

Evaluación de Tecnología

en Salud Pública

Vínculo Crítico entre
Ciencia y Política

Ligia de Salazar

ARCHIV
115716



Evaluación de Tecnología en Salud Pública

Vínculo Crítico entre Ciencia y Política

Salud Pública basada en la evidencia:
Aplicaciones prácticas de conceptos, herramientas
técnicas y métodos en Evaluación
de Políticas y Tecnología en Salud Pública

Ligia de Salazar, Ph.D

ARCHIV
614.001.4
D4



Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública

CEDETES
Centro para el Desarrollo y
Evaluación de Tecnología en Salud



Evaluación de Tecnología en Salud Pública

Vínculo Crítico entre Ciencia y Política

Ligia de Salazar

Enfermera, Universidad del Valle

Máster in Public Health, Liverpool University

Magíster en Administración en Salud, Universidad del Valle

Ph.D en Evaluación, McGill University

Directora Centro CEDETES

Profesora Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle

**Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud,
CEDETES**

Facultad de Salud - Universidad del Valle

Evaluación de Tecnología en Salud Pública: Vínculo Crítico entre Ciencia y Política

© Ligia de Salazar, 2000
ISBN 958-96563-2-3

Edición general:

Jenny Andrea Vélez, Com. Soc.
Coord. Oficina de Comunicaciones
Centro CEDETES

Diseño y diagramación:

Eliana Aydú Londoño
Secretaria Documentadora
Centro-CEDETES

Fotografía:

Jhon Jairo Álvarez, Com. Soc.
Archivo CEDETES

Producción:

Oficina de Comunicaciones
Centro CEDETES

Impresión:

Artes Gráficas Univalle

El contenido de esta publicación puede ser citado o copiado, siempre y cuando se haga referencia adecuada a su autor, al documento original y al Centro CEDETES.

Solicitud de ejemplares e información:

Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud, CEDETES
Escuela de Salud Pública - Facultad de Salud - Universidad del Valle
Calle 4B No 36 - 00 San Fernando. Telefax: (572) 558 19 47 - 557 90 05
A.A. 20637 Cali, Colombia E-mail: cedetes@mafalda.univalle.edu.co

Esta publicación está dedicada a los estudiantes y docentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, con la expectativa que este esfuerzo inicial sea altamente superado, a tal punto que nuestra Escuela se convierta en interlocutora permanente y efectiva de la comunidad académica, la sociedad civil y el Estado, para contribuir en la construcción de un país, en donde la solidaridad, la justicia social y el progreso en todas sus formas, sean anhelos y prácticas constantes de sus integrantes.

Contenido

Agradecimientos, 9

Presentación, 11

Capítulo I: *La Evaluación de Tecnología en Salud, 17*

1. Antecedentes, 19

Evolución del concepto de Evaluación de Tecnología en Salud, 19

La Evaluación de Tecnología y la Investigación, 23

Evaluación de Tecnología en Salud y misión social de la universidad pública, 27

Estructuras universitarias para la Evaluación de Política y Tecnología en Salud Pública: el CEDETES, 30

2. La Importancia de Evaluar Políticas y Tecnología en Salud Pública, 33

Nuevos escenarios productores de salud y enfermedad, 34

Cambios en el perfil epidemiológico de la población, 35

Transformaciones en las políticas de salud, 36

Replanteamiento de la organización de servicios, 38
Contribuciones al logro de las políticas públicas, 40

Capítulo II: *Aplicaciones prácticas de la Evaluación de Tecnología en Salud Pública, 45*

- 1. Principios, 47**
- 2. Sistemas de Información y Evaluación, 53**
- 3. Preguntas y Métodos de Evaluación, 61**
- 4. Otras Consideraciones sobre Evaluación de Tecnología en Salud Pública, 69**

