



Caja Costarricense de Seguro Social



PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)

Guía metodológica





Caja Costarricense de Seguro Social



PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)

Guía metodológica

Índice

pág.

Plan de atención a la salud
de las personas (PASP)

Guía metodológica

INTRODUCCIÓN	5
1 - DISEÑO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN	7
Análisis de los elementos de referencia	7
Definición del impacto esperado y de los usuarios	8
Definición de los criterios de calidad	9
Definición del ámbito temporal	11
Estrategias en la planificación para la acción	12
Estructura del proceso	12
Responsables del proceso: el equipo de planificación	14
Participación de otros agentes sociales	15
2 - ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)	17
Análisis de la situación	18
¿Qué es un problema de salud?	18
Proceso	19
¿Qué información necesitamos analizar?	20
Métodos	23
Producto resultante: lista de problemas más importantes	31
Identificación y definición de intervenciones	34
¿Qué es una intervención?	34
Proceso	36
¿Qué información necesitamos analizar?	37
Métodos	41
Producto resultante: definición y sistematización de las intervenciones	43
Priorización	46
Proceso	47
Criterios	48
Métodos	49
Producto resultante: intervenciones priorizadas	51
Definición de objetivos	53
Diseño de la evaluación	56
3 - EL PRODUCTO FINAL: EL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	65
Anexo 1 - Ejemplo de lista de problemas	67
Anexo 2 - Esquema de la historia natural de la enfermedad.	69
Anexo 3 - Escala de evaluación de la evidencia científica.	70
Anexo 4 - Ficha para la sistematización de intervenciones.	71
Anexo 5 - Ejemplo de intervenciones definidas	73

INTRODUCCIÓN

El plan de atención a la salud de las personas (PASP) se enmarca en lo que actualmente se entiende como planificación orientada a la salud y que ha pasado de centrar los objetivos fundamentales en la organización y la productividad de servicios a dirigir su atención a las necesidades de salud de la población.

El PASP es un instrumento de planificación para sistemas de salud basados en el aseguramiento público único o para un sistema nacional de salud con separación de funciones (financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios). La descentralización de los sistemas públicos de salud y la separación de funciones plantean la necesidad de transmisión de las políticas de salud desde los agentes reguladores a los agentes proveedores, de manera que la compra de servicios responda a las necesidades de salud y no a la oferta existente. Para ello, se introducen instrumentos de planificación como el PASP, que permiten asignar y utilizar eficientemente los recursos para obtener los máximos beneficios de salud de la población.

El objetivo principal del PASP es dotar al organismo asegurador/comprador de un instrumento que oriente la compra de servicios hacia la resolución de las principales necesidades de salud de la población, mediante la identificación y la priorización de las intervenciones. Las intervenciones priorizadas serán además de factibles, las más efectivas y eficientes para resolver los problemas de salud más importantes.

El PASP debería contribuir también a impulsar la toma de decisiones racionales y eficientes en un sistema de salud, por ejemplo, incentivando la elaboración de guías de práctica clínica o el análisis de las variaciones en el práctica clínica.

Esta guía metodológica –realizada a partir de la experiencia obtenida en procesos de planificación en el ámbito de salud– pretende ser un material de apoyo de fácil comprensión. La guía no intenta sustituir documentos existentes sobre los fundamentos y la metodología de la planificación,

sino que se enfoca hacia el desarrollo práctico del proceso de elaboración del PASP, poniendo énfasis en los aspectos operativos a definir y resolver en la gestión de un proceso tan complejo.

La guía consta de tres partes y comienza con la descripción de los elementos a tener en cuenta cuando se inicia un proceso de planificación de salud, desde la consideración de los marcos de referencia a la definición de los participantes en el proceso. La segunda parte presenta las fases del proceso de planificación. Su descripción se ha realizado de forma sucesiva, pero en un proceso real estas fases están íntimamente relacionadas y en parte se desarrollan simultáneamente. La última parte introduce brevemente los contenidos de que debería constar un plan de atención a la salud de las personas. La guía finaliza con una bibliografía que recoge publicaciones de consulta para aquellas personas interesadas en profundizar sobre algún aspecto específico del tema.

1 - DISEÑO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

IMPORTANCIA DEL DISEÑO DEL PROCESO

Los procesos de planificación en salud son procesos complejos: por su enfoque global (no se trata de definir un programa o una actuación concreta sino un conjunto de intervenciones en relación a un conjunto de problemas de salud), porque debe manejarse una gran cantidad de información, porque intervienen muchas personas aportando sus conocimientos, puntos de vista, valores e intereses, porque hay que tejer una serie de interrelaciones para que tengan impacto en la realidad y porque se planifica en un entorno de incertidumbre importante. Esta incertidumbre se refiere al número de personas que sufren el problema de salud, a su detección, a la calidad y oportunidad del diagnóstico y a la efectividad del tratamiento, entre otros factores.

Este tipo de procesos necesita una fase previa que podríamos denominar *diseño del proceso de planificación*. En esta fase conviene considerar los elementos de referencia o contexto, la función, los usuarios y el impacto esperado del PASP, los criterios de calidad tanto del producto como del proceso, la duración y definición de responsabilidades en el proceso de planificación.

En este capítulo se presentan los principales elementos a tener en cuenta para la fase de diseño, así como algunas cuestiones referidas a la gestión del proceso de elaboración del plan.

Al finalizar la elaboración del primer Plan de salud de Cataluña se realizó una evaluación formativa del proceso entre los profesionales de los equipos responsables (un equipo central y ocho equipos regionales). Entre los resultados destaca la necesidad de reforzar la fase previa a la elaboración del plan, el diseño del proceso, para poder integrar los criterios de calidad a utilizar durante el proceso (al ser un proceso nuevo, los criterios iniciales se habían ido concretando y matizando durante el propio proceso), de profundizar en su definición y de consensuarlos entre los equipos y entre los órganos directivos. Para el segundo plan se elaboró el documento específico Diseño y planificación del Plan que recogía la riqueza de la experiencia evaluada, como capital de partida, y la adaptaba al entorno concreto.

Análisis de los elementos de referencia

La planificación, como *proceso*, no tiene lugar de forma aislada sino en un contexto determinado por el sistema de salud, y el PASP como *producto*, no es independiente del resto de instrumentos que pretenden orientar la toma de decisiones. Un primer paso, pues, consistirá en identificar las políticas gubernamentales y las estrategias globales que tienen relación con la planificación en salud, e incorporarlas como elementos de referencia. Del mismo modo, pueden constituir referencias relevantes las estrategias

internacionales propuestas para la mejora de la salud en los entornos próximos al nuestro como por ejemplo, las formuladas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Los principios, valores y objetivos del sistema de salud, como la concepción social de la salud, la equidad, la sostenibilidad o la eficiencia deben explicitarse como criterios a los que se referirán los planteamientos y los resultados.

En un sistema público de salud, con separación de las funciones de financiación, aseguramiento y provisión de servicios, el plan de atención a la salud de las personas debe jugar un papel central, en tanto que introduce racionalidad en la toma de decisiones sobre las intervenciones que van a ser garantizadas a la población y aporta calidad en la compra de servicios, orientándolos hacia la consecución de la mejora de la salud.

Definición del impacto esperado y de los usuarios

Antes de determinar la forma y el alcance de las propuestas, de establecer los usuarios del PASP y de diseñar la estrategia de participación en su elaboración, hay que definir la función que va a desarrollar el PASP y el impacto que se pretende conseguir.

Un plan cuya función principal fuera dar coherencia e interrelacionar la actuación de distintos programas gubernamentales de salud, tendría que verse reflejado en las políticas de salud y por tanto, tendría que dirigirse fundamentalmente a los tomadores de decisiones, quienes deberían participar en el proceso. Por otro lado, si se entendiera que la función de un plan también fuera influir sobre la práctica de los profesionales de la salud, deberíamos buscar el impacto en la modificación de la práctica clínica, por tanto el plan tendría que dirigirse hacia estos profesionales y realizarse con su participación en la identificación de los problemas y la formulación de las propuestas.

Un elemento fundamental para diseñar correctamente un plan y que también delimita la función que éste va a de-

sarrollar, es identificar claramente cuáles son las competencias de la institución que va a utilizarlo, para que las intervenciones que se seleccionen pertenezcan únicamente a este ámbito de competencias.

En esta fase es útil plantearse preguntas del tipo:

- ¿en qué ámbitos del sistema de salud se pretende tener repercusión (práctica clínica, gestión de los servicios, asignación de los recursos, actuaciones intersectoriales, etc.)?
- ¿qué tipo de actuaciones están bajo el control de la institución responsable de dirigir e impulsar la aplicación del plan?
- ¿quienes son los agentes principales que deberán asumir la ejecución de las propuestas?
- ¿qué expectativas tienen los grupos de interés o grupos de poder respecto al plan?

Definición de los criterios de calidad

Es de suma importancia definir los criterios de calidad, tanto del *producto* –PASP– como del *proceso*, y acordarlos con los responsables de la aprobación del plan, ya que servirán para hacer el seguimiento durante todo el proceso de elaboración. Lógicamente, éste es un proceso dinámico y durante su curso algunos de los criterios pueden modificarse, sin que esto reste importancia al hecho de contar con una referencia de partida que lo guía en todas sus fases y sirve de referente a todas las personas que en un momento u otro participan en el proceso.

A modo de ejemplo, en la [TABLA 1](#) se presentan los criterios de calidad que se establecieron para el PASP en Costa Rica.

Los criterios de calidad respecto al ***producto*** –PASP– se refieren al enfoque de las propuestas y al contenido del documento, y deben reflejar los principios y objetivos del sistema de salud.

TABLA 1
Criterios de calidad
del PASP de Costa Rica
2000-2004

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Bases conceptuales para la elaboración del Plan de atención a la salud de las personas (PASP) 2000-2004

Criterios de calidad del producto
▪ Continuidad y coherencia con los planteamientos y los objetivos trazados por las autoridades en salud, por los planes de desarrollo del país y el plan estratégico de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). ▪ Mantenimiento y mejora de la salud y de la calidad de vida. ▪ Expresión de las diferencias entre regiones y grupos de población. ▪ Equidad y adecuación de los servicios a las necesidades de la población. ▪ Desarrollo de estrategias orientadas a obtener beneficios en salud. ▪ Continuar impulsando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. ▪ Equilibrio entre promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. ▪ Mejora de la calidad y la eficiencia del proceso de atención. ▪ El usuario de los servicios sanitarios es una prioridad del sistema de salud. ▪ Incorporación de prioridades. ▪ Intervenciones basadas en la evidencia científica. ▪ Consenso de criterios clínicos para la atención de problemas de salud ▪ Explicitación de las estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios.
Criterios de calidad del proceso
▪ Compromiso institucional. ▪ Descentralización, participación e intersectorialidad. ▪ Actualización de las fuentes de información y análisis de patrones y tendencias observables. ▪ Identificación de problemas según la importancia (morbilidad, mortalidad, discapacidades, costo, impacto percibido). ▪ Incorporación de los resultados de los compromisos de gestión. ▪ Definición de las intervenciones según criterios de eficacia, eficiencia y factibilidad. ▪ Evaluación de las intervenciones.

Los criterios de calidad respecto al **proceso** indican cómo se quiere llevar a cabo la elaboración del PASP. Algunos criterios de proceso especialmente importantes son los referidos a la participación y descentralización en la elaboración.

La *participación* de los diversos agentes sociales implicados en la salud (profesionales de la salud, gestores, ciudadanos, políticos, organizaciones sociales, etc.) es un criterio de calidad importante por dos motivos. Por un lado, porque ellos pueden aportar la información y la valoración sobre la realidad de los fenómenos de salud y de las posibilidades de intervención que no pueden obtenerse por otras vías. Por otro lado, su participación en las distintas fases del proceso de elaboración del PASP facilitará la aceptación de las propuestas y su motivación e implicación para llevar adelante las que están bajo su responsabilidad.

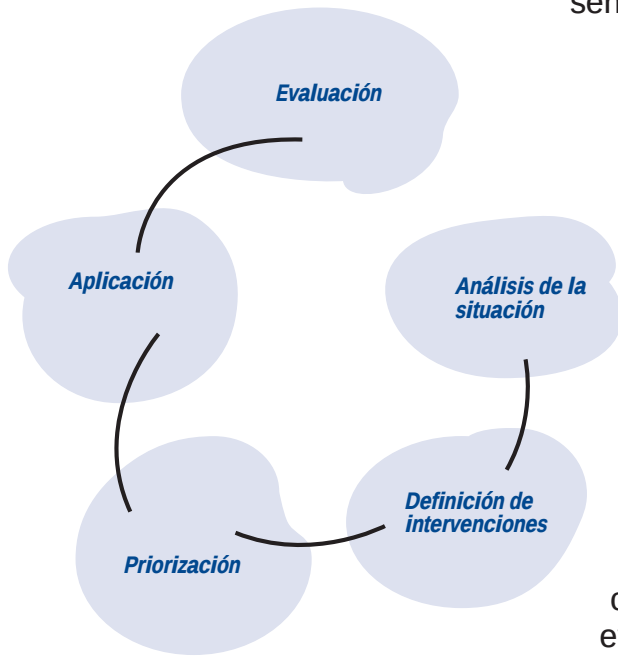
El nivel de *descentralización* es otro de los criterios fundamentales del proceso de elaboración del plan. La elaboración descentralizada requiere, obviamente, destinar más recursos pero conlleva como beneficio un conocimiento más próximo de las necesidades y un mayor nivel de implicación de los agentes. El nivel de descentralización depende de la existencia de especificidades territoriales que justifiquen procesos diferenciados, principalmente en las fases de identificación de los problemas y de análisis de la factibilidad.

Definición del ámbito temporal

La planificación es, por definición, un ejercicio de prospección. El PASP deberá tener definido un horizonte de referencia temporal para los objetivos y la evaluación. Por tanto, deben tener objetivos generales definidos a medio/largo plazo (normalmente entre 5 y 10 años) y pueden tener objetivos operacionales definidos para períodos más cortos, en los que se puedan realizar cortes de seguimiento y corrección de las acciones.

Estrategias en la planificación para la acción

Es fundamental que el PASP, además de ser un producto de alta calidad basado en información de gran validez y conocimientos bien demostrados, sirva para actuar. En este sentido, es importante tener en cuenta desde el principio las estrategias que van a facilitar la aplicación del plan (compromisos de gestión, dirección por objetivos, presupuestos vinculados a objetivos o proyectos, sistemas de información, alianzas y compromisos institucionales, etc.). Estas estrategias, en las que basaremos la ejecución del plan, permiten complementar el enfoque racional de la planificación con la visión del pragmatismo, sin la cual será difícil desarrollar las propuestas de actuación.

