

Planes directores

Josep Benet

PID_00206574



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción	5
1. Programa de salud / Plan director	11
2. Elaboración de un programa de salud	12
2.1. Introducción	12
2.1.1. Análisis de necesidades en salud	13
2.1.2. Aspectos prácticos	22
2.2. Objetivos y metas en salud	36
2.3. Población diana	38
2.4. Organización del trabajo	42
2.5. Actividades	48
2.5.1. Implantación del proyecto	49
2.5.2. ¿Por qué falla un proyecto?	51
2.6. Planificación de recursos	51
2.7. Evaluación	53
2.7.1. Evaluación: Quién, cómo, qué, cuándo y para qué	55
2.7.2. Organización de la evaluación	56
2.7.3. Sistema de información del programa	63
2.8. Anexos	68
Bibliografía	71

Introducción

Para empezar el módulo presente, refrescaremos algunos conceptos de planificación sanitaria para centrarnos a continuación en la materia del módulo.

La planificación es una fase de la administración, forma consciente de actuar sobre un sistema social con la finalidad de alcanzar determinados resultados. La administración se divide en dos etapas: la de “pensar”, que corresponde a las funciones de planificación y organización, y la de “hacer”, que comprende las funciones de dirección, control y evaluación. La planificación sería el proceso que, partiendo del estudio y análisis de un sistema o realidad, define fines y objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período dado.

Pueden definirse varios elementos que caracterizan el proceso de planificación:

- Sentido prospectivo: la planificación mira hacia el futuro.
- La planificación es un proceso: constituye una serie de actuaciones secuenciadas.
- Tiene un carácter continuo y dinámico: debe adaptarse a las diferentes situaciones.
- Se dirige a la consecución de unos fines definidos previamente.
- El fin último de la planificación es la acción.
- Se postula una relación causal entre las acciones propuestas y los potenciales resultados.
- Es un proceso multidisciplinar.
- Esta muy condicionada por el entorno sociopolítico.

Teniendo en cuenta estos elementos, Pineault define planificación como: Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la solución o las soluciones óptimas entre muchas alternativas. Esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro.

De otra forma, Pineault y Daveluy entienden la planificación sanitaria como: el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Esta concepción clásica tiene unas características que la definen:

- Partiendo de una situación determinada. La planificación diseña un futuro esperado, así como las vías efectivas para lograrlo.
- De forma sistemática, decide una orientación en base a la toma de decisiones. Inicialmente prioriza entre diferentes problemas, que define como los objetivos, y luego elige entre posibles actuaciones a poner en marcha para resolver cada uno de ellos.
- Totalmente asociada a la acción y al desarrollo de actividades (programas) para conseguir los cambios pretendidos.
- Se trata de un proceso continuo, dinámico, evaluable y adaptable a las modificaciones de la realidad que se vayan produciendo.
- Se trata de un proceso formal, basado en una metodología, para producir un resultado óptimo.

Esta concepción ortodoxa tiene sus problemas cuando se enfrenta a la realidad, siempre más compleja de lo que parece. Por ello se debe hacer énfasis en una planificación flexible, abierta a modificaciones y a la participación. Lo contrario supone una merma en la iniciativa de los profesionales y en la pérdida de oportunidades de mejora. Por otra parte, la planificación funciona muy bien cuando las tareas están muy estandarizadas y existe poca variabilidad, pero cuando no es así, puede ser más eficiente la “intuición” que la planificación.

Otra definición de planificación más actual (Repullo, 1998): la planificación sanitaria es un proceso especializado de la administración o gestión de organizaciones sanitarias, en el cual se exploran las oportunidades de mejora ante el futuro, se deciden qué cambios son necesarios para llevarlas a cabo, y de qué manera pueden realizarse en el marco de la organización u organizaciones implicadas y su entorno. En este contexto, aparecen nuevas características de la planificación sanitaria:

- Desde un punto de vista de la poblacional, la planificación estaría muy ligada a la eficiencia asignativa, es decir, perseguiría asignar los recursos existentes en función de las necesidades y/o preferencias sociales para obtener los máximos beneficios posibles.

- Bajo la óptica de la organización, la gestión se orientaría hacia la eficiencia productiva, es decir, buscaría el mayor rendimiento posible dados los recursos disponibles, mediante la reducción del coste de los procesos.

Por lo tanto, sea cual sea su concepción, la planificación debe entenderse como un “conjunto de métodos racionales de trabajo”, aplicables a cualquier campo de actividad, y entre ellos el sanitario.

1) Tipos de planificación sanitaria

La planificación sanitaria tiene interés y puede ser desarrollada por todas las estructuras implicadas en mejorar la salud de una comunidad, pero debe tenerse en cuenta que el enfoque puede variar según sea el nivel de la organización. Por ejemplo, el Ministerio de Salud planificará de forma más general que un equipo de atención primaria, cuya planificación tendrá un enfoque mucho más operativo y ajustado a las necesidades de la población de la que es responsable. Por lo tanto, es lógico pensar que los programas de vacunaciones sistemáticas, se hagan a nivel nacional, aunque luego se operativicen y se lleven a cabo sus acciones a nivel local. En general se entiende que la descentralización de la planificación y de la gestión supone una mayor eficiencia, ya que responden mejor a las necesidades de la población.

2) Niveles de la planificación

Ateniéndonos a esto, podemos hablar de tres tipos de planificación según el nivel de la organización en que se desarrolle:

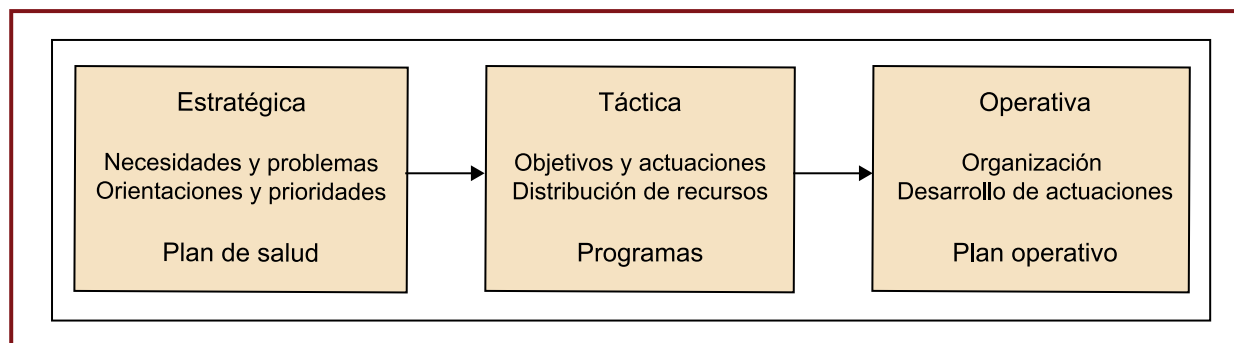
a) Planificación normativa o de política sanitaria: Hace referencia a la orientación general que debe adoptar el sector sanitario, al establecimiento de grandes metas u objetivos generales que deben cumplirse a medio y largo plazo (5-10 años). Constituye la llamada **política sanitaria**, que se articula en el nivel jerárquico más elevado de la Administración y está significativamente influida por la ideología gobernante.

b) Planificación estratégica: En este nivel se deciden las prioridades de acción (¿qué se va a hacer?) y se valoran las diferentes alternativas de abordaje en función de los elementos internos y externos de la organización. Su finalidad es alcanzar los objetivos estratégicos fundamentales para alcanzar las metas formuladas en la política sanitaria. Se articula en un documento que recibe el nombre de Plan estratégico o de forma más específica Plan de salud.

c) Planificación táctica o estructural: Puesto que en el nivel anterior ya se han decidido las posibles alternativas, en este nivel se organizan, estructuran y programan las actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados. El producto resultante de este nivel de planificación es el **programa**.

d) Planificación operativa: Un programa puede desglosarse en uno o varios proyectos relacionados, que fijan los objetivos operativos y establecen actividades concretas para conseguirlos. El producto resultante es el **proyecto**.

Figura 1. Tipos o fases de la planificación sanitaria



Fuente: Modificada de: R. Pineault; C. Doweluy (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson.

3) El plan de salud

El plan de salud recoge las grandes líneas de actuación en materia sanitaria, con un nivel de concreción variable: desde una simple declaración de intenciones hasta un detallado listado de actuaciones a desarrollar.

Operativamente, las etapas de la elaboración de un plan de salud son las siguientes:

- Identificación de problemas y necesidades de salud.
- Priorización de problemas y necesidades.
- Valoración de problemas priorizados.
- Definición de objetivos generales.
- Actividades y programas a desarrollar, con tres áreas de actuación: los problemas de salud prioritarios, la mejora de los estilos de vida y del medio ambiente y la mejora de los servicios sociales y sanitarios.
- Ejecución y organización del trabajo.
- Evaluación.

El plan constituye un marco de referencia de las actuaciones públicas en el ámbito de la salud. Dado que esta sobrepasa las atribuciones del sistema sanitario (el mayor condicionante del nivel de salud de una población no es su sistema sanitario sino su desarrollo socioeconómico) y afecta a muchos otros sectores (sociales, medioambientales, económicos, educativos, laborales, etc.), un plan

de salud ha de contemplar una estrategia de acción intersectorial, siempre con una finalidad común última, mejorar la salud de la población. Si el plan no está coordinado con otros sectores, tiene pocas posibilidades de éxito.

Un plan ha de ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población, la aparición de nuevos problemas, la disponibilidad de los recursos y la presencia de nuevas tecnologías, que permitan cambiar las estrategias de acción. Un plan de salud es la integración de programas de salud con el fin de alcanzar un objetivo global.

4) Desarrollo de nuevos instrumentos

Trabajar por objetivos de salud parece ser un buen horizonte. Pero, para pasar de un mero ejercicio retórico a la acción, es necesario dotarse de nuevos instrumentos, hacer más operativos los ya existentes y mejorar los compromisos y condiciones para alcanzarlos. En esta línea se encuentran:

- **Planes de servicios:** Procesos de planificación con la finalidad de orientar los servicios a las necesidades de salud de la población.
- **Planes directores.** En la línea de los “National Service Frameworks” (enfermedad coronaria, cáncer, curas pediátricas, salud mental, enfermedades crónicas, envejecimiento), promovidos por el National Health Service (www.nhs.uk, www.dh.gov.uk). Los planes directores pueden ser la respuesta operativa a las prioridades de la política de salud al establecer objetivos más concretos y estrategias a desarrollar en los servicios y en otros ámbitos de aplicación del plan. Establecen estándares e identifican las intervenciones clave para un problema de salud definido o un grupo de pacientes, y orientan la puesta en marcha de estrategias para la implementación y evaluación. Tienen un horizonte temporal a medio plazo. Mejoran la calidad y reducen las variaciones en la práctica clínica. Se relacionan con profesionales, proveedores y pacientes. En Cataluña se han desarrollado seis planes directores: cáncer, salud mental y adicciones, cardiopatía isquémica, inmigración, sociosanitario e investigación.
- **Contratos a proveedores.** El contrato para la compra de servicios debería llegar a ser un instrumento central para la aplicación de las políticas de salud ya que permite concretar el compromiso de los servicios en el logro de los objetivos propuestos. Una de las críticas a los planes de salud es la dificultad de traducir los objetivos de salud en los servicios.

1. Programa de salud / Plan director

En este módulo nos referiremos a ambos términos de forma indistinta, ya que generalmente la formalización de un plan director se rige bajo la metodología de elaboración de un programa de salud.

Se pueden utilizar varias definiciones de lo que es un programa de salud, aunque preferimos la que plantea Pineault por ser más didáctica: conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados para alcanzar unos objetivos determinados en una población o área definida. En cualquier caso, la esencia de la definición de programa es la conexión entre un conjunto de actividades y unos objetivos o fines que deseamos alcanzar. El programa como tal se refleja en un documento donde deben especificarse los objetivos que se pretenden conseguir, las actividades que se van a realizar, los recursos con los que se cuenta y el sistema de evaluación. La existencia de un documento escrito en el que se declaran explícitamente los objetivos, las actividades y los sistemas de evaluación facilita a todos los participantes en el mismo la discusión y el análisis del proceso de programación

Tal y como define Treserras, las funciones de los planes directores son:

- 1) Analizar las necesidades de salud y servicios de la población afectada.
- 2) Proponer áreas prioritarias de actuación en el ámbito de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- 3) Proponer medidas que garanticen la equidad de acceso en el diagnóstico y tratamiento y la coordinación de los niveles asistenciales.
- 4) Desarrollar estándares de calidad en la atención.
- 5) Impulsar medidas de mejora de la calidad de vida en las diferentes etapas del proceso asistencial de las enfermedades.
- 6) Proponer medidas de desarrollo normativo que potencien la prevención y la atención de calidad.
- 7) Definir medidas para fomentar la investigación.
- 8) Diseñar planes de actuación en el ámbito de la docencia.
- 9) Definir sistemas de información que permitan la obtención de indicadores de evaluación del progreso en el proceso asistencial.
- 10) Definir sistemas que permitan avanzar en el proceso de información de los pacientes para que esta sea rigurosa, comprensible y adaptable, y que permita la participación de los pacientes en la toma de decisiones terapéuticas.
- 11) Desarrollar todas las funciones mencionadas teniendo en cuenta la perspectiva de género.

2. Elaboración de un programa de salud

La siguiente fase de la planificación sanitaria, una vez establecida la prioridad de acción y valorados los problemas, es la realización de un programa de salud. Entendemos como tal al conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

En la elaboración de un programa de salud debe tenerse en cuenta que se trata de un instrumento para la acción. Por lo tanto, debe ser claro, conciso y concreto para una mejor implementación, pero sin perder de vista la calidad científica de su contenido.

Tradicionalmente, los programas se han clasificado en específicos (o subprogramas), que son aquellos dirigidos a solucionar un problema o necesidad concreta, o integrados, compuestos por varios programas específicos dirigidos a un grupo de población concreto. Típicamente, los planes directores contienen subprogramas o proyectos específicos sobre aspectos del problema que se trata.

Por ejemplo el plan director de enfermedades reumáticas de Cataluña incluye varios subprogramas, tales como el de atención a artrosis, osteoporosis, dolor lumbar y artritis crónicas. En la definición de programa se ha resaltado la palabra *actividades*. Ello se debe a que esta es la esencia de un programa de salud. En este sentido, se dice que un programa es integral si incluye actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Habitualmente la estructura básica de un programa de salud recoge los siguientes apartados:

- Introducción (justificación).
- Objetivos y metas en salud.
- Población diana.
- Actividades (protocolo).
- Evaluación.
- Anexos. Introducción (justificación).

2.1. Introducción

La **introducción** o justificación de un programa sanitario contempla los aspectos siguientes:

- Definición y descripción del problema de salud abordado, contexto general del mismo y características principales de la población de riesgo.

- Justificación de la puesta en marcha del programa. Deben argumentarse los motivos analizados en la fase de priorización, como son: su extensión y gravedad, las consecuencias para la salud, las consecuencias sociosanitarias, la repercusión local o la evolución del problema si no se realiza ninguna intervención sanitaria.
- Capacidad y posibilidades de intervención (vulnerabilidad): desde la perspectiva técnica y del nivel sanitario en el que se va a desarrollar el programa. Debemos incluir la identificación y el análisis de los posibles obstáculos para la intervención y destacar el nivel preventivo (primario, secundario, terciario) de la misma.

La justificación de un programa de salud se sustenta en la realización de un **análisis de necesidades de salud** de una población determinada, llevado a cabo inicialmente en las primeras etapas de planificación.

2.1.1. Análisis de necesidades en salud

Aspectos teóricos

La determinación de necesidades corresponde a la **primera etapa del proceso de planificación en salud y hace referencia a la planificación estratégica**. Junto con el establecimiento de prioridades, estas fases de la planificación permiten indicar qué es lo que se desea hacer y cómo se van a orientar las acciones para hacer frente a la problemática de salud de la población en estudio.

Según Pineault, la determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere, también, un estudio de los servicios y de los recursos disponibles. Para hacerlo, hay que desarrollar un proceso de análisis de la situación actual, que en la literatura anglosajona se denomina *assessment of needs* o *needs assessment*.

El análisis de situación es, pues, el punto de partida del proceso. Su principal objetivo es identificar a la población objeto de estudio y conocerla desde el punto de vista demográfico, medioambiental, económico, cultural y de salud, para llegar a una primera aproximación de cuáles son sus necesidades o problemas de salud. Respondería, de manera genérica, a las preguntas: ¿Cuál es el problema? ¿Cuáles son los factores condicionantes? ¿A qué población afecta? Pero, además, la recogida de datos debe permitir llegar a tener información sobre la utilización de los servicios sanitarios y disponer del inventario de recursos destinados a la salud.

Análisis de necesidades en salud. Preguntas

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuál es la magnitud y la naturaleza del problema?
- ¿Cuáles son los servicios disponibles?
- ¿Qué quieren los pacientes y la población?
- ¿Cuáles son las soluciones más apropiadas y efectivas?
- ¿Cuáles son las implicaciones para los recursos?
- ¿Cómo se van a evaluar los cambios?
- ¿Cuáles son los criterios para considerar el éxito de los cambios?

1) Problema de salud y necesidad de salud

Raynald Pineault y Carole Daveluy, en su libro *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*, presentan diferentes definiciones sobre los conceptos de problema y necesidad de salud.

Problema de salud

Estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad.

Necesidad de salud

- Deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos, que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación.
- Estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el médico.
- Perturbación de la salud y del bienestar.

La necesidad expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el estado actual o real. En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado y se mide estimando la desviación en relación con la norma. En otras palabras, una necesidad nace cuando se constata una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en un momento determinado, y esta diferencia es la que se desea reducir. Otra forma de expresar la necesidad es aquello que se requiere para mantener la salud en el estado que se considera o se corresponde con una situación deseable.

Para establecer una relación entre los conceptos de “**problema**” y “**necesidad**”, podría decirse que la necesidad es, de alguna manera, la traducción del problema en términos más operacionales. Necesidad es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud actual) se transforme en la situación deseada (el estado de salud objetivo).