Capítulo III: *Desarrollos en Evaluación de Tecnología en Salud Pública, 73*

- 1. Presentación, 75**
- 2. Introducción, 79**
- 3. Resúmenes de Estudios, 83**
 - 3.1. Evaluación del programa en Promoción de la Salud “Hacia una Escuela Saludable”, 83
 - 3.2. Evaluación de calidad de los servicios de salud según opinión del usuario, 99
 - a) *Evaluación comunitaria de desempeño de estudiantes, usando el modelo de calidad de cuidado percibido por la comunidad, 99*
 - b) *Evaluación de calidad de servicios desde la perspectiva del usuario. Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud, 110*
 - 3.3. Prevención de neurotrauma en motociclistas en Cali, Colombia: un modelo de promoción de la salud, 130

Referencias, 147

Agradecimientos

La autora expresa su especial agradecimiento al Doctor **Ernesto Jaramillo**, M.D, Ph.D, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle e investigador del Centro CEDETES, por los valiosos aportes brindados para la realización de este documento y por enriquecer la discusión alrededor del tema de evaluación.

Así mismo, al Doctor **Carlos Augusto Hernández**, M.D, M.S.P, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle e investigador del Centro CEDETES, por la participación en las discusiones en torno a los retos de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud.

Al Doctor **Alberto Pradilla**, M.D. Pediatra y Nutricionista, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle e investigador del Centro CEDETES, por su contribución en la producción de la sección sobre Sistemas de Información y Evaluación.

De igual manera, al Doctor **Luis Fernando Vélez**, M.D, M.S.P, candidato a Ph.D, profesor de la Escuela de Salud Pública de la

Universidad del Valle e investigador del Instituto Cisolva y del Centro CEDETES, por sus sugerencias al documento y por permitirnos publicar en este libro una de sus más importantes investigaciones con el Instituto Cisolva.

Presentación

Las orientaciones políticas para proteger y restaurar la salud en los países de América Latina han presentado cambios sustanciales especialmente en la última década, tanto en su concepción filosófica como en los medios para operar sus programas. Estas transformaciones son mediadas entre otros, por cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población y por reformas en las políticas sociales que afectan directamente al sector salud.

En este proceso de cambio, los formuladores de políticas y planificadores en salud de los países latinoamericanos, se están enfrentado a grandes retos, para, en un ambiente de recesión económica y déficit fiscal cada vez mayor, cumplir con los principios rectores de ambiciosas pero necesarias reformas en salud, que abogan por una atención más equitativa y humanizada, solidaria, efectiva y coherente con las necesidades de los diferentes individuos y grupos poblacionales y con los desarrollos tecnológicos.

Como ejemplo de la situación anterior nos referiremos específicamente a la reforma a la seguridad social y sistema de salud en Colombia, iniciada en 1993, en donde los fundamentos

de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social y calidad, están en la agenda de los planificadores.

Es en este ambiente de cambio retador, en que la Evaluación de Tecnología en Salud cobra especial relevancia y urgencia en América Latina; de allí que haya recibido el apoyo de agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud, OMS; la Organización Panamericana de la Salud; OPS, y en el plano nacional, de los ministerios de Salud de los países latinoamericanos, al igual que de universidades públicas.

Si bien la evaluación ha sido considerada como una herramienta e insumo importante para la planificación y gestión en salud, en la práctica, el proceso de toma de decisiones poco o nada tiene en cuenta las evidencias científicas, que demuestren las bondades o debilidades de los programas y medios tecnológicos para operar las políticas en salud. De igual manera, en caso de existir estas evidencias, su difusión está limitada a publicaciones e informes dirigidos a la comunidad académica, que escasamente toma partido en la formulación de políticas y programas para operarlas.

Lo anterior demuestra una vez más la existencia de una amplia separación entre la academia y la formulación de políticas en salud, y al mismo tiempo, manifiesta la existencia de un nuevo escenario en donde es urgente la acción de los académicos, quienes indiscutiblemente estamos en la obligación de orientar nuestras actividades hacia la reducción de la tradicional brecha entre ciencia y política.

Aunque la Evaluación de Tecnología en Salud incorpora conceptos y métodos de la Investigación Evaluativa, orientados a la evaluación de programas y proyectos sociales, su concepción demanda, adicionalmente, acciones políticas para que los

resultados de la evaluación sean utilizados en la toma de decisiones en salud.

