

## LA PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD

*María de los Ángeles Mestorino*

### 1.- El punto de partida es la salud

El punto de partida de todo proceso de planificación sanitaria es la salud. Se desarrolla en los campos: a) de la prevención y la asistencia y b) sobre los servicios de salud.

Según la definición de la O.M.S. *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad.”*

Según Goldberg hay un enfoque **perceptual** (percepción de bienestar); un enfoque **funcional** (estado de capacidad óptima de un individuo para cumplir eficazmente las funciones y tareas para las que fue preparado) y un enfoque de **adaptación** acertada y permanente de un organismo a su entorno.

Bonnevie sintetiza que: *“la salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y sociales para cumplir las funciones fundamentales que sólo pueden serlo por un proceso de adaptación”*.

*La esperanza de vida en buena salud predice al individuo el promedio de tiempo que puede esperar vivir sin limitación de sus actividades* (Bonnevie, 1973).

Una definición social de la salud es necesaria para poder instaurar programas sanitarios. La salud es **multidimensional**: en lo social, cultural y económico y es **multifactorial**: factores: biológico, del entorno, de los estilos de vida y del sistema sanitario (Rochón).

### 2.- La planificación tiene sus bases

La planificación se basa en múltiples disciplinas:

- 1) Puede fundamentarse en la epidemiología y la salud pública buscando los problemas y sus causas y proponiendo un programa de intervención.  
Las variables serán: edad, sexo, clase social, nivel de educación, nivel de ingresos y las demás características que puedan asociarse a la aparición de alteraciones físicas y/o mentales.
- 2) Puede también investigarse a partir de las ciencias sociales, abordando los determinantes de la salud sobre los que se plantean acciones que pasarán a modificar el campo de la salud / enfermedad.

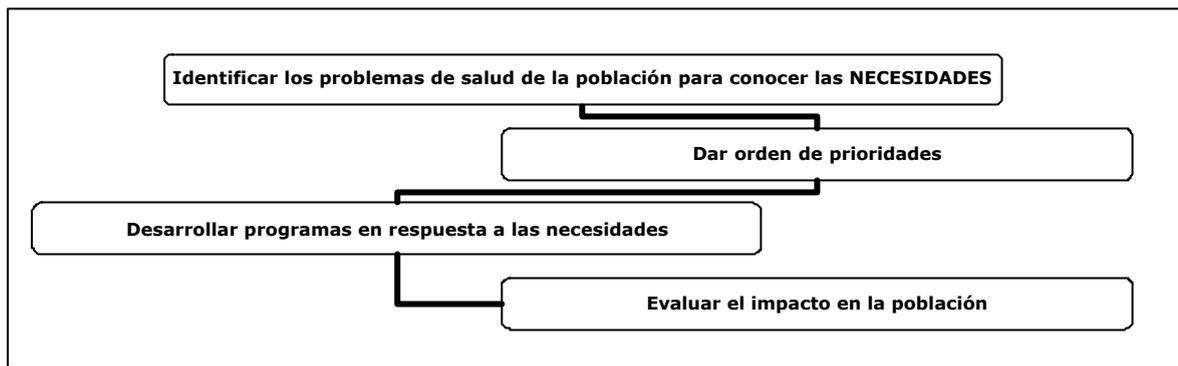
Describe el hábitat humano, el entorno, las interrelaciones en la comunidad con variables topográficas, socio-demográficas, factores poblacionales, instituciones, indicadores de salud/enfermedad y estilos de vida.

Siendo la salud el objetivo de la planificación, estos enfoques deben ser **complementarios**.

La **salud pública** da pie al desarrollo de la **salud comunitaria** que:

- I. Ingresos los conceptos de adecuación de las necesidades de salud a los recursos disponibles.
- II. Ingresos indicadores sentidos; así, a los epidemiológicos se suman los psico-sociales.
- III. Propone una continuidad entre lo preventivo y lo curativo.

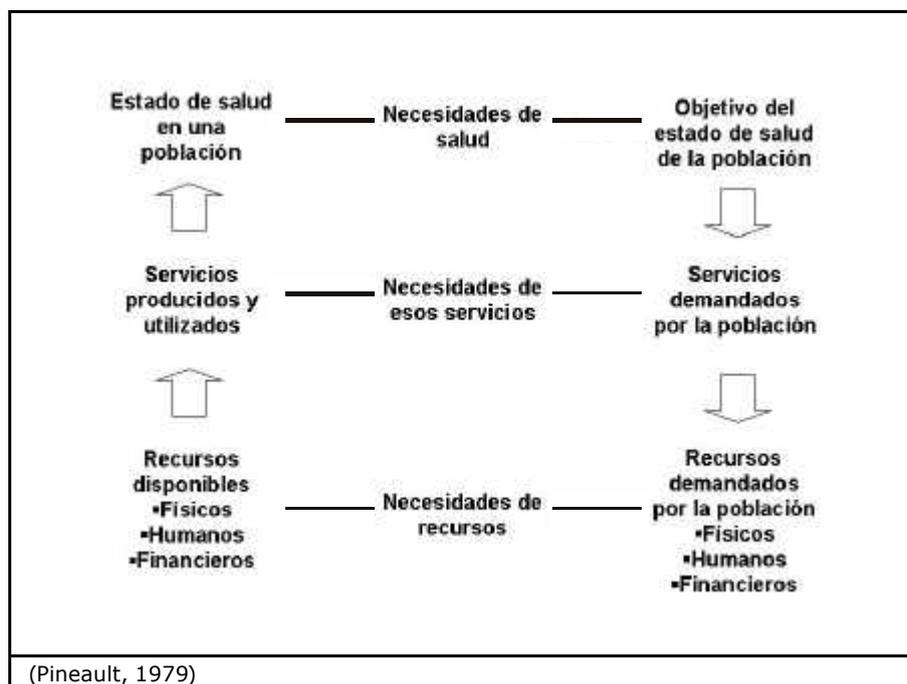
La propuesta es [Cuadro 2.a]:



Cuadro 2.a

Cuando se parte del estado de la población y sus necesidades y se incorporan los determinantes de la salud con el modelo de Lalonde: (estilos de vida, entornos, factores biológicos y sistema de salud) y se encuentran los componentes:

- El objetivo de salud expresado en indicadores socio-demográficos y epidemiológicos.
- Las actividades y / o servicios.
- Los recursos: humanos, físicos y financieros.
- La tarea de establecer planes que prevean a futuro a partir de una situación presente.



Cuadro 2.b

- Un sistema de salud relaciona todos los determinantes de la salud; mientras que un sistema sanitario se refiere a la red de servicios y recursos destinados a mantener o mejorar la salud. De ahí la necesidad de la articulación de una política de salud que organice los recursos y servicios con los reales objetivos de salud. Ejemplo [Cuadro 2.c]:

OBJETIVOS DE		
Salud	Cuidados	Recursos
Disminuir la mortalidad por enfermedades por envejecimiento	Asegurar una continuidad en los cuidados en prevención y en los niveles de prevención	Proveer a la disponibilidad de recursos necesarios
Reducir la incidencia de la malnutrición de la infancia	Actuar de forma que los servicios ofrecidos estén de acuerdo con las normas de buena accesibilidad y de buena práctica	Incrementar la eficiencia en la provisión de servicios

Cuadro 2.c

### 3.- Hay diversos tipos de planificación

“ Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y evaluar lo que se hará antes de la acción” (Begin, 1979).

Las definiciones de planificación permiten identificar los elementos que caracterizan su proceso; así:

- Es una tarea prospectiva.
- Posibilita la relación entre las acciones propuestas y los efectos que se persiguen.
- Planifica la acción y el cambio.
- Es un proceso continuo y dinámico, se adapta a situaciones particulares; existe dentro del proceso una evaluación continua en las diferentes etapas y se realiza una evaluación final.
- Es de naturaleza multidisciplinaria.
- El interés de la planificación difiere según las distintas disciplinas, así el economista se interesará por el rendimiento en los recursos, el administrador centrará su atención en el aumento de eficiencia en la empresa y su posicionamiento en el entorno competitivo; el político se sentirá preocupado por la oportunidad en la toma de decisiones y la relación con los actores del proceso.

Los criterios para definir los tipos de planificación son variados y se confunden en ocasiones, pero se fundamentan en:

- 1- El nivel de extensión del proceso.
- 2- Las perspectivas de la organización de la población.
- 3- El enfoque racional o pragmático.
- 4- El contexto sociopolítico o entorno de la planificación.

#### 3.1.- Según el nivel de extensión del proceso

a) El **más alto nivel**, brinda una orientación general hacia donde se tiene que dirigir -es la **planificación normativa o política** - conlleva valores e ideología. .

Se propone a nivel gubernamental, ministerial o de organismos sanitarios y es corrientemente a largo plazo. (¿Qué deberíamos hacer?).

b) El **segundo nivel**, con mayor grado de especificidad, es la **planificación estratégica**; se trata de lo posible a ser realizado. Se deciden prioridades y las alternativas de acción que tendrán consecuencias en el mediano y el largo plazo. (¿Qué vamos a hacer?). Tiene planes de acción concretos para cumplir con los objetivos, contando con elementos internos de la organización y externos del entorno.

c) El **tercer nivel**, cuenta con los objetivos generales y específicos; es la **planificación táctica o estructural** que incorpora y dispone actividades y recursos; su producto es el **programa**.

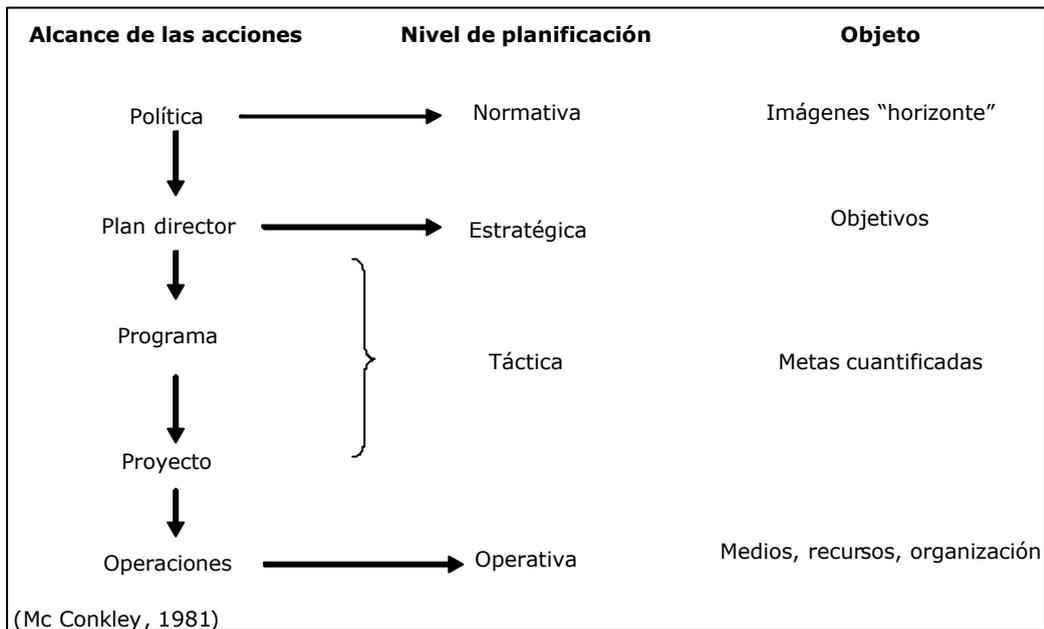
Una variante constituye el **proyecto**; que tiene objetivos a corto plazo. Es menos permanente y sirve como evaluación o investigación, se integra a los programas; cuenta en general con estructuras menos rígidas y con recursos destinados al evento.

La planificación engloba la programación; que es una prolongación más específica y operacional, asegura una coherencia entre el alcance y la profundidad de acción que se obtiene con la programación.

d) El plan concreto de puesta en marcha, es objeto de la **planificación operativa** -con decisiones a corto plazo- desarrollo de actividades, comentarios de ejecución y gestión de recursos.

Hay que destacar en esta jerarquización, que importa seguir un orden lógico más que ceñirse a un esquema fijo o dogmático [Cuadro 3.1.a, 3.1.b].