2) Más sobre necesidad

Las diferentes perspectivas desde las cuales puede definirse la necesidad fueron abordadas por Bradshaw, que las clasificó en cuatro tipos, agrupados en dos categorías:

a) Necesidades determinadas por la población

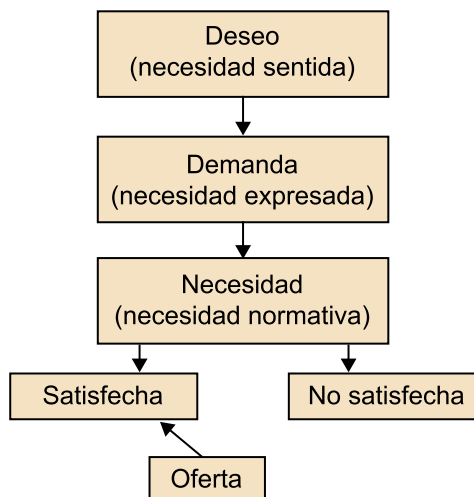
- **Necesidad sentida.** Es la que hace referencia a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o aquello que desean como servicios de salud. En otras palabras, es la respuesta de la población a la pregunta sobre qué quieren o necesitan.
- **Necesidad expresada.** Es la que representa la demanda de cuidados y de atención, es decir, la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios. La expresión de la necesidad por parte de la población se observa a través del uso o no uso de los servicios sanitarios. Hay personas que, a pesar de sentir una necesidad, no acuden a los servicios; otras no sienten la necesidad aunque la tengan; por último, hay quien siente y expresa la necesidad pero no obligatoriamente ve su demanda satisfecha o, por lo menos, de la manera que se esperaba.

b) Necesidades determinadas por otros

- **Necesidad comparativa.** Es la necesidad que un individuo o un grupo de la población debería tener dado que presenta las mismas características que otro individuo o grupo en el que se ha identificado dicha necesidad.
- **Necesidad normativa.** Es la que define el experto, el profesional, el gestor, etc. en relación con una determinada norma deseable u óptima, basada en los resultados de la investigación o de su experiencia u opinión profesional. Por tanto, quienes no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad. De acuerdo con esta definición, la necesidad refleja esencialmente el estado actual de los conocimientos y de los valores de aquellos que la determinan.

Es importante señalar que la existencia de necesidades puede concebirse, incluso, en situaciones en las que no hay problema.

Figura 2. Los diferentes aspectos de la necesidad



Fuente: Adaptado de J. Wright; R. Williams; J. R. Wilkinson (1998). "Development and importance of health needs assessment". *BMJ* (núm. 316, pág. 1310-1313).

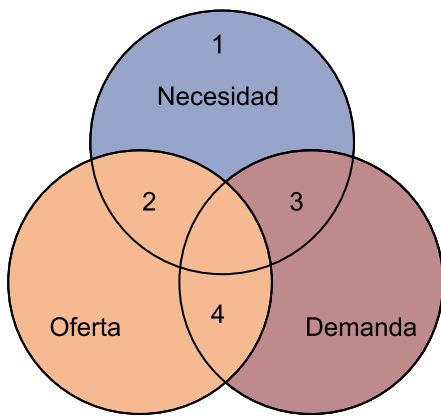
3) Necesidades en salud

La necesidad en salud fue definida por Green y Kreuter como todo aquello que se requiere para la salud o el bienestar, o una estimación de las intervenciones imprescindibles, con base en el diagnóstico del problema y en el número de personas de la población que podrían beneficiarse de dichas intervenciones.

La necesidad en salud se ha considerado, también, desde tres aspectos diferentes: necesidad, demanda y oferta.

- **Necesidad.** La necesidad en atención sanitaria se define habitualmente como la capacidad para obtener un beneficio. Cuando se van a identificar necesidades, debe haber intervenciones disponibles para poder satisfacerlas, y así, mejorar la salud. Si una intervención no es efectiva o si no hay recursos para llevarla a cabo, no se podrá obtener un beneficio en salud.
- **Demanda.** La demanda representa todo aquello que la población solicita; en salud, son las necesidades con las que se encuentran la mayoría de médicos o profesionales sanitarios. La demanda de un servicio por parte de los pacientes puede depender de las características de los mismos o del interés mediático que se tenga en dicho servicio. La demanda puede estar inducida por la oferta, y también, por las peculiaridades de la práctica médica más que por las características de la población a la que se atiende.
- **Oferta.** La oferta es la atención o los servicios sanitarios que se proveen. El tipo de oferta depende de los recursos disponibles, de los intereses de los profesionales de la salud y de las prioridades políticas.

Figura 3. Necesidad, oferta y demanda



Ejemplos:

Tratamiento de los abusos en niños

Promoción de la salud, algún cribado

Finalización del embarazo, listas de espera

Antibióticos para las infecciones víricas del tracto respiratorio superior

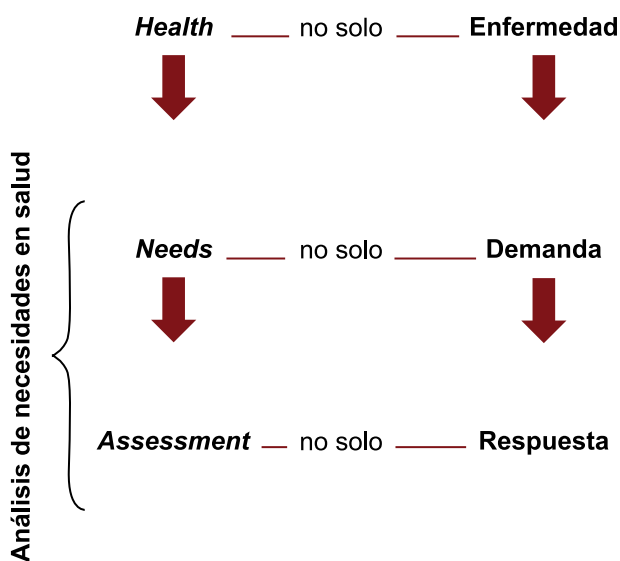
Fuente: A. Stevens; J. Raftery (1994). *Health care needs assessment. The epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Necesidad, demanda y oferta se superponen. Es pues importante tener en cuenta este solapamiento cuando se analizan y evalúan las necesidades en salud.

4) Determinación de necesidades

El proceso de planificación en salud suele abordarse desde la identificación de problemas de salud, para poder describir mejor los antecedentes y las consecuencias de los mismos. Posteriormente, se enriquece con la determinación de necesidades. Donabedian entiende este proceso como la traducción de una necesidad de salud en sus “equivalentes” de servicios y recursos sanitarios: los recursos producen servicios y los servicios permiten satisfacer la necesidad.

Figura 4. El análisis de necesidades en salud



Fuente: Adaptado de: J. Wright; R. Williams; J. R. Wilkinson (1998). “Development and importance of health needs assessment”. *BMJ* (núm. 316, pág. 1310-1313).

El análisis de necesidades puede considerarse, pues, como una nueva forma de describir y perfeccionar los procedimientos, ya conocidos y establecidos para entender las necesidades de una población, que incorpora una visión más amplia de los determinantes ambientales y sociales de la salud. Se trata de una metodología válida, basada en la evidencia científica, para planificar y adecuar los servicios de salud a las necesidades identificadas.

En otras palabras, el análisis de necesidades requiere la recogida de información para disponer de una buena definición de los problemas de salud de la población, y así proporcionar las bases para planificar las intervenciones dirigidas a mejorar dichos problemas.

El interés creciente por el análisis de necesidades tiene su origen en el progresivo aumento de los costes de los servicios de salud y la atención sanitaria, que se han visto incrementados por los avances médicos y los cambios demográficos experimentados en nuestra sociedad. Por otra parte, es conocido que los recursos sanitarios disponibles son limitados y hay una preocupación manifiesta por la equidad de acceso a los mismos. Además, la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios suele estar inversamente relacionada con las necesidades de la población (“Ley de la atención inversa”, descrita por Tudor Hart). El estudio de las necesidades en salud enfatiza la importancia de la evaluación y el análisis de las mismas frente a la reacción a la demanda.

El estudio de las necesidades de salud contempla dos fases:

- La identificación de los problemas de salud: recogida de información y medida del estado de salud actual.
- El análisis y la interpretación de los problemas de salud identificados y la definición de las necesidades de salud.

Se trata de una metodología en la que, de forma sistemática, se identifican necesidades de salud y de servicios en la población y se proponen cambios para satisfacerlas. Por tanto, no se trata solo de medir los problemas de salud sino de incorporar el beneficio de las posibles intervenciones y la importancia de su efectividad. Su desarrollo requiere la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa, tanto para obtener información original como para adaptar la ya conocida o disponible.

La utilidad del estudio de necesidades puede resumirse en los siguientes puntos:

- Indica la importancia de los problemas de salud y de los factores asociados (descripción de los patrones salud-enfermedad a diferentes niveles, por ejemplo, territoriales).

- Contribuye a identificar a los individuos que presentan un determinado problema de salud o que son susceptibles de presentarlo.
- Destaca las necesidades no satisfechas y formula objetivos dirigidos a satisfacerlas.
- Permitir evaluar la efectividad de las medidas o intervenciones aplicadas a la población para satisfacer sus necesidades.
- Ofrece información sobre las características sociales y culturales de la población (que pueden influir el desarrollo e implementación de las intervenciones y los programas de salud).
- Proporciona datos sobre los recursos sanitarios y las posibles intervenciones dirigidas a los problemas de salud identificados (ayudando a tomar decisiones de la manera más efectiva y eficiente).
- Influencia el establecimiento de prioridades políticas, de investigación y desarrollo, de colaboración intersectorial, etc.

En resumen, el ciclo de la planificación en salud tiene que iniciarse con el análisis de las necesidades y la formulación de objetivos claramente definidos. Como dicho análisis va a identificar más necesidades que las que se pueden satisfacer, habrá que definir criterios para priorizarlas e involucrar a todos los agentes comprometidos para conseguir satisfacerlas. Si estas alianzas para la implementación de intervenciones o programas no se fomentan, el análisis de necesidades no pasará de ser un ejercicio académico más o menos correcto.

5) La visión epidemiológica

Desde el punto de vista epidemiológico, el análisis de las necesidades en salud se ajusta a la forma tradicional que tiene la salud pública de definir la necesidad en relación con los problemas de salud específicos, es decir, usando estimaciones de la incidencia, la prevalencia y otras aproximaciones al impacto sobre la salud, derivadas de estudios llevados a cabo sobre la población de interés o procedentes de otros entornos. Además, se complementa con la valoración de la provisión de servicios sanitarios y de la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones. Se trata, pues, de una aproximación basada en el modelo médico de necesidad de salud que se perfecciona con la aplicación de la economía de la salud.

La metodología epidemiológica permite describir las necesidades de salud en términos de distribución de enfermedades específicas. Si bien es cierto que las medidas de frecuencia de la enfermedad (prevalencia e incidencia) no equivalen en esencia al concepto de necesidad, sí que son importantes para describir la carga de la enfermedad en la población. Por ello, los estudios existentes y los datos procedentes de fuentes de información sistemáticas y disponibles, con

todas sus limitaciones, constituyen un punto de partida muy valioso y eficiente para el análisis de necesidades en una determinada población. No obstante, hay situaciones que requieren el diseño de estudios nuevos o la elaboración de indicadores de salud con datos recogidos explícitamente para este análisis. En cualquier caso, debe disponerse de medidas que describan el estado de salud y bienestar de la población y los factores que lo determinan o influyen (determinantes de la salud).

La necesidad de atención sanitaria se ha definido previamente como la capacidad de beneficiarse de dicha atención. La valoración del beneficio que puede obtener la población incluye medidas epidemiológicas (cantidad de beneficio) y de coste-efectividad (calidad de beneficio). Es por ello por lo que el propósito del análisis de necesidades en el ámbito de la atención sanitaria es reunir y elaborar la información que se requiere con la finalidad de proponer y conseguir cambios beneficiosos para la salud de la población en un contexto de recursos limitados. Alcanzar dichos cambios solo es posible redistribuyendo los recursos que se invierten como resultado de la identificación de tres situaciones:

- Personas que no reciben las intervenciones sanitarias beneficiosas (es decir, que no tienen sus necesidades cubiertas o satisfechas).
- Personas que reciben atención sanitaria inefectiva y/o ineficiente (puesto que los recursos invertidos podrían destinarse a satisfacer necesidades de salud).
- Personas que reciben atención sanitaria inapropiada (en las que podrían obtenerse mejores resultados en salud).

Sin duda, la mejor manera de llevar a cabo este análisis requiere una buena recogida de información, la colaboración de los clínicos y una estrecha relación con el proceso de planificación en salud. Finalmente, para que sea útil en la práctica, además de los aspectos epidemiológicos y económicos, deben tenerse en cuenta los valores de los pacientes y de la población.

Rapid epidemiological assessment

La valoración o evaluación epidemiológica rápida (*rapid epidemiological assessment, REA*) es un área de investigación epidemiológica aplicada cuyo desarrollo ha proporcionado mecanismos de obtención de información o resultados fiables sobre salud de forma más rápida, sencilla y económica que utilizando metodología epidemiológica tradicional.

Los orígenes de la RAE (que recibió este nombre en 1981) hay que buscarlos en la década de 1970 cuando los científicos de la Organización Mundial de la Salud, que trabajaban en el programa de vacunaciones EPI y en el programa de erradicación de la viruela, se encontraron con dificultades y limitaciones al utilizar los instrumentos tradicionales de la epidemiología en países en vías

de desarrollo o con recursos limitados. Las limitaciones eran de tipo técnico e incluían problemas con los datos censales, la información médica y la logística que, en conjunto, contribuían a que el uso de la epidemiología convencional fuera deficitario.

Los epidemiólogos que realizaban trabajo de campo empezaron a adaptar y simplificar las técnicas de muestreo y de vigilancia epidemiológica clásicas. Además se adoptaron técnicas procedentes de la investigación en servicios sanitarios. Finalmente, el concepto de RAE incluyó cinco áreas de investigación: métodos de muestreo y encuestas para áreas pequeñas, métodos de vigilancia epidemiológica, cribado y evaluación individual del riesgo, indicadores comunitarios de salud (estado de salud y riesgo) y métodos de estudios de casos y controles para la evaluación.

La metodología RAE sigue vigente y, recientemente, se ha aplicado en el análisis y la evaluación de necesidades de salud de poblaciones afectadas por desastres naturales (el tsunami de Tailandia, el huracán Katrina en Nueva Orleans) o por conflictos bélicos.

“Los análisis de necesidades rápidos (RAE) llevados a cabo en adultos y niños 8 semanas después del tsunami de Tailandia de diciembre del 2004 y el resultado de los mismos (...) representan un avance digno de admiración en el campo de la epidemiología psiquiátrica. Los puntos fuertes de estas investigaciones incluyen la oportunidad de los estudios, el papel destacado de los investigadores tailandeses, la aplicación de métodos de muestreo rigurosos y la inclusión de indicadores de *distress* internacionales y específicos de su cultura. Estos estudios demuestran la factibilidad y el valor de la realización de RAE para orientar la planificación en salud mental después de una catástrofe”.

D. Silove; R. Bryant (2006). Rapid assessments of mental health needs after disasters. *JAMA* (núm. 296, pág. 576-8).

Una adaptación de la técnica RAE se utilizó en el estado de Gujarat, en la India, en la planificación de servicios sanitarios a nivel de distrito (planificación micro). Mediante un muestreo y encuesta rápidos se evaluaron las necesidades de servicios, los niveles de cobertura y las razones por las cuales no se satisfacían las necesidades no cubiertas en el área de la atención primaria de salud.

“La metodología propuesta para la planificación de servicios a nivel micro comprende:

- a) una encuesta rápida a una muestra de los hogares o las familias de la comunidad;
- b) el análisis de los datos obtenidos para evaluar los niveles de cobertura, las necesidades no cubiertas y sus razones, así como una valoración de su distribución en la comunidad;
- c) el diagnóstico de las causas subyacentes al funcionamiento pobre o satisfactorio de los servicios y los motivos, y una identificación de las intervenciones correctoras;
- d) la planificación de intervenciones para reducir las necesidades no satisfechas y aumentar la calidad de los servicios;
- e) la implementación de los planes, y f) la repetición de la encuesta al final del período planificado para evaluar los cambios.”

J. K. Satia; D. V. Mavalankar; B. Sharma (1993). *Micro-level planning methodology using rapid assessment for primary health care services*. Ahmedabad, India: Indian Institute of Management.

2.1.2. Aspectos prácticos

Definición operativa o de trabajo

El análisis de necesidades es un método sistemático de revisión de los problemas de salud a los que se enfrenta una población, dirigido a determinar unas prioridades y a destinar los recursos apropiados para mejorar la salud de la población (así como reducir las desigualdades).

El análisis de necesidades en salud identifica y mide el estado de salud de una población en un área determinada. Examina cómo se usan los servicios sanitarios, qué tipos de servicios se necesitan y cuál es la capacidad de la región o nación para responder a estas necesidades. Determina, también, los distintos aspectos ambientales y conductuales que influyen en la salud y el bienestar de la población de la zona en conjunto. Se trata de un proceso dinámico y estructurado que incorpora un amplio abanico de datos e información cuyo análisis tiene utilidad para varios propósitos.

El proceso de identificación y análisis de necesidades en salud

Las etapas que deben cubrirse en el proceso de identificación y análisis de las necesidades de salud de una población son las siguientes:

1) Definición del propósito y el alcance del proceso

Es importante definir de forma clara y específica el propósito y el alcance del análisis de necesidades, así como disponer de un plan concreto sobre el uso de la información. Para ello, hay que tener en cuenta: el tamaño de la población, la complejidad de los aspectos a analizar, el tipo y la disponibilidad de recursos, el acceso a la información existente y las características de los participantes en el proceso.

2) Recogida y análisis de la información

a) Recogida de información

Se requiere recoger información de cuatro ámbitos:

- **Estado de salud de la población** (o de grupos de especial interés). La selección de la información necesaria incluye datos demográficos e indicadores de salud (mortalidad infantil, esperanza de vida, prevalencia de discapacidades, percepción del estado de salud, etc.) para caracterizar a la población.
- **Determinantes de salud.** El conocimiento de los determinantes de la salud proporciona una base para el diseño de estrategias de mejora de la salud poblacional. Los ingresos económicos y la clase social se consideran

los determinantes de salud más importantes. Hay que tener en cuenta, también, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el medio ambiente, los estilos de vida, la carga genética, el entorno social y los servicios sanitarios, entre otros. Sin embargo, conviene recordar que la mayoría de determinantes de salud están fuera del control o la influencia de los servicios sanitarios.