Así mismo, se intenta que los productos de la evaluación trasciendan la mera evaluación de objetivos de los programas y respondan a necesidades de información tanto de los formuladores de políticas y programas, como de la población usuaria, que será la beneficiaria directa de ellos.

En este sentido, la Evaluación de Tecnología en Salud rebasa el propósito de la Investigación Evaluativa definido por Weiss (1972) y Rutman (1984). La primera define la Investigación Evaluativa como la medición de los efectos de un programa frente a sus objetivos; como una forma de contribuir a la toma de decisiones; el segundo autor, la define como el uso del método científico para medir la implementación y resultados de un programa, con el propósito de producir información confiable sobre su desempeño y para guiar la toma de decisiones.

El concepto de Evaluación de Tecnología en Salud, por otro lado, promueve el uso de nuevos enfoques en la escogencia de los sujetos y objetos de evaluación, en los procesos evaluativos, en la responsabilidad de los evaluadores, en los indicadores para establecer valor al sujeto evaluado, en la participación de gobiernos y usuarios para escoger las preguntas de evaluación, en las relaciones evaluadores-tomadores de decisión-usuarios de servicios de salud, en el alcance de la actividad evaluativa, en los medios e instrumentos técnicos para difundir los resultados y promover la utilización de los mismos, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, (Pan American Health Organization, 1997) ha vislumbrado la Evaluación de Tecnología en Salud como un componente esencial para que las autoridades en salud ejerzan su papel regulador, el cual, además,

contribuye a potenciar su liderazgo. OPS ha indicado, además, que bien concebida e implementada, la Evaluación de Tecnología en Salud puede contribuir de manera relevante al incremento de la eficiencia y la efectividad de los servicios, a la garantía de la calidad de la atención y a la participación de los profesionales y usuarios en la toma de decisiones que les afectan.

En ese sentido, la presente publicación hace parte de una estrategia del Centro CEDETES, que busca incentivar y promover la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública para apoyar la toma de decisiones en favor de la salud y el bienestar general de las comunidades. Dentro de lo que consideramos tecnología en salud, se encuentran los programas, instrumentos, equipos y procedimientos usados para construir, restaurar, mantener y promover la salud. En ese sentido, este documento se orienta principalmente a investigadores, docentes, estudiantes y funcionarios vinculados al campo de la Salud Pública.

Un aspecto que se desea resaltar en esta publicación es la aplicación del concepto de Evaluación de Tecnología al campo de la Salud Pública. Tradicionalmente la Evaluación de Tecnología ha sido aplicada en torno a tecnologías clínicas de alto costo económico; por tanto, pareciera que no es recomendable su aplicación a la evaluación de intervenciones en Salud Pública, las cuales son aparentemente de bajo costo económico. Sin embargo, su aplicación a grupos amplios de población, al igual que las repercusiones de tipo social y económico generadas por su omisión, amerita que sean evaluadas, incorporando indicadores de impacto social, factibilidad de aplicación, eficacia, costo-efectividad y costo-utilidad, considerando las preferencias de los grupos a quienes van dirigidas las acciones.

El documento se estructura en tres partes o capítulos interrelacionados. El primero, se refiere a los antecedentes de la

Evaluación de Tecnología en Salud y los elementos que justifican no sólo la necesidad de fortalecer esta actividad, sino la intensificación de la misma, generando nuevos métodos y estrategias para lograr el propósito de tomar decisiones basadas en la evidencia científica y social.

El segundo capítulo presenta consideraciones generales sobre los principios y aplicaciones prácticas de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, de tal forma que la evaluación sea coherente con las necesidades de información y, sobre todo, para que se convierta en medio efectivo para articular el proceso de desarrollo, evaluación y formulación de políticas públicas. En la tercera parte se describen los avances de estudios en Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, llevados a cabo por el Centro CEDETES.

Es necesario recalcar la necesidad de iniciar y sostener el diálogo y la creatividad en torno a la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud, la cual, además de ser una temática relativamente reciente en nuestro medio, es compleja e involucra diferentes enfoques e intereses provenientes de usuarios de la información con diferente perspectiva de la Salud Pública y de su campo de acción.