### Elementos de una planificación integral



Cuadro 3.1.a

TIPO DE PLANIFICACIÓN	DURACIÓN	FIN	ACTIVIDADES Y PROCESOS	FORMALIZACIÓN
<b>NORMATIVA</b>	5 a 10 años	Definición de los fines y de los grandes lineamientos	Orientaciones y prioridades	Plan
<b>ESTRATÉGICA</b>	3 a 5 años	Disposición de recursos	Organización de recursos y actividades para alcanzar los objetivos	Programa
<b>TÁCTICA</b>	1 año	Utilización de los recursos	Desarrollo de las actividades en el tiempo y en el espacio	Gestión de operaciones

Etc. (Pineault, 1979)

Cuadro 3.1.b

Los distintos niveles de objetivos constituyen una red organizada, en un sistema integrado de planificación, en la que los elementos son interdependientes.

La ausencia de una política de salud conduciría a que las intervenciones, los cuidados de la salud y los recursos aprobados tendieran a planificarse con una lógica propia, alejándose de una finalidad global de salud mientras que la falta de una planificación estratégica crearía un vacío de coordinación y complementación con otros efectos del mismo territorio.

### 3.2.- Según la perspectiva de origen el proceso de planificación

Se cuenta:

- a. Que se planifique según las demandas de la población (enfoque poblacional).
- b. Que se planifiquen en relación con las conveniencias del grupo planificador (enfoque administrativo).

Estas posiciones están en los extremos; podría marcarse para la **a)** que puede ignorar el recurso existente, o intervenir en la demanda grupos de presión que pudieran ser no representativos de la población mayoritaria; y para **b)**, que si bien importa la población, sus necesidades no serían las determinantes; la organización es tomada como centro del proceso de planificación, incluye las fortalezas, debilidades y recursos y asigna al entorno el rol un mercado con desigual capacidad de expansión y con posibilidades de manipulación según las estrategias que decida la organización.

Una perspectiva que sólo tuviera en cuenta los recursos en el ámbito de la atención médica podría condenarse al fracaso si no se adecuara a las perspectivas epidemiológicas -poblacionales.

Una perspectiva puramente poblacional con abstracción de los recursos existentes sería ineficaz.

La realidad nos conduce a un modelo en el que la organización debe tener lazos de interacción con el entorno.

### 3.3.- Planificación según perspectiva: racional o pragmática

Se basa en la necesidad de una aplicabilidad de un plan o programa. También se muestran dos perspectivas o modelos extremos de planificación [Cuadro 3.3.a].

#### Perspectivas para la planificación

<b>Racional</b>	<b>Pragmática</b>
Técnica; tecnocrática	Participativa, acción comunitaria, política.
Métodos objetivos, cuantitativos, (duros).	Métodos subjetivos, cualitativos, (blandos).
Lógica sin desviarse	Lógica adaptativa, gradual, oportuna.
A menudo no tiene en cuenta dificultades y /o factibilidad	Tiene en cuenta factibilidad.
A menudo es independiente de la programación	Integrada a la programación y a la puesta en marcha.
Importancia del rol del experto	Menos importante el papel del experto; experiencia no técnica.
El plan ideal	El plan posible.
Se pretende no influida por los elementos políticos.	Intenta integrar los elementos políticos.

Cuadro 3.3.a

El modelo racional está basado en datos objetivos; centrado en lo profesional; el resultado es un documento técnico y lógico.

Tiene a menudo baja estrategia de realización y pocos vínculos con la programación general. Como se basa en el conocimiento cuantificado evita en general la inferencia de grupos de presión pero ignora elementos de factibilidad.

Las prioridades en la programación se pueden tomar a partir de indicadores epidemiológicos pero este enfoque puede ignorar lo que la población toma como prioritario.

En la perspectiva pragmática, la meta es la acción (modelo de acción comunitaria), no hay una línea de conducta predeterminada sino que se atiende a los requerimientos o acontecimientos exteriores, estando expuesta a grupos de presión, pueden existir problemas de representatividad y ocurrir que grupos de mayor peso para inclinar una decisión no sean los que persigan mayores beneficios para la comunidad.

**Un planificador eficaz debe ser *un buen técnico* en base a su experiencia y competencia técnicas y *un buen estratega* que comprende, integra y manipula el contexto socio-político de la planificación.**

### 3.4.- Según el contexto socio político

Los valores sociales crean normas y expectativas y contribuyen a la formulación de objetivos.

Así tomaremos nuevamente dos situaciones extremas: La posición liberal y la posición igualitaria.

La **posición liberal** pone acento en el éxito personal, en la libertad del individuo respecto del poder (Estado). Implica el estilo *laissez-faire* o ausencia de planificación en provecho de las leyes de mercado.

La **posición igualitaria** se fundamenta en el principio de igualdad de oportunidades que se ofrecen a los individuos.

Los casos más importantes serían los intermedios por aplicabilidad en cada país según los ejes liberalismo/igualitarismo en que se fundamente el sistema sanitario.

<b>Valores sociales que influyen la elección en la planificación de salud</b>		
<b>VALORES TEMAS</b>	<b>LIBERALES</b>	<b>IGUALITARIA</b>
	Importancia de la libertad del individuo frente al poder del Estado y al éxito personal	Importancia de la igualdad de oportunidades entre los individuos
<b>Responsabilidad del individuo</b>	Todo beneficio o servicio debe ser merecido (incluyendo los de salud)	Los servicios "básicos" son considerados derechos más que privilegios
<b>Conciencia social</b>	Filantropía y caridad entre los individuos es un modo de brindar ayuda a los más necesitados	El Estado es el garante de que todos los individuos gocen de los mismos beneficios. La caridad es degradante
<b>Libertad</b>	El Estado limita la libertad de los individuos	El Estado es el garante de que todos los individuos gocen de las libertades mínimas
<b>Igualdad</b>	Reconoce la igualdad ante la ley	Lo primordial es la igualdad de oportunidades para la realización de los individuos

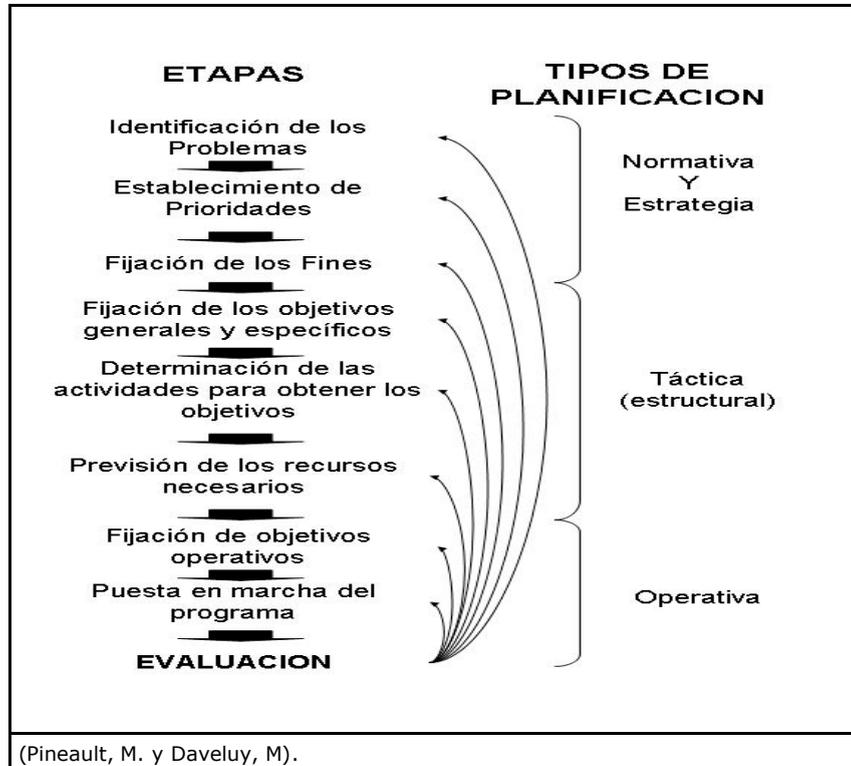
(Donabedian, 1973)

Cuadro 3.4.a.

#### 4.- El proceso de planificación tiene etapas

Se debe considerar al **programa** como prolongación operacional del **plan**. Se utilizará la descripción de la planificación por programas.

#### *Etapas del proceso de planificación en salud y tipos de planificación correspondientes*



Cuadro 4

1)- Los **problemas de salud** se definen según los indicadores epidemiológicos, además de aquellos que reflejen la percepción de la población sobre su estado de salud y sus necesidades.

2)- Las **prioridades**, surgirán en base a los problemas identificados y sus posibles soluciones. Constituyen las etapas preliminares de la planificación y están dentro de lo normativo-estratégico.

3)- La planificación/programación empieza en la **determinación de objetivos**; seguido del **ordenamiento de actividades** y del **enfoque de recursos**. Esta puesta en marcha corresponde a la planificación operacional.

*“Un programa de salud esta constituido por un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y el espacio en vista de conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud en particular”* (Pineault, R., 1979:7).

4)- La última etapa es la **evaluación**, en la que se cuestiona sucesivamente: la pertinencia de los objetivos, su grado de consecución, el ajuste de las actividades llevadas a cabo, la adecuación de recursos a las actividades y su puesta en marcha.

La planificación por programas en el campo de la Salud Pública es aplicable en los campos de la prevención y de la recuperación de la salud; siendo este último el más complejo, requiere mayores recursos y conlleva mayores dificultades.

Puede ser utilizado en distintos niveles de desarrollo, en los países industrializados, dentro de un esquema racional de organización, así como los que están en vías de desarrollo, con recursos limitados y con necesidad de racionalizar los gastos.

#### 4.1- Las necesidades de la población deben determinarse

Se debe considerar en la comunidad y a sus actores implicados que representan grupos con intereses distintos y a veces contrapuestos, que dificultan la obtención de un consenso sobre las necesidades de la comunidad. De ahí que los planificadores necesiten un sólida formación técnica y estratégica. Esto incluye la metodología de estudio de los problemas, el inventario de los recursos y el análisis de los datos.

Los elementos que surjan de esta etapa se utilizarán en la formulación de la problemática sanitaria en sus perfiles demográfico, sanitario y de utilización de los recursos y a partir de ellos se seleccionarán las prioridades.

¿Cómo definir necesidad?

**Necesidad** representa lo que se requiere para solucionar un problema identificado. Se puede medir en relación a la norma estimando cuál es la desviación. Cuanto más grande es la desviación con respecto a la norma, más importante es la necesidad de salud.

**La necesidad de salud implica además una necesidad de servicios de salud**

Puede haber necesidades sin existir problemas en la población (un recién nacido normal tiene necesidades de prevención y protección sin haber manifestado problema alguno).

Las **necesidades sociales** hablan de las contribuciones de las partes a las necesidades del conjunto y los requerimientos que una sociedad debe satisfacer para mantenerse. Por ejemplo la renovación de los recursos a medida que se agotan.

Se identifican necesidades de cuatro tipos:

- I. Necesidad **normativa**: La relaciona con el cumplimiento de determinadas normas deseables u óptimas.
- II. Necesidad **sentida**: En relación con la percepción de las personas sobre sus problemas de salud o de los servicios.
- III. Necesidad **expresada**: Según la demanda de cuidados o servicios (en relación con la sensibilidad individual y/o grupal).
- IV. Necesidad **comparativa**: A partir de indicadores tomados como normales.

