



Monitoreo, evaluación e investigación de servicios de salud

Bases conceptuales y metodológicas

Documento docente

César Gattini C.

Observatorio Chileno de Salud Pública

Instituto de Salud Poblacional

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

2020

Monitoreo, evaluación e investigación de servicios de salud

Bases conceptuales y metodológicas

Cesar Gattini Collao ⁽¹⁾

Documento docente ⁽²⁾

Edición 2020

Observatorio Chileno de Salud Pública
Instituto de Salud Poblacional
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

(1) Profesor Asistente y Director Ejecutivo del Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)
Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

(2) Uso interno para fines docentes. Borrador en revisión para futura publicación

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Índice | 3 |
| 1. Introducción | 6 |
| Instrumentos de apoyo a la gestión y desempeño | 6 |
| Desafíos del uso de monitoreo y evaluación | 7 |
| Aportes y desafíos de la investigación de servicios de salud | 8 |
| Objetivos del documento | 9 |
| Referencias | 10 |
| 2. Los servicios de salud como objeto de monitoreo, evaluación e investigación | 12 |
| Características y contexto de los servicios de salud | 12 |
| La gestión y desempeño de los servicios de salud | 17 |
| Calidad de la estructura y desempeño | 20 |
| Marcos y estándares de referencia | 22 |
| Acceso y uso de servicios de salud | 24 |
| Políticas, programas y proyectos | 25 |
| Referencias | 27 |
| 3. El monitoreo de servicios de salud | 29 |
| El proceso de monitoreo | 29 |
| Funcionamiento rutinario del monitoreo | 31 |
| Desarrollo de un sistema de monitoreo | 35 |
| Revisión y fortalecimiento de un sistema de monitoreo | 37 |
| Referencias | 40 |
| 4. Evaluación de servicios de salud | 41 |
| El proceso de evaluación | 41 |
| Desarrollo de una evaluación | 43 |
| Revisión y fortalecimiento de una evaluación | 47 |
| Complemento entre sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación | 47 |
| Referencias | 50 |

| | |
|---|----|
| 5. Técnicas de evaluación | 51 |
| Diversidad de métodos y técnicas de evaluación | 51 |
| Evaluación participativa | 52 |
| Encuestas | 54 |
| Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) | 57 |
| Análisis de marco lógico (AML) | 57 |
| Análisis de costo-efectividad y costo beneficio | 60 |
| Otras técnicas prácticas | 61 |
| Evaluación externa formal con consultorías | 62 |
| Casos de estudio | 63 |
| Uso de sitios centinelas | 63 |
| Referencias | 63 |
| | |
| 6. Principales temas y abordajes de evaluación en los servicios de salud | 64 |
| Necesidad, demanda acceso y uso de servicios de salud | 64 |
| Evaluaciones centradas en la calidad de estructura y proceso | 66 |
| Evaluación de la gestión y desempeño | 68 |
| Evaluación de impacto, efectividad o eficacia | 70 |
| Evaluación sobre satisfacción de usuarios | 72 |
| Evaluación sobre la gestión e integración de redes asistenciales | 73 |
| Evaluación sobre programas de salud en la población objetivo | 73 |
| Evaluación de políticas, programas y proyectos de salud | 75 |
| Referencias | 76 |
| | |
| 7. Base informativa del monitoreo, evaluación e investigación | 78 |
| Información para la toma de decisiones | 78 |
| Uso de información primaria | 80 |
| Uso secundario de fuentes y sistemas de información | 81 |
| Selección de indicadores | 87 |
| Referencias | 89 |

| | |
|---|-----|
| 8. Investigación de servicios de salud | 90 |
| Características de la investigación de servicios de salud | 90 |
| Gestión de proyectos de investigación | 92 |
| Capacidad apropiada de investigación | 93 |
| Referencias | 95 |
| | |
| 9. Método de investigación de servicios de salud | 96 |
| El enfoque y diseño de la investigación | 96 |
| El planteamiento del problema | 98 |
| Marco teórico | 98 |
| Objetivos | 99 |
| Metodología | 99 |
| Resultados | 101 |
| Discusión, conclusiones y recomendaciones | 101 |
| Referencias | 102 |
| | |
| Glosario operacional | 103 |
| Referencias y lectura sugerida | 108 |
| Anexos | 113 |
| Anexo 1. Indicadores para la gestión local de atención de salud | 113 |
| Anexo 2. Lista de chequeo de control de calidad al hacer Términos de Referencia (TDR) en proyectos de evaluación | 117 |

1. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta un enfoque conceptual operacional y las principales bases metodológicas de los procesos de monitoreo y evaluación que se aplican a los servicios de salud. Estos procesos son instrumentos informativos de apoyo a la gestión y el desempeño de los distintos aspectos y componentes de los servicios de salud.

Con el fin de poder asegurar una coherente y efectiva aplicación de estos procesos, es necesario conocer adecuadamente los objetivos, organización, estructura y desempeño que tienen los servicios de salud (ya que constituyen el objeto de monitoreo y evaluación). También es esencial conocer los diversos procesos de gestión que se realizan en los distintos niveles administrativos y asistenciales de los servicios de salud, pues los directivos o gerentes son usuarios claves del monitoreo y evaluación. También es importante contar con parámetros o niveles esperados de excelencia de calidad de los servicios (referencia óptima que debiera tener la estructura y desempeño), ya que sirven como nivel de comparación para poder evaluar y orientar hacia el desempeño e impacto que se ha planteado lograr (detección de brechas entre lo observado y esperado).

La investigación sobre servicios de salud complementa el aporte del monitoreo y evaluación. En conjunto, estos tres instrumentos aportan útil y oportuna información y conocimiento para orientar hacia una adecuada calidad, la resolución de problemas existentes en los servicios de salud, contribuyendo también a orientar la adopción de políticas, planes y toma de decisiones en los diversos aspectos y niveles de los servicios de salud.

La investigación en servicios de salud cumple con su naturaleza de investigación científica, pero tiene la particularidad de constituir un estudio de tipo operativo u operacional. Eso significa que está enfocada en hacer estudios analíticos de los servicios de salud, para conocer tanto lo que existe y ocurre en el interior de ellos, como en la relación existente entre los servicios y su entorno. Los servicios de salud son entidades que constituyen un sistema abierto en forma dinámica con su entorno político, económico y social y el ambiente físico y humano donde se ubican, destacando que existe una serie de factores determinantes internos y del entorno que incluyen en el objetivo de los servicios de salud, que es el poder producir una respuesta pertinente a las necesidades asistenciales sanitarias de la población.

Instrumentos de apoyo a la gestión y desempeño

El monitoreo y la evaluación son procesos complementarios como instrumentos para la gestión, contribuyendo al buen desarrollo de un proyecto o programa de salud. Dada su similitud de funcionamiento y objetivos, así como su complementariedad, también pueden ser considerados como un conjunto instrumental único, denominado “monitoreo y evaluación” (acrónimo “M&E” en inglés). Ambos tienen un enfoque de evaluación, pero mientras el monitoreo es un proceso sistemático que utiliza pocos indicadores trazas (bajo seguimiento continuo), la evaluación es más intermitente y exhaustiva, enfocada en el cumplimiento de objetivos y metas propuestos.

Para efectos de este documento, se considera que el *monitoreo de servicios de salud* es la sistemática recolección y análisis de información a través del tiempo, aportando información de alerta temprana u oportuna para la acción; es el conocimiento periódico aportado por un proceso continuo de notificación y evaluación de una situación observada, en contraste a una situación esperada (determinada por criterios de expertos, normativos o empíricos), para orientar la toma de decisiones y asegurar el esperado cumplimiento de metas y objetivos. (1-3)

A su vez, la *evaluación* es el proceso de otorgar valor a algo. Consiste en comparar una situación observada con una situación esperada o deseada (para lo cual es necesario contar con un estándar o patrón de referencia). En el caso de los servicios de salud, la evaluación resulta ser un proceso que intenta determinar, de un modo tan sistemático y objetivo como sea posible, sobre la medición de lo observado versus lo esperado en cuanto a calidad (recursos, eficacia, eficiencia, desempeño e impacto de actividades realizadas) en relación con los objetivos formulados y el grado de cumplimiento al momento de realizarse la evaluación. (1-3)

El monitoreo y evaluación contribuyen a apoyar una buena función gerencial y toma de decisiones en una serie de aspectos, entre los cuales destacan:

- Permiten el seguimiento informativo y evaluativo de la situación de salud, los factores de riesgo y determinantes sociales (longitudinal y transversal), lo que representa necesidades de atención de salud. También permiten un adecuado seguimiento y evaluación de los recursos, desempeño y resultados de los servicios de salud.
- Aportan una base informativa para el análisis y evaluación de tendencias y predicción de escenarios y contribuyen a la producción y uso de información efectiva y oportuna para la toma de decisiones y contribuyen a la conformación de redes de conocimiento en salud
- Contribuyen a la evaluación de políticas públicas, proyectos y programas de salud. También proveen información para apoyar una mayor abogacía de lo que se está haciendo, especialmente respecto a los grupos más vulnerables, y apoyan la rendición de estados de avances frente a las agencias o autoridades que han encomendado o financiado los procesos de acción que se realizan.
- Contribuyen a mejorar la gestión de políticas, programas y proyectos, orientando sobre la marcha de lo que se está haciendo y las eventuales deficiencias o aspectos por corregir, y aprovechar al máximo el recurso provisto.
- Contribuyen a la capacitación y mejor gestión y uso de conocimiento en salud. Aprender de la experiencia, de modo de mejorar las políticas, estrategias y actividades que se están desarrollando. Ello incluye que fortalecen la capacidad de los responsables de políticas y decisiones, y de su grupo analista o asesor, para realizar el monitoreo efectivo y útil.
- Aportan asesoría y asistencia técnica en materias bajo seguimiento o evaluación. Sus archivos de datos (incluyendo la base histórica de datos del monitoreo) y la experiencia que se va adquiriendo, contribuyen al desarrollo y asesoría en proyectos de investigación relacionados con servicios de salud. (1,3)

Desafíos del uso de monitoreo y evaluación

Los procesos de monitoreo y evaluación pueden tener una serie de alcances y limitaciones que es preciso tener en cuenta. Entre los desafíos que podrían surgir en la implementación y aplicación de un sistema de monitoreo o evaluación, destacan:

- El desarrollo y funcionamiento de monitoreo y evaluación podría ser percibidos por las autoridades y gerentes como una actividad extra para los mismos gerentes o bien personal administrativo y técnico ya muy ocupado, implicando una mayor carga de trabajo, sin un valor extra o de beneficio real. Por lo tanto, es importante tener en cuenta el costo/beneficio esperado de estos procesos, y considerar en su implementación si es que el monitoreo o evaluación realmente se necesita, es factible y resultan ser costo-efectivos.

- Las limitaciones que se encuentran en la información producida por sistemas nacionales de información de salud con débil estructura y desempeño limitan a su vez el desempeño y aportes del monitoreo y evaluación, y el mejoramiento (si eso es posible) de los sistemas de información puede tomar largo tiempo. El desafío entonces está en cómo conseguir la información necesaria a través de otros mecanismos alternativos (por ejemplo, al usar centros centinela que reporten la información necesaria)
- Los sistemas de información, monitoreo y vigilancia (que en general constituyen la base informativa para el monitoreo y evaluación) pueden tener limitada calidad, cobertura y oportunidad. Esas falencias pueden limitar de un modo importante, la calidad y utilidad de lo que pudieran aportar los sistemas de monitoreo y evaluación.
- Salvo excepciones o urgencias, el monitoreo y evaluación requieren solo utilizar el aporte informativo regular o sistemático proveniente de los sistemas de información, monitoreo y vigilancia. Si se agregan esfuerzos de generar más información primaria que sea extra a lo ya existente, entonces se puede producir un paralelismo de funciones y doble recargo al personal que registra la información primaria y esto podría causar alguna resistencia a su implementación, especialmente por los grupos que ya están involucrados y sobrecargados en apoyar la producción de información sistemática.
- Dada su gran potencialidad, un plan de implementación de monitoreo o evaluación pudiera ser planeado con una cobertura y alcance inicial que resulte demasiado amplio o ambicioso. Ello arriesga una sobrecarga innecesaria en el funcionamiento informativo de los servicios, así como escapar de las posibilidades de análisis y reportes adecuados y oportuno que se han planeado. Es recomendable que el desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación pueda tener un desarrollo gradual, comenzando por módulos o temas que ya existan o sean de fácil implementación.
- El nexo real entre la información y la toma de decisiones podría ser deficiente no sólo debido a limitaciones intrínsecas o aporte de la información misma, sino que también en caso de que exista una limitada capacidad gerencial para entender y utilizar la información reportada. También es clave que exista una expedita y oportuna comunicación entre quienes producen información y reportes y aquellos gerentes (o su grupo asesor) que son los usuarios principales y más inmediatos de los reportes.
- La identificación de necesidades rutinarias de información que tienen los encargados de políticas y toma de decisiones puede resultar inadecuada y excesiva, si es que no se conoce la factibilidad de contar con información para cubrir temas muy amplios o que no se basen necesariamente en información cuantitativa. Es importante que se recolecte y produzca aquella información rutinaria que es estrictamente necesaria y relevante y ello en general resulta una elección difícil de precisar, dada la naturaleza compleja de los sistemas y servicios de salud, los niveles múltiples con diversa gestión y los tipos de decisiones que necesitan ser tomadas. (1,3)

Aportes y desafíos de la investigación de servicios de salud

La investigación de servicios de salud complementa a los procesos de monitoreo y evaluación, al servicio de una adecuada o mejor gestión y desempeño de los servicios de salud. Si bien este tipo de investigación comparte las características científicas que posee la mayoría de los distintos tipos de investigación usados en salud pública, tiene la particularidad de su foco se concentra en los servicios de salud en cuanto entidades institucionales, con énfasis en los objetivos, parámetros de calidad (eficiencia, equidad, efectividad y humanidad) y las metas de desempeño e impacto que se tienden a fijar para cada servicio de salud. Se utiliza un enfoque de los servicios de salud como empresas productoras de bienes y servicios, en respuesta a las necesidades de salud de la población. (7,8)

Desde esta perspectiva de servicios como empresas productoras de servicios, la investigación debe basarse en un conocimiento adecuado del aspecto del servicio de salud a estudiar, y de lo que se espera como adecuado en cuanto a gestión, estructura y desempeño.

La capacidad de investigación nacional en investigación en servicios de salud requiere de la capacitación de investigadores y de una cultura de investigación, tanto al interior de las universidades y centros de estudios (a nivel de pregrado y postgrado) como en los propios servicios de salud y en las entidades técnico-normativas de la autoridad sanitaria nacional y de niveles subnacionales. También y según posibilidad, es importante contar con fondos y otros recursos básicos y apropiados que aseguren realizar investigación de modo apropiado. También se puede contar con asistencia externa o asesoría para realizar adecuadamente ese tipo de estudios.

Los investigadores (ya sean internos o externos a los servicios de salud) requieren conocer el enfoque institucional y gerencial de los servicios, con sus objetivos, metas y condiciones formuladas como calidad deseada. La utilidad de la investigación en servicios de salud es mayor cuando los investigadores (y quienes apoyan o han encargado la investigación) pueden difundir mejor los resultados y recomendaciones a quienes pueden utilizar ese conocimiento para un mejoramiento de los servicios de salud. (7,8)

Objetivos del documento

Este documento procura aportar una referencia conceptual operacional y presentar los principales aspectos metodológicos a tomar en cuenta en los procesos y sistemas de monitoreo, evaluación e investigación de servicios de salud. Se busca enfatizar los siguientes objetivos específicos:

- Presentar una perspectiva global del rol y utilidad del monitoreo, evaluación e investigación en los diversos componentes de los servicios de salud, como instrumentos de gestión y asegurar el cumplimiento esperado de planes y programas de salud.
- Describir los aspectos metodológicos del funcionamiento y desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación, así como de los aspectos de los servicios que están afectos a estos procesos.
- Enfatizar la aplicación concreta del monitoreo y evaluación en las distintas dimensiones de la estructura y desempeño de los servicios de salud, adaptados a algunas particularidades que tienen los distintos niveles y centros asistenciales y productivos de servicios de salud, especialmente en aquellos servicios públicos de salud que están organizados en red asistencial.
- Presentar y destacar la necesidad e importancia de realizar investigación en servicios de salud, que complementa al monitoreo y evaluación, como un conjunto integral de valiosos instrumentos informativos en apoyo a la gestión de servicios de salud.

El enfoque conceptual y las definiciones planteadas son “operacionales” (destinadas a una comprensión que pueda ser práctica y aplicable en concreto a la realidad de los servicios). El aporte de estos procesos es más útil en la medida que cada grupo de trabajo o autoridad responsable de servicios de salud quieran adaptar como más atingente, a su propio contexto de servicios o enfoque normativo. Es decir, se proponen principios y conceptos que, a partir de modelos o marcos teóricos, tengan una presentación más práctica u operativa, para facilitar que los lectores interesados y los actores involucrados las comprendan y contribuyan a una aplicación práctica y útil a su propia realidad y contexto.

Por ello, el documento no busca formular una visión teórica o normativa que sea exhaustiva, sino que más bien busca que comprendiendo esos temas generales, pueda ser adaptados o aplicados a los principios

y contexto organizacional concreto donde se desempeñan los diversos gestores y servicios de salud, en sus propias realidades de servicios de salud y su contexto.

El documento está dirigido a los profesionales que buscan contribuir al fortalecimiento de la capacidad institucional para planificar, implementar, ejecutar y evaluar procesos de monitoreo y evaluación, en los diversos niveles de decisión y acción. Si bien el potencial rango de audiencia objetivo es amplio, hay dos tipos de profesionales a los cuales está particularmente dirigido el documento:

- Quienes participan en las distintas fases de los procesos de monitoreo y evaluación, especialmente en la obtención e integración de la información, el análisis e interpretación de resultados, y producción de informes o difusión de resultados incluyendo la discusión con profesionales del área de toma de decisiones y políticas sanitarias.
- Quienes utilizan sus resultados y reportes para aplicarlos en la toma de decisiones en servicios de salud. Especial importancia tienen aquellos profesionales relacionados con las áreas de desarrollo de políticas sanitarias, planificación y gestión.
- Quienes planifiquen realizar investigación sobre servicios de salud, la que es simultáneamente científica y operacional. Ello requiere considerar a los servicios de salud como el objeto o cuerpo institucional, con una serie de componentes y procesos que requieren de un enfoque multidisciplinario (como salud pública, administración, economía, ingeniería industrial y otros).

Referencias

1. Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
2. Save the Children Fund, 2003 “Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment”.
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
3. Rodrigues RJ, Gattini CH. (2017) “National Health Information Systems and Health Observatories”. In: Global Health Informatics. How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World. Marin HF, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, eds. Elsevier, London 2017 Ch.2:14-49
4. Juárez S. (2010) 9. Gestión por procesos. Capítulo 9. Gestión de operaciones logísticas en el aprovisionamiento sanitario. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. En “Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria” Ed. Centro de Estudios Financieros.
<https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
5. Lorenzo S., Mira J., Moracho O. (2005), Tema 3. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica Módulo 8 Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico
http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
6. Rojas A. (2014) Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene. vol.8 no.3 Santa Cruz de La Palma 2014. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008
7. Gattini C. (2020) Gestión de Gestión de centros de nivel primario de atención. Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile. Apunte Docente. Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina. Universidad de Chile

8. Gilson L. (2012) Part 1. Introduction to Health Policy and Systems Research, in “Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader” (Ed) Gilson L. Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Geneva 2012

2. LOS SERVICIOS DE SALUD COMO OBJETO DE MONITOREO, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

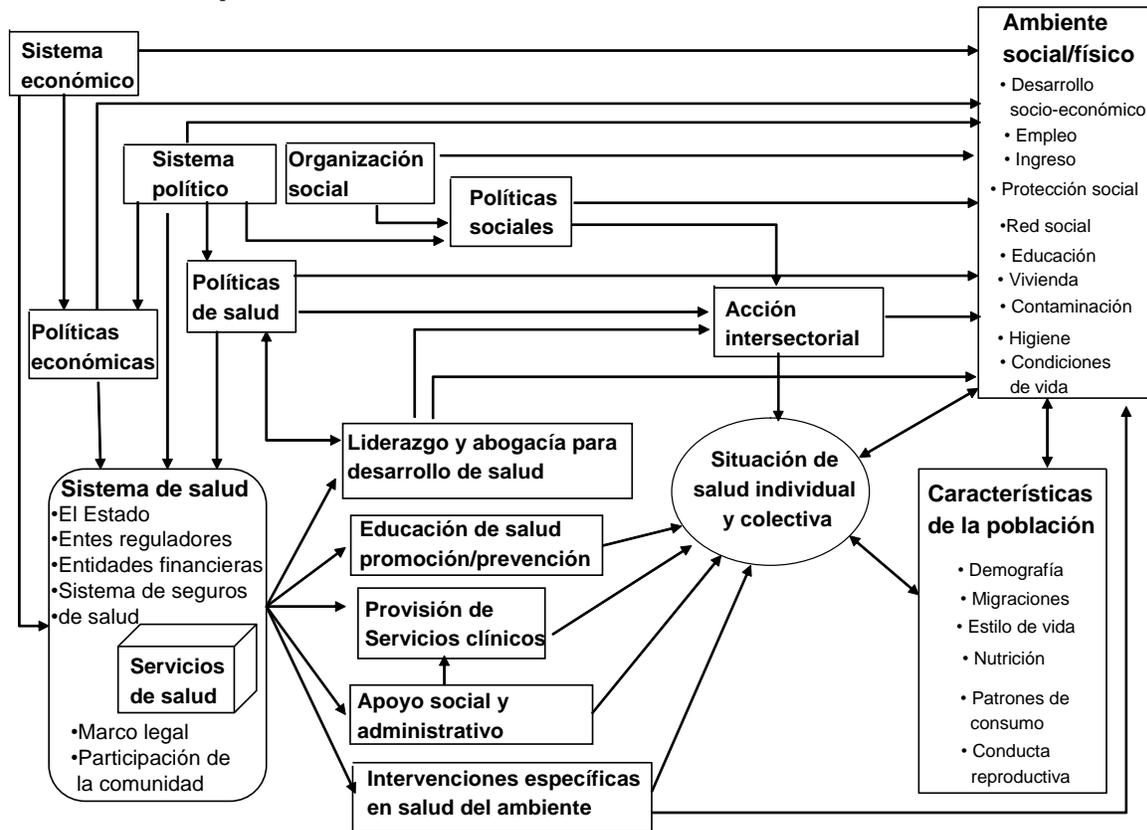
Para efectos de lograr una adecuada aplicación de los procesos de monitoreo, evaluación e investigación a los servicios de salud, se requiere de un adecuado conocimiento de la organización, estructura y desempeño de los servicios de salud, sus características y objetivos, así como la calidad esperada de su estructura y desempeño, según diversas referencias y estándares de calidad.

Características y contexto de los servicios de salud

El sector salud – como parte de la organización y quehacer nacional – es parte de la sociedad organizada y está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas (gubernamentales, no gubernamentales e informales), que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población.

Tanto los sistemas como servicios de salud son entidades establecidas de un modo institucional formal. Son sistemas abiertos, es decir que están en estrecha interacción y son influidos en forma muy dinámica por las condiciones del entorno político, económico, social y otros, especialmente por aquellos factores determinantes que influyen en la estructura y desempeño de los servicios de salud; también influyen aquellos factores relacionados con la población, su salud y las necesidades y demanda de servicios de salud. Los servicios de salud juegan un rol crucial sobre la salud, pero junto a otros determinantes (figura 2.1).

Figura 2.1. Visión integrada de los factores relacionados con la salud que influyen en la situación de salud individual y colectiva



Fuente: C. Gattini (1)

Existe una gran heterogeneidad en las instituciones y centros que proveen servicios de salud, en que hay un distinto grado de desarrollo, complejidad tecnológica y especialización del personal asistencial, así como los servicios específicos de salud que proveen, el tipo de propiedad y el tipo de público objetivo que cubren. En concreto, cada país puede decidir operacionalmente qué tipos de servicios de salud existen y en qué tipo de estructura u organización se proveen.

Los servicios de salud, en cuanto componentes de los sistemas de salud, tienen como finalidad responder a las necesidades asistenciales de salud de una determinada población objetivo. Para que dicha respuesta se pueda concretar, se requiere contar con aspectos que faciliten el acceso y uso de servicios asistenciales (geográficos, económicos, culturales, disponibilidad de centros).

Desde la perspectiva sistémica, un *sistema de salud* es el conjunto organizado de todos los actores, recursos y procesos que tienen por finalidad responder a las diversas necesidades de salud de la población. Es una institución o conjunto de instituciones determinadas por marcos legales, financieros o contractuales que tiene la función de proveer servicios de salud a la población, así como asegurar el recurso y funcionamiento de los servicios y el acceso de la población a su uso.

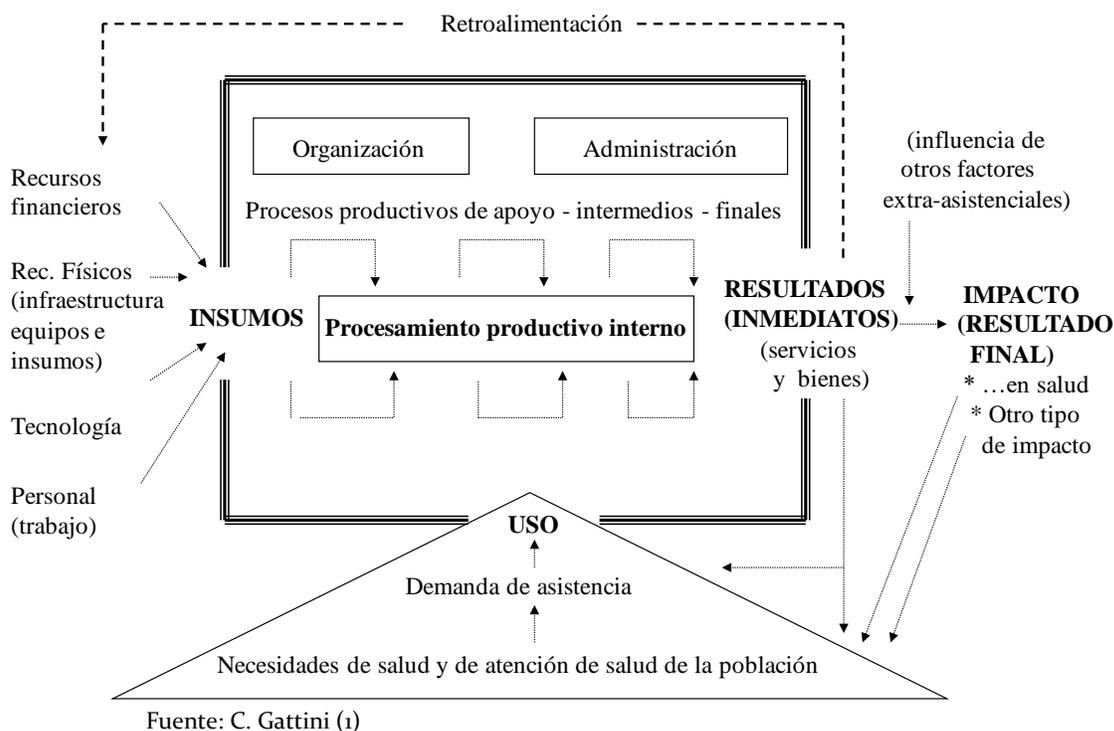
Los *servicios de salud* son el componente de los sistemas de salud que están centrados en la provisión de bienes y servicios relacionados con la atención de salud a la población (cuidados individuales y colectivos). Constituyen empresas o entidades organizadas en torno a un objetivo esencial, que es responder a las necesidades asistenciales de salud de su población objetivo. Proveen bienes y servicios, tanto a nivel individual como colectivo, que buscan contribuir a preservar o mejorar las condiciones de salud de su población objetivo. Su acción cubre un amplio rango de estrategias y actividades que incluyen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y el apoyo paliativo a las personas, así como intervenciones de abogacía, promoción e intervenciones sobre aquellas condiciones del ambiente físico, cultural o socioeconómico del entorno, que tienen influencias sobre la salud individual y colectiva de la población.

En términos operacionales y en cuanto a un tipo de intervención o acción, *servicio de salud* es cualquier intervención o servicio provisto a las personas (de modo individual o colectivo) que puede contribuir a preservar o mejorar la salud, incluyendo el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de personas enfermas y no necesariamente atención médica o clínica. También incluye acciones de intervención colectivas o sobre las condiciones del ambiente (especialmente cuando no hay otros sectores o entidades que contribuyen a abordar los problemas ambientales).

Puede reconocerse operacionalmente, al menos cinco tipos de servicios prestados a la población:

- Liderazgo y abogacía para el desarrollo de la salud, en el ámbito de la población cubierta.
- Educación de salud y otras estrategias e intervenciones para apoyar la promoción prevención y uso adecuado de la atención de salud.
- Prestación de servicios clínicos (preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos).
- Apoyo social, económico y administrativo complementario a la prestación de servicios (como por ejemplo subsidio materno o licencia en caso de enfermedad).
- Intervenciones específicas de cuidado del ambiente.

Figura 2.2. Elementos claves de servicios de salud: recursos (insumos), procesos y resultados



Los servicios de salud tienen una amplia serie de objetivos, recursos, funciones, procesos y resultados que pueden ser objeto de monitoreo y evaluación más específica. El enfoque sistémico y operacional en los servicios de salud proporciona un marco útil para orientar la medición, evaluación y observación integral (figura 2.2).

Es necesario contar con el diagnóstico global (normativo, estructural y funcional) de lo que son los servicios de salud afectos al monitoreo y evaluación y los sistemas sanitarios de los cuales forman parte. La información sobre algunos factores claves ayuda a comprender las características relevantes de los sistemas de salud, como el marco jurídico, el marco y flujo financiero, el recurso humano y tecnológico y la prestación de servicios a la población destinataria.

Los roles y las funciones de sistemas y servicios de salud dependen en gran medida del contexto político, económico y social en el cual existen. Ese contexto influye directamente en cómo se organizan los servicios de salud para responder a los requisitos de salud de la comunidad. Los sistemas de salud tienen como finalidad responder a las necesidades de salud de la población y esto debe hacerse al usar los recursos disponibles lo más eficiente y razonablemente como sea posible.

Los servicios de salud pueden ser públicos o privados. Los primeros tienden a tener una determinada área o población a cargo y dependen de una normativa organizacional central o regional, mientras que los servicios privados son de funcionamiento asistencial autónomos (o integrados en redes autónomas) y en general están abiertos al mercado (sin responsabilidad sobre poblaciones en áreas determinadas).

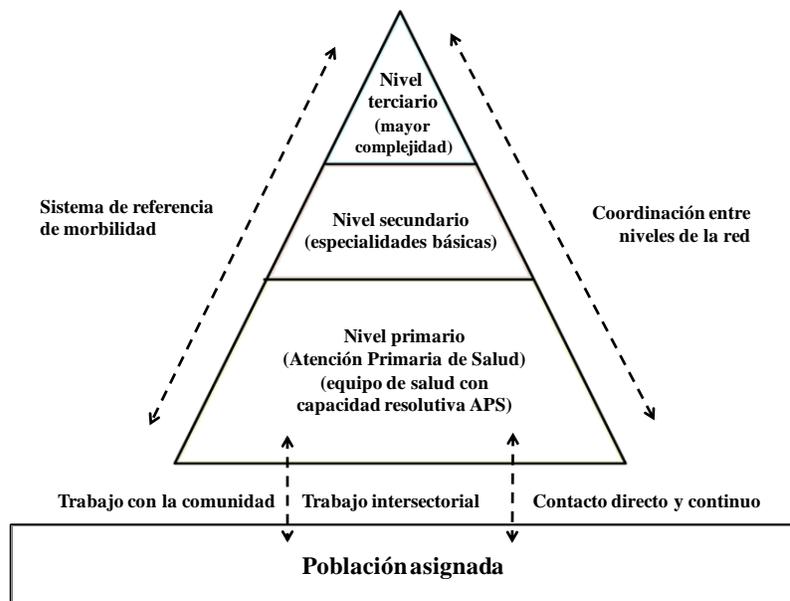
Los servicios públicos de salud tienden a tener responsabilidad de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos. Son organismos estatales, que pueden estar descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de una red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

Los servicios de salud que tienen planificación y coordinación central se tienden a organizar en redes con niveles de atención de distintos niveles de complejidad tecnológica asistencial y cobertura de población. Los servicios de salud organizados en redes asistenciales incluyen una red de centros, con diferente nivel de complejidad tecnológica, que tienen, como finalidad intermedia o final, proporcionar atención de salud a la población destinataria. Las diferentes áreas de gestión y funcionamiento dependen del:

- Nivel de agregación geográfica: local, regional, nacional.
- Nivel de complejidad asistencial: primario, secundario, terciario.
- Nivel de integración de las unidades asistenciales: establecimiento (centros finales productivos o intermedios), establecimientos de similar complejidad, establecimientos de referencia de pacientes, redes de establecimientos funcionales o institucionales.
- Foco predominante del tipo de gestión (tal como: clínico, administrativo, financiero).
- Tipo predominante de atención de salud (orientado a prevención o curación);
- Período para planificar las proyecciones: corto (dos o menos años), medio (cinco años) y largo plazo (diez años o más).

La articulación entre niveles se refiere tanto a su coordinación técnica y administrativa, como del sistema de referencia de morbilidad (referencia y contrarreferencia de pacientes), en busca del nivel con capacidad resolutoria suficiente en cada caso (figura 2.3).

Figura 2.3. Red asistencial en servicios integrados de salud



Fuente: C. Gattini (3)

Entre los aspectos claves de una red asistencial integrada, destacan:

- Se cuenta con responsabilidad sobre la situación de salud en una población y territorio a cargo, definidos;
- Existe una red de establecimientos de salud que tienen distinta complejidad técnica;

- Existe un primer nivel de atención multidisciplinario centrado en la comunidad y que sirve como puerta de entrada al sistema;
- La prestación de servicios especializados se realiza en el lugar más apropiado, según derivación desde el nivel primario;
- Se cuenta con gestión y coordinación administrativa y asistencial de la red, que incluye el sistema de referencia de pacientes;
- La atención de salud está centrada en la persona, la familia y la comunidad, especialmente en atención primaria.

Cuadro 2.1. Perspectiva de APS (según Alma-Ata) y correlato con el nivel primario de atención de una red asistencial

| Componentes de la Definición de Alma-Ata | Implicancias para el marco normativo del nivel primario | |
|---|--|---|
| | Características esperadas del NPA y APS | Recursos y funciones esenciales |
| Asistencia sanitaria esencial... | Uso de capacidad y competencias esenciales y necesarias | Nivel con personal y capacidad tecnológica resolutive de menor complejidad, esencial |
| | Uso de tecnología apropiada | Equipamiento apropiado a recursos y capacidad resolutive requeridos |
| | Cubre todas las etapas de servicios asistenciales esenciales | Promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (nivel individual y colectivo). |
| ...Accesible a todos los individuos y familias de la comunidad | Cobertura universal en la comunidad (población objetivo) | Continuo contacto con toda la población a cargo (acceso universal) |
| | | Responsabilidad continua sobre la salud de las personas (a través del ciclo vital) |
| ...A través de medios aceptables para ellos | Considera la cultura global y sanitaria de los diversos grupos de la comunidad | Personal y servicios asistenciales adaptados para cubrir el mosaico cultural, considerando criterios en salud de la comunidad |
| ...Con su plena participación... | Participación de la comunidad | Participación de la comunidad en APS y servicios de salud incluyendo control social |
| ...Costo asequible para la comunidad y el país | Disponibilidad y distribución de recursos suficientes, factibles de lograr y sustentables en el tiempo | Desempeño coherente con recursos disponibles y sustentables en el tiempo |
| ...Es el núcleo del sistema de salud del país | Primer contacto con la comunidad | Tiene cobertura directa de la población asignada a cargo |
| | Es componente esencial de las redes asistenciales | Coordina el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema |
| | | Es un filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud |
| ...Forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad | Trabajo intersectorial | Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo |
| | Estrategia pro equidad y desarrollo humano | |

Fuente: C. Gattini (3)

La estrategia o acción de *atención primaria de salud*, es esencialmente asumida por el nivel primario de atención de la red asistencial de los servicios de salud, cuyos centros tienen una menor complejidad tecnológica y responsabilidad de cobertura directa de la población objetivo. (Cuadro 2.1)

La gestión del nivel primario de atención se remite a centros asistenciales ambulatorios con equipos multidisciplinarios de salud, en profesiones no especializadas y que tienen responsabilidades asistenciales ante una determinada población objetivo.