- **Programas y servicios de salud.** En este ámbito son útiles los indicadores clásicos de estructura (número de profesionales de salud, número de camas, tipos de centros, etc.), proceso (descripción de la actividad desarrollada como, por ejemplo, la proporción de visitas a los servicios de urgencia) y resultado (tanto en el sentido de resultado de los servicios –tasa de reingresos, coberturas vacunales–, como de cambio en el estado de salud de la población atribuible a la labor de dichos servicios –disminución de la incidencia de enfermedades vacunables).
- **Otras informaciones:** capacidad y desarrollo económico, áreas de investigación, políticas gubernamentales, etc. Conviene revisar la información sanitaria existente para poder determinar si se necesita información adicional. La recogida de nuevos datos requiere la utilización de la metodología correspondiente según la naturaleza de los mismos (por ejemplo: grupos focales, encuestas, etc. para datos subjetivos y análisis de registros para datos objetivos). En cualquier caso, debe tratarse de un proceso ágil y rápido, de bajo coste y basado en la realidad. De ahí la importancia de la utilización de información ya existente.

Además de las fuentes de información tradicionales que proporcionan elementos útiles para la planificación del análisis de necesidades en salud de la población de un territorio, conviene tener en cuenta siempre que sea posible la experiencia de otras zonas o regiones con características y necesidades similares. Por otra parte, las consultas con los expertos son recursos informativos que hay que tener siempre presentes puesto que hay informaciones (como, por ejemplo, las que recoge la literatura gris) que solo ellos pueden hacerlas accesibles. Por último, las tecnologías de la información y la comunicación permiten consultar cantidades ingentes de documentos y trabajos realizados por universidades, centros de investigación, gobiernos, organizaciones nacionales e internacionales, etc., o disponer de revisiones de la literatura científica en áreas de especial interés.

b) Elaboración de la información

El objetivo es llegar a obtener un perfil de la población con sus características, estado de salud, recursos sanitarios disponibles y percepción de los mismos por parte de dicha población. En otras palabras, la descripción de la población

debe hacerse desde tres dimensiones: la de las personas que la integran, la del espacio geográfico y político que ocupa, y la del sistema social que forma. El perfil tiene que incorporar, al menos, los ámbitos siguientes:

- **Demografía e información socioeconómica.** Incluye la descripción de la población, con datos poblacionales (número de habitantes por edad/grupo etario, sexo, estado civil, etc.), información económica (renta familiar media, producto interior bruto, coste de la vida, etc.), actividad económica (distribución del tipo de actividades, tasa de desempleo, etc.), nivel educativo y tasa de alfabetización, datos sobre vivienda (tipo, prestaciones, etc.) y otros.
- **Estado de salud.** En este apartado se recogen los datos estadísticos que describen el estado de salud y ayudan a identificar los problemas de salud que la población puede presentar: tasas de mortalidad (número de muertes por 1.000 o 100.000 habitantes, en general o por una causa específica, en un período de tiempo determinado), tasas de morbilidad (número de casos de una enfermedad o de hospitalización por unidad de habitantes y por año), esperanza de vida al nacer y a determinadas edades, percepción del estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud, etc.
- **Recursos sanitarios.** En esta parte se comentan los aspectos referentes a los servicios y programas de salud disponibles. También debe incluirse información sobre recursos relacionados con la salud y el bienestar (sociosanitarios, sociales, etc.).

3) Identificación de las necesidades y prioridades en salud

Esta es la fase del proceso en la que se analizan e interpretan los datos y la información recogida, utilizando metodologías cuantitativa y cualitativa. El objetivo es señalar elementos comunes, combinar datos, interpretar la información y sintetizarla para finalizar en una lista con las necesidades de salud identificadas.

a) Análisis cuantitativo

Requiere revisar las estadísticas de salud elaboradas por organismos locales, regionales, estatales o internacionales y analizar los datos. Para el análisis se emplean diferentes métodos en función del tipo y la calidad de los datos, desde las comparaciones simples de datos descriptivos hasta la estadística inferencial más sofisticada. Es aconsejable trabajar con la ayuda de expertos en el área para valorar la información y comprender bien las limitaciones de la misma a la hora de utilizar los resultados y poder determinar la validez y la importancia de las necesidades.

A continuación se presentan algunas de las preguntas que se pueden llegar a responder con la metodología cuantitativa:

- ¿Cuáles son las necesidades o problemas de salud que se identifican más frecuentemente en diferentes fuentes de información?
- ¿Cuáles son las causas principales de muerte o discapacidad por cada grupo de edad, sexo, zona geográfica o área de interés? ¿Se observan tendencias temporales?
- ¿Cuáles son las enfermedades y los tipos de lesiones más comunes?
- ¿Cuáles son los motivos más habituales de hospitalización?
- ¿Cuáles son las razones por las cuales los pacientes acuden a los servicios médicos o a los de urgencia?

b) Análisis cualitativo

Esta parte del análisis consiste en la aplicación de diversas metodologías para obtener información de la población: encuestas poblacionales (también pueden proporcionar datos cuantitativos o susceptibles de ser analizados cuantitativamente), grupos focales, discusión con profesionales alrededor de ciertos datos para recoger sus comentarios u observaciones, etc. En cualquier caso, en el proceso de análisis deben tenerse en cuenta los valores, la experiencia o las posibilidades de la población cuyas necesidades se analizan.

Ejemplos del tipo de preguntas que pueden responderse con este abordaje:

- ¿Cuáles son los problemas de salud y de servicios que preocupan a la población? ¿Coinciden con los identificados por los expertos, los profesionales sanitarios y los proveedores de servicios? ¿Por qué se producen las diferencias?
- ¿Cómo puede mejorarse el estado de salud?
- ¿Cuáles son los puntos clave para prevenir la enfermedad y promocionar la salud y el bienestar?
- ¿Hay algún aspecto en el que la población deba tomar un papel destacado?
- ¿Cuáles son las estrategias de intervención que se están aplicando?
- ¿Cuáles son las que proporcionan buenos resultados? ¿Por qué?

El propósito de este estudio fue determinar las necesidades de atención sanitaria de la zona rural de Ohio desde la perspectiva de los proveedores de servicios de salud y de los usuarios utilizando una metodología en dos etapas. En la primera etapa, se diseñaron doce grupos focales en seis áreas rurales: seis grupos de usuarios y seis de proveedores. Un total de 53 usuarios y de 53 proveedores participaron en las sesiones. Los participantes identificaron 124 problemas de atención sanitaria. En la segunda etapa, se desarrolló un cuestionario para determinar la importancia de los problemas identificados por los grupos focales. El cuestionario se envió a todos los participantes en las sesiones de los grupos focales y a todas las personas que habían sido invitadas a participar en ellas pero no pudieron acudir. A todos ellos se les solicitó que consideraran la importancia de cada problema en su comunidad y la valoraran en una escala de 11 puntos (0 = no importante, 10 = muy importante). Se recibió un total de 207 (56,9%) cuestionarios útiles. Se calcularon medias (+DS) para cada aspecto o problema y los más importantes resultaron ser (1) aquellos relacionados con el financiamiento y el coste de los servicios y los seguros de salud, y (2) aquellos asociados con las características y los comportamientos o conductas de la población rural. La metodología en dos etapas proporciona un mecanismo para identificar las preocupaciones de proveedores y usuarios y, a la vez, permite incorporar estas perspectivas en la planificación y desarrollo de estrategias para tratar cuestiones alrededor de la atención sanitaria en el mundo rural.

Referencia bibliográfica

S. W. Birdwell; H. Calesari (1996). "Identifying health needs of rural Ohio citizens: an evaluation of a two-stage methodology". *J Rural Health* (núm. 12, pág. 130-6).

c) Establecimiento de prioridades

El proceso de determinación de prioridades es siempre complejo y requiere la colaboración de todos los actores implicados en el análisis de necesidades en salud. No existe un método de priorización que sea superior o mejor aceptado que otro, pero sea cual sea el elegido, debe contemplar la valoración del problema o necesidad conjuntamente con la intervención, programa, servicio o iniciativa dirigidos a solucionar o mejorar dicha necesidad.

c.1) Priorización de problemas

Los pasos en el establecimiento de prioridades son:

Una vez elaborado el listado de problemas, se hace necesario establecer una priorización, ya que el abordaje simultáneo de todos no es posible en la práctica y está claramente condicionado por la limitación de los recursos. En definitiva, priorizar significa situar los problemas detectados de acuerdo con el orden por el que pensamos que deben ser abordados.

Como parte del proceso de priorización, debemos explorar las alternativas de intervención, ya que no tiene sentido abordar un problema si no se dispone de ninguna solución para el mismo. Por ello, además de la importancia del problema, debemos considerar la eficacia de la intervención (capacidad demostrada de producir el efecto deseado) y la factibilidad de la misma (legal, ética, política, económica, sociocultural y organizacional), teniendo en cuenta la población a la que va dirigida y el nivel de prevención al que afecta. Una buena revisión bibliográfica puede facilitarnos la decisión sobre la capacidad de intervención y las posibles estrategias. La priorización tiene como escollo fundamental la subjetividad, ya que, por más "técnicamente" que la hagamos (utilizando los métodos que veremos más adelante), al final será inexcusable la realización de juicios de valor en la toma de decisiones. Es por ello por lo que

en el proceso de priorización deben ser tenidas en cuenta no solo las opiniones de los representantes de la administración sanitaria, sino las de los profesionales sanitarios y los usuarios.

El proceso de determinación de prioridades comprende tres etapas fundamentales:

- El cribado previo de problemas. Si el listado de problemas de salud identificados es muy amplio, se debe realizar una preselección de los mismos, dejándolos reducidos a no más de 10 o 15. Dicha preselección se hará en base a la importancia que los miembros del grupo conceden a cada uno de los problemas. Cierta modo supone la adopción de un método).
- La aplicación de los criterios a cada problema, para establecer, finalmente, un orden de intervención. Cada método de priorización utiliza diversos criterios.
- Simplificando, podemos clasificarlos en dos tipos básicos:
 - La importancia del problema, que puede venir dada por su extensión o magnitud (prevalencia, incidencia), gravedad (letalidad, mortalidad, disminución de calidad de vida, etc.), repercusión social (alarma, actualidad, demanda) y/o evolución del problema.
 - La capacidad de intervención, en base a la vulnerabilidad del problema (eficacia y eficiencia de la intervención) y la factibilidad de la intervención (disponibilidad de recursos, aceptación de la misma por la población, etc.).

En la medida en que la importancia de un problema sea elevada y exista una buena capacidad de intervención, debe ser prioritario el abordaje del mismo a través de programas de salud. Si la capacidad de intervención es baja, aunque el problema sea importante, las prioridades deben dirigirse especialmente a la investigación, con el fin de poder mejorar la capacidad de intervención.

Aunque pueda parecer sencillo, en realidad, el establecimiento de prioridades es un proceso complejo, que suele ser fuente de discusiones entre los distintos agentes implicados, por distintos motivos: diferencias de criterio e intereses, dificultad en la comparabilidad entre los diferentes problemas, escalas de valoración utilizadas, etc. Por ello, aunque no existe ningún método de priorización infalible, es recomendable la utilización, aislada o combinada, de procedimientos y técnicas específicas, que contribuyan a mejorar el grado de objetividad.

c.2) Métodos de priorización

Existen unos métodos generales de priorización, como la “comparación por pares”, la “ponderación”, la “asignación directa” o la “clasificación por orden de importancia” (*pooled rank*), que por premura de espacio solo mencionaremos; y otros específicos, desarrollados especialmente para la planificación sanitaria, que se exponen a continuación:

El método Hanlon

Es uno de los métodos más utilizados en priorización, ya que es flexible y cada componente puede “objetivarse” sin dificultad. Este método basa la priorización de los problemas en cuatro aspectos:

- La gravedad o severidad del problema (G), que se establece entre 0 y 10 puntos.
- La magnitud o extensión (M), que también se valora en una escala de 0 a 10, según el número de personas a las que afecte.
- La eficacia de la intervención (E), que se puntúa entre 0,5 y 1,5.
- La factibilidad del programa (F). Que toma valor 1 o 0 según se considere así o no. Este criterio se descompone para su análisis en cinco factores, que son pertinencia, aceptabilidad, factibilidad económica, disposición de recursos y legalidad.

La puntuación viene dada por la fórmula: $(G + M) \times E \times F$

El método CENDES/OPS

Este método, desarrollado entre 1961 y 1962 por la Universidad Central de Venezuela en colaboración con la OPS, para la formulación de planes de salud, basa la fijación de prioridades en cuatro dimensiones: magnitud (M) (extensión), trascendencia (T) (gravedad), vulnerabilidad (V) y relación coste/efectividad (CE). Resultando la puntuación final de la fórmula:

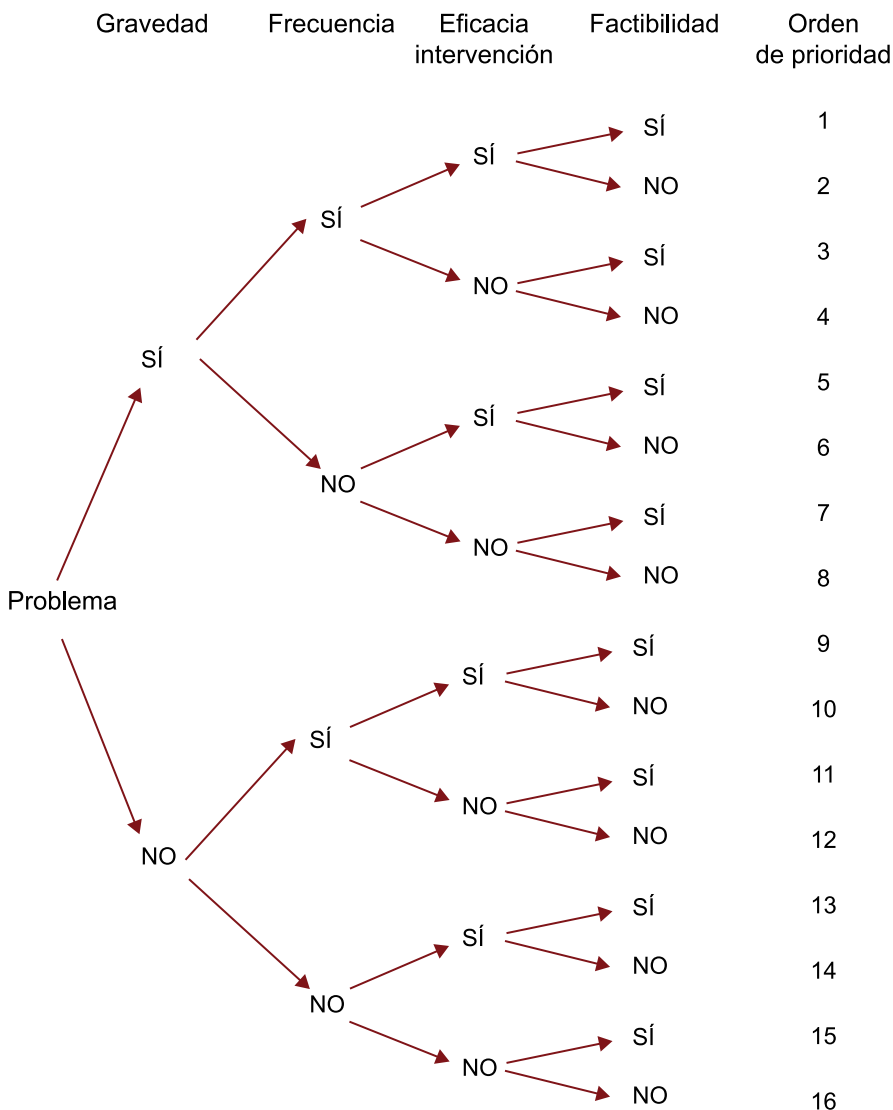
$$M \times T \times V/CE$$

Parrilla de análisis

A diferencia de los métodos anteriores, la parrilla de análisis no se traduce en una expresión matemática, sino en una representación gráfica. Los criterios valorados pueden variar en función del estudio. Cada problema es analizado secuencialmente, aplicando los criterios por orden de importancia (el que se considere más importante se aplica en primer lugar) y de forma dicotómica (sí o no).

Suponiendo que los criterios elegidos son: gravedad, frecuencia, eficacia de la intervención y factibilidad:

Figura 5



Método DARE (decision alternative rational evaluation)

Lo más reseñable de este método de priorización es que a los criterios elegidos, que pueden ser diferentes en cada problema a analizar, se les asigna un peso específico; por ejemplo, se puede considerar el doble de importante la gravedad que la extensión del problema y, a su vez, esta última, el doble que el coste de la intervención, por tanto, a la hora de hacer la suma, se multiplicará la gravedad por 4, la extensión por 2 y el coste por 1. Esa misma peculiaridad lo hace más complejo, ya que se hace preciso consensuar previamente el peso específico de cada criterio, en base a la media del valor que le otorga cada uno de los participantes.

A cada alternativa o problema a priorizar se le aplicará la siguiente fórmula:

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = A$$

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = B$$

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = C$$

C1 = puntuación al criterio 1, en cada alternativa valorada.

P1 = peso relativo del criterio 1, respecto al resto de criterios.

A, B, C = puntuación final de cada alternativa.

Tanto este método, como los dos siguientes, pueden aplicarse no solo a la priorización de problemas, sino a la de las posibles intervenciones para solucionarlos.

El método de ponderación de criterios (*criteria weighting method*) de Blum

Es similar al anterior, calculándose para cada problema su “nivel de significación” (suma de los productos de los valores de cada criterio por su peso específico, dividido entre el número de criterios). La fórmula resultante es:

$$N_{sa} = \frac{P1Sa1 + P2Sa2 \dots PnSan}{n}$$

N_{sa} = nivel de significación del problema A.

P1 = peso relativo del criterio 1, respecto al resto de criterios.

Sa1 = valor del criterio 1 para el problema A.

Se proponen cuatro categorías de criterios:

- Tecnológicos (recursos, factibilidad tecnológica...).
- Sanitarios (evolución espontánea del problema, mortalidad, morbilidad, duración del problema, dolor, etc.).
- Sociales (legalidad, equidad, eficiencia, aceptabilidad, productividad, factibilidad política, etc.).
- Administrativos (conformidad, implicación, imagen del proceso). Para cada uno se recomienda un peso y una escala de medida específica.

El método simplex

Se caracteriza por enunciar los criterios en forma de preguntas cerradas de opción única, en las que cada respuesta tiene un valor asignado de antemano. Los criterios empleados se categorizan siguiendo la clasificación del método anterior. Cabe la posibilidad, al igual que en los métodos de Blum y DARE, de ponderar los criterios.