Hay necesidades universales (todas las sociedades las tienen) pero hay respuestas alternativas que no son equivalentes pues difieren en su eficacia (Etzioni). J. Rawls escribe:

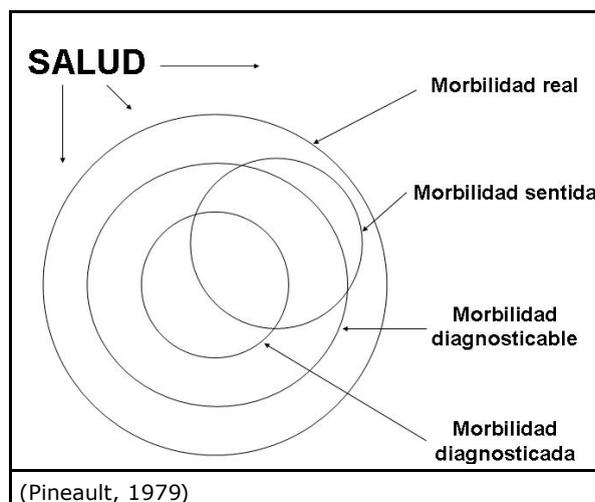
*“ Los individuos encuentran su bien de diferentes maneras y muchas cosas que son buenas para una persona, tal vez no sean buenas para otra. Por tanto, en una sociedad bien ordenada los planes de vida de los individuos son diferentes en el sentido que otorgan prioridad a diferentes objetivos y las personas quedan en libertad para determinar su bien; mientras que la opinión de los demás sólo sirve como referencia para consultar.”* (Rawe, 1978)

#### 4.2.- El estudio de necesidades es organizado

En el inicio del estudio de las necesidades de la población cabe preguntarse si el mismo es pertinente. Se debe tener en cuenta que este tipo de investigación es costosa, compleja y que crea expectativas en la población. ¿Si se revisan estudios previos podrían obtenerse datos suficientes para la planificación?

El estudio de las necesidades debe basarse y/o tener en cuenta los medios y los recursos disponibles; pero la investigación de necesidades no siempre está en función de los recursos de que se disponga, es un tema controversial el análisis de situaciones de necesidad en forma

independiente de la existencia o no de recursos para la intervención. Distintas apreciaciones acerca del estado de salud, pueden esquematizarse en el cuadro 4.2.



Cuadro 4.2.

La percepción de molestias corresponde a la *morbilidad sentida*; si avanza a un estudio e identificación, es una *morbilidad diagnosticada*, permitiendo la actuación profesional y existe una *morbilidad real*, que excede la sensibilidad del paciente y el acceso profesional.

El **estudio de las necesidades** implica el conocimiento de una situación presente y un estado de salud deseado. Se requiere para ello la identificación de problemas que aquejan a la población; su medida e interpretación y análisis con los que se podrán definir las necesidades que por fin serán clasificadas según un orden de prioridades.

Se agrega a este conocimiento, el de los factores sociales y culturales de la población, así como de los recursos que la comunidad posee y sus posibilidades de utilización.

Se debe **definir un grupo responsable** para el estudio, en el que intervengan quienes conozcan los intereses de los grupos afectados y que a la vez puedan estar enriquecidos con representantes de la comunidad.

Las funciones del grupo se resumen en:

- a) Establecer la pertinencia del estudio de las necesidades.
- b) La determinación de los fines de dicho estudio (lanzamiento de un programa, redistribución de recursos, etc.)
- c) Definición de la población en estudio, que podrá incluir al conjunto de sujetos que responden a distintos criterios, o a ficheros o a casos. Abarcará a un área geográfica de residencia o de la distribución de servicios de salud y sus áreas de influencia o bien a población de riesgo o afectada.
- d) Elección del tipo de indicadores. Los métodos de identificación de necesidades podrán ser subjetivos (satisfacción del usuario) u objetivos u observables (medidas estadísticas, morbilidad, etc.) y deberán representar fielmente las necesidades sanitarias. Respondiendo a los criterios de:

- **Sensibilidad:** Identifica la presencia de una característica que se quiere valorar.
- **Especificidad:** Responde a la identificación de una característica en una población diferenciándola de la que no la presenta.
- **Validez:** Posibilidad de ser medida.
- **Fiabilidad:** Dan los mismos resultados cuando se repiten las mediciones.

Los métodos empleados serán aceptables y aceptados por los investigados y por los investigadores.

- e) Localizar las fuentes de información y de fondos.

- f) Elegir los procedimientos y métodos para el estudio de necesidades.
- g) Elaborar un protocolo.
- h) Recoger la información.
- i) Analizar e interpretar los resultados.
- j) Elaborar y redactar el informe.

#### 4.2.1.- Enfoque por indicadores

Es el más frecuentemente utilizado; no produce nueva información sino que analiza la existente y deduce necesidades. Los indicadores sanitarios y socio-demográficos son medidas del estado de salud y/o predictores de necesidades; sirven de elementos de comparación entre un estado de salud dado y el estado de salud objetivo; ayudan a establecer prioridades y sirven de medida de evaluación de eficacia de servicios de salud.

La expresión de los indicadores debe ser en porcentajes, tasas o razones para facilitar la comparación.

Los **indicadores** representan una sola clase de datos: mortalidad o morbilidad; (los **índices** combinan elementos dispares y son medidas complejas).

Indicadores **socio-demográficos** comprenden la composición por sexo y edad, representación de pirámides de población y sus cambios en el tiempo en relación con los crecimientos vegetativo y migratorio.

Las proyecciones permiten, con un marco teórico aceptable determinar la forma de actuación en el futuro de las diferentes variables anotadas. Ejemplo: la importancia del envejecimiento de la población y las necesidades de cuidados y recursos hospitalarios y los recursos físicos y financieros que deban destinarse para dar cobertura a esas necesidades.

Los indicadores de nivel **socio-económicos** influyen directamente en la morbilidad y la mortalidad de una población; los datos raciales afectan indudablemente sobre los indicadores en relación con pautas culturales y niveles de accesibilidad y en relación directa con el medio ambiente social y económico.

Los problemas de salud: diabetes, psicopatías, hipertensión, afecciones auditivas y visuales, bronco-neumopatías, artritis, no sólo son más frecuentes en los estratos de renta baja sino que son en ellos más severos e influyen en la utilización de los servicios de salud.

Los indicadores sociales identifican poblaciones de riesgo, definen los objetivos de los programas de intervención y además permiten medir las necesidades a satisfacer.

##### a.- Los indicadores sanitarios

Los indicadores sanitarios comprenden:

- **Mortalidad**
- **Morbilidad**
- **Factores de riesgo**
- **Incapacidad**

##### 1) **Mortalidad** medible en:

- a. Tasas brutas.
- b. Tasas específicas: por causas, por edades...
- c. Tasas estandarizadas: Mortalidad infantil, mortalidad perinatal.

Nos permite también estudiar la esperanza de vida y comparar por regiones así como señalar el número de años de vida potencialmente perdidos midiendo el impacto de muertes prematuras.

## Indicadores sociodemográficos útiles en la planificación sanitaria

Pirámide de edad	distribución de la población por sexo en los diferentes grupos de edad	
Relación de dependencia	$\frac{\text{población de 0-14 años} + \text{población de 65 años y más}}{\text{población de 15-64 años}}$	X 100
Relación de dependencia de los jóvenes	$\frac{\text{población de 0-14 años}}{\text{población de 15 a 64}}$	X 100
Relación de dependencia de los ancianos	$\frac{\text{población de 65 años y más}}{\text{población de 15 a 64 años}}$	X 100
Tasa bruta de natalidad	$\frac{\text{número de nacimientos durante el año}}{\text{población a la mitad del año}}$	X 1000
Tasa específica de mortalidad	por edad, sexo, profesión, etc... Ejemplo:	
Tasa específica de mortalidad por edad	$\frac{\text{defunciones a una determinada edad}}{\text{población de esa edad a la mitad de igual período}}$	x 1000
Tasa de mortalidad infantil	$\frac{\text{defunciones de niños menores de 1 año}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	x 1000
Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\text{defunciones de niños menores en los primeros 28 días de vida}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	X 1000
Tasa de mortalidad post - neonatal	$\frac{\text{defunciones de niños menores entre el 28 día de vida y 1 año*}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	X 1000
Mortalidad proporcional o tasa de mortalidad proporcional	representa la fracción del total de muertes observadas ligadas a una característica determinada: por ejemplo: % de mortalidad por una causa determinada en el conjunto de todas las defunciones	
Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{mujeres muertas en ocasión de embarazo, parto o puerperio}}{\text{nacidos vivos en el mismo período}}$	X 1000

Nota: \* no se incluyen los niños de 1 año y más.

Cuadro 4.2.1.a

### 2) **Morbilidad** medible por:

La incidencia y la prevalencia de las distintas patologías; se expresan en tasas, que constituyen la medida de riesgo para las poblaciones en estudio (Cuadro 4.2.1.b).

Tasa de incidencia	=	$\frac{\text{Número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado}}{\text{Población expuesta}}$	X 10 <sup>n</sup>
Tasa de prevalencia	=	$\frac{\text{Número de casos de una enfermedad en un momento o período determinado}}{\text{Población de estudio}}$	X 10 <sup>n</sup>

Cuadro 4.2.1.b

Tanto el estudio de la incidencia como el de la prevalencia son de utilidad por diferentes razones. Con la incidencia en general se estudian enfermedades de breve duración o bien en estudios etiológicos. En las enfermedades crónicas la prevalencia es más utilizada y representa la magnitud de cierta morbilidad sobre la que hay que intervenir.

La prevalencia elevada de una enfermedad puede además deberse a su incidencia elevada o a su larga evolución (o a ambas situaciones) y estas situaciones orientarán a estrategias de prevención primaria y/o secundaria de existir una alta incidencia y una prevención secundaria y/o terciaria en relación con un carácter crónico de la enfermedad.

Los datos de morbilidad son más difíciles de obtener que los de mortalidad. La morbilidad hospitalaria puede estar bien documentada aunque es un porcentaje bajo de la morbilidad general, dentro de la que debemos contar con la consulta externa; pero existe además la morbilidad **sentida** y no diagnosticada que podría exponerse mediante exámenes sistemáticos y/o encuestas.

En estadísticas de reconocida calidad, en grupos de 65 y más años, se muestra que las enfermedades osteoarticulares son las que demandan mayor número de consultas, seguidas por las cardiovasculares, hipertensión, cardiopatías y las de visión y audición.

Los **factores de riesgo** son considerados precursores de morbilidad, se considera también algunas enfermedades (diabetes, hipertensión) factores de riesgo para otras patologías (cardio y vasculopatías). Se define **factor de riesgo**: “ La característica de un individuo o de su entorno, que hace a este individuo más susceptible de ser alcanzado por una enfermedad particular que otro que no posee esta característica” (Rey Calero, y col., 1996).

La relación entre un factor de riesgo y una expresión mórbida se expresa con el **riesgo relativo**, que relaciona la incidencia entre personas expuestas y personas no expuestas [Cuadro 4.2.1.c].

$$RR = \frac{\text{Incidencia entre personas expuestas}}{\text{Incidencia entre personas no expuestas}}$$

Cuadro 4.2.1.c

Un riesgo relativo superior a 1 marca la importancia del factor estudiado en la etiología de la enfermedad; así un  $RR = 3$  significa una probabilidad de contraer la enfermedad tres veces mayor para los expuestos que para los no expuestos.

El RR mide la fuerza de asociación del riesgo y la enfermedad.

Con el **riesgo atribuible** se complementan los datos anteriores y permite conocer el número de casos que se pueden asignar o contribuir a un factor de riesgo. Se define como la **diferencia entre la incidencia entre sujetos expuestos y sujetos no expuestos al factor de estudio**.

$$RA = \text{Incidencia en el grupo expuesto} - \text{incidencia en el grupo no expuesto}$$

Expresado en porcentaje se denomina fracción atribuible o etiológica del riesgo.

El cálculo de estos riesgos es posible siempre que se pueda realizar un seguimiento longitudinal de grupos (expuestos y no expuestos) que permita calcular la tasa de incidencia de cada uno (estudios de cohortes).

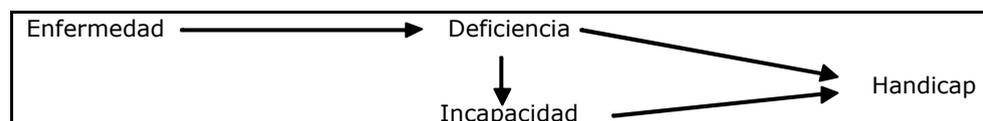
Los factores de riesgo son precursores de enfermedades; las consecuencias se dan en la actividad física y/o social de las personas. Conviene así definir los términos de uso frecuente: **deficiencia**, **incapacidad** y **handicap**.