El nivel local aplica modos de planificación, programación y funcionamiento determinados en forma estándar por la autoridad sanitaria central, ajustados por los diagnósticos locales de salud. En el caso chileno, la mayoría de esos centros está bajo administración municipal.

En general, los mismos grupos de factores o determinantes también influyen en la manera en que se organizan los sistemas de salud (mezcla pública y privada, sector formal e informal), cómo la salud puede acceder a su uso y como ellos responden a las necesidades de salud de la población. La estructura y el desempeño o funcionamiento de los sistemas de salud depende en gran medida, del contexto político, económico y social en el cual se ubican.

La gestión y desempeño de los servicios de salud

La gestión de los servicios de salud es un proceso esencial enfocado en dirigir y lograr un desempeño organizado, eficiente y efectivo de los servicios de salud. Para ello necesita utilizar una importante base de información, la que a su vez puede ser utilizada en procesos de monitoreo y evaluación, que constituyen instrumentos informativos para la gestión y acción. Es importante comprender el rol gerencial de quienes desarrollan, aplican y evalúan políticas, planes y programas, así como quienes deben conducir rutinariamente a los servicios de salud. Ese grupo de principales usuarios del monitoreo y evaluación (o su grupo asesor) deben ser los actores relevantes en la tarea de plantear requerimientos, objetivos y utilización de los reportes de monitoreo y evaluación.

A su vez, la gestión de los sistemas de salud incluye una amplia gama de procesos de desarrollo de políticas y toma de decisiones en diferentes niveles administrativos, bajo la responsabilidad de múltiples gerentes y en interacción con el personal responsable del desempeño de los servicios de salud.

Las decisiones en la gestión se pueden clasificar según la duración de los planes o período de aplicación administrativa de la gestión: (a) decisiones estratégicas, usadas en la planificación de medio y largo plazo, a nivel central o regional (nivel normativo); (b) decisiones tácticas, relacionadas en el general con planificación a mediano plazo, y (c) decisiones operativas, que se realizan en general en contexto de operación rutinaria, control y evaluación en el nivel local. Los procesos de descentralización de los sistemas de salud que han ocurrido en muchos países (relacionado con reformas) dan más responsabilidad y un rol más dinámico a las decisiones de gestión a nivel local.

Los sistemas de monitoreo y evaluación pueden entonces estar centrados en los temas principales que cubren, o bien al tipo de gerencia que apoyan. Entre los diversos procesos y tipos de gestión de servicios de salud a los cuales contribuyen, destacan:

- Gestión financiera, de infraestructura, insumos (como abastecimiento global, insumos de laboratorio o medicamentos), equipamiento, y personal.
- Gestión de calidad (global o de los distintos programas o componentes del servicio de salud).
- Gestión de los diversos niveles (como atención primaria), según tipo de centros (hospitales, consultorios, puestos rurales) o unidades administrativas o clínicas de los centros asistenciales.

- Gestión del desempeño (funcionamiento del conjunto integrado de procesos esperados, cumplimiento de normas, programas, procedimientos y resultados establecidos).
- Gestión de resultados (ya sean inmediatos o de largo plazo o impacto, directos de salud u otros colaterales o externalidades).
- Gestión clínica (global o de diversos servicios o unidades clínicas o de apoyo diagnóstico y terapéutico).
- Gestión de proyectos, planes y programas. (4-7)

Cabe destacar que, en el área de la toma de decisiones, el ámbito de la gestión no sólo se relaciona con lo que ocurre al interior de los servicios de salud, sino que también a iniciativas específicas que involucran a su entorno y que buscan aumentar la protección social, extender la cobertura de servicios en grupos de población o áreas específicas, o bien seguir programas de intervención determinados (como extensión de determinado control de enfermedades transmisibles). Ello requiere un trabajo intersectorial y con la comunidad, especialmente desde el nivel primario.

Dada la complejidad y diversidad de los muy diversos componentes del servicio de salud, dentro del sistema de salud, una evaluación global y objetiva no siempre puede ser posible. También cabe considerar que el contexto político y económico de los sistemas y servicios de salud (especialmente en el ámbito público) dependen de la doctrina social o ideológica prevalente en el país. Ese complejo factor, que es necesario conocer debidamente, representa un particular desafío de objetividad respecto al enfoque con el cual se percibe a los servicios de salud, sus objetivos y metas, los derechos y necesidades de la población. Ese desafío también repercute en los procesos de monitoreo, evaluación e investigación.

La evaluación podría abarcar el sistema entero, en todo el país (como es el caso de evaluaciones de reformas sectoriales), o bien enfocarse en algunos de sus componentes específicos (administrativo, tecnológico y funcional) o en algunos sistemas específicos de información (como el sistema de información ambiental).

En la conducción de los servicios de salud, los términos de *administración* y *gestión* pueden ser utilizados indistintamente o con gran sobreposición, o bien recibir una connotación distinta. La administración concierne más bien a ordenar y disponer recursos según un marco preestablecido o competencias del administrador para cumplir los objetivos del servicio de salud, mientras que la gestión se concentra principalmente en la conducción o liderazgo de grupos humanos y del desempeño que estos equipos o grupos hacen. A su vez, la gestión puede ser global de un servicio de salud, o bien específica de un determinado nivel, centro asistencial, programa o grupo (equipo) de personal establecido en base a algún proceso sistemático o tema específico. En cuanto se conduce empresa productiva de bienes y servicios de salud, la gestión puede ser global o bien enfocarse en recursos, procesos o resultados.

La necesidad de contar con información está presente en todos los pasos del proceso de toma de decisiones. Tanto el trabajo en equipo como el reporte proveniente del monitoreo y evaluación contribuyen a que la toma de decisiones sea más adecuada y efectiva. La función gerencial se hace más efectiva con buena información lo que a su vez motiva para buscar más información y usarla apropiadamente. Los servicios de salud de alta calidad también tienen mayor probabilidad de tener una buena gestión y cultura institucional, lo que incluye producir y utilizar buena información, o al menos de usar más eficazmente la información disponible.

Es importante disponer de un adecuado sistema de información para la gestión, que esté orientado a responder las interrogantes más frecuentes o importantes que tengan los directivos en su gestión, con el fin de permitir una adecuada adopción de decisiones. La gestión de centros de atención de salud a nivel

local (principalmente hospitales y centros ambulatorios) generalmente dispone de información pormenorizada y realizan decisiones continuas y detalladas, por lo cual la información pasa a ser una parte intrínseca de la gestión.

El concepto de calidad de los servicios de salud es esencial para conocer las características y atributos que los servicios deben cumplir, en sus diversos componentes y dimensiones, para estar en excelentes condiciones de cumplir en forma óptima con sus objetivos. También es preciso determinar el nivel de referencias, criterios o estándares esperados como adecuados, que sirven para medir y contrastar la situación que se observa y registra en la evaluación (valoración de lo observado respecto a lo esperado) de los procesos de monitoreo y evaluación.

El gerente de servicios de salud enfrenta el desafío de hacer lograr que se realicen las tareas necesarias en el desempeño de su establecimiento o unidad en los servicios de salud, para que los servicios prestados se produzcan con adecuada calidad y oportuno cumplimiento. Ello incluye buscar los mecanismos y trabajo coordinado de los equipos de trabajo para lograr efectividad, eficiencia y equidad en los servicios prestados, mediante el mejor uso de los recursos disponibles.

El gerente tiene un rol de liderazgo, gestión y dirección en las unidades y con el personal subalterno del cual es responsable por estar a cargo. El liderazgo busca empoderar incentivar, motivar, y generar un buen clima de trabajo, para favorecer que el grupo subalterno pueda realizar el mejor desempeño posible y así cumplir los resultados institucionales, incluso en situaciones complejas y cambiantes y eventuales conflictos internos que pudieran surgir.

Su función no sólo se remite al manejo interno de la unidad y personal a cargo, sino que requiere mantener una estrecha interacción y coordinación con gerentes de otros niveles de las instituciones de salud, con otros actores y sectores relacionados en el entorno, y con las personas que requieren de los servicios asistenciales.

En este rol, se reconocen alrededor de cinco o seis funciones en el rol del gerente

- **Planificación.** El gerente formular lo que se necesita ser cumplido, incluyendo las prioridades y metas de cumplimiento. En línea con lo que otros niveles regionales o nacionales de una institución de salud, planifica en conjunto con su grupo y define lo que se propone lograr en el corto o mediano plazo.
- **Organización.** Para un mejor funcionamiento del personal de salud a cargo, el gerente define el modo de organización del equipo de personal, incluyendo posiciones y flujos de comunicación.
- **Gestión del recurso humano.** Ello no solo incluye la gestión cotidiana del personal contratado, sino que a las estrategias que permitan contratar, capacitar y retener el personal del equipo de personal.
- **Control.** Incluye realizar supervisión y control sistemáticos con el fin de vigilar los procesos en curso para orientar la dirección y apoyo a alguien o una tarea hecha por el equipo de personal, conforme a los planes y programas definidos.
- **Dirección.** Es la función esencial y cotidiana de ejercer efectivo liderazgo, buscar el trabajo coordinado, comunicar y tomar oportunamente las medidas necesarias para el cumplimiento del desempeño conforme a lo programado.
- **Toma de decisiones.** Relacionada con las otras funciones, el gerente debe adoptar decisiones efectivas y oportunas para el desempeño del equipo de personal, considerando simultáneamente sus eventuales ventajas y desventajas. El control y evaluación son esenciales para que el gerente vea reacomodación de

decisiones y acción, en torno a lo programado como desempeño y hacia el logro de cumplimiento de metas y objetivos.

Calidad de la estructura y desempeño

La calidad de los servicios de salud puede ser entendida como el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las necesidades de los usuarios

Son las condiciones y procesos para lograr un desempeño adecuado y efectivo para el logro del cumplimiento de normas, programas, protocolos y el cumplimiento de objetivos establecidos. Incluye el ejercicio de una buena práctica según el estado del arte científico, técnico y administrativo, en condiciones de efectividad, seguridad y satisfacción en la provisión de servicios a personas las usuarias de los servicios provistos.

Cuadro 2.2. Objetivos de calidad y desempeño de los servicios de salud

| Objetivos de calidad y desempeño | Aspectos relevantes |
|--|--|
| Acceso universal | Asegurar condiciones geográficas, económicas, de aseguramiento, culturales, de disponibilidad temporal |
| Calidad técnica y científica | Condiciones de buena práctica asistencial, según protocolos y normas técnico-administrativas |
| Aceptabilidad de los servicios | Buena y humana calidad de interacción entre personal y pacientes |
| Acceso continuo | Acceso continuo de primer contacto, según necesidad |
| Atención integral e integrada | Atención provista según necesidad de cada persona, través del ciclo vital |
| Coordinación de los servicios, centros y niveles | Respuesta coordinada en torno a las necesidades de los pacientes Médico de APS resguarda acceso a niveles resolutivos |
| Planificación de los servicios | Capacidad de planificar y ejecutar servicios de salud en respuesta a necesidades de salud de la población |
| Capacidad resolutiva | Capacidad de satisfacer las necesidades de salud en el nivel y oportunidad que corresponda |
| Eficiencia | Provisión de servicios asistenciales con desempeño óptimo del uso de recursos y la mejor relación entre costos y beneficios. |
| Eficacia | Capacidad de resolver las necesidades específicas de salud, y de lograr el impacto planificado o esperado. |

En términos operacionales, destacan algunos aspectos más específicos de la calidad global de los servicios de salud, como son calidad de la organización y recursos, la eficiencia, efectividad, eficacia y calidad o satisfacción humana de los servicios asistenciales provistos a los usuarios. El desafío es procurar las mejores condiciones posibles (máxima excelencia) en base al relativamente limitado recurso disponible, especialmente en servicios públicos de salud, y el uso de tecnología apropiada (cuadro 2.2).

Entre las dimensiones de la calidad asistencial afectas a monitoreo y evaluación destacan:

- Accesibilidad: factibilidad de que una persona, según necesidad, acceda y use oportuna y efectivamente servicios de salud.
- Equidad: provisión de servicios según necesidad e independiente de la capacidad de pago.

- **Competencia Profesional:** es la capacidad del personal de salud para aplicar adecuadamente sus conocimientos, habilidades, destrezas y juicio.
- **Satisfacción Usuaría:** percepción de respuesta sanitaria oportuna, efectiva y humana, según las expectativas de cada usuario.
- **Eficacia:** grado de impacto o mejoría del estado de salud, en atención en condiciones de laboratorio o de condiciones ideales experimentales.
- **Efectividad:** grado de impacto logrado en las condiciones normales de atención de salud en centros asistenciales.
- **Eficiencia:** logro del mayor beneficio posible con el menor costo razonable.
- **Seguridad:** eliminación y o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor.
- **Confort:** aspectos de la atención de salud pero que inciden en la comodidad, calidad y satisfacción del usuario (mantenimiento, aseo, instalaciones, ventilación, privacidad, contaminación, etc.).
- **Continuidad:** es la apertura permanente de acceso a la atención (24/7) para tratar o referir a cada usuario al nivel resolutivo del problema de consulta.
- **Oportunidad:** es el acceso y repuesta resolutiva efectiva de la red asistencial, según necesidad de cada usuario.
- **Privacidad y confidencialidad:** implícitas en la competencia profesional porque tienen que ver con el manejo ético de la profesión.

Los servicios necesitan contar con adecuadas condiciones (prerrequisitos de funcionamiento) para poder funcionar con la eficiencia. Para ello se requiere contar con estructura y recursos organizados y provistos según lo que los planes, programas y proyectos requieren para un adecuado, efectivo y efectivo desempeño.

La eficacia de un proceso o acción es la capacidad de lograr resultados (en relación causa-efecto) que se ha demostrado funcionar en condiciones experimentales, en proyectos específicos bajo condiciones determinadas para lograr un éxito en el ámbito de ese proyecto, o bien en proyecciones ideales.

La efectividad es la capacidad de lograr resultados que tiene un determinado proceso, intervención o acción, pero bajo las condiciones reales de contexto en que se aplica dicho proceso. Es lo que se puede lograr en la práctica real de los servicios de salud, debido a los factores institucionales y del entorno que limitan la aplicación teórica del mismo modo que se logró en un laboratorio o experimento, o por condiciones determinantes del entorno.

La eficiencia es el grado en que un servicio de salud alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles. Significa alcanzar una misma producción o resultado con el menor costo o recurso posible, o bien alcanzar mayor producción o resultados con el mismo costo o recurso disponible.

También es importante el cuidado de la calidad o satisfacción humana de la atención, dado que la provisión de servicios es esencialmente interpersonal donde hay asimetría de información y diversas perspectivas de cultura y otros factores.

La sostenibilidad es una condición básica que permite asegurar el futuro de programas, proyectos y desempeño de servicios. Esta condición tiene a ser crítica en los servicios públicos de salud, que habitualmente enfrentan las grandes necesidades asistenciales de la población, mientras que cuentan con recursos limitados y no disponen de ingresos suficientes al momento de uso de servicios por parte de la población.

Entre las dimensiones o perspectivas de la calidad global destacan la calidad:

- científica y técnica del recurso y desempeño
- en capacidad de respuesta a demanda de servicios
- gerencial
- de la práctica clínica
- para proveer servicios oportunos, logrando mayor resultado con menor uso de recursos (eficiencia)
- para responder efectivamente a las necesidades de salud (eficacia) fomentar salud (promoción) o prevenir enfermedades (prevención)
- en la seguridad de pacientes
- percibida por pacientes
- según criterios de acreditación
- en la distribución de recursos y servicios (equidad, o eficiencia distributiva).

Marcos y estándares de referencia

Salvo evaluaciones esencialmente descriptivas, la evaluación requiere de marcos y estándares de referencia que permitan contrastar operacionalmente lo encontrado respecto a un nivel esperado (ej. condiciones esperadas de eficiencia).

Los marcos y estándares de referencia - que corresponden a las características, calidad y resultados esperados de un programa - son la base comparativa de evaluación. Las variaciones geográficas, socioeconómicas y organizacionales que enfrentan los programas requieren que los parámetros de referencia sean adaptados en la medida que sea necesario (ej. disponibilidad de enfermeras por población, en áreas rurales y urbanas, o en áreas de diversa privación socioeconómica).

El desarrollo de referencias de comparación y de evaluación (benchmarking) es el proceso de definir niveles de referencia o patrones de excelencia (criterios de referencia óptima o deseable) contra la cual la situación existente puede ser medida y evaluada (comparada).

Los puntos de referencia nacionales proporcionan el marco en el nivel esperado que debiera tener la estructura (arreglos institucionales, recursos y organización) y el desempeño que el SNIS (o un sistema específico de información) debiera tener para lograr cumplir adecuadamente con sus metas, y poder suministrar información eficaz y oportuna para la acción, una vez que se haya consolidado.

La referencia normativa nacional puede ser desarrollada mediante la combinación de las normas internacionales (si las hay) adaptadas al entorno nacional, junto con el nivel de las prácticas mejor conocidas (referencia empírica) y también considerando la opinión de expertos. Dentro del servicio de salud, los estándares de referencia nacional podrían ser diferentes para diferentes niveles subnacionales y sistemas de información específicos.

A nivel nacional, las normas pueden ser adoptadas según:

a) *Los reglamentos y recomendaciones internacionales*, por ejemplo:

- Reglamento Sanitario Internacional;
- Programas de inmunizaciones y enfermedades transmisibles que deben notificarse.

b) *La referencia normativa* (basada en decisiones adoptadas por la autoridad sanitaria nacional), por ejemplo:

- Notificación universal de todas las estadísticas demográficas y vitales;
- Programas de salud de las personas;
- Programa Nacional de Inmunizaciones

c) *La referencia empírica* (basado en situaciones reales que alcanzan la mejor estructura y desempeño), por ejemplo:

- Nivel de mortalidad infantil o de expectativas de vida al nacer;
- Cobertura de programas de tamizaje de enfermedades crónicas o pesquisa de cáncer.

La diferencia entre una situación observada y el estándar de referencia proporciona la amplitud de una brecha. Por ejemplo, la norma de referencia para obtener el indicador de mortalidad infantil incluye las siguientes condiciones: disponibilidad e integración de registros, oportunidad (actualización en un período de menos de un año luego de producida cada muerte), completo (abarca todas las defunciones) y buena calidad de variables (como edad, causa de muerte, prematuridad).

El método de la evaluación se facilita cuando un modelo operacional de servicio de salud ya ha sido desarrollado a nivel de país, y todos los participantes claves apoyan su validez como el esquema del sistema nacional y local de información que exista. El diseño lógico del modelo, así como el diseño físico (parte tecnológica), proporciona una situación más detallada para la referencia de evaluación.

Las diferencias entre el estado que se observa del servicio de salud (según la evaluación descriptiva) y la situación esperada (el modelo) indican las brechas de desarrollo y necesidad de mejoramiento.

Las recomendaciones basadas en la evaluación del servicio de salud, especialmente del análisis de brechas, podrían indicar algunas soluciones apropiadas para el mejoramiento, según factibilidad de logro, costo-beneficio y prioridades. Sin embargo, se debe dar importancia al servicio de salud existente y a sus principales sistemas específicos de información, como la línea de base como la situación a ser mejorada.

El monitoreo y evaluación requiere también tomar en cuenta el entorno en que se ubican y funcionan los servicios de salud: sistemas nacionales y subnacionales de salud, sistemas de seguros de salud y de protección social, fuentes financieras, el Estado en su rol rector y regulador (representado por la autoridad sanitaria de gobierno), otros sectores, especialmente del área social (como educación y seguridad social), entidades universitarias, organismos internacionales, sector productivo privado (como el farmacéutico o laboratorios), entidades representativas de la comunidad y la comunidad en general.

En la organización de los distintos niveles de servicios, el monitoreo y evaluación puede cubrir un nivel macro (nacional o subnacional), meso (establecimientos y red pequeña de establecimientos) o micro (un establecimiento o bien componentes específicos, incluyendo los distintos centros de producción que pueden identificarse en un centro asistencial).

La propia población desempeña múltiples roles, en cuanto: objetivo de la atención de salud y las políticas de salud; beneficiaria y usuaria de los sistemas de salud; fuente financiera directa o indirecta; y elemento activo de control de los grupos que proporcionan servicios de salud (colabora con la rendición de cuentas o contabilidad política, social, económica o legal).

Los servicios de salud tienden a formar parte de sistemas de salud que son más amplios (pues incluyen a los entes rectores, reguladores, financieros y de aseguramiento) y a menudo están conformados por una

cantidad integrada de varios programas, oficinas e instituciones que tienden a formar parte de complejas redes asistenciales. Esa configuración es más frecuente en el sistema público.

Existen desafíos permanentes que tienden a afrontar los servicios de salud en los países en desarrollo, especialmente aquellos que de carácter público. En ellos tiene a existir una dependencia significativa del aporte financiero estatal (a su vez altamente dependiente de los impuestos nacionales recolectados en forma rutinaria) y de otros recursos relativamente limitados. Las persistentes limitaciones del recurso financiero, humano y tecnológico frente a las numerosas necesidades de salud de la población tienden a influir en limitaciones de capacidad de gestión y desempeño asistencial, con desigual distribución del recurso que a su vez tiende a perpetuar la inequidad asistencial y sanitaria, así como la mantención evitable e injusta de carga de enfermedad y muertes prematuras, especialmente en aquellos lugares donde se encuentran los grupos más vulnerables de la población (con menor desarrollo socio-económico).

Las oportunidades para una implementación gradual de los sistemas de monitoreo y evaluación dependen de las necesidades percibidas por los encargados de adoptar las decisiones, la prioridad asignada por ellos y la factibilidad de integrar todas las fuentes de información y sistemas de observación específicos, para comenzar un centro secundario integrado de base virtual. Las prioridades también se relacionan con el conocimiento, expectativas y voluntad política e institucional para apoyar el desarrollo y fortalecimiento de estos sistemas, cuyos usuarios principales debieran ser los planificadores y encargados de decisiones claves, con interés y capacidad de usar información en su toma de decisiones.

Acceso y uso de servicios de salud

El acceso a los servicios de salud puede ser entendido como la posibilidad de obtener atención adecuada de salud cuando se necesita. Sin embargo, esta definición potencial es teórica, por tanto, la medición del acceso es indirecta y retrospectiva: se estima a partir de la medición de cómo fue el uso que en un determinado momento del pasado realizaron las personas de la población objetivo de los servicios, conforme a las necesidades que fueron percibiendo. Ello significa que la medición del uso o utilización de servicios se usa para aproximarse a la medición de si hubo acceso efectivo a los servicios de salud, en una población y período determinados.

El acceso a servicios de salud tiene implícito que se ha logrado obviar o solucionar sus posibles obstáculos, ya sea que éstos se relacionen con distancias, privilegios sociales o económicos; además es preciso que haya recurso disponible y accesible, para que exista efectivamente acceso.

Según los obstáculos obviados, se describe el acceso geográfico, acceso cultural, acceso económico, acceso temporal (si el acceso y uso es oportuno para el momento en que se necesita, obviando períodos en que centros asistenciales no funcionan o el personal no trabaja, como en las noches o fines de semana)

El acceso integral, para poder concretarse en forma efectiva, requiere que se produzcan una serie de condiciones que son necesarias para asegurar la cobertura efectiva de la provisión de servicios. La falta de algunas de estas condiciones sólo produce coberturas parciales (como cobertura geográfica dado un determinado recurso disponible), pero no permite cumplir con el acceso integral y el uso efectivo de los servicios.

Según esta perspectiva, la disponibilidad de recursos para una determinada población (como cantidad de camas hospitalarias por 10.000 habitantes), representa sólo una accesibilidad teórica o potencial, pues existe una serie de barreras entre el recurso potencialmente accesible y el uso que se pueda hacer de él (por ejemplo, una baja eficiencia) y barreras para que la población pueda demandar y acceder a los servicios.

La accesibilidad que se favorece por la capacidad de pago o respaldo de algún sistema de protección financiera en salud representa un factor importante para facilitar el acceso, aunque no suficiente si hay otras barreras potenciales de tipo cultural (aceptabilidad de servicios y otras).

Muchas veces el contacto con los servicios (medido por ejemplo como consultas o egresos hospitalarios en un determinado período) se usa como aproximación para la medición de acceso. Esto es útil, aún cuando tiene limitaciones, especialmente porque representa una razón entre actividades prestadas en una institución, centro o área determinada y las personas del área objetivo de acción; no representa el uso real que cada persona o grupos de personas haya hecho de los servicios de salud.

Dada su complejidad, se necesitan múltiples perspectivas y tipos de medidas para abordar este tema en forma integral, combinándolos en un marco conceptual y metodológico coherente. Para tal enfoque, se necesita tener en cuenta que:

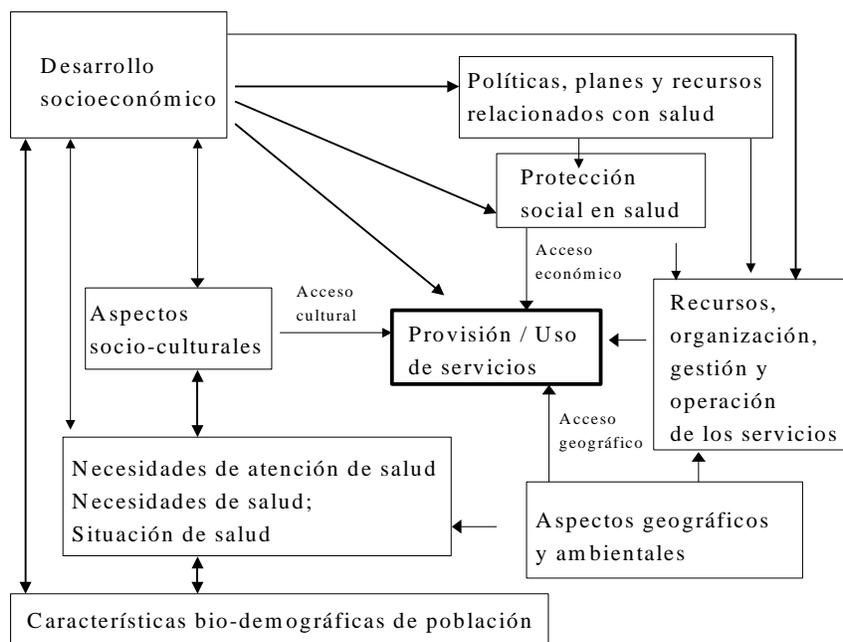
- El acceso efectivo a la atención de salud (utilización o uso) es influido por la interacción entre diversos factores que afectan (ya sea facilitando u obstaculizando) la demanda o bien influyen en la oferta institucional de servicios.
- De parte de la población (necesidad y demanda), existen varios tipos de factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios, y que muchas veces están relacionados entre sí.
- Del lado institucional (oferta), también existen varios tipos de actores que influyen en la disponibilidad y distribución de recursos, y en la provisión de servicios de salud.

Las diferencias socioeconómicas y las disparidades de la situación de salud entre diferentes áreas y grupos de población influyen en las desigualdades en la atención de salud. Las áreas menos privilegiadas tienden a tener una carga de morbilidad mayor, menor disponibilidad de recursos, menor financiamiento y acceso, junto a escasez del personal de atención de salud, prestigio inferior y limitada capacidad de resolver eventos de salud que requieren niveles tecnológicos más complejos de atención, descrita como la ley de cuidado inverso de la salud (Hart, 1971).

La figura 2.4 sintetiza los componentes o grupos de factores que de un modo u otro influyen en el acceso y uso de servicios de salud. Entre los aspectos relacionados con la demanda y uso de servicios destacan:

- Necesidades de salud y de atención de salud
- Aspectos relacionados con el diverso nivel socioeconómico de los grupos de población
- Aspectos de protección y aseguramiento social que permitan acceso según necesidad
- Aspectos limitantes de acceso a servicios o medicamentos por razones de copago o pago de bolsillo
- Aspectos socioculturales
- Aspectos geográficos y de ruralidad.

Figura 2.4. Principales grupos de factores que influyen en el acceso y uso diferencial de servicios de salud.



Fuente: Gattini (2)

Entre los aspectos relacionados con el lado institucional o de la oferta de servicios destacan:

- Políticas, planes y proyectos que apoyen el aumento de cobertura de los servicios de salud
- Financiamiento de centros asistenciales según fuentes gubernamentales, de protección o seguro social.
- Disponibilidad y distribución del recurso asistencial (personal y otros)
- Eficiencia y calidad de la provisión de servicios.
- Distribución geográfica y en diversos grupos socioeconómicos del acceso y uso de servicios (equidad asistencial).

Políticas, programas y proyectos

Las políticas, los programas y los proyectos relacionados con salud tienen en común que son propuestos para ser aplicados en un período determinado, con determinados objetivos por cumplir y metas por lograr en dicho período.

La política pública puede ser entendida como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios. (4)

Los programas y los proyectos se establecen en líneas con las políticas públicas y los objetivos procurados por los sistemas y servicios de salud. Son planeados en forma concreta, explicitando los recursos de los que dispondrán las actividades y procesos que realizarán, y los objetivos y metas que se espera lograr y el tiempo esperado de su realización. Por ello, el monitoreo y evaluación tienen ciertas similitudes en su enfoque, objetivos y aplicación.

Hay políticas, planes y programas que tienen un alcance de ámbito nacional. En ese caso, la autoridad nacional de salud, con un rol normativo y rector para el sector de la salud, tiene la responsabilidad de formular, actualizar y diseminar las normas y procedimientos administrativos y técnicos, así como los estándares normativos para definir las políticas, estrategias, planes y actividades que se concretarán en un período determinado. Con ese marco técnico y normativo, las autoridades sanitarias regionales y locales pueden realizar sus propios planes, programas y proyectos para el nivel regional o local.

Para ser efectiva, la planificación debiera basarse en un adecuado diagnóstico de salud pública e institucional, que incluya la identificación del conjunto de recursos de financiamiento, planta física, equipamiento, insumos, personal, organización y tecnología tanto existente, como aquella que se planea disponer en el futuro, para cumplir los objetivos que cada centro se ha propuesto lograr. Al final debe formularse claramente un plan que incluya tanto aspectos administrativos como técnicos y de impacto que se quiere lograr en la salud de la población. Información y observación son necesarias en todos los niveles administrativos y en todos los procesos relacionados con políticas y planificación.

Los procesos de planificación técnica, administrativa y presupuestaria incluyen el estudio, propuestas y formulación de antemano, de un conjunto de decisiones y acciones que conducirán al cumplimiento del plan.

La planificación incluye un conjunto de actividades y tareas coordinadas que se ejecutan en orden secuencial, con la intención de cumplir los objetivos perseguidos en el plan, en un período definido. Además, es apropiado considerar todas aquellas variables que en último término influirán en la ejecución del plan, según lo que se espera, de la manera más correcta y precisa posible.

La programación tiene características similares a la planificación (incluso pueden considerarse como un plan de corto plazo), pero la programación se refiere a un período de realización más breve (en general un año, comparado con tres, cinco o diez de un plan) y con detalles más específicos respecto a las estrategias, recursos, actividades y metas a cumplir.

La programación detallada incluye indicaciones de programación más acotada, en áreas y tiempos más específicos. En este contexto, cobra importancia el recurso disponible (financiero, humano, físico, tecnológico), las estrategias de organización y funcionamiento con objetivos posibles de medir en el corto y mediano plazo. El desafío es compatibilizar el recurso y cultura institucional con las necesidades locales y los objetivos generales de los planes nacionales del mediano y largo plazo.

Los estándares en su mayoría son generados por opinión de expertos y se refieren a cada tipo de actividad específica, al grupo objetivo de acción, tipo de personal asistencial, cobertura, concentración y desempeño. La planificación se basa en el análisis de la situación, en las prioridades de intervención asistencial según los problemas más relevantes, y las decisiones de afrontar dichos problemas con determinadas coberturas y concentraciones de actividad en plazos determinados, utilizando el recurso disponible.

Referencias

1. Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
2. Gattini C. (2004). Analysing variations in needs resources and use of health care., in a health system context. A basis for monitoring equity in the National Systems of Health Services in Chile. Thesis

submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, UK. LSHTM Library.

3. Gattini C. (2019). Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos" Observatorio Chileno de Salud Pública. Instituto de Salud Poblacional FM Universidad de Chile Acceso: <http://www.ochisap.cl>
4. Di Virgilio MM y Solari R., (2012) Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012. UNICEF
https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
5. IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>

3. EL MONITOREO DE SERVICIOS DE SALUD

La ejecución de procesos de monitoreo forma parte intrínseca instrumental del apoyo a la gestión de los servicios de salud, a diversos niveles asistenciales y administrativos. Un adecuado proceso de monitoreo requiere considerar ciertos aspectos claves en su metodología y tener una aplicación concreta a cada aspecto de servicios de salud que están bajo monitoreo.

El proceso de monitoreo

El monitoreo es un proceso que permite hacer un seguimiento de información y análisis para la acción, que proporciona orientaciones y alerta oportuna para apoyar el proceso de toma de decisiones conforme, se detectan variaciones en el seguimiento histórico. En su objetivo esencial, destaca que busca establecer la extensión en la cual la entrega de bienes y servicios de salud está ocurriendo en conformidad con lo que se ha planificado, para orientar la adopción de medidas apropiadas a corregir eventuales deficiencias detectadas.

Entre los objetivos operacionales del monitoreo, está el poder hacer un seguimiento de la situación esperada de recurso y desempeño e informar oportunamente si ello ocurre según lo esperado o en su defecto, detecta y reporta sobre eventuales limitaciones o brechas entre un nivel de estructura o desempeño observado y un nivel de referencia esperado. Ello detectar en forma oportuna sobre posibles brechas, obstáculos o desajustes que surjan respecto a lo esperado, durante la ejecución de programas y proyectos.

El monitoreo se puede concentrar tanto en el proceso mismo (recursos y actividades) como cumplimiento o logro parcial de los resultados esperados. El monitoreo de servicios de salud puede entonces aplicarse al seguimiento y chequeo sistemático de aspectos de un plan, programa o proyecto en curso, o bien concentrarse en el funcionamiento rutinario del servicio de salud (o alguno de sus aspectos o funciones específicas), para establecer la extensión en el cual la entrega de bienes y servicios están ocurriendo de acuerdo a lo planeado, y en caso contrario, orientar para que se puedan adoptar medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas, y poder cumplir con los objetivos propuestos.

En su modalidad de nivel macro (ámbito nacional o regional), el monitoreo funciona como un proceso sistemático de recopilación de información continua (o periódica) sobre la estructura y el desempeño de sistemas y servicios de salud, así como sus poblaciones destinatarias, analizando, interpretando y aportando información oportuna a los responsables de políticas y decisiones relacionadas directa o indirectamente, con los sistemas y servicios de salud.

El monitoreo de los servicios básicos de salud puede ser aplicado a una red asistencial, a los centros asistenciales o bien a las unidades productivas al interior de cada uno. En la medida que el monitoreo esté estandarizado a nivel nacional, el consolidado global puede contribuir a una visión sistemática sobre la situación nacional o subnacional del tema bajo monitoreo.

La capacidad metodológica requerida, aunque pueda ser relativamente práctica y simple, es crucial. Se enfatiza en la importancia de mejorar la obtención, producción, análisis y presentación de la información. También es importante la capacidad de interpretación o análisis de los resultados a la luz de cada contexto sectorial y de servicios de salud.

El monitoreo utiliza en general en un selecto conjunto de indicadores, que permitan dar un panorama práctico sobre la marcha de un determinado plan, programa o proyecto, o bien al funcionamiento rutinario de algún componente específico del servicio de salud.

La modalidad del monitoreo a realizar depende de algunas características como:

- El tema específico del servicio de salud que es cubierto por el monitoreo;
- El nivel administrativo o asistencial en que se aplica;
- La fuente primaria de datos (administrativa, población, otras fuentes) que se usa;
- El objetivo del monitoreo;
- El grado de organización o formalidad (entre informal y formal);
- El grado de automatización (entre manual y automatizado);
- El componente informativo o gerencial del cual forma parte (tipo de gestión que usa sus resultados); y
- El componente de seguimiento vigilancia más global del cual forma parte (como un plan nacional).

En el monitoreo se compara la situación encontrada en un momento determinado (según indicadores seleccionados) respecto a una situación esperada deseada. Respecto a esto último, el nivel (estándar o patrón) de referencia de lo que se espera cumplir, puede ser determinado según diversas fuentes:

- Nivel definido por expertos: lo que los entendidos en el tema concuerdan y determinan sobre cuál es el nivel de estructura, procesos o resultados a lograr.
- Nivel normativo: lo que la autoridad sanitaria determina como nivel esperado, conforme a los reglamentos, normas y protocolos vigentes.
- Nivel alcanzable con un mejor desempeño o control: proyección del logro relacionado con una óptima eficiencia (según estudios que proyecten mejor desempeño).
- Nivel empírico de uso adoptado habitual (mediana, mejor quintil): uso de niveles aportados por el promedio o mediana de los servicios, o el logro evidenciado en aquellos grupos de mejores condiciones y eficiencia (como el nivel dado por el mejor quintil).
- Nivel empírico óptimo: el nivel ya logrado por los mejores servicios, centros asistenciales o centros internos de producción.
- Nivel teórico posible de alcanzar (en condiciones definidas como óptimas): lo que los modelos, estudios y proyecciones formulan como factible de lograr en lugar, momento y condiciones determinadas.