El reto, en palabras del profesor Renaldo Battista (1999) está en reconciliar dos mundos que operan bajo paradigmas diferentes: el de la ciencia y la tecnología, centrado en la academia, y el de la política, centrado en los tomadores de decisión.

Adicionalmente, se deberá motivar a potenciales financiadores de los estudios para que apoyen evaluaciones que se correspondan con las necesidades de información en el ámbito territorial, acordes con el proceso de descentralización político administrativa. De allí, que las instituciones estatales y privadas, municipales y

departamentales, deban ser motivadas con demostraciones sobre la relevancia y beneficios que para su gestión trae este tipo de investigación.

Con esta publicación se espera incitar a la reflexión y práctica de la Evaluación de Políticas y Tecnología en el campo de la Salud Pública. Se pretende, así mismo, fomentar el intercambio de información y establecer un diálogo permanente, que promueva el encuentro entre dos lógicas para tomar decisiones: la de los formuladores de políticas, quienes están en posición de brindar directrices, y la de los evaluadores, quienes abogan por decisiones basadas en evidencias científicas y repercusiones sociales.

Capítulo I:

.....
*La Evaluación de
Tecnología en Salud*
.....

1. Antecedentes

Evolución del concepto de Evaluación de Tecnología en Salud

En primer lugar, es necesario reconocer las diferentes acepciones otorgadas al concepto de tecnología. Ésta puede considerarse como formas reproducibles del saber y, por lo tanto, como un principio estructurador, íntimamente ligado a las ideas de cultura. En este sentido, las tecnologías constituyen también formas de representación, que involucran procesos de reorganización de los esquemas conceptuales de la realidad.

Tecnología en Salud ha sido definida como la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica (OPS/OMS, 1998) y como una ciencia aplicada (Jonsson & Banta, 1999). La Oficina de Evaluación de Tecnología del Congreso de los Estados Unidos, se refiere a las tecnologías médicas como las técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos usados por profesionales de la salud en el suministro de servicios a individuos, al igual que los sistemas en los cuales se brindan estos servicios (National Academy of Sciences, 1985).

Algunos autores afirman que la Evaluación de Tecnología no es considerada como una ciencia y que “en sentido amplio, puede comprender la evaluación de las propiedades técnicas, eficacia clínica, impacto organizativo, consecuencias sociales, e incluso implicaciones éticas de la aplicación de una tecnología. También se dirige a averiguar si una tecnología es una solución sostenible o la mejor de todas las opciones de un contexto asistencial y social específico” (OECD, 1998).

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, ha definido Evaluación de Tecnología en Salud como aquel proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria, a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social (Conde, 1998).

De otra parte, Evaluación de Tecnología en Salud ha sido considerada como la forma integral de investigar las consecuencias técnicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías en salud, tanto en el corto como el mediano plazo, así como sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados (Jonsson & Banta, 1999).

Se ha reconocido recientemente la evolución del concepto, al afirmar que esta disciplina se ha expandido sustancialmente preocupándose más ahora por la evaluación de políticas relacionadas con los mayores problemas de Salud Pública, que por la evaluación de equipos médicos, como sucedía inicialmente en la década del 70 (Jonsson & Banta, 1999). De acuerdo con estos autores, el mayor interés por la Evaluación de Tecnología en Salud ha crecido en buena parte a raíz del alto incremento en los costos en los servicios de salud, debido no sólo a la aparición de nueva tecnología, sino a los patrones de cambio en la enfermedad, al envejecimiento de la población y a las mayores demandas del público.

La Evaluación de Tecnología es una actividad demandante y compleja. Evaluar se relaciona con cambio de realidades y es una actividad que debe llevarse a cabo en ambientes políticos generalmente tensos, interactuando en tres niveles: el Político -regulador-; el Institucional -gerencial- y el Práctico; contextualizando de manera amplia la información que genera, al incluir elementos adicionales como el costo, la relevancia social, calidad de vida asociada al uso de la tecnología y las implicaciones éticas, culturales y legales de su aplicación.