Método GEVER

En nuestro país, J. C. Abanades, A. Prieto, V. Casado y, L. García, en la “Documentación de apoyo para la Planificación de Programas” de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, propusieron un sencillo método de priorización que valoraba cinco criterios: gravedad (G), extensión (E), vulnerabilidad (V), tendencia o evolución en el tiempo (E) y repercusión local (R). Cada criterio se valora de 0 a 10 puntos, siendo la puntuación final la suma de todos ellos (no existe ponderación).

La gravedad puede ser medida mediante la tasa de letalidad, las complicaciones y secuelas, los años de vida perdidos o la calidad de vida. La fuente de información posible, además de la propia experiencia, son los libros de clínica. Para baremar la gravedad, los autores sugieren una parrilla de análisis.

La extensión o magnitud del problema hace referencia al número de personas que lo padecen, siendo buenos indicadores de ello la morbilidad (tasas de incidencia o prevalencia) y la mortalidad (mezcla información sobre extensión y gravedad). Los datos pueden extraerse de registros propios o de la literatura médica.

Al analizar la vulnerabilidad del problema, se tiene en cuenta si es posible su prevención o solamente su curación/rehabilitación y la capacidad del nivel de atención donde se planifica. Su documentación exige la revisión de la literatura médica y los estudios coste-efectividad relacionados.

La repercusión local se refiere al grado de preocupación de la población por el problema. Puede obtenerse información mediante consulta al consejo de salud, encuestas y técnicas de consenso (informadores-clave). Por último, la tendencia en el tiempo valora la evolución del problema (de su extensión y/o gravedad) si no se interviene de ninguna manera. Las estadísticas sanitarias, la literatura médica y la experiencia nos ayudarán a hacer las oportunas proyecciones y a construir posibles escenarios.

Aunque no pueden considerarse como métodos de priorización, algunos indicadores sintéticos de salud, como el índice Q o la esperanza de vida en buena salud (EVBS), pueden darnos una primera aproximación a las prioridades.

Una vez establecido el orden de prioridad, antes de pasar a su valoración en profundidad, debemos estudiar las posibilidades de agrupación en programas multifactoriales (por ejemplo, “prevención de enfermedades cardiovasculares”) o integrados (por ejemplo, “programa de la mujer”). La efectividad de este tipo de programas es claramente superior a la de los programas específicos o subprogramas, aunque también es más difícil desarrollarlo y ponerlo en marcha.

c.3) Valoración de un problema

La valoración del problema es el análisis de determinados aspectos relacionados con él, que nos permite preparar fácilmente los distintos apartados del programa de salud. Haciendo un símil con el proceso de investigación, la valoración sería la fase de reflexión en la que uno se documenta y prepara el protocolo.

Los componentes del problema que suelen ser analizados son: factores condicionantes del problema, consecuencias para la salud, consecuencias sociosanitarias y actitudes observadas en la población.

Los **factores condicionantes** o signos de riesgo son aquellos que originan un problema de salud o ayudan a mantenerlo como tal. Pueden dividirse en tres tipos, según Jenicek:

- Factores de riesgo: variables de naturaleza endógena o exógena, que pueden ser controlados de algún modo. Es el caso de factores como obesidad, consumo de tabaco, insuficiente formación de los profesionales sanitarios, falta de equipamiento, etc.
- Marcadores de riesgo: factores personales (edad, sexo,...) o ambientales (clase social, trabajo,...), que no pueden, en la práctica, ser cambiados al estadio preclínico y clínico a la vez. Marca la frontera a partir de la cual podemos considerar a una persona incluida dentro del grupo de enfermos.

Los factores condicionantes se obtienen de la revisión bibliográfica y de la observación del medio en el que nos movemos. Siempre que sea factible (en la práctica solo en contadas ocasiones) debe intentarse la cuantificación de su efecto, calculando el riesgo atribuible del factor, ya que así podremos estimar el posible resultado de nuestra intervención. (Si el 80% del riesgo de cáncer de pulmón es atribuible al tabaco, puedo saber que, reduciendo a la mitad la población fumadora, podría conseguir una reducción del 40% de la incidencia de cáncer.)

El análisis de los factores condicionantes nos permite obtener información útil para:

- Definir la población diana del programa: factores y marcadores de riesgo nos indicarán las personas en las que la frecuencia del problema será mayor y, por tanto, deberemos dirigir allí nuestros esfuerzos.
- Establecer las metas en salud: los resultados esperados dependerán, entre otros, del riesgo atribuible de los factores.
- Diseñar el contenido de distintas actividades: los signos precursores nos ayudarán en la captación de los individuos enfermos; los factores de riesgo nos dirán dónde hay que insistir en la educación sanitaria.

Por **consecuencias para la salud** entendemos las repercusiones que puede originar el problema en el estado de salud de los individuos afectados. Según la enfermedad de la cual se trate, las consecuencias pueden expresarse en términos de morbilidad (por ejemplo, la gripe, enfermedad muy frecuente), mortalidad (enfermedades cardiovasculares), disminución de esperanza de vida (cáncer de mama), invalideces (accidentes de tráfico), complicaciones (hipertensión arterial), riesgo de padecer otros procesos (obesidad) y/o disminución de calidad de vida (diabetes).

El análisis de las consecuencias para la salud nos ayudará a elaborar la justificación del programa, así como a fijar los objetivos en salud y el contenido de algunas actividades (por ejemplo, si un problema es que hay muchas personas o invalidez, hemos de procurar incluir su rehabilitación dentro del programa).

Las **consecuencias sociosanitarias** valoran las pérdidas económicas de los enfermos y sus familias, así como la repercusión en la sociedad y en el propio sistema sanitario.

Las pérdidas económicas pueden ser debidas a muerte prematura, invalidez, bajas laborales frecuentes, gastos en medicamentos, etc. Socialmente, puede suponer un problema por la menor productividad y los costes sociales del tratamiento o la invalidez. A nivel del sistema sanitario, puede originar un elevado consumo de recursos (tiempo de consulta, ingresos hospitalarios, etc.). Al igual que comentamos antes, cada problema tiene unas consecuencias más o menos específicas y relevantes y no es necesario ser exhaustivo al analizarlo.

La aportación principal del análisis de las consecuencias sociosanitarias al programa es la justificación de su puesta en marcha.

Las **actitudes** observadas en la población nos dirán cuál es el grado de conocimiento del problema que tiene la población, en qué medida les preocupa (grupos de ayuda, asociaciones, medicodependencia...) y qué comportamiento tienen frente a él (hábitos, alimentación, autocuidado, cumplimiento terapéutico y de citas, etc.). Se pretende conocer cómo actúa la población para detectar si favorece o no la perpetuación del problema.

El conocimiento de estas actitudes nos ayudará a preparar mejor el contenido de las actividades educativas de la población, además de darnos nuevas razones que justifiquen la puesta en marcha del programa.

4) Resultados y evaluación de las necesidades de salud

a) Resultados

Los resultados del proceso de determinación y análisis de necesidades en salud, cuyo principal utilidad es proporcionar información que informe la toma de decisiones en las tareas de planificación en salud y servicios, pueden ser útiles

como línea de base para evaluar cambios en el estado de salud de la población con el paso del tiempo o para reconfirmar (o corregir, si fuera el caso) los programas o estrategias vigentes. Deben, pues, integrarse en los planes de salud y de servicios de la población. Otro valor añadido es que los resultados acostumbra a poner de manifiesto que la mejora del estado de salud de la población va más allá del sistema sanitario y de los servicios que se puedan proveer, por lo que se requiere una aproximación intersectorial y multidisciplinaria.

b) Evaluación

La evaluación es un componente fundamental de cualquier proceso de planificación. La evaluación de las actividades, los productos y los resultados del proceso de análisis de necesidades en salud proporciona información sobre los puntos fuertes y débiles del mismo y ayuda a identificar áreas susceptibles de mejora. Además, determina si los propósitos y objetivos iniciales se han cumplido. La existencia de una evaluación efectiva de este proceso es un indicador de transparencia y una forma de rendir cuentas sobre el desarrollo del mismo.

A título práctico hay que mencionar que la evaluación se lleva a cabo de una manera más fácil si su diseño está ya incorporado de forma estratégica en la planificación del proceso de determinación de necesidades. Si, por ejemplo, se va a realizar una evaluación por objetivos, una forma de formularlos (para poder, luego, evaluarlos) es la siguiente:

- Determinar (medir) el estado de salud de la población.
- Identificar recursos humanos y materiales disponibles.
- Conocer la percepción de la salud y las actitudes hacia ella de la población (o de un grupo determinado: jóvenes, escolares, mujeres gestantes...).
- Involucrar a la población, o a sus representantes, en el proceso.

Un proceso continuo

El proceso de análisis de necesidades en salud es un proceso continuo cuyos resultados se vinculan a las actividades de planificación. Aunque se haya descrito de forma lineal, muchas veces el desarrollo de las fases o etapas se superpone y el ciclo se retroalimenta.

Para que los resultados de este proceso sean útiles y, efectivamente, se usen en la fase de análisis de la situación, tienen que cumplir una serie de características, entre ellas:

- **Concisión.** Se aconseja disponer de una versión breve de estos resultados o de un resumen ejecutivo de los mismos.

- **Actualidad.** La información debe mantenerse actualizada y, además, hay que revisar si los nuevos datos que van apareciendo tienen o tendrían algún impacto en el resultado del análisis de necesidades.
- **Oportunidad.** Los resultados deben estar disponibles en el momento requerido, con mayor o menor corrección, y no fuera de plazo, aunque estén perfectos.
- **Accesibilidad.** El resultado de la experiencia de análisis hay que hacerlo accesible a otros actores (planificadores y proveedores de servicios de otras zonas, comunidad científica, población, etc.).

El proceso de análisis de necesidades debería ser, además de continuo, sostenible y práctico. Solo manteniendo unos criterios de calidad y garantizando los recursos materiales y humanos que se requieren podrá ser, por una parte, útil en el ciclo de la planificación y, por la otra, eficiente para el sistema de salud puesto que es mejor una actividad continuada que un esfuerzo intensivo cada varios años.

El análisis de la situación podrá darse por concluido con la elaboración de un documento donde conste:

- Un resumen de la información recogida.
- Una explicación de la situación de salud como consecuencia de sus factores condicionantes y un pronóstico sobre su probable evolución.
- Una relación de problemas y necesidades de salud encontrados indicando sus condicionantes y sus consecuencias. Se analizarán la concordancia entre los problemas/necesidades identificados y los sentidos por la población con objeto de validar el proceso de análisis de la situación.

Críticas a la práctica habitual del análisis de situación

- 1) Desproporción entre los datos recogidos y los finalmente utilizados.
- 2) Relevancia de la información recogida, con falta de discriminación entre lo importante y lo accesorio.
- 3) Demostración de lo evidente: no es necesario invertir esfuerzos cuando un problema es evidente.
- 4) La seducción del número: no hacemos caso a lo que no esté sustentado por un dato cuantitativo, lo que nos puede hacer ciegos ante determinado tipo de problemas poco susceptibles de ser recogidos mediante indicadores cuantitativos.
- 5) Eliminación de la opinión de la población.
- 6) La patente de los “expertos”: los expertos tienden a tener una visión sesgada de la realidad.
- 7) La posesión y el uso de la información: dependencia de los sistemas de información existentes.
- 8) El diagnóstico detenido en el tiempo, sin atender a la evolución de los problemas.

2.2. Objetivos y metas en salud

La formulación de los objetivos en salud del programa constituye una fase clave de su elaboración, ya que de ella depende en gran medida el éxito del mismo. En esta etapa se integra la información y conocimientos obtenidos de las etapas anteriores, con el fin de hacer explícitos los cambios en el estado de salud que se pretende conseguir con la implementación y desarrollo del programa en una población definida, así como los plazos marcados para ello.

No existe acuerdo entre los diferentes autores respecto a la terminología utilizada en la formulación de objetivos. Mientras algunos hablan de objetivos generales, intermedios y específicos, otros se inclinan por la diferenciación entre objetivos generales, específicos y de proceso, y otros por distinguir entre objetivos y metas en salud. Los objetivos generales se refieren a los resultados globales deseados con la implantación del programa; no exigen cuantificación en su redacción y están en relación con las grandes áreas del mismo. No es preciso que se marquen muchos objetivos, basta con que recojan los aspectos fundamentales.

Cada objetivo general se puede traducir en uno o varios objetivos específicos o metas, que son mucho más concretos y expresan cuantitativamente el resultado perseguido en la población y el plazo de tiempo que se establece para conseguirlo. En definitiva, se denomina objetivo específico o meta, al objetivo general una vez cuantificado y temporalizado.

El establecimiento de metas choca con dos problemas fundamentales:

- 1) Es difícil cuantificar el resultado de una intervención:

- ¿En qué cantidad conseguiremos reducir un factor de riesgo?
- ¿Cuál será el impacto de ese factor evitado (riesgo atribuible)?

2) La determinación del período de tiempo al cabo del cual se observará el resultado tampoco es fácil, salvo en algunos casos (enfermedades vacunables).

A pesar de la dificultad que supone, es importante fijar las metas del programa. Para ello deben buscarse los indicadores de la situación de partida y hacer una buena revisión bibliográfica que nos oriente sobre la efectividad de la intervención.

En la elaboración y redacción de los objetivos debemos intentar que estos cumplan las siguientes características:

- 1) Deben ser cuantificables o mesurables para poder ser evaluados.
- 2) Han de estar claramente definidos para ser comprendidos sin dificultad por cualquier profesional implicado en su desarrollo.
- 3) Han de ser lo más concretos y concisos que sea posible, y referidos a un solo aspecto (si se habla de reducir la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular (ECV) y solo se consigue disminuir la mortalidad, pero no la incidencia, ¿se ha conseguido el objetivo?).
- 4) Deben ser realistas en cuanto a su factibilidad, tomando en cuenta los recursos disponibles y su aceptabilidad por parte de la comunidad y los profesionales. En general, se aconseja que al inicio del programa los objetivos sean poco ambiciosos, para posteriormente, y de acuerdo con la experiencia en la implantación del programa, reformularlos en términos más ambiciosos.
- 5) El número de objetivos no debe ser muy amplio y siempre tiene que estar condicionado por las posibilidades reales de conseguirlos.

En el enunciado de los objetivos se deben explicitar los siguientes aspectos:

- Resultado previsto por el programa o por la intervención, expresado en términos de nivel de salud o de modificación de la situación anterior.
- Criterios de éxito o fracaso. Los objetivos del programa deben precisar las normas y criterios para valorar el éxito de su implantación y desarrollo, a través de la cuantificación de variables o indicadores que midan el grado de consecución de los mismos (reducción de riesgo, incidencia o mortalidad, incrementos de calidad de vida, porcentaje de personas que modificación sus hábitos, etc.).

- Cronología para la consecución del objetivo. Deben fijar el plazo de tiempo en que el objetivo debería ser alcanzado.
- Población a la que se dirige el objetivo. Esta población, definida en términos de edad, sexo, zona geográfica, etc., puede ser diferente de la población afectada por el problema de salud (programas cuyo objetivo sea la modificación de hábitos en niños o adolescentes, pueden ir dirigidos a educadores).
- Ámbito de aplicación del objetivo (población general de una zona, usuarios del centro de salud, medio escolar, etc.).

Antes de pasar a otro apartado, es obligado hacerse la siguiente pregunta: ¿vamos a poner en marcha las actividades necesarias para cumplir con los objetivos que hemos marcado? En un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares no debería figurar como objetivo reducir la letalidad de las ECV si solo nos vamos a limitar a la detección y tratamiento de factores de riesgo. Ese objetivo exige actividades que sobrepasan el nivel primario de atención.

2.3. Población diana

La población diana (PD) puede definirse como el conjunto de individuos a los que va dirigido el programa. Si asumimos sin más esa definición, dado que un programa es, en esencia, un conjunto de actividades, nos encontraremos con que distintas actividades de un mismo programa pueden ir dirigidas a grupos de población diferentes. Parece por tanto más operativo hablar de población diana como el conjunto de individuos a los que puede dirigirse alguna actividad del programa. En este sentido, debemos excluir las actividades de educación sanitaria a personas sanas, ya que con frecuencia están dirigidas a toda la población.

Sea como fuere, lo más importante es la definición de la PD en cada una de las actividades.

Lo más práctico es definir la PD de un programa en base a criterios de inclusión y exclusión. Lo habitual es que se utilicen como criterios la edad (niño sano), el sexo (programa de la mujer), la presencia de enfermedades o factores de riesgo, el área geográfica de residencia, etc.

También es importante cuantificar el tamaño de la población diana, para poder organizar las actividades (cálculo de rendimientos, recursos) y marcar las metas en términos de efectividad.

La cobertura prevista (porcentaje de la población diana a la que se quiere aplicar el programa) es lo último de un programa que debe fijarse, ya que necesitamos conocer previamente el trabajo a desarrollar (tiempo que supone la realización de las actividades) y los recursos disponibles.

Los criterios de inclusión/exclusión comentados previamente se tendrán en cuenta en función de nuestra definición de **riesgo** (quienes tienen mayor probabilidad de tener el problema o mayor prevalencia del problema) y de **vulnerabilidad** (concentración de riesgos en una población, que, generalmente por sus características sociales o condiciones de vida, está peor preparada para afrontar estos riesgos).

Una vez definido el riesgo puede optarse por dos estrategias (que no son incompatibles entre sí):

- Una estrategia de alto riesgo, es decir, concentrarnos en identificar la población de alto riesgo e intervenir sobre ella.
- Una estrategia poblacional. Es decir, podemos optar por realizar intervenciones estructurales sobre nuestra sociedad, que afectan potencialmente a toda o una gran parte de la población: promocionar leyes (restricción de lugares para fumar, etiquetado de productos, impuestos sobre bebidas, reconocimiento de derechos laborales que facilitan la reconciliación de la vida laboral y familiar, acceso a la píldora postcoital en farmacias), o cambios en los procesos industriales (ejemplos en la industria alimentaria: reducir el contenido máximo de sal en los panes, cambiar el tipo de grasas que se utiliza en los alimentos; industria del automóvil: vehículos más seguros y menos contaminantes) o en el medioambiente (ciudades con carriles bicis y suficientes polideportivos, políticas de vivienda, urbanismo, cultura, etc.).