Hay sistemas de monitoreo específicos que siguen la existencia u ocurrencia de algunos elementos del sistema de salud (como recursos humanos, productividad, financiamiento). Aquellos sistemas de monitoreo que evalúan las reformas del sector sanitario (en sus distintos componentes) pueden proveer información más integral para ser usado por el monitoreo.

El monitoreo de los servicios de salud cubre temas como:

- Financiamiento de salud
- Recursos humanos
- Infraestructura física

- Tecnología médica específica (equipo médico, laboratorio, imagenología, anatomía patología);
- Medicamentos;
- Red de atención de salud (atención primaria de salud, hospital, sistema de referencia);
- Programas nacionales de salud (salud reproductiva, salud del niño, salud del adolescente, salud del adulto mayor)

Algunos sistemas de monitoreo cubren planes, proyectos y programas que son específicos e independientes de los planes y gestión rutinaria de los servicios de salud. Por ejemplo, un proyecto específico sobre VIH/sida, financiado por fuentes internacionales, pero que está sujeto a monitoreo y rendición final de cuentas de los insumos, procesos y resultados comprometidos.

Hay algunos procesos estrechamente relacionados que se complementan con el proceso de monitoreo:

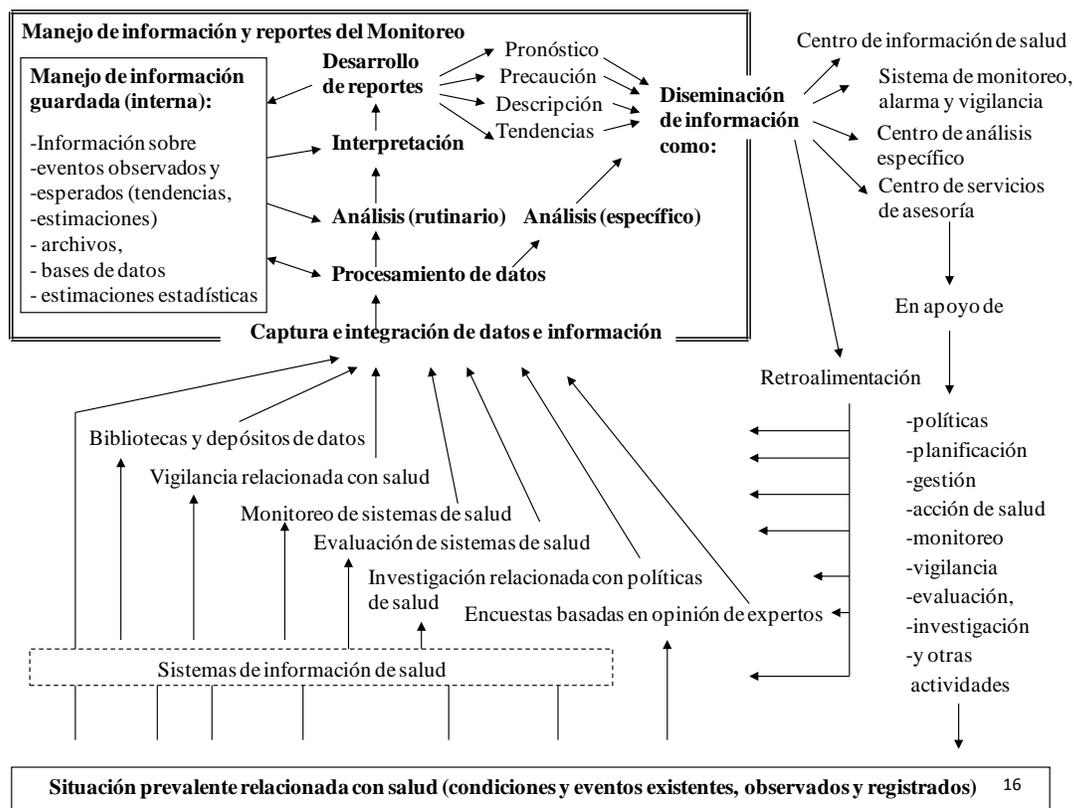
- Función específica de alerta (como una situación imprevista de tipo epidemiológico o económico), que es la actividad continua y vigilante sobre el eventual surgimiento de alguna situación imprevista que pudiera poner en riesgo o entorpecer el buen funcionamiento del proceso cumplimiento o entorpecer el logro esperado de objetivos y metas. Esta función puede formar parte del monitoreo o bien ser externa y complementaria (como la alerta manejada en los sistemas de vigilancia, en el Reglamento Sanitario Internacional).
- Supervisión es la vigilancia de los procesos en curso (a cargo de un supervisor) para orientar la dirección y el apoyo a las personas o equipos responsables por determinada tarea, conforme a los planes o programas definidos.
- Vigilancia es la observación minuciosa continua sistemática de una situación o sucesos de interés en un entorno de los servicios de salud, respecto a una población objetivo, área geográfica y período determinados, para proporcionar alarma y acción necesaria cuando sea necesario.
- Evaluación es el proceso de otorgar valor a una situación observada en relación con un nivel esperado o deseado de un servicio de salud. Busca determinar, de un modo tan sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de objetivos determinados.
- Producción y gestión de información rutinaria de salud, especialmente a través de indicadores, la que en general se realiza en forma estandarizada y con cobertura universal de los servicios de salud y de su población objetivo (a cargo de los sistemas nacionales de información en salud).

Es posible distinguir dos tipos de aplicación del monitoreo, según se haga seguimiento de dos aspectos complementarios de los servicios de salud: a) las condiciones del recurso, desempeño rutinario y resultados que los distintos componentes y niveles de los servicios de salud están logrando en un momento determinado; y (b) el desarrollo de políticas, programas o proyectos, según los objetivos y planificación establecida.

Funcionamiento rutinario del monitoreo

El funcionamiento rutinario del sistema de monitoreo se lleva a cabo a través de una cadena de varios procesos que se basan en información y análisis, conducentes a la elaboración y difusión de informes (figura 3.1). El proceso global incluye la recopilación e integración de la información secundaria clave de fuentes externas y de datos e información almacenada; esto es seguido por procesamiento de datos, análisis, interpretación y producción de informes, con diseminación de la información y el conocimiento.

Figura 3.1. Fuentes y manejo de información y funciones del monitoreo



Fuente: Adaptado de C. Gattini (1), en el contexto de observatorios nacionales de salud

El proceso de análisis y desarrollo de informes debe incluir una rutina predefinida para producir reportes rutinarios, así como la preparación para informar cuando algunas solicitudes específicas pueden provenir de aquellos encargados de políticas y toma de decisiones que son claves en la autoridad nacional de salud, o de otros usuarios prioritarios.

Los aspectos metodológicos del sistema de monitoreo se basan en la estructura, las bases de datos históricas, la recolección de información, el análisis estadístico y contextual, y le difusión de reportes periódicos.

Entre los aspectos relevantes del proceso de monitoreo, destacan:

a) Recopilación, integración y almacenamiento de datos e información secundaria

Base informativa: colección sistemática de información:

- El monitoreo y evaluación necesitan de contar con adecuada información. Se requiere contar con datos, indicadores y métodos de medición predefinidos.
- Las fuentes de información deben ser predefinidas y de acceso expedito (virtual).
- No toda la información es cuantitativa. Incluye información cualitativa, textual, gráfica, de contexto
- Se utiliza tanto datos primarios, como secundarios de otras fuentes, e indicadores tanto primarios (construcción original) como secundarios

- La información debe ser completa, de calidad y oportuna.

Se puede adoptar una serie predefinida de contenidos y una lista de los datos e indicadores (como se usa en algunas iniciativas internacionales, descritas en capítulo 5). La búsqueda efectiva de información clave podría ser facilitada por un inventario, periódicamente actualizado, sobre las fuentes existentes de información que se encuentran en diferentes centros, unidades y oficinas en el país.

Algunas de las principales fuentes de información generalmente disponibles son:

- Sistemas de información nacionales y específicos de salud
- Censos de población y encuestas sociales y relacionadas con la salud, en documentación que está generalmente disponible en las Oficinas Nacionales de Estadística
- Bibliotecas físicas y virtuales, centros de documentación y de depósitos de datos
- Sistemas de vigilancia epidemiológica y de salud pública, y salas de situación de salud
- Monitoreo de sistemas de salud y de reformas del sector salud
- Informes sobre análisis del sector salud
- Evaluación de sistemas de salud (aspectos generales y específicos de la estructura o desempeño)
- Investigación de salud pública orientada a políticas (especialmente investigación sobre sistemas y servicios de salud)
- Encuestas de expertos y de opinión pública

El conjunto de fuentes podría contener extensa información potencial, sin embargo, se requiere que la búsqueda de información clave esté enfocada en el contenido predefinido seleccionado de información (especialmente para los informes rutinarios de situación) más información adicional para la notificación en caso de aquellas solicitudes no rutinarias.

Se puede recopilar algunos datos no rutinarios, por ejemplo, después de una crisis económica o de un brote de enfermedad no considerada en la vigilancia existente, o para fines particulares de observación. La calidad y el carácter integral de los datos pueden ser diferentes a diferentes niveles administrativos, zonas geográficas y sistemas específicos. La calidad de la información recopilada en el monitoreo depende de la manera en que las diferentes fuentes han integrado y consolidado la información.

El establecimiento de una red de información dinámica permite que el intercambio de datos e información clave sea más expedita. Los acuerdos sobre el intercambio de información facilitarán el flujo sistemático de datos entre las fuentes de información y la unidad central del Observatorio.

Una vez que el monitoreo esté funcionando plenamente y la descripción de situación se reporte sistemáticamente, habrá datos e información importante acumulada y electrónicamente almacenada; esos insumos aumentarán la capacidad del monitoreo de manejar información histórica y generar tendencias.

La información textual, las bases de datos, las tendencias históricas en los datos e indicadores, los perfiles, los informes y otros, convertirá gradualmente al monitoreo en un poderoso centro de información y gestión del conocimiento. Sin embargo, la aplicación principal de la información almacenada en papel o en computadora debiera quedar principalmente como un insumo interno enfocado en el apoyo a la gestión de la información y las funciones del monitoreo.

b) Procesamiento de datos y actualización de base histórica de indicadores

El procesamiento de datos se aplica principalmente a la información cuantitativa, donde pueden usarse datos e indicadores para calcular tendencias históricas y estacionales, variaciones y comparaciones transversales. Se puede utilizar los resultados de este proceso para la producción de informes, y también ser incorporados para actualizar y enriquecer aquellas bases de datos internas con tendencias históricas de datos e indicadores.

Los datos recolectados se contrastan con antecedentes esperados, muchas veces procedentes de proyecciones de la evolución histórica de un determinado indicador. Esto último se basa en un archivo histórico de información que debe ser una plataforma estadística básica del mismo sistema de monitoreo. Los mismos datos recolectados contribuyen a actualizar esa base histórica, que debiera constituir una plataforma estadística básica del sistema de monitoreo.

c) Análisis estadístico

La existencia de personal capacitado es un factor fundamental para poder realizar un análisis estadístico apropiado. El análisis estadístico requiere del apoyo de software específico, que en general ya están al alcance de uso personal por parte del profesional que trabaja en sistemas de monitoreo y evaluación y que son relativamente fáciles y amigables de usar (como EPI-INFO, Stata o SPSS®). Podrían necesitarse análisis estadísticos complejos, pero probablemente eso no se necesite en forma rutinaria. El análisis estadístico puede ser realizado por el equipo central del sistema de monitoreo o por grupos externos, como aquellos que trabajan en los sistemas de monitoreo y vigilancia fuera de la institución bajo monitoreo (como grupos de asesoría, investigación o de instituciones académicas).

d) Análisis e interpretación integral de resultados en contexto

El análisis estadístico, con sus conclusiones consiguientes, puede ser complementado y llegar a ser más significativo cuando los resultados se analizan e interpretan de una manera integral, en el amplio contexto del entorno que está bajo observación. El análisis integral requiere tener en cuenta todas aquellas condiciones y factores determinantes relevantes que influyen en los sistemas de salud y la salud de la población.

De todos modos, la posibilidad de un análisis más exhaustivo de un sistema de monitoreo está circunscritos a los indicadores que se utilizan en el seguimiento. Cualquier brecha o problema que se detecte, requiere de una evaluación más integral que permita un diagnóstico más completo de la situación detectada. Algunas condiciones facilitan el análisis integral de los resultados: la existencia de un análisis inicial de situación nacional de salud, un modelo explícito del sistema de salud con todos los elementos de estructura y desempeño, y claros marcos legales y financieros. El desarrollo de escenarios – tanto el actual como los proyectados - es un aspecto crítico del análisis integral, ya que es la base para realizar pronósticos.

El análisis no sólo puede concentrarse en el momento monitoreado y la evolución histórica, sino que es importante poder plantear proyecciones de escenarios futuros y alertas o precauciones que cabe señalar desde ya, respecto a esos escenarios más probables.

e) Desarrollo de informes y difusión de información y conocimiento

La elaboración y difusión de reportes puede utilizar hojas o documentos resúmenes, o bien configurar informes más completos, que pueden corresponder a una serie de reportes periódicos similares, que se pueden difundir por Internet o bien en forma impresa. Al respecto, cabe considerar que:

- Existen reportes rutinarios predefinidos y otros según requerimiento específico. Algunos de ellos son informales, otros son formales y pueden tener aspectos confidenciales.

- Es importante tener la oportunidad de discutir en directo con los usuarios principales (gerentes), con los reportes preliminares o borrador.
- El uso de programas computacionales para mostrar información reportada (gráficos, mapas, tablas generadas según usuario) y de sitios Web son instrumentos valiosos que requieren capacitación y buen manejo.
- Elaboración y difusión de reportes escritos puede ser costosa, y pocas veces tiene ventajas sobre difusión computacional vía Internet.

El proceso de producción de reportes incluye el desarrollo de informes y difusión del material producido a través de diferentes medios y modos, incluido el uso de sitios de Internet, ya sea restringido a un grupo seleccionado de encargados de políticas y de adoptar decisiones, o bien abierto al público general.

La producción de informes no rutinarios podría ser una actividad aislada, según solicitudes específicas. Esto dependerá de las necesidades de información de aquellos responsables de la política y la toma de decisiones, especialmente cuando el país enfrenta un cambio inesperado en el escenario y nuevas decisiones no pueden aplazarse. El desarrollo de informes es facilitado por guías, plantillas y normas técnicas predefinidas.

La difusión y participación de la información requiere de métodos, técnicas y capacitación para asegurar que la información será recibida efectivamente y usada por los usuarios claves. Las herramientas tecnológicas y enlaces basados en computación son cruciales para una dinámica y eficaz difusión de la información.

Los informes pueden ser complementados por tablas de indicadores básicos de salud provistas por generadores de tablas electrónicas, incluyendo tendencias históricas y variaciones transversales. La información que permita comparar áreas a través de sistemas de información geográfica es también un complemento útil.

La información proveniente de los perfiles nacionales de salud y del sistema de salud es un insumo crucial para el desarrollo de escenarios y reportes de situación y tendencias. El desafío debe ser el lograr un perfil combinado a partir de esos dos tipos de perfiles específicos.

Es importante mantener una evaluación del propio sistema de monitoreo, con el fin de asegurar su debido funcionamiento, la corrección y fortalecimiento de eventuales debilidades y su paulatina consolidación. Ello permite la debida retroalimentación del proceso de monitoreo y contribuye a asegurar su continua función de seguimiento. Particular énfasis requiere ser puesto en la debida mantención de:

- Recursos: personal, equipos, software, capacitación, material de recolección y difusión de información.
- Capacitación: para recolección de datos, análisis, reportes y difusión, y uso de resultados por parte de gerentes.
- Sustentabilidad financiera, técnica y administrativa, según las fuentes establecidas de aporte de recursos, y la necesaria capacidad y condiciones para su utilidad.
- Supervisión de mantención de estándares, medición, análisis y de la calidad global del monitoreo
- Requerimiento de modificación o ajustes al sistema, según necesidad detectada.

Desarrollo de un sistema de monitoreo

Entre las fases principales para desarrollar un sistema de monitoreo destacan:

- Diagnóstico de situación y propuesta de un plan de implementación o fortalecimiento
- Evaluación de la propuesta y alternativas de implementación del plan
- Refinamiento del plan de desarrollo o diseño del sistema
- Establecimiento de la organización y estructura
- Establecimiento de los módulos del sistema
- Fortalecimiento y consolidación del sistema de monitoreo.

a) Propuesta preliminar de un diseño del sistema y plan de desarrollo:

- Bosquejo de un borrador de plan inicial, para las autoridades o potenciales socios
- El plan incluye necesidades, objetivos, justificación, metodología, oportunidades y retos
- La propuesta depende de lo que se espera sobre el nivel de desarrollo del monitoreo y las capacidades técnicas y administrativas existentes (o posibles de obtener) para su manejo.
- Uso de las fuentes y sistemas de información de salud, incluyendo los diversos sistemas de vigilancia
- Recursos y fuentes de financiamiento, físicos, personal e información y tecnología de comunicación (recurso adicional requerido)
- Opciones para implementar módulos y funciones, con cronograma, hacia la consolidación de la organización, la estructura y desempeño.

El diseño incluye determinar los indicadores que serán seleccionados, la información básica que se utilizará, la periodicidad de su aplicación y las técnicas que se usarán en cada fase de su funcionamiento (recolección de información, análisis, reportes de difusión de resultados)

b) Evaluación de alternativas de implementación

- Identificación de los principales usuarios potenciales, especialmente las autoridades nacionales de salud, con énfasis en aquellos responsables de políticas y toma de decisiones y de sus asesores analistas;
- Cultura de gestión para la búsqueda de información, el uso, análisis y aplicación en toma de decisiones;
- Nivel de interés político e institucional, voluntad de apoyar de modo eficaz al monitoreo propuesto;
- Factibilidad política y financiera de planificar e implementar el monitoreo (total o gradualmente) a un corto, medio y largo plazo.
- La calidad, oportunidad, integralidad y validez del carácter integral y confiabilidad de cada tipo de datos e indicador pertinente;
- Existencia y eficacia del desempeño para cada sistema de vigilancia y monitoreo específico;

c) Refinamiento del diseño y plan

- Fuentes de financiamiento
- Recursos financieros y físicos
- Personal
- Tecnología

- Capacitación
- Organización
- Arreglos administrativos para funcionamiento
- Red del monitoreo y participantes
- Agenda
- Criterios, estándares, normas y guías
- Procesos de seguimiento y evaluación

d) Establecimiento de la organización y estructura

- Establecimiento de la red de participantes
- Establecimiento del centro de gestión y de coordinación
- Desarrollo de la información y tecnología de comunicación
- Capacitación para el manejo de información y funciones del sistema

f) Establecimiento de módulos del monitoreo

- Financiamiento de salud
- Recursos humanos
- Infraestructura física
- Tecnología médica específica (equipo médico, laboratorio, imagenología, anatomía patológica)
- Medicamentos
- Eficiencia de los servicios de salud (atención primaria de salud, hospital, sistema de referencia)
- Desempeño de salud nacional programa (salud reproductiva, salud del niño, salud de los adolescentes, salud del adulto mayor)
- Infecciones hospitalarias
- Calidad de la atención
- Desempeño de servicios de salud

Revisión y fortalecimiento de un sistema de monitoreo

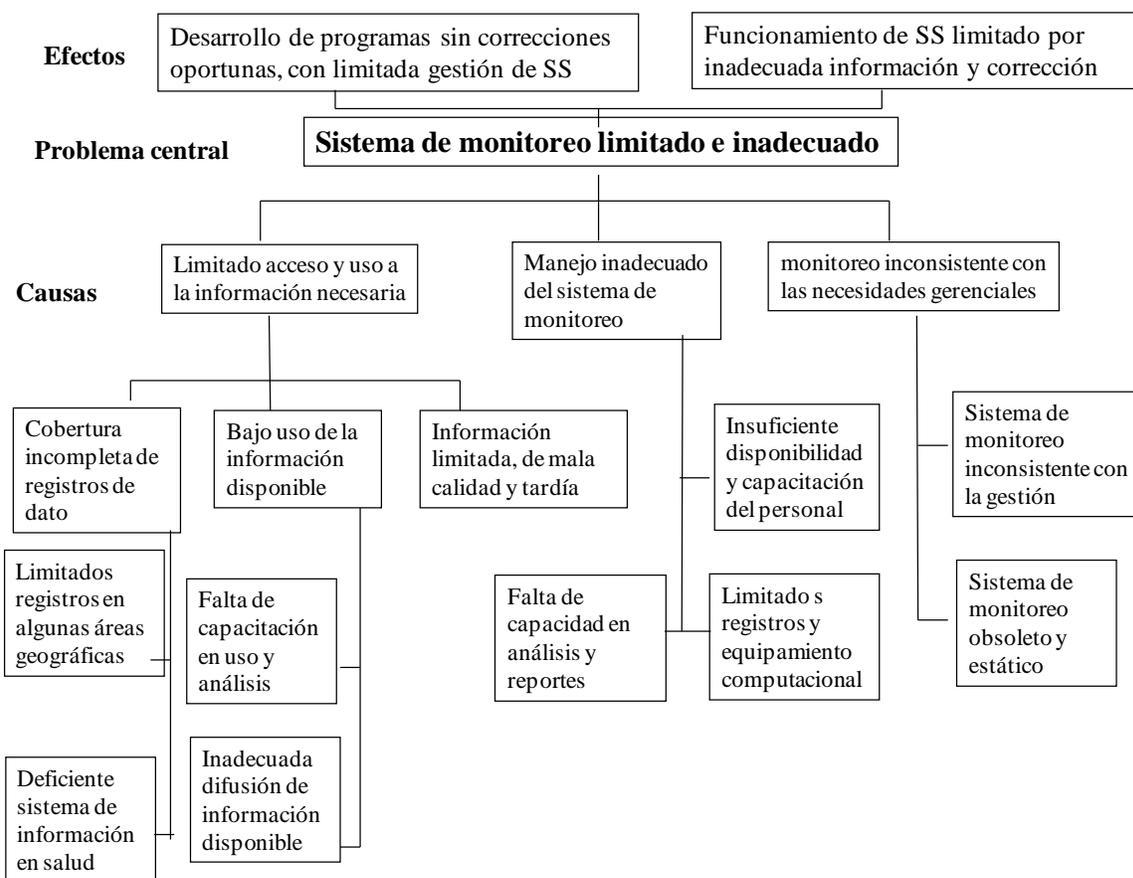
En los sistemas de monitoreo que ya se han implementado y están en funcionamiento, es necesario a su vez hacer evaluaciones de retroalimentación que permitan conocer si es necesario hacer ajustes, adecuaciones, o planear nuevas fases para una ulterior expansión o consolidación de la organización, estructura y desempeño.

Es relevante poder contar con retroalimentación proveniente de los usuarios principales, que permitan conocer para lograr una eventual implementación sólida. Ello incluye la búsqueda de la mejor armonización e integración de la información de los sistemas de información en salud y de los sistemas de vigilancia y monitoreo.

Existe una serie de aspectos críticos en el sistema de monitoreo que es necesario mantener bajo seguimiento, para preservar que el sistema de monitoreo tenga las características de ser adecuado y efectivo, conforme a los objetivos que le dieron origen.

La propia calidad y efectividad del sistema de monitoreo requiere ser sistemáticamente monitoreada para asegurar su utilidad (monitoreo del monitoreo, o meta-monitoreo). Es importante poder estar pendiente de que no haya falencias o inadecuación. Como aproximación diagnóstica, se puede utilizar el enfoque diagnóstico de “árbol de problemas”, en la cual se revisan las causas que llevan al problema central detectado (Figura 3.2). Ello constituye una etapa del llamado “enfoque de marco lógico” (sintetizado en capítulo 5)

Figura 3.2. Enfoque diagnóstico de árbol de problemas de un sistema de monitoreo



En un adecuado sistema de monitoreo, destaca la existencia de las siguientes características:

- Solidez y claridad de principios, objetivos y modelo
- Establecimiento de normas y programas
- Determinación de indicadores y formularios
- Recolección y flujo de información
- Manejo automatizado de ingreso y flujo de información
- Centros de análisis y reportes (diversos niveles)
- Capacidad de equipos humanos, estadísticos e informáticos

- Capacidad de análisis y reportes
- Claridad de difusión de reportes y uso de la información
- Integración a los sistemas o centros de los cuales forma parte
- Sustentabilidad
- Planificación de funcionamiento, monitoreo y mejoramiento
- Capacitación, supervisión y control

Se espera que al comienzo haya una implementación inicial de algunos módulos, seguida de la implementación adicional y consolidación. En este proceso progresivo, la retroalimentación que viene de los usuarios principales es fundamental para asegurar una implementación sólida.

La evaluación del sistema de monitoreo puede aportar recomendaciones para mejorar al sistema o expandir sus funciones, módulos o aplicación, destacando:

- Mayor coherencia entre lo que el monitoreo reporta y las necesidades específicas de la función gerencial.
- Mejor calidad y efectividad de lo que el monitoreo produce y reporta (conforme a lo planeado originalmente).
- Nuevos requerimientos rutinarios procedentes de desempeño del servicio o necesidades gerenciales.
- Nuevos planes, programas o proyectos de los sistemas de salud.
- Nuevos módulos o sistemas específicos que se pueden desarrollar en el sistema de monitoreo.

En forma paralela, la capacidad nacional de cumplir con las funciones esperadas podría desarrollarse gradualmente la implementación que se vaya logrando y experiencia adquirida. Comenzando de algunos módulos pioneros administrados por grupos nacionales que son capaces de realizar las funciones específicas del monitoreo (como trabajo de epidemiólogos en sistemas de vigilancia), otros módulos pueden ser desarrollados con equipos que tengan creciente capacitación multidisciplinaria y con experiencia para abarcar temas más amplios y complejos.

La consolidación de la red de un sistema de monitoreo regional o nacional requiere lograr y mantener la necesaria armonización e integración nacional de la información de salud y de los sistemas de vigilancia y monitoreo.

La información que viene de las fuentes primarias necesita tener calidad y consistencia, ser completa y oportuna. El mejoramiento de la información nacional disponible, aunque no es una responsabilidad del monitoreo, constituye una plataforma esencial para que el monitoreo de desarrolle y pueda consolidarse adecuadamente.

En un contexto muy amplio información que es posible de ser recolectada, es importante que los responsables del funcionamiento del monitoreo se concentren en los factores clave de interés o sujetos a observación. Por lo tanto, el Monitoreo podría comenzar por abarcar sólo esos temas específicos con buena calidad de la información, como la mortalidad y las enfermedades transmisibles.

La accesibilidad a la información es facilitada por los mecanismos para la difusión y la participación de información, incluida la capacidad que los sistemas de información tienen para la difusión adecuada, la distribución física y virtual de la información al público y la capacidad de los encargados de adoptar las

decisiones para la búsqueda y uso de la información apropiada de acceso para finalidad de toma de decisiones.

Las estrategias y los mecanismos sostenidos mediante información y gestión del conocimiento y disciplinas de participación, los métodos y las herramientas usadas en este campo, facilitan la existencia de la información en Internet, la interacción entre los productores y los usuarios de la información, y aceleran la difusión de la información. Más allá de la plataforma tecnológica necesaria, los participantes del monitoreo y las entidades usuarias principales requieren de una nueva cultura para la administración de la información, del conocimiento y la evidencia, así como aprendiendo cómo conseguir un uso eficiente y eficaz de tecnología de la información.

Tomando como línea de base los esfuerzos y acuerdos efectuados al implementar el monitoreo, es importante promover y continuar con una comunicación y retroalimentación con los encargados de políticas y toma de decisiones dentro del sector de la salud y de otros sectores, especialmente a aquellos responsables de la planificación, manejo y desempeño de los sistemas de salud y acciones de salud pública.

Referencias

1. Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
2. Gattini C., OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
3. Rodrigues RJ, Gattini CH. (2017) “National Health Information Systems and Health Observatories”. In: Global Health Informatics. How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World. Marin HF, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, eds. Elsevier, London 2017 Ch.2:14-49
4. Save the Children Fund, 2003 “Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment”.
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
5. IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>

4. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La aplicación de procesos de evaluación a los diversos aspectos de servicios de salud, con sus distintas fases, requiere tener en cuenta algunas características de este proceso con el fin de asegurar su efectiva y oportuno desarrollo. También es importante considerar el rol de la evaluación y su complemento con los sistemas de información, vigilancia, monitoreo e investigación.

El proceso de evaluación

Evaluación es el proceso de otorgar valor a algo. Consiste en comparar una situación observada con una situación esperada o deseada (un determinado criterio o estándar preestablecido). En el caso de los servicios de salud, es un proceso que intenta determinar, de un modo tan riguroso, sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de objetivos determinados.

Para determinar lo *esperado*, se necesita un parámetro de referencia, considerado óptimo, esperado o deseable en cuanto objetivos, estructura, procesos o resultados. El concepto de *calidad* se relaciona con las condiciones esperadas como óptimas. El *nivel de referencia* puede ser dado por normas, expertos, nivel ya logrado en áreas y grupos más desarrollados (empírico), promedios y utopías. Lo *observado* se refiere a registros o estimaciones que operacionalmente se aproximan a la realidad. Luego de comparar observado y esperado, es preciso estudiar las causas y efectos de la diferencia detectada en la evaluación.

Es posible distinguir dos tipos de modalidad de evaluación, según se evalúen dos aspectos distintos y complementarios de los servicios de salud: a) el desarrollo progresivo de políticas, programas o proyectos, según los objetivos y planificación establecidos y metas esperadas; y (b) las condiciones del recurso, desempeño y resultados que los distintos componentes y niveles de los servicios de salud están logrando en un momento rutinario determinado.

La evaluación de servicios es el estudio evaluativo de ciertos aspectos de la estructura, proceso o resultados de un proyecto o programa o servicio, en relación con un nivel deseado, cuyos resultados buscan aportar una evidencia y orientaciones a quienes planifican o toman decisiones.

La evaluación debe estar orientada por su objetivo primario: proporcionar un análisis descriptivo del nivel de la organización, estructura y desempeño del servicio de salud, seguido del análisis de los aspectos críticos, brechas y necesidades de mejoramiento, para producir un diagnóstico de la situación, con conclusiones y recomendaciones que sirvan para orientar la adecuada planificación y mejoramiento del servicio de salud.

Los tipos de metodologías de evaluación que se pueden adoptar pueden ser identificadas según:

- Su grado de sistematización y formalidad: evaluaciones formales e informales.
- Aspecto del programa a evaluar: estructura, proceso o resultados.
- Rol en refinar el programa durante su desarrollo: formativa, soporte de toma de decisiones.
- Agentes participantes en relación con el proyecto o programa: interna, externa, mixta.
- Instrumentos predominantes en la obtención de información: análisis de información secundaria (ya recolectada para otros fines) cuantitativa o cualitativa o bibliográfica, observación, encuestas, entrevistas.
- El tipo específico de intervención del programa que evalúan: asistencia de salud, orientación y consejería, promoción, comunicación social en salud, participación juvenil.

- El tipo de problema prioritario y objetivos que los programas de salud específicos enfrentan.

La evaluación del cumplimiento parcial o final de planes, programas y proyectos en curso requiere usar como contraste de lo encontrado, el nivel de metas y objetivos que se ha propuesto lograr. La meta es el resultado que se desea obtener al término del proyecto.

Para poder determinar si se están cumpliendo en un momento determinado, o al término del programa o proyecto, es necesario que las metas contengan términos cuantitativos respecto a los efectos que se espera lograr en un período determinado. Las metas deben ser posibles de medir. A su vez, los objetivos indican las actividades que deben realizarse para contribuir a alcanzar las metas

Para la evaluación se requiere de indicadores relacionados con las actividades, objetivos y metas determinados en cada plan, programa o proyecto, pues es necesario utilizar la información cuantitativa y cualitativa generada durante o luego de realizado dicho plan, programa o proyecto.

Las fases principales del proceso de evaluación son:

- Definir los componentes de servicio de salud y elementos o sistemas específicos afectos a evaluación;
- Planificación y preparación de la evaluación, con los instrumentos para juntar y medir la información;
- Recopilación de información primaria, secundaria y documental;
- Análisis de brechas
- Análisis e interpretación general;
- Consolidación y validación de las conclusiones y las recomendaciones iniciales.
- Desarrollo del informe de evaluación.

La evaluación, para ser completa y comprensiva, debe estar integrada por distintos métodos, que son complementarios. Debe estar permanentemente centrada en su objetivo principal: servir de herramienta dinámica para el éxito del programa, permitiendo estimar el cumplimiento de objetivos y la situación de los componentes claves y críticos de los programas que sus participantes estiman como prioritarios y relevantes de evaluar.

Los requerimientos y expectativas de evaluación deben ser contrastados con:

- El recurso disponible para estos efectos,
- La factibilidad y experiencia para llevarla adecuadamente a cabo, y
- El apoyo que efectivamente estén dispuestos a dar aquellos que van a utilizar sus resultados para efectos de financiamiento, capacitación o toma de decisiones en el programa.

Sólo cabe evaluar cuando es necesario y útil, destacando que la utilidad depende de los usuarios principales y no de quienes producen la evaluación.

La complejidad de las metodologías a ser integradas y el costo y tiempo que esto demanda en caso de que la evaluación vaya a ser global, pueden ser disminuidos en gran medida con el uso de procedimientos de evaluaciones rápidas, cuya finalidad es pragmática y orientada a la acción y toma de decisiones.

En el desarrollo de una evaluación destacan las siguientes fases: planificación de la evaluación; selección de los métodos apropiados; recolección y análisis de información; reporte de resultados; e implementación de recomendaciones.

En el proceso de evaluación se aplica una valoración sobre el grado de cumplimiento de objetivos, aspectos de la calidad como eficacia, eficiencia y sostenibilidad de políticas, programas o proyectos

Su puede aplicar en diversos momentos preestablecidos del programa o proyecto (al momento de iniciarse el programa o proyecto, al final, o bien en momentos intermedios) o bien puede aplicarse de en un momento no planeado originalmente, según necesidad (como en caso que se detecten alertas provenientes del sistema de monitoreo bien o aparezcan aspectos de la marcha o proyecto que hacen necesario evaluar sobre lo que está ocurriendo, en relación a los objetivos y condiciones planeadas originalmente).

- La evaluación ex ante incluye los estudios de factibilidad del programa o proyecto y la condición inicial (momento o) de la situación que se pretende intervenir o mejorar. Esas condiciones requieren ser evaluadas posteriormente, para conocer los cambios eventuales de impacto que puedan ser atribuibles al programa o proyecto.
- La evaluación a término medio valora el grado y condición del progreso del programa y proyecto y propone las adaptaciones que sean necesarias hacer durante el período restante, para asegurar el cumplimiento de objetivos.
- La evaluación ex post (final) permite evidenciar el cumplimiento del programa o proyecto, la calidad de sus recursos y desempeño, en especial eficiencia, eficacia y el impacto logrado (contrastado con sus objetivos). Se usa para rendir cuentas ante quienes han apoyado el programa o proyecto, extraer lecciones para futuros programas o proyectos y su eventual replicación en otras áreas geográficas o áreas temáticas similares que podrían utilizar esa experiencia.

Desarrollo de una evaluación

a) Planificación de la evaluación

Existen tres aspectos esenciales a considerar al momento de planificar una evaluación: cuáles son sus objetivos, qué criterio o patrón se tomara como referencia para la evaluación, y qué estrategias y metodologías se usarán en la evaluación.

La preparación de la evaluación incluye la elaboración de la metodología y herramientas (si no hay método disponible), el plan y la organización necesaria y capacitación para llevar a cabo la evaluación. La evaluación debe incluir un diagnóstico descriptivo del servicio de salud, seguido de la medición de la disponibilidad y calidad de la organización, recursos, procesos y resultados. Esto proporcionará los elementos para el análisis, interpretación y recomendaciones.

- Definición del proyecto o programa a evaluar
- Determinación de su objetivo. Identificación de objetivos y preguntas de la evaluación
- Determinación de un diseño apropiado, según importancia y factibilidad
- Cuál será el equipo de evaluación.
- Evalúe condiciones y limitaciones del equipo
- Revisión de antecedentes
- Definir fuentes y tipo de información. Seleccionar indicadores según relevancia y disponibilidad
- Definir estándares e indicadores de medición

- Desarrollo de un cronograma
- Determinación del presupuesto y recursos necesarios.

b) Selección de los métodos apropiados

Existen diversos modos y técnicas de evaluación, entre los cuales destacan algunas como: la autoevaluación; evaluación participativa (incluyendo evaluación participativa rápida), la evaluación externa y la evaluación interactiva.