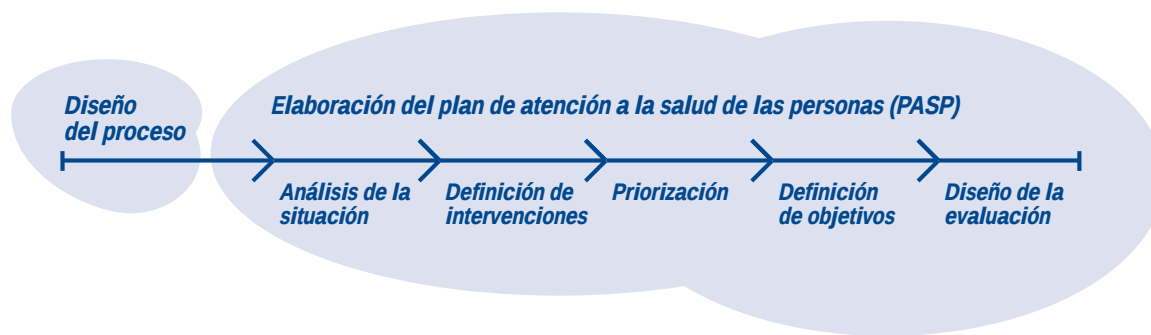


La planificación, en un sentido amplio, es un proceso cíclico que parte del análisis de la situación, sigue con la definición y priorización de intervenciones, su aplicación y evaluación. Esta última fase alimenta el nuevo proceso de planificación y permite un salto cualitativo al incorporar líneas de mejora surgidas de la propia experiencia de la aplicación.

Estructura del proceso

El proceso de elaboración del PASP se puede organizar por fases. En cada una de las fases se llega a un producto que sirve de base para las siguientes.

El desarrollo de las distintas fases no es estrictamente secuencial, pudiendo realizarse simultáneamente, al menos en parte, algunas de ellas. La fase de definición de intervenciones, por ejemplo, puede iniciarse antes de cerrar la de análisis de situación, especialmente para los problemas de salud más importantes de la población que ya se conocen. El análisis de intervenciones deberá continuar después de concluir la primera fase para definir las intervenciones relativas a todos los problemas de salud incluidos en la lista de problemas. Otras fases susceptibles de solaparse parcial-



mente, como se verá más adelante, son la definición de objetivos y el diseño de la evaluación.

Aunque la elaboración del PASP se organiza en **fases**, es importante que el diseño del proceso nos proporcione una visión global que permita establecer las relaciones entre las distintas fases: **criterios, necesidades de información y productos intermedios**. Por ejemplo, desde el principio hay que mantener la coherencia de los criterios que se utilizan en la valoración de los problemas de salud, en la identificación y definición de las intervenciones y en la priorización, ya que de lo contrario cuando lleguemos a la fase de priorización no tendremos la información necesaria para aplicar los criterios definidos para esta fase. De igual modo, si decidimos cambiar los criterios para la priorización estaremos invalidando el proceso previo y, por lo tanto, poniendo en cuestión si las intervenciones que se someten a priorización son las que deberían ser, ya que los criterios son diferentes.

Por tanto, antes de iniciar el proceso de elaboración del PASP con la fase de análisis de la situación, es importante haber definido los criterios, información y productos intermedios previstos para cada una de las fases.

Otra referencia necesaria para la gestión del proceso es la programación temporal y la previsión de la duración de cada una de las fases. Una vez en marcha el proceso hay que ir regulándolo para asegurar que cada fase finalizará a tiempo para poder empezar la siguiente y llegar al producto final de acuerdo con los compromisos adquiridos. Es de gran utilidad construir un **cronograma** que podríamos llamar *de cuenta atrás* en el que el punto de referencia es la fecha de finalización del proceso, a la cual tienen que ajustarse la duración de las fases y la obtención de los productos intermedios.

Responsables del proceso: el equipo de planificación

Como se ha comentado anteriormente, los procesos de planificación en salud son procesos complejos. La calidad del producto resultante dependerá, entre otros factores, de la capacidad técnica y organizativa de los responsables de la elaboración del plan. Para este proceso se requiere constituir un *equipo de trabajo* formado por profesionales con conocimientos específicos en epidemiología y técnicas de planificación, con visión global del sistema de salud, con capacidad de interacción interna y externa, con capacidad de interpretar los compromisos institucionales y con una visión crítica de los procesos que permita una cierta flexibilidad de adaptación cuando sea necesario introducir cambios en el proceso para ajustarse al contexto real en cada momento.

Cuando se opta por un proceso con cierto nivel de descentralización es necesario definir una *metodología* homogénea, consensuada entre el equipo central y los equipos territoriales, que permita que el análisis y la obtención de información se realice de manera semejante. Así, el nivel central podrá elaborar el PASP de conjunto, permitiendo al mismo tiempo que el nivel territorial pueda plasmar las especificidades de cada lugar.

Participación de otros agentes sociales

La participación de diferentes agentes sociales, además del equipo de planificación, en el proceso de elaboración del PASP es un criterio de calidad, siendo especialmente relevante en la identificación de los problemas, la identificación y valoración de las intervenciones y la priorización. Según la información que puedan aportar y la necesidad de consenso, los agentes que deben participar en cada momento varían. Es conveniente diseñar toda la estrategia de participación que se va a seguir: quiénes van a participar y como se complementan las visiones en las distintas fases. En el **TABLA 2** se resumen las partes del proceso en las que es más valiosa la participación y cuáles son los agentes principales.

TABLA 2
Participación en el proceso de elaboración del Plan

Fuente: Elaboración propia

Agentes	Identificación de problemas	Identificación de intervenciones y valoración de efectividad y eficiencia	Valoración de la factibilidad de las intervenciones	Priorización (validación política y social)
Ciudadanos	++	–	–	++
Políticos	++	–	+	+++
Organizaciones sociales	++	–	–	++
Profesionales de la salud	+++	+	+++	+
Expertos en salud	–	+++	–	+
Expertos en economía de la salud	–	++	–	+
Gestores	+	+	+++	+

2 - ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)

El proceso de elaboración del PASP puede estructurarse en fases. Después de la fase de diseño del proceso de planificación –diseño del proceso– se inicia la elaboración del plan, en que pueden distinguirse las fases siguientes:

- Análisis de la situación.
- Identificación y definición de las intervenciones.
- Priorización.
- Definición de objetivos.
- Diseño de la evaluación.

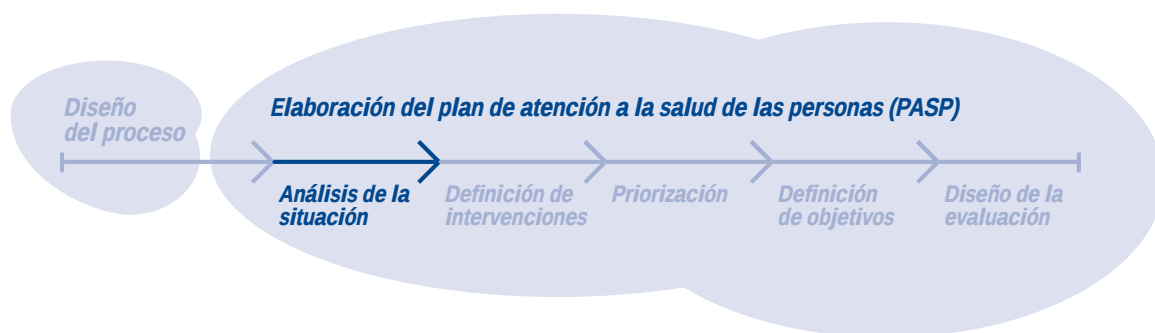


Como se ha explicado en el capítulo anterior, entre las fases de análisis de la situación e identificación y definición de las intervenciones se puede producir un cierto solapamiento en su realización, a efectos de optimizar el tiempo disponible, y las fases de definición de objetivos y diseño de la evaluación pueden llevarse a cabo conjuntamente.

A continuación se presentan los conceptos básicos, las necesidades de información, el proceso operativo, los métodos y el producto resultante de cada una de las fases posteriores a la de diseño del proceso, explicada en el capítulo anterior.

Análisis de la situación

El análisis de la situación de la salud en el territorio y sus determinantes es el primer paso del proceso de planificación propiamente dicho.



La finalidad del análisis de situación es identificar los problemas de salud más importantes sobre los cuáles se pueda intervenir. Esta finalidad es la que debe guiar todo el trabajo de búsqueda y análisis de información. No se trata de acumular datos sino de obtener aquellos que nos permitan conocer la magnitud de los problemas de salud, los grupos de población que tienen más riesgo de presentar dichos problemas y comprender cuáles son los factores explicativos sobre los que podemos actuar. Por ejemplo, nos interesará conocer la incidencia de cáncer de pulmón, la mortalidad por esta causa y la prevalencia de tabaquismo en distintos grupos de población, pero nos interesará menos conocer los factores condicionantes de éste u otro problema de salud sobre los cuáles no podamos actuar, como podrían ser los de tipo genético o, los ambientales, en el caso de que las actuaciones correctoras sobre estos últimos excedan a nuestras posibilidades de intervención.

¿Qué es un problema de salud?

La orientación positiva del concepto de salud implica, por un lado, dirigir los esfuerzos hacia la mejora del bienestar de los ciudadanos y, por otro, tener en cuenta la naturaleza multicausal de la salud, reconociendo la influencia que sobre la salud y la calidad de vida de las personas ejercen, la biología, el nivel educativo, el nivel económico, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de salud.

En este sentido, la definición de problema de salud no puede centrarse únicamente en la existencia de enfermedad, sino que debe considerar también los antecedentes y las consecuencias de las situaciones relacionadas con la salud y la calidad de vida. Con este enfoque, para el PASP de Costa Rica se acordó la definición siguiente:

Un problema de salud es aquello por lo que la gente sufre, enferma, demanda servicios de salud, se incapacita o muere.

Se incluirían dentro del concepto de problema de salud, por ejemplo, los distintos tipos de cáncer o las enfermedades cardiovasculares, y también sus factores condicionantes y las repercusiones discapacitantes, en su caso.

Proceso

Para llevar a cabo el análisis de la situación, los pasos a seguir son los siguientes:

- 1 - Identificación de las fuentes de información necesarias disponibles y elaboración del plan de análisis.
- 2 - Recopilación de la información sobre el estado de salud y sus condicionantes, mediante métodos cuantitativos y cualitativos.
- 3 - Análisis de la información.
- 4 - Caracterización de los problemas de salud identificados de acuerdo con los resultados del análisis de la información.
- 5 - Elaboración de la lista de problemas.

ELABORACIÓN DEL PASP ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

PROCESO: PASOS A SEGUIR

1 *Identificación de las fuentes de información y elaboración del plan de análisis*

2 *Recopilación de la información sobre el estado de salud y sus condicionantes*

3 *Análisis de la información*

4 *Caracterización de los problemas de salud*

5 *Elaboración de la lista de problemas*

¿Qué información necesitamos analizar?

Disponer de información objetiva sobre el estado actual de salud y sus determinantes, así como de los cambios observados en el pasado reciente, es una condición necesaria para poder definir las políticas de salud. Para la toma de decisiones es importante conocer la magnitud de los problemas de salud, los grupos de población que tienen mayor riesgo de presentar dichos problemas y las tendencias experimentadas.

La **frecuencia** y **gravedad** con que se presentan los problemas de salud, estudiadas a partir de las fuentes de información disponibles, constituye el centro de gravedad del análisis de situación.

Cabe destacar también la importancia del **estudio demográfico**. Las características sociodemográficas (edad, educación, actividad económica...) son en sí mismas un factor condicionante de la salud y a su vez explican como es y como evoluciona la población, que es precisamente el sujeto al que se dirige la política de salud. Por tanto, el conocimiento de estas características es esencial para adecuar los servicios de salud. Los planificadores necesitan conocer el tamaño y la estructura de la población, su distribución en el territorio, los factores que determinan la dinámica demográfica y las tendencias o proyecciones para el futuro.

Está ampliamente reconocido que determinados **factores ambientales**, ya sean de tipo físico, químico, biológico o social, así como los hábitos y estilos de vida, tienen efectos sobre la salud de las personas, a nivel individual y comunitario, ya sea actuando como factores de riesgo o como factores protectores para la aparición o agravamiento de enfermedades. El estudio de estos factores, por tanto, también debe formar parte del análisis de situación para la identificación de los problemas de salud de la población.

Además de los problemas de salud, también tienen relevancia para la planificación de la atención de salud a las personas los **problemas de los servicios de salud** y, especialmente, los relacionados con la atención y satisfacción de los usuarios. Este tipo de problemas deben tener un

tratamiento diferenciado del de los problemas de salud, ya que no pueden utilizarse los mismos criterios para medir su importancia y la efectividad de las actuaciones.

Así pues, los principales **ámbitos de estudio** en el análisis de la situación serán:

- Las características sociodemográficas de la población.
- El estado de salud.
- Los estilos y condiciones de vida relacionados con la salud.
- La atención a la salud y la satisfacción de los usuarios.

Para optimizar el trabajo será de gran utilidad establecer un **plan de análisis**. Habrá que partir de la finalidad del análisis de situación, teniendo en cuenta que sólo debe recogerse y analizarse la información precisa para determinar la importancia de los problemas y para seleccionar y priorizar intervenciones. Bajo esta orientación, se determinará la información que se puede conseguir de las fuentes existentes, se definirá la información no disponible a obtener con otros métodos y se definirá cómo se tratarán estos conjuntos de datos para elaborar los indicadores, caracterizar los problemas de salud, y ordenarlos según criterios de valoración para elaborar la lista de problemas.

El plan de análisis, por tanto, pone en relación todas las etapas de esta fase, desde la definición de los ámbitos de estudio hasta la elaboración de la lista de problemas.

La estrategia para realizar el análisis de situación ha de ser fundamentalmente pragmática. Se trata de decidir previamente cuál es la información que se desea obtener, conocer si está disponible y valorar el esfuerzo o los costes que puede suponer su obtención.

