durante 3-4 horas del cónclave se deliberará sobre las prioridades de la lista técnica y se elige por consenso 5 prioridades en cada grupo
- El relator del grupo presentará en plenaria las prioridades seleccionadas por el grupo, quien sustentará con argumentos las razones por las que fueron elegidas
- En la última parte del cónclave cada participante elegirá 3 o 5 prioridades para lo cual marcará sus votos en la ficha de la lista de prioridades
- Los votos serán digitados en una hoja EXCEL y luego las prioridades serán ordenadas según número de votos
- Las prioridades que tienen mayor votación serán las prioridades elegidas
- En cada cónclave se determinarán de 5 a 8 prioridades (Por ejemplo, 3 daños y dos problemas en los servicios/sociales; 5 daños y 3 problemas en los servicios/sociales)
- Se presentarán las prioridades elegidas en un acto público y se hará manifiesta la voluntad en forma expresa de las autoridades para considerar a las prioridades elegidas como vinculantes con características de un pacto social



### **3b2. Consulta Ciudadana o Referéndum para determinar prioridades de salud**

El Referéndum para determinar prioridades se define como un proceso de deliberación pública y de decisión ciudadana mediante el voto universal, secreto y voluntario<sup>37</sup>. La Consulta Ciudadana o Referéndum se caracteriza por ser un proceso deliberativo participativo de participación directa y no corporativo, para elegir las prioridades de salud de un ámbito.

El referéndum plantea que para participar en decisiones claves, los ciudadanos no requieren mediaciones, y que son ellos los que viven los problemas de salud, en consecuencia son los que más saben sobre sus necesidades. Sin embargo, la fórmula propuesta para definir las prioridades consiste en no ser únicamente un proceso social, sino que la decisión de los ciudadanos se realiza luego que los técnicos y la sociedad civil definieron un menú de opciones con sustento técnico y social.

El referéndum genera una gran movilización social y pública, en consecuencia también se provoca una gran expectativa y mayor demanda social, lo que obliga a las autoridades a cumplir con sus compromisos legalmente constituidos.

Esta modalidad participativa exige un despliegue amplio de recursos económicos, comunicativos, de instituciones y personas, por lo que tiene que ser planificado con cuidado y antelación.

Las condiciones previas que necesitan ser tomadas en cuenta para organizar un referéndum son las siguientes:

- Los actores políticos deben estar involucrados y decididos a aceptar que las prioridades elegidas en el referéndum son un mandato ciudadano que lo hace vinculante a la asignación de los recursos
- El comité interinstitucional de formulación del plan deberá ser legítimo y aceptado por la comunidad
- Se debe contar con asistencia técnica para la organización y las campañas comunicativas
- Se deben gestionar los recursos financieros e institucionales para la organización del referéndum
- Prever que el proceso durará entre 6 a 8 meses
- Asignar personal con completa dedicación a la organización y gestión del referéndum
- Asegurar una transparencia del proceso
- Definir si se pondrá énfasis en algún grupo de la población que al cual se le dará mayor importancia en el momento de elegir las prioridades (Ej. área rural, los más pobres, los niños, los ancianos, las mujeres, etc.)
- Tener una clara estrategia de comunicación y de un equipo de profesionales con experiencia en actividades participativas y de comunicación masiva
- Se define quiénes serán los electores y si será necesario hacer procesos diferenciados de cédulas de votación o de estrategias de obtención de votos según tipo de ámbito (rural/urbano), según instituciones (colegios y centros educativos, instituciones militares, etc.).

---

<sup>37</sup> Granados A. El poder ciudadano y las grandes decisiones sobre la salud, en: Gobierno Regional de Lambayeque, El mandato ciudadano en salud, consulta ciudadana de Lambayeque, Gobierno regional de Lambayeque- Consejo Regional de Salud, 2005, Lima, p:29-37

## **Actividades del referéndum**

### *Plan del Referéndum*

- Elaborar un plan de actividades del referéndum, el cual estará a cargo de la unidad de comunicaciones del comité de formulación del plan y del propio comité
- El plan de actividades del referéndum y el presupuesto respectivo deberá ser aprobado por las autoridades correspondientes
- Gestionar el financiamiento del referéndum y la participación de las instituciones en su organización
- Definir la estrategia y estructura de la comunicación del referéndum
- Desarrollar la campaña de difusión del referéndum

### *Taller para definir la cédula de votación*

- Organizar un taller con la sociedad civil para definir la cédula de votación a partir de la lista técnica de prioridades proporcionada por la unidad técnica
- Elaborar la guía del participante del taller
- Imprimir dos ejemplares de la lista técnicas de prioridades por cada participante
- Se capacitan facilitadores del taller
- En el taller la unidad técnica presenta la lista técnica de prioridades con su respectivo sustento
- En el taller se conforman grupos de 10 a 15 personas para deliberar sobre las prioridades presentadas en la lista técnica
- Los facilitadores del taller promueven la participación de los integrantes de cada grupo
- Cada grupo elige por consenso 5 prioridades y los presenta en plenaria
- Finalmente cada participante elige de 3 a 5 prioridades de la lista técnica, marcando sus voto
- Los votos son digitados en una hoja de EXCEL
- Las prioridades se ordenan según la magnitud de votos
- Se determina el número de prioridades que formarán parte de la cédula de votación (se sugiere que no sean más de 12 prioridades)
- Se discute la metodología del referéndum y si se va a tomar alguna preferencia por algún grupo poblacional para que sus prioridades tengan mayor peso

### *Organización y implementación de las actividades del Referéndum*

- Se invita a los actores sociales para que se sumen a las actividades del referéndum
- Se invita a la prensa para anunciar el la cédula de votación para determinar las prioridades de salud del plan. Y son las autoridades correspondientes la que formalmente comunican a la prensa y a los ciudadanos sobre el proceso y la cédula de votación
- Gestionar la asistencia técnica de organismos con experiencia en actos electorales
- Capacitar a los promotores del referéndum y validar los materiales del sufragio
- Se invita a observadores del proceso, de preferencia a instituciones fiscalizadoras o que tienen neutralidad y prestigio
- Programar los días de votación

- Desarrollar un aplicativo o un software para el registro de los votos
- Conformar un equipo central de organización, y asignar personas a cargo de:
  - la coordinación con los centros de votación
  - la recepción de las actas de votación
  - la digitación de los resultados de la votación
  - la emisión de los reportes de los resultados parciales y finales de la votación
  - la comunicación a los medios de prensa
  - la supervisión y observación de la calidad del proceso (transparencia en el manejo de la información, neutralidad de los organizadores, equidad en el acceso a la votación y respeto al mandato popular)
  - la logística y financiamiento de las actividades
- Las prioridades que tienen mayor votación serán las prioridades elegidas
- Se sugiere que las prioridades elegidas para el plan sean 3 o 5
- Se presentarán las prioridades elegidas en un acto público y se hará manifiesta la voluntad en forma expresa de las autoridades para considerar a las prioridades elegidas como vinculantes con características de un pacto social



## Ejemplo de Cónclaves

En el departamento de Ucayali de Perú se desarrolló un plan estratégico participativo basado en evidencias. Ucayali está ubicado en la Región de la Selva, en el que habitan 450 mil personas. Geo-políticamente se encuentra dividido en 4 provincias y 14 distritos. La provincia de Purús y algunos distritos de Atalaya tienen dificultades de acceso por falta de medios de comunicación, por lo que se eligió la modalidad de cónclaves para determinar las prioridades de salud de la región.

El Gobierno Regional de Ucayali asumió la conducción política del plan y promovió la conformación de una instancia interinstitucional, el Consejo Regional de Salud (CRS), para que se encargue de la formulación del plan mediante sus unidades técnica y de comunicaciones.

En el paso 1 se planificó la formulación del plan con la participación de la sociedad civil y de las autoridades regionales de Ucayali. El Paso 2 de evaluación de necesidades de salud fue realizado por la unidad técnica del CRS, y revisaron las siguientes fuentes de información:

Fuente	Técnica para obtener prioridades	Número de prioridades
ASIS (Análisis de la situación de salud) de la Oficina de Epidemiología de la Dirección regional de Salud	-Matriz AVPP-REM (mortalidad precoz) -Pareto para determinar las causas de morbilidad más frecuentes	11 daños 7 daños
Encuesta de evaluación de necesidades (ENS)	Cuestionario de hogares sobre necesidades percibidas, percepción de la calidad de los servicios, y percepción de la corrupción en el sector	6 daños agrupados y 5 problemas en los servicios
Diagnóstico participativo de salud de FOROSALUD	Necesidades percibidas obtenidas mediante técnicas cualitativas (talleres y grupos focales) a informantes clave	9 daños 11 problemas en los servicios
Análisis de la demanda	Estimación de la demanda reprimida y demanda encubierta y demanda potencial a partir de los datos de la ENAHO	3 problemas en el acceso a servicios
Análisis de las cuentas regionales de salud	Determinación de la eficiencia y de la equidad en el financiamiento de la salud	3 problemas en los servicios

La secuencia de procesos del Paso 3 de esta metodología de planificación se muestra en la Fig. 6. En esta figura se muestra que la determinación de prioridades de salud en Ucayali fue realizado en una primera etapa en un proceso técnico y la decisión de elegir las prioridades fue realizado en un proceso participativo.

En primer momento la unidad técnica organizó un taller de trabajo para elaborar la lista técnica de prioridades a partir de las fuentes de información revisadas en el paso 2.

En el taller los participantes formaron categorías para agrupar las prioridades que aportaba cada fuente, las agregaron por similitud y construyeron la lista. Se conformaron dos grupos de prioridades: daños y problemas en los servicios. La lista, juntando todas las fuentes, sumó 33 daños y 22 problemas en los servicios. Luego de la agregación la lista se acortó a 22 daños y 19 problemas en los servicios.

Esta lista fue presentada en un formato para que en los cónclaves se puedan elegir las prioridades. En cada prioridad se añadió un espacio para marcar el voto.

En Ucayali se determinaron prioridades en cada distrito, y en cada distrito decidieron elegir como prioritarios 5 daños y 3 necesidades en los servicios. Con este fin se

realizaron cónclaves distritales en cada distrito. Estos cónclaves fueron conducidos por las alcaldías, representantes del Gobierno regional, miembros del Consejo Regional de Salud, y por miembros de la red de servicios de salud; y participaron ciudadanos y representantes de la sociedad civil de cada distrito. Los facilitadores de los cónclaves fueron entrenados previamente y utilizaron una guía metodológica.

En los cónclaves distritales se deliberó sobre la lista técnica de prioridades de salud, para lo cual se conformaron grupos de 10 personas en promedio. En cada grupo eligieron un moderador y un relator. Luego que cada miembro del grupo sustentara las razones para elegir alguna de las prioridades, el grupo eligió por consenso 5 prioridades, las cuales fueron presentadas en plenaria.

En un segundo momento del cónclave los participantes del cónclave emitieron su voto en la lista técnica de prioridades de salud tomando en cuenta dos criterios: impacto en el desarrollo individual e impacto en el desarrollo regional. Luego los votos registrados en la ficha fueron digitados en una hoja EXCEL para el conteo de votos. Se ordenaron las prioridades según número de votos y se eligieron los 5 daños y los 3 problemas en los servicios que tuvieron mayor cantidad de votos. Al finalizar el acto de elección de las prioridades distritales se designaron dos representantes por distrito para que asistan al cónclave regional.

Las prioridades determinadas en cada distrito fueron incluidas en una lista de prioridades. Al agregar las prioridades distritales se obtuvo una lista de 12 daños y 9 problemas en los servicios. Esta lista de prioridades fue la que se utilizó para elegir finalmente las prioridades del departamento en un cónclave regional.

El cónclave regional fue un evento muy promocionado y se generó mucha expectativa por ser la primera vez que en una asamblea regional se iban a elegir prioridades de salud, y que además será un mandato ciudadano para las autoridades regionales.

En el cónclave regional asistieron todos los representantes de la sociedad civil, observadores de instituciones no gubernamentales y del estado, autoridades regionales, distritales, representantes de cada distrito, y ciudadanos. Participaron aproximadamente 220 representantes.

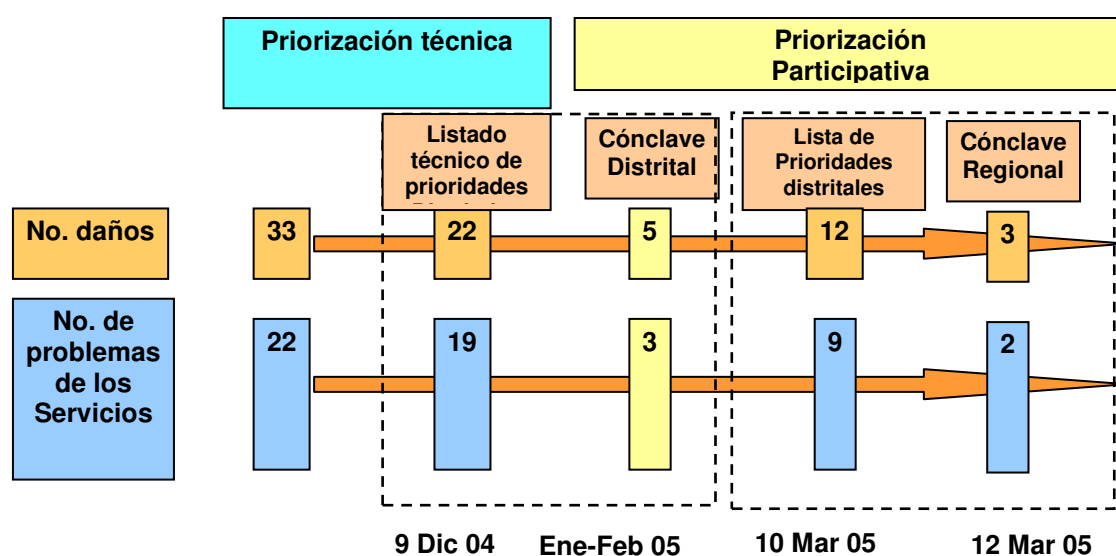


Fig. 6. Secuencia de pasos para obtener prioridades de salud en Ucayali

En el cónclave regional se conformaron grupos de 10 a 15 personas, para deliberar sobre las prioridades de la lista de las prioridades distritales obtenidas en los cónclaves. Se eligieron 5 prioridades por consenso en cada grupo y se presentaron los resultados en plenaria con el sustento respectivo. Luego cada participante eligió dos daños y dos problemas en los servicios. Los votos fueron digitados en una hoja EXCEL y se determinaron las prioridades más votadas. Las autoridades y el Consejo Regional de Salud decidieron que el plan estratégico se realizará para 3 daños y 2 problemas en los servicios.