- La autoevaluación es aquella realizada al interior del grupo u organización encargados de realizar el programa o proyecto. Su objetivo es mejorar aspectos relacionados con el desempeño y cumplimiento de objetivos y con el cumplimiento de los objetivos. Es esencialmente cualitativa y puede aportar además un aprendizaje para mejor desempeño.
- La evaluación participativa es interna del grupo a cargo del programa o proyecto e incluye a diversas personas relacionadas con dicho programa o proyecto. También puede incluir a usuarios y personas de la comunidad.
- La evaluación participativa rápida es un modo cualitativo de evaluar, realizada por un equipo interdisciplinario en un breve período de tiempo. Se utiliza una combinación de técnicas de rápida aplicación como información secundaria, observación directa, entrevistas, informadores clave, entrevistas de grupo y otras. Es un tipo de evaluación cualitativa, flexible e interactiva.
- La evaluación externa es realizada por una persona o equipo calificado que no pertenece a la organización o al programa o proyecto.
- La evaluación interactiva se basa en una modalidad en que participan tanto un evaluador externo como personas de la organización a cargo del programa o proyecto.

Las herramientas de evaluación pueden ser utilizadas en forma aislada o bien según distintos tipos de combinaciones. Entre ellas destacan:

- Encuestas poblacionales (sobre percepción de enfermedad, riesgo o accidente, acceso y uso de servicios);
- Estudios o vigilancia epidemiológica (especialmente lo que representa necesidades de atención de salud);
- Evaluación de garantía de calidad;
- Observación directa
- Entrevistas
- Acreditación de condiciones de eficiencia;
- Monitoreo;
- Evaluación por eventos o condiciones trazadoras;
- Auditorías de muertes infantiles y maternas;
- Resultados inmediatos del programa;
- Efectividad del programa en el largo plazo;
- Evaluación participativa
- Evaluación de eficiencia productiva del desarrollo del programa (gerencial);

- Evaluación de eficiencia de distribución del recurso (equidad);
- Auditorías financieras y administrativas
- Evaluación de costo-beneficio;
- Encuestas de satisfacción de usuarios;
- Encuestas de usuarios sobre el servicio de salud
- Encuestas al personal sobre recursos, desempeño y resultados.

c) Recolección y análisis de información

La recopilación de información es una fase fundamental y depende de la estructura y procesos que serán evaluados. Los instrumentos para recopilar información pueden incluir plantillas, cuestionarios (como aquellos basados en las preguntas orientadoras sugeridas en este capítulo), cuadros que proporcionan valores categóricos de los aspectos críticos que serán evaluados (como por ejemplo una escala entre 0 y 5 para el nivel de capacitación observada en el personal específico).

La recopilación de información puede incluir a personal interno o externo en los lugares de recolección de datos. Los costos y los esfuerzos dependerán de la extensión de las zonas geográficas, los componentes y las unidades que serán cubiertas por la evaluación.

En la evaluación del componente funcional (manejo y producción de información), es importante incluir al personal y los representantes claves de los diversos grupos de miembros del personal que participa en el manejo y producción de la información, a diferentes niveles, oficinas y sistemas de información específicos. Además, debe ser importante contar con la perspectiva de los usuarios, especialmente de los miembros del personal en los cargos de toma de decisión.

Análisis de la información y situación encontrada

- El análisis requiere conocimiento del servicio de salud, en especial del aspecto que está bajo seguimiento o evaluación.
- Requiere capacidad analítica, según método, enfoque disciplinario, y el contexto institucional y sanitario que se analiza.
- Requiere conocer los contenidos, alcances, calidad y limitaciones de la información (incluyendo sesgos)
- No es suficiente contar con experiencia informática, estadística, epidemiológica, administrativa o económica en forma aislada.
- Se requiere conocer la estructura y funcionamiento de los servicios.

El análisis e interpretación del resultado es apoyada por el material e información recopilada. Los resultados proporcionados mediante la descripción y medición de los componentes de servicio de salud pueden analizarse en cuanto a la organización, la estructura, el desempeño, las brechas y las necesidades de mejoramiento. Las respuestas a las preguntas orientadoras sugeridas debajo de en este capítulo deben proporcionar un punto de vista analítico de los servicios de salud y los aspectos críticos a ser desarrollados o mejorados.

La interpretación final de los resultados implica el análisis integral de los resultados de servicio de salud, con explicaciones plausibles para las causas internas o externas de desarrollo limitado, desempeño o integración del servicio de salud, incluidas las causas detectadas de brechas y necesidades.

Entre sus principales fases destacan:

- Desarrollo de instrumentos de recolección de datos: cualitativos y cuantitativos
- Prueba de los instrumentos de recolección
- Recolección de información
- Análisis estadístico
- Análisis de interpretación de la información

d) Reporte de los resultados

La elaboración de reportes de los resultados es una etapa crucial y debe ser orientado por el mejor modo de comunicar lo encontrado a los gerentes que serán los principales y directos usuario de la información, pues la utilizarán para su proceso de toma de decisiones, en especial si es necesario corregir o ajustar algo del programa o del desempeño, para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Ello se facilita cuando hay reportes previos de confección sistematizada, y cuando se dispone de medios electrónicos de difusión (Intranet e Internet).

Entre sus principales fases destacan:

- Elaboración del informe
- Determinación de estrategias de difusión
- Difusión inicial del informe borrador
- Disseminación del informe de resultados

e) Revisión de las recomendaciones de la evaluación

- Revisión o renovación del plan o proyecto, en conjunto con gerentes o responsables del proyecto
- Monitoreo de seguimiento de aplicación de las recomendaciones
- Planificación de la siguiente evaluación, en caso de necesidad

Las conclusiones y recomendaciones preliminares, basadas en los antecedentes recogidos, así como la observación y entrevistas, pueden ser revisadas en reuniones consultivas para discutir el informe borrador inicial, con la concurrencia de todos aquellos que han provisto información clave o bien aplicarán las recomendaciones de la evaluación al mejoramiento posterior del servicio de salud. es importante contar con retroalimentación y opinión de los encargados de adoptar las decisiones, como usuarios claves de la información.

Las conclusiones, basadas en los hechos principales, y las recomendaciones deben convertirse en una orientación práctica para planificar, desarrollar y mejorar al servicio de salud. Dado que el monitoreo y evaluación son instrumentos destinados a aportar información necesaria para asegurar el adecuado funcionamiento y cumplimiento de objetivos de los servicios de salud, es preciso que a su vez estén sujetos a un propio monitoreo o evaluación (metaevaluación).

El monitoreo puede utilizar algunos indicadores seleccionados que permitan aproximar el diagnóstico sobre el grado de adecuación y cumplimiento de la parte institucional (organización y recursos), el componente tecnológico utilizado (especialmente la plataforma informática y estadística), funcional (si

los procesos se realizan conforme a lo programado) y de productos de calidad, oportunos, completos y de utilidad para su uso en gestión.

Revisión y fortalecimiento de una evaluación

En aquellos casos que se aplique evaluación de modo reiterado, es importante considerar su refinamiento, en caso necesario. El fortalecimiento de la evaluación puede basarse en una evaluación de su estructura y funcionamiento (meta- evaluación), lo que incluye revisar y analizar:

- Los componentes de la evaluación que están afectos a evaluación;
- Planificación y preparación de la evaluación, con los instrumentos para juntar y medir la información;
- Recopilación de la información planeada:
- Recopilación de documentos y datos
- Observación
- Entrevistas para encontrar evidencia
- Revisión de acreditación (seguimiento)
- Documentación de procedimientos clínicos y administrativos
- Guía de flujo de proceso productivo de la información
- Análisis de brechas
- Análisis e interpretación general;
- Consolidación y validación de las conclusiones y las recomendaciones originales.
- Desarrollo del informe de evaluación.

Complemento entre sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación son dos procesos complementarios, con sobreposición, y tienden a ser considerados como un doble instrumento - para la gestión - que contribuyen al buen desarrollo de un proyecto o programa de salud.

Ambos tienen un objetivo de “evaluación”, pero mientras el monitoreo es un proceso sistemático y basado en pocos indicadores trazas bajo seguimiento continuo, la evaluación es más intermitente y exhaustiva, enfocada en el cumplimiento de objetivos y metas propuestos (cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Comparación entre monitoreo y evaluación

| Dimensión | Monitoreo | Evaluación |
|------------------|--|---|
| Frecuencia | Periódica, ocurre regularmente | Episódica, intermitente |
| Función | Seguimiento, vigilancia | Evaluación |
| Propósito | Mejorar eficiencia, aporta información para reprogramar y mejorar resultados | Mejorar efectividad, impacto, costo-beneficio, futura programación, estrategias y gestión. |
| Foco | Insumos, resultados, procesos, planes de trabajo (implementación operacional) | Efectividad, relevancia, impacto, costo-efectividad (efectos en la población) |
| Métodos | Revisión rutinaria de reportes, registros, bases de datos administrativos y observaciones de campo | Científica, diseño de estudio riguros, complejo e intensivo |
| Fuentes | Sistemas rutinarios o de vigilancia, reportes de observación de campo, de progreso, evaluación rápida, reuniones de revisión de programa | Mismas fuentes que las del monitoreo, más encuestas de población, registros vitales y estudios especiales |
| Costo | Consistente, costos recurrentes a lo largo del período de implementación | Episódico, a menudo enfocado en período medio y final del período de implementación |

Fuente: (6) Basado en “Monitoring and Evaluation Toolkit” Global Fund (2011)

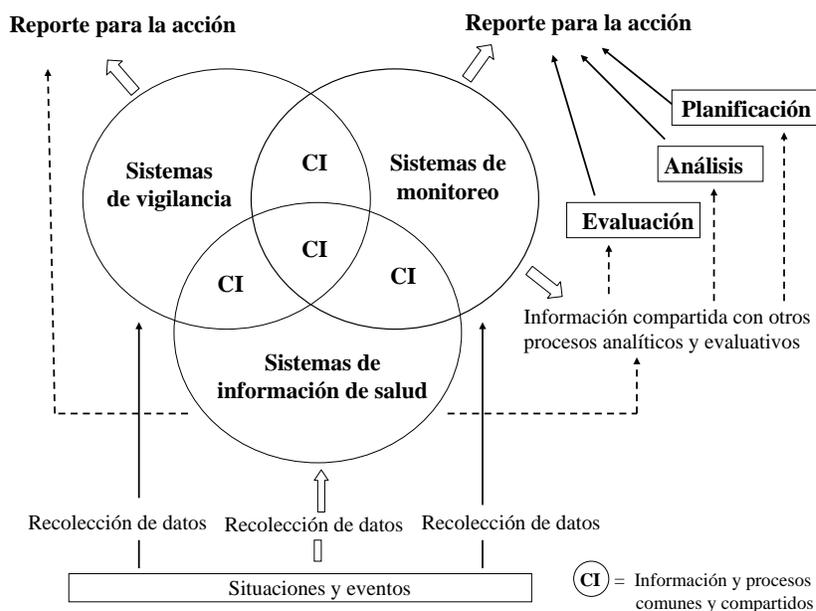
Cabe destacar que los sistemas rutinarios de información son también una parte esencial de los sistemas el monitoreo, evaluación, vigilancia, revisión, planificación, el mantenimiento y el control de recursos físicos del equipo, tecnología e inventarios.

Al interior de los servicios de salud o en sus unidades asistenciales, ese conjunto de sistemas tiende a utilizar o compartir (ya sea parcial o totalmente) un conjunto de registros e indicadores, personal capacitado, plataformas de informática y comunicaciones y personal administrativo o asistencial de salud que hace recolección primaria de información.

Ello plantea el desafío de que exista la suficiente armonización e integración estructural y funcional, para aprovechar del modo más eficiente posible, los recursos y procesos que se han determinado para cada sistema específico. Ello requiere de una coordinación común para evitar duplicidad y eventuales conflictos de funciones e información paralela sobre temas similares.

Los términos de monitoreo y vigilancia pueden ser utilizados de modo similar, ya que ambos constituyen procesos de observación o vigilancia de lo que ocurre en materias de salud y su objetivo es reportar en forma oportuna sobre eventuales alarmas respecto a lo observado. Sin embargo, se sugiere utilizar el término de vigilancia respecto a observar y seguir lo que ocurre en la población (lado de la demanda) y monitoreo respecto a observarlo que ocurre en el sector y sistemas de salud (lado de la oferta), incluyendo políticas, planes, programas y desempeño rutinario de los sistemas y servicios de salud.

Figura 4.1. Superposición funcional entre sistemas de información de salud, monitoreo y vigilancia



Fuente: Gattini (1)

Los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación tienen funciones y objetivos específicos, pero también importantes áreas superpuestas y son sistemas necesariamente complementarios. Los sistemas de información, de vigilancia y monitoreo tienen semejanzas y diferencias. Cada sistema puede ser un contribuyente o incluso un subsistema parcial de los otros (figura 4.1).

Ello significa la necesidad de contar con una coordinación integral y efectiva entre esos sistemas informativos, lo que habitualmente se tiende a poner en riesgo por la tendencia burocrática a funcionar como compartimentos estancos, en distintas unidades u oficinas administrativas de una misma institución sanitaria.

En el monitoreo y evaluación de las condiciones y funcionamiento de los servicios de salud, es importante que los responsables de tomar decisiones puedan contar con el conjunto de bases informativas que le permitan tener el mejor escenario del panorama actual, los escenarios posibles futuros, y los problemas o desafíos que se requiere abordar e intentar resolver.

El sistema rutinario de información en general provee la base informativa principal para los otros sistemas. Pero el resto también cuenta con modos autónomos de recolección y uso de información, que incluso puede ser paralela (como la información de enfermedades transmisibles que puede manejar al mismo tiempo, un sistema de información y un sistema de vigilancia epidemiológica)

La vigilancia de epidemiología (y de modo más amplio, de salud pública) es el proceso de observación de características poblacionales que son relevantes en salud pública, y afectas a control, con el objetivo de informar en forma oportuna y dinámica para orientar la acción consecuente de los servicios y programas de salud. La vigilancia epidemiológica tiene una connotación algo más específica, enfocada en las condiciones o eventos relacionados con la salud de la población, y sus factores condicionantes, y es general es más conocido su rol de vigilancia en enfermedades transmisibles, morbilidad y mortalidad evitable y aquellos factores que constituyen riesgo de enfermar y morir, como es el caso de factores del ambiente.

Un sistema de vigilancia epidemiológica tiene la connotación de hacer un seguimiento de lo que pasa con la salud de la población y sus factores condicionantes. Esa información es relevante para los servicios de salud, tanto para conocer lo que sucede en el lado de la demanda, como para conocer las necesidades asistenciales de salud de los diversos grupos de la población (aquellas necesidades percibidas desde la perspectiva epidemiológica).

El monitoreo sigue el desarrollo de planes y programas de salud que realizan los servicios de salud, o bien a la estructura y desempeño rutinarios de los servicios. En general, cuentan con sistemas organizados que permiten utilizar y recolectar información específica sistemática, procesarla y analizarlas desde el punto de vista estadístico y en contexto, preparar y difundir reportes a los principales usuarios, destacando los responsables de toma de decisiones con la información reportada. Esta aproximación es esencialmente cuantitativa, pero tiene un componente analítico cualitativo al analizar la situación en contexto y al plantear escenarios futuros según lo detectado en el monitoreo.

Los métodos o técnicas que se pueden utilizar en evaluación abarcan un mayor rango de opciones, dependiendo de lo que se busca evaluar y cómo se pretende hacerlo. Como aporte práctico al tema de evaluación, se preconiza el uso de algunas técnicas o herramientas específicas útiles que pueden ser elegidas según necesidad, utilidad y aplicabilidad para un objetivo determinado. Entre ellas destacan las encuestas; la evaluación participativa; el análisis del marco lógico (LFA); el análisis coste-efectividad; y el análisis de fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas (FODA).

Referencias

1. Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
2. Gattini C., OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
3. Rodrigues RJ, Gattini CH. (2017) "National Health Information Systems and Health Observatories". In: Global Health Informatics. How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World. Marin HF, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, eds. Elsevier, London 2017 Ch.2:14-49
4. Save the Children Fund, 2003 "Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment".
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
5. IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>
6. The Global Fund (2011) Chapter Part 5. Health and Community Systems in "Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening" © 2011 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

5. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Según el tipo y objetivos al planear una evaluación, se puede elegir entre una serie de técnicas aisladas, o bien combinados. Entre estas, destacan las encuestas, la evaluación participativa, el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, el análisis de marco lógico, el análisis de costo-efectividad, las consultorías con evaluación externa, los casos de estudio y el uso de sitios centinelas.

Diversidad de métodos y técnicas de evaluación

Los métodos y técnicas que se adoptan y utilizan en los procesos de evaluación pueden ser sistemáticos y organizados formalmente para ser aplicados según lo que se ha planificado realizar y administrar, o bien puede tener componentes metodológicos distintos, sean de base cuantitativa o cualitativa, y tienen distinto grado de formalidad.

Los métodos pueden ser formales o informales, cuantitativos o cualitativos, y depender del enfoque disciplinario prevalente que se utiliza (como ciencias de la salud, administración, economía, epidemiología, sociología, ciencias políticas y otras). La calidad y cobertura de la información recolectada como base de la evaluación es clave para el análisis posterior, e incide en la calidad de la evaluación global.

Las técnicas para utilizar son variadas y numerosas y entre éstas deben seleccionarse las más relevantes, factibles, que resguarden la confidencialidad de la información y que aseguren resultados de calidad confiable. La elección del método o técnicas específicas que se utilizará depende de las preguntas que se quiere responder, de los objetivos del monitoreo o evaluación, quienes estarán aportando información y quienes estarán usando esa información para tomar decisiones.

La elección de técnicas específicas depende de cómo se va a evaluar, la fuente de datos, el modo de recolección y las fases que incluirá la evaluación.

En el caso de evaluación de programas asistenciales destacan el análisis de información secundaria (aquella ya producida en forma sistemática, que puede ser cuantitativa o cualitativa); la acreditación de condiciones de eficiencia; la encuesta sobre evaluación de oportunidades perdidas; el cuestionario aplicado en taller; las entrevistas a informantes claves; los talleres de confrontación; y los talleres de análisis de relaciones interinstitucionales.

Al momento de diseñar una evaluación, se requiere considerar algunos aspectos y preguntas que claves para poder elegir aquella técnica de evaluación que parezca ser más adecuada. Destacan aspectos como los objetivos que se buscan en la evaluación, los componentes o procesos que se busca evaluar, el impacto atribuible a un determinado programa o intervención del servicio de salud, y los aspectos de calidad global (calidad de la estructura, eficiencia, efectividad, equidad, trato humano, costo efectividad).

Destacan los siguientes tipos de evaluación:

- Evaluación participativa
- Encuestas
- Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)
- Análisis de marco lógico (AML)
- Análisis de costo-efectividad
- Evaluación externa formal

- Casos de estudio
- Uso de sitios centinelas

Evaluación participativa

Es una evaluación en que participan los principales actores internos y externos de los servicios de salud o de algún área o tema específico que se pretende evaluar. Predomina el tipo cualitativo, con percepciones y opiniones de participantes.

La evaluación participativa involucra a todos los interesados en un proyecto, programa o servicios, ya sea como parte de lo que lleva a la provisión (gerentes y personal) o la recepción de servicios (la comunidad). Se puede aplicar a cada fase de la evaluación y sus resultados buscan ser aplicados para mejorar el desempeño del trabajo o de los resultados esperados.

Además de los objetivos directos que motivan la evaluación, también sirve para difundir y revisar información clave que habitualmente no se difunde (especialmente a la comunidad), motivar la participación y capacitación de todos los actores internos y eternos involucrados, fomentando además la solidaridad y mayor integración con la comunidad del entorno.

Las principales fases incluyen:

- Recolectar información.
- Analizar la información recolectada: estadístico y en contexto (dar sentido a los datos)
- Preparar y difundir reportes de los resultados
- Utilizar lo reportado para ajustar o mejorar el aspecto evaluado.
- El proceso puede ser repetido según necesidad.

Ventajas

- Brinda una mayor perspectiva de las necesidades iniciales de los beneficiarios del proyecto, y de sus efectos finales.
- Puede darle información que de otra forma usted no obtendría.
- Le indica lo que funcionó y lo que no desde la perspectiva de aquellos involucrados más directamente – beneficiarios y personal.
- Puede indicarle por qué algo funciona o no
- Da como resultado un proyecto más efectivo.
- Da poder a los interesados.
- Puede dar voz a los que a menudo no son escuchados.
- Enseña habilidades que pueden ser usadas en el empleo y otras áreas de la vida.
- Aumenta la autoconfianza y la autoestima en aquellos que tienen baja alguna de las dos o ambas cosas.
- Muestra a las personas las formas en las que pueden tomar un mayor control de su vida.
- Estimula en los interesados el sentimiento de propiedad del proyecto.
- Puede hacer brillar la creatividad de todos los involucrados.

- Estimula el trabajo colaborativo.
- Encaja dentro de una iniciativa participativa mayor

Desventajas

- Requiere más tiempo que un proceso convencional.
- Se necesita establecer lazos de confianza entre todos los participantes del proceso.
- Usted debe asegurarse de que todos están involucrados, no sólo los “líderes” de varios grupos.
- Se debe capacitar a las personas para comprender la evaluación y cómo funciona el proceso participativo, además para enseñarles habilidades de investigación básicas.
- Usted debe hacer que los participantes se comprometan y asuman la idea.
- La vida de las personas – enfermedades, cuidado de los hijos y problemas de relaciones, etc. – pueden causar retrasos o bloquear el camino de la evaluación.
- Se debe ser creativo en cómo obtener la información para registros y reportes.
- Los financiadores y políticos pueden no entender o no creer en lo que aporte la evaluación participativa.

El procedimiento de evaluación rápida (“rapid appraisal” o RAP en inglés) es un modo de evaluación participativa, que integra información cuantitativa y cualitativa de múltiples metodologías, destinado a tener una visión diagnóstica rápida y práctica, resolver problemas, ayudar a la gestión y ver cómo los programas pueden ser mejorados y qué lecciones se pueden extraer.

Este modo de evaluar ha surgido por la dificultad de realizar evaluaciones en programas relacionados con salud (dificultades técnicas y de requerimientos de costo, personal entrenado y tiempo). Responden a la necesidad de contar al menos con información rápida sobre los aspectos relevantes que ayuden a la toma de decisiones.

Entre sus características destaca:

- su finalidad está orientada a la acción, en un contexto rápido y práctico. Su foco está puesto en resolver problemas, mejorar los programas, toma de decisiones y extensión de la experiencia.
- es explicativa: no sólo se describe y evalúa lo encontrado, sino que también se investigan las causas con apoyo de expertos y gente informada.
- está enfocada al proceso del programa, discerniendo sus factores facilitadores y limitaciones.
- permite entregar documentos prácticos, oportunos, breves a quienes toman decisiones.
- pretende evaluar la situación en forma global (holística), desde todas las perspectivas posibles, y en forma dinámica (interacción, tendencias a conformar patrones o en su evolución)
- los términos de referencia de cómo será la evaluación pueden ser realizados en forma colectiva, y ser ajustados sobre la marcha, lo que da flexibilidad y adaptación.
- sirve analizar la investigación previamente realizada en esta área.
- la observación y entrevistas no estructuradas juegan un rol importante, incluyendo al público e informantes claves.

- permite la participación directa de profesionales informados con experiencia en interpretar los hallazgos en equipo, contribuyendo al trabajo multidisciplinario y a una visión global de la situación
- también permite combinar evaluadores internos y externos
- permite la participación de la comunidad, especialmente de sus informantes claves y de los usuarios.

Encuestas

Proceso informativo que recoleta información primaria procedente de personal, usuarios o actores de la comunidad. Pueden ser estructuradas o no estructuradas, presenciales (cara a cara, o escritas) o a distancia, y aisladas o sistemáticas. Requieren adecuada preparación aplicación y análisis, pues se pueden hacer desde distintas perspectivas disciplinarias.

Las encuestas permiten conocer aspectos importantes sobre las necesidades, expectativas, acceso, cobertura y uso de servicios. Corresponden a una herramienta valiosa de evaluación, especialmente en la etapa de diseño y evaluación de resultados de un programa, aunque tienen la desventaja de ser caras y complejas en las fases de recolección y análisis, si es que se realizan adecuada y formalmente.

Las encuestas se utilizan para recopilar una amplia gama de información (cuantitativa y cualitativa) sobre una población. El énfasis está generalmente en los datos cuantitativos que pueden ser analizados usando métodos estadísticos para dar estimaciones exactas. La información cualitativa se utiliza para ayudar a interpretar los resultados cuantitativos.

Su utilidad se basa en que proporcionan respuestas estadísticas precisas a preguntas cuidadosamente definidas, y se puede verificar la exactitud de sus resultados, comprobando los métodos y las estadísticas que se utilizaron.

La muestra suele incluir personas de diferentes lugares, buscando ser significativa del universo al cual pretende representar. Esto significa que las personas que realizan la encuesta tienen contacto con un gran número de personas en diferentes lugares.

a) Diseño de la encuesta

- Formule la (s) pregunta (s) que desea que se respondan en la encuesta.
- La forma de una hipótesis que la encuesta debe probar o refutar (por ejemplo, que el nivel de educación de una mujer afecta la salud de sus hijos). Alternativamente, el propósito de la encuesta puede ser medir la escala de un Problema específico.
- Seleccione las variables que le permitirán responder a la pregunta. Una variable es cualquier Característico que puede variar (por ejemplo, la altura de un niño, el número de Años que una madre pasó en la escuela, o la fuente preferida de asesoramiento sobre salud cuidado).
- Diseñe los métodos de recolección de información sobre las variables. Esto puede ser Mediciones físicas o haciendo preguntas a las personas usando un cuestionario. En un cuestionario se hace a todas las mismas preguntas, de manera que los resultados pueden ser comparados y analizados numéricamente
- Los cuestionarios deben diseñarse cuidadosamente, ya que el número, orden y La redacción de las preguntas puede tener un efecto significativo en la forma en que son contestada.
- Si es necesario, traduzca los cuestionarios y las guías a la (s) lengua (s) local (es). Esto puede requerir mucho tiempo y requiere una considerable experiencia.

- Normalmente no es posible recopilar datos de toda una población, por lo que una muestra De la población. Esto debe ser representativo del conjunto Población y debe seleccionarse al azar para evitar sesgos. El método preciso de seleccionar una muestra varía según el tipo y el propósito de la encuesta
- Planifique la recolección de datos de acuerdo con la muestra de población seleccionada, la organización del transporte y alojamiento, y elaborar un plan de calendario para tener en cuenta los viajes, los días festivos y cuándo sea la mejor hora del día para encontrar a la gente de la muestra.

b) Recopilación de datos primarios

- Capacitar a las personas para que recojan datos (encuestadores). Es importante que la recolección de datos se realice de manera consistente, para evitar sesgos. Puede ser necesario elaborar directrices sobre cómo formular preguntas,
- Las mediciones físicas, cómo se definen las variables, etc. supervisores, también será necesario para asegurar que los métodos de recopilación de datos se usen correctamente.
- Llevar a cabo una encuesta piloto. Los métodos de recopilación de datos, incluidos cuestionarios, debe ser probado en un grupo pequeño y luego modificado si es necesario. Esta detectará cualquier problema (por ejemplo, en la redacción o traducción de preguntas, en el acceso a los encuestados, en la capacitación de los enumeradores, o en la longitud del cuestionario) que deben abordarse antes de comenzar a recopilar datos de toda la muestra.
- Los datos son recogidos y recopilados de la muestra por los enumeradores y supervisores.

c) Análisis de los datos

Después de que la información ha sido recogida, recopilada y verificada, se analiza. Los datos recogidos mediante métodos cuantitativos pueden analizarse estadísticamente. La información recolectada puede contener:

- Promedios (por ejemplo, el número promedio de hijos por familia)
- Proporciones (por ejemplo, la proporción de una población que padece desnutrición)
- Rango entre niveles mínimos y máximos (por ejemplo, el mayor y el más pequeño)
- Puede demostrar si una diferencia aparente es o no estadísticamente significativa y no sólo el resultado del azar (por ejemplo, si trabajadores de salud que han asistido a un curso de formación realmente saben más que aquellos que no lo han hecho)
- También puede demostrar si existe o no una aparente relación estadísticamente significativa entre dos variables, lo que no implica causalidad.
- Puede estimar el alcance del posible error estándar en los resultados causada por la toma de datos de una muestra en lugar de toda la población.

Entre las ventajas de las encuestas destacan:

- Las técnicas de recolección y análisis de datos son ampliamente conocidas y comprendidas (aunque no necesariamente correctamente).
- Los métodos de análisis son claros y relativamente rápidos, especialmente cuando se realizan en el campo utilizando ordenadores portátiles.
- Las conclusiones pueden apoyar un argumento demostrando el tamaño y la gravedad de un problema.

- Las encuestas permiten hacer comparaciones entre los diferentes grupos de la encuesta o con otras encuestas que utilizan métodos similares.

Las encuestas tienen algunas desventajas o limitaciones, que es preciso tener en cuenta:

- Normalmente se necesitan recursos considerables (personal, vehículos, combustible, computadoras) para llevarlos a cabo.
- Pueden tardar varias semanas en completarse.
- La recopilación de datos de la muestra seleccionada puede ser intrusiva e inconveniente. La falta de cooperación puede ser un problema y podría dar lugar a resultados poco fiables.
- Las encuestas son a menudo planificadas y los resultados analizados lejos de los sitios de la encuesta con poca o ninguna participación de las personas de la comunidad.
- Trabajar con un cuestionario inflexible dificulta una discusión relajada con la persona entrevistada.
- Las encuestas sólo miran ciertas variables predefinidas y las posibles respuestas a las preguntas de un cuestionario son limitadas. Se pueden perder detalles o variaciones importantes si no entran en el modelo preconcebido.
- El análisis numérico de grandes cantidades de datos requiere tiempo y necesita experiencia. Si una encuesta no se diseña cuidadosamente, se puede generar tanta información que resulta imposible analizarla o utilizarla eficazmente.
- Cuando los métodos de recolección y análisis de datos se usan incorrectamente, los resultados pueden no ser válidos.
- Las encuestas a menudo están diseñadas para demostrar lo que el investigador cree, por lo que es importante mirar los métodos y conclusiones de manera crítica.

Para que la encuesta sea adecuada, se requiere tener en cuenta los siguientes factores necesarios al momento de planificarla:

- Conocimiento y experiencia en diseño, muestreo y estadística de encuestas.
- Personas para recolectar datos que sean alfabetizados, numerados y precisos.
- Experiencia en condiciones de campo para asegurar que los métodos de muestreo sean prácticos.
- Preparación, planificación y ejecución adecuadas, que incluye una encuesta piloto para probar los cuestionarios.
- Capacitación y supervisión adecuadas de los enumeradores.
- Cuando se pueden usar
- Proporcionar datos precisos y precisos.
- Cuando necesita tener una visión amplia de toda una población.
- Identificar las principales diferencias y relaciones en las características de una población y averiguar qué sectores de la población son los más afectados.
- Producir "datos duros" para probar que existen ciertos problemas, o para justificar una estrategia particular para los donantes, el gobierno y otros tomadores de decisiones.

- Establecer información básica clara que pueda utilizarse para evaluar el impacto más adelante.
- Las encuestas repetidas pueden usarse para medir los cambios en una población en el tiempo.

Las encuestas pueden ser útiles para monitorear el impacto de un programa, o para detectar cambios significativos en poblaciones seleccionadas.

Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

El análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) es una forma de reunir información que pueden ser útiles en el análisis de problemas, monitoreo y evaluación. Proporciona un marco para el análisis grupal de una situación dada. Eso fomenta el aporte de muchas personas, ayuda a las personas a hacer una lluvia de ideas sobre posibles soluciones. Como se ilustra en el cuadro 5.1, la idea es simplemente hacer una lluvia de ideas bajo los siguientes encabezados:

Cuadro 5.2. Categorías de análisis FODA

| Categorías | Descripción |
|-------------------|--|
| Fortalezas | Aquellas cosas que han funcionado. Cosas que uno se siente orgulloso de decir sobre el proyecto / situación / actividades. |
| Oportunidades | Ideas sobre cómo superar las debilidades y aprovechar las fortalezas. |
| Debilidades | Esas cosas que no han funcionado tan bien. Cuando las cosas podrían haber sido mejor. |
| Amenazas | Las restricciones que existen que reducen el rango de oportunidades de cambio. |

Las descripciones alternativas de fortalezas y debilidades pueden ser factores que son internos a una organización, y por lo tanto pueden ser controlados por la administración. Las oportunidades y limitaciones pueden ser vistas como factores externos que afectan el entorno en el que se está trabajando. Juntos forman el análisis FODA.

Para cada aspecto, el grupo define, discute y registra tantos factores como sea posible. A partir de este análisis, emergen temas que deben abordarse y se pueden identificar objetivos y estrategias. También es una manera de revisar los avances en el abordaje de estos temas.

Análisis de marco lógico

Análisis de enfoque del marco lógico (EML) es una herramienta útil para la planificación de proyectos en ciertas situaciones. Es una forma de probar la lógica de un plan de acción analizándolo en términos de medios y fines. Esto ayuda a aclarar cómo las actividades planificadas ayudarán a alcanzar los objetivos, y a ser explícito sobre las implicaciones de llevar a cabo las actividades planificadas en términos de recursos, supuestos y riesgos. Ese enfoque porta elementos para poder analizar y evaluar los principales problemas, sus causas, efectos, y los objetivos que pueden proponer para su solución.

El análisis puede ser llevado a cabo por los planificadores del proyecto, un consultor o en técnicas participativas para involucrar al personal, gerentes, socios y comunidades afectadas por el trabajo. El proceso de analizar un proyecto propuesto de esta manera puede ser un ejercicio particularmente útil para los directivos. El Marco Lógico es una herramienta que proporciona una estructura para especificar los componentes de un proyecto y los vínculos lógicos entre un conjunto de medios y fines. Es un medio por el cual un proyecto puede ser estructurado y descrito de una manera lógica.

Los objetivos y planes de acción para el trabajo deben establecerse primero usando un método apropiado. Esto puede ser hecho por los directores de programas y métodos participativos que involucren a los beneficiarios del proyecto, o por un consultor. El análisis de las partes interesadas y los árboles objetivos

se usan a menudo en este escenario. Una vez diseñado el programa, el enfoque EML puede utilizarse para analizar la lógica de la relación entre su finalidad y las actividades propuestas.

Esto se hace presentándolo en una tabla, o matriz (cuadro 5.2), con las siguientes filas y columnas:

Cuadro 5.2. Matriz 4 X 4 del marco del proyecto en un EML

| | Estructura del proyecto | Indicadores del proyecto | Medios de verificación | Supuestos y factores críticos |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Propósito u objetivos más amplios | | | | |
| Objetivos del proyecto | | | | |
| Resultados | | | | |
| Actividades (insumos) | | | | |

El proyecto se describe como una serie de hipótesis. En la columna 1 se plantean cuatro fases o pasos:

- Propósito u objetivo más amplio: Se refiere al objetivo o propósito y debe acompañarse de una descripción sobre cómo el proyecto contribuirá a alcanzar ese objetivo.
- Objetivo del proyecto: Es el efecto deseado, o el impacto, del proyecto sobre la población objetivo, incluyendo cuánto tiempo tomará para lograr este cambio y quiénes serán afectados.
- Resultados: Son los resultados de las actividades del proyecto completadas, que están dentro del control de la gestión de proyectos, y que utilizan los insumos proporcionados y actividades realizadas
- Actividades: Es lo que realmente se hace con los recursos (insumos) necesarios, como dinero, materiales, personal y se realizan ciertos tipos de actividad, como la formación, necesarios para iniciar el proyecto y luego llevar a cabo las actividades.

Esos cuatro niveles representan los siguientes pasos de supuesto cumplimiento paulatino:

- Se realizan ciertas actividades, utilizando los recursos especificados. Si la lógica es correcta, entonces estas actividades resultarán en resultados específicos.
- Se supone que estos productos tendrán un efecto sobre los beneficiarios del proyecto, Y este efecto se conoce como el objetivo del proyecto.
- Además, se espera que el proyecto contribuya al objetivo más amplio o propósito (el objetivo general).

Y si todos los supuestos se cumplen, entonces se consiguen los resultados, el objetivo del proyecto y el propósito más amplio.