La mayoría de datos que se recogen proceden de **fuentes de información general** ya existentes que se refieren a la totalidad de la población y se alimentan periódicamente, como los censos y estadísticas de población, los registros de mortalidad y de determinadas enfermedades, los regis-

TABLA 3
Fuentes de información
utilizadas habitualmente
según el ámbito de estudio

Fuente: Elaboración propia

Ámbito de estudio	Fuentes de información
Características sociodemográficas	▪ Censo de población ▪ Registro de natalidad ▪ Registro de mortalidad ▪ Estadísticas de migración ▪ Estadísticas de estructura socioeconómica
Estado de salud	▪ Registro de mortalidad ▪ Registros específicos de enfermedades ▪ Registros de pacientes ▪ Registros y estadísticas de morbilidad atendida en los servicios de salud ▪ Encuestas de salud ▪ Encuestas de discapacidades
Estilos y condiciones de vida	▪ Encuestas de salud ▪ Encuestas específicas sobre determinados hábitos y/o sobre determinados colectivos
Atención de salud y satisfacción de los usuarios	▪ Registros y estadísticas de actividad y utilización de servicios de salud ▪ Registros de listas de espera ▪ Registros de consumo de medicamentos ▪ Encuestas de satisfacción de los usuarios ▪ Registro de quejas y reclamaciones

tros de actividades de los servicios de salud y las encuestas de salud o sobre hábitos (TABLA 3).

Además de las fuentes de información general, hay que tener en cuenta otras fuentes de ámbito más **específico** (por ejemplo, un registro de cáncer implantado en un territorio concreto) o encuestas puntuales (por ejemplo, una encuesta sobre el hábito tabáquico en un grupo de población) u otros tipos de estudios concretos existentes, que pueden aproximarnos al conocimiento de problemas sobre los que no hay información o bien pueden complementarla. La inclusión en el equipo de trabajo, de profesionales con capacidad para recopilar e integrar la información de estas distintas fuentes o estudios específicos es importante para la calidad del análisis de situación. En los procesos de planificación, los trabajos existentes en áreas y regiones pueden ser un insumo fundamental para el análisis de situación.

En el análisis de la situación, la **calidad de la información** es sumamente determinante de la calidad del producto resultante sobre el cual se basan las siguientes fases. Por tanto, va a ser de gran importancia evaluar la disponibilidad y la calidad de la información utilizada, en cuanto a la fiabilidad y actualidad de los datos, y su representatividad en la población objeto de estudio. Así mismo, los resultados de esta valoración deben traducirse en avances en los métodos de recogida de datos o en el diseño de nuevas fuentes de información que mejoren los ejercicios futuros de planificación en salud.

Métodos

Los análisis de las condiciones de salud se han basado mayoritariamente en estudios cuantitativos. La introducción de las técnicas cualitativas en el campo de la salud —utilizadas tradicionalmente en ciencias sociales como la sociología, la antropología o la psicología— se ha producido de forma gradual. Con la aplicación de los métodos cualitativos se intenta entender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos en su contexto natural, enfatizando el significado, la experiencia y las opiniones de los participantes.

Las metodologías cualitativa y cuantitativa son diferentes y responden a preguntas también diferentes, por lo que en determinadas ocasiones resulta necesaria la combinación de los dos tipos de técnicas, para entender o evaluar mejor la situación de estudio. Existen distintas combinaciones de estas estrategias metodológicas. Por un lado, cuando no se dispone de suficiente información previa sobre el tema los estudios cualitativos se pueden diseñar como un paso previo a la realización de un estudio cuantitativo, para que proporcionen una descripción del contexto de estudio existente y den a entender una situación o comportamiento concreto y se puedan identificar las variables apropiadas a estudiar. Las técnicas cualitativas también pueden dar una visión más amplia a los resultados de un estudio cuantitativo, contribuyendo a su interpretación, o viceversa, utilizando los resultados cuantitativos para interpretar información cualitativa.

Métodos e indicadores cuantitativos

Tradicionalmente se han utilizado métodos cuantitativos, que se basan en el análisis de datos procedentes de registros y encuestas. A partir de los datos se elaboran indicadores que permiten caracterizar la población, tanto en los aspectos demográficos (tamaño y estructura por edad y sexo, evolución, etc.) como en los relativos al estado de salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, etc.).

Los indicadores previamente definidos, conceptual y metodológicamente, constituyen un instrumental básico en la planificación, ya que nos dan información sintética, permiten la comparabilidad, facilitan la monitorización de los fenómenos y, también, la evaluación de las actuaciones.

Indicadores sociodemográficos - En el estudio de las características de la población, cabe destacar la estructura por edad y sexo, en cuanto que está muy relacionada con la dinámica demográfica y con las necesidades. La **pirámide de población** es la descripción gráfica por excelencia de la estructura de población y representa la población de un país o área determinada, en un momento del tiempo, según su composición por grupo de edad y sexo, en términos absolutos (número de habitantes) o relativos (porcentaje de habitantes de cada grupo de edad y sexo respecto al total de habitantes). Lógicamente, cuando queremos comparar las estructuras de distintas poblaciones, construiremos las pirámides de población en porcentajes y utilizando la misma escala gráfica.

Otras variables de interés en el estudio de la estructura de la población, por su relación con la salud, son el nivel de educación, la actividad económica, el estrato socioeconómico y el grupo étnico.

Los factores que determinan la dinámica de una población son la **natalidad**, la **mortalidad** y los **movimientos migratorios**. Del equilibrio o balance entre ellos depende el crecimiento, la estabilidad o la disminución en el número de habitantes de una población, y también su estructura de edad y sexo.

Las **proyecciones demográficas** indican las tendencias futuras en el crecimiento de una población. Se elaboran a partir de hipótesis de evolución de la fecundidad, la mortalidad y los movimientos migratorios.

A pesar de que la planificación es por naturaleza un ejercicio prospectivo y hay que incorporar toda la información posible que nos permita prever la evolución de los fenómenos demográficos que tengan impacto en la salud (crecimiento, envejecimiento y movimientos migratorios, principalmente) hay que ser extremadamente cauto en la utilización de las proyecciones demográficas. Su validez es mayor cuanto más reducido es el horizonte temporal y más grande es el ámbito de población al que se refiere (ya que pierden importancia los movimientos entre áreas pequeñas).

Indicadores de salud - El **estudio de la mortalidad** es, sin duda, el análisis más tradicional cuando se pretende describir el estado de salud de una población. La tasa de mortalidad, aún tratándose de una medida negativa, constituye uno de los indicadores clásicos de medición del estado de salud de una población.

Otra forma de estudiar la mortalidad para analizar la importancia de los problemas son las medidas basadas en el concepto de *mortalidad prematura*. Los **años potenciales de vida perdidos** (APVP) miden el total de años perdidos que las personas que murieron por una causa hubieran vivido de haber podido alcanzar la edad en la que se halla situada la esperanza de vida de la población en estudio o una edad determinada (por ejemplo, 70 años).

La **esperanza de vida** es un indicador estrechamente unido a la mortalidad y representa el número de años que, en promedio, puede esperar vivir un individuo si se mantienen las condiciones actuales de mortalidad. Se trata de una medida muy útil para la comparación entre países y a lo largo del tiempo. Generalmente, la esperanza de vida se expresa como expectativa al nacer, pero también puede calcularse para cualquier edad.

Pese a la importancia, como acabamos de ver, del análisis de la mortalidad para conocer el estado de salud de una población, estos datos apenas ofrecen información sobre

La **INCIDENCIA** indica el número de nuevos casos de una enfermedad o problema de salud que aparecen, en un período de tiempo determinado, en una población a riesgo de presentar dicho problema. Se expresa como una relación donde el numerador es el número de casos nuevos, y el denominador la población a riesgo, por unidad de tiempo. Su cálculo implica, pues, el seguimiento en el tiempo de la población que se desea estudiar.

La **PREVALENCIA** indica el número de casos de una enfermedad que existen en una población en un momento concreto. Se expresa como una relación donde el numerador es el número de casos existentes y el denominador la población de estudio, y carece de unidad de tiempo. A diferencia de la incidencia que tiene carácter longitudinal, la prevalencia es una medida transversal o de corte.

los problemas de salud que afectan a las personas y que no constituyen causa de muerte. La estimación de la **morbilidad** puede hacerse a través de los registros de datos procedentes de los servicios de salud o de los registros específicos para determinados problemas, como pueden ser el cáncer o las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. En este caso se habla de **morbilidad atendida** o manifiesta y se sitúa a nivel de consultas de atención primaria, de hospitalizaciones y de urgencias.

Otra aproximación al conocimiento de la morbilidad lo proporcionan las encuestas de salud realizadas a la población. Éste es el caso de la morbilidad percibida, calculada a partir de la percepción del estado de salud, de la calidad de vida y de las discapacidades que manifiestan los ciudadanos entrevistados.

La frecuencia de los problemas de salud es una parte fundamental para valorar su importancia. Una cantidad importante de los indicadores más utilizados pretenden reflejar la frecuencia en que se presentan los fenómenos. Las medidas de frecuencia más utilizadas son la **incidencia** y la **prevalencia**.

El conocimiento y la cuantificación del impacto de la **incapacidad** en la vida de las personas, y más teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida, es fundamental para el establecimiento de las políticas de salud en función de las necesidades, ya que una parte de los años que puede esperarse vivir se vivirán con alguna incapacidad más o menos importante. A pesar de la complejidad conceptual y de definición para medir el nivel de salud y la calidad de vida, en los últimos años se están desarrollando indicadores que, combinando los datos de morbilidad e incapacidad, permiten realizar una aproximación a este conocimiento. Entre otros, podemos mencionar la **esperanza de vida sin incapacidad** (EVSI) o los **años de vida ajustados por discapacidad** (AVAD).

Consideración sobre el uso de los indicadores - Un aspecto a tener en cuenta en el cálculo de tasas es la **estabilidad** de las mismas. Cuando se estudian poblaciones o áreas pequeñas, problemas de salud poco frecuentes o se estratifica por diferentes variables (grupo de edad, sexo y causa específica, por

ejemplo), el número de casos puede ser muy reducido de manera que pequeños cambios en el numerador de la tasa se traducen en variaciones importantes de la misma. Por ejemplo en una población de 1.000 habitantes pasar de una tasa de incidencia anual de 2 por 1.000 a otra de 3 por 1.000 representa un incremento del 50% en el valor de la tasa, pero este aumento tan elevado responde al hecho de que en el segundo año se produjo un caso más que en el primero. Para evitar los problemas de inestabilidad en las tasas debidos a los motivos mencionados, una buena solución es agregar períodos de tiempo y calcular tasas promedio.

Otra cuestión metodológica a considerar en el análisis cuantitativo es la necesidad de **estandarización** cuando queremos comparar fenómenos entre poblaciones, zonas geográficas o en el tiempo. Se trata de ajustar por aquellas variables estructurales, no controlables, que influyen en la frecuencia de los fenómenos a estudiar. La estandarización es un conjunto de técnicas utilizadas para eliminar, en la medida de lo posible, el efecto de las diferencias en edad u otras variables de confusión al comparar dos o más poblaciones. Por ejemplo, puede darse el hecho de que la tasa de hospitalización por enfermedades cardiovasculares sea muy distinta entre una zona y otra, pero esto puede ser debido a que la población de una zona sea más envejecida que la de la otra. Si estandarizamos por edad, podremos comprobar si realmente hay diferencias en la tasa de hospitalización que no sean debidas a la edad.

La posibilidad de definir indicadores es casi ilimitada. Hay que seleccionar aquellos que se consideren de mejor calidad en cuanto a la sensibilidad respecto al fenómeno que se quiere medir, que permitan expresar la magnitud, gravedad y tendencia de los problemas de salud, que se basen en la información que sea más accesible, que posibiliten la comparabilidad con otras zonas geográficas y que se puedan construir e interpretar con los medios que se disponen. En el [TABLA 4](#) se presentan algunos de los indicadores utilizados más habitualmente en los procesos de planificación de la salud y que disponen de definiciones ampliamente consensuadas.

Ámbito de estudio	Indicadores	
Características sociodemográficas	▪ Número de habitantes ▪ Extensión territorial y densidad de población ▪ Población por edad y sexo (pirámide y proporciones) ▪ Índice de envejecimiento ▪ Población según procedencia y año de llegada ▪ Población según nivel de instrucción ▪ Población según situación laboral	▪ Población activa según actividad y según ocupación ▪ Población por tipo de hogar ▪ Tasa de natalidad ▪ Tasa de fecundidad ▪ Tasa de crecimiento demográfico ▪ Tasa de actividad ▪ Tasa de desempleo ▪ Renta familiar disponible
Estado de salud	▪ Tasa de mortalidad general ▪ Tasa de mortalidad infantil ▪ Tasa de mortalidad materna ▪ Tasa de mortalidad específica por causas ▪ Índice de mortalidad estandarizada ▪ Años potenciales de vida perdidos ▪ Esperanza de vida ▪ Esperanza de vida sin incapacidad ▪ Consultas por habitante por problema de salud ▪ Altas hospitalarias por habitante por diagnóstico ▪ Urgencias por habitante por problema de salud	▪ Tasa de incidencia por determinados problemas de salud (enfermedades infecciosas, cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes, etc.) ▪ Población libre de caries e índices de dientes cariados ▪ Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares ▪ Prevalencia de enfermedades crónicas ▪ Prevalencia de trastornos mentales ▪ Prevalencia de discapacidades ▪ Autovaloración del estado de salud
Estilos y condiciones de vida	▪ Prevalencia de consumo de tabaco ▪ Prevalencia de consumo de alcohol ▪ Prevalencia de consumo de otras drogas ▪ Prevalencia de práctica de ejercicio físico	▪ Prevalencia de sobrepeso y obesidad ▪ Prevalencia de prácticas preventivas ▪ Uso de elementos de seguridad en la conducción de vehículos
Atención de salud y satisfacción de los usuarios	▪ Frecuentación a la atención primaria ▪ Frecuentación hospitalaria ▪ Frecuentación a urgencias ▪ Índices de penetración y procedencia entre zonas y centros	▪ Listas de espera ▪ Prescripción de medicamentos ▪ Usuarios según el grado de satisfacción en relación con la atención recibida

TABLA 4
Indicadores básicos
para el análisis de la
situación (análisis
cuantitativo)

Fuente: Elaboración propia

Métodos cualitativos

No todos los fenómenos que se dan en la sociedad, incluyendo los relacionados con la salud, son cuantificables e interpretables únicamente con datos numéricos. La información cualitativa constituye una fuente de datos de gran utilidad en la identificación de problemas de salud y de servicios. Algunos de estos problemas, podrían no estar presentes en el listado final si sólo utilizáramos información cuantitativa.