Así **deficiencia** significa: una pérdida, malformación o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica.

La **incapacidad** es la restricción para realizar cierta actividad dentro de lo considerado normal para un ser humano (movilidad, cuidados personales, comunicación) consecuencia de una deficiencia.

El **handicap** corresponde a una limitación, impedimento o desventaja subsiguiente a una deficiencia o incapacidad. El handicap constituye un fenómeno social o consecuencias sociales y/o ambientales.

Se puede representar en estos términos:



Estos conceptos permiten elaborar secuencias posibles de intervención de prevención, aunque pueden existir diferencias que no involucren incapacidades, o incapacidades que pueden no expresarse en handicap, pero las enfermedades pueden ser puerta de entrada en la producción de un handicap. (Ej.: la prevención de la sordera profesional mediante la aplicación de prevención de trauma acústico en los trabajadores).

#### b.- Los índices de salud

Los **índices** comprenden numerosos elementos; mientras que los **indicadores** incluyen una sola clase de datos.

El empleo de índices de salud permite comparar estados de salud en el tiempo entre grupos de población o bien para determinar prioridades. Habrá poblaciones de referencia y poblaciones objetivo y podrán estar dedicadas, por ejemplo, a condiciones de vida, accesibilidad de servicios, etcétera.

Algunos índices son: la esperanza de vida, la esperanza de vida en buena salud (en ellos se utilizan datos de morbilidad y de restricción de actividad); esperanza de vida ajustada según la calidad de vida, etc.

El estudio de los índices mencionados muestra que no se debe generalizar, las poblaciones presentan realidades distintas. La unidades de medida son de difícil construcción (discapacidad, restricción de actividades...) y extrapolación. **Se necesitan datos de fácil disposición para utilizarlos en planificación.**

#### c.- Indicadores reutilización de servicios de salud

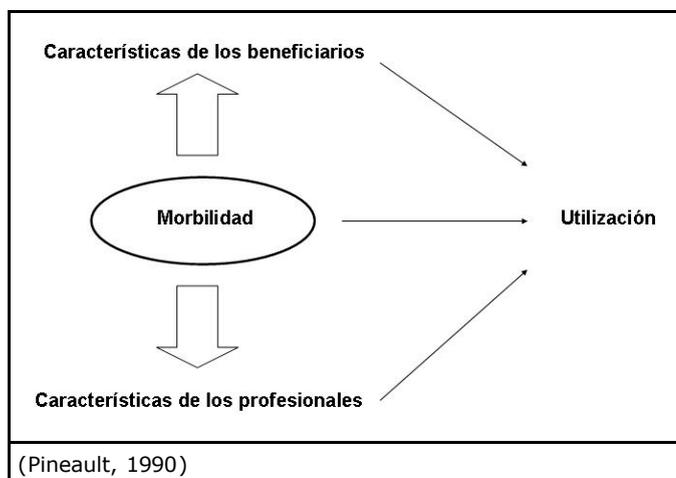
Se basa en la hipótesis que la utilización de los servicios de salud se corresponde con las necesidades de los mismos.

Para la utilización de los servicios se debe contar con dos componentes:

- 1) El beneficiario que requiere cuidados.
- 2) El profesional de salud que guía al paciente en el sistema.
  - Utilización de servicios solicitada por el individuo
  - Basada en morbilidad sentida: síntomas y signos
  - Basada en morbilidad anticipada (prevención, mamografías, etc.)
  - Utilización de servicios controlada por el profesional
  - Basada en la morbilidad diagnosticada
  - En la consulta
  - Por descubrimiento en exámenes de rutina
  - Por anticipación en relación a riesgos individuales (radiografía de tórax en fumador, test de glucosa en obeso)

En general la primera visita corresponde a la voluntad del individuo, mientras que las visitas subsiguientes, los estudios complementarios y tratamientos, se derivan de la conducta del profesional (el individuo solicita, el médico prescribe).

Determinantes de la utilización de los recursos:



Cuadro 4.2.1.d

<p><b>1. Factores ligados a la naturaleza de la morbilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gravedad</li> <li>✓ Urgencia</li> </ul>
<p><b>2. Factores ligados a los usuarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Demográficos y geográficos (edad, sexo, región)</li> <li>✓ Socioeconómicos y culturales (educación, renta)</li> <li>✓ Psicosociales (actitudes, valores)</li> </ul>
<p><b>3. Factores ligados a los profesionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad, sexo</li> <li>✓ Número de años transcurridos desde la obtención del título</li> <li>✓ Especialidad</li> <li>✓ Características psicosociales</li> <li>✓ Medios de formación</li> </ul>
<p><b>4. Factores organizacionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Trabajo individual / Trabajo en grupo</li> <li>✓ Hospital (talla, % especializado)</li> <li>✓ Forma de remuneración</li> </ul>
<p><b>5. Factores institucionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Régimen de seguro de salud</li> <li>✓ Legislación sobre las prácticas médicas</li> <li>✓ Cantidad y tipo de recursos existentes</li> </ul>

Cuadro 4.2.1.e

La naturaleza de la patología es el mayor determinante de la utilización. Sexo y edad influyen también en el requerimiento de asistencia (más requerimientos de mujeres que de hombres entre 20 y 44 años (período de procreación)).

#### d.- Fuentes de información para la elaboración de indicadores del sistema de salud

Las principales fuentes de información para elaborar los indicadores del sistema de salud son:

Censos

Estadísticas vitales y registros (nacimientos, defunciones)

Datos de morbilidad (registros hospitalarios, facturación de obras sociales, enfermedades de declaración obligatoria, etc., con importantes subregistros)

Encuestas sistemáticas (Proporcionan datos sobre morbilidad sentida, utilización de recursos, hábitos, características socio-demográficas (son estudios costosos y complejos)

#### 4.2.2.- El enfoque por encuesta

Trata de producir nuevas estadísticas sobre la población en estudio. Pregunta a las personas sobre su estado de salud y sus necesidades. Se sigue según etapas de:

- 1) Planificación con:
  - a) definición de los objetivos;
  - b) definición del grupo a encuestar;
  - c) creación de un grupo responsable.
- 2) Preparación operacional de recolección de datos
  - a) Formación de los encuestadores.
  - b) Determinación de datos a recoger e instrumentos de medida
  - c) Selección de técnicas y procedimientos de muestreo, recolección, procesamiento, presentación y análisis de los datos.
  - d) Preparación de cronogramas, cuestionarios y métodos de contacto con los encuestados
- 3) Recolección de datos
- 4) Codificación de datos -agrupación de datos en tablas, etc.- interpretación.
- 5) Presentación de los resultados en tablas síntesis del trabajo.

La determinación del tamaño de la muestra es una tarea es una tarea compleja y requiere la concurrencia de un bioestadístico.

Se necesita saber:

- I. La unidad de análisis (individuo, familia, organización).
- II. La extensión geográfica (región geográfica, administrativa, ciudad...)
- III. Grupos de especial interés (etnias, edades, pertenecientes a instituciones...)
- IV. Se hará entrevista personal, telefónica, por correo?
- V. Las características de la población (¿Es homogénea? Muestra pequeña - ¿Es heterogénea? Debe ampliarse la muestra.
- VI. ¿Es compleja? ¿Puede haber numerosas respuestas? La muestra será mayor con el fin de ser representativa de la población

El tamaño de la muestra estará en relación con el grado de precisión que se desee o grado de error que se esté dispuesto a aceptar; siendo el error de muestreo la diferencia entre el resultado obtenido de una muestra y el que se obtendría de toda la población. (Ver errores tipo I y II)

#### a.- La recolección de los datos

La elección de la forma de recolección de datos está influida por múltiples variables:

- Características de las personas a encuestar, motivación.
- Tipo de respuesta esperada: abierta, cerrada (número de elecciones posibles)

- Complejidad de la información solicitada.
- ¿Se hace por correo?
- Costos.
- Tiempo posible para la recepción de las respuestas.
- Disponibilidad de personal.

Para elaborar el cuestionario debe seguirse las siguientes etapas:

- 1) Decidir los objetivos (información a investigar).
- 2) ¿Qué tipo de cuestionario puede abarcar mejor los temas solicitados?
- 3) Hacer un primer borrador del cuestionario.
- 4) Revisar las preguntas.
- 5) Validar el cuestionario.
- 6) Cuestionario definitivo y formas de empleo.

Deben responder las preguntas a las condiciones:

- Medirán lo que se desea.
- Serán claras e inequívocas.
- Estarán formuladas de forma tal que no creen resistencia al encuestado.
- No deben sugerir respuesta particular.
- Pretenderán recoger una información que el encuestado pueda tener.

Si se hace la encuesta mediante entrevista, deberá crearse un sistema de cooperación; se preguntará tal como está el cuestionario y se registrará la respuesta en forma completa.

Las ventajas del método de encuesta son múltiples: la información proviene de la propia fuente, es adaptable a diferentes situaciones o características de los sujetos en estudio y puede combinarse con otros métodos de búsqueda. Se puede señalar que es costosa, puede haber negatividad en responder o pueden existir objeciones al cuestionario.

#### 4.2.3.- El enfoque por búsqueda de consenso

Obtenido por un grupo de personas conocedoras de la comunidad y de sus problemas, a quienes se les solicita que lleguen a un acuerdo sobre las necesidades de la población.

Hay diferentes técnicas para esta forma de búsqueda.

<b>TECNICAS DE LOS DISTINTOS TIPO DE ENCUESTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El enfoque a través de informadores claves</li> <li>✓ La técnica Delphi</li> </ul>
<b>TECNICAS UTILIZADAS EN LA REFLEXION INDIVIDUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Técnica del grupo nominal</li> <li>✓ <i>brainwriting</i></li> </ul>
<b>TECNICAS UTILIZADAS PARA LA INTERACCION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>brainstorming</i></li> <li>✓ Fórum comunitario</li> </ul>
<b>TECNICAS COMBINADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Impresiones de la comunidad</li> </ul>

Cuadro 4.2.3

#### 4.2.4.- Indicadores relativos a los recursos sanitarios

Los recursos sanitarios son de tres órdenes:

- Humanos**, su capacitación y disposición
- Físicos** y su posibilidad de renovación o sustitución
- Financieros**, se expresan en porcentaje del PBN, que será dedicado a la gestión de los recursos humanos y físicos.

#### 4.2.5.- El inventario de los recursos de la comunidad

Sirve para explorar el tipo de recursos activos que pueden ser utilizados para dar respuesta a las necesidades de salud que se identifiquen. de este inventario que comprende los recursos humanos, físicos y financieros, se estimará la posibilidad de satisfacer a la población en sus problemas o bien la necesidad de recursos adicionales.

El **inventario con fines de gestión** permite la utilización de agencias, centros deportivos u otros en el transcurso del desarrollo socio-sanitario habitual.

El inventario puede ser con **fines de planificación**; y podrá brindar los datos de análisis para determinar las necesidades. Un inventario de este tipo debe preceder a cualquier nueva operación para dotar de recursos ante determinadas necesidades.

Procedimientos para inventariar los recursos:

- 1) Definición de los objetos del inventario.
- 2) Determinación del territorio.
- 3) Definición de tipos de recursos y de información de cada uno.
- 4) Desarrollo de listas de recursos.
- 5) Recolección de la información.
- 6) Análisis de datos.

El análisis de recursos puede profundizar y plantear preguntas sobre productividad, su sobreutilización o subutilización, respondiendo a la cuestión de adecuación entre las necesidades y los recursos.

#### 4.2.6.- El análisis convergente de los datos

La utilización de muchos métodos para estudiar un mismo fenómeno debería conducir a un estudio convergente. Los datos de pequeños grupos tendrán que ser confirmados por encuestas o estadísticas oficiales.

Tanto los datos objetivos como subjetivos deben ser presentados a la síntesis y el análisis ya que permitirán hacer un estudio completo de la comunidad.

Se podrán utilizar mapas con representaciones cartográficas para poder correlacionar datos para la toma de decisiones.