Los daños elegidos fueron: enfermedades respiratorias, enfermedades de transmisión sexual y desnutrición;

Los problemas en los servicios fueron: deficiente acceso a agua y saneamiento básico, y escasez y desabastecimiento de medicamentos e insumos.



## Ejemplo de Referéndum

En el departamento de Lambayeque de Perú se desarrolló un plan estratégico participativo basado en evidencias. Lambayeque está ubicado en la Región de la Costa, en la zona Nor-Occidental del país. En Lambayeque habitan 951 mil personas. Geo-políticamente se encuentra dividido en 3 provincias y 38 distritos. Dado que no existen problemas de acceso y comunicación en la región se decidió organizar un referéndum para determinar las prioridades de salud del plan.

El Gobierno Regional de Lambayeque asumió la conducción política del plan y promovió la conformación de una instancia interinstitucional, el Consejo Regional de Salud (CRS), para que se encargue de la formulación del plan mediante sus unidades técnica y de comunicaciones.

En el paso 1 se programó la formulación del plan con la participación de la sociedad civil y de las autoridades regionales de Lambayeque. El Paso 2 de evaluación de necesidades de salud fue realizado por la unidad técnica del CRS, y revisaron las siguientes fuentes de información:

Fuente	Técnica para obtener prioridades
ASIS (Análisis de la situación de salud) de la Oficina de Epidemiología de la Dirección regional de Salud	-Matriz AVPP-REM (mortalidad precoz) -Pareto para determinar las causas de morbilidad más frecuentes
Encuesta de evaluación de necesidades (ENS)	Cuestionario de hogares sobre necesidades percibidas, percepción de la calidad de los servicios. Se realizaron 900 encuestas a una muestra representativa de Lambayeque
Diagnóstico participativo de salud de FOROSALUD	Necesidades percibidas obtenidas mediante técnicas cualitativas 61 entrevistas a informantes clave y dos talleres de priorización
Diagnósticos participativos de la ONG Max Salud en Chiclayo (1996-2004)	Necesidades percibidas obtenidas mediante talleres participativos con organizaciones sociales de base
Análisis de la demanda	Estimación de la demanda reprimida y demanda encubierta y demanda potencial a partir de los datos de la ENAHO
Análisis de las cuentas regionales de salud	Determinación de la eficiencia y de la equidad en el financiamiento de la salud

La secuencia de procesos del Paso 3 de esta metodología de planificación se muestra en la Fig. 7. En esta figura se muestra que la determinación de prioridades de salud en Lambayeque fue realizado en una primera etapa mediante un proceso técnico y la elección de las prioridades fue realizado en un proceso participativo. El proceso de la organización del referéndum duró 7 meses de trabajo continuo.

El proceso técnico consistió en un taller de trabajo de la unidad técnica para elaborar la lista técnica de prioridades a partir de las fuentes de información revisadas en el paso 2.

En el taller los participantes formaron categorías para agrupar las prioridades que aportaba cada fuente, las agregaron por similitud y construyeron la lista. Se conformaron dos grupos de prioridades: daños y problemas en los servicios. La lista, juntando todas las fuentes, sumó 63 daños y 14 problemas en los servicios. Luego de la agregación la lista se acortó a 26 daños y 10 problemas en los servicios.

En Lambayeque se inició la organización con la formulación del plan de trabajo del referéndum el cual tuvo que ser validado y aprobado por el Gobierno Regional para que la Dirección Regional de Salud soporte la organización y el apoyo logístico al

proceso. El gobierno Regional gestionó financiamiento de agencias cooperantes y de instituciones privadas para financiar el referéndum.

Se realizó la difusión del evento y permitió un mayor compromiso del personal de salud, y la participación de más instituciones.

Se organizó un taller con actores sociales y representantes de los ciudadanos para definir la cédula de votación a partir de la lista técnica de prioridades de salud. En ese taller se eligieron 10 prioridades que conformaron la cédula de votación (6 daños y 4 problemas de los servicios). La cédula de votación fue proclamada por el presidente del Gobierno Regional y por la Ministra de Salud. En conferencia de prensa ambas autoridades invitaron a los ciudadanos para que participen de la votación.

Se capacitaron 944 promotores voluntarios del referéndum, conformados en su mayoría por promotores de salud de toda la región. Las redes de salud se hicieron cargo de difundir el referéndum y de informar la importancia de la participación ciudadana en la elección de las prioridades de salud.

El universo de electores fue de 605.751, conformados por ciudadanos mayores de 18 años civiles y militares, y 51.000 escolares mayores de 14 años.

El Organismo Nacional de Procesos Electorales (ONPE) participó con 37 personas, la Defensoría del Pueblo participó como supervisor del proceso con 26 representantes. Participaron observadores de UNFPA, Proyecto Policy, USAID, Catalyst, Organismo Andino de Salud, OPS y las Direcciones de Salud de La Libertad, Arequipa, Piura, Tumbes y Cerro de Pasco.

El Centro de Coordinación Regional del proceso estuvo a cargo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), PHR-plus y el Consejo regional de Salud. La DIRESA también estuvo a cargo del apoyo logístico y del centro de prensa.

La ONPE se encargó de la logística electoral, la Universidad Pedro Ruiz Gallo y PHR-plus se hicieron cargo del centro de cómputo y recepción de las actas de votación.

En el referéndum han participado 22 actores, públicos y privados en la organización del referéndum. La sistematización del proceso ha identificado que la consulta ciudadana ha logrado motivar el interés por la planificación regional de salud y que se ha convertido en un espacio de encuentro efectivo entre los políticos y los ciudadanos; y que no solo ha permitido determinar prioridades de salud sino que también ha sentado las bases de un nuevo estilo de práctica política que afirma la gobernabilidad regional<sup>38</sup>.

En la Consulta Ciudadana participaron 123.697 votantes, incluyendo a militares, escolares y todos los demás habitantes de las áreas urbana y rural. Las prioridades obtenidas por mandato ciudadano fueron cinco: 1) escasez y deterioro de servicios de agua, desagüe y basura; 2) marginación de los pobres de los servicios de salud; 3) problemas de salud mental; 4) desnutrición; y, 5) problemas de salud materna.

---

<sup>38</sup> Carranza J, Tenorio A, Inga L. El Encuentro entre la voluntad política y la participación para definir prioridades sanitarias en la Región Lambayeque, en: Gobierno Regional de Lambayeque, El mandato ciudadano en salud, consulta ciudadana de Lambayeque, Gobierno regional de Lambayeque- Consejo Regional de Salud, 2005, Lima, p:29-37



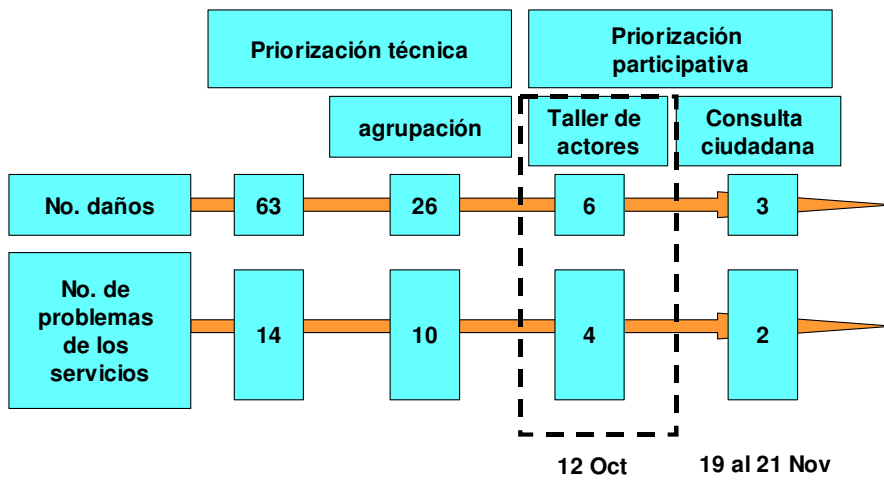


Fig. 7. Secuencia para obtener prioridades de salud en Lambayeque con la modalidad referéndum o consulta ciudadana

# PASO 4

## Análisis de factores y revisión de evidencias sobre la eficacia de intervenciones

### La determinación de estrategias basadas en evidencias

Luego de definir las prioridades de salud se necesita determinar estrategias basadas en evidencias para mejorar la situación de las prioridades de salud elegidas en el paso anterior. Con este fin se analiza la situación de cada prioridad, se analizan los factores que afectan a cada prioridad y se buscan evidencias de intervenciones dirigidas a los factores identificados.

En la Fig. 8 se muestra la ubicación del Paso 4 en la planificación estratégica participativa basada en evidencias.

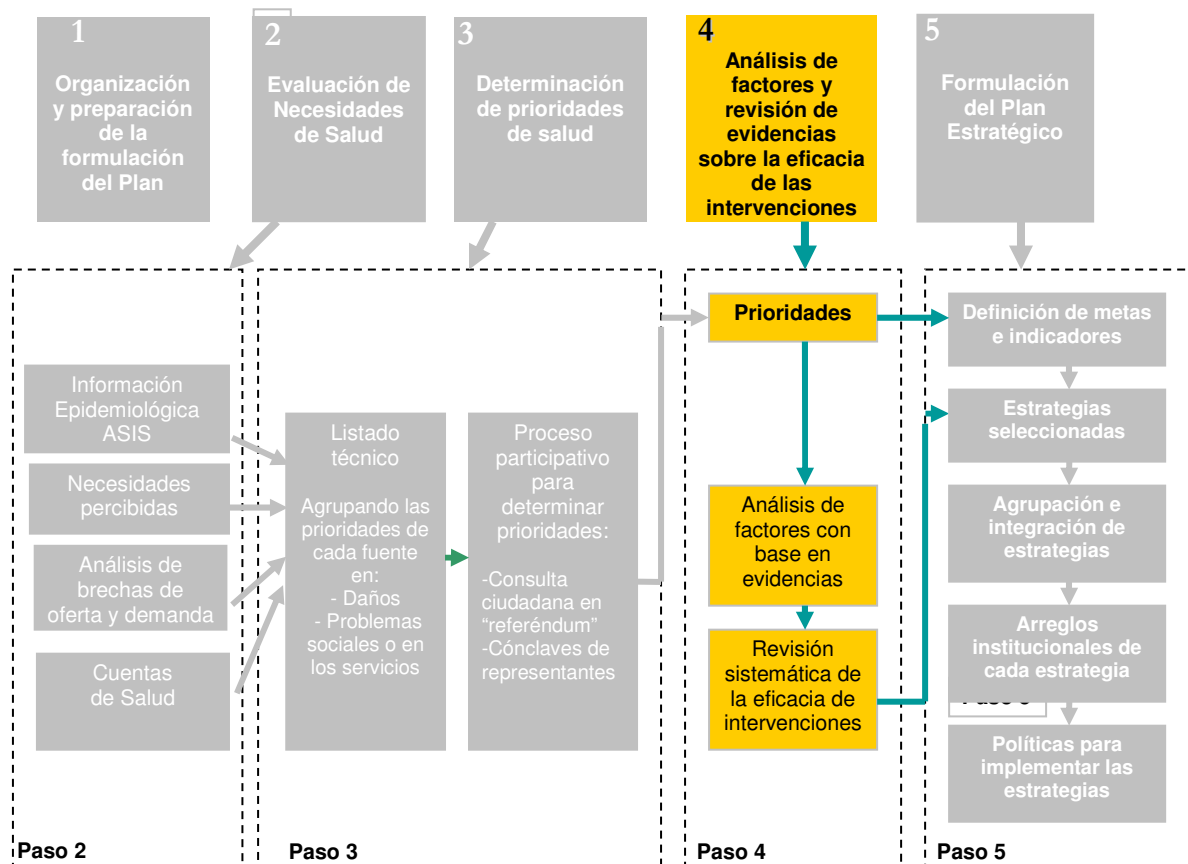


Fig. 8. Paso 4 de la Formulación del Plan Estratégico Participativo Basado en Evidencias en Salud (Plan Estratégico PBE)

En la Fig 9 se muestra la secuencia metodológica para determinar las estrategias y las metas basadas en evidencias.

Para determinar estrategias y metas basadas en evidencias se requiere del concurso de profesionales y técnicos con experiencia en cada prioridad, para lo cual se conformará un comité de profesionales y técnicos locales con la asistencia de expertos para cada prioridad.

En primer lugar se realiza el análisis de la situación de cada prioridad de salud seleccionada, en tiempo, espacio y persona. El equipo de expertos revisa la información de indicadores y de los hechos que caracterizan el problema, y se delimita el problema. En este momento se identifican los grupos más afectados, se analizan las tendencias, se evalúa la respuesta social que atiende el problema, se identifican los actores responsables de atender la prioridad, se identifican necesidades de información, etc. El análisis dependerá de la información disponible y del tiempo previsto para realizar la revisión de información. La evaluación de la situación de la prioridad puede incluir evaluaciones especiales para definir mejor el problema, en caso que no exista suficiente información.