Las estrategias elegidas, de alto riesgo o poblacionales, determinarán la población diana. Sin embargo, existe una tercera opción, compatible con las anteriores: las estrategias de discriminación positiva de las poblaciones vulnerables. Con frecuencia, en los análisis epidemiológicos se percibe que los riesgos (de enfermar, de morir, de tener una conducta “insalubre”,...) se concentran en las mismas poblaciones (las vulnerables) que son las que más sufren “las causas de las causas”. Esto se observa más fácilmente cuando se analiza la distribución de estos riesgos en función de variables sociales (edad, sexo, clase social, etnia, nivel educativo, renta, condición migratoria, lugar de residencia): se percibe que las poblaciones de alto riesgo de tabaquismo, obesidad, enfermedades cardiovasculares, cirrosis, diabetes, cáncer de cuello de útero, hipertensión, hipercolesterolemia, sida, bronquitis crónica, enfermedades mentales, riesgos laborales, enfermedades profesionales, etc., comparten a veces similares variables sociales.

En determinados casos, el programa no tiene una población como diana sino un tipo de actividad, territorio o factor ambiental; algunos ejemplos: higiene alimentaria y en salud ambiental. La población diana de un programa puede ser el censo de los manipuladores de alimentos de pastelería de una zona. En este caso la población que queremos proteger (los consumidores), la población objetivo, no coincide con la población sobre la que actuamos (los manipuladores). Lo mismo puede ocurrir en salud ambiental: para proteger a los niños de una zona, debe actuarse sobre las emisiones de una industria de metales pesados. Esta será la “población” diana. En estos casos, la selección de la población diana también estará determinada por nuestra capacidad de cobertura. Si no podemos llegar a toda la población definida como de riesgo, estamos obligados a introducir factores de priorización: concentrarnos en población o censos de alto riesgo (inspeccionar especialmente los comedores escolares o de residencia de ancianos, controlar especialmente las industrias más potencialmente contaminantes de acuerdo a su actividad o situación).

Los programas pueden definirse por:

1) El problema que quiere abordarse, que a su vez puede ser:

a) una enfermedad (tuberculosis, cáncer de mama, etc.) o problema de salud (violencia, suicidio, accidentes, embarazo no deseado).

b) un riesgo para la salud, bien sea de tipo:

- ambiental (contaminación atmosférica, ruido, etc.),
- alimentario (contaminación bacteriológica de alimentos perecederos, metales pesados, etc.),
- social (aislamiento social, exclusión, paro, fracaso escolar),
- una conducta nociva para la salud (malos hábitos de manipulación de alimentos, sedentarismo, adicciones, etc.).

2) La edad o el sexo de las personas que concentran ciertos problemas. En este caso, definimos también los principales problemas presentes en cada estrato de edad y que queremos abordar. Los agrupamos en programas etarios pues creemos que tienen determinantes similares y requieren instrumentos y estrategias similares. Los programas etarios a veces están principalmente definidos por la especialidad de los profesionales que lideran el programa: pediatras (programa del niño), ginecólogos (programa de la mujer), geriatras (programa del anciano), médicos de familia (el resto: el adulto). Por ello, pueden ser útiles para la organización de servicios de salud, especialmente servicios a demanda (como en los centros de atención primaria). Sin embargo, en salud pública la ordenación por edad puede tener la desventaja de que se difuminan los problemas a abordar y sus determinantes. Puede darse a entender que el

principal factor de riesgo y vulnerabilidad es la edad o el sexo. En este caso, quedan ocultos (o insuficientemente analizados) los determinantes sociales de los problemas. Ejemplo: ser anciano es un factor de vulnerabilidad, pero hay ancianos más o menos vulnerables en función de la cuantía de la pensión, si viven solos o pueden pagarse un apoyo externo, las condiciones de la vivienda, la red de relaciones sociales, etc.

3) Población vulnerable. El riesgo define la probabilidad estadística de que un grupo de la población tenga un determinado problema (riesgo alto de diabetes, de obesidad, de suicidios, de accidentes de tráfico, de embarazo no deseado, etc.). Como antes hemos dicho, cuando varios riesgos se concentran en una población definida por sus determinantes sociales, y además estos hacen que esa población no solo sea más susceptible de padecer esas enfermedades, sino de defenderse peor ante su impacto, decimos que esa población es una población vulnerable. En función de esta concentración de riesgos y de sus determinantes comunes, decidimos organizar programas específicos dirigidos a esa población: por ejemplo, inmigrantes de países con baja renta, refugiados y asilados, prostitutas, ancianos frágiles que viven solos, etc. También podemos, merced a un análisis epidemiológico previo, haber identificado zonas geográficas o barrios que tienen tasas más altas de varias enfermedades o problemas. Es decir, que concentran factores de vulnerabilidad y determinantes sociales específicos. En estos casos podemos decidir hacer programas específicos para zonas de acción especial.

4) Ámbitos de intervención. Podemos considerar que ciertos ámbitos institucionales (escuelas, lugares de trabajo, prisiones, comercios, etc.) ofrecen una oportunidad especial para abordar ciertos problemas. Esto es a veces debido a que algunos problemas están especialmente presentes en esos ámbitos o incluso se generan en ellos (la droga en las prisiones, el acoso escolar, los riesgos específicos del trabajo, el mal manejo de los alimentos en un comercio o industria). Además, aunque ciertos problemas sean inespecíficos de esos ámbitos (mala alimentación, vivencia negativa de la sexualidad), el trabajar en ellos facilita el acceso a una población que, hasta cierto punto, podríamos llamar “cautiva” (niños y jóvenes agrupados en un colegio o instituto durante varias horas para aprender, trabajadores en una empresa). Es decir, es un punto de encuentro con una población a la que podemos transmitir información o aportar instrumentos para enfrentarse a los problemas.

5) Función de salud pública. Frecuentemente nos encontramos con programas definidos por la función de salud pública (vigilancia epidemiológica, educación de salud, control e higiene alimentaria, formación, investigación). En ocasiones, no dejan de ser un empaquetamiento de actividades o funciones bajo el nombre de programa, no reuniendo las características antes apuntadas.

2.4. Organización del trabajo

Una vez acabada la elaboración del programa y antes de iniciar las actividades previstas en este, es importante la organización del trabajo, estableciendo un “**plan de operaciones**”. Este plan debe contemplar al menos la secuencia de las actividades, los recursos necesarios, la distribución de responsabilidades entre los profesionales y el calendario o cronograma de las actividades.

Aunque la previsión de recursos es un aspecto más ligado a la programación que a la organización, no estará de más disponer en ocasiones de un “**inventario de recursos**”, diferenciando entre los recursos materiales, humanos y financieros disponibles para el desarrollo del programa.

Se llama cuadro de responsabilidades al que resume la actuación y el grado de responsabilidad de cada “**actor**” (ya sea un estamento, un colectivo o una persona concreta) en cada una de las actividades/tareas incluidas en el programa.

El cuadro puede ser tan sencillo como la valoración de la responsabilidad mediante “**cruces**” (a mayor implicación, mayor número de cruces) o algo más complejo, si introducimos algunos códigos que indiquen el papel que desempeña cada uno (responsable directo, asesor, director, etc.), como ocurre en el de la tabla 1.

Tabla 1. Ejemplo de un cuadro de responsabilidades en un programa de promoción de lactancia materna

Actores				
Actividades	Gerencia de AP	Servicio de Pediatría	Servicio de Obstetricia	Equipos de AP
Campaña mediática de sensibilización a la población general	RES	ASE	ASE	INF
Información y formación continuada de los profesionales de AP	RES	COL	COL	INF
Educación para la salud a las embarazadas	INF	INF	RES	RES
Educación para la salud a las madres	INF	RES	INF	RES
Coordinación entre AP y especializada (remisión de informes)	INF	RES	RES	RES
Creación de grupos de apoyo a la lactancia en las zonas de salud	INF	COL	COL	RES
Evaluación del programa	RES	INF	INF	COL

RES: Responsable de la actividad; ASE: asesor; COL: colaborador; INF: ha de ser informado; AP: Atención primaria.

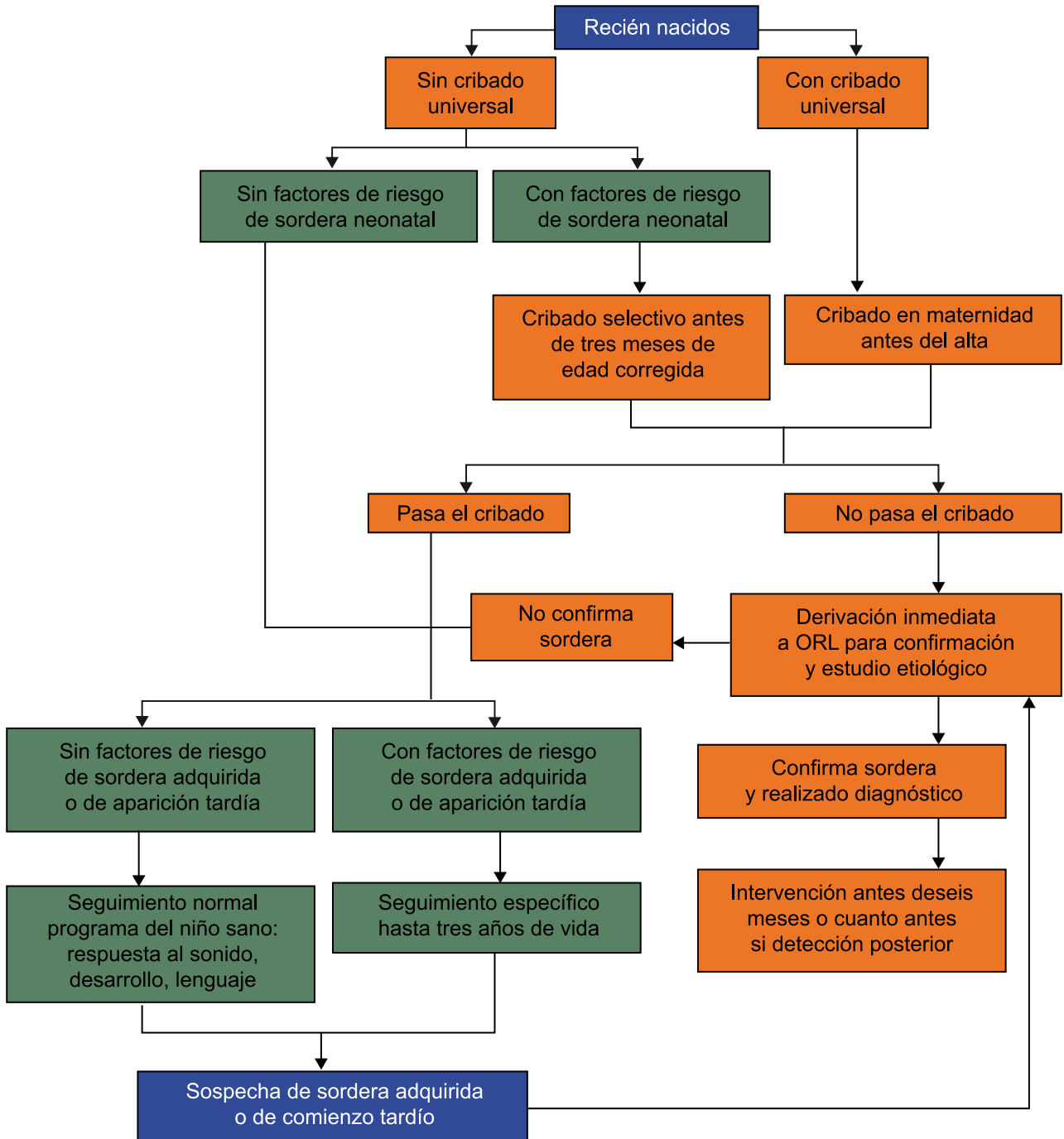
Este tipo de cuadros, una vez consensuado y aceptado por todos los “actores”, evita muchos problemas y malentendidos, que pueden aparecer cuando se trabaja en equipo.

La organización del trabajo (o planificación de la ejecución) puede verse facilitada mediante el uso de métodos de clasificación ordenada de actividades, que nos ayudan a entender el desarrollo y el orden en la ejecución de las distintas tareas. Estos esquemas se dividen clásicamente en dos tipos: los que utilizan una estructura de red y los cronogramas. Entre los primeros se encuentran el diagrama de flujo, la red de referencias, el algoritmo decisional, la red PERT y el método del “camino crítico”, entre otros. En general son útiles tanto para la planificación como para la gestión cotidiana de las operaciones.

Los métodos de tipo cronograma o calendario de operaciones son los diagramas de Gantt y Milestone.

1) El **diagrama de flujo** o *flow chart* es una representación pictórica de los pasos de un proceso, útil para conocer cómo funciona hasta producir el resultado previsto, ya sea un producto, un servicio o una información (figura 6).

Figura 6. Diagrama de flujo del programa de detección precoz de sordera infantil



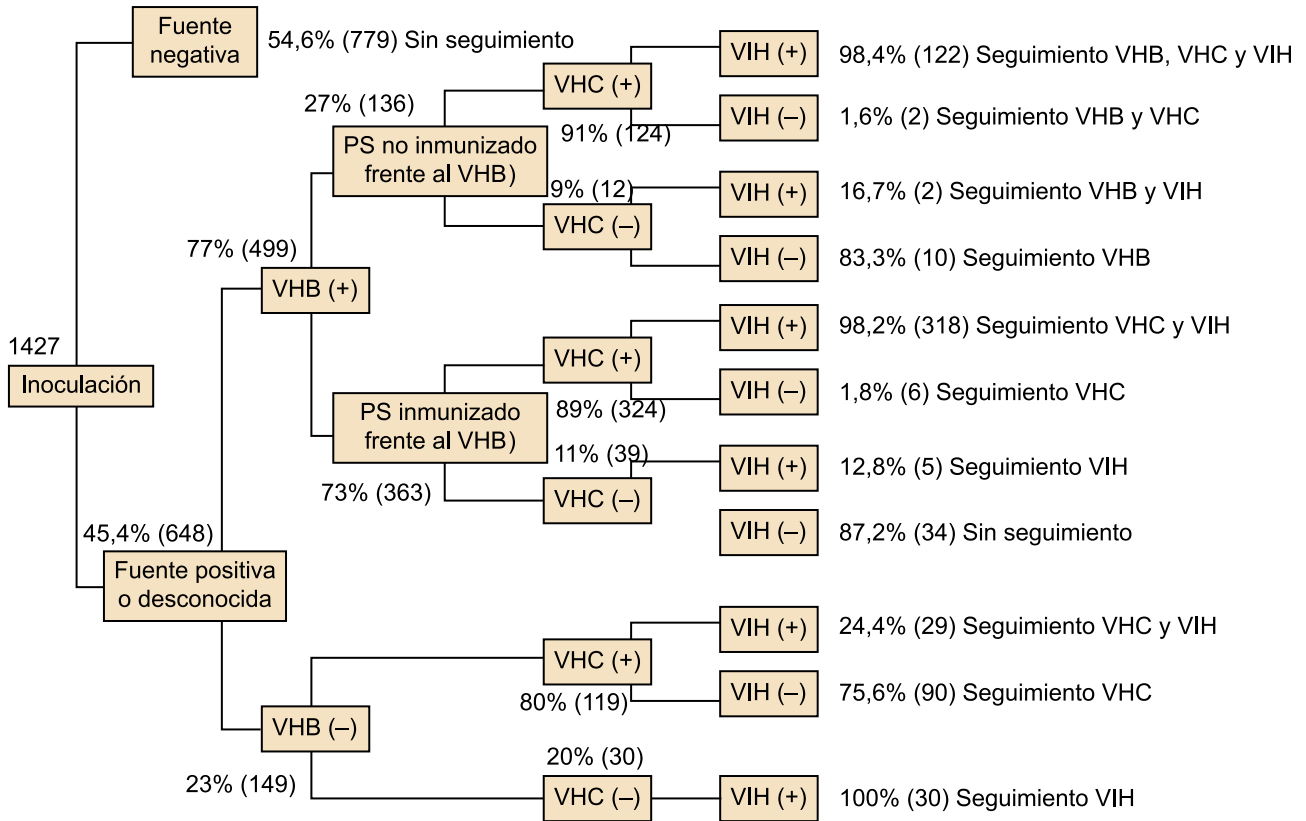
ORL: otorrinolaringología

Este tipo de diagramas es útil para estudiar la lógica del proceso, tanto en su contenido como en su secuencia. Es posible además anticipar posibles problemas de gestión (pueden detectarse zonas “embudo”, “dobles vías”, “puntos ciegos”, etc.) y poder reorganizar consecuentemente los recursos

2) Los algoritmos decisionales o **árboles de decisión** (figura 7) son muy conocidos por su frecuente utilización en la toma de decisiones clínicas (imprescindibles en la elaboración de guías clínicas y protocolos) y como método de priorización. Se trata de un conjunto de reglas o instrucciones finitas y definidas cuya ejecución conduce a una resolución de un problema. El árbol de decisión pretende identificar las opciones disponibles que se presentan ante un

curso de acción de cualquier naturaleza y describir los resultados potenciales o esperables. Hemos de tener en cuenta a la hora de su construcción que ha de ser perfectamente legible, técnicamente correcto, modular, eficiente, bien estructurado, no ambiguo y se ha de desarrollar en el menor tiempo posible.

Figura 7. Árbol de decisión con las proporciones asociadas a cada nudo

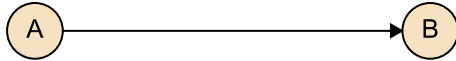


Entre paréntesis figura el número absoluto de inoculaciones accidentales. La fuente de datos son las 1.427 inoculaciones accidentales registradas en la base de datos del servicio de medicina preventiva durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2002. Nótese que estas proporciones se calculan respecto al número absoluto de inoculaciones asociadas al nudo precedente. VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; +: fuente positiva; -: fuente negativa; PS: personal sanitario.

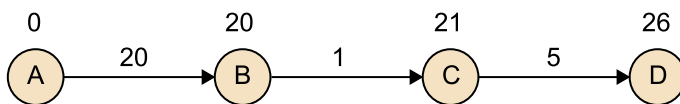
3) Una red de referencias nos muestra gráficamente las relaciones que existen entre diversas organizaciones o personas implicadas en el desarrollo de un programa determinado. Por ejemplo, en la atención a drogadictos están involucrados equipos de atención primaria, hospitales, servicios sociales, unidades de desintoxicación, establecimientos penitenciarios, equipos de atención especializada, unidades de salud mental, etc. (figura 8). Para clarificar la maraña de relaciones que habitualmente existen entre todos esos “actores”, se puede construir una red de referencias, que permita visualizar de forma rápida esas conexiones y muestre los puntos de entrada al sistema.

- Identificar las actividades críticas, es decir, aquellas cuyo retraso en la ejecución supone un retraso del proyecto completo.
- Identificar el camino crítico, que es aquel formado por la secuencia de actividades críticas.