El análisis de los problemas y de las necesidades identificadas permite definirlos y darles el valor correspondiente en cuanto a pérdidas sanitarias (los habrá más y menos importantes), la identificación de precursores y luego de consecuencias, se podrá estimar las necesidades en relación con la magnitud y trascendencia que presentan los mismos (asimismo, del estudio podrán surgir otros problemas que en ocasiones pueden ser más accesibles a la intervención) o bien identificar grupos objetivo que tengan posibilidad de presentar o desarrollar problemas o necesidades.

### 4.3.- La identificación de las causas de un problema

Se puede tomar como modelo conceptual los determinantes de la salud:

- biología humana;
- hábitos;
- entornos y
- cuidados de salud.

El problema se describe con indicadores (morbilidad, por sexo y edad, etc.) para después:

- 1) Identificar y enumerar los factores de riesgo asociados a las enfermedades en estudio: con medidas de riesgo relativo (fuerza de asociación).
- 2) Clasificación de los factores de riesgo en relación con los determinantes enumerados.
- 3) Estimación de la influencia de cada determinante sobre los factores de riesgo (biología, hábitos, entorno y s. de salud).
- 4) Estimación de la capacidad de reducción de la incidencia de la enfermedad. Puede emplearse el cálculo del Riesgo Atribuible.
- 5) Determinación de la capacidad de desarrollo de un programa que pudiera responder:
  - ¿Es detectable un factor de riesgo?
  - Detectado: ¿Puede reducirse o eliminarse?
  - ¿Es posible y/o aceptable la intervención que permitiera su eliminación o reducción?
- 6) Elaboración de recomendaciones.

Especialmente para el tratamiento de los hábitos de vida se toma en perspectiva tres tipos de factores contributivos: **predisponentes, facilitadores** y de **refuerzo**.

Ejemplo: en el tabaquismo de los adolescentes.

**Factores que predisponen:** la falta de conocimiento de los efectos nocivos; la visión del tabaquismo como emancipador (preceden al comportamiento), creencias, valores, concepciones, etcétera.

**Factores facilitadores:** accesibilidad, costes del tabaco (también previos al comportamiento).

Factores de refuerzo: aceptación en los grupos de fumadores (subsiguiente del comportamiento).

#### 4.3.1.- La identificación de las consecuencias del problema

- Permiten valorar la magnitud del problema y la posibilidad de prevención primaria, secundaria y/o terciaria.
- Permite identificar las consecuencias directas así como otras secundarias mediante:
  - 1) La identificación y definición de cada consecuencia.
  - 2) La cuantificación (datos estadísticos) de las consecuencias y su evolución en el tiempo.

#### 4.3.2.- Estimación de la importancia de los problemas

Una vez investigados causas y consecuencias posibles de los diversos problemas, deberá establecerse su importancia a fin de establecer prioridades. Una de las acepciones de importancia del problema consiste en conocer la desviación entre la situación actual y una situación deseada. Existirán consideraciones sanitarias, sociales, económicas, administrativas y criterios de amplitud, severidad y tendencia del problema.

**Amplitud:** en relación a la frecuencia en la población.

**Gravedad:** en relación a daños incapacidades y muertes; personales o ambientales. Costos de tratamiento, rehabilitación, etc.

**Tendencia:** O evolución del problema en el tiempo. (¿Si no se actúa, cómo evolucionará el problema?)

Además corresponde el estudio en relación a los recursos disponibles.

El análisis de los problemas y las necesidades permite vislumbrar de inicio la magnitud y gravedad de los problemas y las posibles respuestas.

Es deseable que la comunidad participe con sus representantes en el análisis de los problemas.

#### 4.3.3.- La determinación de prioridades

Es parte de la planificación estratégica. Indica la orientación que se debe dar a la organización y a los programas.

Con la determinación de prioridades se seleccionan los problemas objeto de **intervención** y los que deberán ser sometidos a **investigación**.

Con la disposición de medios eficaces podrán desarrollarse **programas de acción**. Si los medios tienen limitaciones en su aplicabilidad, deberá por lo menos en una etapa primera procederse a una evaluación o **investigación** más extensas.

Se asigna al término **intervención** el sentido de adopción de medidas sanitarias de promoción, recuperación y/o rehabilitación de salud, y se incluirán actividades o tareas en el marco del programa respondiendo a servicios específicos.

En el estudio de necesidades se habrá podido listar los elementos problema que sometidos a estudio se mostrarán algunos más importantes que otros, aunque la asignación de prioridades es frecuentemente tarea compleja.

Hay una etapa en la que se debe estimar si los problemas y necesidades identificados podrán ser satisfechas.

Se deberán considerar para cada problema en estudio soluciones eficaces y entre ellas las aceptables o "factibles" en las que se tendrá en cuenta el objeto de estudio, la población a la que se dirige, tipo de intervención y nivel de prevención deseable.

La eficacia de la intervención, consiste en demostrar la capacidad de prevenir o controlar un problema o satisfacer una necesidad. Se debe evaluar primero la sensibilidad del problema a las acciones que se propongan; además la intervención deberá ser fiable y válida: la **fiabilidad** responde a una intervención que repetida en condiciones semejantes producen los mismos resultados y la **validez** implica que el resultado obtenido se enmarca en el resultado esperado en su aplicación. Para estimar la eficacia de una intervención hay distintas pruebas que ponen en juicio a las mismas (ensayos randomizados, estudios de casos y controles -en estudios ecológicos con y sin intervención o la opinión de los expertos-).

La **factibilidad** de una intervención está en relación con la capacidad de resultar operativa en el contexto.

Implica su aceptabilidad y comprenden:

- a.- Factibilidad legal (respeto a la legislación vigente).
- b.- Factibilidad política (en relación con las asociaciones políticas locales y/o implicados)
- c.- Factibilidad económica costos y su relación con otros programas; eficiencia; costo-beneficio; costo-eficacia; etc.).
- d.- Factibilidad organizacional (¿implica inversión a largo plazo? ¿se dispone de personal? ¿puede integrarse el nuevo programa a los existentes? ¿hay coordinación con los distintos estamentos organizacionales? ¿es accesible? Y muchos más interrogantes).
- e.- Factibilidad sociocultural (¿tiene en cuenta los valores, creencias y actividades de la comunidad? ¿es aceptable? ¿se adapta a distintos grupos? ¿tiene participación la comunidad?).
- f.- Factibilidad ética (¿los cambios de comportamiento serán aceptados? ¿se podrá intervenir sólo en ciertos grupos, los de riesgo, dejando de intervenir en otros?).

#### 4.3.4.- Objetivo del estudio

Se debe señalar claramente el objetivo por ejemplo: disminución de incidencia;  
disminución de incapacidad;  
disminución de mortalidad;

En prevención de tabaquismo se incluirán las tres, pero un programa de reanimación cardiorrespiratoria se dirige a evitar la muerte.

#### 4.3.5.- Población objetivo:

Podrán ser:

- una institución;
- la seguridad en un medio industrial;
- grupos de riesgo aumentado y otros.

#### 4.3.6.- Niveles de prevención

Será la intervención sobre el nivel primario, secundario, terciario. Actuará sobre las causas y sobre sus consecuencias.

(La presunción de rubéola: prevención primaria. La detección de cáncer de cuello uterino o de hipertensión arterial corresponde a prevención secundaria).

Las acciones, a la vez en distintos sectores abarcando la naturaleza compleja de los problemas en intervenciones múltiples nos conduce a las llamadas “estrategias de intervención” y en ellas se afecta al sector salud y además a industriales (alimentos, tabaco, automóvil) u otros.

#### Proceso a seguir para explorar alternativas de intervención:

- 1- Revisión de bibliografía, es la primera fuente de ideas, **obligatorio** para no incurrir en errores groseros que se refieren en forma repetida por no consultar lo ya investigado.
- 2- Utilización de técnicas de creatividad con:
  - Asociaciones de ideas
  - Operaciones de grupo

En las primeras citamos el brainstorming, la sinéctica y el pensamiento lateral. Se realizaran con grupos y favoreciendo la asociación de ideas y encaminados por un conductor-ordenador hábil. En el brainstorming los participantes son libres de sugerir cualquier idea en forma rápida, las ideas se registran y se analizan al finalizar la sesión.

La sinéctica emplea analogías y metáforas.

El pensamiento lateral (o pensamiento en zig zag) hace surgir nuevas ideas evitando lo correspondiente a un pensamiento ordenado corriente.

En las operaciones de grupo se incluyen: la técnica Delphi, el grupo nominal y el brainwriting.

**La determinación de prioridades en la que se eligen los problemas para intervenir o para investigar forma parte del proceso de toma de decisiones.**

La determinación de prioridades no incluye la asignación de importancia sino la precedencia de un problema respecto de otro, lo que debe estar en primera instancia y habrá dos tipos de prioridades:

- Las objeto de acción.
- Las objeto de investigaciones.

Se utilizan como criterios principales para determinar los criterios en salud:

- a.- La importancia del problema.
- b.- La capacidad del programa o de la intervención para solucionarlo.
- c.- La factibilidad del programa o de la intervención.

Estos determinantes implican un juicio de valor debiendo reconocerse que los factores sociales, medio ambientales y organizacionales son parte integrante del proceso de determinación de prioridades.

**Proceso a seguir para determinar prioridades:**

En la planificación sanitaria es una tarea que comparten personas hábiles y con conocimientos de los problemas de la comunidad. Actuarán sobre problemas recogidos en la etapa anterior de la que pueden o no haber formado parte.

Etapas del proceso:

- 1) Definir los criterios de decisión: niveles de prevención a privilegiar, capacidades de intervención u otros.
- 2) Preselección de problemas si el listado es demasiado extenso.
- 3) Estudio y ordenamiento de los problemas preseleccionados. Clasificación ordenada con criterios de importancia y la posibilidad de soluciones eficaces.
- 4) Análisis de la importancia del problema y capacidad del programa.

***Determinación de prioridades en los programas de salud según importancia del problema y la capacidad del programa para su solución***

Importancia del problema	Capacidad del Programa	Decisión
CONSIDERABLE	GRANDE	Alta prioridad para la implementación del programa
CONSIDERABLE	ESCASA	Alta prioridad para la investigación
MENOS CONSIDERABLE	GRANDE	Prioridad menos alta para la implementación del programa
MENOS CONSIDERABLE	ESCASA	Prioridad menos alta para la investigación

(Donabedian, 1973)

Cuadro 4.3.6

**Los instrumentos para determinar prioridades:**

Pueden ser generales para todo tipo de problemas o exclusivos para la planificación sanitaria. Cuando los problemas son numerosos hay que contar con un procedimiento de selección donde se agrupan la totalidad de los problemas en tres categorías:

- a.- Los más importantes,
- b.- los menos importantes y
- c.- los residuales.

En base a un criterio preseleccionado se va seleccionando de los más a los menos importantes precisando al comienzo el número a seleccionar, se trabaja por etapas (dos o más) en las que se van agrupando los más y los menos importantes (1 y 1, primera etapa; 2 y 2, segunda etapa; 4 y 4, tercera etapa) excluyendo en las etapas sucesivas los seleccionados en la etapa previa. Quedarán los (siete en este caso) seleccionados los importantes.

La selección de prioridades es uno de los problemas más delicados de la política sanitaria. Priorizar implica favorecer a algún sector de la población y el problema reside en la elección de los mismos.