A continuación se analizan los factores. El análisis de factores permite articular las prioridades con las intervenciones, por lo que este proceso técnico es fundamental. El análisis de factores consiste en identificarlos y agruparlos en: factores individuales, estilos de vida, factores relacionados a la red social y comunitaria, y a las condiciones de vida y de trabajo; y factores socioeconómicos, ambientales y culturales. Seguidamente se priorizan los factores según el impacto, vulnerabilidad, aceptabilidad y factibilidad.

Una vez determinado los factores se procede a identificar intervenciones que pueden ser implementadas o mejoradas. Para lo cual se revisan evidencias sobre la eficacia de las intervenciones mediante revisiones sistemáticas a cargo de un experto. El equipo de técnicos y expertos evalúan las evidencias y priorizan las estrategias y determinan las metas de cada prioridad.

En esta sección se muestra las consideraciones previas, las técnicas y las actividades del 4º paso de la planificación estratégica participativa basada en evidencias.

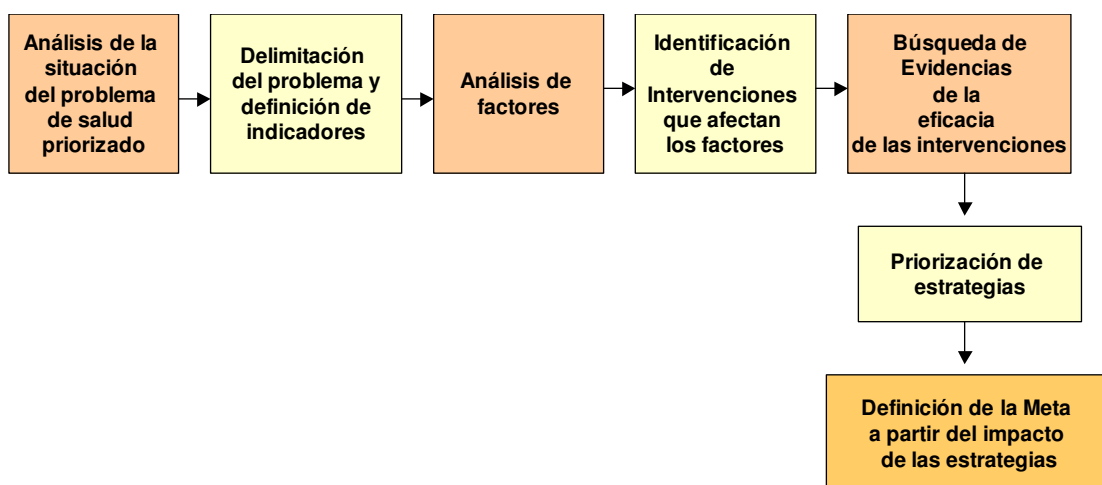


Fig. 9 Metodología para desarrollar estrategias, definir metas y formular políticas



## Marco conceptual

### Salud pública basada en evidencias

El movimiento de las ciencias de la salud basada en evidencias ha iniciado en 1990, y tiene su sustento en dos conceptos claves: las evidencias y la valoración crítica. La **evidencia** puede ser definida como “los hechos o testimonios que apoyan una conclusión, y alguna cosa que sirve como prueba”<sup>39</sup>, y la **valoración crítica** como “un proceso de evaluación que determina la significancia o el valor de algo que se valora y estudia con cuidado”<sup>40</sup>. Estos conceptos llegaron a ser fundamentales principios para la medicina basada en evidencias en la atención de pacientes y ahora lo es para la salud pública.

La **salud pública** es una disciplina científica y técnica tanto como social y política que tiene por objeto mejorar la salud y bienestar de comunidades o poblaciones<sup>41</sup>. “La salud pública es el proceso de movilizar y acoplar recursos internacionales, nacionales, estatales y locales para asegurar las condiciones en las cuales la gente puede vivir en forma saludable. Las acciones que deberían ser tomadas son determinadas por la naturaleza y magnitud de los problemas que afectan la salud de la comunidad. Y lo que puede ser hecho está determinado por el conocimiento científico y la disponibilidad de los recursos, y esto estará determinado por la situación social y política existente en un tiempo y lugar particular”<sup>42</sup>.

La salud pública utiliza una aproximación interdisciplinaria y está basada en teorías científicas con diferentes paradigmas científicos. La perspectiva patogénica tiene como foco la enfermedad, en consecuencia el interés es conocer cómo diagnosticar y cómo prevenirla; en cambio la perspectiva salutogénica tiene como foco la salud para conocer cómo mantener la salud<sup>43</sup>.

Las estrategias de prevención están fundamentadas en la **perspectiva patogénica**, la prevención primaria se caracteriza por acciones que se toman antes de que se produzca la enfermedad. Las estrategias para la prevención de enfermedades frecuentemente incluyen la identificación de factores de riesgo de una enfermedad e intentan reducir o eliminar los factores de riesgo en los grupos vulnerables. Esas intervenciones frecuentemente involucran un método específico y los resultados frecuentemente se miden en términos de prevalencia reducida de la enfermedad o prevalencia reducida de los factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Las estrategias de promoción de la salud tienen una **perspectiva salutogénica** donde el objetivo es el fortalecimiento de habilidades de grupos o de la sociedad entera para estar saludables. La promoción de la salud frecuentemente emplea una combinación de métodos dirigida a diferentes sectores de la sociedad. Los efectos de estas

<sup>39</sup> Trumble WR, Stevenson A, eds. Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles. Oxford: Oxford University Press, 2002. In: Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. J Epidemiol Community Health 2004; 58:538-545

<sup>40</sup> Alle N. Supporting decisions with best evidence. In: Alle N, Codgill K, Selden C, Youngkin M. Public Health Information and Data: A Training Manual [Internet], Bethesda: National Library of Medicine (US); 2004 [cited 2006 February 20]. Available from: <http://phpartners.org/pdf/phmanual.pdf>

<sup>41</sup> Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. J Epidemiol Community Health 2004; 58:538-545

<sup>42</sup> Detels RB. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, et al. Oxford Textbook of public health. Vol 1. Oxford: Oxford University Press, 2002

<sup>43</sup> Hedin A & Källestal C. (2004). Knowledge-based public health work Part 2, National Institute of Public Health Sweden, 9-16

intervenciones se evalúan no sólo en la mejora de la salud, equidad y calidad de vida, y también en conocimientos, actitudes y motivaciones.

En consecuencia, el trabajo de la salud pública puede ser categorizada como prevención de enfermedades o promoción de la salud. Para la planificación de intervenciones, la asignación y la conducción de políticas de salud se necesita información que aporte evidencias sobre la efectividad de las intervenciones y sobre cómo actúan estas intervenciones. Esta información responde al cómo y por qué actúan las intervenciones que los administradores, planificadores o tomadores de decisión se hacen permanentemente debido a lo limitado de los recursos.

La **salud pública basada en evidencias** se define como “el desarrollo, implementación, y evaluación de programas y políticas efectivos en salud pública, mediante la aplicación de principios de razonamiento científico, incluyendo el uso sistemático de datos y de sistemas de información, y el uso apropiado de teorías de ciencias de la conducta y de modelos de planificación de programas”<sup>44</sup>.

Una acción de salud pública basada en evidencias se caracteriza por que ha sido hecha con base en un informado, explícito y juicioso uso de la evidencia, derivado de una variedad de investigaciones científicas y sociales, y de métodos de evaluación<sup>45</sup>.

La definición tiene dos aspectos centrales: (1) el uso de alguna evidencia para decisiones informadas de salud pública; y (2) un énfasis en un claro razonamiento en el proceso de valoración e interpretación de la evidencia.

Brownson y col (1999, 2003)<sup>46 47</sup> propone solo dos tipos de evidencias:

El tipo 1 son investigaciones que describen relaciones de riesgo de enfermar, e identifica la magnitud, severidad, y susceptibilidad de prevención de problemas de salud pública. Este tipo de evidencias apuntan al hecho que “alguna cosa debería ser hecho”.

El tipo 2 de evidencias identifican la efectividad relativa de intervenciones específicas dirigidas a resolver algún problema, así este tipo de evidencias pueden ayudar a determinar “esto debería ser hecho”.

Las Políticas y Prácticas basadas en evidencias “exploran el proceso de búsqueda sistemática, valorando y usando la investigación científica como la base para el desarrollo de prácticas. El conocimiento obtenido por esta investigación es usado para desarrollar políticas y prácticas que mejoran la salud y el desempeño tanto como para permitir mejorar la eficiencia del uso de los recursos. Los hacedores de política se proveen con una mejor comprensión de la ciencia, asegurando que las decisiones políticas estén basadas en la mejor información disponible”<sup>48</sup>.

La práctica basada en la evidencia se refiere a la mejor evidencia, o sea la mejor información disponible sobre el tópico de interés. Esto es importante porque las

---

<sup>44</sup> Brownson, Ross C, Baker E, Leet T, Gillespie K, Editors. Evidence-Based Public Health. New York: Oxford University Press, 2003. Available in: <http://phpartners.org/tutorial/04-ebph/2-keyConcepts/4.2.2.html>

<sup>45</sup> Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-2. In: Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. J Epidemiol Community Health 2004; 58:538-545

<sup>46</sup> Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. Journal of Public Health Management Practice 1999; 5:86-97

<sup>47</sup> Brownson RC, Baker EA, Leet TL, et al. Evidence-based public health. Oxford: Oxford University Press, 2003:7

<sup>48</sup> The 2005 Annual Meeting of the American Public Health Association

decisiones están basadas en evidencias científicas y prácticas efectivas, ayuda a recuperar información actualizada y confiable sobre lo que funciona y no funciona para algún problema de salud pública.

La mejor evidencia puede ser usada para apoyar la toma de decisiones con evidencias científicas, para evaluar la efectividad y costo-efectividad de los programas de salud, para implementar nuevos programas de salud, cuando se diseñan proyectos y cuando se diseñan estrategias de planes de largo y mediano plazo.

### **El análisis de factores**

La evaluación de necesidades de salud utiliza un **modelo social de salud**<sup>49</sup> que reconoce que la salud es un resultado de los efectos de todos los factores que afectan la vida de los individuos, familias y comunidades en diferentes vías y a través de diferentes rutas. Mejoras significativas en la salud de una comunidad y una reducción en inequidades en salud pueden ser solo alcanzadas a través de mejoras sociales de la población, la calidad de vida económica y ambiental, apoyada por una adecuada atención de salud y cuidado social, y de acciones para apoyar positivamente la conducta saludable.

Se parte de la premisa de que la enfermedad está relacionada a los factores en los tres niveles de prevención de salud enfermedad (primario, secundario, y terciario)<sup>50</sup>:

- 1 La enfermedad puede ser causada por un factor.
- 2 Los problemas con detección y tratamiento de enfermedades están relacionados a factores.
- 3 Las consecuencias de los problemas están afectadas por factores.

Inversamente, las condiciones de salud pueden incrementar o reducir el impacto de un factor sobre la salud, por ejemplo, la angina puede reducir la capacidad de una persona para trabajar y reducir sus ingresos.

Los factores pueden afectar la salud directamente (Ej. una enfermedad) e indirectamente (por causar una enfermedad o incrementar el impacto en la salud). El rango de factores desde esos que afectan a los individuos, a través de su círculo inmediato, familiar o comunitario, y más ampliamente el ambiente en el cual ellos viven, de juego y trabajo, a nivel de política local, nacional o internacional.

El modelo arco iris<sup>51</sup> provee una visión sistemática de todos los factores que afectan la salud (Fig. 10). Los individuos son el centro del modelo y están rodeados de factores individuales, estilos de vida. Las personas también están afectadas por las condiciones de vida y de trabajo, y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Los factores biológicos son factores psicológicos y físicos identificables, Ej. Genéticos, desórdenes de personalidad, alergias, o hipertensión. Los factores de estilos de vida

---

<sup>49</sup> El modelo médico de la salud considera a la salud como la ausencia de enfermedad. En esta aproximación, la cura más que la prevención es enfatizada, y el tratamiento de enfermedades se enfoca más que en las más amplias necesidades humanas o de la población

<sup>50</sup> Prevención primaria: previene la ocurrencia de las enfermedades o daños  
Prevención secundaria: previene la progresión o recurrencia de los problemas por una detección y atención precoz  
Prevención terciaria: previene las consecuencias o complicaciones de los problemas

<sup>51</sup> Dahlgren 1995 in: Hooper J. Longworth P. Health Needs Assessment, Health Development Agency, London, 2002

incluyen un rango de conductas, tales como el ejercicio, los alimentos, hábito de fumar, y uso de drogas que alteran la mente.

La red social y comunitaria incluye a los amigos, relaciones familiares y algo de normas culturales de las comunidades en el cual se vive. Esas redes sociales y comunitarias pueden tener un impacto positivo y negativo sobre la salud. Ellos pueden ser una valiosa fuente de apoyo cuando los tiempos son difíciles, pero ellos también pueden no apoyar o tener un efecto negativo.

Condiciones de vida y de trabajo son factores estructurales que incluyen:

- Adecuado hogar, confortable, cálido.
- Aire, agua, ruido, disposición de desperdicios.
- Uso de la tierra, calidad de los edificios, y habitats natural.
- Espacios abiertos seguros, cómodos, tiendas confortables (especialmente de alimentos).
- Seguridad : en el hogar, en los caminos, en los lugares de trabajo, y del crimen.
- Empleo- oportunidades para empleos, condiciones de trabajo, desempleo.
- Diferentes modelos de transporte.
- Información, disponibilidad de consejo.
- Educación y aprendizaje a lo largo de la vida.
- Creación y distribución de riqueza, incluyendo niveles de ingreso.