Figura 9. Ejemplo de PERT



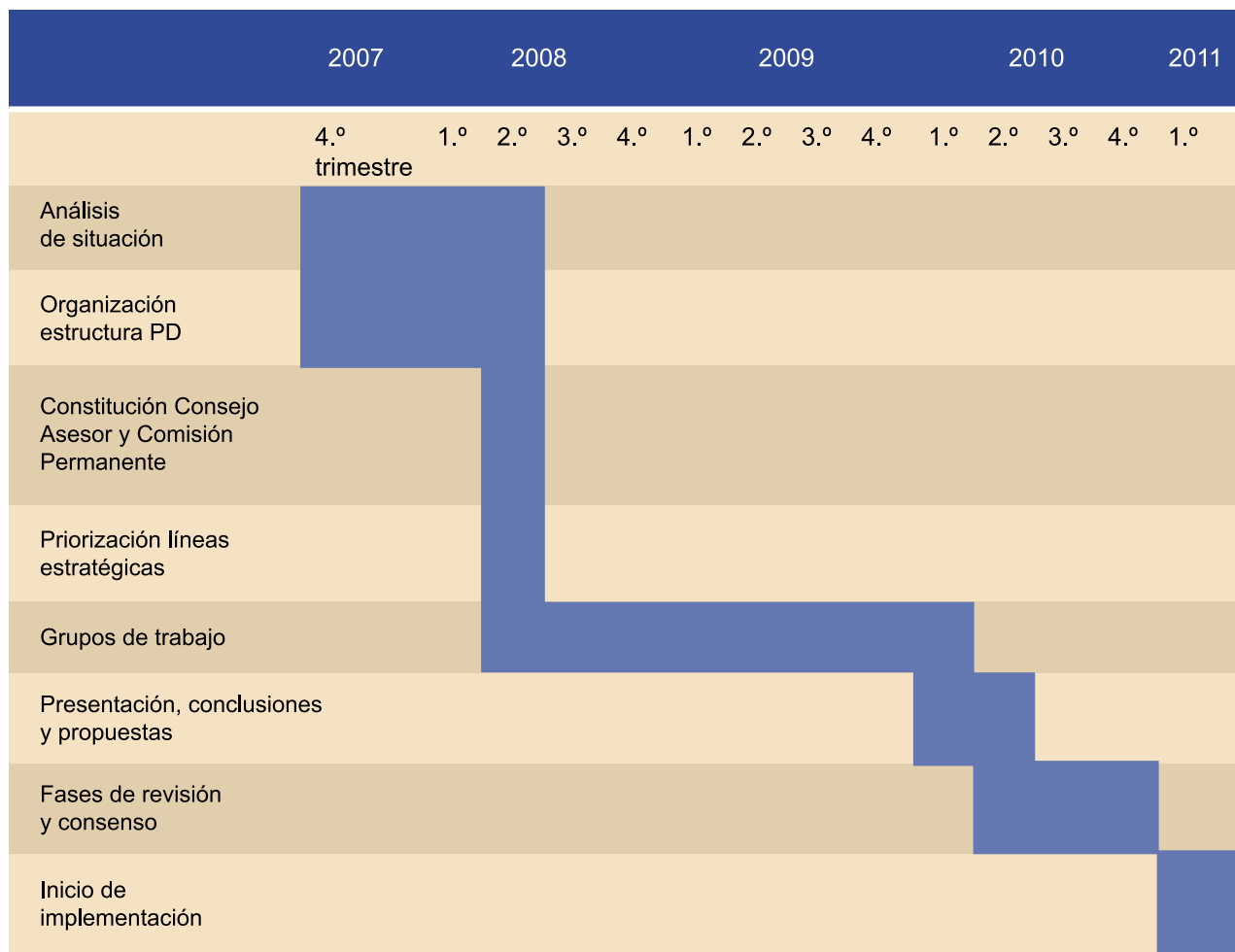
- Los círculos o nodos son los acontecimientos del proyecto (hitos, finalizaciones de tareas, etc.).
- Las flechas o aristas indican la actividad a realizar antes de completar una tarea (se suelen orientar de izquierda a derecha), no tienen significado de escala.
- Ejemplo de las fases de plantar un árbol: cavar el hoyo: 20 minutos, colocar el árbol: 1 minuto, tapar el hoyo: 5 minutos.



5) El **diagrama de Gantt** es un cronograma (método que representa el calendario de las actividades) y permite controlar los retrasos o adelantos en la ejecución de las distintas tareas referidas a unas fechas de finalización previamente establecidas. El gráfico de Gantt es la forma habitual de presentar el plan de ejecución de un proyecto. Para construirlo se ponen en las filas la relación de actividades a realizar y en las columnas la escala de tiempos que estamos manejando (días, semanas o meses). A cada una de las tareas o actividades se le asigna una barra en blanco desde la fecha prevista de inicio hasta la de finalización. A medida que se va realizando el trabajo, se va ennegreciendo la barra, mostrando el avance de la actividad. Eso nos permite conocer en cada momento, aunque sea de una forma aproximada, el estado actual de ejecución del programa.

La utilidad de este tipo de gráficos es mayor cuando se añaden los recursos y su grado de disponibilidad en los momentos oportunos. Su construcción es relativamente sencilla y aporta una información fácilmente comprensible. Además, permite una visión global de la marcha del proyecto. Como desventajas, podemos mencionar que no muestra las relaciones entre tareas tan claramente como los gráficos que vimos anteriormente, y que el concepto del porcentaje de realización de las tareas no deja de ser orientativo.

Figura 10. Cronograma de la elaboración del Plan director de enfermedades reumáticas de Cataluña



2.5. Actividades

El capítulo más importante de un programa lo constituyen las actividades encaminadas a controlar el problema de salud y que, de algún modo, han sido anticipadas en los objetivos.

En definitiva, un programa de salud no es más que la integración de un conjunto de actividades encaminadas a conseguir los objetivos propuestos, con unos recursos determinados.

En la definición de actividades hay que definir una serie de términos:

1) **Qué y cómo:** El programa no tiene que definir todas las actividades al detalle, pero sí al menos aquellas que se consideren las más importantes y comunes al programa.

2) **Quién:** Hay que definir quién hace cada cosa. ¿Algunas tareas están determinadas por la profesión (ser médico, veterinario, farmacéutico, psicólogo, psiquiatra, enfermera, etc.)? ¿Por la formación pregraduada (la que se recibe en la universidad antes de licenciarse o graduarse)? ¿Por la formación posgraduada (máster de Salud pública, cursos de educación para la salud, etc.) más

que por la pregraduada? ¿Por la experiencia y habilidades (experiencia en salud pública, habilidades en programación y gestión, etc.) más que por el título universitario? El caso es que estas preguntas son especialmente relevantes en nuestro medio, en el que la formación de salud pública ha sido en muchos casos posgraduada y, por lo tanto, independiente de la profesión previa.

3) Cuándo: El cronograma es la ordenación en el tiempo de las actividades. Es una apuesta de futuro que hay que revisar. No es extraño que se hagan cronogramas “estéticos”, es decir, imposibles de cumplir. Ni que al hacerlo no tengamos en cuenta algunos eventos imprescindibles: por ejemplo, el hecho de que el verano y el final del año ralentizan las actividades por las vacaciones estivales y navideñas (aunque hay excepciones en las que estos periodos son los de mayor actividad; por ejemplo: inspección de piscinas y zonas de baño). Otro evento a considerar en el cronograma es el final y principio de los periodos legislativos. Las campañas electorales condicionarán de múltiples formas nuestras actividades, así como el cambio de dirección política o político-técnica.

4) ¿Por qué se va a realizar? Se trata de razonar la acción en función del análisis de la realidad y de los objetivos. Debe analizarse tanto la fundamentación técnica como la adecuación a la situación estratégica.

5) ¿Para qué? Se trata de formular los objetivos concretos de cada actividad y su relación con los objetivos generales y específicos.

6) ¿A quién se dirige la acción? Deben definirse los destinatarios concretos de cada actividad.

7) ¿Con qué se va a realizar? Determinar recursos materiales y económicos necesarios.

8) ¿Dónde se va a realizar? Ámbito de alcance del proyecto y espacios donde se va a intervenir.

2.5.1. Implantación del proyecto

En la fase de implantación hay que tener en cuenta los factores clave para el éxito de la misma:

1) Presentación del proyecto

La presentación del proyecto es el momento inicial de la fase de implantación y suele ser clave para lograr la adhesión de las diferentes instancias implicadas en el desarrollo del mismo. Por ello es recomendable que el documento del proyecto esté redactado en un lenguaje claro y comprensible y que contenga la información esencial en un esfuerzo de síntesis del trabajo realizado. La información adicional (protocolos, normas,...) se puede incluir en anexos.

El acto de la presentación en sociedad del proyecto también debe orientarse para asegurar la presencia y el apoyo de la dirección, el grupo de profesionales que participará en su desarrollo y que se verán afectados por el mismo, y la población.

2) Participación e implicación de los profesionales

La participación de un número suficiente de profesionales en las primeras fases de implantación de un proyecto es imprescindible. Hay que procurar romper las barreras y resistencias que se pueden generar (temor al cambio, falta de tiempo, cansancio y *burn-out*, falta de motivación, falta de credibilidad, negativa a asumir nuevas responsabilidades o a modificar los hábitos de trabajo,...). Para ello es esencial la interacción con los grupos, la búsqueda de aliados dentro de los mismos y la implicación de profesionales de prestigio o líderes naturales en las diferentes fases de preparación del proyecto.

3) Posición dentro de la institución

Los programas de salud se enmarcan en la organización del sistema sanitario, tanto en su vertiente de asistencia sanitaria como de salud pública. Por ello es importante que el diseño y la implantación de los mismos aborden los mecanismos de relación y el impacto sobre las diferentes áreas del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, salud mental, atención sociosanitaria, salud pública) que puedan verse afectadas de alguna forma por la puesta en marcha del mismo. Por ejemplo, la puesta en marcha de un programa de prevención del cáncer de mama puede implicar un aumento de la carga de trabajo sobre la atención especializada, con más consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y tratamiento. Si no está previsto, el incremento de casos detectados puede encontrarse sin una respuesta del nivel de atención especializada lo suficientemente ágil como para que el programa sea efectivo en su objetivo de disminuir las secuelas de la enfermedad. Para ello, es fundamental la implicación y colaboración entre niveles y también el apoyo de los niveles directivos de la institución.

4) Coordinación con otros sectores

La coordinación intersectorial, especialmente con el sector de servicios sociales, el sector educativo y el mundo laboral, son elementos de especial relevancia en algunos proyectos, ya sea porque se orientan a sectores específicos de población (ancianos, niños y adolescentes, población en riesgo de exclusión, trabajadores,...), o porque entre sus actividades se contempla la colaboración específica con estos sectores. Esta coordinación no es fácil, debido a la existencia de diferentes lenguajes, métodos de trabajo y enfoques, además de las reticencias de cualquier organización a delegar áreas de responsabilidad. Para

evitar estos problemas es conveniente tratar de delimitar claramente el papel de cada organización, los mecanismos de relación y comunicación y facilitar la puesta en marcha de equipos de trabajo mixtos.

5) Participación comunitaria

Una de las dificultades más habitualmente referidas para la implantación de programas de salud en nuestro entorno es la de las deficiencias en los mecanismos de participación de la sociedad en el sistema sanitario. En nuestro país la participación se suele vehicular a través de los consejos de salud, pero su funcionamiento se ve entorpecido por una serie de factores, como la falta de organización de la representación social y la dificultad que ello conlleva para la designación de interlocutores válidos, la dificultad para el abordaje global de los problemas (que en muchas ocasiones desbordan el marco estricto del sector sanitario), o el voluntarismo y falta de capacidad de decisión. En cualquier caso, la puesta en marcha de vías de comunicación fluidas con las organizaciones sociales y la información son los mecanismos básicos para facilitar la participación comunitaria en los programas de salud.

2.5.2. ¿Por qué falla un proyecto?

Los proyectos habitualmente fallan porque no se han planificado de forma rigurosa, no se han controlado suficientemente, o se han ignorado los requerimientos necesarios de tiempo, recursos, personas y habilidades necesarias para su desarrollo. Es habitual que los resultados del proyecto no respondan a lo esperado debido a una falta de comunicación adecuada de los requerimientos del mismo (como en el ejemplo: un aparato con ruedas en el que se pueda transportar cosas).

2.6. Planificación de recursos

Una vez que se han definido las actividades a realizar, debe determinarse qué recursos son necesarios.

Se suele diferenciar entre recursos humanos, recursos materiales y financiación. En esta fase de la programación, sobre todo en lo que se refiere a los recursos humanos y materiales, hay que tener en cuenta una serie de factores, como la productividad de esos recursos, su capacidad máxima o teórica, su grado de ocupación o utilización y su accesibilidad (tanto geográfica, como organizacional y económica).

1) **Recursos humanos:** Se deben definir una serie de aspectos, como las necesidades de personal por categorías, la distribución de responsabilidades y funciones, los conocimientos y habilidades necesarias, los niveles de responsabilidad y autoridad y los mecanismos de relación y coordinación. En ocasiones puede ser necesario realizar manuales de descripción de puestos, que incluyen

una denominación de este, una breve descripción de su finalidad, requisitos para ocuparlo, dependencia técnico-administrativa y un listado de funciones, actividades y tareas a desarrollar.

2) Organización de los recursos: Todo proyecto implica la coordinación de recursos para lo que se requiere la definición de las formas organizativas, así como de un director o responsable del mismo. La organización refleja la especialización, división de funciones y jerarquización. En proyectos complejos puede ser necesario definir unidades operativas para la realización de actividades, estableciendo su estructuración, procedimientos de trabajo, rendimientos deseables,... así como aspectos normativos de funcionamiento. En cualquier caso, en el diseño organizativo se debe procurar ser claro y sencillo, de forma que sean transparentes para los miembros de la organización y para la población. También es preferible que se asienten sobre estructuras ya existentes, evitando la confrontación con líneas jerárquicas y funcionales de las instituciones en las que se desarrolla.

3) Recursos materiales: Deben especificarse el tipo y cantidad de recursos materiales necesarios para cada una de las actividades y para la ejecución global del proyecto: recursos físicos: edificios, equipos, instalaciones, etc. Suministros: material médico, utillaje, material de oficina,...

4) Presupuestación: Previsión de financiación necesaria. El presupuesto es un elemento clave para determinar los recursos necesarios. Son por tanto una herramienta para planificar y controlar el proyecto. Debe evitarse hacer presupuestos excesivamente detallados o inflexibles, de forma que estos se conviertan en un fin en sí mismos y no en un instrumento para ayudar a llevar a cabo el programa y conseguir los objetivos propuestos. Deben diferenciarse las cantidades destinadas a la contratación y pago del personal, compra de materiales, mantenimiento,...

La descripción de una actividad dentro de un programa de salud incluye:

- Normas y procedimientos.
- Población a la que se dirige la actividad.
- Especificación de la cobertura deseada.
- Técnicas y tecnologías utilizadas.
- Cronogramas: tiempo de realización de la actividad, puntos inicial y final.
- Lugar de realización.
- Responsables de cada actividad.
- Recursos materiales necesarios.

Los programas pueden contener actividades de diferentes tipos:

- Promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad (educación para la salud en individuos sanos, vacunaciones, fluoración de aguas de consumo).
- Detección precoz, entre las que se incluyen todas las actividades de cribado poblacional.
- Seguimiento y tratamiento (controles periódicos de pacientes con patologías crónicas, medidas terapéuticas determinadas...).
- Rehabilitación y reinserción social (fomento del autocuidado, educación para la salud dirigida a enfermos con secuelas...).
- Participación comunitaria (creación de grupos de ayuda, coordinación con organizaciones sociales...).
- Formación continuada, docencia e investigación, en relación con los temas del programa.

Todas las actividades a realizar deben responder a los objetivos del programa; normalmente cada objetivo se relaciona con una o varias actividades, si bien puede darse el caso de que una actividad sirva para la consecución de varios objetivos. La selección de aquellas actividades consideradas como las más adecuadas se realizará teniendo en cuenta aspectos como los siguientes: criterios de efectividad y eficiencia de las diferentes opciones; balance entre los recursos necesarios y los disponibles; aceptabilidad por parte de los profesionales que las desarrollarán y por la población a la que están dirigidas; accesibilidad; consideraciones de índole sociocultural, etc.

Cada una de las actividades debe estar perfectamente preparada y organizada antes de su puesta en marcha; para ello es necesario determinar la población diana de la actividad, las metas operativas, el protocolo, el análisis de los recursos y los rendimientos.

2.7. Evaluación

La evaluación de un programa de salud es la culminación de un proceso que se inició identificando un problema, analizándolo, marcando unos objetivos para solucionarlo y desarrollando las actividades necesarias para ello. La fase de la evaluación de los programas es fundamental, no solo para conocer los resultados conseguidos sino también para establecer planes de mejora de la calidad, corrigiendo, si fuera necesario, las estrategias de intervención.

De una forma dogmática, podemos definir la evaluación como “el análisis de las diferencias entre lo planificado y lo conseguido, teniendo en cuenta los recursos empleados, con la finalidad de medir el impacto de la atención prestada y, en caso necesario, tomar las medidas correctoras oportunas”.

Como se deduce de esa definición, la finalidad de la evaluación es:

Determinar los efectos producidos por el programa y suministrar la información básica para mejorarlo.

Algunas consideraciones previas sobre la evaluación de programas. Existen muchas lagunas entre la evidencia científica y la práctica asistencial, sin embargo, ha de quedar claro que una evaluación no es un ejercicio de investigación en sentido estricto, ya que no se trata solo de describir lo logrado o de demostrar la efectividad de una intervención, sino de aportar información útil para intentar dar solución a un problema. Estamos ante un proceso de toma de decisiones; este es el enfoque que no debemos olvidar al hacer la evaluación de un programa.

Aunque la información se considera en ocasiones más valiosa que la acción, la recogida de la misma (uno de los primeros pasos de la evaluación) puede suponer una excesiva carga de trabajo para los responsables de la implementación de las actividades. Por ello siempre se debe valorar la relación entre la utilidad de la información solicitada y el coste de obtenerla.

La evaluación ha de ser programada previamente, por eso el sistema de registro del programa ha de diseñarse pensando en la evaluación y viceversa para que la información disponible coincida en lo posible con la necesaria.