La columna 2 debe incluir los indicadores y valores. Para cada nivel de la estructura del proyecto (actividades, productos, objetivos del proyecto y propósito) debe haber una o más formas de medir el rendimiento.

Los indicadores permiten a los directores de proyectos tanto ver si el proyecto ha logrado lo que estableció en cada momento y nivel y poder tener una medida de este logro. Las actividades se miden en función de los indicadores de resultados. Por lo tanto, no hay necesidad de poner cualquier indicador en la matriz en el nivel de actividades. Esto significa que los insumos necesarios para llevar a cabo las actividades pueden ser listados allí. (Esto es común en marcos lógicos utilizados por varias organizaciones donantes).

Incluyen el capital y el gasto corriente en la compra de equipo y un horario para cualquier capacitación del personal, u otras actividades que deben ser completadas antes de que el proyecto pueda comenzar. Por

ejemplo, si los insumos son suministros anticonceptivos, equipo, etc., la cantidad necesaria y el costo deben ser incluidos en esta columna.

Indicadores de producto: Para los productos o resultados, los indicadores suelen ser numéricos y usualmente pueden ser registros existentes. Los indicadores de resultados pueden utilizarse como monitoreo y evaluación, pero es importante no ser demasiado rígidos sobre los objetivos. Pueden necesitar ser revisados a medida que el proyecto evoluciona. Indicadores de los objetivos del proyecto a menudo son más difíciles de identificar que los indicadores de resultados. Pueden ser cuantitativos o cualitativos, dependiendo de la naturaleza del objetivo.

Cuando el objetivo es lograr un cambio cualitativo, a veces es mejor utilizar Indicadores sustitutos cuantitativos; los indicadores cualitativos son más apropiados.

Indicadores para el propósito u objetivo más amplio: El indicador clave para el objetivo u objetivo general de la muestra sería La reducción de la tasa de crecimiento de la población.

Si los indicadores son utilizados como objetivos, es mejor utilizar indicadores cuantitativos. Es importante que los objetivos se ajusten y revisen regularmente

La columna 3 incluye los medios de verificación. Debe haber una manera de medir o recopilar información sobre cada uno de los Indicadores. Esto se llama el "medio de verificación". Es importante identificar Las fuentes a partir de las cuales se puede recopilar información para verificar los indicadores. Si esto es difícil, costoso o demorado para verificar los indicadores, puede hacerse mal si se hace en absoluto. Los recursos necesarios para la recolección de

La columna 4 incluye supuestos y factores críticos. Los supuestos que subyacen a un proyecto y los factores críticos necesarios para su éxito deben ser reconocidos y pensados en la fase de planificación, para ser realistas sobre lo que es factible. Son, en efecto, las incertidumbres que surgen durante la ejecución del trabajo. Generalmente son externos al proyecto y los responsables del proyecto tienen poco o ningún control sobre ellos.

Fortalezas del análisis de marco lógico

- Es una buena manera de verificar la lógica interna de un plan de proyecto y asegurar Que las estrategias, objetivos y objetivos están vinculados.
- Hace que los planificadores piensen en cómo monitorearán y Identificando indicadores al principio.
- Hace que los planificadores establezcan las suposiciones que están Factores críticos para el éxito. Esto es útil para estimular la discusión sobre el Factibilidad de las actividades.
- Reúne información clave en un documento y asegura que los objetivos del proyecto estén claramente definidos.
- Alienta a las personas a considerar cuáles son sus expectativas y cómo puede lograrse.

Debilidades del análisis de marco lógico

- La construcción de un marco de proyecto requiere tiempo y requiere de una formación considerable en los conceptos y la lógica del enfoque.
- El uso del marco del proyecto es relativamente complicado.
- Las personas están obligadas a resumir ideas y relaciones complejas en Frases que pueden no tener sentido.

- La lógica es muy occidental. El rígido concepto de «causa-efecto» puede ser ajeno a muchas culturas.
- Al centrarse en el "análisis de problemas", el proceso OOP puede ser bastante negativo. Se ha sugerido que el análisis de la capacidad (es decir, el análisis de los Habilidades que las personas tienen en lugar de lo que les falta) podrían ser Fomentar un enfoque más positivo. Alternativamente, análisis'.
- Existe el peligro de que los directores de proyectos se hagan demasiado rígidos en el establecimiento y cumplimiento de objetivos centrados en proyectos, o en la medición de indicadores. Esto significa que el proyecto puede volverse menos flexible y menos Cambios en la situación a medida que avanza el proyecto.
- Si se establecen objetivos poco realistas, el personal del proyecto puede No pueden cumplirse.
- El enfoque está realmente diseñado para proyectos a gran escala donde cada nivel (Entrada, salida, propósito, objetivo) es supervisado por un nivel diferente de gestión. Esto lo hace menos adecuado para un proyecto con una pequeña gestión Equipo, y puede fomentar un enfoque más jerárquico de la gestión de proyectos.
- Se hace hincapié en una evaluación cuantitativa del progreso, más que en un Mediante el uso de indicadores cuantitativos. Esto puede afectar la Los gerentes de la manera en que los gerentes piensan en el desarrollo.

Requisitos previos para el éxito

- Los objetivos y los indicadores deben ser revisados continuamente durante la respuesta al desarrollo del proyecto y cambios en la situación externa.
- Debe considerarse como una herramienta flexible para adaptarse a necesidades específicas y programas.
- Facilitadores entrenados son esenciales para asegurar que se haga correctamente.
- Los indicadores deben elegirse para reflejar la calidad y la cantidad de trabajo.
- Se debe tomar el tiempo suficiente para asegurarse de que el análisis de los problemas refleje prioridades reales y establece objetivos realistas.

Análisis costo-efectividad y costo beneficio

Efectividad es la capacidad de los servicios de salud para aportar resultados que influyan positivamente en un evento, problema o riesgo de salud. Se asume que estos resultados son la consecuencia de la intervención. Se cuenta con una serie de tipos de evaluación económica que relacionan costos involucrados en determinadas intervenciones, con los resultados logrados en salud. Esto último puede ser expresado en términos de eventos o condiciones de salud, o bien como costos monetarios.

Su finalidad es orientar el mejor modo de utilizar el relativo escaso recurso existente, orientando a una distribución más eficiente del recurso, más concentrada en aquellas intervenciones que son más efectivas y beneficiosas respecto al recurso aportado.

Análisis costo-efectividad

El análisis de la efectividad en función de los costos estima los recursos o insumos en términos monetarios, pero los resultados sanitarios son estimados y analizados en términos cuantitativos no monetarios. Lo último requiere de una valoración epidemiológica (con la debida evidencia) que permita determinar si los resultados obtenidos post intervención son efectivamente atribuibles a la intervención realizada.

En los análisis de costo-efectividad, los resultados o beneficios sanitarios atribuibles a la intervención bajo evaluación, son expresados en unidades epidemiológicas de enfermedad, muertes, discapacidad o limitación de calidad de vida. El análisis de costo-efectividad permite comparar distintas alternativas de costos menores para lograr similares resultados en salud, o bien obtener mayor resultado de salud con similares costos.

Este tipo de análisis tiene la limitación de utilizar sólo uno o escasos indicadores de resultados en salud (usados como indicadores trazas o aproximaciones a una realidad más amplia en salud). Ello contrasta con la realidad de múltiples dimensiones de la salud y de los múltiples factores determinantes que inciden en las condiciones de salud en un determinado grupo de la población. Por lo tanto, el impacto atribuible a una determinada intervención es salud puede ser bastante relativo.

Ello significa que el análisis económico de base matemática sin una comprensión adecuada del contexto sanitario global (tanto de los servicios de salud como de las condiciones de salud en la población) puede resultar sesgado en cuanto a atribuir resultados estrictamente relacionados con los costos y recursos invertidos en dicha intervención.

Ello también puede servir para expresar una “eficiencia económica”, entendida como la eficiencia en la relación entre los recursos financieros (y humanos y materiales transformados en unidades monetarias) invertidos para alcanzar uno o varios objetivos de salud fijados socialmente (eficiencia de asignación).

Análisis costo-beneficio

El análisis de costos-beneficio mide tanto los recursos (insumos) involucrados como los resultados, estimados en términos monetarios. Las consecuencias o resultados atribuibles a la acción o intervención realizada por los servicios de salud se estiman en términos monetarios y luego se contrastan con costos monetarios. Ello lleva a estimar la ganancia monetaria neta en la razón de costo-beneficio.

En el enfoque costo-beneficio o eficiencia económica, se busca evaluar y en consecuencia recomendar priorizar que se lleven a cabo aquellos programas o acciones cuyos beneficios (positivos) excedan a los costos (que afectan negativamente a las personas).

Otras técnicas prácticas

Luvia de ideas

Proceso de consulta iterativa a expertos (rondas de preguntas, vía virtual y anónima) que busca llegar paulatinamente al consenso de las contribuciones de todo el grupo, sobre un determinado tema.

Es útil frente a situaciones de incertidumbre o cuando se carece de información objetiva, y se logra tener un juicio colectivo y consensual de expertos.

Método Delphi

Proceso de consulta iterativa a expertos (rondas de preguntas, vía virtual y anónima) que busca llegar paulatinamente al consenso de las contribuciones de todo el grupo, sobre un determinado tema.

Es útil frente a situaciones de incertidumbre o cuando se carece de información objetiva, y se logra tener un juicio colectivo y consensual de expertos.

Diagrama de causa-efecto (Ishikawa)

Es una herramienta que organiza un gran número de ideas en función de afinidad, es decir, de las relaciones que existen entre ellas.

Es una técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, que relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan. Se utiliza para cuando se necesite encontrar las causas o raíces de un problema.

Simplifica enormemente el análisis y mejora la solución de cada problema, ayuda a visualizarlos mejor y a hacerlos más entendibles, toda vez que agrupa el problema, o situación a analizar y las causas y sub causas que contribuyen a este problema o situación.

Diagrama causa-efecto o también llamado diagrama Ishikawa o espina de pez es la representación gráfica y sencilla a modo de mapa mental, donde se ve rápidamente y de forma clara cuáles son las causas, problemas o espinas a analizar, y cómo se relacionan con el problema o efecto. Con esta herramienta de análisis bien elaborada podemos detectar la relación entre un indicador de calidad y los factores que contribuyen a su existencia

Diagrama de afinidad

Es una herramienta que organiza un gran número de ideas en función de afinidad, es decir, de las relaciones que existen entre ellas

Lista de verificación (Check list)

Esta técnica es muy útil en el análisis de datos para encontrar oportunidades de mejorar. Se puede realizar utilizando registros rutinarios de información primaria recolectada, para revisar causas y frecuencias de ciertos eventos (como reclamos en libro de quejas).

Benchmarking

Proceso sistemático de comparar la calidad observada de una condición o proceso con los que se espera como nivel de excelencia o de mejor práctica, lo que se asume como patrón de referencia.

Evaluación externa formal, con consultorías

El uso de consultores y empresas externas para evaluar los servicios de salud permite en general contar con mayor experiencia en el tema y capacidad de evaluación. Tiene además otra serie de ventajas entre las cuales destaca la mayor objetividad de su análisis, conclusiones y recomendaciones, una visión más fresca de la institución y de los aspectos a evaluar, con menos prejuicios y restricciones a una objetiva opinión que pudiese existir en la cultura interna de la institución o a las restricciones de relacionadas con el poder interno.

Pueden funcionar como un cierto juez evaluador independiente y objetivo (aunque no amenazante) y que además tengan un rol facilitador para incorporar las recomendaciones de la evaluación en un mayor aprendizaje y desarrollo de la institución.

Entre las limitaciones destaca que en general son costosas y el proceso de contratación puede tomar tiempo; pueden no conocer suficientemente la institución, lo que puede a su vez limitar una visión más integral de lo evaluado; pueden ser percibidos como una amenaza por el personal interno y una vez que terminada su evaluación dejan la institución.

La consultoría y evaluación externa formal puede ser mucho más integral y útil para la institución si es que logre que se conformen equipos mixtos (con personal externo e interno) que participen en las diversas fases del proceso. El personal interno conoce más a cabalidad la situación y funcionamiento interno, mientras que participantes externos que sean expertos en evaluación, pueden aportar mayor objetividad

(por independencia de las influencias de las autoridades internas) y su capacidad de análisis sobre los problemas internos y sus causas, así como sobre los obstáculos que impiden una adecuada solución.

Casos de estudio

La presentación de experiencias en el desarrollo de determinados programas o proyectos expresadas como casos de estudio, tiene gran utilidad como referencia empírica y como difusión de lecciones obtenidas, especialmente en programas que se inician o en proyectos piloto. La comparación de varios casos puede ayudar a identificar patrones programáticos.

Tienen gran utilidad cuando los programas se están desarrollando en diversos sectores geográficos y socioeconómicos, utilizando diversas estrategias para cumplir sus objetivos, aunque su aporte es circunscrito a la difusión de las experiencias.

Uso de sitios centinelas

Cuando existen múltiples sitios de programas ubicados en múltiples sectores geográficos, la vigilancia y el monitoreo pueden resultar complejos si se refieren a un censo de todos los lugares.

En la medida que las tendencias epidemiológicas (como estado nutricional o enfermedades comunicables relevantes) y de provisión de servicios (como cobertura de actividades específicas) sean relativamente similares, se pueden escoger algunos lugares o centros, asumidos como relativamente representativos de sectores, y ser seguidos con más profundidad.

Es un modo de seguimiento costo-efectivo, y tiene mayor utilidad cuando lo que ocurre en los sitios centinelas también ocurre en los sitios no incluidos en el seguimiento.

Referencias

1. Save the Children Fund, 2003 “Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment”.
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
2. IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>
3. The Global Fund (2011) Chapter Part 5. Health and Community Systems in “Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening” © 2011 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
4. UNICEF (1990) A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation. Making a Difference? UNICEF Website, methodologies, downloaded on 05/07/96.

6. Principales temas y abordajes de evaluación en los servicios de salud

La evaluación global de los servicios de salud resulta muy amplia, compleja y diversa, dada la multiplicidad de recursos, procesos y objetivo involucrados en cada servicio, incluso al interior de cada centro asistencial. Destacan aspectos relacionados con el acceso y uso de servicios, u organización, recursos, gestión y desempeño, su grado de impacto y el cumplimiento de programas de salud respecto a la población objetivo. También es importante evaluar las políticas, proyectos, planes y programas, directa o indirectamente relacionados con los servicios de salud, así como el entorno institucional,

Necesidad, demanda acceso y uso de servicios de salud

El acceso y uso de servicios depende tanto de factores institucionales (disponibilidad de oferta) como de la población (especialmente obstáculos al acceso). Esos mismos factores contribuyen a que se pueda producir inequidad asistencial. Los procesos de monitoreo y evaluación contribuyen a detectar oportunamente problemas o brechas que surjan, respecto los objetivos y planes en curso.

La cobertura se refiere a la proporción de población potencialmente objetivo que realmente lo es en virtud de ser beneficiario legal, económico o por estar incluido en un programa. También se refiere a la proporción de población o del grupo objetivo que efectivamente hace uso de los servicios.

En la cobertura interesa conocer la cantidad de personas consideradas beneficiarios, la cantidad y proporción de adolescentes residentes que en un período determinado han recibido asistencia integral o específica relacionada con salud.

Los indicadores se construyen conjugando población residente en un área, grupo objetivo a cubrir, personas que reciben actividades dentro del grupo objetivo o de la población residente.

El acceso a los servicios incluye las facilidades para usar sus servicios, o en su defecto, a las limitaciones para acceder al momento y nivel resolutivo suficiente para resolver los problemas prioritarios.

El acceso puede ser facilitado si se superan las distancias geográficas, las limitantes culturales y psicosociales que a población puede tener para incorporarse y mantenerse en los programas, los obstáculos económicos y previsionales para ser asistidos, y si hay disponibilidad temporal del programa, es decir, que sus servicios puedan estar disponibles oportunamente cuando se les necesita.

Los responsables de la gestión necesitan de información, monitoreo y evaluación para conocer en forma efectiva y oportuna sobre el grado de cumplimiento de desempeño y objetivos esperados en los planes y programas. En forma más específica y como parte de su gestión, es importante poder conocer:

- Si la cobertura planeada para el servicio de salud se está cumpliendo según los objetivos y planes originales
- Cuál es el grado de cobertura que se logra, en relación con la planteada en los programas nacionales de salud. Se requiere evaluar en qué intervenciones específicas, áreas y grupos de población hay mayor limitación, y cuáles son sus causas.
- Cuál es el grado de acceso y uso de población, cómo varía en las diversas áreas y grupos de población (en relación con equidad), y cuáles son sus causas.
- Qué causas de limitaciones de acceso dependen de factores de la población (de tipo geográfico, financiero o cultural).

- Qué causas de limitaciones de acceso dependen de factores institucionales, como el caso de una eventual falta de personal, financiamiento, tecnología, medicamentos, o de ineficiencia.
- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de acceso y uso eventualmente detectados y analizados.

Encuestas poblacionales sobre necesidades de salud y de atención de salud

Es importante evaluar las necesidades del grupo objetivo afectas a intervención, cuando un programa se está diseñando, cuando se necesita tener datos iniciales que sirvan como línea base de referencia para la evaluación posterior o cuando se necesita readecuarlo a sus objetivos.

La repetición de la evaluación de necesidades en el mismo grupo durante el desarrollo o más bien al final de un programa, sirve para estimar el efecto atribuible del programa (impacto), en la medida que también se consideren otros factores que simultáneamente pueden haber influido en el cambio de necesidades mientras se desarrollaba el programa.

Por ejemplo, la prevalencia de un tipo de drogadicción representa una necesidad de asistencia integral para disminuir el problema y por tanto cabe evaluarlo al principio de programas específicos. La disminución de prevalencia al final puede representar impacto atribuible a dicho programa, pero también puede haberse logrado por otras medidas que pueden haber ocurrido en forma externa al programa, como la aplicación de una legislación más restrictiva al respecto.

Existen variaciones entre las personas en que se precave la concentración de necesidades tanto de salud como de asistencia integral de salud, especialmente en el caso de deprivación social, cultural y económica. En el diseño de un programa de acción, interesa conocer aquellas áreas y grupos que aparecen como prioritarios por concentración de necesidades.

Evaluación basada en la incidencia de eventos evitables en salud

Con apoyo de la epidemiología, se puede evaluar la incidencia de eventos evitables como las enfermedades transmisibles, también se puede evaluar la incidencia de muertes evitables por estas causas, o eventos cuyo fallecimiento puede ser evitado con los servicios de salud, como la insuficiencia renal crónica, apendicitis, tuberculosis y la mayoría de las muertes maternas e infantiles.

Estudios operacionales de predictores de necesidades por deprivación socioeconómica

Muchas veces - con el mismo esfuerzo y uso de recursos - es posible tener resultados disímiles en programas desarrollados en áreas de diverso nivel socioeconómico. Para ayudar a comprender las diferencias, es útil realizar evaluaciones y estudios operacionales determinando la correlación entre condicionantes socioeconómicas y obstáculos para el desarrollo programático o el logro de sus resultados.

Estudios operacionales de equidad en condiciones y condicionantes de salud

Tienen una finalidad similar a lo señalado en el punto anterior, pero además contribuyen a redistribuir recursos y responsabilidades y reasignar estrategias para enfrentar distintas realidades con criterios de equidad.

Evaluación basada en vigilancia epidemiológica

La parte de vigilancia epidemiológica está destinada a captar en forma dinámica eventos de importancia en salud pública, vigilando variaciones en las condiciones de normalidad y control de eventos prevenibles, con el fin de orientar a oportunas acciones de salud.

La vigilancia directa es dada por el nivel local, que asume directamente la detección e intervención de problemas emergentes de índole epidemiológica. El nivel regional supervigila, asesora y ve si existen problemas similares en otros sectores geográficos. El nivel nacional revisa las grandes tendencias y los problemas más cruciales.

Encuestas sobre percepción de enfermedad, riesgo o accidente, acceso y uso de servicios

Permiten conocer, con rigor metodológico, aspectos relativo a necesidad, acceso y uso de servicios. Su principal limitante es el costo y complejidad de análisis, dado que se trata de encuestas poblacionales.

Existe experiencia sobre encuestas poblacionales de morbilidad sobre percepción de enfermedad o accidente (recuerdo de lo ocurrido en últimas dos semanas o tres meses previos) y uso de servicios para estos eventos. también es importante conocer aspectos socioeconómicos y culturales para analizar la relación entre privación, enfermedad y uso de servicios. Entre las variables que relevantes de conocer y evaluar son:

- distancia entre el hogar y lugar del programa.
- previsión de salud (si el servicio no es gratuito)
- variables económicas (ingreso familiar, subsidios), educacionales y culturales, familiares, actividad principal (estudio/trabajo/labores de hogar)
- percepción de enfermedad o accidente
- uso del servicio en caso de enfermedad o accidente
- gasto directo e indirecto del uso del servicio
- uso de servicios para programas preventivos, como planificación familiar
- participación de programas de adolescente
- antecedentes de integración y adherencia a programas
- conocimiento y expectativas sobre programas de adolescencia en el área de residencia.
- grado de satisfacción en adolescentes que han recibido servicios de los programas.

Evaluaciones centradas en la calidad de estructura y proceso

Los aspectos de calidad de estructura y proceso pueden ser estudiados con métodos e instrumentos tradicionales de las organizaciones, más aquellos específicamente diseñados para cada aspecto, destacando el uso de acreditación de condiciones de eficiencia, la evaluación de oportunidades perdidas de atención integral de adolescentes e investigaciones evaluativas.

La cantidad y calidad de recursos, su manejo y la estructura del programa, pueden ser evaluados con técnicas cuantitativas o cualitativas. La evaluación de calidad tiene dificultades metodológicas y conceptuales, porque depende de qué se considere como calidad y con qué compararla: una norma, un estándar de referencia, con otros servicios comparables, etc.

La calidad de la estructura y proceso puede ser evaluado por su manejo organizacional (gestión), por su calidad administrativa, técnica o científica y humana, incluyendo el aspecto ético y de aceptabilidad de sus usuarios.

Destaca conocer los siguientes aspectos:

- Calidad de la organización, estructura y recursos del servicio de salud: financiamiento, infraestructura, equipamiento, tecnología, insumos como medicamentos, personal
- Coherencia entre los recursos que existen y lo que se necesita.
- Disponibilidad y competencias del personal gerencial, asistencial, administrativo y de apoyo.
- Capacitación, motivación e incentivos del personal
- Equipos asistenciales de salud con profesionales suficientes y coordinados para adecuado logro de intervenciones
- Nivel de desempeño observado respecto a lo esperado, según criterios de calidad.
- Cumplimiento de actividades e intervenciones logradas respecto a lo esperado, en un momento determinado.
- Nivel de resultados (inmediatos) logrados respecto a los esperados según planes y programas.
- Provisión de servicios realizada con buena práctica (excelencia técnica) y en forma segura.
- Calidad interpersonal y con usuarios con humanidad y excelencia de trato y comunicación.
- Equidad en la distribución del recurso y de provisión de servicios entre unidades y centros asistenciales.

Las preguntas para resolver, al diseñar una evaluación de calidad son: calidad para quiénes, cómo definirla operacionalmente, para qué propósito y qué aspectos de la calidad se desea evaluar. En relación a las diferencias (brechas) que es posible encontrar entre la calidad deseada y la situación que cabe esperar en la evaluación, destacan las siguientes preguntas o interrogantes:

- Si es que la calidad de los distintos componentes cumple con los criterios establecidos de un nivel de excelencia o adecuado para el servicio de salud (según criterios de acreditación, normas, protocolos y otros)
- Grado de eficiencia del desempeño, en sus distintos procesos y conforme a lo esperado según criterios establecidos y objetivos de funcionamiento y resultados esperados.
- Grado de efectividad del desempeño del servicio, en sus distintos procesos y conforme a lo esperado según criterios establecidos y objetivos de funcionamiento y resultados esperados.
- Qué factores pueden estar influyendo en limitaciones de eficiencia o efectividad del desempeño.
- Qué resultados se están logrando con el desempeño del servicio de salud, y en qué grado esos resultados cumplen con los objetivos planteados en los planes y programas.
- Cuál es el costo-beneficio y costo-efectividad de algunas intervenciones claves, así como de las inversiones para fortalecer la efectividad del servicio.
- Qué tan satisfactorio y humano es el trato de la asistencia sanitaria a los usuarios, y como es la comunicación y ambiente humano dentro de la institución.
- Cuál es el grado de equidad en la distribución de recursos y provisión de servicios entre las diversas áreas y grupos de población.
- Qué causas de limitaciones de la calidad dependen de factores institucionales, como eventual falta de personal, financiamiento, tecnología, medicamentos, o bien de ineficiencia.

- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de calidad eventualmente detectados y analizados.

Evaluación de la calidad científica y técnica

Se refieren a modalidades de evaluación en que existe experiencia de observar qué pasa con especialmente la estructura y proceso de la provisión de servicios asistenciales.

Evaluación descriptiva de calidad por observación o entrevista

Es muy común y útil, generalmente consistente en informes de visitas de control y supervisión, o evaluaciones que relatan aspectos encontrados, con impresiones de calidad y adecuación según lo que el evaluador ha notado como relevante y crítico.

Acreditación de condiciones de estructura y desempeño

Es un tipo de evaluación por observación y encuesta en el que previamente se definen las características deseables (estandarizadas) que deben reunir los recursos de un servicio para atender con eficiencia las necesidades de salud de una población; luego se determina un puntaje óptimo (en realidad básico) respecto a cada tipo de recurso normatizado y se evalúa comparando lo detectado y registrado con el puntaje señalado en el parámetro de referencia, expresado en términos porcentuales.

Los rubros evaluados según áreas temáticas cubren en especial:

- Programación y Administración
- Normas y Procedimientos
- Educación para la Salud
- Servicios de la Comunidad y Participación Comunitaria
- Recursos Humanos
- Planta Física
- Recursos Materiales
- Suministros y Servicios de Apoyo.

Este tipo de evaluación cualitativa permite visualizar áreas críticas o en falencia que permiten orientar evaluaciones o investigaciones más precisas para conocer los problemas detectados y sus causas, o para adoptar decisiones si las causas de las falencias son claras y corregibles.

Es una evaluación que permite comparaciones longitudinales (en el mismo establecimiento en distintos períodos) o transversales (entre áreas o centros servicios de roles y complejidad similar), por lo cual puede ser útil para complementar u orientar evaluaciones de desarrollo del recurso, brechas de suficiencia, eficiencia y de equidad.

Al utilizarse, cabe prever que la acreditación tiene la limitación de ser cualitativa y subjetiva (los parámetros de referencia son definidos de un modo arbitrario operacional) y por ello tiende a ser esencialmente descriptiva en torno a un parámetro normatizado de condiciones.

Evaluación de la gestión y desempeño

Los responsables de la gestión necesitan de efectiva información sobre el recurso y el desempeño que se ha logrado con programas y proyectos determinados, conforme a los objetivos y planes formulados. En forma más específica y como parte de su gestión, es importante poder conocer:

- Condiciones de la calidad de la organización, estructura y desempeño del centro asistencial (relacionado o comparado con criterios de calidad y acreditación);
- Grado de disponibilidad de recursos financieros, físicos, tecnológicos y humanos, en relación con lo esperado, en cada centro productivo o de apoyo internos del establecimiento;
- Qué tipo de limitaciones del desempeño puede existir en cada uno de sus centros internos de producción, y como eso afecta la eficiencia del desempeño global del centro;
- Cómo está la gestión específica de cada centro productivo interno, y como ello repercute en el desempeño de esa unidad y global del centro;
- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de integración, gestión, recursos y desempeño detectados y analizados.
- Condiciones de la calidad de la organización, estructura y desempeño del centro asistencial (relacionado o comparado con criterios de calidad y acreditación).
- Cobertura activa (trabajo realizado en la comunidad) que se ha logrado en aquellos programas que requieren promoción de salud y detección de situaciones de riesgo.
- Cómo se distribuye el recurso, la provisión y cobertura de servicios entre centros asistenciales del nivel primario, en términos de equidad.
- Cuál es el grado de integración de la red asistencial, entre los diversos centros y unidades asistenciales, y cuáles son las causas de una eventual fragmentación.
- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de integración, gestión, recursos y desempeño detectados y analizados.

Evaluación de eficiencia

En términos de eficiencia, interesa conocer si los resultados se están logrando a un costo aceptable, comparado con otras alternativas de lograr el mismo resultado, qué factores institucionales, técnicos, de otro tipo o de gestión financiera están influyendo en la eficiencia, y cuál es el costo-efectividad atribuible del programa o proyecto.

La eficiencia distributiva se refiere a si el uso del recurso y su producción se realiza del mejor modo posible y velando por el aspecto de equidad. La eficiencia distributiva del recurso provisto se basa en la determinación de la tendencia histórica en los servicios de salud.

La eficiencia relativa al aspecto de equidad trata de la distribución de dinero, personal, equipamiento, tecnología e insumos entre diversas áreas geográficas y sectores socioeconómicos, comparada con un rango o nivel considerado equitativo.

El análisis costo-beneficio corresponde al estudio del mayor beneficio que se obtuvo del recurso invertido, o del menor costo con que se obtuvo el beneficio que se está evaluando.

La eficiencia gerencial trata del rendimiento o productividad del recurso utilizado, en relación con patrones de comparación. La eficiencia del manejo de un determinado programa se relaciona con el

rendimiento del recurso disponible, ya sea de la producción de servicios que es posible obtener por los fondos invertidos o por el personal utilizado.

Los indicadores de eficiencia utilizados en la gestión cotidiana, especialmente en el nivel local, se relacionan con productividad, como actividades por hora de personal, actividades por unidad de dinero invertida, unidades de impacto logrado por unidades de dinero o personal invertidos en el programa.

Respecto a la eficiencia, interesa evaluar si:

- Las actividades y procesos programados se realizan en forma oportuna, efectiva y coordinada.
- El equipo de personal funciona de modo efectivo, coordinado y oportuno.
- El funcionamiento permite el logro de avances de cumplimiento de objetivos del programa o proyecto según lo planeado.
- El recurso dispuesto es utilizado para producir todas las actividades o intervenciones planeadas.

Evaluación de impacto, efectividad o eficacia

La efectividad del programa se refiere al impacto atribuible a los resultados del programa, tanto para el grupo objetivo como para los participantes del programa y para el perfeccionamiento y expansión del programa mismo, en torno a su adecuación a las necesidades prioritarias de sus grupos objetivos y al recurso y organización disponibles.

El impacto relativo al cumplimiento del programa de los objetivos estipulados se refiere como efectividad.

La evaluación de impacto busca comprender y medir el efecto atribuible y significativo que puede haber tenido un determinado programa, proyecto o intervención sobre la población objetivo de dicha acción. A diferencia de los resultados inmediatos, se realiza en un tiempo más largo post intervención y se enfoca en las personas o comunidad que ha recibido la intervención.

La evaluación de impacto también utiliza los resultados previos de una evaluación de recursos y desempeño del servicio de salud, incluyendo los resultados inmediatos. Esto puede ayudar a comprender mejor por qué se ha logrado o no el impacto esperado en un determinado programa o proyecto.

Cabe destacar que, dado que la situación de salud individual y colectiva es influida por diversos factores tanto personales como de los servicios y del entorno, no siempre se espera que un determinado programa o proyecto tenga importante cambio atribuible en la salud, además que los cambios pueden demorar largos períodos de tiempo para concretarse. Por ello, la evaluación de resultados de distinto plazo requiere de aplicar una acuciosa investigación

Las metodologías de evaluación de los resultados constan generalmente de una comparación entre variables iniciales y finales en el grupo programático objetivo, que pueden incluir características de salud, sociocultural o de actitudes o conductas antes y después del programa.

A diferencia de los métodos de pruebas preliminares, de evaluación formativa, éstas son medidas necesarias para sacar conclusiones acerca del efecto del programa. Avanzando un paso más allá de las mediciones del proceso, la evaluación de los resultados debe proporcionar más información acerca del valor que acerca de la cantidad de actividad.

Las comparaciones entre un grupo de control (que no recibió el programa, pero que es similar en otros aspectos a la audiencia seleccionada) y la audiencia seleccionada que recibe el programa, son aconsejables, pero no siempre posibles.

Por lo general, es extremadamente difícil separar el impacto de un programa específico, destinados a lograr determinados efectos, de otros múltiples factores simultáneos que influyen en la salud de las personas y en sus conductas relativas de salud, incluyendo factores sociales, culturales de cobertura de salud, factores comunitarios e institucionales (tales como la disponibilidad de servicios).

Análisis de costo efectividad y costo-beneficio

Ambos tratan de evaluar el impacto de un programa desde una perspectiva económica, tomado el costo involucrado como denominador: mientras que el costo-beneficio busca determinar como el numerador (impacto) a determinadas unidades de beneficio (como vidas salvadas, años de invalidez prevenidos) el análisis de costo-efectividad busca expresarlo exclusivamente como costos estimados para este mismo beneficio (como cantidad de dinero que significa una cierta cantidad de años de vida perdida evitados).

Su aplicación y experiencia está restringida a algunos casos de uso de recursos alternativos: vacunaciones, uso de trasplantes versus tratamientos médicos. Su desarrollo actual es de poca relevancia en el quehacer mayoritario de salud y de sus programas. Sin embargo, este tema es promisorio para algunos grupos de economía en salud que mantienen expectativas de lograr su adaptación y aplicación a otras áreas de las acciones de salud.

Los responsables de la gestión necesitan de efectiva información sobre el impacto atribuible que se ha logrado con programas y proyectos determinados, conforme a los objetivos planteados. En forma más específica y como parte de su gestión, es importante poder conocer:

- Si el programa o proyecto logró los objetivos de impacto, a través de cambios o efectos en el grupo objetivo que recibió la intervención.
- Cuáles han sido los aspectos del impacto no fueron cumplidos a cabalidad y cuáles han sido sus causas
- Qué condiciones del desempeño del servicio de salud han contribuido al grado de impacto logrado.
- Qué causas de limitaciones de impacto dependen de factores institucionales, como eventual falta de personal, financiamiento, tecnología, medicamentos, o ineficiencia de desempeño o de gestión
- Qué factores que se encuentran fuera del control del servicio de salud han influido en el grado de impacto logrado.
- Qué lecciones arroja la experiencia de intervención y como eso podría replicarse o mejorarse en programas o proyectos futuros.

En los estudios de impacto de los servicios, interesa considerar los siguientes aspectos:

- cuáles son los resultados de sus acciones o cambios,
- cuáles son los efectos de tipo social, socioeconómico o técnico sobre las personas, comunidades e instituciones.
- Los resultados pueden ser inmediatos o de largo plazo, intencionados o involuntarios, positivos o negativos, a nivel macro (sectorial) o micro (de pequeño grupo o familiar).
- Los estudios de resultado deben contestar si efectivamente el programa ha logrado una diferencia atribuible en el grupo objetivo, y cuál ha sido la cobertura real de personas beneficiadas con el programa, en los cuáles ha habido impacto.

- cabe recordar que demostrar que un programa o proyecto ha causado un determinado resultado es generalmente difícil ya que la mayoría de los factores se encuentran fuera del ámbito de influencia de los SS.

Dado que lo esperado es que haya un resultado sobre la población objetivo y el propio SS, cobran relevancia los siguientes aspectos a ser evaluados:

- cumplimiento de objetivos del proyecto/programa
- cambios sociales especificados en los objetivos
- capacitación y afiatamiento de equipos interdisciplinarios
- cambios institucionales
- cambios en situación de salud
- cambios en situación de riesgo
- cambios en conocimientos, actitudes, conductas y estilos de vida
- impacto atribuible entre grupo intervenido y grupo control
- logro de políticas, grado de organización, aceptación social.

Para evaluar efectividad se pueden utilizar técnicas de evaluación interna (acreditación inicial/final, encuesta al personal y directivos, comparación de eficiencia inicial/final) y evaluación al grupo objetivo del programa (encuestas, entrevistas, talleres).

Evaluación por condiciones trazadoras

A partir de experiencias en eventos de salud (como enfermedades que llegan a hospitalizarse, muertes y enfermedades evitables) se escogen algunos aspectos que, por su frecuencia, factibilidad de evitabilidad y tratamiento efectivo pueden ser índices de la calidad de un programa. En estos eventos índices se revisan aspectos de calidad, satisfacción y efectos inmediatos de la asistencia.

Es importante tener en cuenta la evaluación de la relevancia, destinada a estimar si los objetivos del programa aún son relevantes al momento de evaluar, y si existe una relación plausible y razonable entre los esfuerzos del proyecto o programa y el objetivo que se pretende lograr.