Fig. 10. Principales determinantes de la salud. Modelo "arco iris" de Dahlen & Whitehead, 1991

Todas las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales en el cual la gente vive son factores que afectan a toda la sociedad. Esto incluye políticas locales y nacionales que tienen un impacto en la salud, cambios en estas políticas determinan tales influencias como las condiciones económicas y oportunidades de empleo. Se podría incluir el estado de los pobres, indígenas, el estatus de la mujer entre otros.

La conducta de un individuo puede producir un daño en la salud, y pueden algunas veces ser una vía efectiva para hacer frente a las presiones en su vida. Así para

mejorar la salud de los individuos se requiere que los individuos sean capaces de resistir a las enfermedades, hacer frente al stress, y vivir y trabajar en sociedad. Existen prácticas culturales positivas y ambientales que conducen a la salud.

El análisis de factores de cada problema priorizado se realiza considerando los siguientes grupos:

Estilos de vida  
Factores ambientales  
Servicios de salud  
Socio-económicos

#### *Priorización de factores*

La revisión de hechos y evidencias sobre los factores que afectan cada prioridad deberán responder a las siguientes preguntas

a) Sobre el IMPACTO de los factores:

¿Cuáles son los factores que tienen el más significativo IMPACTO sobre los problemas priorizados? Según magnitud del efecto en la salud o severidad y según el tamaño de la población afectada.

b) Sobre la VULNERABILIDAD de los factores:

- ¿Cuáles son las acciones más efectivas para reducir el impacto de los factores priorizados?
- ¿Qué acciones son efectivas a través de los tres niveles de prevención?
- ¿Hay políticas organizacionales relevantes que deberán ser hechas?

c) Sobre la ACEPTABILIDAD de los cambios en los factores:

¿Son los cambios aceptables? ¿Para la población blanco y la comunidad entera? ¿Para la gente ofertando la actividad? ¿Para las organizaciones comisionadas y que gerencian la actividad?

d) Sobre la FACTIBILIDAD de intervenir en los factores:

¿Están disponibles los recursos para realizar acciones que neutralicen los factores seleccionados?

#### **Las revisiones sistemáticas**

Usualmente se distingue entre artículos de revisión y revisión sistemática.

Los artículos de revisión no son compilaciones sistemáticas de las publicaciones; ellos son una selección comprimida y subjetiva de artículos, y presenta igualmente evaluaciones subjetivas. Un artículo de revisión son frecuentemente compilados por investigadores experimentados en el área: ambos tienen fortalezas y debilidades.

Las **revisiones sistemáticas** identifican, seleccionan, evalúan y sintetizan la evidencia de estudios previos, a través de procedimientos de alto rigor científico. Las revisiones contienen una sección de método y resultados, que se describen con el mismo nivel de detalle que caracteriza cualquier informe de investigación de alta calidad. Dentro de



las características de las revisiones sistemáticas se pueden incluir las siguientes: (a) tienen objetivos explícitos, (b) criterios de elegibilidad explícitos, (c) la búsqueda de estudios se diseña de tal forma que se reducen los sesgos potenciales, (d) cada estudio se evalúa de acuerdo con los criterios de elegibilidad, justificando la exclusión, (e) identifica la mayor cantidad de datos posibles, (f) utiliza técnicas cuantitativas para analizar los datos cuando es apropiado y posible.

Las revisiones sistemáticas “...evalúan las secciones de metodología y resultados de una población específica de estudios para buscar un consenso sobre un tema de estudio dado basado en la investigación” (Johnson y col., 2000, p. 35, citado por Welsh y Farrington, 2001)<sup>52</sup>.

Los resultados de las revisiones sistemáticas permiten saber lo que se conoce y lo que se desconoce en un campo de investigación y contribuyen a reducir los vacíos de conocimiento aún existentes. El propósito principal de las revisiones sistemáticas es llegar a conclusiones acerca del mejor conocimiento disponible.

Las revisiones sistemáticas son compilaciones sistemáticas de los estudios científicos. Estas revisiones incluyen artículos publicados en revistas científicas y la llamada “literatura gris”. La literatura gris incluye reportes y documentos que no han sido publicados en revistas o en publicaciones científicas. Esta zona gris incluye publicaciones incluye reportes técnicos, reportes de conferencias. Las revisiones sistemáticas son compiladas en una ruta estructurada: esto significa que el material es recolectado de acuerdo a un esquema definido para evitar sesgos y prevenir distorsiones de las conclusiones, y el proceso se describe claramente, de tal forma que puede ser evaluado y repetido paso a paso.

La mayoría de métodos para compilar las revisiones sistemáticas se originan de la Colaboración Cochrane, y de la medicina basada en evidencias. La Colaboración Cochrane comenzó en 1993, es una organización de científicos y médicos quienes han tomado por sí mismos la tarea de compilar sistemáticamente revisiones, principalmente de la tecnología médica y tratamiento. La organización fue fundada por la iniciativa de del epidemiólogo inglés Archie Cochrane con el fin de compilar y actualizar las revisiones sistemáticas de intervenciones en el sector de atención de salud, y haciendo la información más disponible a los médicos, a los tomadores de decisiones y a los pacientes. Existe una Guía para Revisores de Cochrane que ha sido uno de los insumos de esta guía (<http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hbook.htm>).

La Colaboración Cochrane está conformada por muchos grupos de trabajo que desarrollan métodos para las revisiones sistemáticas en diferentes áreas de la salud. Uno de esos grupos de trabajo, el Area de de Salud Pública y Promoción de la Salud, ha sido dirigido especialmente sobre los métodos para las revisiones sistemáticas de promoción de la salud ( <http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/welcome/index.htm>).

Se ha desarrollado un suplemento a la guía para revisores de Cochrane para revisiones sistemáticas de promoción de la salud e intervenciones en salud pública editada por Jakson N & Waters E.

---

<sup>52</sup> Welsh, B.C. y Farrington, D.P. (2001). Evaluating the Economic Efficiency of Correctional Intervention Programs. En G. A. Beinfeld, D. P. Farrington y A. W. Leschied (Eds.), *Offender Rehabilitation in Practice* pp. 45 – 65. Chichester, Wiley.

## Las revisiones sistemáticas en el Plan Estratégico de Salud

Se necesitan evidencias sobre la eficiencia e impacto de intervenciones en los problemas prioritarios, así como se necesitan evidencias sobre la magnitud de riesgo e impacto de estos factores que afectan las prioridades de salud.

Lamentablemente, esta información es difícil de encontrarla de manera oportuna e inmediata debido a que no todas las investigaciones responden a estas preguntas, muchas investigaciones no tienen la suficiente calidad para ser tomadas en cuenta, no todas son relevantes, no todas las investigaciones se publican en revistas científicas (en especial las que demuestran que las intervenciones no tuvieron los efectos esperados) y muchas veces existe discrepancias en los resultados de intervenciones similares.

Una alternativa metodológica para obtener esta información son las revisiones sistemáticas que aportan evidencias cuando los tomadores de decisiones y los administradores planifican y asignan recursos.

Las **revisiones sistemáticas** tienen como objetivo integrar eficientemente toda la información válida y proporcionar una base para tomar decisiones de manera racional<sup>53</sup>. Las revisiones sistemáticas establecen cuándo los efectos de la atención sanitaria son consistentes y cuándo pueden aplicarse los resultados de la investigación a los diferentes grupos de población, ámbitos y diferencias en las intervenciones. El uso de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita el sesgo y reduce los efectos encontrados por azar, proporcionando así resultados más fiables sobre los cuales sacar conclusiones y tomar decisiones<sup>54</sup>

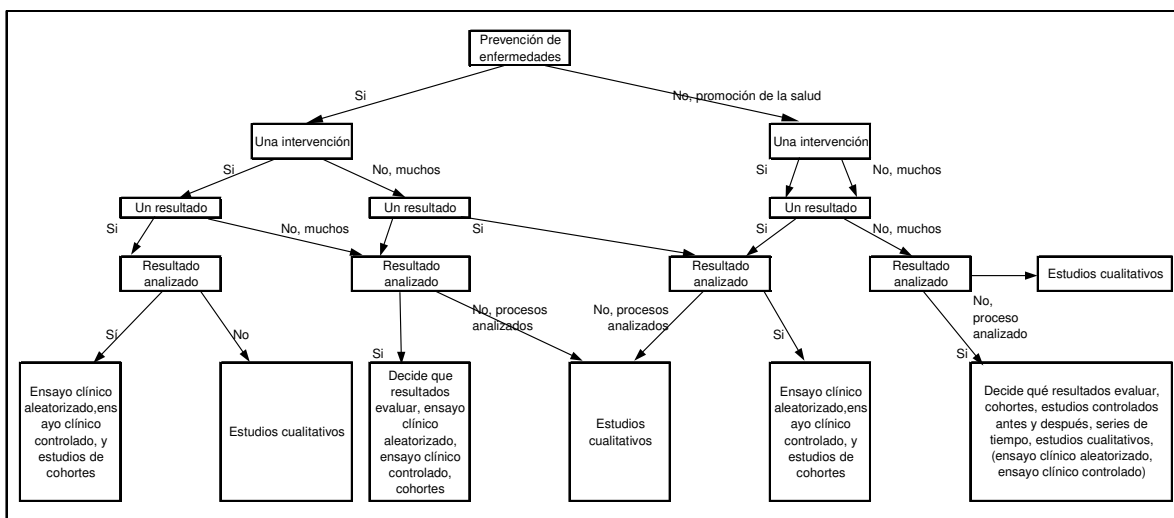


Fig. 11. Esquema para la clasificación de las preguntas de investigación para una revisión sistemática sobre promoción de la salud o salud pública

Para realizar una revisión sistemática se necesita una categorización del trabajo en salud pública, para lo cual Hellín & Källestal (2004) han propuesto un árbol de decisiones que permiten orientar la revisión sistemática sobre las intervenciones en salud pública (Ver Fig. 11).

<sup>53</sup> Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ 1994; 309:597-9

<sup>54</sup> Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analysis of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 1992; 268:240-8

PHRplus y ahora PRAES ha desarrollado una Guía Metodológica<sup>55</sup> para realizar Revisiones Sistemáticas con base en la Guía de Revisores de Cochrane.



## Actividades

Para desarrollar el Paso 4 de la Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias se programarán los siguientes sub-pasos:

**Sub-paso 4a** : Conformación y definición de roles y actividades de los expertos y del equipo técnico local

**Sub-paso 4b** : Delimitación de la prioridad y listado de factores y estrategias

**Sub-paso 4c** : Búsqueda de evidencias y planteamiento de argumentos técnicos para cada factor y estrategia

### Sub-paso 4a: Conformación y definición de roles y actividades de los expertos y del equipo técnico local

Sub-paso 4a: Conformación y definición de roles y funciones de los expertos y equipo técnico local					
Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4a.1. Definir las actividades y productos de los expertos	Elaborar la guía informativa para los expertos	-Guía de PRAES -Organismo que da asistencia técnica y la Unidad técnica	Términos de referencia: Desarrollo de un marco conceptual de análisis de la prioridad Análisis situacional de la prioridad de salud Análisis de factores Propuesta de estrategias basadas en evidencias Propuesta de metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reunión para definir actividades y productos de los expertos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a.2. Conformación del equipo técnico local de cada prioridad	Identificación de las instituciones involucradas en las prioridades de salud Invitación a los técnicos de estas instituciones	Unidad Técnica y autoridades	Equipos técnicos locales conformados para: obtener información local, validar y seleccionar las estrategias y definir las metas a partir del reporte del experto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a.3. Realizar un cronograma de trabajo para el desarrollo de la propuesta técnica de estrategias	Guía para el desarrollo técnico de estrategias a partir de las prioridades de salud	PRAES	Guía que contiene: secuencia de pasos, actividades, actores, productos, fecha y responsables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reunión de programación	Unidad Técnica y expertos	Cronograma concertado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>55</sup> Velásquez A. Guía: Metodología de Revisiones Sistemáticas, PHRplus/PRAES/USAID, Lima, 2005

Se conformará un equipo técnico local para cada prioridad. El equipo técnico local estará conformado por los técnicos de las instituciones que tienen relación con las prioridades. El Comité de Formulación del Plan estratégico y las autoridades correspondientes identificarán a las instituciones involucradas, creará un directorio e invitará a las instituciones para que envíen a sus técnicos. Se recomienda contratar un experto para cada prioridad.

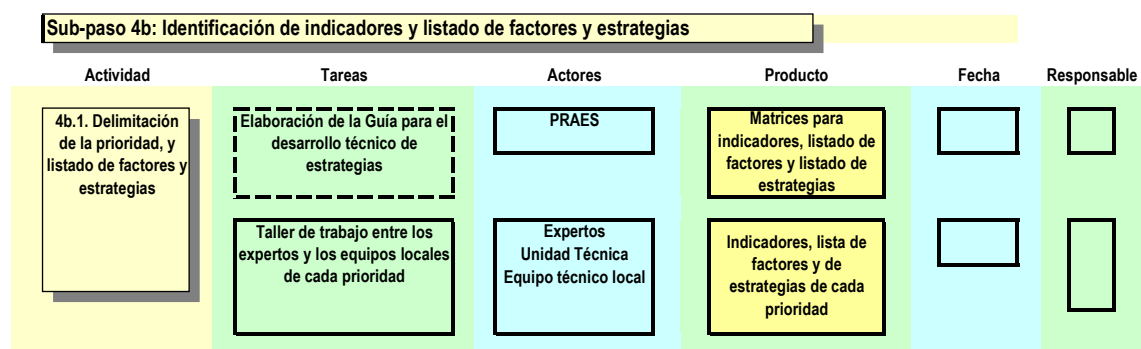
El rol del equipo técnico junto con el experto es el de analizar la situación de la prioridad de salud, definir los indicadores de cada prioridad, identificar los factores y las estrategias; y elaborar el reporte técnico integrado basado en evidencias. El reporte técnico deberá incluir las estrategias y las metas basadas en evidencias.