La priorización de los aspectos a evaluar, en caso de ser necesario hacerla, debe basarse en su trascendencia (relevancia), capacidad trazadora (información sobre todo el proceso asistencial), factibilidad (capacidad de recogida), simplicidad y validez (que aporte información sobre lo que realmente queremos conocer).

Salvo en situaciones excepcionales, creemos que es un error establecer múltiples sistemas de registro específicos e inconexos para uno o varios programas; los registros han de ser sencillos, consensuados y únicos para todo el proceso asistencial, ya sean actividades a demanda o programadas.

La fuente clave debería ser siempre la historia clínica. Los programas “marco” tienen la ventaja de homogeneizar los sistemas de registro y los indicadores de evaluación, facilitando además la comparación de resultados entre distintas zonas o equipos.

2.7.1. Evaluación: Quién, cómo, qué, cuándo y para qué

1) Quién

- **Evaluadores internos** (están también implicados en la implantación del programa). Es importante y eficaz integrar en el proceso de evaluación a las diferentes perspectivas: la de los diseñadores y los ejecutores; de los jefes de unidades orgánicas y los “referentes” o coordinadores de programas (responsables de la organización vertical y de la horizontal); de los que trabajan desde unidades centrales y los que lo hacen en unidades territoriales de la periferia. También es muy importante el apoyo a la evaluación de los gestores del sistema de información del programa (ver entrega: sistema de información del programa).
- **Evaluadores externos** (son ajenos a la implantación). Pueden ser técnicos externos a la institución que gestionan el programa (por ejemplo, pertenecientes a agencias de evaluación) o agentes sociales legitimados para el control social y político de las acciones de la institución (representantes de la población y sus asociaciones, de los trabajadores, de los usuarios, políticos de la oposición).

2) Cómo

Mediante organización de reuniones, entrevistas, obtención de datos e indicadores. Lo primordial es facilitar un buen flujo de información y combinar el uso de datos y números con opiniones o razonamientos. El análisis de la información tanto cuantitativa como cualitativa permitirá saber si se han cumplido los objetivos marcados y si se han seguido los criterios y valores inicialmente definidos. Hay que conseguir que la evaluación sea percibida como una herramienta de mejora del programa y no como un control de los jefes sobre los subordinados. Para ello, es fundamental que los ejecutores se sientan partícipes y que se perciba a los evaluadores como aliados.

3) Cuándo

Evaluamos para cambiar aquello con lo que no estamos satisfechos. Por ello, hay que considerar los momentos e instrumentos importantes de cambio en una institución. Hay que evaluar antes de rediseñar el programa del año siguiente. Pero eso supone que si los programas se organizan en periodos que coinciden con el año natural (enero a diciembre), tendríamos que tener la evaluación antes de final de año. Esto no siempre es posible, pues frecuentemente evaluamos con datos anuales que no están disponibles hasta los primeros meses del año siguiente, además del hecho de que hace falta un tiempo para evaluar. Este desfase puede arreglarse de diferentes modos (por ejemplo, con evaluaciones provisionales). Asimismo, la evaluación y la propuesta de modificaciones deben estar disponible para antes del proyecto de presupuestos

del año siguiente (normalmente en otoño en muchas instituciones de nuestro país), para antes de la propuesta de modificación de relación de puestos de trabajo (RPT) y para cuando se discuta el plan de formación del año siguiente.

4) Qué

- **Evaluación táctica o interna:** Consecución de objetivos (resultados), idoneidad de actividades (procesos), adecuación de recursos (estructura). Según nuestros objetivos y programas, utilizaremos criterios e indicadores de eficacia/efectividad, eficiencia y rentabilidad; coordinación, equidad, participación, actividad, cobertura, accesibilidad (ver “criterios de evaluación” al final del artículo).
- **Evaluación estratégica o externa o de diseño:** Dos indicadores serán fundamentales: A) Pertinencia (¿se corresponden los objetivos del programa con los problemas definidos y con las prioridades que se han establecido para esta población? y B) Impacto sobre el problema (¿Cuál puede ser la contribución del programa a la solución de los problemas identificados?).

5) Para qué (resultado de la evaluación)

Para introducir cambios en el diseño del programa (e incluso, si procede, la eliminación del programa) y en la organización (procedimientos, recursos, normas...).

2.7.2. Organización de la evaluación

La organización de la evaluación nos exige determinar la responsabilidad de la misma, su periodicidad, el tema o dimensiones que van a ser analizadas y los instrumentos de evaluación (indicadores, encuestas, técnicas de consenso).

Una de las primeras cuestiones a definir en el proceso de evaluación es quién va a hacer la evaluación. Hemos de diferenciar aquí la evaluación interna, realizada por los propios profesionales que desarrollan el programa, de la externa, llevada a cabo por personas o instancias ajenas a estos. Sea como fuere y hablando en términos generales, las tareas de la evaluación han de ser compartidas por todos los implicados en el desarrollo del programa, lo que no quita que haya un responsable principal de la misma en el EAP, que también suele serlo del programa. La responsabilidad de la evaluación a nivel del área/distrito suele recaer en el personal técnico de la Dirección.

Debe contemplarse siempre la periodicidad de la evaluación. Sería ideal disponer de datos continuos sobre los resultados que se van consiguiendo, su grado de adecuación a lo previsto, los recursos consumidos, la satisfacción de la población, etc.; aunque no siempre es posible. Por eso, habitualmente la evaluación se hace una vez al año. Sin embargo, debemos pensar que algunos resultados se producen a medio o largo plazo y que no podemos obcecarnos

en evaluar “todo” en el primer año del programa. Cada dato debe evaluarse en su período de tiempo adecuado; hay que adaptar la evaluación al indicador y no al contrario.

Respecto a su relación temporal con la ejecución del programa, la evaluación puede ser:

- **Prospectiva** (antes de la ejecución del programa): con el fin de valorar la pertinencia de su puesta en marcha, su factibilidad o la eficacia de las intervenciones previstas.
- **Concurrente** (durante la ejecución): persigue una valoración precoz del resultado (efectividad), de la cobertura (población inaccesible) o de la calidad con que se están realizando las actividades, para evitar desviaciones del plan previsto.
- **Retrospectiva** (una vez finalizado el programa): valora fundamentalmente la consecución de objetivos y el efecto sobre la salud.

Los indicadores a utilizar para medir los cambios producidos han de ser válidos, fiables, sensibles (deben detectar variaciones por pequeñas que sean) y específicos (solo han de “dispararse” ante modificaciones en la situación analizada), además de poco costosos y aceptables, claro. Han de elegirse de acuerdo a las actividades establecidas y a los objetivos y metas propuestos en estas. Y siempre se deben elegir indicadores que tengan una repercusión clara en la toma de decisiones. Además de indicadores cuantitativos es importante introducir elementos de evaluación cualitativos, como las opiniones de usuarios, consensos grupales, cuestionarios, medición de incidentes críticos, grupos focales, etc., que hagan valoraciones más globalizadoras y diversificadas. En general estas técnicas nos aportan información relevante de forma rápida, no excesivamente costosa y sin necesidad de un sistema de registro específico. Queda por definir qué se evalúa, lo que implica determinar las dimensiones de la evaluación:

- Qué población beneficiaria del programa (cobertura) va a ser evaluada.
- Qué proveedores van a ser objeto de estudio y qué aspecto de su intervención en el programa (capacitación, motivación, organización).
- Qué parte del programa en sí (recursos, actividades, resultados). Aspectos evaluables de un programa.

La evaluación puede ser entendida desde tres puntos de vista principales (existen otros aspectos marginales):

1) **Evaluación del programa en términos de grado de consecución de los objetivos y metas:** valora fundamentalmente las actividades realizadas y el impacto conseguido sobre la situación de salud. Algunos autores a la comparación entre las prestaciones efectivas y las previstas le denominan determinación de progresos. También se llama evaluación operativa a la que se centra en comprobar si los resultados se corresponden con los objetivos operacionales planteados.

2) **Evaluación de la calidad del programa:** valora los aspectos cualitativos de la atención prestada sobre la base del cumplimiento de criterios o normas.

3) **Evaluación de la eficiencia del programa:** pone en relación los resultados obtenidos con los recursos gastados.

Nos centraremos básicamente en el primer aspecto, ya que los otros dos pueden ser considerados capítulo aparte, dada su más amplia concepción. Dicho de otro modo, un control de calidad o una evaluación económica no requiere necesariamente la existencia de un programa de salud (de hecho, la mayor parte de esas valoraciones se hacen sin relación con actividades programadas) aunque, por supuesto, pueden ser aspectos a valorar en el mismo.

Lo más operativo es diferenciar los aspectos concretos que pueden ser evaluados en un programa y que son: pertinencia, suficiencia, estructura, proceso y resultado. Estos tres últimos son los clásicos componentes de un programa. Lo más frecuente es centrar la evaluación en el proceso y en la estructura, ya que la medición de resultados es algo complicada, sin embargo, se debe poner énfasis en la evaluación de los resultados, ya que, en definitiva, es el *outcome* final que buscamos y los otros componentes no son más que requisitos previos: para alcanzar los objetivos propuestos en el programa, es precisa una buena estructura y un proceso de calidad, pero ni lo uno ni lo otro nos garantizarán el éxito (resultado deseado).

1) La **pertinencia** de un programa recordemos que es la justificación de su existencia y su adecuación a las necesidades detectadas en el proceso de planificación. Evaluar la pertinencia de un programa no es otra cosa que volver a dar respuesta a preguntas tales como ¿sigue siendo necesario su desarrollo?, ¿el programa continúa respondiendo a las necesidades de la zona?, ¿está produciendo resultados que contribuyan a mejorar la salud?, ¿está en sintonía con la política sanitaria vigente?, ¿sigue estando justificada su existencia?

2) Es necesario también volver a analizar su **suficiencia**, esto es, la capacidad del programa (entendido como una intervención preventiva, curativa, etc.) para conseguir, a través de sus actividades, los objetivos propuestos. Para ello debemos comprobar nuevamente que el problema está claramente definido y es potencialmente solucionable, que los objetivos y metas están bien deter-

minados, que las actividades previstas cubren los objetivos marcados y que las normas de atención (protocolos) de cada actividad están bien descritas y son correctas.

3) Se entiende por **estructura** de un programa los recursos humanos, materiales y financieros implicados en el desarrollo del mismo. Pueden ser valorados aspectos como los proveedores (número, competencia profesional, disponibilidad, etc.), el presupuesto, las instalaciones, el equipo empleado, etc., siempre desde la doble óptica de cantidad y calidad. Dentro de la evaluación de la estructura, se consideran también aspectos organizativos del programa, como la disponibilidad del personal, las reuniones, los horarios de atención, la accesibilidad a los servicios o los sistemas de registro utilizados. Para no perderse en evaluaciones inútiles, debe tenerse en cuenta que solo merece la pena valorar aquellos recursos que puedan influir significativamente en el desarrollo del programa: un espirómetro en un programa de atención a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cualificación del personal que realiza educación para promover la lactancia materna o la disponibilidad de endoscopia de confirmación en un despistaje de cáncer de colon, por mencionar algunos ejemplos.

4) La evaluación del **proceso** equivale a la valoración de las actividades desarrolladas por los profesionales o los usuarios en cumplimiento de lo establecido en el programa. Es aquí donde se centran la mayoría de los estudios sobre la calidad de la atención prestada. También se valora aquí el grado de actividad del programa, bien en términos absolutos (número de diagnósticos realizados, exploraciones complementarias, derivaciones, etc.), relativos (porcentaje de actividades realizadas sobre el total de las previstas) o como tasas de cobertura (% de la población diana de la actividad alcanzado en un tiempo determinado). A esta visión cuantitativa del proceso se le suele llamar monitorización de la actividad. Otros aspectos del proceso que pueden ser evaluados son el cumplimiento (número de pacientes que siguen en programa), la idoneidad (¿los procedimientos se han realizado de manera apropiada?), la continuidad, la globalidad y la humanización de los servicios, así como los aspectos organizativos implantados para garantizarlos.

5) Dentro de los **resultados** del programa vamos a distinguir varios aspectos: la cobertura alcanzada, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la satisfacción del usuario. Para hacer una valoración global de los resultados, además de los beneficios debemos conocer los perjuicios causados y los costes del programa.

a) Ya hemos comentado que la **cobertura** es la proporción de la población diana (del programa o de cada una de las actividades) que ha sido alcanzada e incluida en el mismo.

Aunque suele ser lo habitual, no basta con obtener un porcentaje y listo, hemos de analizar los abandonos habidos (cronológicamente o por actividades) o, a la inversa, el cumplimiento. Eso nos dará una idea de dónde (en qué ac-

tividad) puede estar fallando nuestro programa. Podemos encontrarnos también con sesgos de cobertura, grupos de población a los que sistemáticamente no podemos acceder, ya sea debido a factores culturales, económicos, geográficos, organizativos (¡horarios!) o de cualquier otra índole. Este análisis es fundamental si deseamos conseguir la equidad en la atención sanitaria de nuestra población.

b) Aunque no es unánime la opinión de todos los autores, la mayoría considera que la **eficacia** (eficacia potencial según Pineault) de un programa es el efecto conseguido “en la población alcanzada”, mientras que la efectividad (eficacia real) es el efecto “en la población diana” (potencialmente alcanzable). Ambos conceptos se refieren a los logros en salud, pero el segundo lo referencia a la globalidad de la población susceptible, ya se hayan incluido en el programa o no. La eficacia depende básicamente de las características intrínsecas del programa y suele estudiarse mediante diseños experimentales; la efectividad depende de la eficacia de la intervención, del cumplimiento del programa por los usuarios y de la cobertura alcanzada. Simplificando, podemos decir que una intervención muy eficaz puede no ser tan efectiva si solo alcanza a una parte de la población a la que va dirigida, y menos aún si los pacientes incumplen las actividades indicadas.

Tanto la eficacia como la efectividad se calculan conforme a la fórmula siguiente (lo que varía entre una y otra es la población de referencia de los resultados): $E = (RR - RO)/(RR - RP) \times 100$. Siendo RR el resultado de referencia (o resultado estimado si no se hubiera realizado el programa), RO el resultado obtenido y RP el resultado previsto (meta prefijada en el programa). Por ejemplo, si un programa de fomento de la lactancia se plantea reducir de 20 (RR) a 10 (RP) el porcentaje de mujeres que no la inician, y se consigue que sea de 15 (RO), la efectividad sería: $E = (20 - 15)/(20 - 10) \times 100 = 50\%$.

Los indicadores de resultado no tienen por qué limitarse a aspectos como mortalidad evitada, casos prevenidos de enfermedad, pacientes controlados, complicaciones, invalideces ahorradas, etc.; pueden contemplar cuestiones como la mejora en la calidad de vida o los cambios de actitud de las personas, más próximas al concepto de utilidad. Cabe distinguir aquí entre resultados intermedios y finales; los primeros serían aquellos que previsiblemente (como el descenso de las cifras de colesterol o de tensión arterial) conducen al resultado último esperado (reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares).

c) Otro aspecto a estudiar dentro del análisis de los resultados del programa es la **satisfacción** de los usuarios, concepto multidimensional establecido a partir de su opinión sobre la atención recibida y que depende, básicamente, de la expectativa de servicio, de la aceptabilidad (en relación con la actuación del profesional: competencia técnica, respeto, cortesía, información aportada, etc.) y de la accesibilidad (en relación con las dificultades habidas para obtener la asistencia solicitada: ubicación, horario, trabas organizativas, etc.). La

satisfacción puede investigarse a través de encuestas específicas, análisis de reclamaciones, buzón de sugerencias, consejo de salud o cualquier otro medio de participación comunitaria.

Es importante incluir este indicador de evaluación, ya que se trata de una percepción subjetiva que complementa la evaluación habitual, basada en datos objetivos. Además, nos acerca a la medida de la utilidad, es decir, el valor atribuido por los individuos a los resultados obtenidos (generalmente medido mediante la calidad de vida). También hemos de recordar que los clientes internos, esto es, los profesionales que desarrollan las actividades del programa, deben ser interrogados sobre el programa y su opinión tenida en cuenta.

6) Hasta ahora solo hemos visto la evaluación de los componentes (estructura, proceso y resultado) de manera aislada. Si relacionásemos estructura y proceso estaríamos hablando de **productividad**. Son indicadores de productividad de un programa, por ejemplo, el “número de despistajes realizados por profesional”, el “número de exploraciones realizadas por tanto dinero invertido”, etc.

7) Cuando se establece una relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos, estamos valorando la **eficiencia** del programa. Indicadores como el “coste por caso diagnosticado”, “coste por vida salvada” o “coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC)” son cada día más frecuentes en la evaluación de las intervenciones sanitarias.

Ambos conceptos, productividad y eficiencia, entran dentro del campo de la evaluación económica. Los principales métodos de evaluación económica son el análisis de minimización de costes, el coste-beneficio, el coste-efectividad y el coste-utilidad. Un breve resumen para poderlos entender y diferenciar:

Métodos de evaluación económica

- **Análisis de minimización de costes:** las diferentes alternativas de intervención tienen la misma efectividad. Se elige la de menor coste.
- **Análisis coste beneficio:** tanto los costes como los resultados se miden en unidades monetarias. Permite conocer el saldo neto que produce la intervención de un determinado programa.
- **Análisis coste efectividad:** las diferentes alternativas de intervención obtienen distintos niveles de efectividad. Se elige la alternativa con menor coste por unidad de efectividad.
- **Análisis coste utilidad:** igual al anterior salvo que la efectividad se mide en años de vida ajustados por calidad.

La evaluación no finaliza con la obtención de indicadores. Es preciso unificar y resumir los datos obtenidos sobre los logros y los problemas detectados en el desarrollo de las actividades del programa, analizarlos y extraer unas conclu-

siones que den paso a propuestas concretas de acción futura: ¿suspendemos el programa?, ¿se continúa sin cambios?, ¿se modifica alguna actuación?, ¿se añaden nuevas actividades?, etc. No hacerlo así supone perder el tiempo.

Es importante tener en cuenta que en la mejora de la salud (*output* final de todo programa) influyen muchos factores externos no controlables, por lo que, antes de atribuir los resultados observados al programa en sí, hemos de considerar las posibles variables que hayan podido influir positiva o negativamente.

Sería interesante siempre disponer de un grupo control para evitar una mala interpretación de la realidad. Los resultados de la evaluación han de ser difundidos entre los profesionales, de forma agregada o resumida, en forma de indicadores adecuadamente estandarizados. Este *feed-back* (retroacción) de información a quienes la originan es fundamental para seguir implicando a los profesionales en el programa.