De ahí que los nuevos enfoques de la Evaluación de Tecnología en Salud Pública tengan una perspectiva amplia; ésta es usualmente conducida por diferentes investigadores quienes aplican distintos métodos y buscan diversos datos. Dado que evalúa un espectro más amplio de consecuencias de las intervenciones en salud y establece comparación entre varias opciones de cumplir con un mismo objetivo, la nueva Evaluación de Tecnología en Salud Pública es más retadora, más controvertida y potencialmente más útil.

Una mirada a los conceptos sobre la Investigación Evaluativa, reseñados anteriormente (Weiss, 1972 y Rutman, 1984), permite apreciar su relación con la concepción y operación de la Evaluación de Tecnología en Salud y sus diferencias. Last (1988), igualmente, define la Investigación Evaluativa como un proceso que intenta determinar sistemática y objetivamente la relevancia, efectividad, e impacto de actividades, a la luz de su estructura, proceso y resultados.

Rutman (1984), afirma que los términos referidos a la Evaluación de Programas y la Investigación Evaluativa, pueden ser usados indistintamente porque se refieren a lo mismo. Igualmente, plantea que no existe una definición uniforme aplicada consistentemente y que el término ha sido objeto de una serie de interpretaciones en su propósito, alcance y método.

Así, el propósito de la Investigación Evaluativa es medir los efectos de un programa comparado con sus objetivos, de tal forma que se contribuya a la toma de decisiones para mejorar el programa.

Por otro lado, la evaluación no debe ser considerada como una forma de tomar decisiones sin involucrar la política, porque dentro de cualquier organización, las decisiones se hacen a través de negociación y acomodación dentro de la política (Weiss, 1972). Lo que la evaluación hace es proveer datos para reducir incertidumbre y clarificar las ganancias y pérdidas en que se incurre por las diferentes decisiones.

Para Battista (1999), el vínculo crítico entre ciencia y política, reforzado por la evaluación, trata de reconciliar dos mundos que operan bajo diferentes paradigmas.

Mientras la ciencia adopta un paradigma positivista, que postula la existencia de la verdad, la cual trata de encontrar, el hacer políticas es un proceso interpretativo orientado a la integración de varios factores en decisiones operativas. Es entendible que mientras la evaluación necesita y debe ser neutral en su ejecución, no lo es tanto en sus implicaciones.

De los conceptos anteriores podríamos afirmar que mientras la Investigación Evaluativa se ocupa preferencialmente de dar cuenta de los resultados y efectos de una política o programa, en términos de su eficacia, efectividad e implicaciones políticas, comparado con sus objetivos; la Evaluación de Tecnología en Salud Pública se orienta a la comparación entre diferentes alternativas para alcanzar el mismo objetivo, con el fin de seleccionar la alternativa más costo-efectiva, de mayor impacto social y factibilidad de aplicación, con relación a los indicadores de interés para los tomadores de decisión y usuarios de la misma.

Sin embargo, el objetivo central tanto de la Evaluación de Tecnología en Salud como de la Investigación Evaluativa, es suministrar información para la toma de decisiones y deberían ser vistas como actividades complementarias.

Del estudio y reflexión sobre el alcance y la aplicación de la teoría y métodos de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, se desprende la primera limitante: no se dispone en muchos casos de formas alternas para cumplir un mismo objetivo; por tanto, la escogencia de un grupo control para establecer comparación es un reto que debe superarse. De ahí que muchas veces los estudios se identifiquen más con el concepto de Investigación Evaluativa para medir los resultados y efectos de una política y programa. Sin embargo, lo anterior no significa que debamos declinar en nuestro esfuerzo por encontrar formas para realizar Evaluación de Tecnología en Salud Pública.

La Evaluación de Tecnología y la investigación

La “Declaración sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico” (World Conference on Science, 1999) promulgada en Hungría, reconoce ampliamente las considerables repercusiones que la investigación científica y sus aplicaciones pueden traer al crecimiento económico y al modelo de desarrollo humano sostenible, comprendida la mitigación de la pobreza y un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber.