## Sub-paso 4b: Delimitación de la prioridad y listado de factores y estrategias

Se organiza un taller de los expertos con los equipos técnicos locales de cada prioridad para realizar las siguientes actividades:

- Programar y desarrollar las actividades que conducirán a obtener las estrategias y metas basadas en evidencias.
- Analizar la situación del problema, para lo cual el experto expone el marco de análisis de la prioridad, y luego junto con el equipo técnico local delimitan la prioridad e identifican los indicadores.
- Listar los factores que afectan a la prioridad
- Listar las estrategias que pueden modificar los factores identificados

Para este taller se requiere de una guía para el desarrollo de estrategias basadas en evidencias. El modelo de guía se encuentra en la página Web de PRAES.



En el taller se conforman grupos de trabajo para cada prioridad. Los miembros de los equipos técnicos locales son representantes técnicos de las instituciones involucradas en cada prioridad.

En ese momento el experto de cada prioridad expone el marco conceptual de análisis y luego con el grupo se delimita la prioridad con indicadores. Para definir los indicadores que miden la prioridad se utiliza la Matriz 1. Esta matriz considera un breve descripción de los antecedentes de la prioridad (cómo fue elegida y en qué orden de importancia), luego se denomina el indicador o indicadores que miden la

prioridad, se indica la forma de cálculo, la forma de cálculo y la fuente de información; y la información disponible (considerado como línea de base).

**Matriz 1**



**Definición del indicador e información disponible**

<b>Prioridad:</b>	
Antecedentes :	
<b>Indicador:</b>	
<b>Forma de cálculo</b>	
Fuente y responsable de medición	
Línea de base (información disponible)	

Luego de delimitada la prioridad se procede a analizar los factores que afectan el indicador de la prioridad. Con este fin se utiliza la matriz 2 que permite analizar los factores en 4 áreas. Estilos de vida, ambientales, servicios, y socioeconómicos. Los participantes con la facilitación de los expertos llenan la matriz.

## Matriz 2

### Análisis de los factores que afectan a cada prioridad



Indicador de la prioridad:	
Factores	Magnitud del efecto en el indicador de la prioridad y fuentes de información
Estilos de vida (comportamiento)	
Ambientales	
Servicios	
Socioeconómicos	

Una vez identificado los factores los participantes de cada equipo técnico local, junto con el experto proponen estrategias. Se trata de desarrollar estrategias con base en evidencias. Con este fin se utiliza la Matriz 3. Puede haber más de una estrategia para un factor y una estrategia puede afectar a varios factores.



**Matriz 3**  
**Listado de estrategias**  
**Indicador:**

<b>Factor</b>	<b>Estrategia 1</b>	<b>Estrategia 2</b>	<b>Estrategia 3</b>	<b>Estrategia 4</b>	<b>Estrategia 5</b>

Al final del Taller se consolida la información de cada grupo y se presenta los resultados en una plenaria. Los expertos se llevan las matrices llenas para utilizarlas como insumo para la búsqueda de evidencias y dar el sustento técnico a los factores y estrategias identificados.

En el Anexo 6 se muestra ejemplos del uso de estas matrices.

## Sub-paso 4c: Búsqueda de evidencias

La búsqueda de evidencias se realiza luego de haber delimitado el problema o prioridad de salud, y de haber analizado la situación de cada prioridad.

El análisis de la situación de cada prioridad debe considerar lo siguiente:

- Determinar la magnitud del problema mediante la obtención de información de indicadores
- Caracterizar la prioridad en tiempo, espacio, y persona
- Identificar a los actores sociales involucrados en la atención de la prioridad

Sub-paso 4c: Búsqueda de evidencias					
Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4c.1. Búsqueda de evidencias y de argumentos técnicos que sustenten los factores y estrategias listados en 4b.1	Elaboración de un Ejemplo con: marco conceptual de análisis, delimitación de la prioridad con indicadores, factores y estrategias basadas en evidencias	PRAES	Ejemplos de reportes técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Búsqueda de evidencias y planteamiento de argumentos técnicos para cada factor y estrategia de cada prioridad	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local	Reporte técnico de avance de los expertos utilizando los insumos proporcionados por los equipos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recolección de información local y de evidencias	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Recomendaciones para la búsqueda de información

Es necesario tomar en cuenta que el principal recurso de los revisores es su tiempo. El tiempo requerido puede variar en función del tema, del número de estudios, la experiencia de los revisores y el tipo de apoyo de expertos. Los revisores deben valorar el tiempo que van a requerir para la revisión. Las tareas que el revisor tiene que realizar son:

- Planificar la estrategia de la búsqueda e identificar las fuentes de información
- Búsqueda de estudios (asistencia a bibliotecas, Internet, bases de datos)
- Evaluación de citas e informes completos de estudios para su inclusión en la revisión
- Evaluación de la calidad de los estudios incluidos y obtención de datos
- Análisis de datos en caso sea necesario
- Interpretación de resultados y preparación del informe

Se pueden requerir recursos adicionales:

- Ayudas para tareas de biblioteca y fotocopias
- Un segundo revisor, un ayudante o estudiante para evaluar los estudios que deben ser incluidos, obtener los datos y realizar los análisis
- Apoyo estadístico para sintetizar (si es apropiado) los resultados de los estudios incluidos



En el Anexo 7 se adjunta una lista de bases de datos de revisiones sistemáticas y de publicaciones científicas (Ej. *Registro especializado del CRG, CENTRAL, MEDLINE, EMBASE*).

La búsqueda en estas bases de datos requiere de la identificación de palabras clave y del apoyo de un bibliotecario o de alguna persona que tenga experiencia en búsqueda de información. El grupo asesor puede ayudar a determinar las palabras clave para la búsqueda electrónica (en bases de datos y en Internet)

Grupo de asesores o expertos

Una revisión sistemática es más relevante si se consulta con expertos en el tema que se quiere investigar, y si la revisión conduce a responder las preguntas de importancia para los tomadores de decisiones. De este modo las revisiones incluirán intervenciones, resultados y poblaciones más relevantes.

Términos de referencia del grupo de asesores o expertos:

- Validar o proponer el marco conceptual de análisis de la prioridad
- Proveer o sugerir importante material sobre antecedentes que dan luces sobre las diferentes perspectivas
- Sugerir fuentes de información para la búsqueda
- Ayudar a interpretar los hallazgos de la revisión

*El marco conceptual de la prioridad*

Con mayor información se revisa el marco conceptual de análisis de la prioridad. Por lo general existen marcos conceptuales definidos, sin embargo en casos particulares se puede elaborar un marco conceptual *ad hoc*. Este marco puede considerar niveles de influencia e interrelaciones entre los factores. Un ejemplo de este marco conceptual se muestra en la Fig. 13.

*Búsqueda de evidencias de los factores identificados en el sub-paso 4b*

La matriz 2, que fue llenada en el taller de trabajo en el sub-paso 4b, contiene los factores identificados. Luego de la revisión del marco conceptual se ajusta el listado de factores y se busca información sobre la magnitud, impacto y vulnerabilidad de cada factor.

*Búsqueda de evidencias de eficacia de las estrategias identificadas en el sub-paso 4b*

La matriz 3, que fue llenada en el taller de trabajo en el sub-paso 4b, contiene las estrategias para cada factor. Luego de la revisión de evidencias se añaden las evidencias encontradas para cada estrategia propuesta. En esta etapa se pueden depurar estrategias que no tienen un adecuado soporte en las evidencias, y se pueden añadir otras.

*Matriz estratégica de cada prioridad*

Se ha diseñado una matriz estratégica para cada prioridad (Fig. 12). Esta matriz contiene las metas, los indicadores, y las estrategias agrupadas (prestación de servicios, calidad de servicios, promoción de la salud, participación social y financiamiento). Un ejemplo de una matriz estratégica de una prioridad se encuentra en el Anexo 8.



<b>Categorías de agrupación de las estrategias</b>	<b>Indicador 1 Basal Meta</b>	<b>Indicador 2 Basal Meta</b>	<b>Indicador 3 Basal Meta</b>
<b>Participación y gobernanza</b>	<b>Estrategia basada en evidencias</b>		
<b>Financieras</b>	<b>Estrategia basada en evidencias</b>		
<b>Prestación de servicios</b>			
<b>Calidad de servicios</b>			
<b>Promoción de la salud</b>			

Fig. 12. Matriz estratégica para cada prioridad



## Ejemplo de marco conceptual de una prioridad

### **Prioridad: Mortalidad Materna**

Maine y McCarty (1992)<sup>56</sup> propusieron un modelo analítico de mortalidad materna que se muestra en la Fig. 13. En el modelo se identifican factores distantes, factores intermedios y resultados.

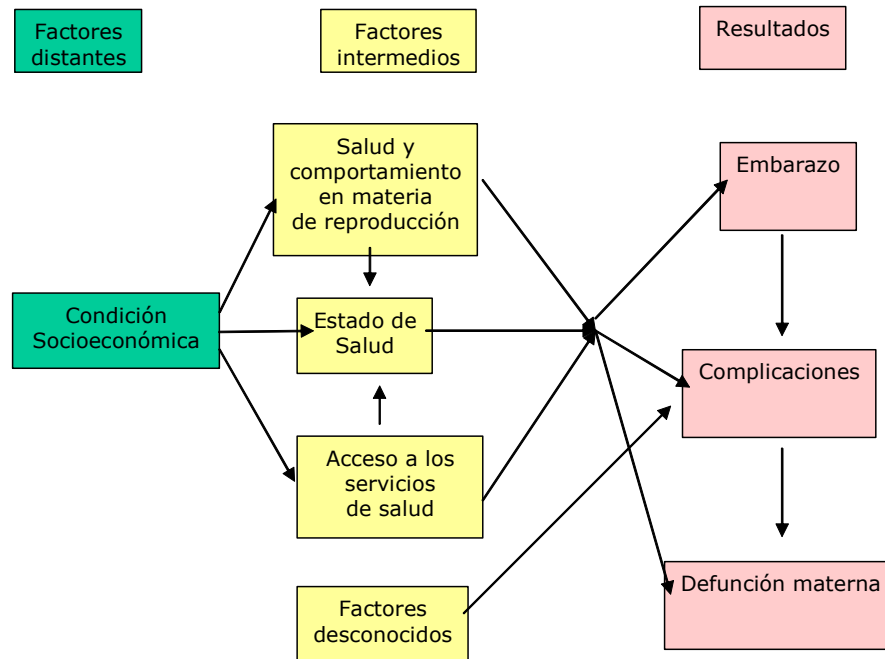


Fig. 13. Modelo Analítico de Mortalidad Materna

*Analizando los componentes del modelo:*

**Resultado:** la cuarta parte de las defunciones maternas en países en desarrollo, se producen por causas indirectas, entre las cuales tenemos, paludismo, hepatitis, anemia, enfermedad cardíaca post reumática. En consecuencia las tres cuartas partes restantes se producen por causas obstétricas directas. Las causas más importantes en países en desarrollo son: hemorragia, complicaciones de aborto ilegal, hipertensión inducida por el embarazo, infección y complicaciones del parto.

**Factores intermedios:** existen varios factores asociados como la edad, paridad (las mujeres experimentan en su primer embarazo más riesgo de morir que en el segundo y el tercero, a partir de allí los riesgos vuelven a aumentar), espaciamiento de los nacimientos. Otro factor importante es el acceso a los servicios de salud que implica no solo la presencia de servicios de salud sino que la gente disponga de la información necesaria para utilizarlos adecuadamente, que tenga acceso a ellos, que su costo sea razonable, que tenga suministros y equipos adecuados y que los servicios se proporcionen de una forma aceptable para los usuarios.

Como **factores distantes** se considera a la condición socioeconómica, que incluye no solo los ingresos, sino el nivel de educación, el acceso a la alimentación, la condición jurídica y social de la mujer, entre otros.

Una de las ventajas de esta clase de modelo es que conduce a especificar la cadena de acontecimientos mediante los cuales un programa podría reducir la mortalidad.

<sup>56</sup> McCarthy J. Modelo Analítico de mortalidad materna, en: Maine D. Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, Nueva York, 1992, p:10-17.