Evaluación sobre satisfacción de usuarios

Corresponde a un modo de evaluación de calidad de la atención, utilizando como fuente e instrumento una encuesta estructurada en que se registra la opinión-percepción de muestras de usuarios respecto a aspectos de la calidad de la atención entre los cuales destaca: accesibilidad, condiciones estructurales de la atención, calidad técnica, relaciones interpersonales.

El desarrollo de formularios de recolección requiere de expertos y pruebas que permitan su uso cubriendo diversas áreas de acceso, estructura y proceso de la atención provista.

Tiene la ventaja de aportar la opinión de quienes son los destinatarios de las acciones del programa, y recolectar la información es relativamente simple, especialmente cuando hay formularios de recolección ya elaborados.

Sin embargo, representa una percepción inmediata sobre la calidad de la atención (que en general buscan resultados de mediano o largo plazo) y que sólo registra a quienes han logrado acceder a la atención, proporción cuya importancia está estrechamente ligada a la cobertura real del programa.

Evaluación sobre la gestión e integración de redes asistenciales

La gestión de redes asistenciales requiere de un enfoque multidisciplinario, incluyendo al menos las dimensiones técnicas, administrativas y financieras, en torno al manejo coordinado y efectivo de una red de niveles y centros asistenciales que en conjunto deben responder a las poblaciones objetivos que les han sido asignadas.

Mientras el nivel primario está en contacto directo con la comunidad, es la puerta de acceso al uso de servicios y coordina la demanda de atención en el nivel asistencial apropiado para responder efectivamente a la necesidad de atención de salud de cada una de las personas de la población objetivo que demandan asistencia.

Los responsables de la gestión necesitan de efectiva información sobre el recurso y el desempeño que se ha logrado con programas y proyectos determinados, conforme a los objetivos y planes formulados, así como el grado de integración y coordinación que se ha logrado en la red asistencial, y la equidad asistencial entre sus diversos centros y grupos de población.

En forma más específica y como parte de su gestión, es importante poder conocer:

- Cómo está el grado de acceso a la atención de salud y su cobertura en las distintas áreas y grupos de población.
- Grado de disponibilidad de recursos financiero, físico, tecnológico y humano, en relación con lo esperado
- Cómo varía la distribución del recurso y de provisión de servicios entre unidades y centros asistenciales, en términos de equidad.
- Grado de funcionamiento del sistema de referencia de morbilidad, y de coordinación de referencia entre centros ambulatorios, hospitalarios y unidades de urgencia.
- Características de las listas de espera para atención de médicos especialistas, sus causas de su producción y mantención y eventual solución paulatina.
- Eventual fragmentación o baja integración de la red asistencial, entre los diversos centros y unidades asistenciales.
- Qué tipo de limitaciones del desempeño en sus centros asistenciales a calidad obedece a factores institucionales, como eventual falta de personal, financiamiento, tecnología, medicamentos, o bien de ineficiencia.
- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de integración, recursos y desempeño detectados y analizados.

Evaluación sobre programas de salud en la población objetivo

Evaluación de programas de comunicación social

En este tipo de evaluación hay actividades para considerar en los programas de comunicación en salud con organizaciones comunitarias, donde tiene un rol central el grupo o comité de elaboración del programa y los voluntarios, organizaciones y medios de comunicación de la comunidad que han sido reclutados para participar en el programa.

En el análisis y revisión de los componentes del programa cabe evaluar:

- Si las acciones siguen su curso normal y en el tiempo previsto.
- Si se está llegando efectivamente a la audiencia seleccionada.
- Si algunas estrategias parecen tener más éxito que otras.
- Si algunos aspectos del programa necesitan más atención, alternancia o eliminación.
- Si se cumplen los cronogramas.
- Si el gasto del recurso es aceptable.

El monitoreo del programa y la evaluación periódica son útiles durante el programa en desarrollo. La preparación de informes de progreso puede ayudar a mantener a todas las organizaciones y miembros informados y coordinados.

Las metodologías de evaluación de los resultados constan generalmente de una comparación entre la toma de conciencia de la audiencia seleccionada, las actitudes y/o la conducta antes y después del programa.

Evaluación de oportunidades perdidas de atención integral de las personas

Corresponde a una encuesta de personas (ej. adolescentes) que reciben servicios de atención integral, al salir de *la atención, sobre aspectos de calidad y suficiencia de la atención prestada.*

Evaluación basada en auditorías de muertes infantiles y maternas

El sistema de auditoría de muertes maternas e infantiles de madres adolescentes constituye un método complementario al de vigilancia epidemiológica y de monitoreo.

La auditoría consiste en una revisión de casos por iguales (profesionales pares o similares a los que realizan los procedimientos asistenciales o administrativos) con el fin de detectar la calidad de la atención y corregirla.

El sistema de auditorías de muertes maternas e infantiles constituye un potencial instrumento - para los diversos niveles de acción y decisión - para conocer los aspectos críticos de la atención de salud en la evitabilidad de dichas muertes, y el rol que cumplen los servicios en su prevención.

Evaluación sobre adaptación a los programas de salud

Se refiere a la evaluación de si el programa promueve efectivamente la adaptación de las personas a su integración del entorno social, incluyendo sus actitudes y ámbitos de vida, grado de satisfacción con su propia calidad de vida y la capacidad para enfrentar crisis personales o familiares. En este último aspecto cabe evaluar la resiliencia, como capacidad de enfrentar y sobrellevar situaciones críticas y de riesgo para el bienestar y salud de los adolescentes.

La evaluación debe estar sustentada en encuestas y entrevistas a los usuarios, así como al personal específicamente en contacto con los adolescentes en estas materias (como psicólogos, enfermeras entrenadas, educadores).

Evaluación sobre continuidad y adherencia a programas

La continuidad de los programas puede ser entendida como la integralidad de la atención hasta resolver los problemas de las personas en diversos momentos, niveles y sectores, conforme a los diversos requerimientos de los adolescentes. La evaluación debe estar sustentada en encuestas y entrevistas a los usuarios y al personal participante.

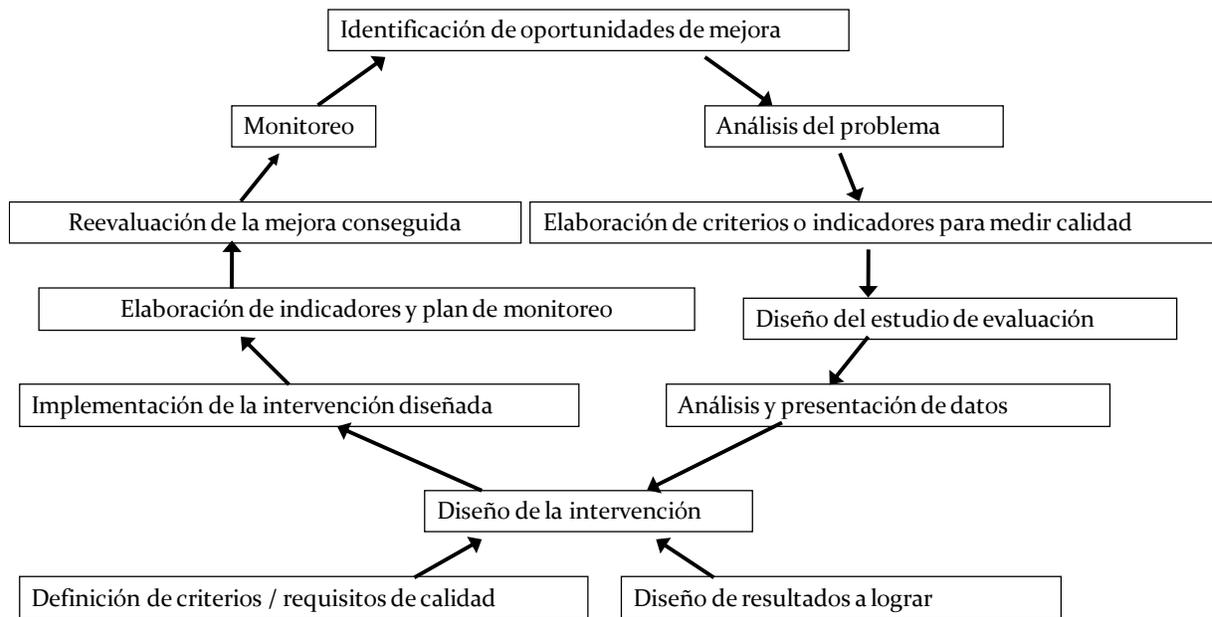
Evaluación sobre participación de la comunidad

El tema de la participación es esencialmente cualitativo, y puede ser conocido a través de técnicas de encuestas poblacionales, cuestionarios aplicados en taller, entrevistas a informantes claves, en grupos focales o talleres de confrontación.

Evaluación de políticas, programas y proyectos de salud

La información aportada por el monitoreo y evaluación permite conocer el grado y calidad de cumplimiento de un plan, proyecto o programa (en relación con un plan original), lo que es evaluado para realizar las correcciones necesarias que permitan cumplir con objetivos y planes, si fuese necesario.

Figura 6.1. Monitoreo y evaluación en el ciclo de mejora de calidad de programas



Fuente: Saturno P. (5)

Esto ayuda a proponer las modificaciones, ratificaciones, refuerzos o innovaciones para mejorar la continuación del proceso planificado, consiguiendo así lecciones para el futuro (figura 6.1). Tanto el monitoreo como la evaluación requieren de normas de referencia para evaluar (mediante la comparación entre la situación esperada y observada) respecto a lo que realmente se ha encontrado.

Cuadro 6.1. Aspectos de monitoreo y evaluación sobre aspectos más específicos de programas y proyectos de salud

| Foco de la evaluación o seguimiento | Aspectos de un proyecto o programa – calidad y resultados | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------|------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| | Recursos | Procesos | Eficiencia | Efectividad | Resultados Inmediatos | Resultados mediatos |
| Proyecto | | | | | | |
| Programa | | | | | | |
| Servicios rutinarios | | | | | | |
| Procesos rutinarios | | | | | | |
| Condiciones específicas | | | | | | |

Cuadro 6.2. Momentos de aplicación de monitoreo y evaluación en programas y proyectos

| Etapas | Tipo | Objetivos | Momento de uso |
|---------------|---------------------------------|---|--|
| Planificación | Evaluación ex ante | Evaluar la viabilidad del programa en términos financieros, políticos e institucionales. Priorizar/ seleccionar las acciones que racionalicen la inversión. | Previo al inicio y cuando se ha determinado lo que será evaluado |
| | Diagnóstico de base (momento o) | Indica el nivel inicial de los aspectos que van a ser sujetos a monitoreo o evaluación durante o después de ejecutado el programa o proyecto. | Al momento de iniciar el programa o proyecto. |
| Ejecución | Monitoreo | Detectar y reportar si las actividades y resultados se cumplen según lo planificado, para detectar oportunamente las eventuales deficiencias, obstáculos y necesidades de ajuste en la ejecución. | Continuo o periódico (periodicidad determinada en el plan) |
| | Evaluación concurrente | Evaluar con profundidad desde la perspectiva institucional y en un momento determinado, el desempeño del programa en todos sus niveles. | Durante la ejecución del programa, cuando existe la necesidad de profundizar el conocimiento sobre su desempeño. |
| Finalización | Evaluación de resultados | Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos del programa. | Inmediatamente después de terminado el programa. |
| | Evaluación de impacto | Identificar y explicar cómo se modificó la situación inicial en función del objetivo original del programa. | Un tiempo después de finalizada la ejecución del programa. |

El proceso de evaluación podría aplicarse a un tema específico del sistema de salud, o bien podría ser más amplio o integral, incluyendo aspectos simultáneos como la eficacia, eficiencia y la repercusión de intervenciones de los sistemas de salud. De acuerdo a los componentes más específicos de los servicios de salud que se desea seguir o evaluar en los programas y proyectos, destacan algunos focos más específicos afectos a de evaluación y aspectos de proyectos y programas, como se ilustra en el cuadro 6.1.

El momento en que se realizará el monitoreo o evaluación en los proyectos y programas debe quedar establecido en el momento de planificación (cuadro 7.2). la evaluación concurrente puede quedar establecida como herramienta esperada n el transcurso del programa o proyecto, o bien aplicarse en caso de que el monitoreo detecte eventuales deficiencias u obstáculos que impidan o pongan en riesgo el adecuado cumplimiento del programa, y aparezca como necesario realizar una evaluación más exhaustiva para revisar el problema y plantear las necesidades de oportuno ajuste en la ejecución.

Referencias

1. Save the Children Fund, 2003 “Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment”.

- http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
2. Murray L. y Rossi L. (2007) Guía de Monitoreo y Evaluación. Programa de Prevención del VIH/SIDA del Perú. Pact Brasil. Paulo, SP. Acceso en: www.pactbrasil.org
 3. Gilson L. (2012) Part 1. Introduction to Health Policy and Systems Research, n “A Methodology Reader Health Policy and Systems Research” (Ed) Gilson L. Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Geneva 2012
 4. Di Virgilio MM y Solari R., (2012) Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012. UNICEF
https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
 5. Banco Mundial (2004) Seguimiento y Evaluación: instrumentos, métodos y enfoques.
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/240521468336082184/Seguimiento-y-evaluacion-instrumentos-metodos-y-enfoques>

7. BASE INFORMATIVA DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los procesos de monitoreo y evaluación requieren contar con adecuada información, que en general es la misma ya disponible en forma rutinaria y especialmente aquella usada para la toma de decisiones. En caso de que se requiera de información adicional, es importante la selección de indicadores, la recolección específica de información y el uso secundario de las fuentes y sistemas de información.

Información para la toma de decisiones

La información constituye el insumo esencial para la decisión y acción basada en evidencia, aportando un conjunto de datos e indicadores que buscan aportar o cambiar el estado de conocimiento e influir en la toma de decisiones. Se requiere disponer de diagnósticos integrales y actualizados (panorama dinámico) de las condiciones, situación y necesidades relevantes relacionadas con salud y la estructura y desempeño de los servicios de salud.

Las autoridades nacionales de salud y las organizaciones internacionales señalan con frecuencia la necesidad de información y evidencia sobre los objetivos, planes, programas, estructura, organización y desempeño de los sistemas de salud. Los planificadores de salud y los encargados de adoptar decisiones a distinto nivel del sistema de salud necesitan integrar y analizar información y evidencia para apoyar las políticas de salud, la planificación y la toma de decisiones, en una amplia gama de áreas relacionadas con salud pública y sistemas de salud.

Una vez que la información ha sido manejada y producida por el sistema rutinario d información en salud, algunos procesos basados en información - como el análisis, monitoreo, vigilancia y evaluación - ayudan a que la información se convierta en un insumo significativo que oriente hacia la gestión y acción. Mientras que la información tiene un gran valor intrínseco potencial, su utilidad real depende del uso concreto que finalmente hagan de ella aquellos que deciden usarla para confeccionar políticas y tomar decisiones. Su utilidad también la dan aquellos que la aplican a procesos como monitoreo y evaluación. El sistema de información es por consiguiente el responsable directo de que la producción de información sea de calidad y oportuna, pero no puede ser plenamente responsable por el uso real que finalmente se dé a la información producida.

Las reformas y modernización en los sistemas de salud que se han llevado a cabo en algunos países pueden incluir cambios significativos en la organización, financiamiento y funcionamiento de los servicios de salud. Algunos de los temas relevantes (relacionados con las características y el desempeño del sistema) son la eficiencia, la equidad en el acceso el financiamiento de los servicios de salud, la calidad de atención, la efectividad, incluyendo el establecimiento de prioridades y búsqueda de intervenciones costo-efectivas. La gestión de los sistemas de salud está siendo gradualmente más compleja, con participación de múltiples sectores y también de una población de usuarios que aumenta progresivamente su poder.

La información nacional de salud - cuando está disponible - está con frecuencia fragmentada y dispersa en varias fuentes de información (como bibliotecas y centros de documentación virtuales, de investigación, de evaluación, en sistemas de información rutinaria, monitoreo y sistemas de vigilancia). Por lo tanto, es necesario integrar y usar todos esos insumos de información para el desarrollo y reporte sistemático de una visión panorámica nacional integral de salud.

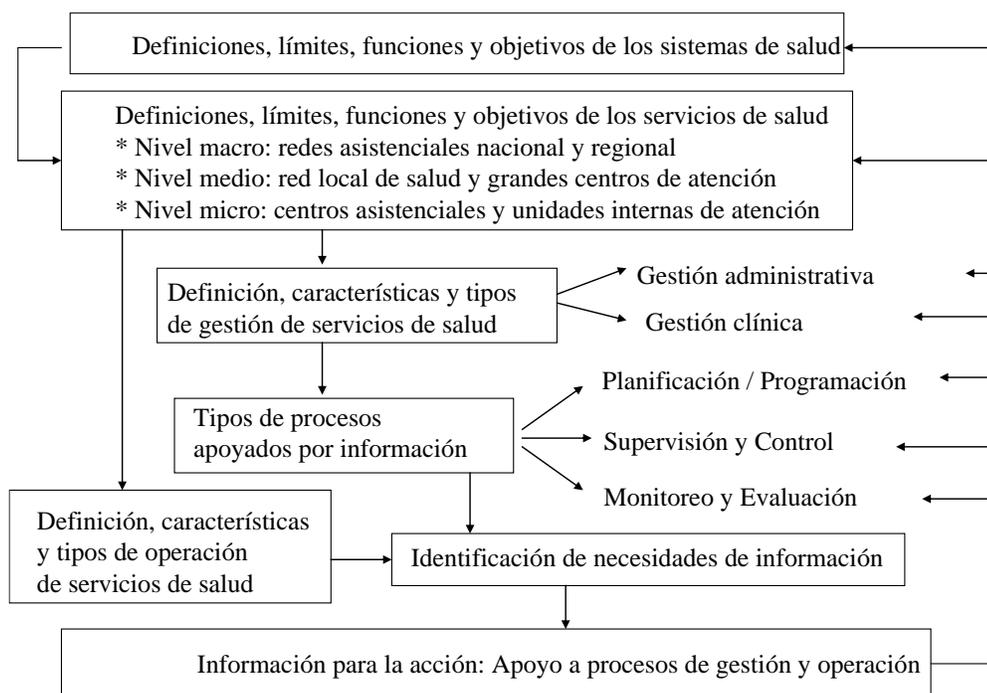
En la medida que la información sea adecuada y esté disponible de modo oportuno a sus diversos usuarios del nivel normativo y gerencial, podrá hacer contribuciones relevantes al sistema de salud, entre las cuales destacan:

- Permite conocer el grado en que el sistema de salud cumple su objetivo esencial respondiendo a las necesidades de salud de sus poblaciones objetivo.
- Permite estimar el grado y capacidad de respuesta de los servicios a las necesidades asistenciales de salud de los diversos grupos de la población
- Contribuye a establecer niveles de referencia óptimos (estándares normativos o empíricos)
- Permite conocer el grado de cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos y extraer lecciones hacia un mayor fortalecimiento o eficacia.
- Facilita la cooperación técnica con entidades nacionales e internacionales
- Ayuda a orientar y monitorear planes y agendas globales de acción en salud.

La información es entonces necesitada para la planificación, toma de decisiones, gestión rutinaria y los procesos de evaluación y monitoreo. Los contenidos de información y el nivel de agregación de ella deben definirse – según nivel administrativo – para asegurar que la información responderá a las necesidades de gestión.

El desarrollo y uso de información que sea útil para la gestión y desempeño de los servicios de salud requiere comprender la definición, objetivos y gestión de los servicios de salud (figura 6.1).

Figura 6.1. Información y conocimiento necesario sobre la estructura y desempeño del sistema de salud



Fuente: C. Gattini (3)

Los responsables de políticas y toma de decisiones necesitan distinto nivel de agregación de datos e información para apoyar sus funciones, según el nivel de gestión, comprendiendo desde nivel local (establecimiento de atención ambulatoria de salud, hospital o centro productivo interno, como laboratorio o farmacia), medio (regional) o macro (nivel nacional).

Ese conocimiento debe ser suficiente para asegurar que el monitoreo y evaluación sean pertinentes con las necesidades evaluativas y así asegurar que la aplicación de sus resultados y recomendaciones sean realmente útiles a la toma de decisiones que haya que adoptar. Se necesita, por tanto, conocer adecuadamente los servicios de salud (o al menos los aspectos que se van a monitorear o evaluar), incluyendo sus distintos tipos de gestión y su contexto; ese conocimiento es clave cuando participan consultores o evaluadores externos.

También se requiere conocer los criterios y parámetros de calidad (condición óptima esperada) que cada autoridad sanitaria ha determinado como aspectos de la calidad de los servicios de salud y objetivos a cumplir (o que se desprenda de los marcos normativos y técnicos). Ello incluye hasta la cultura institucional prevalente y su modalidad gerencial, y no sólo al interior de la institución, sino que comprende al contexto global en que está inserta.

Uso de información primaria

En general los sistemas de monitoreo utilizan datos indicadores que ya se han generado en los servicios de salud y se encuentran en archivos de datos, tanto su uso de la información es secundario. La evaluación puede utilizar recolección primaria de información, la cual puede provenir de técnicas como la observación directa, las entrevistas individuales o colectivas, las técnicas de evaluación participativa y otras.

a) La observación directa

Consiste en el recuento, más o menos detallado según necesidad, de lo que el evaluador puede anotar y comentar acerca de determinada situación. La observación es un buen método para recoger datos sobre patrones de conductas y condiciones físicas.

Puede ser netamente descriptiva informal, o registrarse más detalladamente y en relación a pautas más precisas.

El evaluador puede conocer la situación previamente (participante) o ser externo y sin conocimiento previo (no participante).

Las listas de chequeo consisten en observación y entrevistas en base a cuestionarios estructurados con una lista de características a evaluar, en que la condición encontrada debe ser registrada en términos cualitativos o cuantitativos.

b) La entrevista individual

Las encuestas permiten conocer aspectos importantes sobre las necesidades, expectativas, acceso, cobertura y uso de servicios.

Corresponden a una herramienta valiosa de evaluación, especialmente en la etapa de diseño y evaluación de resultados de un programa, aunque tienen la desventaja de ser caras y complejas en las fases de recolección y análisis, si es que se realizan adecuadamente.

La entrevista es una técnica de recolección de datos mediante preguntas abiertas, semiestructuradas o estructuradas sobre opinión de participantes (directos o indirectos), población y usuarios de programas de adolescencia.

La entrevista individual es uno de los instrumentos más útiles en evaluación, pero tiene gran requerimiento de tiempo y costo. Esto último repercute en la profundidad y extensión de las entrevistas, su grado de formalidad, su modo de registro (grabado, estructurado, abierto).

Entrevistas a informantes claves: consisten en entrevistas a personas de la comunidad que por sus conocimientos, experiencia y contactos puede aportar elementos diagnósticos de lo que ocurre en dicha comunidad, y cuya opinión es valorada como clave.

c) La entrevista de grupo

Es una técnica valiosa, especialmente por ahorro de tiempo y por tener la ventaja de que las opiniones son enriquecidas por la interacción de los opinantes.

Cuestionario aplicado en taller: Se basa en la aplicación de un cuestionario, preferentemente de preguntas cerradas, a grupos de personas seleccionadas desde diversos sectores, con el fin de obtener información sobre percepciones, opiniones, experiencias y conocimientos. Cumple un fin similar a las encuestas, pero tiene la ventaja de ahorrar tiempo y recursos.

Las entrevistas de grupos focales: son entrevistas a grupos de la comunidad que aportan antecedentes y opiniones sobre la comunidad, expectativas y evaluación descriptiva de cómo la comunidad percibe los programas de adolescencia.

Taller de confrontación: son talleres en que se aplica un cuestionario a grupos homogéneos pero procedentes de diversos sectores participantes, y luego se analizan y confrontan las diversas opiniones vertidas.

Talleres de análisis de relaciones interinstitucionales: es la evaluación colectiva de las modalidades de articulación de las diversas instituciones y sectores participantes sobre: naturaleza, formalización, coordinación y contribución de cada organización participante. Corresponde a una discusión grupal donde se registran en una matriz los grupos participantes y sus relaciones.

Uso secundario de fuentes y sistemas de información

La mayoría de la información usada para los informes estadísticos, las series históricas y las comparaciones geográficas, vienen del sistema de información nacional de salud. Este sistema es una red compleja de información integrada por varios sistemas o subsistemas específicos de información manejados en diversos programas, oficinas e instituciones, organizados y coordinados por la autoridad de salud.

Las distintas fuentes de información proveen tanta información cuantitativa rutinaria y no rutinaria, e información textual. También se cuenta con encuestas de población sobre condiciones socioeconómicas, salud y atención de salud. Las estadísticas de servicios y los datos de registros vitales pueden complementarse con los datos obtenidos a través de las encuestas de hogares o de la comunidad.

Si bien en general se da carácter de información a lo cuantitativo, también hay importante información que es textual de tipo documental, como es el caso de los marcos legales y normativos, planes, políticas, tipos de seguros de salud y paquetes de beneficios. Ese conjunto apoya el diagnóstico y análisis de los servicios de salud y su contexto.

a) Información rutinaria

Por razones operacionales y de costos, se utilizan con mayor frecuencia las fuentes secundarias de información. Estas corresponden en general a los sistemas de información rutinaria que cubren aspectos de población, estadísticas vitales, vigilancia epidemiológica, recursos y provisión de servicios de salud. Información socioeconómica de registros periódicos pero sistemáticos también son consideradas información rutinaria (como empleo, pobreza, educación, saneamiento básico).

En muchos países, cuando hay insuficiente información rutinaria, el uso de las encuestas de población periódica puede ser empleado para obtener la información faltante. Si ninguna fuente de información está disponible, puede ser necesario desarrollar sistemas de recopilación de datos periódicos, basados en encuestas.

La decisión sobre datos a recolectar y fuentes depende de conocer:

- Cuáles son todas las fuentes posibles conteniendo la información para cada indicador
- Cuáles son los criterios usados para definir y registrar los datos primarios para cada variable, en cada sector.
- Cuáles son las estrategias mejores y más sencillas para conseguir e integrar los datos adecuados y completos

Los datos deben validarse según la calidad de la colección y agregación de datos, así como el carácter integral y uniformidad (contrastando con indicadores alternativos sobre el mismo tema).

b) Información basada en encuestas de población

Las encuestas sobre percepción de enfermedad, riesgo o accidente, acceso y uso de servicios permiten conocer aspectos relativos a necesidad, acceso y uso de servicios. Pueden aportar tanto información cuantitativa como cualitativa. Su principal limitación es el costo. También permiten conocer aspectos socioeconómicos y culturales para analizar la relación entre privación, enfermedad y uso de servicios.

De las encuestas se pueden obtener variables como:

- Distancia entre el hogar y facilidades de los servicios de salud.
- Previsión de salud (si el servicio no es gratuito)
- Variables económicas (ingreso familiar, subsidios), educacionales y culturales, familiares, actividad principal (estudio/trabajo/labores de hogar)
- Percepción de enfermedad o accidente
- Uso del servicio en caso de enfermedad o accidente
- Gasto directo e indirecto del uso del servicio
- Grado de satisfacción en quienes han recibido servicios de los programas.

La encuesta requiere de una muestra representativa de diferentes subgrupos como base para de una muestra mayor. El proceso resulta relativamente costoso e incluye la participación de cierto número de personal, además del uso de análisis estadísticos complejos. Algunas de estas dificultades pueden disminuir algo cuando las encuestas son repetidas periódicamente; sin embargo, siempre se requerirán recursos financieros considerables para su ejecución.

c) Información textual documental

Corresponde a información cualitativa heterogénea en sus datos y fuentes que contribuye a una evaluación global más comprensiva. Incluye el aporte de datos desde archivos, registros, estadísticas, mapas, fotografías, dibujos.

La investigación de documentos o bibliográfica puede dar un aporte valioso con respecto a estudios específicos sobre la equidad y el acceso o la situación sanitaria para grupos particulares de cada país. El

aporte de la literatura formal e informal (documentos e informes borradores) puede completar la información aportada a través de las encuestas o los registros, y ayuda a proporcionar una mejor interpretación de los resultados de los indicadores.

En el uso de la información textual y contextual, destacan los contenidos a seleccionar y el aporte que la base informativa aporta:

- El contexto político, económico, social de los sistemas y servicios de salud
- La población, sus condiciones de salud y factores determinantes
- El sistema y servicios de salud: organización, estructura, marcos normativos y financieros, procesos productivos de servicios y resultados de su acción.
- Existencia de políticas, planes, normas, estrategias, metas.

La información textual documental realiza una serie de aportes entre los cuales destaca:

- Es el referente obligado para análisis de la información en contexto
- Es lo que da sentido a la información cuantitativa
- Es parte esencial - implícita o explícita - de la toma de decisiones.

Por su carácter práctico y se pueda realizar en el corto plazo, se propone usar principalmente indicadores basados en datos rutinarios, junto a fuentes oficiales de información no cuantitativa (información demográfica, socioeconómica y del contexto legal, financiero y administrativo de interés para el sector). Los datos de las encuestas domiciliarias contribuyen en forma complementaria, ya sea a nivel nacional desagregado por grupos socioeconómicos, o a nivel subnacional en forma agregada en áreas geográficas (si la representatividad de las muestras de encuestas así lo permite).

Esto significa usar información secundaria (ya recolectada originalmente para otros fines) para usarla en indicadores que permitan la medición y comparación entre grupos o áreas de interés. El proceso propuesto se concentra en la comparación de datos agregados a diferentes niveles de agrupación geográfica o socioeconómica. Se requiere asegurar que la información sea adecuada y represente efectivamente las variables y las áreas geográficas que pretende informar y analizar. Es importante evaluar el carácter integral y la calidad de los datos.

La recolección de información depende de las fuentes escogidas. A nivel agregado de área geográfica, esta puede estar ya integrada en instituciones y autoridades de salud – a distintos niveles – o bien ser necesario recopilarla desde diversos sectores: censo, estadísticas de empleo, encuestas de hogares, educación, saneamiento, unidades de estadísticas vitales y epidemiología.

La información sobre el contexto institucional puede estar también integrada a nivel de autoridad sanitaria, bien ser necesario recopilarla desde diversas fuentes administrativas, legales, financieras o documentales (cuadros 7.1 y 7.2).

Los sistemas de información de salud tienen como finalidad producir información relacionada con la salud con énfasis en el apoyo a las políticas, toma de decisiones y la acción relacionada con salud. El cuadro 6.2 ilustra los principales sistemas de información específicos.

Cuadro 7.1. Fuentes principales del conjunto de indicadores de monitoreo de servicios de salud

| Fuentes principales | Indicadores |
|---|--|
| Censos de población, estadísticas vitales registro civil, certificados de defunción, sistemas de vigilancia nutricional y de enfermedades transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer; • Tasa de mortalidad infantil; • Tasa de mortalidad menor de edad de 5 años; • Mortalidad en la población entre 15 y 64 años; • Tasa de mortalidad materna; • Desnutrición infantil • Enfermedad transmisible traza (a precisar en nivel local) |
| Censos y muestras de población, encuestas de hogares, información periódica instalaciones de saneamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso per cápita; • Pobreza; • Tasa de alfabetización adulta; • Años promedios de escolaridad de la población; • Cobertura agua potable; • Índice de desarrollo humano. |
| Información periódica de estudios ad hoc | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población a más de 1 hora (rural) o 30 minutos (urbano) de distancia del sitio de atención. |
| Información rutinaria de seguros y estimaciones ad hoc | <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de población cubierta por un seguro de salud o protección social |
| Información periódica del recuento de recursos (humanos, físicos, financieros) | <ul style="list-style-type: none"> • Razón de médicos por 10.000 habitantes; • Razón de enfermeras por 10.000 habitantes; • Razón de auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes; • Razón de dentistas por 10.000 habitantes; • Razón de camas de hospital por 10.000 habitantes; • Recursos financieros asignados para la salud per cápita por año |
| Información rutinaria de la provisión servicios (sectores públicos y privados) | <ul style="list-style-type: none"> • Consultas ambulatorias (cualquier tipo) anuales por habitante; • Hospitalizaciones anuales por 100 habitantes; • Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal adiestrado durante el embarazo; • Porcentaje de partos asistidos por personal adiestrado; • Cobertura de niños menores de un año vacunados contra la difteria, tos ferina y tétanos. |

Fuente: Gattini (1,2)

Con el desarrollo actual de la telecomunicación en la medicina, es posible que los datos individuales basados en la atención o las transacciones puedan compartirse en una red entre los diferentes niveles administrativos de agregación geográfica, como es el caso de defunciones, egresos hospitalarios, o informe de enfermedades transmisibles.

Los sistemas de información basados en papel producen una consolidación gradual de los datos, desde los niveles locales a los niveles nacionales, tienen limitaciones ya que los detalles primarios del nivel local se pierden.

En la preparación, destacan asegurar que la obtención de información será adecuada, y que habrá adecuada capacitación del personal a cargo de la información y análisis.

Cuadro 7.2. Principales sistemas de información de salud y fuentes específicas de información

| Sistemas de información específicos | Principales fuentes de información |
|---|--|
| 1. Sistemas o subsistemas sobre información de la población | |
| Estadísticas demográficas y vitales | <ul style="list-style-type: none"> • Censo • Registro civil • oficina nacional estadístico • Ministerio de Salud, Servicios de Salud • Encuestas de salud y vivienda • información comunitaria • Ministerio de de economía • Ministerio de Educación • Escuelas (registros y estadística) • Investigación y centros didácticos terciarios • Agricultura y comercio • Otros sectores • Organismos y entidades estadísticas internacionales |
| Estadísticas socioeconómicas o sociales | |
| Estado de salud (auto percibido) | |
| Factores de riesgo | |
| Morbilidad (encuestas, sitios centinelas y basada en servicios) | |
| Incapacidad (encuestas y basada en servicios) | |
| Mortalidad (maternal, infantil y otra mortalidad evitable) | |
| Alimentación y nutrición | |
| 2. Sistemas de información parte de vigilancia | |
| Enfermedades transmisibles (incluida vigilancia) en la población y basadas en servicios | <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud, Servicios de Salud • Sistemas de vigilancia epidemiológicos • Encuestas de salud • Ministerio de Educación • Escuelas (registros y estadística) • Investigación y centros docentes terciarios |
| Enfermedades Crónicas no Transmisibles, salud mental y lesiones (incluida vigilancia) | |
| la Alimentación y nutrición (incluida vigilancia nutricional) | |
| Salud Materno infantil (nutrición, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo) | |
| 3. Sistemas de información de sistemas y servicios de salud | |
| Financiamiento de Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud • Sistemas y servicios de salud • Instituciones de seguro de salud • Oficinas nacionales estadísticas • Comercio e instituciones farmacéuticas • Ministerio de finanzas • Banco central |
| Recursos Humanos | |
| Infraestructura Física | |
| Tecnología Médica Específica (equipo médico, laboratorio, imagenología, anatomía patológica) | |
| Medicamentos, productos farmacéuticos; | |
| Red de atención de salud (atención primaria de salud, hospital, sistema referencia) | |
| Programas de salud nacionales (salud reproductiva, salud del niño, salud de los adolescentes, salud de senescentes) | |
| 4. Sistemas de información centrados en el paciente (basados en servicios de salud) | |
| Datos administrativos y clínicos de pacientes | <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud • Sistemas y servicios de salud • Instituciones de seguro de salud |
| Bases de datos de registros electrónicos | |
| 5. Sistemas de información de salud del ambiente (incluida vigilancia) | |
| Control de vectores (malaria, dengue, otros) | <ul style="list-style-type: none"> • Ministerios de salud y/o de ambiente • Servicios de la salud y ambiente • Las autoridades de agua y saneamiento |
| Calidad del agua | |
| Seguridad de alimentos | |
| Manejo de residuos | |

| | |
|--|--|
| Salud ocupacional | <ul style="list-style-type: none"> • Municipios • Ministerio de trabajo • Industrias • Investigación y centros didácticos terciarios • Organismos y entidades estadísticas internacionales • Encuestas de salud y vivienda • Información basada en la comunidad |
| 6. Bibliotecas virtuales y depósitos de datos | |
| Bibliotecas virtuales | <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotecas • Centros de documentación |
| Depósitos de datos | <ul style="list-style-type: none"> • Centros de investigación y enseñanza terciaria • Comunidades basadas en Internet |

Fuente: Gattini (1,2)

La preparación para el proceso de información y análisis debe balancear las expectativas de contar información y la decisión de usar determinados indicadores, con el carácter práctico del proceso y limitaciones tanto de la información como de la capacidad de análisis. Destaca tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- se utilizan distintas fuentes complementarias.
- se usan datos rutinarios de salud, condicionantes socioeconómicas y atención de salud (ya recolectados originalmente para otros fines), a nivel local y regional.
- se usa un conjunto de pocos indicadores básicos, priorizando aquellos que el propio país decidió monitorear o indicadores que alguno de los mandatos que el país haya firmado, por el contexto internacional específico, se decida monitorear.
- Pueden utilizarse datos provenientes de fuentes tales como las encuestas de hogares o encuestas nacionales de salud, desarrolladas en algunos países, incluso en series de dos o más veces de medición.
- incluye la evaluación de las fuentes, producción y calidad de los datos
- dado el carácter generalmente agregado de los datos, se apoya principalmente en comparaciones geográficas, por lo cual cabe buscar que el nivel de desagregación sea a nivel de área lo más pequeña posible.