Consecuente con lo anterior, se ha reconocido en la misma Declaración, la necesidad cada vez mayor de conocimientos científicos disponibles para apoyar la adopción de decisiones, ya

sea en el sector público o en el privado, teniendo presente, en particular, la influencia que la ciencia ha de ejercer en la formulación de decisiones de carácter normativo o regulatorio.

Esta Declaración también llama a que los gobiernos, la sociedad civil y el sector de la producción, asuman un firme compromiso con la ciencia y que los investigadores asuman, igualmente, un compromiso con el bienestar de la sociedad. En este sentido, los evaluadores deben trabajar para que la agenda investigativa no sea definida solamente por las agencias financiadoras, sino que cada día el objeto de evaluación responda a los intereses de una sociedad que, tradicionalmente, se ha visto marginada en el proceso de toma de decisiones que le afectan su calidad de vida y bienestar.

Esto implica cambios en el tipo, enfoque y comportamiento de las agencias financiadoras, de los estudios evaluativos, como también de los evaluadores, quienes deben asumir una responsabilidad especial, para establecer puentes de comunicación entre políticos, planificadores y los directamente afectados con las decisiones. Igualmente, la responsabilidad de los evaluadores se orienta a evitar las aplicaciones de la ciencia y tecnología que sean éticamente erróneas o que tienen consecuencias negativas.

Autores como Battista (Battista et. al, 1999) han contribuido a colocar la evaluación en un marco más político y técnico. En el artículo "*An Integrative Framework for Health Related Research*" se presenta una distinción entre Evaluación de Tecnología e investigación en salud, señalando diferencias que radican básicamente en:

- **La orientación política.** Mientras los investigadores tienen como objetivo primario incrementar el conocimiento, los evaluadores de tecnología desean producir información útil para formular políticas o tomar decisiones.

• ***La Evaluación de Tecnología es un campo y un proceso para integrar disciplinas.*** La Evaluación de Tecnología brinda información comparativa sobre las propiedades técnicas, factibilidad, eficacia, efectividad, seguridad, utilidad, eficiencia e implicaciones éticas y sociales de la tecnología en salud.

Así como la perspectiva de la Evaluación de Tecnología ha cambiado, también lo ha hecho la identidad de quienes participan en ella. Con el incremento del énfasis en costos, calidad de vida y satisfacción de los usuarios con los servicios, los nuevos enfoques consideran la participación de profesionales expertos en áreas que tradicionalmente han sido consideradas en la evaluación de programas, pero incorporan la colaboración de otros investigadores pertenecientes a otras disciplinas como economía, epidemiología, investigación operativa, psicometría, comunicación social, entre otros.

• ***La Evaluación de Tecnología y la presentación y difusión de resultados.*** La Evaluación de Tecnología hace énfasis en la disseminación efectiva de información, para conseguir que los resultados de los estudios evaluativos sean considerados en el proceso de toma de decisiones.

La dinámica de los cambios, versus la oportunidad de las decisiones, es influenciada por la alta rapidez con que éstos se producen y exigen decisiones no sólo oportunas sino relevantes con la naturaleza de estos cambios y con el momento político y social en que suceden, las cuales, a su vez, demandan formas innovadoras de difusión de la información.

Con relación a este punto, Weiss (1984) señala algunas consideraciones para aumentar la probabilidad de utilización de los resultados de la Evaluación por parte de los tomadores de decisión:

- Desarrollar el estudio evaluativo teniendo en mente a los usuarios y si es posible, con su participación.
- Estar cerca a los escenarios y los hechos.
- Concentrar la evaluación en situaciones que puedan ser cambiadas.
- Producir informes claramente escritos y oportunos.
- Formular recomendaciones según contexto y análisis conjunto para lograr consenso.
- Diseminar resultados a través de un resumen corto, bien escrito, dirigido a todos los que tengan relación con el programa.
- Incorporar los resultados de la evaluación en un contexto más amplio que considere otros estudios.
- Realizar una evaluación de alta calidad.