Los criterios de priorización son numerosos. Entre ellos encontramos:

- 1) **Eficacia:** Se mide por los resultados obtenidos en las condiciones ideales (porcentaje de vacunados en una campaña).
- 2) **Efectividad:** Se refiere a los resultados en condiciones reales (porcentaje de inmunizados comprobada por la protección real dada por la vacuna realizada). Una alta eficacia no asegura una alta efectividad ya que hay factores, en el caso de la vacunación, inherentes a tipo de vacunas, cadena de frío, continuidad de los esquemas de vacunación que inciden en la efectividad. La motivación de la población, la aceptación de las técnicas empleadas son también elementos claves en la ecuación eficacia/efectividad.
- 3) **Eficiencia:** Puede tener distintas interpretaciones. Así:
  - 4 Logro de menos costo para las necesidades.
  - 5 Logro de mayor producción con utilización de iguales recursos.El término racionalización se refiere al uso eficiente de los servicios sanitarios para obtener al máximo de efectividad en estado de salud de la población con los recursos existentes, pero también se emplea como racionamiento cuando el tipo de recursos en calidad y/o cantidad no son suficientes para brindar la cobertura deseada. En la evaluación de la eficiencia se puede relacionar: coste/efectividad y coste/utilidad. En el coste/efectividad se valoran:
  - Número de muertes evitadas
  - Número de años de vida ganados.En el coste/utilidad se utiliza el coste/efectividad expresado en años de vida ganados ajustados por su calidad (AVAC). Toma a la vez el incremento cuantitativo de vida y el incremento de la calidad de vida.
- 4) **Equidad:** Término de definición controvertida permanentemente en las decisiones prácticas. Se puede definir como igual atención para iguales necesidades, con igual acceso a servicios de igual calidad, igualdad de elección. (O también " igualdad en las restricciones" Le gran's) ¿Quién tiene mayor acceso a los trasplantes? U otros temas. Implica valoración social de lo que es justo y puede entrar en contradicción con la eficiencia). Se requiere la búsqueda de decisiones equilibradas que apunten tanto a eficiencia como a criterios de justicia y equidad.
- 5) **Accesibilidad:** Unido al criterio de equidad hay accesibilidades: económica, geográfica, física, cultural: Hay además diferencia de acceso y en el uso de la asistencia sanitaria y en relación con el sexo, la edad y las clases sociales. Se da frecuentemente la ley de la "atención inversa" o de "prevención inversa" en la que los programas de salud asistenciales o preventivos no son utilizados por las personas que más lo necesitan.
- 6) **Adecuación:**
  - a.- con metodología necesaria
  - b.- que sea realmente de utilidad
  - c.- que los beneficios superen a los riesgos
  - d.- que la calidad de vida ofrecida justifique la intervención
  - e.- que utilice recursos sin privar de ellos acciones más beneficiosas.
- 7) **Análisis estratégico:** De las posibilidades de implantación, estudio de fuerzas y debilidades internas y de amenazas y de posibilidades externas (análisis FADO).

Son numerosos, estudian la importancia del problema, su relación con los factores de riesgo, la capacidad técnica de resolución y la factibilidad del programa y/o intervención. Podemos referirnos

a métodos cualitativos o cuantitativos. Con los primeros el HANLON y CENDES se basan en diferentes indicadores; se requiere un consenso del grupo para cada uno de los problemas que se estudian y la valoración de los componentes que se tienen en cuenta.

Componentes:

- A.- **Magnitud del problema:** Corresponde al número de personas afectado y en relación con la población total. (Escala 1 a 10)
- B.- **Severidad del problema:** En relación con las tasas de mortalidad, morbilidad o incapacidad y/o costos asociados. (Escala 1 a 10)
- C.- **Eficacia de la solución:** ¿Se puede con la tecnología y los recursos existentes actuar sobre el problema? (Escala 0,5 - 1,5 que va desde la mayor dificultad para la resolución a una gran posibilidad de resolución)
- D.- **La factibilidad del programa o de la intervención:** Comprenden un grupo de factores que determinan la aplicabilidad de un programa y son:
  - P: pertinencia del programa
  - E: factibilidad económica
  - A: aceptabilidad
  - R: recursos disponibles
  - L: legalidad

Respondiéndose por sí o por no a cada uno de ellos y siendo sí = 1 y no = 0 de ahí que la factibilidad positiva es una condición necesaria dentro de la priorización de un problema.

La fórmula corresponde a: **PRIORIDAD = (A + B) C x D**

Los métodos cualitativos se basan en el consenso entre grupos de conocedores de la comunidad, expertos, afectados, ciudadanos con buen criterio evaluativo en problemas complejos, con grados de incertidumbre importante o bien por la interesante información de los expertos.

Comprende encuestas con informaciones clave, técnica delphi, brainstorming, brainwriting, forum comunitario, técnicas de consenso.

#### 4.3.7.- La orientación del programa

La organización de los problemas según prioridades de forma coherente permite indicar la dirección del programa.

Un plan no puede desarrollarse sin que previamente se defina el objeto, la razón de ser, la intención o función que el programa debe cumplir o clarificado su meta. La priorización es requisito para concebir el programa. El propósito del programa deberá responder a lo que desea en relación con el problema definido como prioritario.

El propósito podrá ser la solución completa de un problema de salud o su reducción al nivel más bajo que se pueda alcanzar con los conocimientos existentes. Deberá incluirse la perspectiva temporal según la complejidad de los objetivos a alcanzar, que serán a largo, mediano y corto plazo. Un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares comprenderá programas dirigidos al control del tabaquismo, de la hipertensión arterial, la dislipidemia, el sedentarismo, etc., que serán dirigidos a distintos grupos de edad y a distintos estadios de la enfermedad cardiovascular. Podría realizarse para disminuir en el término de X años un 15% de la mortalidad por esa patología.

La determinación de prioridades tanto para la acción como para la investigación no implica rigidez; la fundamentación de una u otra alternativa deberán contemplar alternativas que hagan al contexto.

#### 4.3.8.- El desarrollo del plan del programa

El programa definido como “conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida” (Pineault, 1982).

El estudio de necesidades, la definición de prioridades para la acción o la investigación, la orientación y los propósitos del programa corresponden a la etapa estratégica de la programación. La siguiente etapa corresponde a la planificación de las intervenciones, es la planificación táctica u operacional. Esta división es artificiosa o didáctica ya que ambas planificaciones: estratégica y táctica en muchas ocasiones van superpuestas.

- Así:
- se han analizado los problemas;
  - se han analizado los recursos, su cantidad y adecuación;
  - se habrá estudiado sobre la redistribución de los recursos;
  - se propondrán actividades y
  - se desarrollarán nuevos servicios o programas.

La programación podrá referirse a la promoción de salud o a la prevención: accidentes, enfermedades crónicas, etc. Actuará en distintos medios (escolar, trabajo, medio ambiente, etc.) o dirigidos a poblaciones objetivo (adolescentes, ancianos, deficientes físicos...).

El plan del programa va a indicar: ¿Qué debe hacerse? (y podrá incluir el plan de operaciones: ¿Cómo debe hacerse?).

Desarrolla la estrategia concebida en etapas anteriores de la planificación. Deberán respetar los elementos ya trabajados: problemas, necesidades, prioridades... La intervención es la etapa que sigue a los estudios de recursos y sus modificaciones.

El **plan del programa** nos permite conocer cuáles son las recomendaciones que se relacionan con la metas fijadas y que se completará con el **plan de operaciones**.

El plan del programa responde a:

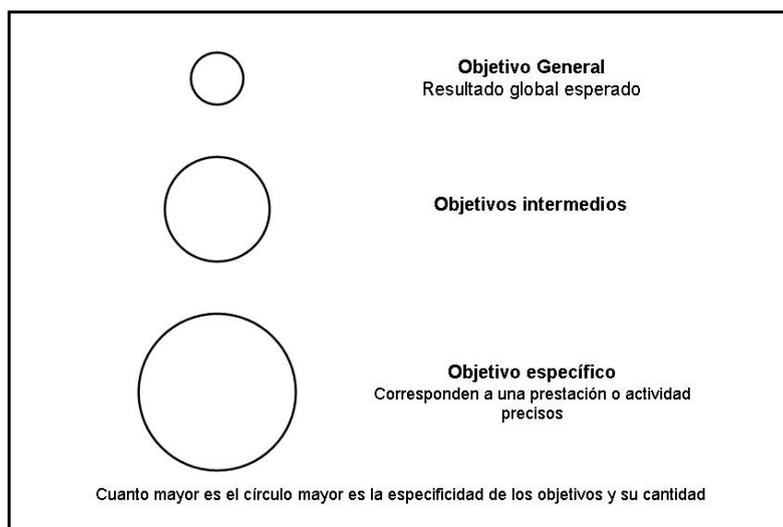
- ¿Qué problema se intenta resolver?
- Informa al público y/o participantes.
- Retiene información.
- Establece los objetivos.
- Fuerza al planificados a fijar los objetivos de salud y operacionales.

Para Shaefer hay siete componentes mínimos.

Los objetivos deben seguir un orden jerárquico. Los objetivos generales (o propósitos) serán los estados o comportamientos esperados en la población objetivo. Los objetivos generales están constituidos por enunciados de las intervenciones en relación con la finalidad del programa y no requieren cuantificación. Cada objetivo general puede dar lugar a subprogramas. Así en un programa de control de tuberculosis, cuyo objetivo general o propósito es disminuir la mortalidad por tuberculosis pueden darse objetivos intermedios o subprogramas de: vacunación BCG; búsqueda de casos para tratamiento; control de contactos y otros pueden ser considerados como programas en si mismos.

Los objetivos específicos se dan para cumplimentar los intermedios y cuanto más específicos sean, serán también más numerosos. Estos deben ser concretos, medibles (cuantificables) con asignación de tiempo de concreción y deben especificar:

- a.- La dimensión del cambio esperado.
- b.- La unidad de medida para valorarlo.
- c.- El tiempo que se requiere para llegar a él.
- d.- Población y/o área geográfica de aplicación.



Cuadro 4.3.8

#### 4.3.9.- El plan del programa propiamente dicho:

**El Programa:** (Conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizadas simultáneamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos para una población definida).

El proceso que se ha llevado a cabo ha comprendido:

- 1) el estudio de necesidades de una población
- 2) la fijación de prioridades para la acción o para la investigación y los propósitos a alcanzar. Estos pasos comprenden la **planificación estratégica**.

La **planificación táctica** corresponde a los pasos a seguir, en los que se podrá decidir la forma en que se puede cumplimentar los caminos de solución, quedando la elaboración de la puesta en marcha de las actividades, una nueva etapa que se imbrica con las anteriores continuándola como **planificación operacional**. Va paralelo a este desarrollo la consideración de los recursos en cantidad y adecuación. Se utilizarán recursos existentes o bien se adaptarán o se propondrán nuevos.

Los programas podrán incluir los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria, terciaria, etc. Consideran el medio donde se desarrollarán y la población a cubrir. Serán sobre la salud de las personas o sobre los servicios (hospitales, consulta ambulatoria, instituciones)

El plan del programa incluye la información previa de los problemas y los recursos generales que puedan incluirse y el esfuerzo necesario para la concreción, la falta de alguna información permite en esta etapa su reconsideración.

#### 4.3.10.- El plan del programa

Siguiendo a Schaefer el plan debe contener como definición y análisis del problema:

- 1) Características del problema, población afectada o en riesgo, factores vinculados, otros datos en relación con el mismo.
- 2) Evaluación de las tecnologías de resolución disponibles en relación con las necesidades a cubrir, poblaciones y tiempo.
- 3) Deberán tomarse aspectos parciales del problema o tratarlo en su totalidad; ¿Qué tipo de acciones alternativas podrán privilegiarse? ¿Educativas, medio-ambientales, legales?
- 4) Corresponde a la acción posible más pertinente en relación con costos y beneficios.
- 5) Los objetivos del programa son objetivos de salud o son pasos conducentes a ella.

Los objetivos ya determinados son los que encaminarán y normatizarán las acciones para soluciones posibles, establecen comportamientos y permiten conocer o evaluar el proceso y los resultados del programa. El objetivo enuncia los resultados esperados.

Así podrán considerarse: **objetivos generales**  
**objetivos intermedios**  
**objetivos específicos**

Para otra literatura se indicarán: **Propósitos** como objetivos generales (expresa los resultados generales perseguidos) y **metas** (corresponden a actividades o servicios precisos) como objetivos específicos, considerando en estos la cuantificación. Los objetivos intermedios quedan con igual denominación o bien pueden constituir **subprogramas**. En ocasiones pueden combinarse con los específicos.