## Ejemplo de evidencias acerca de los factores

### Matriz 2

FACTORES	Magnitud del efecto en el indicador de la prioridad y fuentes de información
<b>ESTILOS DE VIDA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Patrones culturales.</li></ul>	La Organización Panamericana de la Salud <sup>57</sup> indica que en la Región las mujeres no usarán los servicios si consideran que las han tratado sin respeto, o si no son de calidad aceptable. La mujer está dispuesta a recorrer mayores distancias para llegar a clínicas que proveen una mejor calidad de atención <sup>58</sup> .
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>  Acceso a servicios de salud  Demora y deficiencias en el tratamiento <ul style="list-style-type: none"><li>Deficiencia en el manejo de las emergencias obstétricas y falta de capacidad resolutive de los servicios</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>Barreras económicas de acceso</li></ul>	<p>En el Perú, el acceso a servicios de salud para la atención del parto es bajo. En la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES 2000) se ha reportado que solo el 57.9% de las gestantes realizaron sus partos en un establecimiento de salud, no variando significativamente de lo reportado en 1996 (54.6%). El problema es aún mayor en áreas rurales (23.8%) comparado con la zona urbana que fue 82%. Esto además refleja una brecha importante de inequidad. Las publicaciones han demostrado que cuando la proporción de partos atendidos por profesionales de salud es mayor, la razón de mortalidad materna es más baja<sup>59</sup>.</p> <p>En el Perú se ha reportado que el 50% de las muertes maternas ocurren dentro de los servicios de salud y aproximadamente el 30% de estas muertes ocurren en hospitales<sup>60</sup>. En otras latitudes muchas de las muertes por complicaciones se producen en los servicios clínicos debido a la falta de atención obstétrica esencial<sup>61</sup>. Graham (2001)<sup>62</sup> estimó que alrededor de 16% al 33% de todas las muertes maternas debida a las principales causas de muerte pueden ser evitadas mediante la atención del parto por profesionales en establecimientos con funciones obstétricas de emergencia. El 28% de las muertes maternas ocurridas en el año 2000 en el Perú se atribuyen a la falta de equipos e insumos, 10% a la falta de competencia técnica del personal, 6% a falta de capacidad resolutive para transfusiones de sangre, 6% a falta de personal profesional, 5% a mala atención<sup>63</sup>.</p> <p>El 21% de las muertes maternas en el Perú durante el año 2000 se atribuye a falta de dinero de las gestantes y 14% por demora en la atención<sup>64</sup>. El 41% de las mujeres no acudieron al servicio de salud para la atención del parto debido a falta de dinero para pagar por el servicio.<sup>65</sup></p>
<b>AMBIENTALES</b> Inaccesibilidad geográfica	En el Perú, el 12% de las muertes maternas fueron atendidos en un servicio de salud luego de 5 horas después de haber decidido pedir atención <sup>66</sup> .
<b>SOCIOECONÓMICOS</b>  Pobreza y analfabetismo	La mortalidad materna, afecta a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados <sup>67</sup> . Las mujeres analfabetas y con nivel de instrucción primaria utilizan menos el parto institucional en el Perú <sup>68</sup>

<sup>57</sup> Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, Set. 2002. p: 14.

<sup>58</sup> Organización Panamericana de la Salud. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. UNDP/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial/USAID. WHO/FHE/MSM/94.11

<sup>59</sup> Graham W, Bell J, Bullough H. (2001). Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? In: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India (WRAI), Saving Mothers Lives: what works, Sep. 2002, p:49-58

<sup>60</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta nacional demográfica y de salud del Perú 2000. Lima: El Instituto; 2000.

<sup>61</sup> Issued by Tulane University/JHPIEGO/Macro International, USAID: Post May. Preventing maternal mortality through emergency obstetric care. North Caroline: The Sara Project; 1997.

<sup>62</sup> Graham, W, Bell J, Bullough H. Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries, citado en: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India (WRAI), Saving Mothers Lives: what works, Sep. 2002, p:48-58

<sup>63</sup> Registro de muertes maternas del Ministerio de Salud, 2000

<sup>64</sup> Registro de muertes maternas del Ministerio de Salud, 2000

<sup>65</sup> Proyecto 2000/MINSA. Estudio CAP en 12 Direcciones de Salud del Ministerio de Salud, 1998

<sup>66</sup> Registro de muertes maternas del Ministerio de Salud, 2000

<sup>67</sup> Palacio Hurtado. Mortalidad Materna en Cifras Mundiales. Maternidad Saludable. OPS. 1998.

<sup>68</sup> Velásquez A., Benavides B. Impacto de un Programa de Mejoramiento de la Calidad de Servicios Materno Perinatales en el Parto Institucional en el Perú. Documento técnico, Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo/Universidad Cayetano Heredia/Bill & Melinda Gates Foundation -Johns Hopkins University, Lima, 2004, 36pp



## Ejemplo de evidencias de la eficacia de una intervención

### Matriz 3

Estrategia para reducir la mortalidad materna	Magnitud de cambio en el indicador (medida de impacto, efecto o costo/efectividad)
<p>Partos en domicilio por profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales reconocen las complicaciones y proveen servicios básicos de cuidados obstétricos de emergencia (COE)</li> <li>• Acceso a COE organizado por familia o proveedores.</li> <li>• COE disponible</li> </ul>	<p>Las evaluaciones han demostrado que se incrementan los partos atendidos por profesionales de salud, la razón de mortalidad materna es más baja<sup>69</sup>. En el Perú los departamentos con menos cobertura de partos atendidos por profesionales tienen mayor RMM<sup>70</sup>.</p> <p>Cuando un profesional (obstetrix o doctor) tienen un buen sistema de referencia y de transporte para derivar los partos, las razones de mortalidad materna pueden reducirse a 50 muertes por cien mil nacidos vivos o menos, aunque los partos se realicen en los hogares o en centros de salud o en hospitales. Sin embargo cuando todos los partos se realizan en un hospital, la mortalidad no necesariamente se reduce menos de 100 por 100,000 (Ej. Ciudad de México y la anterior Unión Soviética).</p> <p>En 1960 Tailandia tenía una razón de muertes maternas por encima de 400, durante los próximos quince años los planes de salud dieron prioridad al entrenamiento de personal paramédico. Durante 1960 se registraron 7,191 nuevas profesionales que atienden partos (el doble de la década anterior). La mortalidad materna bajó entre 200 y 250 en 1970.</p> <p>La profesionalización de la atención del parto es la clave. En Suecia el modelo de promoción de la atención del parto ha precedido al impacto de la tecnología hospitalaria. Se podría replicar la experiencia de fortalecer primero la atención ambulatoria del parto por profesionales, sin embargo el efecto será mayor si se desarrolla junto con una mejora de los servicios obstétricos, y se mejora la accesibilidad a los mismos<sup>71</sup></p> <p>RMMM en lugares que han desarrollado esta estrategia:          Malasia : reducción de RMM desde 60-80 en la década de los 80 a 20 en 1995          Tailandia: reducción de RMM desde 400 en 1960 a 200-250 durante diez años (hasta 1970)          Netherlands(1983-92):RMM:7</p>

<sup>69</sup> WHO/SEARO (2002). Improving Maternal Survival Through Skilled Care During Childbirth: A Review of the Evidence. In: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India (WRAI), Saving Mothers Lives: what works, Sep. 2002, p:49-58.

<sup>70</sup> OGE, Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna y ENDES 2000, año 2000

<sup>71</sup> Van Lerberghe W & De Brouwere V. Safe Motherhood Strategies Collection, Studies in Health Services Organization & Policy, 17, 2001.

## Sub-paso 4d: Selección de estrategias y metas basadas en evidencias

Luego de revisada las evidencias sobre las estrategias, se organiza un Taller entre el experto y los equipos técnicos locales de cada prioridad para elegir las estrategias y evaluar las metas propuestas en la revisión de evidencias. Se revisa y se ajusta la matriz estratégica de cada prioridad. Con los acuerdos del taller se elabora el reporte técnico.

Sub-paso 4d: Selección de estrategias y metas basadas en evidencias					
Actividad	Tareas	Actores	Producto	Fecha	Responsable
4d.1. Selección de estrategias y metas basada en evidencias	Taller con los equipos locales de cada prioridad para definir las estrategias y metas a partir de la propuesta del experto	Expertos Técnicos locales de entidades involucradas en la gestión de las prioridades	Estrategias y metas seleccionadas con base en evidencias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4d.2. Entrega del reporte al comité de formulación del plan y a las autoridades correspondientes	Presentación del documento técnico de estrategias y metas al Comité de formulación del plan y a las autoridades	Expertos Unidad Técnica Equipo técnico local	El comité de formulación del plan y las autoridades conocen el fundamento de las estrategias y metas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### *Reporte técnico de la revisión de evidencias*

El experto junto con el equipo técnico local de cada prioridad elabora un reporte técnico con el siguiente formato: 1) Matriz estratégica ajustada; 2) Problemática de la prioridad; 3) Factores o determinantes; 4) Metas; y 5) Justificación de las estrategias (evidencias). En el Anexo 9 se muestra un ejemplo de **reporte técnico** de la revisión de las evidencias de las estrategias y de las metas propuestas por el experto y el equipo técnico.

# PASO 5

## Formulación del Plan Estratégico



### La articulación entre las prioridades, las estrategias, los arreglos institucionales y las políticas

El Paso 5, es el último paso de la planificación estratégica participativa basada en evidencias consiste en articular las prioridades, las estrategias los arreglos institucionales y las políticas mediante un proceso técnico y participativo. El proceso de articulación para la formulación del plan se muestra de forma resumida en la Fig. 14. Este es un paso de síntesis que integra todos los insumos obtenidos durante el proceso de planificación.

En la Fig. 14 se muestra la ubicación del Paso 4 en la planificación estratégica participativa basada en evidencias.

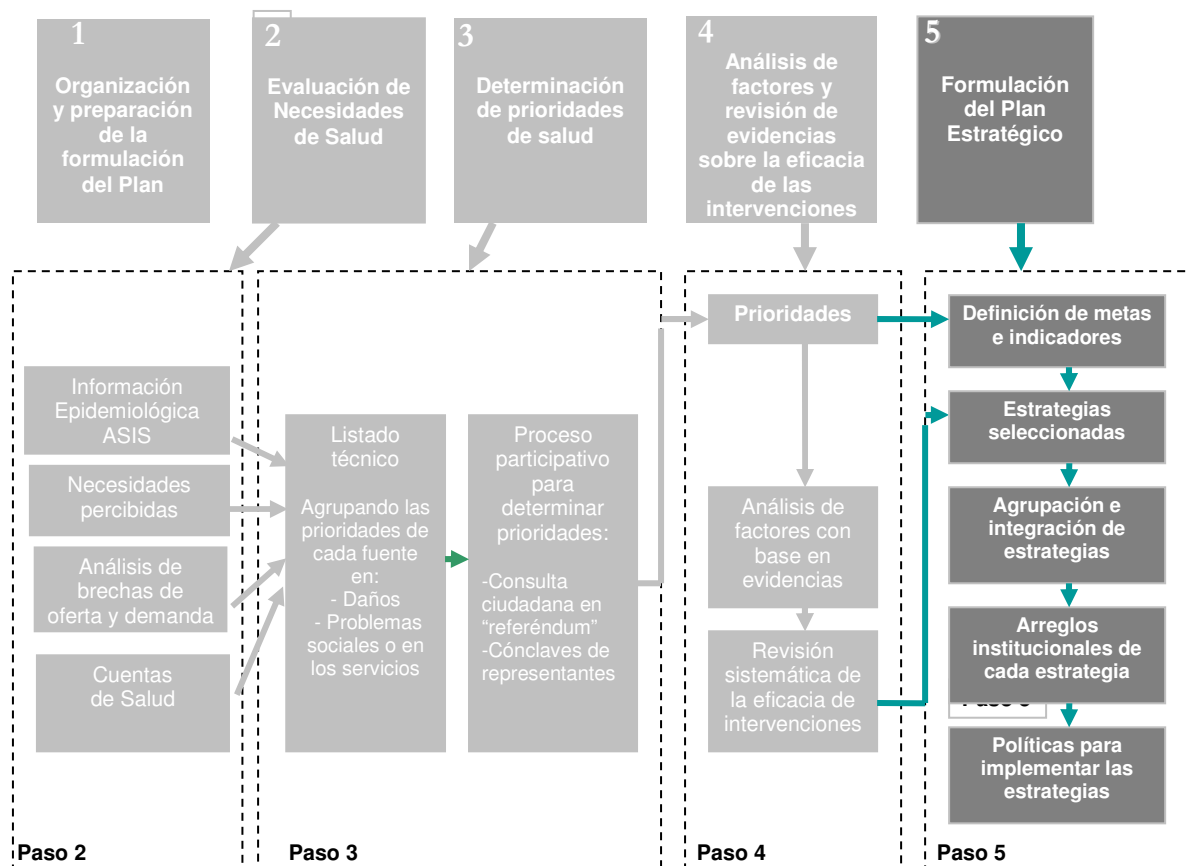


Fig. 8. Paso 5 de la Formulación del Plan Estratégico Participativo Basado en Evidencias en Salud (Plan Estratégico PBE )

En el Paso 4 de la formulación del plan, los expertos y los equipos técnicos locales definieron las metas y los indicadores, y seleccionaron las estrategias basadas en evidencias. Para lo cual ellos elaboraron un reporte técnico para cada prioridad y lo presentaron al Comité de Formulación del Plan y a las autoridades correspondientes.

El Paso 5 inicia con un proceso técnico-participativo denominado Taller de Validación e Integración de las Estrategias. En este taller participan los expertos, los técnicos, el Comité de Formulación del Plan, las autoridades correspondientes, los representantes de la sociedad civil e interesados, y los prestadores de servicios involucrados en las prioridades elegidas. En el taller se realizan las siguientes actividades:

- Los expertos y técnicos locales presentan la propuesta técnica de estrategias y metas basadas en evidencias
- Todos los participantes discuten la propuesta técnica de cada prioridad
- Se valida la propuesta técnica en cuanto a aceptabilidad social y factibilidad de las metas y estrategias
- Se integran las estrategias en una matriz
- Se formulan los objetivos estratégicos
- Se formula la visión del Plan
- Se formulan las políticas necesarias para la implementación de las estrategias
- Se elige a los responsables de redacción del plan y se programa las reuniones de trabajo de redacción del plan

En esta sección de la guía se presenta el marco conceptual de este proceso, las actividades, las herramientas metodológicas y ejemplos.



## Marco conceptual

La formulación del Plan Estratégico en este último paso requiere de una revisión de los conceptos básicos de la planificación estratégica para la integración de toda la información obtenida en los pasos anteriores.