Se requiere fortalecer la capacidad de usar y analizar información sobre la salud y los servicios de salud, así como sus condicionantes, para el efectivo uso de desarrollo de políticas y toma de decisiones en, mediante desarrollo del diseño funcional del sistema de monitoreo, capacitación, apoyo técnico, pruebas de campo y supervisión.

Por su carácter práctico y se pueda realizar en el corto plazo, se propone usar principalmente datos rutinarios, junto a fuentes oficiales de información no cuantitativa (información demográfica, socioeconómica y del contexto legal, financiero y administrativo de interés para el sector). Los datos de las encuestas domiciliarias contribuyen en forma complementaria, ya sea a nivel nacional desagregado por

grupos socioeconómicos, o a nivel subnacional en forma agregada en áreas geográficas (si la representatividad de las muestras de encuestas así lo permite).

Esto significa usar información secundaria (ya recolectada originalmente para otros fines) para usarla en indicadores que permitan la medición y comparación entre grupos p áreas de interés. El proceso propuesto se concentra en la comparación de datos agregados a diferentes niveles de agrupación geográfica o socioeconómica. Se requiere asegurar que la información sea adecuada y represente efectivamente las variables y las áreas geográficas que pretende informar y analizar. Es importante evaluar el carácter integral y la calidad de los datos.

La recolección de información depende de las fuentes escogidas. A nivel agregado de área geográfica, esta puede estar ya integrada en instituciones y autoridades de salud – a distintos niveles – o bien ser necesario recopilarla desde diversos sectores: censo, estadísticas de empleo, encuestas de hogares, educación, saneamiento, unidades de estadísticas vitales y epidemiología.

La información sobre el contexto institucional puede estar también integrada a nivel de autoridad sanitaria, bien ser necesario recopilarla desde diversas fuentes (administrativas, legales, financieras, documentales).

El flujo de información se facilita si hay claridad y criterios comunes en los indicadores, formatos de llenado (ya sean manuscritos, impresos o electrónicos), períodos cubiertos por los datos y fechas de envío al lugar de integración y análisis.

El flujo e integración se facilita cuando los sistemas rutinarios de información están bien organizados y las comunicaciones entre distintos niveles (local, regional, nacional) son expeditos, sí como cuando la información tanto de sectores público como privado son puestas a disposición de la autoridad sanitaria.

Selección de indicadores

En general, los indicadores son agrupados según las áreas temáticas que cubren y del tipo de objetivos a los cuales pretenden representar. En caso del monitoreo y evaluación, estos tienden a agruparse en indicadores de recursos, proceso, resultados, desempeño y de cobertura de uso de servicios de salud.

En el caso de la calidad global de los servicios de salud, estos tienden a agruparse en eficiencia, efectividad, equidad y humanidad de la provisión de servicios asistenciales

Existe un conjunto de criterios que cabe considerar al momento de seleccionar los indicadores más adecuados a cada tipo de monitoreo o evaluación:

- *Pertinencia* con lo que se medirá. Un indicador de alta pertinencia es aquel en que se supone hay clara relación con el factor a medir, como por ejemplo nivel de ingresos económicos y capacidad de pago por uso de servicios, que puede representar a su vez acceso económico a servicios.
- *Accesibilidad*. Disponibilidad para su acceso oportuno desde su fuente primaria.
- *Simple de ser producido y medido*. Son más simples aquellos indicadores ya producidos para otro objetivo primario, fáciles de comprender y en general obtenidos a un costo bajo relativo.
- *Validez*. La calidad de un indicador de medir efectivamente lo que se supone pretende medir, y que a su vez tiene consistencia interna con otros indicadores que miden situaciones o eventos similares.
- *Coherencia*. Los indicadores necesitan tener un significado claro respecto a la situación que se mide.

- *Confiabilidad.* Los indicadores que van a ser medidos a diferentes períodos deben tener una calidad y consistencia que vuelvan a medir lo mismo.
- *Representatividad.* Los indicadores tomados de las muestras de la población (ej. datos de encuestas domiciliarias) requieren representar adecuadamente a la población a la cual se proyectan.
- *Sensibilidad.* En el proceso de monitoreo, es importante que los indicadores puedan dar una señal clara y oportuna de que está cambiando la situación bajo monitoreo.
- *Alcance.* La situación medida es importante para ser presentado a diferentes clases de responsables de diseñar políticas y a autoridades sanitarias.
- *Ética.* Algunos indicadores podrían tener limitaciones en las variables que recogen o de los temas que informan (por ejemplo, datos confidenciales).

(Basado en recomendaciones OMS, 1997) (Ref. 4)

En consecuencia y luego de aplicados estos criterios, se espera que los indicadores seleccionados tengan algunas características básicas, entre las cuales destacan:

- Mide un área o problema definido, sobre un aspecto de un programa o proyecto que se relaciona directamente con las metas del programa.
- Tiene un definición clara y uniforme, total y en sus componentes
- Mide o refleja la realidad que dice representar (en forma directa o indirecta). Para ello miden el valor del cambio en unidades significativas que se pueden comparar con unidades pasadas y futuras.
- Puede ser simple, complejo o incluso abstracto
- Es de construcción con simpleza razonable y criterios o normas claras de desarrollo. Usualmente, se expresan como porcentajes o cifras.
- Tiene algún sentido
- Se basa en supuestos científicos u operacionales razonables
- Existen referencias o estándares contra los cuales medir
- Es útil para medir un proceso específico de toma de decisiones
- Hay antecedentes empíricos de su uso
- La información primaria es factible de obtener
- Tiene costo-beneficio entre lo que aporta y lo que cuesta recolectar y usar.

La estrategia de selección de indicadores busca incluir al menos uno que mejor refleje o mida el aspecto o dimensión que se pretende evaluar. Para mayor solidez de lo reflejado y validación interna del indicador, se podría usar algún otro complementario sobre el aspecto a evaluar.

Si bien el proceso de monitoreo busca utilizar un reducido número de indicadores de seguimiento, en el caso de la evaluación se debe tratar de seleccionar tantos como sean necesarios, factibles de recolectar y procesar y útiles para la evaluación y su análisis estadístico e interpretativo.

En el Anexo 1 Se presenta una lista de indicadores útiles para la gestión de servicios, agrupados según área temática que representan.

Referencias

1. Gattini C., OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
2. Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
3. Gattini C. (2007), Information for Decision-Making. Improving the Value and Use of Information for Decision-Making and Action in Health Systems. Office of the Caribbean Program Coordination (OCPC) PAHO/WHO Barbados
4. Rodrigues R., Gattini C. and Almeida G. (1999) Setting Up Healthcare Information Systems. A Guide for requirement Analysis, Application Specification and Procurement. PAHO/WHO Washington DC, 1999.
5. Saturno P. (2015) Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública México BID.
<https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>

8. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La investigación de servicios de salud comparte características similares a otra información científica realizada en salud pública, pero tiene diferencias debido a su enfoque operacional u operativo sobre los servicios de salud como empresas productoras de servicios asistenciales. Ello permite enmarcar las distintas fases y métodos a utilizar. También es importante destacar la necesidad de adecuada gestión de proyectos de investigación y capacidad apropiada de investigación aplicadas a servicios de salud.

Características de la investigación de servicios de salud

En las agendas sanitarias de países y bloques de integración (grupos de países), habitualmente se enfatiza la necesidad de realizar investigación en salud pública, como apoyo a la innovación y desarrollo. Un tipo de esa investigación se aplica a los servicios de salud, especialmente sobre aquellos aspectos de estructura y desempeño que es posible mejorar (o problemas por resolver), para que se puedan cumplir sus objetivos y metas, en torno a una respuesta pertinente y efectiva a las necesidades de salud de la población.

En el contexto de la investigación utilizada en la salud pública, la investigación en servicios de salud emergió más bien en la segunda mitad del siglo XX, como un tipo de investigación operacional u operativa, enfocada en la estructura y desempeño de los servicios de salud y en su entorno institucional y de la población. Ha sido un área en permanente evolución y se ha integrado paulatinamente en un campo de investigación más amplio: la investigación en sistemas y servicios de salud, lo que incluye el estudio de su contexto y las políticas sanitarias.

Se asemeja a la investigación epidemiológica en cuanto al diseño, rigurosidad científica y fases de investigación. Sin embargo, mientras la primera estudia la salud y sus condicionantes en la población (lado de la demanda), la investigación en servicios de salud se concentra en el lado institucional o de la oferta. La epidemiología estudia factores o variables sanitarias y determinantes de diverso tipo existentes principalmente en la población, con características en general escapan a la manipulación o manejo del sistema de salud. En la investigación de servicios en cambio, se estudian algunas de las variables que no son “naturales”, sino que han sido originadas por decisiones institucionales “humanas” en materias de políticas, marcos normativos, modo determinado de distribución de recursos y planeación con fijación normativa de objetivos y cumplimiento de ciertas metas.

Se pueden aplicar diversos métodos específicos de investigación en servicios de salud, ya sean de tipo cuantitativo, cualitativo o combinado. El método que se utiliza en cada investigación depende de los factores y el tema específico a investigar, el enfoque disciplinario predominante (en estudios multidisciplinarios), el grado de formalidad de la investigación, la capacidad existente para realizar investigación, el recurso y tiempo disponible para investigar, y de otros factores que enmarcan las características, esfuerzos, resultados y el aporte que se espera de cada investigación.

Existe una serie de definiciones que buscan describir sobre la naturaleza y características relevantes de la investigación de servicios de salud. Sobre esa base, es posible afirmar que la investigación de servicios de salud es el estudio científico y operacional que se concentra en la estructura, desempeño e impacto de los servicios de salud, las intervenciones que se pueden hacer en estas materias, y el contexto tanto de las políticas y sistemas de salud como de la población objetivo y sus necesidades de salud.

Entre las características más relevantes de la investigación de servicios de salud, destacan los siguientes aspectos:

- Es una investigación científica que además tiene un enfoque operacional u operativo, pues se orienta a estudiar problemas y eventuales soluciones para adecuar o mejorar en la práctica, la operación de los servicios de salud. Sin embargo, las investigaciones causales o experimentales en servicios de salud no utilizan criterios estrictos en las variables, como se usan en la epidemiología.
- Tiene un enfoque multidisciplinario, aunque haya alguna disciplina predominante que se utilice para investigar algún aspecto específico de los servicios de salud (como administración, economía, tecnología, gestión clínica, farmacia y otras).
- Puede utilizar métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos, y técnicas que pueden ser descriptivas, analíticas o evaluativas específicas, con un análisis que no solo sea estadístico, sino que también de contexto institucional y su entorno.
- Estudia los factores o determinantes que influyen sobre la estructura y desempeño de los servicios de salud. Estos factores pueden ser discrecionales o estar bajo el control de los gerentes.
- En cuanto los servicios forman parte de los sistemas de salud, también se consideran aspectos relacionados con la rectoría, gestión, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.
- En el contexto de los sistemas y servicios, también toma en consideración los factores políticos, económicos y sociales que influyen sobre las políticas y sistemas de salud.
- Su dominio de investigación es institucional (no individual, como la investigación biomédica o clínica a nivel individual al interior de los servicios).
- Cuando se refiere a impacto o relación con la población, el nivel estudiado es colectivo (lo que sucede en las poblaciones o grupos objetivos de cada servicio de salud), como es el caso cuando se estudian las necesidades o resultados de la acción de los servicios de salud.
- Incluye identificar problemas y búsqueda de potenciales soluciones a dichos problemas.
- Puede incluir intervenciones apropiadas en los servicios de salud (equivalente a estudios de intervención epidemiológica en la población, pero centrado en los servicios de salud).
- Incluye el estudio de las relaciones entre la necesidad, demanda, recursos, procesos, uso y resultados de los servicios de salud.
- Puede tener superposición con la evaluación de servicios de salud (investigación evaluativa).
- La investigación puede estudiar aspectos generales o relativamente universales de servicios de salud en un sistema nacional de salud, o bien ser acotada a aspectos específicos de su desempeño o impacto de un determinado servicio, en aspectos locales o contingentes.

De acuerdo con el tema específico de estudio, al principal enfoque disciplinar, y al método usado, las investigaciones en servicios de salud se pueden concentrar en temas como:

- El contexto social, económico y/o político de los servicios de salud;
- Las condiciones de salud que implican necesidades de salud y de atención de salud;
- El recurso físico, tecnológico, financiero y humano de los servicios;
- La disponibilidad y distribución de recursos en salud, incluyendo eficiencia distributiva y equidad;
- La estructura institucional del servicio de salud, incluyendo sus entidades y redes internas;

- La provisión de servicios asistenciales;
- La gestión de los servicios de salud (clínica, administrativa, financiera, de programas y entidades específicas) a distintos niveles asistenciales y administrativos;
- La micro o macroeconomía en salud;
- La salud y participación de la comunidad; y en
- La evaluación (investigación evaluativa).

El diseño que se utiliza en la investigación en servicios de salud tiene cierta similitud con la investigación epidemiológica y global en salud pública, pero se concentra en los distintos aspectos de los servicios de salud, lo que va a ser el foco de investigación, y utiliza un enfoque de los servicios de salud como empresas productoras de bienes y servicios, en respuesta a las necesidades de salud de la población. Los investigadores tienen que conocer el enfoque gerencial de los directivos de los servicios, y de las necesidades de contar con información y conocimiento para mejorar sus políticas y toma de decisiones.

Desde esta perspectiva de servicios como empresas productoras de servicios, la investigación debe basarse en un conocimiento adecuado del aspecto del servicio de salud a estudiar, y de lo que se espera como adecuado en cuanto a gestión, estructura y desempeño.

La capacidad de investigación nacional en investigación en servicios de salud requiere de la capacitación de investigadores y de una cultura de investigación, tanto al interior de las universidades y centros de estudios (a nivel de pregrado y postgrado) como en los propios servicios de salud y en las entidades técnico-normativas de la autoridad sanitaria nacional y de niveles subnacionales. También se requiere contar con fondos básicos y apropiados que permitan realizar investigación.

La utilidad de la investigación en servicios de salud es mayor cuando los investigadores (y quienes apoyan o han encargado la investigación) tienen cercanía de conocimiento teórico-práctico con quienes tienen que utilizar sus resultados y conclusiones para un mejoramiento de los servicios de salud.

Gestión de proyectos de investigación

El manejo o gestión de la investigación de servicios de salud depende del grado de formalidad que ésta tendrá, de la cuantía de recursos, esfuerzos y tiempos que demandará, y si esta se concentrará en responder a preguntas descriptivas, analíticas o bien involucran realizar y estudiar estrategias de intervención. Cuando la investigación involucra evaluación, la gestión del proyecto depende si las técnicas a utilizar en dicha evaluación, y si ésta va a ser interna, externa o mixta, y las técnicas cuantitativas o cualitativas que se emplearán.

Una investigación informal o semiformal puede cumplir todos los requisitos de una adecuada investigación operativa, pero ocupar solo el recurso y tiempo que ya tiene disponible (o algo adicional que no involucre mayor recurso, como aquellos estudios con esfuerzos adicionales para presentar trabajos a congresos o publicaciones), y concentrarse en aspectos específicos de un determinado servicio de salud o fuentes de información (primaria o secundaria).

Según el apoyo que cada investigación tenga, los proyectos de investigación requieren ser presentados a determinadas fuentes de financiamiento (siguiendo la modalidad y formatos que éstas en general determinan), a las autoridades que los autorizarán y a los comités de ética. Estos aspectos deben ser considerados desde el inicio del desarrollo de cada proyecto. El desarrollo de un buen proyecto a veces es bastante complejo y puede demandar bastante tiempo de preparación, sin embargo, esa parte del diseño es crucial para asegurar que la investigación se realizará de modo adecuado, oportuno y efectivo. La

capacitación en presentación de proyectos a fuentes externas puede ser crucial para asegurar en obtener financiamiento para proyectos, en desmedro de grupos que no tienen esa experiencia y competencia.

El desarrollo adecuado de proyectos requiere considerar también todos los aspectos administrativos que serán utilizados, así como el detalle de financiamiento, personal, procesos y tiempo que serán necesarios para cumplir en forma oportuna y efectiva con lo programado, en caso de que el proyecto sea aprobado.

La investigación formal en general utiliza recursos adicionales con presupuestos que pueden ser originados internamente desde los propios servicios, o bien provenir de fuentes externas (nacionales e internacionales). Un presupuesto adecuado, y sus detalles, dependen de que las actividades y recursos necesarios para cumplirlas hayan sido bien estimadas, incluyendo una proporción o ítem para eventuales imprevistos.

La investigación puede requerir de asistencia técnica o asesores a nivel nacional o internacional, lo que adquiere importancia en temas complejos relacionados con sistemas y servicios de salud, como en el caso complejo de búsqueda de estudios o intervenciones para mejorar cobertura y desempeño, resolver crisis y brechas, o realizar procesos de fortalecimiento o reformas. Es importante que la asesoría interna conozca bien las particularidades de cada servicio de salud, antes de influir con visiones o modelos externos (como ha ocurrido en algunos aspectos de las reformas sanitarias, en que se aplican visiones internacionales predominantes).

El cumplimiento del cronograma con las actividades y fechas inicialmente programadas en la investigación requiere que las distintas actividades y procedimientos de la investigación hayan sido adecuadamente planeadas.

En las propuestas de investigación que postulan a financiamientos externos a los servicios, cabe la precaución de que lo proyectado sea razonable y honesto, pues es preciso evitar la presentación de proyectos de relativo bajo presupuesto, amplios objetivos y actividades y estricto cronograma de cumplimiento, con lo cual se pueden facilitar el ganar concursos de financiamiento de proyectos, pero su cumplimiento se puede hacer muy inefectivo y e incompleto en los tiempos comprometidos.

Capacidad apropiada de investigación

La investigación en servicios de salud requiere contar con un equipo multidisciplinario capacitado en realizar las diversas fases de la investigación y además se requiere, a nivel de investigadores principales, que haya un debido conocimiento acerca de la gestión y desempeño de los servicios de salud, incluyendo la calidad esperada y los objetivos que cada servicio debe cumplir en relación a la población. La capacitación no sólo incluye al equipo investigador, sino que a todos los que participarán en el estudio en sus diversas etapas, incluyendo a quienes recolectarán información primaria o secundaria.

La capacidad de investigación nacional en investigación en servicios de salud requiere de la capacitación de investigadores y de una cultura de investigación, tanto al interior de las universidades y centros de estudios (a nivel de pregrado y postgrado) como en los propios servicios de salud y en las entidades técnico-normativas de la autoridad sanitaria nacional y de niveles subnacionales. También se requiere contar con fondos básicos y apropiados que permitan realizar capacitación, para lo cual también se puede contar con asistencia técnica para esos efectos.

La utilidad de la investigación en servicios de salud es mayor cuando los investigadores (y quienes apoyan o han encargado la investigación) tienen cercanía de conocimiento teórico-práctico con quienes tienen que utilizar sus resultados y conclusiones para una mejora de los servicios de salud.

La capacidad de investigación requiere de competencias esenciales de los investigadores, para poder cubrir los distintos contenidos y cumplir adecuadamente con las distintas fases de la investigación. Se espera que al menos el investigador principal:

- Demuestre amplio conocimiento teórico y conceptual de ISS, aplicando modelos alternativos de una variedad de disciplinas relevantes (biomedicina, ciencias económicas, epidemiología, informática, ciencias de la gestión, ciencias políticas, psicología, sociología, estadística).
- Aplique un conocimiento disciplinario profundo y habilidades relevantes para la investigación de servicios de salud. Variable dependiendo de la disciplina o área interdisciplinaria de especialización
- Aplique su conocimiento sobre las estructuras, el desempeño, la calidad, las políticas y el contexto ambiental de la salud y la atención médica para formular soluciones a los problemas de las políticas de salud (acceso y uso, financiamiento de la asistencia médica, salud, economía de la salud, política de salud, organización de cuidado de la salud, calidad de atención).
- Pueda formular preguntas de investigación de servicios de salud que sean innovadoras e importantes, informadas por revisiones sistemáticas de la literatura, necesidades de los interesados y modelos teóricos y conceptuales relevantes (método científico y teoría, revisión de literatura, desarrollo de propuestas).
- Seleccione adecuados diseños de estudio de intervención, observación o cualitativos apropiados para abordar preguntas de investigación de servicios de salud específicos (como diseño de estudio para intervenciones, diseño de estudio observacional, investigación cualitativa).
- Tenga competencia y experiencia para recopilar datos de salud primaria y atención médica obtenidos por encuesta, métodos cualitativos o mixtos (investigación de encuestas, investigación cualitativa, adquisición de datos primarios y control de calidad).
- Sepa cómo recopilar datos secundarios de fuentes públicas y privadas existentes (informática de salud, fuentes de datos de ISS, adquisición de datos secundarios y control de calidad).
- Use modelos conceptuales y medidas operacionales para especificar constructos de estudio para una pregunta de investigación de servicios de salud y desarrolle variables que midan estos constructos de forma confiable y válida (teoría de medición y métodos, construcción de variables).
- Implementa protocolos de investigación con procedimientos estandarizados que garanticen la reproducibilidad de la ciencia (gestión de investigación)
- Pueda asegurar al máximo, la conducción ética y responsable de la investigación en el diseño, implementación y diseminación de la investigación de los servicios de salud (ética de la investigación).
- Trabaje en colaboración, en equipos multidisciplinarios (trabajo en equipo) de investigación.
- Pueda usar métodos analíticos apropiados para aclarar las asociaciones entre variables y para delinear inferencias causales (métodos analíticos avanzados de ISS, estadísticas avanzadas, evaluación económica, ciencias de la decisión).
- Pueda comunicar de manera efectiva los hallazgos y las implicancias de ISS a través de múltiples modalidades para audiencias técnicas y no expertas (desarrollo de propuestas, diseminación).
- Comprenda la importancia de colaborar con otras entidades relacionadas o eventuales usuarias de la investigación, como es el caso de los comunicadores sociales, legisladores, diversas organizaciones y

comunidades. Ello para contribuir a planificar, realizar y difundir la investigación de los servicios de salud en políticas y toma de decisiones en servicios de salud.

Referencias

1. Gilson L. (2012) Part 1. Introduction to Health Policy and Systems Research, in “*A Methodology Reader. Health Policy and Systems Research*” (Ed) Gilson L. Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Geneva 2012
2. Kabir Sheikh K, Lucy Gilson L., Akua Agyepong I., Hanson K., Ssenkooba F., Bennett S. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. *PLoS Medicine* | www.plosmedicine.org 5 August 2011 | Volume 8 | Issue 8 | e1001073
3. Forrest Ch., Martin D., Holve E. and Millman A (2016) Health services research doctoral core competencies. *BMC Health Services Research* 2009, 9:107 doi:10.1186/1472-6963-9-107 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/107>
4. Viergever R.F. (2011) Reviews of WHO Documents on Health Research. Background paper. Alliance for Health Policy and Systems Research. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpaperreviewsdoc.pdf?ua=1
5. World Health Organization (2012) Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf?ua=1

9. DESARROLLO DE UNA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El proceso de investigación en servicios de salud tiene similitud con otros tipos de investigación realizados en el área de epidemiología y otras de salud pública, en cuanto a su rigurosidad científica, las fases a desarrollar y su enfoque centrado en la salud pública. Pero aplica un enfoque operativo de esos servicios, que son vistos como entidades institucionales con determinada estructura, desempeño y objetivos.

El enfoque y diseño de la investigación

El diseño que se utiliza en la investigación en servicios de salud, tiene aspectos similares a los que se realizan en la investigación epidemiológica y otras de salud pública, como la rigurosidad científica, las fases de estudio y la visión global de salud pública, pero tiene particularidades debido a que se concentra en situaciones y variables existentes en los servicios de salud, que tienen relaciones en que se incluyen aspectos administrativos que influyen sobre la gestión y desempeño de los servicios. Estas variables institucionales son discrecionales u originadas por decisiones humanas (de políticas, planificación, gestión y acción).

El diseño, con su enfoque metodológico y de objetivos, depende del aspecto específico que va a ser estudiado en los servicios de salud, en lo que va a ser el foco de investigación. Su enfoque considera los servicios de salud como empresas productoras de bienes y servicios (estudia el aspecto de la oferta de servicios) y su contexto, en respuesta a las necesidades de salud de la población. Para un adecuado diseño, los investigadores tienen que conocer el enfoque gerencial de los directivos de los servicios, y de las necesidades de contar con información y conocimiento para mejorar sus políticas y toma de decisiones.

Por ello, la investigación debe basarse en un conocimiento adecuado del aspecto del servicio de salud a estudiar, y de lo que se espera como adecuado en cuanto a gestión, estructura y desempeño. De acuerdo con lo que se busca estudiar, destacan tres tipos de investigación operativa

- Estudios de exploración diagnóstica, para conocer las características de un determinado problema que afecta la eficacia, eficiencia y calidad en funcionamiento de los servicios. Pueden ser retrospectivos o de corte transversal. Se buscan variables determinantes que puedan mejorar.
- Estudios de intervenciones de campo, en que se experimentan nuevas soluciones concretas a un determinado problema. Tienden a ser estudios prospectivos y longitudinales, de tipo experimental o cuasi-experimental.
- Estudios de evaluación de impacto (investigación evaluativa), que busca estudiar en forma retrospectiva o transversal, sobre los efectos que puede haber tenido un determinado programa. (4, INSP)

En el proceso de desarrollar investigación operativa de sistemas de salud, destacan una serie de fases entre las cuales destacan la identificación de un problema, sus posibles razones y soluciones; realizar un protocolo de investigación para probar una solución; realizar la investigación; diseminar sus resultados y actuar en base a ellos; monitorear el cambio o mejora en los servicios prestados; y considerar la posibilidad de otras formas adicionales de mejora. (4, INSP)

Los principales aspectos del desarrollo de un diseño de investigación incluyen tener en cuenta:

- Los antecedentes y el tema o problema específico que se va a investigar. Incluye identificar los aspectos específicos que obstaculizan el cumplimiento cabal de los objetivos esperados en un servicio de salud;
- El estado del arte (conceptual, metodológico y empírico) en la materia, a nivel nacional e internacional;

- Las preguntas adecuadas respecto a las restricciones o problemas que se pretende estudiar;
- El objetivo de la investigación, para responder específicamente a esas preguntas;
- La metodología y las técnicas específicas de investigación que se usarán;
- Los resultados esperados y su análisis, tanto estadísticos como en contexto;
- La discusión y las conclusiones que se espera obtener, como respuesta a las preguntas, hipótesis y objetivos de la investigación; y
- La elaboración de reportes y su audiencia objetivo (a quién irá dirigido, donde se publicará, como se difundirá, ya sea en “literatura gris” o en publicaciones formales científicas).

Respecto al problema, y al tema específico que se ha elegido de investigación, es preciso tener en debida cuenta:

- La finalidad y descripción general del tema;
- La forma en que el informe describe una imagen adecuada y sintética de la literatura al respecto;
- Cuáles son los acuerdos generales y desacuerdos en la literatura;
- La relevancia del tema;
- Se requiere evitar la duplicación de trabajos que ya se hayan realizado en el tema (se requiere investigar si la investigación misma ha sido realizada antes por otros grupos);
- Factibilidad de lograr la investigación en un tiempo razonable y con recursos posibles de obtener: la complejidad del problema y los recursos necesarios, tales como tiempo, personal, equipo y dinero localmente disponibles;
- La aceptabilidad política, social y cultural;
- La aplicabilidad de los posibles resultados y recomendaciones;
- La urgencia de obtener los datos necesarios;
- La aceptabilidad ética;
- Los principales factores que pueden afectar el problema, con un argumento convincente de que los conocimientos disponibles son insuficientes para resolverlo.

Los principales aspectos del diseño de investigación incluyen:

- Introducción con los antecedentes y el tema o problema específico que se va a investigar. Incluye identificar los aspectos específicos que obstaculizan que los objetivos esperados del servicio de salud no se puedan cumplir a cabalidad
- El estado del arte en la materia, a nivel nacional e internacional;
- Las preguntas adecuadas respecto a las restricciones o problemas que se pretende estudiar;
- El objetivo de la investigación, para responder específicamente a esas preguntas;
- La metodología que se usará;
- Los resultados esperados y su análisis, tanto estadísticos como en contexto;
- La discusión y conclusiones; y

- La elaboración de reportes y determinación de la audiencia objetivo que tendrá (a quién irá dirigido, donde se publicará, como se difundirá, ya sea en “literatura gris” o en publicaciones formales científicas).

El planteamiento del problema

El planteamiento del problema es central para orientar y justificar el estudio, del cual se espera que sea un aporte útil de conocimientos útiles a la gestión y desempeño de los servicios de salud. Además de considerar el problema mismo, es importante explicitar tanto los antecedentes y conocimientos que existen, como la falta de conocimiento en esa materia y que justifica la necesidad de contar con una investigación que aporte información y conocimiento útil. Por ello, es importante una buena documentación sobre los antecedentes existentes sobre el problema, tanto en la literatura formal como en la literatura gris y los antecedentes administrativos y clínicos existentes en los servicios de salud.

La identificación y descripción del problema permite plantear algunas preguntas que pueden ser respondidas a través de la investigación. Entre los aspectos relevantes a considerar, destacan:

- Características de magnitud, frecuencia, distribución y tendencias del problema que se identifica en un servicio de salud, con su contexto institucional o de población.
- Cuáles se consideran que son las causas institucionales o del entorno más probables que influyen en el problema, según el conocimiento existente sobre ese problema y sus posibles causas o determinantes. Ello permite plantear hipótesis sobre las causas de esos problemas, y que permitirían formular alternativas de solución, según los hallazgos y conclusiones del estudio.
- Qué avance aportaría la investigación respecto a lo existente sobre el problema, especialmente sobre evidenciar el estado del arte aplicado a una determinada realidad, o bien establecer estudios que permitan revisar la veracidad de lo que se acepta como verdadero según el estado del arte en la materia.

El planteamiento del problema, como base de la investigación, requiere un sólido argumento de que la información y conocimientos disponibles son insuficientes para conocer suficientemente el problema y sus posibles alternativas de solución. Eso también incluye la posibilidad de plantear que lo que el estado del arte sobre un determinado tema acepta como verdadero requiera de revisión y estudio, ante la alternativa de que lo afirmado sobre dicho tema no sea tan verdadero como se afirma.

Marco teórico

El marco teórico se relaciona con el planteamiento del problema, las preguntas que dicho problema permite plantear, y las respuestas que se esperan de esas preguntas. A su vez, el problema y el marco teórico aportan los argumentos para plantear las hipótesis de la investigación.

Es importante establecer las relaciones entre una determinada situación (variable dependiente) y sus factores determinantes (variables independientes), ello se facilita con el conocimiento aportado por la literatura y las explicaciones de las causas de esas situaciones. Es importante apreciar el grado de solidez y universalidad de los resultados y conclusiones que aporta la literatura. El marco teórico con la revisión de la literatura permite conocer el estado del arte, incluyendo los logros y desafíos que la literatura plantea en conceptos, métodos y experiencias respecto al tema que se ha elegido estudiar.

Frente a problemas y resultados similares publicados en la literatura, es importante tomar en consideración cuáles son los fundamentos y argumentos que se han utilizado en las preguntas y sus respuestas, así como los supuestos e hipótesis que se han utilizado

El fundamento teórico es la base que permite formular las preguntas de la investigación, así como las hipótesis y objetivos del estudio. La revisión de la literatura permite aportar los aspectos conceptuales,

metodológicos y empíricos sobre el tema, según la literatura vigente; aquellos temas más relevantes que tienen relación directa con el estudio; y los principales hallazgos de los estudios previos.

Los antecedentes del problema formulado y los argumentos provenientes del marco teórico pueden dar origen a construir modelos gráficos del sistema que se va a estudiar que sean científicos y operativos, en que se sinteticen los principales factores que influyen sobre una determinada situación y una relación entre esos factores.

Objetivos

Los objetivos, tanto el general como los específicos de la investigación, debieran reflejar el propósito del estudio, así como la búsqueda de respuesta a las principales preguntas de la investigación. Se espera que los resultados de la investigación sirvan a los gerentes, administradores y formuladores de políticas de aquella información útil para manejar y planear mejorar los servicios de salud.

Los objetivos de la investigación de servicios de salud pueden buscar:

- Estudiar los problemas que afectan a la estructura o desempeño de los servicios de salud, comparado con modelos y experiencias que hayan mostrado mejor calidad, desempeño e impacto.
- Estudiar, sugerir o explorar eventuales soluciones alternativas que sean prácticas y viables para los problemas que enfrentan los servicios de salud.
- También las investigaciones pueden probar intervenciones que pudieran ser útiles para mejorar la estructura, desempeño o impacto de los servicios de salud. También puede incluir variaciones o ampliación de esas intervenciones.
- Evaluar los recursos, calidad, desempeño o impacto de los servicios de salud

Metodología

La metodología debe contemplar el diseño del estudio, las técnicas y procedimientos que va a utilizar para alcanzar los objetivos propuestos. Existen diversos métodos específicos de investigación en servicios de salud, los que pueden utilizar métodos cuantitativos, cualitativos o combinados. El método utilizado depende de factores como el tema a investigar, el enfoque disciplinario predominante, el grado de formalidad de la investigación, la capacidad existente para realizar investigación, el recurso y tiempo disponibles, y de otros factores que enmarcan las características, esfuerzos, resultados y el aporte esperado de cada investigación.

El tipo y diseño del estudio, se debe decidir en base a los objetivos propuestos, los recursos y el tiempo disponible, así como la capacidad existente para investigar. El grupo investigador debe enunciar con claridad el tipo de estudio que realizará y una explicación detallada de su diseño.

La formalidad de la investigación varía en un rango que fluctúa entre:

- Lo informal (o semiformal) que se realiza en servicio, en un momento o período determinado;
- La investigación formal que cumple con proyectos específicos financiados y comprometidos de resultados; y
- La investigación que cumple condiciones estandarizadas para luego publicar en libros y revistas científicas de renombre.

De acuerdo con el tema específico de estudio, al principal enfoque disciplinar, y al método usado, las investigaciones en servicios de salud se pueden concentrar en temas como:

- El contexto social, económico y/o político de los servicios de salud;
- Las condiciones de salud que implican necesidades de salud y de atención de salud;
- El recurso físico, tecnológico, financiero y humano de los servicios;
- La disponibilidad y distribución de recursos en salud, incluyendo eficiencia distributiva y equidad;
- La estructura institucional del servicio de salud, incluyendo sus entidades y redes internas;
- La provisión de servicios asistenciales;
- La gestión de los servicios de salud (clínica, administrativa, financiera, de programas y entidades específicas) a distintos niveles asistenciales y administrativos;
- La economía en salud (tanto a nivel micro como meso o macro);
- La salud y participación de la comunidad;
- La evaluación (incluso puede constituir una investigación evaluativa).

La metodología debe describir con detalle la definición operacional de las variables, su tipo y las formas de medirla. Las variables deben tener una expresión o definición operacional; explicitando qué se entiende por cada variable, de qué tipo de variable se trata y cuál sería la manera de resumir sus valores.

A veces no es posible identificar una variable única directa que indique lo que se quiere medir (como “calidad de la atención” o “necesidades de atención de salud”), o bien existen demasiadas variables similares y se requiere una síntesis (como “disponibilidad del personal de salud en un determinado servicio de salud”). En esos casos, se utilizan variables de aproximación, ya sea de escoger indicadores considerados trazadores (como es el caso de la razón médicos por diez mil habitantes para expresar disponibilidad de recursos) o indicadores compuestos o sintéticos (como el índice de desarrollo humano o mortalidad infantil para expresar nivel de necesidad de atención de salud).

Se requiere plantear los criterios de inclusión y exclusión, a través de describir el universo del estudio y los procedimientos y técnicas seleccionados, el tamaño de muestra (en caso de que no aplique se debe explicar el por qué). Para muestras bien sea probabilísticas o no probabilísticas (por conveniencia o muestras propositivas), el investigador debe indicar el procedimiento y criterios utilizados y la justificación de la selección y tamaño.

En aquellas investigaciones que incluyen alguna intervención en servicios de salud, corresponde formular si el estudio es comparativo de tipo experimental, cuasiexperimental, y cómo se valoran los resultados atribuibles a la intervención. Se deberá describir la intervención tan detalladamente como sea posible, explicando las actividades en el orden que van a ocurrir.