Existen diferentes métodos para la recogida de información en la investigación cualitativa. Cada técnica o estrategia metodológica presenta unas características, unas ventajas y unas limitaciones que hay que conocer para seleccionar en cada momento la metodología o la combinación de metodologías que mejor respondan a los objetivos del estudio. Para la identificación de problemas, los métodos cualitativos más utilizados suelen ser:

a - Para establecer la variedad de problemas percibidos:

- Entrevistas individuales a informantes clave
- Grupo focal
- Fórum comunitario

b - Para establecer la importancia atribuida a los problemas por los informantes, las técnicas de consenso:

- Grupo nominal
- Técnica Delphi

Las **entrevistas individuales** a informantes clave son una de las estrategias de recogida de datos más utilizadas en estudios cualitativos en el ámbito de las ciencias de la salud. En la elaboración de las entrevistas hay que tener en cuenta el grado de estructuración del guión y las personas a entrevistar. Cuando las entrevistas se realizan sin un guión muy específico, en el que se tratan pocos aspectos pero con mucho detalle, hablamos de entrevistas no estructuradas. Las entrevistas también pueden tener un guión o ser semiestructuradas, pero en ambos casos las entrevistas deben ser interactivas, variando el curso de

USO DE GRUPOS FOCALES

En la elaboración del PASP de Costa Rica se llevó a cabo una investigación cualitativa con el objetivo de conocer las percepciones del personal de salud y representantes de la población, así como académicos y autoridades políticas y nacionales, sobre los problemas de salud y los problemas del servicio de salud. Se realizaron 22 grupos focales. Entre los participantes se encontraban técnicos de las direcciones regionales, líderes comunales, profesionales de la salud, académicos, personalidades políticas y medios de comunicación. Como resultado se identificaron una serie de problemas de salud, de los servicios de salud y de la atención a los usuarios, así como factores condicionantes para la salud y sectores de población con necesidades específicas de salud. Entre los problemas de salud con un mayor peso relativo en cuanto a importancia percibida, destacan los problemas de salud mental y los nutricionales, en una posición de mucha más importancia que la obtenida en el análisis cuantitativo.

manera flexible en función de las características y los acontecimientos de la conversación. Se trata de que afloren, más o menos ampliamente, ideas, percepciones, opiniones o valores. La información obtenida a partir de las personas ya entrevistadas puede ir modificando la estructura y el guión de las entrevistas posteriores.

Los **grupos focales** consisten en sesiones de debate o discusión donde se produce interacción verbal entre los participantes, intercambiando sus opiniones a partir de un guión semiestructurado. Este tipo de entrevista en grupo se realiza con el propósito de obtener información cualitativa a partir de un número determinado de personas con conocimiento en el tema objeto de estudio.

Otra técnica de obtención de información cualitativa es el **fórum comunitario**, que se distingue de los otros métodos por el hecho de que no limita en ninguna forma la participación. Consiste en una asamblea abierta a todos los miembros de una comunidad determinada. El fórum puede hacerse solo o en combinación con otros métodos. Cuando se emplea solo, sirve para identificar los problemas del mismo modo que los otros métodos. También puede convocarse para definir mejor la naturaleza de las necesidades de algunos grupos identificados como de mayor riesgo o como complemento de otros métodos para construir “consenso de apoyo”.

Las **técnicas de consenso** persiguen el establecimiento de acuerdos en cuanto a la importancia de los problemas existente entre los participantes respecto al tema de la sesión.

Los **grupos nominales** consisten en dos o tres rondas en las cuáles los participantes, individualmente, proponen problemas y priorizan. Se vota la importancia de los problemas y se discute el resultado de la votación. Puede ser necesaria más de una votación hasta estar de acuerdo en los problemas seleccionados y el número sea abordable.

La **técnica Delphi**, similar en funcionamiento al grupo nominal, se realiza a distancia, contactando con los participantes normalmente a través de un cuestionario por correo y realizando sucesivas rondas de priorización de los ítems a valorar. En este caso no hay posibilidad de discusión de los resultados de la votación.

Todo estudio cualitativo se concentra en relativamente pocos individuos seleccionados a partir de unos criterios específicos. La idea es entender la situación objeto de estudio, con toda su amplitud y variabilidad, a partir de la experiencia de cada una de las personas seleccionadas. Así pues la **selección de las personas idóneas** es una de las claves principales en un estudio de tipo cualitativo. Los criterios para esta selección se centran, normalmente, en la inclusión de personas con distintos conocimientos, actitudes y opiniones sobre el tema de estudio, para obtener un abanico de información lo más amplio y completo posible. El hecho de que los participantes se seleccionen en base a estos criterios y mediante una técnica de muestreo no probabilístico condiciona que se puedan generalizar los resultados. Sin embargo, la información obtenida a través de estas estrategias es muy valiosa en tanto que expresa las opiniones de personas y con diferentes experiencias sobre éste.

Producto resultante: lista de problemas más importantes

Una vez obtenida y analizada la información procedente de distintas fuentes es necesario integrarla para cada uno de los problemas de salud identificados y ordenar la lista de problemas, respecto a los cuáles se definirán las intervenciones pertinentes en la fase siguiente del proceso de planificación. La identificación de los problemas viene del análisis cuantitativo y cualitativo.

Para cada uno de los problemas deberá recopilarse toda la información disponible siguiendo criterios e indicadores homogéneos. Esta información permite valorar cada problema en relación con el resto, pero también constituye la base que permite argumentar la importancia de un problema.

Para la elaboración de la lista de problemas de salud más importantes se propone seguir los pasos siguientes:

1 - Definición de criterios de valoración sobre la importancia de los problemas, teniendo en cuenta la información disponible.

2 - Definición consensuada de escalas y ponderaciones para cada criterio.

3 - Ensayo de puntuación de cada problema según los criterios, escalas y ponderaciones definidas (prueba y ajuste de la fórmula de cálculo).

4 - Cálculo de las puntuaciones finales y elaboración de la lista de problemas ordenada según valoración de la importancia.

Para ordenar la lista de problemas, debemos diseñar un sistema que permita llegar a una puntuación para cada problema en función de la importancia relativa. Para ello, seleccionaremos una serie de criterios y estableceremos escalas que permitan ponderarlos y llegar a puntuaciones en función de los datos disponibles. Puesto que no existen estructuras convencionales para este ejercicio, será conveniente acordarlas en cada caso mediante consenso.

Los criterios seleccionados suelen referirse a la magnitud, gravedad y tendencia. La valoración según estos criterios se hace a partir de los resultados del análisis cuantitativo. Sin embargo, también tiene interés tomar en cuenta otros criterios, cuya información procede del análisis cualitativo, como pueden ser la sensibilidad social y política, la valoración según los profesionales o la existencia de compromisos previos.

Para la elaboración de la lista de problemas en la fase de análisis de situación en el PASP de Costa Rica se acordó una fórmula de cálculo del valor de cada problema que consistía en el sumatorio de los valores obtenidos según los criterios que se presentan en el [TABLA 5](#).

A modo de ejemplo, en el [ANEXO 1](#) se presenta un extracto de la lista de problemas de salud resultante del PASP de Costa Rica 2000-2004.

Criterio	Escala	Puntuación
Mortalidad (tasa por 100.000 habitantes y año)	0 0 1-24 25-39 ≥ 40	0.25 0.75 1
Muerte prematura (Esperanza de vida –edad media de muerte por el problema de salud)	0 0 1-20 ≥ 20	0.66 1
Discapacidad (%)	0 0 1-5 ≥ 6	0.66 1
Consulta externa/urgencias (tasa por 1.000 habitantes y año)	0 0 1-9 ≥ 10	0.66 1
Egresos hospitalarios (tasa por 1.000 habitantes y año)	0 0 1-5 ≥ 6	0.66 1
Tendencia	Decreciente Constante Creciente	0 0.66 1
Compromiso nacional/internacional	Ninguno Nacional o internacional Ambos	0 0.66 1
Percepción técnicos y profesionales (según número de menciones sobre el problema de salud en los grupos focales)	Cuartil 1 Cuartil 2 Cuartil 3 Cuartil 4	0.25 0.50 0.75 1
Percepción comunidad (según número de menciones sobre el problema de salud en los grupos focales)	Cuartil 1 Cuartil 2 Cuartil 3 Cuartil 4	0.25 0.50 0.75 1
Percepción científicos y académicos (según número de menciones sobre el problema de salud en los grupos focales)	Cuartil 1 Cuartil 2 Cuartil 3 Cuartil 4	0.25 0.50 0.75 1

TABLA 5
Criterios para la elaboración de la lista de problemas de salud en el PASP de Costa Rica

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Plan de atención a la salud de las personas (PASP) 2000-2004

Identificación y definición de intervenciones

La identificación y definición de intervenciones puede empezar antes de finalizar la fase de análisis de la situación e iniciar la formulación y discusión de propuestas de intervención sobre los problemas de salud cuya importancia es manifiesta e incuestionable. Aunque ambas fases discurren paralelamente, la identificación y definición de intervenciones necesitará de un tiempo adicional, con posterioridad a la conclusión de la fase de análisis de la situación. Así se podrán definir las intervenciones que aborden todos los problemas de salud de la lista de problemas que, como hemos visto en el capítulo anterior, es el producto resultante del análisis de la situación.



En esta fase se pretende saber cuáles son las intervenciones efectivas, de acuerdo con el conocimiento científico existente, para reducir el impacto de cada uno de los problemas y definir dichas intervenciones en términos de a qué poblaciones van destinadas, donde y por quien deben realizarse y si son factibles de llevar a cabo.

¿Qué es una intervención?

El concepto de intervención puede tener distintas acepciones, según el punto de vista y la disciplina académica de que se trate, y también, según la finalidad con la que se utilice. En el proceso de planificación es conveniente ponerse de acuerdo y utilizar una definición común entre todos los participantes. En un enfoque de planificación orientada a la salud, podemos utilizar la definición siguiente:

Una intervención en salud es el conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna, en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud.

Como ejemplo, el conjunto de acciones que llevan desde la detección precoz del cáncer de mama hasta la aplicación del tratamiento que lo va a eliminar o va a retrasar su evolución constituye una intervención. En cambio una mamografía aislada no es una intervención porque, aunque haya servido para detectar un cáncer de mama en una etapa precoz, por sí sola no ha alterado el curso de la enfermedad.

Una intervención se distingue de otra porque está conformada por un conjunto de acciones relacionadas que se sitúan en un estadio de un problema de salud y van dirigidas a un grupo de población determinado. Por ejemplo, aunque son parte de una estrategia de actuación frente a un mismo problema de salud, se considerarán intervenciones distintas la prevención del inicio del hábito tabáquico dirigida a la población no fumadora, el consejo antitabáquico dirigido a la población fumadora o el tratamiento paliativo del cáncer.

En la planificación de la atención de salud a las personas, que se centra en el ámbito de actuación concreto de los servicios de salud, el concepto de intervención se usará limitado a las acciones que dependen de este ámbito. En cualquier caso, no se pretende abandonar la perspectiva intersectorial imprescindible en planificación orientada a la salud, sino que se trata de poder diferenciar aquellas actuaciones que quedan bajo control de las instituciones implicadas en el proceso de planificación y aquellas que exceden la capacidad de decisión de éstas y, por tanto, tienen que formularse como propuestas a trasladar a otros ámbitos de decisión para que sean realmente factibles.

A menudo surgen, entre las propuestas, actuaciones que no son propiamente intervenciones, porque no producen un efecto sobre la salud, pero son necesarias o favorecedoras para llevar a cabo intervenciones propiamente dichas. Como ejemplo, pueden surgir actuaciones de capacitación de profesionales o de elaboración de guías o criterios de práctica clínica. Si bien conviene no confundirlas con las intervenciones, también conviene tenerlas en cuenta y recogerlas. A veces son parte de una intervención y hay que

ELABORACIÓN DEL PASP IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE INTERVENCIONES

PROCESO: PASOS A SEGUIR

1 *Revisión del problema de salud*

2 *Descripción de los factores condicionantes del problema e identificación de los puntos críticos*

3 *Formulación de propuestas de intervención*

4 *Valoración de la efectividad de las intervenciones*

5 *Valoración económica de las intervenciones*

6 *Valoración de la factibilidad de las intervenciones*

7 *Definición y sistematización de las intervenciones*

considerarlas en la definición de las actividades, y otras hay que tratarlas de forma diferenciada como acciones complementarias o de desarrollo de condiciones previas, las cuáles pueden incluirse en el plan si se prevé que van a resolver un problema de factibilidad de una intervención costo-efectiva para un problema de salud importante.

Proceso

Para identificar las intervenciones se recomienda hacer un ejercicio de elaboración de propuestas que tenga en cuenta las distintas posibilidades de intervención según el desarrollo del problema de salud. En base a estas propuestas se centrará el trabajo de valoración de la efectividad, la eficiencia y la factibilidad de las intervenciones.

Los pasos a seguir para la identificación de intervenciones son:

1 - Revisión del problema de salud, a partir de la información elaborada en la fase de análisis de la situación.

2 - Descripción de los factores condicionantes del problema e identificación de los puntos críticos donde la aplicación de una intervención produciría un cambio significativo. En este paso es de utilidad tomar como referencia el esquema de la historia natural de la enfermedad y los distintos niveles de prevención posibles ([ANEXO 2](#)).

3 - Formulación de propuestas de intervención.

4 - Valoración de la efectividad de las intervenciones propuestas.

5 - Valoración económica de las intervenciones propuestas en base al criterio de eficiencia.

6 - Valoración de la factibilidad de las intervenciones propuestas.

7 - Definición y sistematización de las intervenciones.

Previamente a la valoración de la efectividad, eficiencia y factibilidad, se debe considerar si la intervención propuesta es competencia de la institución con responsabilidad en la ejecución del plan. Si no lo es, deberá ser eliminada del proceso, lo cual no significa que no deba llevarse a cabo sino que hay que trasladarla a las instituciones que sean competentes.

¿Qué información necesitamos analizar?

Para definir las intervenciones y posteriormente valorarlas, para seleccionarlas o priorizarlas, es necesario recopilar información lo más completa y validada posible sobre su efectividad, eficiencia y factibilidad. Es importante también que esta información permita hacer comparaciones entre las distintas intervenciones posibles, es decir que sea lo más homogénea posible en cuanto a fuentes de información y unidades de medida.

Efectividad

El efecto de las intervenciones en salud puede evaluarse a través de los estudios orientados hacia la eficacia o los estudios de efectividad. Por **eficacia** se entiende la medida del efecto de la intervención en condiciones ideales, mientras que la **efectividad** mide el efecto en circunstancias reales de la práctica cotidiana en una población específica.

El concepto de eficacia está implícito en el de efectividad, se establece habitualmente de forma experimental y tiene validez universal. La efectividad no tiene validez universal y depende de la aplicación de la intervención en cada contexto concreto, influyendo, además de la eficacia demostrada, otros factores como la cobertura poblacional, la validez diagnóstica, el cumplimiento del tratamiento, etc.

En la medida en que esté disponible, deberá utilizarse información sobre efectividad en el propio entorno poblacional objeto de planificación o en contextos los más similares posibles en cuanto a características de la población y práctica clínica. En el caso de no disponer de información sobre efec-

tividad será cuando se considere la utilización de información sobre eficacia demostrada.