Los objetivos tendrán una secuencia jerárquica. Ej.:

- a.- Objetivos que puedan inferir en los indicadores epidemiológicos (disminución de infección, morbilidad, mortalidad)
  - b.- Objetivos que posibiliten los anteriores, comportamientos, estados de investigación o de acciones cuya concreción sumatoria hagan al objetivo general o propósito. (Vacunación, investigación en grupos de riesgo, disposición de esquemas de tratamiento efectivos, controles de contactos, asistencia legal y económica).
  - c.- Determinación de objetivos operacionales que determinarán las acciones. Con detalle de recursos a aplicar en relación con las poblaciones a cubrir y los tiempos a emplear.
- 6) Enunciado de las recomendaciones. Detallando las acciones que concretarán los objetivos específicos. (ej.: reordenamiento de x número de vacunatorios en las maternidades a fin de inmunizar los recién nacidos). Los que irán acompañados de la asignación de recursos - humanos, físicos y financieros- así como la normalización adecuada.
- 7) Evaluación. El plan posibilitará con sus objetivos la base para la evaluación del programa que se efectuará durante su realización y una vez finalizado. El plan debe especificar los tiempos y las formas de las evaluaciones a realizarse.

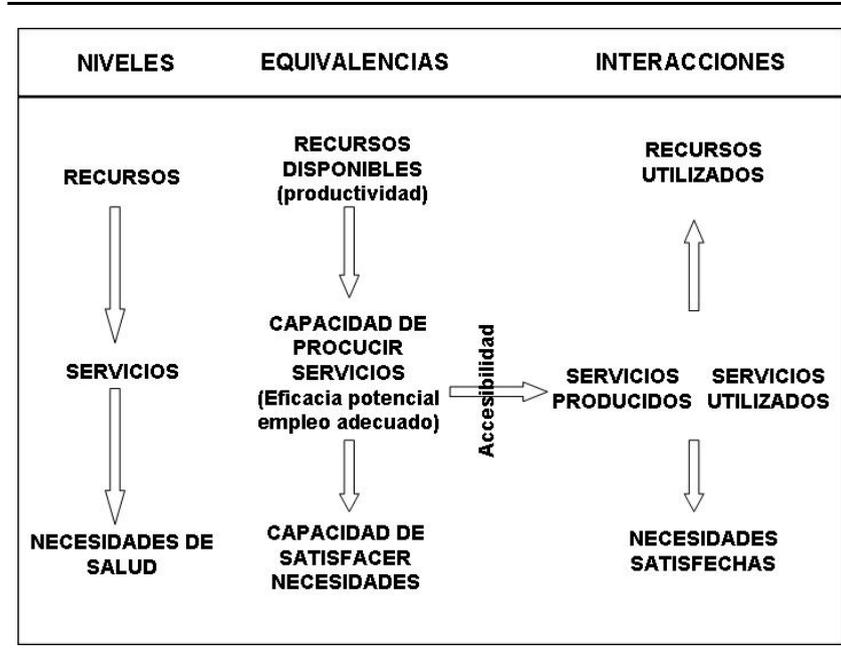
**Programa de control de la tuberculosis de la Provincia de Buenos Aires. 1990**

<b>Objetivos generales (propósitos)</b>	<b>Objetivos intermedios (subprogramas)</b>	<b>Objetivos específicos (metas)</b>
Disminuir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis	Vacunación BCG	Vacunar 700.000 niños /año
	Búsqueda de casos	Diagnosticar 2.500 casos de TBC pulmonar con bacteriología positiva y 2.500 casos de TBC con bacteriología negativa y extrapulmonares
	Tratamiento farmacológico de TBC	Realizar tratamiento quimioterápico para 5.000 casos nuevos de TBC /año
	Tratamiento económico - social	Subsidiar (ley de amparo) 500 enfermos de tuberculosis/año
	Investigación - evaluación bacteriológica	Investigación de resistencia primaria a los tuberculostáticos a 10 % de los casos nuevos / año. Investigación de resistencia secundaria al 80 % de los casos de retratamiento
	Investigación - evaluación epidemiológica	Seguimiento de cohorte/año: tasas de curación, abandono, cronificación y letalidad.
	Investigación - evaluación social	Seguimiento de cohorte de los enfermos subsidiados/año -eficacia, eficiencia, efectividad costo /beneficio-

Cuadro 4.3.10

#### 4.3.11.- La planificación de los recursos:

Para alcanzar los objetivos del programa se requieren recursos adecuados en cantidad, calidad, especificidad. Cada servicio a prestar debe disponer de recursos entre los que se contarán los existentes, los disponibles y los que se requerirán. Hay diversos factores intervinientes en relación al aprovechamiento de los recursos.



Cuadro 4.3.11

#### 4.3.12.- La productividad de los recursos

Relaciona las prestaciones de salud efectuadas en unidad de tiempo de trabajo, en los que influyen las dificultades de las tareas, la experiencia del personal, la tecnología de apoyo; su costo deberá estar en relación con los recursos financieros del colectivo social. Determinadas tareas pueden contar con asistentes adiestrados que en ocasiones reemplazan profesionales (ej.: lectura de extendidos de esputos coloreados para detectar bacilos de Koch por auxiliares de laboratorio debidamente supervisados). Otros métodos que permiten aumentar la productividad corresponden a la utilización de nuevas técnicas, o de organización (secuencias) de tareas (ej.: trabajo en equipos multidisciplinarios, o la modificación de las condiciones laborales de los integrantes del equipo (horarios, remuneración). La normalización racional para la ejecución de tratamientos supervisados a cargo de enfermería motivada y motivadora. En el caso de tratamientos de TBC daría como resultado externaciones tempranas, con disminución de días de internación y vuelta al grupo social-familiar.

El empleo de un recurso comprende una eficacia potencial de los recursos que permitirá utilizarse adecuadamente, sin sobre ni sub-utilización. En este sentido se puede considerar que ciertos recursos utilizados sin justificación corresponderían a una "reserva latente" que podrían ser liberados ante una necesidad real. Puede existir una "reserva legítima" de recursos que no se utilizan pero que están prontos ante una emergencia, aunque si esta reserva es excesiva y ociosa pasaría a ser ilegítima. Estas reservas en conjunto corresponden a la totalidad de las reservas.

Este análisis puede aplicarse a centros de salud, hospitales de agudos y de crónicos y permiten estimar el desarrollo de recursos alternativos que respondan a necesidades.

La accesibilidad de los servicios se refiere a la utilización efectiva de los servicios producidos: la facilidad que experimentan los beneficiarios. Un recurso existente puede tener impedimentos de acceso porque esté lejos, sea social, cultural o administrativamente no alcanzable.

#### 4.3.13.- La planificación de la ejecución

Una buena planificación deberá continuarse con una ejecución adecuada y exitosa, con la posibilidad de utilización de los recursos programados. La ejecución de un programa se traduce en la incorporación de los cambios de los cambios propuestos al medio, organización o institución al que ha sido destinado debiendo tener en cuenta que la introducción de cambios requerirá el cambio de costumbres, estilos, instrumentos de gestión etcétera. Dentro de ellos habrá que considerar inercias o resistencias para las que deberán buscarse situaciones propicias y componentes político-sociales.

En plan a implementar se introduce en un ambiente en el que debe coincidir con otros planes, de otras organizaciones, con las que será necesario compatibilizar, buscar intereses comunes o compartir recursos, se tendrá en cuenta la complejidad del medio, la rapidez de los cambios creándose así una nueva apreciación en relación a presiones o influencias a las que será expuesta la programación de acciones.

La programación que incluye problemáticas sociales atinentes, por ejemplo adolescencia, drogodependencia, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, incluyen una multidisciplina que podrá destacar valores no coincidentes y por consecuencia con bajo concurso (ambientes “turbulentos”). Se propone para el grupo de planificación la búsqueda de una base apoyada con individuos, grupos o instituciones que pudieran tener intereses en función del proyecto y con los que se actuará con distintas estrategias, desde la competición hasta la negociación o la coalición. El conflicto siempre deberá tenerse en cuenta como fenómeno normal que deberá encontrar cause en base a relaciones, diálogo, etc., que responderá a los distintos modelos: racional, burocrático, participativo y político.

Dentro del equipo de gestión del programa se consideran tres instancias: 1) La toma de decisiones en la que se requiere la claridad de propósitos debidamente evaluados en su momento, su accionar y los factores de apoyo, grupos de presión y expresiones diversas y la participación de usuarios en las mismas, 2) Nivel de gestión desde el que coordina y supervisa la ejecución, asignando responsables, esquematizando las acciones, realizando pruebas piloto con la correspondiente capacitación para la acción. 3) Nivel de ejecución, en relación directa con el personal que actuará en las acciones, su capacitación y aprendizaje necesario para la tarea. La participación y el conocimiento de las etapas motivan a los ejecutores para su mejor realización, haciéndoles partícipes de la misma.

#### 4.3.14.- El plan de operaciones

Los objetivos operacionales deberán cumplirse por el equipo de trabajo asignado a su realización. El plan operativo se refiere al funcionamiento diario de las actividades de su control y de la utilización de los recursos. Con ello se concretarán los objetivos operacionales.

Cada objetivo operativo implica responsables, plazos y su interrelación con otros objetivos dentro de un plan central que coordina recursos y actividades.

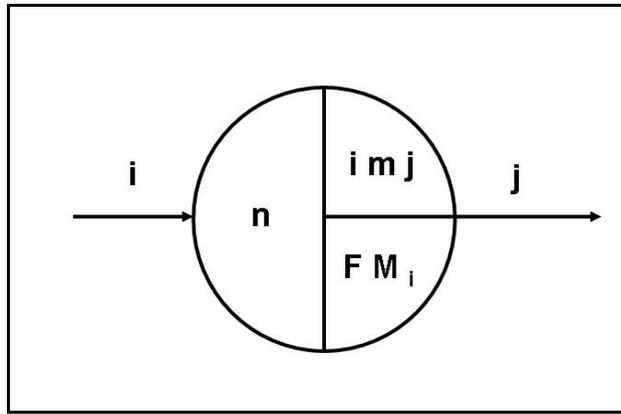
Dentro de un plan de operaciones deberá considerarse:

- a) Ordenar las actividades de manera cronológica.
- b) Identificar las etapas previas a cada actividad.
- c) Hacer una lista de actividades precisando las fechas de comienzo y de fin.
- d) Definir los recursos materiales, humanos y financieros que serán necesarios.
- e) Especificar claramente las responsabilidades de cada uno (clientela, horario, local).
- f) Contactar con las organizaciones implicadas por las actividades y asegurarse de su colaboración.
- g) Estudiar los problemas y especificarlos.
- h) Asegurarse de que cada uno sabe lo que tiene que hacer y cuando tiene que hacerlo.

#### 4.3.15.- ordenamiento de actividades

Comprende gráficos que indican secuencias de acciones a ser instrumentadas y también el control de la ejecución. Las hay en red:

- 1) **Algoritmo decisional** o encadenamiento de acciones necesarias para la realización de una tarea. Determina prioridades, es de gran utilidad para problemas críticos y urgencias. Tiene pasos en los que se responde si o no significando caminos para actuar con acierto y celeridad. También para medidas preventivas (ejemplo: inmunizaciones en casos de esquemas previos completos o no). Permite también evaluar los recursos necesarios.
- 2) **Diagramas de flujos** o camino a seguir con etapas lógicas, ejemplo dentro de un establecimiento en relación con la gravedad o urgencia de los usuarios.
- 3) En **el PERT** (Program Evaluation and Review Techinque); se estudian las distribuciones probables de tiempo de realización de un evento; además se tiene el conocimiento preciso de la secuencia necesaria para la ejecución de cada actividad utilizando un diagrama de red. Los nodos representan instantes del proyecto. Cada suceso es representado por un nodo donde se anota un inicio mínimo de actividades que le correspondan y un final máximo para ellas.