### El Plan Estratégico

El plan estratégico<sup>72</sup> provee una comprensión básica de cómo y por qué se realizan las acciones en una organización. Y las estrategias contienen lo que debería hacer, lo que puede hacer y lo que quiere hacer la organización. Así, una estrategia es el medio que una organización elige para cambiar a un estado deseado en el futuro.

El proceso organizacional para identificar el futuro deseado y desarrollar una guía de decisiones para conseguirlo es llamado planeamiento estratégico.

### El pensamiento estratégico

El desarrollo de las estrategias debería ser realizado con un pensamiento estratégico, es decir mediante un proceso de síntesis y de integración de la evaluación de necesidades de salud, de la determinación de prioridades del análisis de factores y de la búsqueda de evidencias y de las lecciones aprendidas. Mintzberg<sup>73</sup> refiere que el pensamiento estratégico consiste en usar la intuición y la creatividad a partir de la información recabada para formular una perspectiva integrada, o una visión, hacia donde la organización será conducida. Este mismo autor propone que los

<sup>72</sup> Ginter P, Swayne L, Duncan W. Strategic Management of Health Care Organizations, 3d ed., Blackwell Publishers, 1998, USA, p: 13-38

<sup>73</sup> Mintzberg H. The Fall and Rise of Strategic Planning. Harvard Business Review 1994: 107-114. In: Morrison J. From Strategic Planning to Strategic Thinking. On the Horizon, 1994;2(3):3-4. Available: <http://horizon.unc.edu/projects/OTH/2-3.asp>, access February 27, 2006



planificadores<sup>74</sup> deberían suministrar los datos que el pensamiento estratégico requiere, que deberían actuar como catalizadores y promotores para que los tomadores de decisiones piensen estratégicamente, y que deberían ayudar para especificar la implementación de los pasos necesarios para llevar a cabo la visión estratégica.

En consecuencia, en el paso 5 el desarrollo de estrategias nuevamente pasa a manos de los que toman decisiones y de los actores involucrados, para que la propuesta de los expertos sea validado y para que se tomen decisiones hasta dónde llegar con el plan y para que definan cuál es la visión de futuro del plan.

## **La Visión**

Se define como el estado futuro deseado hacia donde se dirige el plan estratégico. La visión tiene que ser suficientemente clara y poderosa para que despierte y sostenga las acciones necesarias para conseguir que la visión se haga realidad<sup>75</sup>. Las visiones son sobre ideales, estándares, y estados deseados futuros<sup>76</sup>.

La visión provee a los actores involucrados en el plan una visión compartida, un claro sentido de dirección, una movilización de energía, y un sentido de estar involucrado en algo importante<sup>77</sup>. La construcción de la visión es un acto creativo y necesita ser comunicado.

La visión efectiva posee cuatro importantes atributos: idealismo, unicidad, orientación futura, e imágenes<sup>78</sup>.

## **Los objetivos estratégicos**

Los objetivos son los resultados de las estrategias y actividades planificadas. Ellos establecen qué y cuándo será realizado, debería ser cuantificado en lo posible<sup>79</sup>. Los objetivos estratégicos son específicos y poseen las siguientes características<sup>80</sup>:

- Los objetivos deben ser explícitos y medibles tanto como sea posible. Los objetivos deberían reflejar las prioridades para que los tomadores de decisiones asignen los recursos. Cuando se formula de esta manera, ellos proveen una base para el control y evaluación del desempeño.
- Los objetivos deberían ser alcanzables, por lo tanto factibles de ser logrados

---

<sup>74</sup> Mintzberg distingue entre planificadores y gerentes. Los planificadores no tienen autoridad para hacer compromisos, ni tienen la información política crítica para hacer las estrategias. Los gerentes están bajo presión para tomar decisiones, para actuar y no reflexionar. Los gerentes pueden pasar por alto información importante, y su rol es hacer la pregunta correcta más que tener la respuesta correcta. Los planificadores tienen el tiempo y la inclinación a analizar, por lo tanto su rol es encontrar estrategias, analizar y catalizar para que los gerentes piensen estratégicamente.

<sup>75</sup> Goodstein L, Nolan T, Pfeiffer W. Applied Strategic Planning, a comprehensive guide. McGraw-Hill, Inc, 1993, USA, p: 37-53

<sup>76</sup> Ginter P, Swayne L, Duncan W. Strategic Management of Health Care Organizations, 3d ed., Blackwell Publishers, 1998, USA, p: 139-167

<sup>77</sup> Goodstein L, Nolan T, Pfeiffer W. Applied Strategic Planning, a comprehensive guide. McGraw-Hill, Inc, 1993, USA, p: 37-53

<sup>78</sup> Ginter P, et al., 1998. Op cit. p: 139-167

<sup>79</sup> Wheelen T, Hunger D. Strategic Management and Business Policy. Pearson Prentice Hall, 9<sup>th</sup> ed, 2004, New Jersey, p: 1-24

<sup>80</sup> Ginter P, et al., 1998. Op cit. p: 139-167

Si los objetivos son claramente establecidos y comunicados entonces proveen un sentido de dirección. Estos objetivos proveen un marco para evaluar el plan y qué podría ser necesario hacer para mejorar el desempeño.

## **Las Políticas**

Generalmente las políticas sanitarias han sido definidas como los grandes lineamientos u orientaciones para el manejo de la salud. En éstas estaban contenidos los principios de equidad, acceso, calidad, entre otros.

Esta forma de entender las políticas ha servido para poner principios claros, pero no han tenido la operatividad necesaria que permita que el sistema de salud y en particular el subsistema público, logre mejoras reales. Así, la política lineamiento ha tenido poca capacidad para establecer cursos claros de acción.

Otra perspectiva de las políticas se orienta más a la política como mandato. Desde este enfoque las políticas no son declarativas o enunciativas, sino ordenes que los diferentes agentes del sistema deban cumplir en el marco de las leyes y competencias que posea el nivel de gobierno que las sancione.

En el caso del Plan Estratégico Participativo Basado en Evidencias, las políticas son entendidas como mandatos necesarios para implementar las estrategias, de modo que se puedan alcanzar los objetivos<sup>81</sup>. En otras palabras, las políticas del plan, expresan decisiones de Estado para regular o definir reglas de juego y obligaciones de los agentes comprometidos. Por ejemplo, respecto a la obligatoriedad del sector público y privado de reportar las acciones desplegadas a favor de algunas de las prioridades de salud.

## **Planificación estratégica y gestión por objetivos**

Uno de los problemas comunes de la planificación es cómo poner en práctica los planes de mediano o largo plazo, y una forma de resolver este problema es implementando una gestión por objetivos<sup>82</sup>.

Sánchez (2003)<sup>83</sup> define la gestión pública por objetivos como un estilo de administración que permite vincular la planificación estratégica con la planificación operacional. Y que este vínculo se logra mediante un proceso, cuya característica más relevante, es el establecimiento de objetivos, de común acuerdo, entre las jerarquías inmediatamente superiores y cada uno de los funcionarios

La gestión por objetivos presupone que los actores involucrados en la implementación del plan están motivados con los objetivos estratégicos. Esta forma de gestión, integra y unifica los esfuerzos en una misma direccionalidad. Es decir, no se asumen, ni esperan, objetivos y resultados inconexos o espontáneos. La experiencia revela que sin este esfuerzo sistemático y disciplinado, los recursos tienden a emplearse en actividades que no ofrecen los mejores resultados.

Por cuanto, se necesita el apoyo y respaldo total del nivel superior de gobierno y de la alta dirección de las instituciones. El liderazgo del nivel superior de gobierno y de la

---

<sup>81</sup> Granados A. , Velásquez A. Guía del Participante del Taller de Validación de Metas y Políticas y Construcción de la Visión, PHRplus, Lima, 2005 (documento no publicado)

<sup>82</sup> Sánchez F. Planificación estratégica y gestión pública por objetivos. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Santiago de Chile, 2003, CEPAL Naciones Unidas, p: 61-69

<sup>83</sup> Sánchez F., 2003. Op. Cit.

alta dirección es fundamental. La planificación estratégica y la operativa no sustituyen la falta de liderazgo.

Por este motivo en el Paso 5 de la planificación estratégica se considera vital que los que toman decisiones participen en la construcción de la visión y de los objetivos estratégicos.



## Actividades

Como se mencionó anteriormente, el Paso 5 de la planificación estratégica basada en evidencias, es un proceso técnico, político y social que integra y sintetiza la información obtenida en los pasos anteriores. Es un momento de validación de la propuesta técnica y de toma de decisiones. Las actividades de este paso se desarrollan en los siguientes sub-pasos:

- 5a: Integración de las estrategias
- 5b: Validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas
- 5c: Formulación de objetivos estratégicos y visión del plan
- 5d: Redacción del plan
- 5e: Revisión y edición del plan
- 5f: Socialización del plan

Antes de dar inicio a las actividades del Paso 5 se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

- Asegurar el compromiso y participación de las autoridades y de la autoridad máxima que conduce el plan
- Programar con anticipación los talleres participativos para asegurar que participen todos los actores sociales que serán involucrados en las acciones del plan
- Disponer de la matriz estratégica y del reporte técnico de cada prioridad
- Contar con un equipo de facilitadores del taller participativo que conozcan las estrategias, metas y políticas que fueron propuestas por los técnicos

A continuación se describen las actividades, los actores y productos de cada sub-paso.

### Sub-paso 5a: Integración de las estrategias y propuesta de políticas

El Paso 5 inicia con un taller de integración de estrategias en el que participan los equipos técnicos, los expertos, la Unidad Técnica del Comité de Formulación del Plan y organizaciones interesadas.

Paso 5: Formulación del Plan Estratégico					
Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
5a. Integración de las estrategias	Taller de integración de las estrategias por los equipos técnicos de cada prioridad y propuesta de políticas	Equipos técnicos Expertos Unidad técnica Organizaciones interesadas	Matriz integrada de estrategias y propuesta de políticas		

El taller consiste en integrar las estrategias formuladas por los equipos técnicos de cada prioridad en la matriz estratégica. La integración se realiza en una matriz integrada que se muestra en la Fig. 15.

El insumo más importante es la matriz estratégica de cada prioridad (Ver Fig. 12 y Anexo 8). El ejercicio consiste en ubicar a cada prioridad en la matriz integrada. Cada

prioridad se ubica en una columna. En cada columna existen subdivisiones para ubicar las metas de cada indicador de cada prioridad. En la matriz se escribe la información basal y la meta de cada indicador.

En la matriz integrada las filas son las estrategias, y éstas se encuentran agrupadas en: 1) participación y gobernanza; 2) financieras; 3) prestación de Servicios; 4) calidad de servicios; y 5) promoción de la salud.

Las estrategias de cada prioridad son integradas luego de una discusión de su pertinencia, factibilidad, y eficiencia. Gráficamente las estrategias que pueden afectar a más de un indicador o a más de una prioridad se muestran como filas que ocupan las casillas de las prioridades correspondientes.

Una vez que los participantes del taller integran las estrategias, se procede a formular las políticas para cada grupo de estrategias. Considerando a las políticas como mandatos que permitirán la implementación de las estrategias. Estas políticas se escriben en la primera columna de la matriz.

En este proceso de integración se hace una reflexión entre todas los equipos técnicos de las prioridades y por lo general con el aporte de todos se hacen ajustes a la propuesta técnica de cada prioridad.

El documento técnico de cada prioridad deberá ser ajustado luego de las sugerencias y observaciones de los participantes.

El producto de este sub-paso es la matriz integrada de las estrategias con los indicadores, las metas, y las políticas del plan.

	<u>Prioridad 1</u>	<u>Prioridad 2</u>	<u>Prioridad n</u>
	Indicadores Basal Meta	Indicadores Basal Meta	Indicadores Basal Meta
<b>Políticas de participación y gobernanza</b>	Estrategia basada en evidencias		
<b>Políticas financieras</b>	Estrategia basada en evidencias		
<b>Políticas de prestación de servicios</b>		Estrategia basada en evidencias	
<b>Políticas de calidad de servicios</b>	Estrategia basada en evidencias	Estrategia basada en evidencias	Estrategia basada en evidencias
<b>Políticas de promoción de la salud</b>	Estrategia basada en evidencias	Estrategia basada en evidencias	Estrategia basada en evidencias

Fig. 15. Matriz integrada de las estrategias de cada prioridad

## Formulación de Políticas

La formulación de las políticas parte de la pregunta ¿Qué mandatos u ordenes son necesarias para que las estrategias del plan estratégico se implementen? De esta manera, las políticas se formulan viendo integralmente las prioridades y sus estrategias.

Por lo tanto, las políticas al igual que las estrategias se agrupan en las áreas de participación, financiamiento, prestación de los servicios de salud, calidad de los mismos y promoción de la salud.

Asimismo, para su formulación se toma en cuenta las competencias del gobierno o institución que planifica, para establecer esos mandatos, lo mismo que los roles y responsabilidades de los diferentes agentes involucrados.

Este es un punto clave. Existen estrategias sanitarias que exceden a los que están planificando y que son, por la naturaleza de esta forma de planificación, multisectoriales, que requieren de órdenes de otras instancias de gobierno. En este sentido, el nivel de gobierno define el nivel de compromiso en términos de recursos y financiamiento y para quién es el mandato. En muchos casos existe la necesidad de que se desarrollen políticas en un nivel superior de gobierno y que deben ser consideradas en el plan para promoverlas y hacer la gestión para que se formulen.

## Sub-paso 5b: Validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas

Seguidamente de la construcción de la matriz integrada y del ajuste de la propuesta técnica de evidencias, metas y políticas, se organiza un taller participativo de validación y de toma de decisiones.

Este taller participativo convoca la asistencia de políticos, autoridades, técnicos, expertos, sociedad civil y ciudadanos para validar las estrategias, metas y políticas con los criterios de aceptabilidad y factibilidad. En este taller es fundamental que lo conduzca la autoridad máxima que formula el plan, con la asistencia de facilitadores.