De la misma forma que la calidad de la información disponible y recopilada condiciona los resultados del análisis de la situación para la identificación de problemas, la capacidad de analizar el conocimiento actual sobre la efectividad de las intervenciones condiciona la calidad de las propuestas de actuación resultantes del ejercicio de planificación. Esta es sin duda una de las tareas claves del proceso y también una de las de mayor complejidad.

Eficiencia

Una intervención conlleva una elección en el sentido económico. Para llevarla a cabo tendremos que renunciar a otra actuación, es decir, cualquier intervención tiene su coste de oportunidad. Por tanto, deberemos tener en cuenta no solo la efectividad de la intervención sino que deberemos incorporar el criterio de eficiencia en la elección. La **eficiencia** relaciona los beneficios de la intervención con los costes que supone obtenerlos. Se trata de un concepto relativo que requerirá, por tanto, de términos de comparación.

En un contexto social, la eficiencia significa conseguir lo mejor para la mayoría de los enfermos, no lo mejor para un solo enfermo. Sin efectividad no hay eficiencia. La mayor dificultad para el cálculo de la eficiencia radica en la medida de los beneficios. Éstos pueden medirse en unidades naturales consustanciales a la intervención de salud, en unidades monetarias y en términos de utilidad o satisfacción.

La información sobre la eficiencia de las intervenciones procede de los estudios de **evaluación económica**. La evaluación económica es el análisis comparativo de las acciones alternativas tanto en términos de costes como de beneficios. Podemos encontrar distintos tipos de análisis económicos aplicados a las intervenciones de salud:

- **Análisis de costes.** Mide los costes que suponen cada una de las alternativas sujetas a comparación sin tener en cuenta los efectos sobre la salud. Este tipo de estudios no da información sobre eficiencia ya que únicamente valora los costes.

- Análisis de minimización de costes. También sólo tiene en cuenta los costes pero supone que todas las alternativas tienen la misma efectividad.
- Análisis coste-beneficio. Mide tanto los costes como los efectos en unidades monetarias.
- Análisis coste-efectividad. Mide los efectos en unidades naturales, de medidas de salud, en función del objetivo del estudio, utilizando gran variedad de indicadores (años de vida ganados, supervivencia, mortalidad evitada, infecciones erradicadas, indicadores clínicos, etc.).
- Análisis coste-utilidad. La medida del efecto es la utilidad, referida al valor atribuido a un nivel específico de salud (o al valor de una mejoría en el estado de salud) y se mide a través de las preferencias por estados de salud, para el individuo o la sociedad. Los resultados se expresan, en la mayoría de los casos, como coste por año de vida ganado ajustado por calidad.

En la literatura científica encontraremos estudios de los distintos tipos. El análisis coste-efectividad tiene la ventaja de presentar los resultados en las unidades más comunes a los resultados de las intervenciones de salud, en términos de salud, y por tanto con más sentido y más fácilmente interpretables en el ámbito de la salud. El análisis de coste-utilidad, al incorporar aspectos relacionados con la calidad de vida, utilidad o satisfacción en la medida de los beneficios de salud proporciona un resultado más completo pero más difícil de obtener. El análisis coste-beneficio tiene la ventaja de que los resultados son directamente comparables y pueden utilizarse como regla de decisión unívoca (para aquellas intervenciones en que los beneficios en términos monetarios superen a los costes), pero tiene graves problemas prácticos de medición e imputación de valores monetarios a los efectos.

La información disponible de evaluación económica de las intervenciones de salud es, por tanto, muy diversa, presentándose los resultados con una gran variedad de unidades de medida y teniendo en cuenta diferentes tipos de efectos y de costes. Cada estudio tiene sus objetivos, intenta responder a preguntas específicas y tiene sus propias limi-

taciones en cuanto a la información utilizada, lo cual dificulta la comparación de resultados. Los resultados de los análisis de la evaluación económica pueden mejorar la calidad y la coherencia de las decisiones, pero sólo representan uno de los aspectos parciales de cualquier elección.

Factibilidad

Para valorar la **factibilidad** de la intervención, es decir si podrá llevarse a cabo, hay que tener en cuenta los aspectos que, desde la perspectiva legal, política, cultural, técnica, organizativa y económica, condicionan el desarrollo de las actividades asociadas a la intervención. La información sobre factibilidad es la que está menos elaborada y habrá que obtenerla directamente de los agentes más capacitados para valorar las distintas dimensiones de la factibilidad en cada contexto concreto donde se va a producir la acción. De forma esquemática las distintas dimensiones de la factibilidad hacen referencia a las cuestiones que se plantean en la **TABLA 6**.

TABLA 6
Preguntas-guía para la valoración de la factibilidad de las intervenciones

Fuente: Elaboración propia

Factibilidad legal	¿La intervención es compatible con la legislación nacional?
Factibilidad política	¿La intervención es coherente con los objetivos y prioridades del Gobierno? ¿La intervención tiene buena receptibilidad por parte de las organizaciones políticas?
Factibilidad cultural	¿La intervención es aceptable para la población? ¿La intervención tiene en cuenta los valores, creencias y actitudes de la comunidad? ¿La intervención es suficientemente adaptable a los distintos grupos culturales?
Factibilidad técnica y organizativa	¿Disponemos de la tecnología y recursos físicos necesarios para la aplicación de la intervención? ¿Disponemos de los recursos humanos necesarios para la aplicación de la intervención? ¿Los recursos humanos están capacitados adecuadamente para la aplicación de la intervención? ¿Los aspectos organizacionales (normas, procedimientos, organigramas, etc.) de las estructuras que deben llevar a cabo la intervención permiten la aplicación de ésta?
Factibilidad económica	¿Disponemos de los recursos financieros necesarios para la aplicación de la intervención? ¿Se puede prever su disponibilidad en el futuro?

Métodos

En esta fase los métodos principales consisten en la **revisión de documentación bibliográfica**, las **técnicas de consenso de profesionales** y la obtención de información cualificada a partir de **agentes-informantes clave**, especialmente en el caso de la valoración de la factibilidad.

Existen actualmente herramientas de tratamiento de la información que nos pueden ayudar en el trabajo de aproximarnos al conocimiento sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones propuestas. Además de las revistas biomédicas de referencia, disponemos también de revistas de revisión sistemática, guías de revisión (como la *Guide to Clinical Preventive Services* de la *US Preventive Task Force*), bases de datos bibliográficos, muchos de ellos accesibles a través de Internet (TABLA 7).

Las **bases de datos bibliográficos** son conjuntos de referencias almacenadas informáticamente y que pueden ser recuperadas interactivamente a través de un lenguaje de consulta. Entre ellas, la más conocida y utilizada en el ámbito de la salud es MEDLINE, de acceso libre y gratuito a través de Internet. Otras bases de datos a destacar por su interés para la planificación sanitaria son: HEALTH SERVICES/TECHNOLOGY ASSESSMENT TEXT, que permite el acceso a los textos completos de las guías de práctica clínica e informes de evaluación de la *Agency for Health Care Policy and Research*; HEALTHSTAR, que recopila literatura sobre planificación, gestión y evaluación de servicios

TABLA 7
Algunas direcciones Internet de bases de datos bibliográficas sobre intervenciones en el ámbito de la salud

Fuente: Elaboración propia

MEDLINE HEALTHSTAR
<http://www.nlm.nih.gov>

HEALTH SERVICES/TECHNOLOGY ASSESSMENT TEXT
<http://text.nlm.nih.gov>

The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
NHS Economic Evaluation Database (NEED)
<http://nhscrd.york.ac.uk>

THE COCHRANE LIBRARY
<http://www.update-software.com/cochrane/cochrane-frame.html>

Best Evidence
http://www.acponline.org/catalog/electronic/ best_evidence.htm

sanitarios; *The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), que agrupa resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas; *NHS Economic Evaluation Database* (NEED), que contiene referencias sobre evaluaciones económicas en sanidad. Así mismo, también existen otras bases de datos que presentan revisiones sistemáticas de la evidencia, que no son gratuitas y que entre las más asequibles económicamente destacan: *The Cochrane Library* y *Best Evidence*.

La **revisión sistemática de la evidencia científica** es una metodología que permite conocer, de la forma más objetiva posible, si un determinado procedimiento – ya sea preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador – ha demostrado científicamente tener un efecto positivo sobre el curso de la enfermedad a la que se aplica, así como el riesgo que puede tener este procedimiento para la persona o para la población. Aparte de la eficacia y la seguridad también se puede conocer la efectividad y estudiar otros aspectos como la eficiencia o la equidad relacionados con el efecto del procedimiento. Para analizar la información existente se utilizan las escalas de clasificación de la evidencia científica, que son instrumentos genéricos que permiten seleccionar los estudios científicos según determinados criterios de calidad, relacionados con su validez interna (ver [ANEXO 3](#)).

La ausencia de evidencia sobre la efectividad de algunas intervenciones relevantes es una situación altamente frecuente. En esta situación puede recurrirse a **métodos de consenso de expertos** que permitan obtener valores aproximados y comparables, de manera que no sea necesario renunciar a intervenciones que se consideran importantes y hayan demostrado ser eficaces. El consenso ofrece la posibilidad de integrar mucha información cuando el análisis se ve limitado por la falta de datos analizados sistemáticamente. Lejos de ser una desventaja es útil considerarlo como una forma de solventar las limitaciones en la disponibilidad y el procesamiento de la información.

El trabajo con expertos puede llevarse a cabo con distintas métodos. Por ejemplo, formando *grupos de trabajo* que hacen directamente la revisión del conocimiento disponible o bien presentando a *consulta* los resultados de la revisión realizada previamente por un grupo técnico reducido. Los

talleres, como forma de trabajo de grupo concentrado en el tiempo, permite la integración de la distinta información – la procedente de la literatura más la que aportan los participantes según su experiencia y visión – con un mayor nivel de interacción. El tiempo y los recursos necesarios, así como el nivel de implicación y motivación de los participantes o las necesidades de gestión de liderazgos o influencias son distintos según las opciones metodológicas. El equipo responsable de la elaboración del plan deberá estudiar las ventajas e inconvenientes en cada situación, sin necesidad de limitarse a un solo tipo de trabajo de grupo, sino más bien buscando el más adecuado en función del tema objeto de discusión, las relaciones entre los participantes y el tiempo y recursos disponibles.

Como se ha visto anteriormente, la valoración de la factibilidad debe realizarse desde diferentes perspectivas. Para cada una de estas dimensiones de la factibilidad hay distintos **agentes** que son los más capacitados para aportar información de calidad, es decir para responder válidamente a las cuestiones que corresponden a la valoración de la factibilidad. En general, habrá que contar con profesionales de la salud, gestores sanitarios, compradores de servicios, técnicos de evaluación económica, entre otros.

En el caso de optar por estrategias de participación de cierta relevancia en esta fase de identificación y definición de intervenciones, se recomienda tener en cuenta en la composición de los grupos y en la definición del producto esperado que se va a necesitar información de distinto tipo (sobre efectividad, eficiencia y factibilidad, así como sobre formas de aplicación de las intervenciones) que puede ser proporcionada y discutida en los propios grupos.

Producto resultante: definición y sistematización de las intervenciones

Al final de esta fase debemos disponer de la definición de cada una de las intervenciones propuestas, con la información necesaria sobre los criterios que nos permitirán someterlas al proceso de priorización, y para conocer, en su caso, cómo llevarlas a cabo.

AGENTES CLAVES EN LA VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD

En Costa Rica, para la identificación de los agentes se hizo un trabajo de consenso en el equipo de planificación del PASP. Como resultado, se acordó que los agentes clave para informar sobre la factibilidad de las intervenciones eran los siguientes:

- *Para la factibilidad legal y política, la valoración la podía realizar el propio equipo de planificación, con el asesoramiento puntual de los órganos jurídicos de la CCSS y la consulta a la Dirección de la CCSS y al Ministerio de Salud para propuestas específicas.*
- *Para la factibilidad cultural y técnica, el peso de la valoración debería recaer en profesionales de la salud, gestores de centros y ciudadanos.*
- *Para la factibilidad económica, los agentes principales serían los gestores de centros, los compradores de servicios y los responsables del ámbito económico-financiero de la CCSS.*

Durante el proceso de identificación de intervenciones habrán surgido propuestas diversas y se habrá ido acumulando información también diversa, fruto del trabajo de revisión y de los distintos grupos de trabajo. Aunque previamente haya sido bien definido el producto esperado, será inevitable llevar a cabo un trabajo posterior de sistematización de las intervenciones, homogeneizando y completando el máximo posible la información necesaria. En el [ANEXO 4](#) se presenta la ficha que se elaboró para el mencionado trabajo de sistematización en el proceso de elaboración del PASP de Costa Rica.

El producto esperado de esta fase será la definición de cada una de las intervenciones propuestas, que deberá contar con la información siguiente:

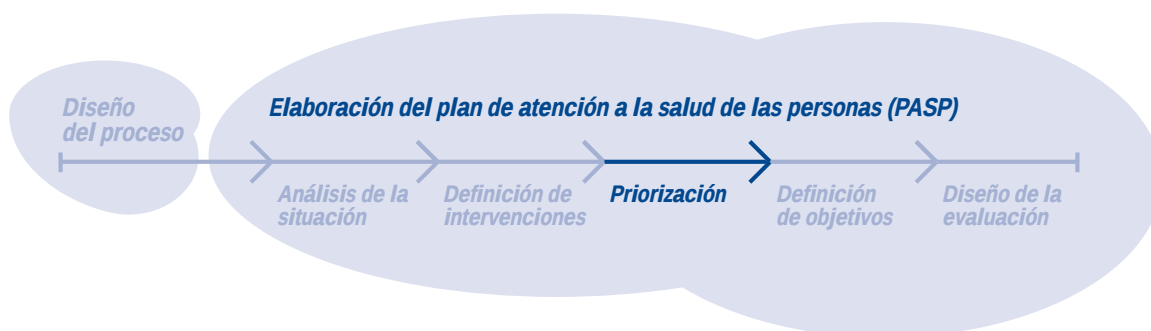
- Propósito (¿para qué?): resultado esperado de la intervención.
- Población diana (¿a quién?): población objeto de la intervención.
- Ámbito de aplicación (¿dónde?): nivel y/o dispositivo asistencial en el que se aplica la intervención y si requiere de la participación de otros sectores no estrictamente asistenciales.
- Periodicidad (¿cuándo?): momento y frecuencia de aplicación de la intervención.
- Método (¿cómo?): técnicas o procedimientos empleados para la realización de la intervención.
- Valoración de la efectividad: información y estado del conocimiento sobre la efectividad o eficacia de la intervención.
- Valoración económica: información y estado del conocimiento sobre la eficiencia de la intervención.
- Valoración de la factibilidad y elementos a considerar para la implantación de la intervención (recursos necesarios, organización, consideraciones éticas y legales, aceptabilidad, etc.).