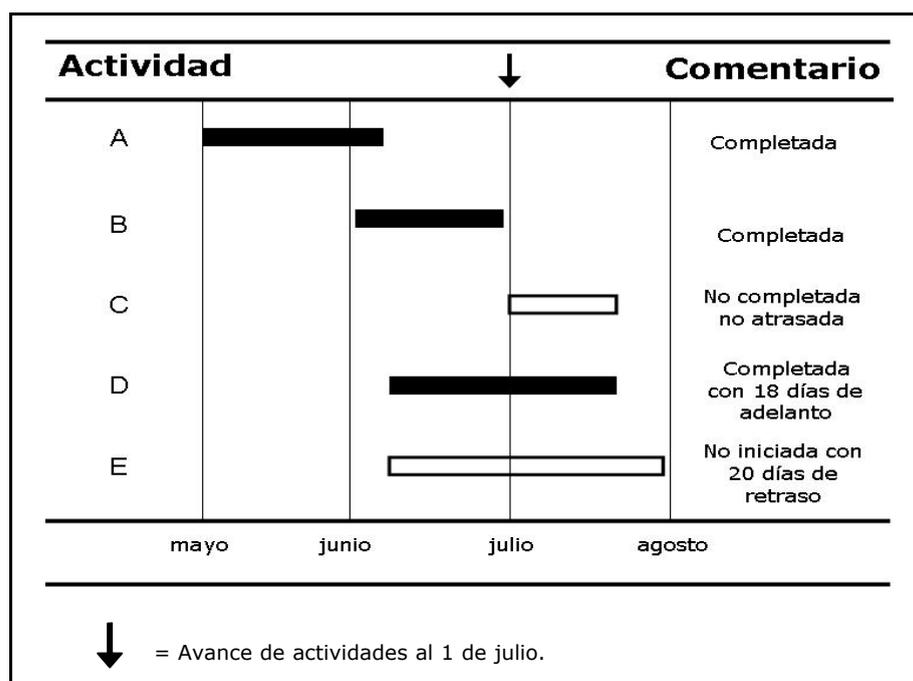
Cuadro 4.3.15.a

Los nodos podrán estar numerados a conveniencia estimándose 0 o 1 para el inicio y el número mayor para el final. Al iniciar no llega flecha alguna así como el final no la emite. Las flechas representan tareas y su sentido corresponde a las dependencias correspondientes. Los caminos del proyecto se siguen con el sentido de las flechas y son las secuencias lógicas propuestas.

Se busca además identificar actividades cuyo retraso en la ejecución significaría un retraso del proyecto total: son las **actividades críticas**; su secuencia describe el **camino crítico**.

El resto de las actividades presupone tiempos menos ajustados y permiten mayor amplitud para su resolución: **HOLGURAS**. Las actividades críticas no tienen holguras y la fecha más temprana (inicio mínimo i.m.) coincide con la última (finalización máxima F.M.).

- 4) **Diagrama de tiempos con interdependencias**: Diagrama de Gantt. Está formado por barras que se corresponden con actividades, que tiene cada una fecha de inicio y de finalización y en las que se va remarcando lo ejecutado para cada actividad.



Cuadro 4.3.15.b

Para la ejecución de un programa, proyecto, intervención en forma exitosa, es necesario el conocimiento teórico, la posibilidad de asignar prioridades acorde a las necesidades y posibilidades de ejecución como la aplicación de métodos que permitan organizar de forma lógica las acciones específicas y su administración.

#### 4.3.16.- La evaluación

Debe ser considerada para cada una de las etapas. Se inicia con aquella referida a etapas previas a la toma de decisión: “ex ante”, en la que en base a los conocimientos existentes se pueda considerar la oportunidad o acierto de la elección del plan o bien en relación con experiencias previas. Una vez tomada la decisión durante o al fin del proceso se da la evaluación “ex post” que permite evaluar la ejecución o los efectos del programa.

Durante la realización de las acciones se van desarrollando evaluaciones concomitantes a cada fase indicando, a la vez, procesos de retroalimentación que permiten los cambios requeridos ante nuevas circunstancias. “La meta de una evaluación es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado” (James, G.).

Los criterios empleados se harán según normas establecidas o en función de otras experiencias válidas.

Puede definirse la evaluación de un programa como:

Un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación (Rossi, P.H., 1982:12)

La evaluación podrá dirigirse a quienes esté destinada la acción, programa u otro, o a quienes proveen los servicios, o a los elementos del programa en si, recursos, actividades u objetivos propuestos. Clásicamente se podrá evaluar: la estructura, el proceso o los efectos o resultados correspondiendo a una evaluación **táctica del programa**. Incluye los componentes del programa: 1) Recursos (estructura): evalúa su cantidad y calidad, competencia disponibilidad del personal (humanos); el presupuesto (financiero) y los equipos e instalaciones materiales (físicos). 2) Actividades (proceso): realizados con la calidad y aceptabilidad correspondiente, relación entre profesionales y población objetivo, accesibilidad, continuidad, coordinación de actividades y demás elementos que hagan apropiada la intervención. 3) Efectos (resultados obtenidos en relación con los objetivos o consecuencias): corresponde a la efectividad real.

Dentro de la evaluación táctica se incluye la relación entre proceso y efectos (ejemplo: tiempo de estadía de los enfermos internados y resultados obtenidos por patologías) también la evaluación económica. Una corresponde a los servicios producidos en relación a los recursos empleados (productividad); otro corresponde a la rentabilidad económica (eficiencia) que implica los efectos obtenidos en relación a los recursos invertidos.

La evaluación estratégica constituye la evaluación de pertinencia entre los problemas a resolver que afectan la población y las soluciones propuestas, así la evaluación “ex ante” comprende la evaluación teórica predecisión; así como la “ex post” es la empírica como se ha dado en una pertinencia real y se relaciona en forma muy cercana con la evaluación del impacto logrado.

A la **evaluación estratégica** se la llama también **evaluación de pertinencia** o de adecuación.

La evaluación operativa, se realiza sobre las acciones que se ejecutan o se implantan, se refieren a la administración de los recursos y a las actividades específicas, siendo útiles los métodos enunciados para su valoración (PERT, etc.).

La evaluación de los programas de salud son herramientas fundamentales para la toma de decisiones, en las políticas de salud y en la aplicación, provee además una permanente retroalimentación.

La evaluación está asistida por razones asistenciales, sociales, económicas, éticas, etc., entre lo que se debe considerar la rapidez de los cambios científico-tecnológicos, el permanente incremento de los gastos en salud, los distintos grados de accesibilidad a la atención de la salud de los grupos poblacionales, y su repercusión social.

Según la OMS “ la evaluación es un proceso sistemático y permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las actividades ya emprendidas o que pueden emprenderse en el futuro”.

Se considera válido a un proceso de evaluación cuando está incluido en un proceso de planificación o de gestión de servicios, deberá ser apropiado, de calidad, oportuno y respetuoso; se planteará al inicio si la evaluación es posible y si sus resultados permitirán la modificación del programa y a quienes va dirigida: a los planificadores, a los realizadores, a los pacientes u otros. Puede darse la posibilidad de replantear la utilidad de la evaluación si fuera excesivamente costosa, que sus resultados pudieran no influir en el programa, o que la información necesaria no fuera accesible.

Se debe definir los aspectos a evaluar, los diseños a ser utilizados con los datos disponibles, etapas de la investigación o los tiempos útiles para realizarla, podrá fundamentarse en los aspectos administrativos ó sobre objetivos de salud; podrá ser realizada por evaluadores **externos**, instituciones de fuera del ámbito de los programadores; **internos**, que correspondiendo a la institución de los programadores sean ajenos al grupo responsable; ó autoevaluación, realizada por el equipo programador. Puede darse también una evaluación mixta con integrantes de distintas representaciones.

## Los procesos de evaluación. Clasificación

1. según el aspecto del programa que se evalúa:
  - a- de estructura
  - b- de proceso
  - c- de resultados
  - d- de impacto
2. según la etapa del programa que se evalúa:
  - a- estratégica
  - b- táctica
  - c- operativa
3. por la información que se utiliza:
  - a- cualitativa
  - b- cuantitativa
4. según el momento de la realización y funciones:
  - a- "ex ante"
  - b- durante
  - c- "ex post" (sumativa)
5. según la finalidad y el método empleado:
  - a- administrativa
  - b- de investigación
6. según la procedencia de los investigadores:
  - a- externa
  - b- interna (no ejecutores del programa)
  - c- autoevaluación

Cuadro 4.3.16.a

La **evaluación económica de un programa** está basada en el estudio de los diversos programas o alternativas, identificando y cuantificando sus componentes, y comparando los costos y los beneficios; se estudian los costes, y su relación con los resultantes, así el **análisis coste/efectividad**: donde la valoración del programa se hace en términos de salud, ejemplo, la acción preventiva de una campaña de vacunación:

$$\text{Razón coste/efectividad} = \frac{\text{Coste neto}}{\text{Efectos de salud del programa}} = \frac{\text{Coste del programa} - \text{Reducción de costes sanitarios y sociales por la aplicación del programa}}{\text{Efectos de salud del programa}}$$

Cuadro 4.3.16.b

Se expresa en términos monetarios por unidad de salud: casos evitados, años de vida ganados, incapacidad evitada, siendo la mejor estrategia la que alcanza el objetivo de salud al menor coste. El **coste/utilidad**, mide la efectividad en unidades de salud que se ajustan a calidad de vida y se usa cada vez que sea posible medir cantidad y calidad de salud.

El **coste/beneficio**, mide en términos monetarios. No siempre es accesible la cuantificación de los costos de tratamientos no realizados, o pérdida de producción por invalidez o muerte que se pudieran o hubieran evitado con la implantación de un programa.

Los costes de la enfermedad incluyen los gastos del tratamiento, complicaciones y secuelas directas, así como la pérdida de producción por incapacidad o muerte prematura, secuelas indirectas; los beneficios comprenden el ahorro producido por la puesta en acción del programa, incluyendo los costes del programa, los recursos dispuestos en la intervención (humanos, técnicos, materiales, financieros). El estudio de costo/beneficio permite comparar recursos económicos a ser destinados a programas de distinta naturaleza (construcción de un efector o realización de obra sobre el medio ambiente).

Tanto la evaluación coste/efectividad como coste/beneficio tienen especial utilidad en programas preventivos.

$$\text{Razón coste/beneficio} = \frac{\text{Coste de la enfermedad sin programa} - \text{Costes de la enfermedad con el programa}}{\text{Coste del programa}}$$

Cuadro 4.3.16.c

## Citas bibliográficas

- Beguin, C. "La planification d'un programme de santé", Adm. Hosp. et soc., vol. 25, nº1, 1979, p. 19.
- Bonnevie, P. The concept of health. Scand J. Soc. Med. 1 (1), 1973:41-43.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Harvard U. Press, 1973:415.
- James, G. "Evaluation in Public Health Practice", in Program Evaluation in the Health Fields. Sheldon, A. y Barber, F. (ed.) Behavioral Publication, New York, 1969:29.
- Mc Conkley D. Strategic Planning in Non Profit Organizations Health Man. Forum. 1981:64-65.
- Pineault, M. y Daveluy M. La Planificación Sanitaria.
- Pineault, R. La planification des services de santé. Une perspective épidémiologique. Administration hospitaliere et sociale. 1979:7.
- Pineault, R. La planification des services de santé: une perspective épidemiologique. Adm. Hosp. et soc., 5 (2), 1979:10.
- Pineault, R. La planification des services de santé: une perspective épidemiologique Adm. Hosp. et soc., 5 (2), 1979:18.
- Rey Calero J. y col. Fundamentos de Epidemiología Clínica Madrid. Síntesis, 1996.
- Pineault, R. Daveluy R. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona SG y Masson, 1990.
- Donabedian A. Aspects of medical care administration: Specifying requirements of Health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1973:170.
- Pineault, E. Contandriópoulos A. 1982.
- Rawls, J. Teoría de la justicia. Buenos Aires, FCE, 1978.
- Rossi P. H. y Freeman H. E. Evaluation. A Systematic Approach. Sage publ. California, 1982.

## Bibliografía consultada

- Godet, M. Prospectiva y planificación estratégica. Barcelona, 1991.
- Informe Técnico de la OMS sobre Servicios de Salud año 2000. Geneve, OMS, 2000.
- Piédrola Gil y col. Medicina preventiva y Salud Pública. Masson, 10ª ed, 2001.

- Pineault y Daveluy Carole. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona, Masson, 1990.
- Salleras, L. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. Atención Primaria, 1988.
- San Martín, H. Salud Pública y Medicina Preventiva. Masson, Barcelona, 2ª ed, 1989.
- Terris, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI, Mexico, 1980.