Se debe asegurar que la descripción de la intervención explicita quién será el responsable de la intervención, dónde esta se aplicará; y qué actividades específicas de intervención de van a realizar. Aquellas investigaciones intervención que incluyen acción sobre personas requieren de revisión ética formal. Ello también ocurre en el caso de hacer entrevistas o encuestas en materias confidenciales y sensibles.

Se deben describir los procedimientos que se utilizarán (encuesta a población, entrevistas a profundidad, observación no participante, dinámica de grupos focales, análisis de contenido, etc.), cómo y cuándo los aplicará y los instrumentos que utilizará para recopilar la información (cuestionario, guía de entrevista, hoja de registro de observaciones, guía de moderador del grupo focal, guía de análisis de contenido, etc.).

Cuando se apliquen procedimientos o técnicas estandarizados o documentados en la literatura, se puede hacer una breve descripción e indicar la bibliografía donde se brindan los detalles de dichos procedimientos y técnicas. También es importante indicar los procedimientos que utilizarán para controlar aquellos factores que puedan amenazar la validez y confiabilidad de los resultados.

En los servicios de salud se puede utilizar fuentes primarias y secundarias en archivos computacionales, que permiten registrar numerosos datos individuales de tipo clínico y administrativo, y también datos agregados como indicadores.

En el caso de usar datos secundarios, se debe especificar sus fuentes, contenidos y calidad de los datos que se va a utilizar. En el caso de fuentes documentales de tipo histórico, periodístico, etc., deberá indicar también las fuentes y técnicas a utilizarse para recolectar y analizar la información. Asimismo, los instrumentos que serán utilizados, como cuestionarios, guías de entrevistas, guías del moderador, hojas de registro, etc., requieren ser puestos en anexos.

Resultados

Una presentación sistemática de los resultados y conclusiones relacionadas con los objetivos de la investigación es la parte fundamental del informe. En la medida de que la investigación haya sido adecuadamente planeada, en especial su metodología con las técnicas, fuentes y tipo de resultados esperados, entonces los resultados obtenidos debieran permitir contar con los insumos informativos esenciales que busca el estudio. En general, el detalle de los resultados detallados obtenidos, supera con creces lo que es necesario describir, analizar, y presentar en forma seleccionada y sintetizada, sobre lo esencial que se esperaba como resultados como respuesta a las preguntas e hipótesis planteadas en la investigación.

En los reportes de resultados, es importante presentar la totalidad, pero condensada del contenido que es relevante, con una redacción lógica y coherente (que permita una, y la redacción y presentación de los hallazgos (tablas, figuras y otros) debe ser clara, sintética. Ello facilita una conexión fluida entre párrafos sucesivos y secciones de los resultados; esto facilitará que luego se pueda entender de modo coherente, las conclusiones lógicas y precisas que se vayan a formular en el reporte del estudio.

La descripción de los resultados puede ser complementada por un número limitado de tablas o gráficos que resuman los hallazgos, con redacción coherente (en torno al problema y objetivos del estudio) de lo que los resultados indican. En caso de aparecer resultados no esperados de acuerdo con las preguntas e hipótesis de la investigación, es importante describirlos y luego analizar el porqué de la inconsistencia.

Discusión, conclusiones y recomendaciones

La discusión esperada requerirá incluir un análisis crítico de los materiales incluidos en el estudiado y los resultados obtenidos, en torno al aporte que se puede hacer para mejorar un servicio de salud. Puede ser posible formular una nueva hipótesis o teoría basada en los resultados obtenidos.

Dado que la investigación en servicios de salud tiene objetivos operacionales y no solo científicos descriptivos o analíticos, en la discusión sobre los hallazgos encontrados es importante considerar que hay factores determinantes o variables independientes discrecionales (no naturales) que dependen de políticas, marcos normativos y decisiones humanas (toma de decisiones) que tienen aspectos discrecionales y limitaciones de gestión y acción que es necesario tomar en debida cuenta en su debido contexto. Por ejemplo, un servicio de salud no puede realizar acciones que estén fuera del marco normativo y condiciones institucionales impuestos por la política y sistema de salud donde dicho servicio de salud

está inserto. Aún si fuese un servicio de salud que es independiente o autónomo, dependería de las condiciones del mercado.

En el planteamiento de conclusiones y recomendaciones, también es necesario revisar si es que los resultados fueron adecuados a los objetivos específicos; si los resultados y conclusiones son integrales y globales; si es que se repitiera la investigación, se esperaría que haya similares resultados y conclusiones, respecto a cada objetivo de la investigación estudio. Las conclusiones también requieren plantear cómo el estudio podría ampliarse en el futuro, y qué investigación posterior que será requerida para seguir progresando en el tema estudiado.

Referencias

1. Gilson L. (2012) Part 1. Introduction to Health Policy and Systems Research, in “*A Methodology Reader. Health Policy and Systems Research*” (Ed) Gilson L. Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Geneva 2012
2. Kabir Sheikh K, Lucy Gilson L., Akua Agyepong I., Hanson K., Ssenooba F., Bennett S. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. PLoS Medicine | www.plosmedicine.org 5 August 2011 | Volume 8 | Issue 8 | e1001073
3. Forrest Ch., Martin D., Holve E. and Millman A (2016) Health services research doctoral core competencies. BMC Health Services Research 2009, 9:107 doi:10.1186/1472-6963-9-107 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/107>
4. Instituto Nacional de Salud, Perú (2013). “Documento técnico. Manual para la elaboración de propuestas de investigación operativa en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud”. Ministerio de Salud de Perú, Lima, 2013.

GLOSARIO OPERACIONAL

| | |
|--|--|
| <i>Acceso</i> | <p>La posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita (accesibilidad) o el uso o utilización de los servicios de salud (acceso efectivo).</p> <p>Una medida de la proporción de población que contacta y recibe servicios apropiados de salud</p> |
| <i>Accesibilidad</i> | <p>La posibilidad de obtener atención de salud cuándo es necesario.</p> |
| <i>Acreditación de condiciones de eficiencia:</i> | <p>Evaluación en que se cuantifican aspectos cualitativos de condiciones de estructura o proceso de un programa o centro asistencial, en relación a un estándar definido como adecuado para permitir eficiencia.</p> |
| <i>Alerta</i> | <p>Aviso o informe de alerta o precaución sobre una situación relacionada con la salud que está bajo vigilancia de salud pública, respecto a una zona geográfica definida y población bajo seguimiento, en un punto definido de tiempo.</p> |
| <i>Atención primaria</i> | <p>Estrategia de proveer atención integral de salud</p> |
| <i>Desigualdad</i> | <p>Distribución que no es igualitaria, donde las variaciones no ocurren por azar.</p> |
| <i>Disparidad</i> | <p>Distribución que no es igualitaria, donde las variaciones no ocurren por azar.</p> |
| <i>Equidad</i> | <p>Distribución 'justa' de oportunidades del bienestar según las necesidades de las personas, y no por los privilegios sociales de cada uno (adaptación de WHO, 1996)</p> |
| <i>Equidad en la salud</i> | <p>Distribución justa de la situación de salud, en que los eventos ocurren por circunstancias de azar o naturales y no relacionadas con los diferentes e injustos privilegios sociales de las personas.</p> |
| <i>Equidad en la entrega de servicios de salud</i> | <p>Distribución de la provisión de servicios de salud de acuerdo a las diferentes necesidades de atención de salud en una población, de tal modo que aquellas personas con similares necesidades de atención de salud tienen similar uso de servicios, y aquellas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.</p> |
| <i>Equidad vertical del uso servicios</i> | <p>Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.</p> |
| <i>Equidad horizontal del uso servicios</i> | <p>Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con similares necesidades de atención de salud tienen similar uso de servicios</p> |
| <i>Equidad vertical del uso servicios</i> | <p>Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.</p> |

| | |
|---|--|
| <i>Equidad en el de cada persona a pago</i> | Distribución 'justa' del financiamiento, donde el aporte financiero <i>financiamiento de los servicios de salud</i> de |
| <i>Estándar de referencia:</i> | Patrón preestablecido como nivel deseado ante lo cual lo encontrado, que pueden ser fijado como objetivo predefinido (estándar normativo) o construidos con indicadores ya existentes previamente o en diversos lugares (estándar empírico). |
| <i>Evaluación</i> | <p>Es un proceso que intenta valorar o determinar, de un modo tan sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades de un determinado trabajo, a la luz de objetivos especificados</p> <p>Proceso mediante el cual se trata de determinar lo más sistemática y objetivamente posible la relevancia, eficacia e impacto de las actividades en vista de sus objetivos.</p> |
| <i>Evaluación de impacto:</i> | Conjunto de procedimientos y enfoques metodológicos que indican hasta qué punto el cambio observado en los resultados intermedios o finales (o el "impacto") puede atribuirse al programa. Para esto es necesario diseñar la evaluación a manera de poder estimar las diferencias en el resultado de interés si se ejecuta el programa o si no se ejecuta. |
| <i>Evaluación de procesos:</i> | Un tipo de evaluación que se centra en la ejecución de programas. Las evaluaciones de proceso usualmente se centran en un solo programa y, en su mayoría, utilizan métodos cualitativos para describir las actividades del programa y las percepciones relacionadas con éste, especialmente durante la etapa de desarrollo y la fase temprana de ejecución del programa. Estas evaluaciones también pueden incluir algunos enfoques cuantitativos, tales como encuestas sobre el nivel de satisfacción de los clientes y percepciones respecto a las necesidades y los servicios. Adicionalmente, las evaluaciones de procesos podrían ayudar a entender los contextos culturales, sociopolíticos, legales y económicos que afectan al programa. |
| <i>Igualdad</i> | Distribución de un evento, condición u oportunidades del bienestar que es igual para todas las personas o grupos de una determinada población. |
| <i>Impacto</i> | Resultados finales o efectos esperados de un programa a largo plazo. Por ejemplo, cambios en el estado de salud tales como una menor incidencia de enfermedades o un mejor estado nutricional. |
| <i>Indicadores</i> | Medidas cuantitativas o cualitativas del desempeño de los programas que se utilizan para demostrar los cambios y que describen detalladamente hasta qué punto los resultados del programa en cuestión se están alcanzando o se han alcanzado. Los indicadores se pueden medir en todos los todos los niveles: aportes, procesos, productos, resultados e impactos. |
| <i>Inequidad</i> | Distribución 'injusta' de oportunidades del bienestar según las necesidades de las personas, que es injusta y se relaciona con los privilegios sociales de cada uno. |
| <i>Investigación de servicios de salud</i> | Es una investigación científica en el campo de la salud pública que además tiene un enfoque operacional u operativo, pues se orienta a estudiar problemas y |

| | |
|---|---|
| | <p>eventuales soluciones para adecuar o mejorar en la práctica, la operación de los servicios de salud, su impacto y su entorno institucional y de la población.</p> |
| <i>Metas</i> | <p>Resultados significativos de desarrollo que contribuyen al cumplimiento de los objetivos y que proporcionan un marco general para realizar una planificación más detallada de programas específicos.</p> |
| <i>Necesidad</i> | <p>Brecha entre un estado observado y uno deseado, que es posible alcanzar (según criterios de expertos o empíricos), y que por tanto implica una carencia que podría ser satisfecha.</p> |
| <i>Necesidades de salud</i> | <p>Brechas entre un determinado nivel de salud - individual o colectivo - y uno deseado que es posible de alcanzar (según criterios de expertos o empíricos).</p> <p>Eventos y estados de salud que son evitables y susceptibles de prevención o intervención a través de factores individuales, del entorno socioeconómico o de la atención de salud.</p> |
| <i>Necesidades de atención de salud</i> | <p>Eventos o estados de salud - incluyendo vulnerabilidad, riesgo, o bien que representan brechas o carencias posibles de prevenir, resolver o paliar a través de la intervención efectiva de servicios de salud.</p> <p>Brechas entre un determinado nivel de salud - individual o colectivo - y uno deseado que es posible de alcanzar a través del rango preventivo o curativo de la atención de salud (según criterios de expertos o empíricos)</p> |
| <i>Monitoreo</i> | <p>Información de alerta temprana u oportuna para la acción</p> <p>Proceso continuo de notificación y evaluación de una situación observada, en contraste a una situación esperada (determinada por criterios de expertos, normativos o empíricos), para orientar la toma de decisiones.</p> <p>Sistemática y continua recolección y análisis de información sobre el progreso de un trabajo a través del tiempo (Goslin y Edward).</p> <p>Conocimiento periódico que busca establecer si una actividad o conjunto de actividades están ocurriendo de acuerdo a lo planeado, de modo que se puedan adoptar medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas.</p> <p>En el caso del tema del documento, el monitoreo es el conocimiento periódico que busca establecer si las políticas y estrategias asumidas pro-equidad están favoreciendo el mejoramiento del nivel de acceso a servicios básicos y su grado de equidad, de acuerdo a lo planeado, de modo que se puedan adoptar medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas. También incluye considerar políticas, estrategias y acciones con otros objetivos primarios pero que pueden tener implicancias directas o indirectas sobre el acceso y la equidad.</p> |
| <i>Monitoreo de acceso a servicios de salud</i> | <p>Es un proceso de información sistemática a través del tiempo, al servicio de quienes toman decisiones, para apoyar y orientar la adopción, mantenimiento o corrección de políticas, estrategias y actividades relacionadas con el acceso a</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>servicios básicos de salud, especialmente de los grupos más vulnerables y necesitados de la población.</p> |
| <i>Opciones de políticas</i> | <p>Las políticas y opciones de acción que se pueden ser elegir para conseguir una meta, mediante planes específicos, estrategias y acciones específicas.</p> |
| <i>Paquete de beneficios</i> | <p>Conjunto de servicios y otros aportes en dinero o de otro tipo a los cuales una persona o personas tienen derecho en virtud de cumplir con ciertos criterios.</p> <p>Intervenciones específicas de servicios de salud que son consideradas importantes y que la sociedad decide que debieran ser provistas a todos los habitantes, según requerimiento.</p> |
| <i>Procesos</i> | <p>Múltiples actividades (de planificación y ejecución) llevadas a cabo para alcanzar las metas y objetivos del programa.</p> |
| <i>Productos</i> | <p>Resultados de las actividades realizadas bajo el programa, de dos formas: el número de actividades llevadas a cabo (por ejemplo, número de proveedores de servicios capacitados) y las medidas de uso de los servicios (por ejemplo, número de anticonceptivos distribuidos).</p> |
| <i>Resultados</i> | <p>Cambios medidos a nivel de población en la población meta del programa; algunos (o todos) pueden ser el resultado de un programa o intervención dados. Los resultados se refieren a conocimientos, prácticas o comportamientos específicos de la audiencia enfocada que se relacionan inequívocamente con el programa, de los que se puede esperar de forma razonable, que cambien a corto o mediano plazo y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de largo plazo de un programa.</p> |
| <i>Protección social</i> | <p>La garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas de salud existentes.</p> |
| <i>Satisfacción de usuario:</i> | <p>Percepción del grado de satisfacción sobre la calidad de la atención recibida por un usuario.</p> |
| <i>Servicio de salud</i> | <p>Cualquier intervención o servicio que puede contribuir a mejorar la salud o al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de personas enfermas y no necesariamente atención médica o clínica. También incluye acciones de intervención colectivas o sobre las condiciones del ambiente (adaptado de Euro WHO, 1997)</p> |
| <i>Servicios básicos de salud</i> | <p>Atención de salud que es considerada esencial para lograr salud para todos y que debiera estar accesible, a un costo que el país puede abordar, con métodos que son prácticos, con sólida evidencia científica y socialmente aceptables.</p> <p>Servicios de salud del nivel básico o primario, con énfasis en prestaciones costo-efectivas para solucionar los principales problemas de necesidades de salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables.</p> |

| | |
|--|--|
| <i>Supervisión</i> | Vigilancia de procesos en curso para orientar la dirección y apoyo a alguien o una tarea hecha por alguien, conforme a planes y programas definidos. |
| <i>Utilización o uso de servicios de salud</i> | Uso de los servicios de salud (acceso real o efectivo) que hacen las personas de una población en un período determinado |
| <i>Vigilancia</i> | Observación minuciosa continua y sistemática de una situación o sucesos de interés en un entorno de personas, grupos o ambientes, dentro de una zona geográfica y período, para proporcionar alarma y acción necesaria cuando sea necesario. |

REFERENCIAS Y LECTURA SUGERIDA

- Alleyne G.O., Castillo-Salgado C., Schneider C., Mujica O., Loyola E. y Vidaurre M. 'La medición de las desigualdades en salud. Algunos ejemplos de la región de las Américas' *en Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.3-11
- Alleyne G.O. 'Equity and Health' *in Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.3-11
- Bambas A. and Casas J.A. (2001) 'Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria' *in Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.12-21
- Banco Mundial (2004) Seguimiento y Evaluación: instrumentos, métodos y enfoques.
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/240521468336082184/Seguimiento-y-evaluacion-instrumentos-metodos-y-enfoques>
- Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995a) 'Introduction' *in Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (ed) Tackling Inequalities in Health: An agenda for action*. London: Kings's Fund. Ch1: 1-9.
- Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995b) 'The Role of the NHS' *in Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (ed) Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. London: Kings's Fund. Ch. 7: 95-121.
- Braveman P. (1998) Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low and middle income countries. Paper No. 31 Geneva: WHO
- Casas J., Dachs J.N., Bambas A. (2001) 'Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants' *in Equity and Health Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p. 22-49.
- Carstairs V. and Morris R. (1991) Deprivation and Health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press.
- Dahlgren G. (2000) 'Efficient equity-oriented strategies for health'. *Bulletin of the Health Organization*. 78 (1)
- Decoster K., Appelmans A. and Hill P. (2015). A Health Systems Research mapping exercise in 26 low- and middle-income countries: Narratives from health systems researchers, policy brokers and policymakers. Background paper. Alliance for Health Policy and Systems Research.
https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpapermappingexercise.pdf?ua=1
- Di Virgilio MM y Solari R., (2012) Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012. UNICEF
https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
- Fiscella E. et al. (2000) 'Addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *JAMA* May 17, 2000. Volume 283, No 19.
- Forrest Ch., Martin D., Holve E. and Millman A (2016) Health services research doctoral core competencies *BMC Health Services Research* 2009, 9:107 doi:10.1186/1472-6963-9-107
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/107>
- Francke, P. (2002) El financiamiento de la salud en Bolivia. DGSS - Reforma de salud de Bolivia. Febrero. La Paz: DGSS

- Frankel N. y Gage A. (2009) "Fundamentos de monitoreo y evaluación. Un cursillo autodirigido". USAID, PEPFAR, Measure and Evaluation
<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/.../documen>
- Gattini C., OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.
<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
- Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145
- Gattini C. (2004) Analysing variations in needs resources and use of health care., in a health system context. A basis for monitoring equity in the National Systems of Health Services in Chile. Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy t the London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, UK. LSHTM Library.
- Gattini C. (2019) Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos" Observatorio Chileno de Salud Pública. Instituto de Salud Poblacional FM Universidad de Chile Acceso: <http://ww.ochisap.cl>
- Gattini C. (2020) Gestión de centros de nivel primario de atención. Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile. Documento docente. Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile
- Gattini C. (2007), Information for Decision-Making. Improving the Value and Use of Information for Decision-Making and Action in Health Systems. Office of the Caribbean Program Coordination PAHO/WHO Barbados
- Gosling L. and Edwards M. (1995) 'Toolkits. A Practical guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation'. Development Manual No. 5. London: Save the Children
- Green E. and Pinto M. (1999) 'Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean: Implementing Decentralization and Financing Strategies while Protecting the Poor'. Washington DC: PAHO
- Green E., Zevallos J.V. and Suárez R. (Coordinators) (2001) 'Health Systems Inequalities and Poverty in Latin America and the Caribbean. Trends and Policy Implications'. Results of PAHO/UNDP/World Bank/EquiLAC/IHEP Project Draft Report. Washington DC: HPP; PAHO
- Gwatkin D., Shea R., Kiersten J., Rohini P, and Wasgstaff Adam. (2000) Socioeconomic differences in health, nutrition and population in Bolivia. (DHS), Poverty Thematic Group of the World Bank. May 2000. WDC: World Bank
- Hart J. T. (1971) 'The inverse care law', *Lancet* 1: (696) 405-412.
- IHP, OMS (2011) "Modelo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud". OMS. Ginebra: 2011
http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf
- IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>

- Juárez S. (2010) 9. Gestión por procesos. Capítulo 9. Gestión de operaciones logísticas en el aprovisionamiento sanitario. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. En "Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria" Ed. Centro de Estudios Financieros.
<https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
- Kunst A. and Mackenbach J. (1994) Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. Discussion Paper EUR/ICP/RPD 416 Copenhague: WHO Regional Office for Europe.
- León Tellez, Ibrahim Amhed: "Sistema de monitoreo y evaluación para la gestión municipal del desarrollo local" en Revista Caribeña de Ciencias Sociales, enero 2014, en <http://caribeña.eumed.net/gestion-municipal-desarrollo-local/>
- Liss P.E. (1993) 'Health Care Need. Meaning and Measurement'. Hants: Avebury Ashgate Publishing Ltd..
- Lopez-Acuña D., Gattini C., Pinto M. and Anderson B. (2001) 'Access to and Financing of health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to reduce them', in Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau, Occasional Paper No. 8. Washington DC: PAHO p. 115-130.
- Lorenzo S., Mira J., Moracho O. (2005), Tema 3. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica Módulo 8 Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
- Miller L., Richardson P., Reynolds J. and Kak N. (1993) Monitoring and Evaluating Programmes. Geneva: Aga Khan Foundation
- Ministerio de Salud y Bienestar Social del Paraguay (1998) Indicadores Básicos de Salud Paraguay 1998 Asunción: MSPBS – OPS.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social del Paraguay (2000) Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2000 Asunción: MSPBS – OPS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Guía de monitoreo y evaluación del programa de atención integral de salud de adolescentes/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. -- 1a.ed.-- San Salvador, El Salv. : OPS, 2007.
- Murray L. y Rossi L. (2007) Guía de Monitoreo y Evaluación. Programa de Prevención del VIH/SIDA del Perú. Pact Brasil. Paulo, SP. Acceso en: www.pactbrasil.org
- Narváez R. (1998) Inequidades en el estado de Salud, acceso y uso de los servicios de salud en Bolivia. La Paz: UDAPE / OPS-OMS
- Organización Panamericana de la Salud (1995) La búsqueda de equidad. Informe Anual del Director. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Condiciones de Salud de las Américas*, Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2000) Informe Anual del Director. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) 'Extensión de la protección social en salud de las Américas. La experiencia en cuatro países. Documento Borrador del Proyecto PAHO – ASDI Febrero de 2002. Washington DC: OPS.

- PAHO (1998) Health Expenditure Database. Public Policy and Health Program, Division of Health and Human Development, Pan American Health Organization. Latest Revision: September 1998
Washington DC: PAHO
- PAHO (1999) Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. Division of Health Systems and Services Development, Washington DC
- Roberts J.L (1998) 'Terminology. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services'. EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 17 July 1998. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rodrigues RJ, Gattini CH. (2017) "National Health Information Systems and Health Observatories". In: Global Health Informatics. How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World. Marin HF, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, eds. Elsevier, London 2017 Ch.2:14-49
- Rojas A. (2014) Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene. vol.8 no.3 Santa Cruz de La Palma 2014. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008
- Salama R. (2011) Monitoring and Evaluation of Health Services. Suez canal University. Egypt.
<https://es.scribd.com/document/413262040/301226506-37851-3>
- Saturno P. (2015) Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública México BID.
<https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>
- Save the Children Fund, 2003 "Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment".
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
- Tarimo E., (1997) Essential Health Service packages: Uses abuses and future directions'. ARA Paper No. 15. Geneva: WHO
- The Global Fund (2011) Chapter Part 5. Health and Community Systems in "Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening" © 2011 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- UNICEF (1990) A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation. Making a Difference? UNICEF Website, methodologies, downloaded on 05/07/96.
- UNIFEM. 2013 How to manage Gender-Responsive Evaluation. Evaluation Handbook
<https://genderevaluation.unwomen.org/en/evaluation-handbook>
- UNIFEM. 2013 UN Women Evaluation Handbook Tools
<https://genderevaluation.unwomen.org/-/media/files/un%20women/gender%20evaluation/handbook/unwomenevaluationhandbook-tools.pdf?la=en&vs=5133>
- Vasquez-Vizozo F., Castilla J., Pollan M and López-Abente G. (1993) 'Assessment of Trends in Geographical Inequalities in Infant Mortality', Social Science and Medicine. 37; (3): 413-417.
- Viergever R.F. (2011) Reviews of WHO Documents on Health Research. Background paper. Alliance for Health Policy and Systems Research.

https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpaperreviewsdoc.pdf?ua=1

- Villalbí, M. Pasarín M. et al (2003), Evaluación de la atención primaria de salud. *Primaria de Salud de Barcelona** Aten Primaria 2003;31(6):382-5
- Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (1993) 'Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions', in Van Doorslaer E., Wagstaff A. and Franz R. (ed.) *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Commission of the European Communities HSR Series No.8. Oxford: Oxford University Press. Ch. 2: 7-19.
- Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (1999) 'Equity in the finance of health care: some international comparisons' *Journal of Health Economics*. May Issue.
- White, K. (1978). Health care organization, an epidemiological perspective. *Acta Hospitalia* 18 (3): 231-258. Reproduced in White, K. et al (ed.) (1992) *Health Services Research: An Anthology. Scientific Publication No. 534*. Washington: PAHO.
- Whitehead M. (2002) 'The concepts and principles of equity and health' WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (1996) 'Equity in health and health care, a WHO/SIDA Initiative'. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998) 'Final report on meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care. 29 September – 3 October 1997'. Geneva: WHO. Page ii
- World Health Organization (2012) Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf?ua=1
- Zárate V. (2010) Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación - *Rev Med Chile* 2010; 138 (Supl 2): 93-97

ANEXO 1. INDICADORES PARA LA GESTIÓN LOCAL DE ATENCIÓN DE SALUD

| 1 | Acceso geográfico y económico | Dato o indicador |
|------------|--------------------------------------|---|
| 1.1 | Cobertura de seguro de salud | Cobertura total de seguro de salud (Porcentaje de población) Enfermedad de cubierta de seguro (Porcentaje de población) para atención de salud integral Cobertura de seguro de salud que cubre atención primaria de salud (Porcentaje de población) Cobertura de seguro de salud que cubre atención de hospitalaria (Porcentaje de población) |
| 1.2 | Distancia | Porcentaje población destinataria que vive menos de una hora de un centro asistencial Distancia del centro (Km.) a un hospital de referencia (si no es uno) Distancia del centro (Km.) a las áreas de especialidad (si no las tiene) |
| 2 | Recursos de atención de salud | |
| 2.1 | Recursos humanos | Número de horas de médicos contratadas Número de horas de médicos generales Número de horas de médicos especialistas (por especialidad) Número de horas de dentistas Número de horas de farmacéuticos Número de horas de enfermeras Número de horas de auxiliares de enfermería Número de horas de personal administrativo Número de horas de personal de servicios generales Número de horas de médicos para atención intrahospitalaria Número de horas de médicos generales para atención intrahospitalaria Número de horas de médicos especialistas (por especialidad) para atención intrahospitalaria Número de horas de enfermera para atención intrahospitalaria Número de horas de auxiliares de enfermería para atención intrahospitalaria Horas de médicos contratadas por 1.000 habitantes Horas de médicos generales por 1.000 habitantes Horas de médicos especialistas (por especialidad) por 1.000 habitantes Horas de dentistas por 1.000 habitantes Horas de farmacéuticos por 1.000 habitantes Horas de enfermeras por 1.000 habitantes Horas de auxiliares de enfermería por 1.000 habitantes Horas de personal administrativo por 1.000 habitantes Horas de personal de servicios generales por 1.000 habitantes |
| 2.2 | Recursos físicos | |

| | | |
|-------|--|--|
| 2.2.1 | Equipamiento | Número de camas Equipo de salas de operaciones Equipo para sala de atención de parto Equipo de laboratorio clínico Equipo de rayos Equipo de sonografía Equipo de electroencefalografía Equipo de electrocardiografía Equipo de transfusiones de sangre Equipo de atención dental Equipo de rehabilitación Equipo de vacunas Equipo de alimentación Equipo de esterilización Equipo de lavandería Equipo de mantenimiento |
| 2.2.2 | Insumos médicos | Provisión de medicamentos e insumos médicos desechables Provisión de medicamentos prescritos con receta Provisión de medicamentos de venta libre (sin necesidad de receta) Provisión de insumos médicos desechables Provisión de equipo terapéutico e insumos médicos no desechables Provisión de lentes y otros productos de visión Provisión de equipos y prótesis ortopédicas Provisión de audífonos Provisión de equipo médico y no médico incluyendo sillas de ruedas Provisión de otros insumos médicos no desechables |
| 2.3 | Recursos financieros | |
| 2.3.1 | Gastos y costos | Gasto total de gasto de la prestación de atención de salud Gasto total en costos de personal Gasto total en salarios Gasto total en medicamentos y otros insumos médicos Costo unitario de consulta Costo unitario de hospitalización Costo total directo en servicios (en porcentaje) Costo total indirecto en servicios (en porcentaje) Gasto total en medicamentos por consulta Gasto total en medicamentos por hospitalización Gasto total en medicamentos por consulta Gasto total en material quirúrgico por operación quirúrgica |
| 3 | Provisión de servicios de salud | |
| 3.1 | Atención ambulatoria | |

| | | |
|------------|-------------------------------------|--|
| 3.1.1 | Provisión de servicios curativos | Consultas dentales Consultas de médicos generales Consultas de médicos especialistas Consultas y controles dentales Prescripciones por consulta Tratamiento de fisiología y fisiatría por consulta Actividades de Rehabilitación |
| 3.1.2 | Provisión de servicios preventivos | Dosis de vacunas contra tuberculosis Dosis de vacunas contra difteria Dosis de vacunas contra tétanos Dosis de vacunas contra tos ferina Dosis de vacunas contra sarampión Dosis de vacunas contra poliomielitis Dosis de vacunas contra influenza |
| 3.1.3 | Cobertura en la comunidad | Controles escolares Dosis de vacunaciones en las escuelas Dosis de campañas de vacunación masiva Consultas y controles de nutricionista Consultas y controles de enfermería Consultas y controles de matrona Servicios de cuidados de enfermería domiciliaria en crónicos |
| 3.2 | Atención intra-hospitalaria | |
| 3.1.4 | Actividades intra-hospitalarias | Egresos hospitalarios Índice de concentración Índice ocupacional Promedio de días de estada Tasa de recambio de camas Intervalo de sustitución Transferencias a cuidados intensivos por egreso Transferencias a cuidados especiales por egreso Operaciones quirúrgicas por egreso |
| 3.3 | Actividades de apoyo clínico | Laboratorio clínico Imagenología diagnóstica Transporte de paciente y rescate de emergencia Otros servicios que apoyan la atención de salud Exámenes de laboratorio por consulta Estudios de rayos X por consulta Sonografías por consulta Electroencefalografías por consulta Electrocardiografías por consulta exámenes de laboratorio por consulta |
| 3.4 | Actividades de apoyo administrativo | Computadores Existencia de red de área local de Internet Casillas electrónicas conectadas a Internet por 100 funcionarios |

Monitoreo, evaluación e investigación de servicios de salud

| | | |
|------|--|--|
| 3.5 | Servicios generales | Raciones de pacientes por día Actividades de esterilización por día Ropas lavadas (Kg.) por día Actividades de mantenimiento por día |
| 3.6 | Administración y otros servicios | Tiempo (horas) dedicadas a la gestión clínica Tiempo (horas) dedicadas a la gestión administrativa Control y supervisión (horas) Educación y capacitación del personal (horas) Investigación y desarrollo del personal (horas) |
| 4 | Información centrada en el paciente | |
| 4.1 | Identificación | Identificación del paciente Dirección Edad Sexo Nacionalidad Grupo étnico (si es relevante a nivel local) Sistema de seguro de salud |
| 4.2 | Historia clínica | Antecedentes de salud familiar y predisposición al riesgo Estilo de vida y riesgos Antecedentes de eventos de salud relevantes Antecedentes relevantes de consultas ambulatorias y hospitalizaciones Vacunas Historia de enfermedades transmisibles Historia relacionada con ginecología y reproducción Riesgos y enfermedades crónicas Problemas relacionados con la vejez |
| 4.3 | Contacto con servicios | Registros médicos Motivos de consulta Controles maternos o infantiles Controles programados de enfermedades crónicas Causas de hospitalización Operaciones quirúrgicas Radioterapia Exámenes de laboratorio Exámenes de imagenología Medicamentos y otros insumos médicos provistos Transfusiones de sangre Consultas por régimen alimentario Medicina física y procedimientos de rehabilitación |
| 4.4. | Seguros y pagos | Cobertura de seguros al momento de uso Costo de servicios prestados |

ANEXO 2. LISTA DE CHEQUEO DE CONTROL DE CALIDAD AL HACER TERMINOS DE REFERENCIA (TDR) EN PROYECTOS DE EVALUACIÓN

| | |
|----|--|
| 1 | El propósito de la evaluación es claro y realista |
| | ¿Hay una mención explícita de quién requiere los resultados de la evaluación y qué harán con ellos? |
| 2 | Se elabora el tema de la evaluación. |
| | ¿Se explican claramente los vínculos conceptuales entre la estrategia y el (los) resultado (s) previsto (s)? En el caso de una evaluación temática o de conglomerados, |
| | ¿se mencionan claramente los proyectos específicos que se deben considerar, incluidos sus cronogramas, agencias ejecutoras y presupuestos? |
| | ¿Existe una descripción clara del contexto político, económico y social externo dentro del cual se ubican el (los) programa (s) y / o proyecto (s)? |
| | ¿Hay una descripción de la contribución de la intervención al Plan estratégico de UNIFEM y los tratados de derechos de la mujer y los compromisos internacionales pertinentes? |
| 3 | El alcance de la evaluación es claro y consistente en relación con el propósito y las preguntas. |
| | ¿Es explícito el alcance de la evaluación, incluyendo el período de tiempo, las fases de implementación, el área geográfica, los parámetros con respecto al tema y los interesados que se examinan? |
| 4 | Las preguntas de evaluación abordan la contribución al desarrollo y la eficacia de la organización. |
| | ¿Las preguntas abordan la relevancia, la eficiencia y la efectividad de los programas o proyectos que se evalúan, así como la sostenibilidad de los resultados? |
| | ¿Las preguntas abordan el valor agregado de los programas y proyectos en comparación con las alternativas? |
| | ¿Las preguntas abordan la estrategia de asociación de UNFEM con los actores nacionales y su relación con la efectividad para lograr el resultado? |
| | ¿Las preguntas abordan el posicionamiento estratégico de UNFEM y su ventaja comparativa? |
| | ¿Las preguntas requieren que la evaluación proporcione información desglosada por género, etnia y otros criterios relevantes? |
| 5 | Las preguntas de evaluación deben incluir una evaluación de hasta qué punto el diseño, la implementación y el monitoreo del programa han tenido en cuenta los siguientes temas transversales: |
| | Derechos humanos de las mujeres |
| | Desarrollo de capacidades |
| | Fortalecimiento institucional |
| | Cambios en actitudes y estereotipos discriminatorios Innovación o valor agregado al desarrollo nacional |
| 6 | Los términos de referencia deberían reflejar los resultados de una evaluación de evaluación de evaluabilidad, o requerir tal evaluación antes de la definición del enfoque y la metodología de evaluación. |
| 7 | La evaluación debe ser manejable dentro de los requisitos de tiempo y la asignación presupuestaria. |
| 8 | El (los) producto (s) de la evaluación responden a las demandas de información identificadas en la declaración de propósitos |
| | ¿Describe claramente el TDR el producto o los productos y la audiencia de dicho (s) producto (s) en términos de formato, estructura y longitud? |
| | ¿Definen qué público (s) requiere qué productos? |
| | ¿Hay una estructura propuesta para el informe final que cumpla con los requisitos para los informes de evaluación en UNIFEM? |
| 9 | 9. La composición, las habilidades y la experiencia requeridas son proporcionales a la tarea. |
| | ¿Los TDR describen las habilidades, la experiencia, las calificaciones y otras competencias relevantes requeridas para las tareas descritas? |
| | ¿Existe un requisito para la independencia de los evaluadores, lo que significa que no han participado en el diseño, implementación o monitoreo de los programas o proyectos a evaluar? |
| 10 | 10. Se describen las bases legales y éticas para llevar a cabo la evaluación. |
| | ¿Están los TDR acompañados del código de conducta para llevar a cabo las evaluaciones? |

Fuente: UNIFEM (2013) Evaluation Handbook Tools

César Gattini C.
Observatorio Chileno de Salud Pública
Instituto de Salud Poblacional
Facultad de Medicina. Universidad de Chile
2020