- Si es una intervención que ya se está realizando, información sobre evaluación en el caso de que esté disponible y valoración de si se requieren cambios importantes (aumentar la cobertura, mejorar la calidad, reorientar el enfoque o la población diana, etc.).

A modo de ejemplo, en el [ANEXO 5](#) se presenta un extracto de la relación de intervenciones resultado del proceso de definición y sistematización en el PASP de Costa Rica 2000-2004.

Priorización

La priorización, en el contexto de un sistema nacional de salud o de una aseguradora pública única, se centra en las futuras intervenciones de salud. La priorización consiste en seleccionar las intervenciones factibles más efectivas y eficientes para abordar los problemas de salud más importantes de la población. Esta fase es por tanto, posterior a la identificación de problemas y a la definición de intervenciones, al sustentarse fundamentalmente en la información acumulada y sistematizada en ellas.



En los últimos años diversos países han hecho esfuerzos importantes para definir mejor a qué se va a destinar el gasto en salud, especialmente el que se financia con el presupuesto público. Las razones de este interés tienen su origen en el reconocimiento de que las necesidades de servicios de salud tienden a ser infinitas y los recursos que pueden dedicarse a resolverlas son limitados.

Los sistemas de salud no producen espontáneamente aquello que la población más necesita o demanda. Los intereses y las creencias de los profesionales de la salud, la capacidad de influencia política de diferentes instancias y la evolución histórica de los establecimientos son determinantes de primer orden de la oferta de servicios de salud.

Todos los sistemas de salud limitan su oferta de servicios de manera más o menos explícita. Cuando la limitación no se explicita se produce a través de diversas barreras que dificultan a los ciudadanos el acceso a los servicios como son, por ejemplo, las listas de espera, las distancias a los servicios, los precios o la ausencia de tecnología o recursos humanos.

Las afirmaciones anteriores apoyan la necesidad de que los sistemas públicos de salud definan qué servicios se van a garantizar a los ciudadanos; y que lo hagan en función de sus necesidades. Sin embargo esta definición se ve dificultada por la incertidumbre que rodea la toma de decisiones en el sector salud, las limitaciones en el concepto de necesidad y la confrontación de intereses.

El concepto de necesidad es cultural y, en consecuencia, varía en función de los valores de cada comunidad o grupo social. La necesidad de servicios de salud puede ser definida por los profesionales, pero esta definición estará limitada por la incertidumbre que se ha señalado y no coincidirá necesariamente con la percepción que de la misma tiene la población. Esta situación conduce, en una sociedad democrática, a la necesidad de llevar a cabo procesos complejos de decisión, que permitan incorporar diferentes opiniones, de manera que el resultado refleje un amplio consenso social, político y técnico.

La priorización es, por tanto, un proceso político, social y técnico que ha de facilitar la asignación eficiente de recursos determinando qué intervenciones se seleccionarán para resolver los problemas de salud más importantes de la población.

Proceso

El proceso de priorización, como parte del ejercicio de planificación de la atención de salud a las personas, incluirá una etapa de **valoración técnica** —que es la culminación de las fases anteriores del proceso de planificación— y, posteriormente, una de **validación política y social**.

En la etapa de valoración técnica hay que:

- 1 - Definir los criterios de ponderación.
- 2 - Definir, probar y ajustar el método de priorización.
- 3 - Realizar la valoración de las intervenciones definidas en la fase anterior, aplicando el método de priorización.

ELABORACIÓN DEL PASP

PRIORIZACIÓN

PROCESO: PASOS A SEGUIR

Etapa de valoración técnica:

1 Definir los criterios de ponderación

2 Definir, probar y ajustar el método de priorización

3 Realizar la valoración de las intervenciones

Etapa de validación política y social:

4 Identificar y seleccionar las personas que participaran en la validación política y social

5 Definir la metodología de consenso

6 Realizar la validación política y social

En la etapa de validación política y social, que parte del resultado de la valoración técnica, se debe:

4 - Identificar y seleccionar las personas que participaran en la validación política y social.

5 - Definir la metodología de consenso.

6 - Realizar la validación política y social.

Las decisiones finales adoptadas en un proceso de priorización no tienen por qué ser idénticas a los resultados obtenidos en la etapa técnica del proceso, ya que en la etapa de validación política y social se incorporan otros criterios difíciles de explicitar en un instrumento muy formalizado y que requieren de métodos de consenso para tratarlos, como son los valores sociales o la valoración política de los riesgos y oportunidades que la priorización de determinadas intervenciones pueda representar. Esto no le resta importancia a la etapa de valoración técnica, ya que proporciona la base de racionalidad científica para que los decisores desarrollen su función política.

Criterios

Los criterios en la etapa técnica de la priorización han de ser explícitos, unívocos y definidos operacionalmente. Los criterios de priorización tienen que ser coherentes con los criterios utilizados para elaborar la lista de problemas y para identificar y definir las intervenciones (ver definiciones para cada una de esas fases). Son criterios comúnmente utilizados:

- La **importancia del problema de salud** que la intervención va a modificar, medida en función de la magnitud (incidencia, prevalencia) y gravedad (mortalidad, años de vida potencialmente perdidos, discapacidad o consumo de recursos, por ejemplo). En el criterio de importancia hay que incluir también el valor que la sociedad da al problema (percepción social y política, valoración de los profesionales, compromisos institucionales).

- El **beneficio esperado y el coste** de la intervención, en base al conocimiento sobre eficacia, efectividad y eficiencia.
- La **factibilidad** de la intervención, desde el punto de vista legal, político, cultural, técnico y económico.

Métodos

Los métodos de priorización son técnicas que permiten llevar a cabo la asignación de valores, respecto a criterios previamente determinados, para la comparación entre diferentes alternativas. Pueden usarse métodos estandarizados o establecer las modificaciones que se consideren más adecuadas al entorno en que se van a aplicar.

En algunos países se han realizado experiencia de priorización, con métodos específicos adaptados a los objetivos perseguidos, a la disponibilidad de información y a la aceptabilidad política y social de los resultados. En la mayoría de los casos se basan en el apareamiento de problemas de salud e intervenciones, se establecen criterios de valoración para el trabajo técnico inicial y se constituyen comisiones técnicas y se buscan diferentes vías para incorporar la valoración de la población y de los decisores públicos. Entre las experiencias desarrolladas cabe destacar las de Oregón, Holanda y Nueva Zelanda ([CUADRO 1](#)).

El método debe estar operativamente definido y descrito detalladamente. De este modo el principal valor del método, además de su validez, reside en la capacidad de ordenar el proceso y suscitar el consenso. Si no consigue estos objetivos conviene revisarlo o cambiarlo.

Como método de priorización que se aplicará en la fase de valoración técnica se propone la fórmula de priorización de las valoraciones de los tres factores:

$$\text{Importancia} \times \text{Beneficio} \times \text{Factibilidad}$$

Tanto para el factor que recoge los aspectos relacionados con la importancia del problema, como el que recoge los

CUADRO 1

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN PRIORIZACIÓN

La experiencia de **Oregón** surge en el contexto de una reforma en el programa Medicaid en este Estado, que pretendía asegurar cierto nivel de cobertura en salud a la población y definir el contenido de la asistencia a través de una lista de prestaciones que pudiera ser financiada con los fondos del programa. Se trataba de garantizar la cobertura, aún a riesgo de disminuir las prestaciones ofertadas en el momento de iniciarse el proceso. Se nombró, en 1989, una comisión de 11 miembros encargada de definir una lista de servicios bajo el criterio de costo-efectividad y se desarrollaron actividades paralelas que permitieron la participación de profesionales y ciudadanos. En esencia el trabajo se configuró a través de la construcción de pares de diagnósticos y tratamientos, y para cada asociación se calculó el beneficio esperado, la duración en años del beneficio y el coste directo. Se desarrolló un proceso de revisión de la lista inicial con el objetivo de superar las críticas iniciales (resultados poco aceptables socialmente, incoherencias, problemas para definir los elementos básicos de la fórmula de coste-efectividad, incompatibilidad con la ley sobre discapacitados...). Se introdujo la regla del rescate, según la cual nada dejaría de hacerse si peligraba la vida de una persona, y se modificó la agrupación de categorías diagnósticas según el tipo de beneficio esperado. Finalmente en 1993 se aprobó el plan de Oregón, se llevó a la práctica y es el único ejemplo real, con suficiente casuística y método, de priorización de las prestaciones que ofrece un servicio de salud enfrentado a recursos limitados y tomando decisiones basadas en el racionamiento de forma explícita. (Ham, 1998) (Benach y Alonso, 1995)

En **Holanda**, el resultado del trabajo de la comisión presidida por Dunning no fue un producto acabado, como en el caso de Oregón, sino más bien un conjunto de recomendaciones que permitían ser la base de un proceso de priorización en el país. Los criterios fundamentales que la comisión propuso fueron los de asistencia necesaria, eficacia, eficiencia y enfoque comunitario. Se puso de manifiesto la necesidad de contar con un acuerdo social de forma que las decisiones fueran más el fruto de una dialéctica social, por tanto dentro del debate y la praxis política, que como producto de un acuerdo técnico. (Gobierno de Holanda, 1993)

El proceso de priorización de **Nueva Zelanda** estaba determinado por el contexto de reestructuración de su sistema de salud en 1992. Para dirigir el sistema, el Gobierno, en cada ciclo presupuestario, señala a cada autoridad regional 12 objetivos claves, que determinan la política de compra de servicios, las relaciones con la comunidad y el equilibrio financiero. Para llevar a cabo la determinación de los objetivos y la política relacionada con los servicios de salud, se creó el Proyecto Nacional de Criterios de Priorización, cuyo órgano visible es el Comité Asesor Nacional sobre Salud e Incapacidad, con las funciones siguientes: asegurar un proceso de definición de prioridades equitativo y consistente para el conjunto del país; permitir la valoración de necesidades, gravedad y consumo de recursos; ayudar a las autoridades regionales en la gestión de pacientes; comparar y analizar las listas de espera; asegurar la inclusión de los valores sociales y la transparencia en la toma de decisiones; analizar la efectividad de los servicios; elaborar guías de práctica clínica. (Hadorn y Holmes, 1997)

relacionados con el beneficio/coste esperado de la intervención, hay que llegar a consensuar una escala de valoración que, en base a la información disponible, permita poner unas intervenciones en relación con las otras. La escala de valoración de la importancia de los problemas deberá ser coherente con los criterios utilizados para la ordenación de la lista de problemas en la fase de análisis de la situación.

Para el factor factibilidad, se propone que pueda tomar los valores 1 o 0, según sea factible o no. En el caso de que la intervención no sea factible en este momento, no saldrá priorizada. Esto no quiere decir que haya que abandonar esta intervención sino que antes hay que desarrollar las condiciones previas para llevarla a cabo, con más rapidez cuanto mayor sean el beneficio esperado de esta intervención y la importancia del problema al que hace frente.

La fórmula de priorización deberá ensayarse y ajustarse. Para contrastar los resultados de la prueba se pueden comparar con los de experiencias realizadas en otros países. También puede ser de utilidad hacer un ejercicio de ordenación para un conjunto limitado de problemas, que puede desarrollarse experimentalmente mediante grupos de consenso en base al conocimiento experto de los participantes y con un trabajo menos formalizado, y contrastar los resultados de aplicar la fórmula con los resultados de este ejercicio.

Producto resultante: intervenciones priorizadas

El producto resultante de la priorización puede tener distintas formas y cada una de ellas tiene limitaciones. La determinación del producto final es de gran importancia y debe formar parte de las decisiones políticas y sociales de la priorización. En diferentes países se han elaborado distintos productos: listas positivas de intervenciones, listas negativas o la combinación de ambas; listas de intervenciones de acceso gratuito y de acceso con pago; acceso a intervenciones según combinaciones de intervenciones y estados (dolor y gravedad, por ejemplo) o según niveles de atención (por ejemplo, acceso gratuito a toda la atención primaria y a una lista positiva de intervenciones especializadas).

RESULTADOS DEL PROCESO DE PRIORIZACIÓN EN COSTA RICA

En la preparación del proceso de priorización del PASP de Costa Rica se establecieron los siguientes resultados del proceso de priorización:

- *Intervenciones priorizadas garantizadas, es decir, que se implementarán de manera inmediata, con unos criterios de calidad determinados (accesibilidad, cobertura, etc.).*
- *Intervenciones que deberán aplicarse después de un periodo de tiempo determinado (intervenciones que no se han priorizado por problemas de factibilidad resolubles por la CCSS en un plazo de tiempo señalado).*
- *Acciones de mejora de la atención personal de los servicios, es decir, no relacionadas directamente con un problema de salud sino con el trato y la atención a los usuarios de los servicios.*

Como resultados secundarios del proceso de priorización también se definirían los instrumentos siguientes:

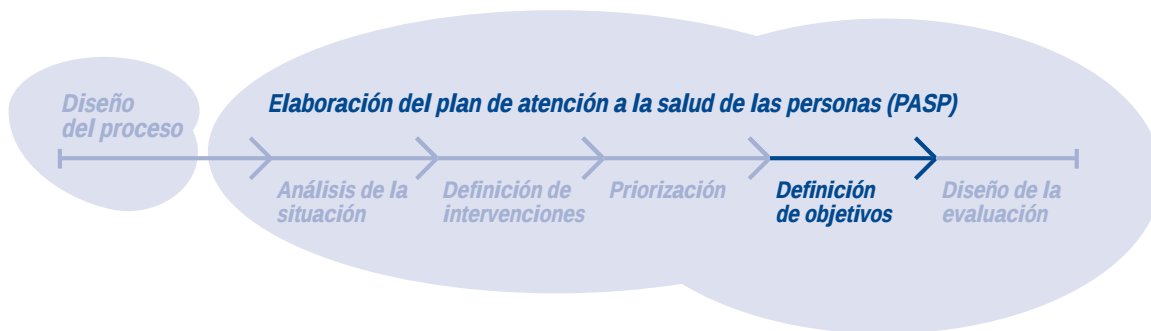
- *Criterios para la selección de intervenciones y procedimientos que se aplican en la actualidad y que deben ser analizados y sistematizados.*
- *Criterios y mecanismos para la inclusión de nuevas intervenciones y procedimientos.*
- *Mecanismos de valoración social de los objetivos.*

El resultado principal del proceso de priorización es la determinación de **qué intervenciones se van a garantizar, a qué población y en qué condiciones**. Sin embargo, todas las intervenciones que se hayan sometido al ejercicio de priorización habrán sido valoradas y se podrá obtener, además de su ordenación por prioridad, una clasificación que sirva para diferenciar distintos tipos de intervención (por ejemplo, entre las que se pueden llevar a cabo de forma inmediata, las que deberán esperar el desarrollo de algunas condiciones previas, o intervenciones sobre problemas de los servicios de salud). También se establecerán los criterios para valorar nuevas intervenciones u otras no contempladas en el proceso de priorización.