Paso 5: Formulación del Plan Estratégico					
Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
5b. Validación participativa de las estrategias, las metas y las políticas	Guía del Taller	PRAES			
	Identificación y convocatoria de actores clave	Comité de formulación del plan Autoridades	Directorio e invitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Taller de validación (aceptabilidad y factibilidad) de estrategia, metas y políticas	Autoridades, proveedores, otros sectores, municipalidades, sociedad civil, ciudadanos	Estrategias, metas y políticas validadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Las actividades que se realizan en este taller son:

- A los participantes se les entrega las matrices estratégicas y el reporte técnico de cada prioridad
- Se imprimen las matrices integradas amplificadas
- Se presenta un resumen del proceso de planificación, de la metodología empleada, de los actores involucrados, del proceso para determinar las prioridades, y del reporte técnico de cada prioridad
- Se presenta la matriz integrada de estrategias
- Se conforman grupos de trabajo para validar las estrategias, las metas y las políticas
- Se explica la metodología de validación participativa
- Se asigna un facilitador (que conoce la matriz integrada y los reportes técnicos) a cada grupo
- Se discute en grupo la aceptabilidad social y la factibilidad de las estrategias, las metas y las políticas, y se proponen sugerencias
- Se trabajan las matrices 5-1, 5-2, y 5-3
- Se presentan las conclusiones de cada grupo en una plenaria
- Se discuten las discrepancias y se toma la decisión en la plenaria de las conclusiones de la validación, ya sea por votación o por consenso
- Se toma la decisión de hacer los ajustes necesarios al plan
- Se aprueba la matriz integrada con las estrategias, metas y políticas ajustadas

### Instrumento para la validación participativa de las estrategias



Se utilizan dos criterios para validar las estrategias, las metas y las políticas propuestas por los equipos técnicos y los expertos: la aceptabilidad y la factibilidad. Debido a que corresponde a los actores sociales determinar si las estrategias son aceptables; y a las autoridades y los responsables de implementar las estrategias determinar si son factibles.

El objetivo de validar la aceptabilidad es identificar si los cambios que generan la implementación de las estrategias será aceptada por la comunidad o los beneficiarios, y si la resistencia al cambio por parte de los encargados de gestionar o implementar las estrategias no es lo suficientemente grande como para obstaculizar su implementación.

El objetivo de validar la factibilidad es verificar, con ayuda de las autoridades y de los responsables de implementar las estrategias, la disponibilidad de los recursos para realizar las acciones.

Con este fin se propone el uso de la siguiente matriz:

**Matriz 5-1**

Nombre de la prioridad			
Estrategias	Aceptabilidad en la comunidad y los beneficiarios	Aceptabilidad de los responsables de implementar estrategias	Factibilidad
Número y nombre de la estrategia	Nivel de aceptabilidad	Nivel de aceptabilidad	Nivel de factibilidad

El nivel de aceptabilidad se determina asignando un puntaje del 1 al 5. Siendo 1 el valor de menor nivel de aceptabilidad y 5 el de mayor aceptabilidad.

Del mismo modo, el nivel de factibilidad se determina asignando un puntaje del 1 al 5. Siendo 1 el valor de menor factibilidad y 5 el de mayor factibilidad.

Se puede llenar la matriz de forma individual o grupal. Si es individual se requiere sumar los puntajes de cada estrategia.

### Instrumento para la validación participativa de las metas



El grupo define el valor de la meta utilizando una matriz. Esta discusión requiere de la asistencia de los equipos técnicos de cada prioridad para que la decisión considere las evidencias que sustentan la meta. Por este motivo los técnicos deben proponer metas con límites inferiores y superiores (rangos o intervalos).

El criterio para elegir el límite inferior de la meta tiene relación con la factibilidad. Incluso la meta elegida puede ser menor que la propuesta por los técnicos. Los participantes de cada grupo deberán equilibrar entre el beneficio social y la disponibilidad de recursos.

El criterio para elegir el límite superior de la meta tiene relación con la decisión política de lograr el máximo valor que significa un mayor esfuerzo y mayor asignación de recursos por considerar que esta meta tiene mucha mayor importancia.

Existe la posibilidad de que los participantes evalúen las metas con argumentos técnicos y pueden acordar que la meta necesita ser recalculada o estimada por los expertos o equipos técnicos.

Para recoger la opinión de los participantes se propone el uso de la siguiente matriz:

**Matriz 5-2**

Nombre de la prioridad					
Metas	Valor mínimo de la propuesta técnica	Valor más bajo que el valor mínimo	Valor máximo de la propuesta técnica	Valor intermedio	Necesita ser reajustada
Valor de la meta 1					

En la matriz se analizan las metas de cada prioridad. En la columna 1 se escribe el valor de la meta. Y en las siguientes casillas se elige una de las opciones marcando con un aspa.

Esta matriz se llena de forma grupal, luego de una dinámica grupal en la que se promueve la participación de todos los integrantes del grupo. Los resultados de la discusión se presentan en la plenaria.



## Instrumento para la validación participativa de las políticas



Las políticas son validadas considerando los siguientes criterios:

- ¿Cuáles son los mandatos necesarios para que se implementen las estrategias?
- ¿Es posible que la política se lleve a cabo?
- ¿La política está bajo el control de las autoridades que formulan el plan?

Con este fin se utiliza la siguiente matriz:

**Matriz 5-3**

Políticas	Criterios de validación					
	Es un mandato necesario		Es posible que se lleve a cabo		Está bajo el control de las autoridades que formulan el plan	
	Si	No	Si	No	Si	No
Escribir la política						

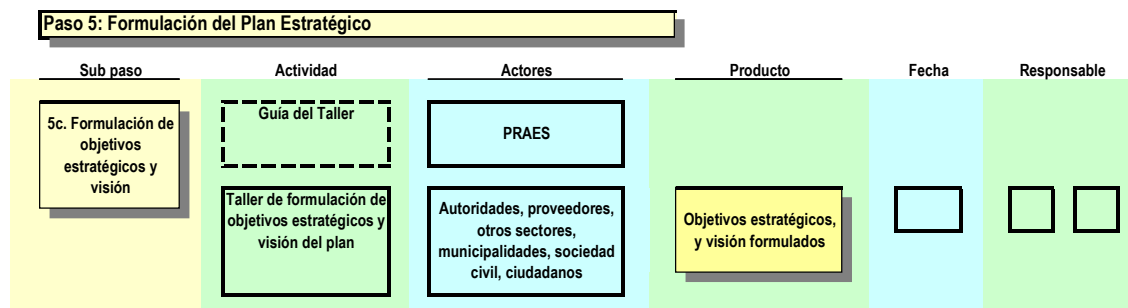
La matriz se llena en grupo, y luego de la discusión, se marca con un aspa el consenso grupal. El grupo reporta sus resultados en la plenaria. Cada grupo puede sugerir eliminar o agregar alguna política con el sustento correspondiente.

## Sub-paso 5c: Formulación de objetivos estratégicos y visión

La formulación de los objetivos estratégicos y de la visión se realiza al final de la planificación participativa basada en evidencias, debido a que los objetivos estratégicos se formulan luego que las metas están definidas y la visión se construye luego que los objetivos estratégicos están formulados.

La formulación de los objetivos y la construcción de la visión son realizadas en un taller participativo, que puede ser realizado junto con el taller anterior (sub-paso 5b).

En este taller es fundamental que la máxima autoridad responsable del plan lo conduzca con la asistencia de facilitadores. Del mismo modo, es necesario que en el taller participen todos los actores sociales que serán responsables de la implementación del plan.



En el taller se realizarán las siguientes actividades:

- Se presentan los conceptos básicos de los objetivos estratégicos y de la visión
- Se presenta la metodología para formular los objetivos estratégicos y para construir la Visión
- Se conforman grupos para formular los objetivos estratégicos correspondientes a cada prioridad y para proponer una visión global del plan
- Se realiza una plenaria para que cada grupo presente sus propuestas
- Se revisa cada objetivo estratégico y con ayuda de todos se acuerda el objetivo estratégico de cada prioridad
- En plenaria se revisa las propuestas grupales de visión del plan y se elige de forma consensuada la visión que moviliza más y que identifica mejor lo que se quiere lograra con el plan estratégico
- Los objetivos estratégicos y la visión compartida son proclamados en la asamblea

### Instrumento para formular los objetivos estratégicos



Los objetivos estratégicos se formulan a partir de las metas validadas, y se redacta un objetivo por cada prioridad. El objetivo estratégico se consigue convirtiendo la prioridad en una declaración positiva y describiendo la situación que existirá cuando el problema se trate.

La formulación de los objetivos estratégicos se realiza considerando las siguientes consideraciones:

- Se utiliza un verbo en infinitivo que indique cambio (Ej. reducir, mejorar, ampliar, incrementar)
- Los objetivos deben ser explícitos y medibles tanto como sea posible
- Los objetivos deberían ser alcanzables, por lo tanto factibles de ser logrados

Matriz 5c-1

Componentes	Enunciado
Prioridad	
Meta o metas de la prioridad	
Verbo	
Objetivo estratégico (integración de las metas)	

Los objetivos estratégicos son mensurables porque se formulan a partir de las metas, y éstas contienen los indicadores y el valor de cuánto se desea cambiar. La factibilidad de las metas fue evaluada en el paso anterior.

Se sugiere que esta matriz sea utilizada en plenaria, sin embargo se puede utilizar en grupos. Si se trabaja en grupo se recomienda que cada grupo trabaje solo un objetivo estratégico y que luego en la plenaria se redacte el objetivo con el aporte de los grupos.

## Instrumento para construir la visión del plan



La construcción de la visión es un acto creativo que necesita ser comunicado. La propuesta de la planificación estratégica participativa y basada en evidencias es que la visión del se construye a partir de los objetivos estratégicos formulados. La siguiente matriz puede ayudar a construir la visión:

Matriz 5c-2

Componentes	Enunciado
Ambito	
Horizonte temporal	
Finalidad general	
Ejes de la visión – prioridades- como imagen objetivo en positivo	

La redacción de la visión considera la integración de los componentes en un enunciado lo suficientemente claro y poderoso para que despierte y sostenga las acciones necesarias para conseguir que la visión se haga realidad

Se recuerda que la visión provee a los actores involucrados en el plan una visión compartida, un claro sentido de dirección, una movilización de energía, y un sentido de estar involucrado en algo importante.

### Sub-paso 5d: Redacción del Plan

El plan estratégico participativo basado en evidencias, culmina con un documento que tiene la siguiente estructura:

- El primer capítulo describe: i) los fundamentos políticos, legales y sociales en los que se sustenta el plan; ii) la lógica de formulación y de intervención del plan; y iii) los compromisos para la ejecución del plan.
- El segundo capítulo desarrolla las estrategias de intervención y arreglos institucionales para cada prioridad sanitaria. Este se estructura de la siguiente manera: i) Visión para los próximos cinco años; ii) Objetivos estratégicos; iii) Línea de base y metas a alcanzar al 2010 y iv) Desarrollo de las estrategias basadas en evidencias.
- El tercer capítulo describe las políticas como mandatos para la implementación de las estrategias y vulneración de los problemas priorizados por la población.

Este documento es elaborado en un taller de redacción del plan en el que participan la Unidad Técnica, la Unidad de Comunicaciones del Comité de Formulación del Plan y ciudadanos elegidos en el taller anterior (Sub-paso 5c). El principal insumo son los reportes técnicos de cada prioridad y la matriz integrada del plan.

La matriz integrada del plan es reajustada y ampliada para lo cual se incluye la visión, y los objetivos estratégicos, tal como se muestra en la Fig. 16.

Visión	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad n
	Objetivo estratégico Indicadores Basal Meta	Objetivo estratégico Indicadores Basal Meta	Objetivo estratégico Indicadores Basal Meta
Políticas de participación y gobernanza	Estrategia basada en evidencias		
Políticas financieras	Estrategia basada en evidencias		
Políticas de prestación de servicios			
Políticas de calidad de servicios			
Políticas de promoción de la salud			

Fig. 16. Matriz integrada del plan estratégico

En el Anexo 10 se presenta un ejemplo de redacción de un plan estratégico.

### Sub-paso 5e: Revisión y edición del Plan

La revisión y edición del plan está a cargo del Comité de Formulación del Plan y de las autoridades correspondientes. Luego de revisado y editado el plan es aprobado por las autoridades para que este se publique. La aprobación debe expresar el carácter vinculante del plan y el compromiso de las autoridades y de todos los actores involucrados para implementar el plan.

### Sub-paso 5f: Socialización del Plan

El compromiso de las autoridades y actores sociales deberá ser socializado ante la sociedad. Por este motivo la presentación del plan se realiza en un acto público y en presencia de la prensa. En este acto social se invita a la comunidad a que participen de las próximas reuniones de implementación del plan, y se anuncian los mecanismos de vigilancia y evaluación del plan. En este evento la autoridad máxima que condujo el plan deberá anunciar que acciones inmediatas se realizarán para implementar el plan.

**Paso 5: Formulación del Plan Estratégico**

Sub paso	Actividad	Actores	Producto	Fecha	Responsable
5d. Redacción del plan	Taller de redacción del plan	Unidad técnica, Unidad de comunicaciones, ciudadanos elegidos en el taller anterior	Plan redactado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5e. Revisión y edición del plan	Reunión de trabajo	Comité de formulación del plan y autoridades	Plan aprobado y documento que respalda el compromiso de las autoridades y de los actores sociales para implementar el plan	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5f. Socialización del plan	Conferencia de Prensa y publicación del plan en medio impreso y en Internet	Comunidad	Plan publicado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>