La evaluación es muy costosa. A la resistencia innata que todos tenemos a ser evaluados se unen otros factores, como la mala planificación de la misma, los sistemas de registro inadecuados, la ausencia de formación metodológica, la falta de tiempo, el sentimiento de que se trata de actividades impuestas desde la gerencia, etc., que hacen que la evaluación de los programas se quede en muchos casos en la descripción de las actividades realizadas. A pesar de estos problemas, estamos convencidos de que es un error muy grave trabajar de forma rutinaria sin saber si lo que hacemos sirve realmente para algo. Cuando desconocemos la eficacia de nuestras actividades, cuando no se evalúa la calidad de la atención prestada ni la aceptación de la misma por la población, estamos fracasando. No se debe trabajar con programas por inercia, debemos ser conscientes de la necesidad de poner en marcha un proceso sistemático (científico) de evaluación de nuestras actuaciones que nos permita mejorar. Solo en contadas ocasiones algunos autores recomiendan no hacer evaluación: cuando el programa es extremadamente popular y la población desea mantenerlo a toda costa o cuando la evaluación es tan costosa como la continuación del mismo y el programa “parece” ir bien.

En el proceso de evaluación debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Participación de los diferentes actores** (*stakeholders*). Cada grupo de actores tiene perspectivas diferentes sobre la evaluación del programa, y debemos tenerlas en cuenta para que el proceso de evaluación sea creíble y útil.
- **Descripción clara del programa**, incluyendo la necesidad a la que se dirige el mismo, los efectos esperados, las actividades desarrolladas, los recursos utilizados, el estado actual de desarrollo y el contexto donde se desarrolla. Es especialmente útil describir claramente el modelo lógico, la relación entre intervenciones y resultados esperados.
- **Diseño del modelo de evaluación**, que dependerá del propósito de la misma de los usuarios de la evaluación y del uso que vayan a realizar de la misma y de los límites de la evaluación. Habrá que determinar también la metodología (observacional frente a experimental, participativa o no,...) y en función de la misma, las fuentes de información y el tipo de datos que se van a recoger y los métodos

de análisis de estos. Es conveniente que todos estos aspectos se recojan en un protocolo o documento que obtenga el consenso de los diferentes intervinientes.

- **Recopilación de la evidencia.** Esta debe ser creíble (aceptada por los destinatarios de la evaluación) y útil. Pueden utilizarse indicadores (medidas específicas que deben dirigirse a los aspectos clave de éxito del programa), pero deben combinarse con otras fuentes de información como análisis de documentos, entrevistas con profesionales y usuarios, observaciones directas,...
- **Establecimiento de conclusiones,** que deben estar justificadas en la evidencia recopilada y que deben contestar a las preguntas clave de la evaluación marcadas por los actores que intervienen. En el establecimiento de conclusiones, debemos comparar los indicadores obtenidos respecto a los estándares preestablecidos, pero también analizar desviaciones, sintetizar información de varias fuentes, interpretar los hallazgos y establecer juicios a partir de los mismos. Las conclusiones deben finalizar con unas recomendaciones para la acción.
- **Comunicación de las lecciones aprendidas.** Los resultados de la evaluación deben servir para el crecimiento de la organización y por tanto deben comunicarse y discutirse con los responsables de la misma.

2.7.3. Sistema de información del programa

Información de cumplimiento del programa e información sobre la estrategia

Deber tenerse en cuenta que se necesitan dos tipos de información sobre la marcha de un programa: una sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de nuestro programa, y otra sobre los elementos significativos para nuestra estrategia:

1) Información para evaluar el cumplimiento de objetivos: información de resultados, de proceso y de estructura:

- Evaluación de resultados: indicadores de resultados de nuestras acciones (por ejemplo, cambios en los indicadores epidemiológicos, cambios en indicadores cualitativos de salud,...).
- Evaluación de proceso: indicadores de actividades (actividades realizadas en relación a objetivos de actividad), grado de cumplimentación de normas o procedimientos (a veces basta con evaluar solo una muestra, por ejemplo, de protocolos), información sobre dificultades durante el proceso, etc.
- Evaluación de estructura: información sobre los recursos movilizados (plantilla, presupuestos) y su situación respecto a las necesidades.

2) Información relevante para la estrategia: cambios en el entorno, en la organización y en el problema que abordamos, que pueden hacernos replantear la estrategia elegida (esta información puede recogerse mediante la confección de “portafolios”, o a través de observatorios, que nos van informando sobre la situación de un problema de salud y sus actores estratégicos).

Datos, información y conocimiento

- Es importante distinguir entre dato, información y conocimiento. El dato es generalmente un apunte en un registro (por ejemplo, “acto realizado” de consulta, inspección, reunión de grupo, etc.), que puede ser procesado numéricamente (“núm. de actos”). Para que se convierta en información necesita de un tratamiento, como el asociado al diseño de “un indicador” (por ejemplo, “núm. de actos por tipo de profesional por mes en comparación con el mes del año anterior”). El análisis de esta información permitirá tener un conocimiento relevante para el programa. No son raras las situaciones en las que se exige a los profesionales que registren datos, que después no son correctamente procesados (no se convierten en información): es decir, no se ha pensado en un plan de explotación del sistema de información, que define qué indicadores quiero, en qué formato, con qué frecuencia y quién va a recibir la información.
- Una vez que tengamos salidas de información, debemos analizar esta información para que se convierta en conocimiento. A veces tenemos planes de explotación, cuadros de mandos, etc., que generan periódicamente tablas, gráficos e indicadores, que no son analizados suficientemente. La información sin análisis no genera conocimiento. Así, no podremos modificar el programa y estamos abocados a la repetición de los errores, es decir, a la burocracia.

El diseño de evaluación puede abordar diferentes aspectos, dentro de los que se destacan:

- Valoración de necesidades: se refiere a si el programa es necesario o no. También se evalúan las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa.
- Conceptualización del programa: Se refiere al hecho de si el programa está bien diseñado.
- Operatividad del programa: En este aspecto se evalúan la implementación del programa.
- Resultados e impactos del programa: Se investiga si el programa está alcanzando los resultados deseados e inclusive si hay efectos colaterales positivos o negativos no previstos.
- Costo y eficiencia del programa: Se determina si el programa es costo efectivo, si es sostenible en el tiempo.

Ahora bien, estos diferentes aspectos se pueden abordar desde diferentes tipos de diseño.

1) **Estudio de casos:** Se basa en que se escoge un grupo de personas a las cuales se les aplica el programa y luego se evalúan los resultados del programa. Su limitación está en el hecho de que no se pueden generalizar los resultados. Sin embargo, puede ser utilizado cuando se está comenzando a aplicar el programa como proyecto piloto a los fines de hacer los ajustes iniciales necesarios.

2) **Pretest-postest:** consiste en escoger a un grupo de personas a las que no se les haya ejecutado el programa y se les sensibiliza para que accedan a este. Evaluándose antes y después de administrar el programa los aspectos que interesan. Su limitación es que los resultados obtenidos en la evaluación pueden contener sesgos, producto de la reciente introducción del programa.

3) **Comparación de grupos:** En este caso se seleccionan dos grupos de personas: uno que haya accedido al programa y otro que no tenga acceso al mismo comparándose los resultados que se esperan obtener con el programa en ambos grupos, siendo el acceso al programa la variable de control. La limitación principal es que los resultados pueden estar afectados por la variable de control que se establece entre los dos grupos.

4) **Pretest-postest con grupo control:** Se trata de seleccionar en forma aleatoria dos grupos que estén en condiciones de acceder al programa y se les aplica un pretest. Posteriormente, al primer grupo se le suministra información sobre el programa y se aplica un postest. La principal limitación es que se puede encontrar un incremento del uso del programa por parte de ambos grupos motivados por la aplicación del pretest.

5) **Diseño Salomón con cuatro grupos:** Se seleccionan en forma aleatoria cuatro grupos que estén en condiciones de acceder al programa, al grupo 1 y 2 se les aplicara el pretest y al grupo 1 y 3 se les dará información sobre el programa. El postest se les aplicará a los cuatro grupos. La limitación principal es que los resultados obtenidos pueden deberse a que los grupos participantes están conociendo en el corto plazo los efectos del programa tanto de manera indirecta (con el pretest) como de manera directa (con la información suministrada sobre el programa).

6) **Postest con grupo control:** Para este diseño se seleccionan dos grupos de personas que estén en condiciones de acceder al programa, solo al primer grupo se les suministra información sobre el programa y se aplica un postest a ambos grupos. La limitación consiste en que al omitir el pretest no se puede verificar si la selección fue aleatoria, lo que puede llevar a sesgos y a interpretar los resultados de forma errónea.

7) **Series de tiempo:** Consiste en seleccionar un grupo de personas que puedan acceder al programa y se les aplica un pretest por un largo periodo de tiempo. Posteriormente se les da información sobre el programa y se les aplica el instrumento de evaluación nuevamente a lo largo de un periodo de tiempo. Una de las ventajas es que este tipo de diseño permite evaluar las ventajas del

programa en el largo plazo, más allá del efecto novedad de los casos anteriores. Su limitación es que no hay control sobre agentes externos que puedan estar influyendo en los resultados encontrados, que no dependan del programa y que coincidan con la aplicación del estudio.

8) Muestras temporales equivalentes: Se escoge un grupo de personas que puedan acceder al programa, se les da información sobre el mismo y se aplica un instrumento de evaluación. En un segundo momento se le impide al grupo el acceso al programa, aplicándose nuevamente el instrumento de evaluación. En un tercer momento se les permite acceder al programa y se aplica nuevamente el instrumento de evaluación. Los momentos 2 y 3 se repiten en forma alternativa varias veces. La principal limitación es que se corre el riesgo de estar midiendo los efectos transitorios de la disponibilidad del programa.

9) Diseño con grupo control no equivalente: Se seleccionan dos grupos y a cada grupo se le aplica un pretest. A uno de los grupos se le da acceso al programa y luego se aplica un posttest. La principal desventaja es el sesgo de selección de los grupos.

10) Series de tiempo múltiple: Se seleccionan dos grupos y a ambos grupos se les aplica un pretest varias veces a lo largo del tiempo. A uno de los grupos se le da acceso al programa y luego se aplica el posttest a los dos grupos varias veces en el tiempo. Su limitación consiste en que la continua aplicación del instrumento de evaluación puede llevar al uso forzado del programa.

11) Análisis de regresión discontinua: Consiste en seleccionar un grupo de personas que estén usando el programa y se les aplica un instrumento de evaluación que permita obtener información sobre su situación antes y después de acceder al programa. La limitación de este método consiste en el sesgo que existe al seleccionar personas que ya por estar usando el programa conocen sus beneficios.

Estos diseños corresponden a propuestas dirigidas a evaluar el programa desde la perspectiva de los usuarios del mismo.

Es necesario plantear, además, la necesidad de sistematizar los diferentes enfoques al realizar la evaluación. Es decir, el marco desde donde se hace la evaluación del programa, lo que puede estar en sintonía con el contexto en donde se aplica el programa.

En el caso del sector salud y partiendo de la experiencia acumulada en el ejercicio de la salud pública así como de la revisión bibliográfica, se puede plantear un marco de análisis donde se incluyan las siguientes perspectivas: a) del usuario (individual); b) comunitaria (grupal); c) de los ejecutores del programa (institucional); d) de diseño de política pública (gubernamental) y e) de instituciones académicas (externa).

Tendencias en la evaluación de programas de salud

Los planteamientos actuales reflejan que existe interés por conocer los siguientes aspectos de los programas de salud:

- **Valoración de necesidades:** Donde el aspecto clave a evaluar es la pertinencia de los objetivos del programa para satisfacer las necesidades de la población objetivo. El punto clave es conocer si antes de diseñar el programa se ha hecho una adecuada valoración de necesidades desde el punto de vista de la población objetivo.
- **Teoría de programa:** Algunos autores lo mencionan como lógica del programa o evaluación dirigida por la teoría. Este planteamiento coloca el énfasis de la evaluación en el conjunto de supuestos sobre la forma en que el programa producirá los beneficios que se esperan, o en qué forma las acciones del programa lograrán los resultados deseados. La literatura señala que cuando la teoría del programa no ha sido articulada o formalmente establecida de antemano por los diseñadores, es tarea de los evaluadores hacerla explícita. Esto se conoce con el nombre de “evaluación de caja negra”.
- **Evaluación de impacto:** Esta evaluación implica establecer evidencias de relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población. Esto requiere el diseño de estudios rigurosos que permitan controlar el efecto de otras variables que pueden estar afectando los resultados de salud y que no tienen nada que ver con el programa.
- **Evaluación de calidad:** Este tipo de evaluación se basa en conceptualizar la calidad como un atributo del proceso de salud que debe tomar en cuenta la perspectiva clínica y la poblacional para definir las dimensiones de calidad que se evaluarán en un programa de salud.

Para concluir lo referente al proceso de evaluación de programas de salud, es necesario destacar que no solamente el diseño de evaluación y el enfoque son importantes para el éxito de un proceso de evaluación, sino también el hecho de considerar las metodologías de trabajo y la conformación del grupo que realizará la evaluación.

Otros elementos a considerar son los relacionados a que se hace necesaria la integración de diferentes aspectos:

- a) entre evaluadores de países desarrollados y evaluadores de países en vías de desarrollo;
- b) entre metodologías cualitativas y cuantitativas;

c) entre las personas beneficiarias del programa y los evaluadores, e

d) integrar los requisitos de información de agencias internacionales que financian los programas con las tradiciones de investigación, contextos sociales y políticos de los países en vías de desarrollo. Lograr esto evidentemente pasa por fortalecer la capacidad técnica en los países en vías de desarrollo.

Algunos apuntes sobre el sistema de planificación del sector salud en los países en desarrollo:

- La planificación gubernamental tiene que reconocer los aportes reales y potenciales (tanto positivos como negativos) de otros sectores de salud, como el sector privado y las ONG.
- Deberían tenerse en cuenta las especialidades más desfavorecidas, como salud pública y salud mental, si estamos mirando a los profesionales como grupos de presión en la planificación.
- Los procesos adecuados a nivel nacional, junto con las decisiones adoptadas por los organismos donantes.
- Los planes de salud tiene que ampliar e incorporar a cabo acciones apropiadas en relación con otros sectores.
- Nuevas formas de incentivos y poderes reguladores son necesarios en contraste con los enfoques tradicionales de gestión (de mando y control).

Últimamente, la planificación no consiste únicamente en hacer frente a los cambios en el futuro, sino también con solución a los problemas actuales de una manera que tendrá un efecto en el futuro. Como enfrentar el cambio del patrón de enfermedades como resultado del envejecimiento de la población y también las enfermedades nuevas infecciosas, como el H1N1 o coronavirus.

2.8. Anexos

Los programas suelen incluir al final determinados anexos útiles para el profesional, pero que no son estrictamente necesarios para comprender la organización de las actividades.

Pueden verse con frecuencia anexos sobre:

- Pautas de tratamiento de enfermedades o manejo de situaciones urgentes o especiales.

- Procedimientos más o menos complejos en el desarrollo de alguna actividad: explicación detallada sobre la forma de aplicación de las diversas técnicas usadas, instrucciones de uso de aparatos, etc.
- Modelos de los sistemas de registro que se van a utilizar o instrucciones sobre los registros informatizados.
- Hojas que se entregarán a los pacientes con información básica, normas higiénicas, dietas, etc.

Bibliografía

(2000). "A Planning Framework For Public Health Practice." *The National Public Health Partnership*. Australia. <http://www.nphp.gov.au/publications/phpractice/planfrwk.pdf> [consultado 10/06/2013]

Berra, S.; Elorza Ricart, J. M.; Bartomeu, N.; Hausmann, S.; Serra-Sutton, V.; Rajmil, L. (mayo, 2004). Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Birdwell, S. W.; Calesari, H. (1996). "Identifying health needs of rural Ohio citizens: an evaluation of a two-stage methodology". *J Rural Health* (núm. 12, pág. 130-6).

Bradshaw, J. (1972). "A taxonomy of social need". En: G. McLachlan (ed.). *Problems and progress in medical care* (7.ª series). Londres: Oxford University Press.

Bradt, D. A.; Drummond, C. M. (2003). "Rapid epidemiological assessment of health status in displaced populations – An evolution toward standardized minimum, essential data sets". *Prehospital Disaster Med.* (núm. 18, pág. 178-85).

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Green, L. W.; Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain view: Mayfields Publishing Company.

Health Authority Health Needs Assessment Task Group (2000). *Health needs assessment: A guide for Regional Health Authorities*. Edmonton, Alberta: Alberta Health and Wellness.

Hernández, I.; Aibar, C.; Aranaz, J. M.; Lumbreras, B. (2008). "Planificación y programación en atención a la salud". En: G. Piédrola y otros. *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11.ª ed.). Madrid: Elsevier.

Knox, E. G. (1987). *La epidemiología en la planificación de atención a la salud* (2.ª ed.). México: Siglo XVI.

Larrosa, M.; Surís, X.; Pueyo, M. J.; Auleda, J.; de la Puente, M. L. (2012). "La planificación sanitaria en las enfermedades reumáticas. Elaboración de un plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña". *Reumatol Clin.* (mar-abr, vol. 2, núm. 8, pág. 72-7).

López Fernández, L. A.; Sevilla García, E. (2001). "Los programas médico-preventivos". En: Martínez Navarro y otros (eds). *Salud Pública*. Barcelona.

Maqueda Lafuente, J. (1996). *Cuadernos de dirección estratégica y planificación*. Madrid: APD/Díaz de Santos.

Pineault, R.; Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, S. A. y Salud y Gestión.

Ricard Tresserras, R.; Grupo de Trabajo de Planes Directores (2008). *Med. Clin.* (núm. 131, supl. 4, pág. 42-6). Barcelona.

Repullo, J. R. (febr., 1999). *Conceptos y metodologías en la planificación sanitaria* (curso). Elaboración propia. Escuela Nacional de Sanidad.

Stevens, A.; Raftery, J. (1994). (eds.). *Health care needs assessment – the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Tudor Hart J. (1971). "The inverse care law". *Lancet.* (núm. 1, pág. 405-412).

Williams R, Wright J. (1998). Epidemiological issues in health needs assessment. *BMJ* (núm. 316, pág. 1379-1382).

Wright, J.; Williams, R.; Wilkinson, J. R. (1998). "Development and importance of health needs assessment". *BMJ* (núm. 316, pág. 1310-1313).

Zhang T, Chen Y. (2006). "Meeting the needs of elderly people in China". *BMJ* (núm. 333, pág. 363-4).