La priorización de las intervenciones sobre problemas de los servicios de salud debe realizarse con una metodología diferente a la utilizada en la priorización de las intervenciones sobre problemas de salud, ya que no pueden aplicarse los mismos criterios. Para este tipo de acciones el proceso de priorización deberá centrarse en la aplicación de métodos de consenso para valorar los principales problemas y sus posibles soluciones o líneas de mejora.

Una vez determinadas las intervenciones prioritarias, que constituyen el objeto principal del plan de atención a la salud de las personas, hay que llevar a cabo dos fases –definición de objetivos y diseño de la evaluación– que completan el proceso de elaboración del plan. Estas dos últimas fases, previas a la aplicación del PASP, son eminentemente técnicas, y el trabajo se puede centrar, prácticamente en su totalidad en el propio equipo técnico responsable de la elaboración del plan.

Definición de objetivos



Respecto a las intervenciones priorizadas, en un plan de atención a la salud de las personas, hay que definir objetivos que indiquen hasta dónde se quiere llegar y que orienten las actuaciones a desarrollar.

Los objetivos son señales que marcan los logros que se pretenden conseguir y facilitan la evaluación de lo conseguido, relacionándolo con las intervenciones llevadas a cabo.

La planificación por objetivos tiene las siguientes ventajas:

- Crea cultura de evaluación entre los agentes implicados.
- Genera un cambio en las estructuras de la organización, provocando el trabajo compartido y la responsabilización respecto a las actividades orientadas a la consecución de los objetivos.
- Potencia la unión entre profesionales de la salud y directivos y gestores (se sabe lo que se espera de ellos, se corresponsabilizan), facilitando un “lenguaje común” a todos ellos.

Hay distintos niveles de objetivos, desde los más globales a los más concretos, con distintas terminologías. Cabe distinguir entre objetivos generales y específicos, que formalizan el resultado global perseguido, y objetivos operativos, que están relacionados con actividades o servicios determinados.

Podemos definir los **objetivos generales** como la expresión cuantificada del estado de salud que se quiere alcanzar en relación a un problema de salud, en un período de tiempo determinado.

Ejemplo: “Reducir la mortalidad por cáncer invasor del cuello uterino en un 30% en un período de 10 años”

Los **objetivos específicos** son la expresión cuantificada de los resultados directos perseguidos con la intervención, para un período de tiempo determinado.

Ejemplo: “Alcanzar en un período de 5 años una cobertura nacional del 70% en el tamizaje y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino en las mujeres mayores de 20 años”

En el contexto del plan de atención a la salud de las personas, que se centra en las actuaciones que pueden realizarse desde los servicios de salud, son de interés especial los **objetivos específicos**, expresados en términos de la mejora de la salud y la satisfacción del usuario que se persigue con las intervenciones priorizadas, y los **objetivos operativos**⁽¹⁾, que se expresan mediante el nivel fijado, o el compromiso de desarrollo de las actividades que comprende la intervención.

Ejemplo: “Durante los próximos 2 años se ofrecerá una citología de Papanicolau al menos al 50% de la mujeres mayores de 35 años en áreas de alto riesgo”

Ejemplo: “Durante los próximos 2 años la proporción de mujeres con citología de Papanicolau alterada, atendidas con criterios de calidad de acuerdo con la Norma Nacional de Tratamiento, no será inferior al 90%”

1 - En determinados contextos también se denominan metas. En cualquier caso, si se usa la denominación “meta” conviene dejar claro a qué concepto se refiere, ya que en unos lugares el término se utiliza como objetivo operativo y, en otros como sinónimo de objetivo general, en el sentido del nivel más alto alcanzable en términos de salud.

Para que cumplan su función, los objetivos deben ser claros, sencillos y comprensibles; coherentes con los

efectos esperados de la intervención; realistas; cuantificados; referidos a un periodo de tiempo determinado; medibles y evaluables. Así pues su formulación debe incluir:

- La dimensión del cambio esperado y la unidad de medida que hay que utilizar para valorarlo.
- El período de tiempo en el que debe alcanzarse.
- La población a la que se pretende conseguir.

A pesar de que los objetivos tienen que reunir todas estas características, no hay que olvidar que se establecen como referencia de los cambios que conviene impulsar y por lo tanto deben ser ambiciosos.

Muchos objetivos suelen formularse como grados de cambio de determinadas situaciones (por ejemplo, en términos de reducción de incidencia o riesgo, aumento del control, aumento de la cobertura, etc.). En estos casos es muy importante conocer el nivel de partida o línea de base. La disponibilidad de esta información condiciona el proceso de evaluación.

Una vez definidas las intervenciones se tienen que establecer los objetivos operativos ligados al nivel de desarrollo de las intervenciones. La formulación de los objetivos operativos debe responder a los mismos criterios apuntados anteriormente, pero al estar directamente relacionados con las actuaciones que deben llevarse a cabo, es conveniente que además se explicita el sujeto que debe realizar la acción para conseguir el cambio.

La definición de los objetivos relacionados con las intervenciones seleccionadas es una fase propia del proceso de planificación, lógicamente posterior a la fase de definición de intervenciones y priorización. Sin embargo es un ejercicio muy condicionado a las posibilidades de evaluación, por lo cual esta fase y la siguiente están muy relacionadas y puede ser conveniente que las lleve a cabo simultáneamente el mismo equipo de trabajo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS

- Claros, sencillos
- Coherentes con los efectos esperados
- Realistas
- Cuantificados
- Referidos a un periodo de tiempo determinado
- Medibles
- Evaluables

Diseño de la evaluación

El diseño de la evaluación del PASP es la última fase del proceso de planificación. Aunque la evaluación se lleva a cabo durante y, principalmente, al final del período de aplicación del plan, en el momento de fijar las intervenciones y los objetivos, se debe tener en cuenta su futura evaluación. Por ello, en la formulación de objetivos hay que asegurar que estos sean medibles y evaluables, tal como se ha mencionado en el capítulo anterior, y prever las estrategias y métodos de evaluación.



La finalidad de la evaluación es conocer si se han conseguido los objetivos y obtener información de los elementos que puedan ayudar a mejorar la aplicación y la efectividad de las intervenciones. Por tanto, como proceso cierra el ciclo de acción planificada y alimenta un nuevo ciclo, siendo un elemento de referencia de valor indiscutible para la formulación de nuevas propuestas y/o el mantenimiento o modificación de las actuales. Al igual que hemos hablado de *planificación para la acción* también deberíamos hablar de ***evaluación para la acción***. La planificación no sólo conlleva la implantación del plan, sino también la introducción de las modificaciones surgidas de la evaluación del mismo. Para ello, la evaluación debe proporcionar información a los planificadores y a los agentes con capacidad de decisión (gestores de servicios, profesionales de la salud).

La evaluación consiste en determinar hasta qué punto los objetivos se han conseguido mediante el desarrollo de las intervenciones.

La evaluación de una intervención puede hacer referencia a cualquiera de los componentes que la integran (estructura, proceso y resultados) y sobre las interacciones entre éstos.

Así, los aspectos principales que pueden ser evaluados son:

- El grado de consecución de los objetivos fijados.
- El impacto de las medidas tomadas, que incluiría aquellos efectos que no se corresponden directamente con los esperados o los objetivos fijados.
- La efectividad de las intervenciones. Relaciona los resultados con las intervenciones desarrolladas.
- La eficiencia de los recursos movilizados. Relaciona los resultados con los recursos empleados.

En esta última fase de elaboración del PASP deberemos llegar a definir los elementos siguientes:

- Indicadores que se van a utilizar para hacer el seguimiento y la evaluación.
- Fuentes de información necesarias para la evaluación.
- Métodos que se van a utilizar.
- Responsables de llevar a cabo la evaluación.
- Momentos en que se realizará la evaluación y la difusión de información –rendición de cuentas–.

Los indicadores de evaluación estarán relacionados con los objetivos definidos en la fase anterior y pueden ser de tipo cuantitativo, expresados generalmente en forma de razones, proporciones y tasas, y de tipo cualitativo (cumplimiento o no de un criterio, valoración de una actividad realizada, etc.).

Es importante definir una estrategia de evaluación que tenga en cuenta las distintas iniciativas en marcha, tanto de evaluación como de obtención de información útil para la evaluación (autoevaluación y control de calidad, evaluación de proveedores, evaluación externa de planificadores, evaluación de agencias...). La finalidad de cada una es distinta y suele requerir metodologías diferenciadas pero siempre que sea posible hay que buscar dinámicas de

colaboración. Uno de los aspectos más desincentivadores para los profesionales es que perciban que su práctica está siendo evaluada por varios organismos distintos, sobre una misma información que se le pide repetidamente, y que no esté claro qué se va a hacer con ello y como se interrelacionan estos organismos.

Otra cuestión a tener en cuenta está relacionada con la estrategia de comunicación respecto a la evaluación. Cuando se establece una intervención, el sujeto responsable de llevarla a cabo debe conocer previamente los criterios con los que se va a evaluar y debe entender que el objetivo de la evaluación no es fiscalizar su actividad sino obtener elementos que permitan la mejora de sus resultados.

3 - EL PRODUCTO FINAL: EL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)

El resultado final de todo el proceso de elaboración se materializa en el documento del plan de atención a la salud de las personas, en el que se plasmarán los productos resultantes de cada una de las fases.

Una vez finalizada la fase de diseño de la evaluación, se completará la descripción de las intervenciones definidas y priorizadas, con sus objetivos asociados, los elementos operativos a considerar para su aplicación y en qué se basará la evaluación ([TABLA 8](#)). Esta debe ser la parte central del documento del PASP.

El documento final constituye la síntesis de todo el trabajo y es el instrumento de referencia y de comunicación de los responsables de la aplicación y operativización del plan y de los usuarios principales del plan.

Como contenido del documento final del plan de atención a la salud de las personas se recomienda que consten las siguientes partes:

- Introducción.
- Bases conceptuales del plan de atención a la salud de las personas (orientación de la planificación hacia la salud, contexto del sistema de salud, criterios de calidad...).
- Proceso de elaboración (descripción del proceso seguido y de la estrategia de participación).
- Situación de la salud de la población (resultados del análisis de la situación).
- Lista de los problemas principales identificados.
- Intervenciones priorizadas sobre problemas de salud (descripción de cada una de las intervenciones de acuerdo con la [TABLA 8](#)).

- Acciones de mejora de la atención personal en los servicios.
- Estrategias para la aplicación del Plan (operativización a través de compra de servicios de salud, desarrollo de programas o actuaciones específicas, trabajo con profesionales...).
- Estrategia de evaluación (métodos, fuentes de información, períodos, responsables...).
- Cuadros resumen de intervenciones (que relacionen problemas de salud e intervenciones y que clasifiquen las intervenciones por tipología y por ámbitos de aplicación).

TABLA 8
Descripción final de las intervenciones

- Problema (o problemas) de salud a los que hace frente.
- Conocimiento sobre la efectividad y la eficiencia de la intervención: información disponible y estado de la cuestión.
- Nivel de atención donde se va a llevar a cabo.
- Actividades que comporta.
- Línea de base (conocimiento de la situación y características iniciales para poder medir los cambios suscitados por la intervención).
- Compromisos previos y alcance de los mismos.
- Objetivos generales (si están formulados, desde las políticas de salud más globales).
- Objetivos específicos.
- Objetivos operativos.
- Evaluación (definición de indicadores y fuentes de información).

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

Benach J, Alonso J. El plan de salud del Estado de Oregon para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gac Sanit* 1995;9:117-25.

Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ* 1999;318:916-9.

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2ª ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Plan de salut de Catalunya 1996-1999*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Plan de salut de Catalunya 1999-2001*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

Gobierno de Holanda. *Prioridades en atención sanitaria (Informe Dunning)*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1993.

Hadorn D, Holmes A. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997;314:131-4.

Ham C. Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan. *BMJ* 1998;316:1965-9.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105:740-3.

Jovell A, Aymerich M. *Evidència científica i presa de decisions en sanitat*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1999.

López Casasnovas G, Ortún V. *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.

Malek M (ed.). *Setting Priorities in Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.

March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999;13(4):312-9.

Mausner JS, Kramer S. *Epidemiology: An Introductory text*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1985.

Ortún V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990;95:385-8.

Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*, 2a ed. Barcelona: Masson, 1990.

Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gac Sanit* 1999;13(6):474-7.

U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*, 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

Anexos

ANEXO 1 - Extracto de la lista de problemas del PASP de Costa Rica 2000-2004

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Causas externas

Accidentes de tránsito
Suicidios
Homicidios
Violencia

Enfermedades del aparato circulatorio

HTA
Enfermedad isquémica
Enfermedad cerebrovascular

Tumores/cáncer

Mama
Cérvix
Gástrico
Próstata
Pulmón
Piel
Leucemia

Enfermedades del aparato respiratorio

Infecciones respiratorias agudas (IRAs)
EPOC
Asma bronquial

Enfermedades del aparato digestivo

Hernias
Apendicitis
Colelitiasis y colecistitis

Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Incluye embarazo en adolescentes
Afecciones de origen perinatal
Mortalidad materna
Mortalidad infantil

Diabetes mellitus

Infecciones intestinales

Incluye diarreas

Dengue

Trastornos mentales

Fundamentalmente asociados a adicciones

Patología bucodental

Enfermedades prevenibles por vacunación

Artropatías y dorsopatías

Principalmente lumbalgias
Artritis y osteoporosis

SIDA

Enfermedades de transmisión sexual

Gonorrea
Sífilis (énfasis en sífilis congénita)

Tuberculosis

Anemia ferropénica

Enfermedades de los ojos

Conjuntivitis
Problemas de refracción
Catarata

Malaria

ANÁLISIS CUALITATIVO

Estilos de vida

Alcoholismo
Tabaquismo
Drogadicción
Sedentarismo

Tumores/cáncer

Gástrico
Cérvix
Mama

Próstata
Pulmón
Leucemia
Otros

Enfermedades crónicas

Diabetes mellitus
HTA

Causas externas

Violencia

Abuso sexual
Accidentes de tránsito
Homicidios
Suicidios
Caídas
Envenenamientos

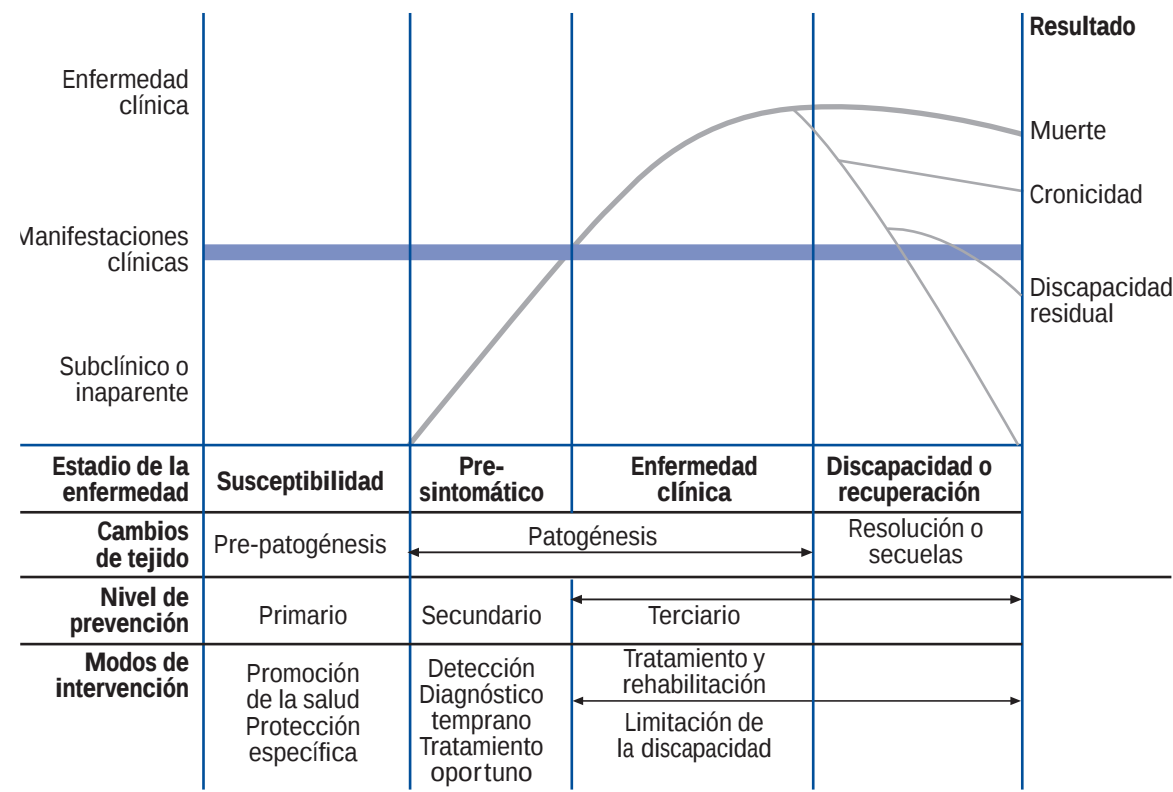
Enfermedades del Aparato Respiratorio

IRAs
Asma bronquial
EPOC

Trastornos de la nutrición Desnutrición Obesidad	Artritis Otras patologías de columna	Enfermedades del aparato genitourinario Infecciones urinarias Insuficiencia renal
Enfermedades del aparato circulatorio AVC Cardiopatías isquémicas Dislipidemias	SIDA Embarazo en adolescente Trastornos mentales Neurosis Depresión Trastornos psicosomáticos Problemas de aprendizaje Ansiedad	Enfermedades dermatológicas Infecciones intestinales Enfermedades congénitas Patología bucodental Enfermedades prevenibles por vacunación
Enfermedades infecciosas Diarreas Enfermedades infectocontagiosas Parasitosis Hepatitis B	Enfermedades relacionadas con el medio ambiente Enfermedades relacionadas con el saneamiento ambiental Enfermedades asociadas a desastres naturales	Enfermedades emergentes y reemergentes Dengue Malaria Tuberculosis Leptospirosis
Enfermedades del sistema nervioso Cefaleas Migraña		Discapacidad
Enfermedades de transmisión sexual	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	Enfermedades de los ojos Cataratas Problemas de agudeza visual Conjuntivitis
Enfermedades del aparato digestivo Gastritis Colitis Úlceras	Mortalidad infantil	
Trastornos musculoesqueléticos Lumbalgias Osteoporosis Dorsalgia	Salud ocupacional Intoxicación por agroquímicos Accidentes laborales Enfermedades ocupacionales	

ANEXO 2 - Esquema de la historia natural de la enfermedad

Fuente: Adaptado de Mausner JS, Kramer S (1985)



ANEXO 3 Escala de evaluación de la evidencia científica

Fuente: Jovell AJ, Navarro-Rubio MD (1995)

Nivel*	Tipo de diseño	Condiciones de rigurosidad científica
I	Metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados	No heterogeneidad Diferentes técnicas de análisis Metarregresión Megaanálisis Calidad de los estudios
II	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande	Evaluación del poder estadístico Multicéntrico Calidad del estudio
III	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña	Evaluación del poder estadístico Calidad del estudio
IV	Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado	Controles coincidentes en el tiempo Multicéntrico Calidad del estudio
V	Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado	Controles históricos Calidad del estudio
VI	Estudios de cohorte	Multicéntrico Apareamiento Calidad del estudio
VII	Estudio de casos y controles	Multicéntrico Calidad del estudio
VIII	Series clínicas no controladas: estudios descriptivos (vigilancia epidemiológica, encuestas, registros, bases de datos), comités de expertos	Multicéntrico Calidad del estudio
IX	Anécdotas o casos únicos	

**De mayor (I) a menor (IX) calidad de la evidencia científica.*

ANEXO 4 - Ficha para la sistematización de intervenciones

INTERVENCIÓN:

PROBLEMAS DE SALUD A LOS QUE HACE FRENTE:

IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD REFERIDOS

Aspectos a considerar	Qué conocemos	Observaciones
Magnitud, tendencia y gravedad		
Importancia respecto al resto de problemas (posición cuantitativa)		
Importancia en comparación internacional		
Compromisos previos nacionales y/o internacionales (puntuación)		
Percepción social (posición cualitativa)		
Afecta a grupos de población específicos		

BENEFICIO ESPERADO

Aspectos a considerar	Qué conocemos	Observaciones
Efectividad respecto a problemas referidos		
Externalidades		
Coste-efectividad		

COSTE

Aspectos a considerar	Qué conocemos	Observaciones
Valoración económica de la intervención		

FACTIBILIDAD

Aspectos a considerar	Qué conocemos	Observaciones
Factibilidad legal		
Factibilidad política		
Factibilidad cultural		
Factibilidad técnica		
Factibilidad económica		

TIPO DE INTERVENCIÓN:

- ☐ Intervención nueva
- ☐ Intervención de reorientación
- ☐ Intervención de continuidad
- ☐ No es propiamente una intervención, son acciones complementarias
- ☐ Intervención que requiere cooperación intersectorial

OTROS ASPECTOS Y OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA

¿Es una intervención que se viene realizando en alguna medida?
¿Hay datos de evaluación?

ANEXO 5 - Extracto de intervenciones definidas y sistematizadas (CCSS, 2000-2004)

Problema de salud	Intervenciones/acciones propuestas
Enfermedades del sistema circulatorio	Promoción de estilos de vida saludables Detección y tratamiento tempranos de la hipertensión arterial Detección y tratamiento tempranos de la diabetes mellitus Detección y tratamiento tempranos de las dislipidemias Detección y tratamiento precoz de la hiperhomocisteinemia Capacitación y motivación para detección, prevención y tratamiento en enfermedad cardiovascular de equipos de salud y voluntarios en salud Diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento de personas con enfermedad coronaria y cardiopatía hipertensiva Diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento de personas con enfermedad cerebrovascular Diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento de personas con aterosclerosis periférica Rehabilitación del paciente con discapacidad por enfermedad cardiovascular
Causas externas	Promoción de conocimientos, actitudes y prácticas de estilos de vida saludables Promoción de los factores protectores en accidentes de tránsito Detección y abordaje de los conocimientos, actitudes y prácticas que intervienen como factores de riesgo Control de accidentes por alcohol y drogas Optimización de las condiciones de traslado del paciente accidentado Terapia física y ocupacional temprana y oportuna Terapia psicosocial del paciente y el entorno Rehabilitación del paciente con secuelas de violencia y/o problemas de salud mental
Tumor maligno del estómago	Prevención del cáncer gástrico Diagnóstico precoz del cáncer gástrico y tratamiento oportuno en esta fase Establecer protocolos de estadiaje y tratamiento integral de la enfermedad clínica, complementados por un sistema de registro hospitalario Manejo multidisciplinario del paciente con carcinoma gástrico
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	Programa de prevención de inicio del hábito del tabaco Consejo antitabaco individual Clínicas de cesación del fumado Políticas antitabáquicas de Gobierno Programa de detección temprana del cáncer pulmonar Tratamiento paliativo en el cáncer de pulmón Tratamiento curativo oportuno
Tumor maligno de la mama	Prevención cáncer de mama Detección precoz y tratamiento oportuno en pacientes de alto riesgo Detección precoz y tratamiento oportuno Atención enfermedad avanzada
Tumor maligno del cuello del útero	Promoción de la salud Detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer del cuello del útero Tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer invasor de cérvix
Tumor maligno de la próstata	Promoción de hábitos dietéticos saludables Detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer Manejo terapéutico del paciente diagnosticado según normas Paliación del paciente con cáncer en estadios avanzados

Problema de salud	Intervenciones/acciones propuestas
Enfermedades inmunoprevenibles	Fortalecimiento del sistema de suministros Establecimiento de un programa de capacitación de los funcionarios Vacunación con esquema básico oficial, universal y equitativo Fortalecimiento de los mecanismos de evaluación y control en los diferentes niveles de atención y gestión Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica
Infecciones intrahospitalarias	Creación de un departamento de epidemiología hospitalaria con la autoridad y recursos necesarios para su funcionamiento Fortalecer el Comité de infecciones intrahospitalarias con la autoridad y recursos necesarios para su funcionamiento Divulgación de la problemática de las infecciones intrahospitalarias de morbilidad y de sus repercusiones socioeconómicas, éticas y legales Promoción de la importancia de la prevención y control de las infecciones en general Construcción de una base técnicoadministrativa para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias
Enfermedades infecciosas	Prevención y control de fiebre del dengue y dengue hemorrágico Detección temprana de casos de dengue Orientación al paciente con dengue y a su familia
Enfermedades infecciosas: Malaria	Prevención y control de la malaria Detección temprana y tratamiento oportuno de la malaria Diagnóstico y tratamiento temprano para la reducción de casos y prevención de epidemias
Enfermedades infecciosas: Tuberculosis	Elaboración y difusión de las Normas Nacionales y capacitación Descentralización del Programa de control de la TB Implementación de la estrategia DOTS/TAES Conformación de la red nacional de laboratorios Provisión adecuada de los medicamentos antifímicos
Enfermedades infecciosas (VIH)	Promoción de estilos de vida saludables y sexo responsable Detección temprana de la infección por VIH Tratamiento oportuno y seguimiento de personas con VIH positivas Rehabilitación de las personas VIH positivas
Enfermedades del sistema respiratorio	Formación de panel nacional de expertos para la elaboración de normas de atención de enfermedades del sistema respiratorio Promoción de la formación adecuada para la atención de enfermedades del sistema respiratorio Promoción de la regulación de la contaminación ambiental Promoción de la legislación para el control de la venta de tabaco Prevención del inicio del hábito del fumado Prevención de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores Manejo grupal para cesación del fumado Manejo del paciente con enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores Manejo grupal de los pacientes asmáticos Manejo del paciente asmático Manejo del asma bronquial en niños Diagnóstico y manejo temprano de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores Rehabilitación pulmonar y oxigenoterapia pulmonar

Problema de salud	Intervenciones/acciones propuestas
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (Diabetes mellitus)	Promoción de estilos de vida saludables Detección temprana de personas con diabetes mellitus Tratamiento oportuno y seguimiento de personas con diabetes mellitus Rehabilitación del paciente con discapacidad por diabetes mellitus
Embarazo, parto y puerperio	Prevención de embarazos en mujeres de riesgo Mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto Diagnóstico y tratamiento oportunos de condiciones o patologías relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que pongan en peligro la integridad física de la gestante o su producto Atención integral y seguimiento del neonato de riesgo
Enfermedades de la cavidad bucal	Educación a la comunidad para la salud bucodental Prevención en salud bucodental Atención oportuna de la morbilidad bucodental Sonriendo sanamente en el 2000 Rehabilitación en salud oral Revisión técnica de la infraestructura e insumos en los hospitales y servicios que no permiten la adecuación mínima para aplicar las medidas de higiene Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica Investigación de la problemática de las infecciones nosocomiales
Trastornos mentales y del comportamiento	Promoción de la salud mental a través del fomento de conocimientos, actitudes y prácticas de estilos de vida saludables Detección y abordaje de los conocimientos, actitudes y prácticas que intervienen como factores de riesgo Tratamiento integral actualizado y oportuno de la depresión Tratamiento integral actualizado y oportuno de los trastornos mentales crónicos Tratamiento integral actualizado y oportuno de los trastornos de ansiedad Tratamiento oportuno de la crisis aguda (suicidio, episodio psicótico agudo, crisis maníacas, depresión mayor) Rehabilitación del paciente con trastornos mentales y del comportamiento y/o secuelas de violencia

**Equipo de elaboración del
Plan de atención a la salud de las personas (PASP)**

Caja Costarricense de Seguros Sociales

Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas

Gerente de Modernización

Dr. Mauricio Duarte Ruano

Coordinador del equipo

de elaboración del PASP

Dra. Rocio Sánchez Montero

Dr. Nicolás Peña Peters

Dr. Luis Meneses Rodríguez

Licda. Julia Li Vargas

Dr. Oscar Villegas del Carpio

Lic. Róger Ballesteros Harley

MSc. Giovanni Márquez Loyola

CHC Consultoria i Gestió

Dra. Elisabet Jané Camacho

Directora del proyecto

Lic. Josep Fusté Sugrañes

Dra. Emilia Sánchez Ruiz

Dra. Genoveva Barba Albós

Dr. Josep Lluís de Peray Baiges

Dra. Teresa Martínez Ruiz

Lic. María Reventós Gil de Biedma

Redacción de la Guía Metodológica

Lic. Josep Fusté Sugrañes

Dra. M^a Luisa Vázquez Navarrete

Investigación y Desarrollo

Dra. Elisabet Jané Camacho

Diseño gráfico

Anechina-Osambela

Barcelona, 2000



Caja Costarricense de Seguro Social