• **Los usuarios.** Hay también diferencias en los públicos o consumidores de los resultados de la Evaluación de Tecnología en Salud, requiriéndose cambios sustanciales en las audiencias de los resultados de la evaluación. Inicialmente, los resultados fueron dirigidos a médicos y divulgados mediante comunicados en revistas profesionales y en reuniones científicas.

La difusión de los resultados de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública debe trascender las publicaciones científicas para incorporar otros mecanismos de comunicación y difusión de información, a los cuales tengan acceso los usuarios de los servicios e interesados directos de la evaluación, como las

compañías aseguradoras en salud, proveedores de servicios, agencias gubernamentales, planificadores y administradores en salud.

Los representantes del gobierno y el público en general, quienes pocas veces conocen los resultados de las evaluaciones a través de los medios, son hoy más que nunca usuarios importantes de esta información y su participación en la toma de decisiones se está fortaleciendo.

Evaluación de Tecnología en Salud y misión social de la universidad pública

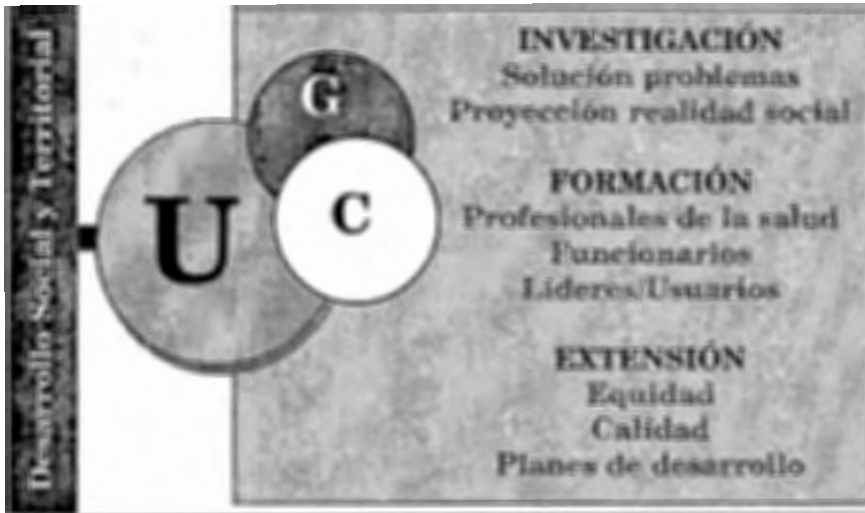
Sin duda, la universidad cada día está más consciente de que su pretensión de darle sentido social a su quehacer académico, sólo se logra si los procesos de enseñanza, investigación y extensión, que constituyen su actividad central, están estrechamente ligados al cambio social impulsado por los gobiernos y las organizaciones sociales.

Lo anterior significa que la universidad debe ser promotora y productora de actos educativos, pero también debe destacarse como generadora de productos articulados en la denominada esfera de "lo público". La Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública por ejemplo, debería servir a los estudiantes y profesores para discutir las relaciones lógicas entre las diferentes disciplinas; información que se convierte en insumo importante para organizar sus currículos y motivar a los investigadores sobre la necesidad de desarrollar una investigación en salud más relevante e integral.

De esta forma, la participación de la universidad en la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, no sólo sirve para que ésta haga un aporte a la toma de decisiones en salud, sino

también para renovar permanentemente la enseñanza y la investigación, en congruencia con la realidad del país (Ver Figura 1).

Figura 1. Proyección Social de la Universidad Pública



U= Universidad G= Gobierno C= Comunidad

Para ello, es necesario la realización de cambios curriculares que faciliten y promuevan la participación activa de la comunidad universitaria en los planes de desarrollo social en territorios definidos. Es claro que la misión de la universidad no sólo tiene que ver con sus destinatarios inmediatos, los estudiantes, sino que debe imponerse como una autoridad moral, capaz de señalar metas y de proponer alternativas de mayor impacto social (Declaración Internacional “*Hacia la Universidad del Siglo XXI*”, 1999).

La evaluación y el análisis crítico y reflexivo de las políticas y programas de Estado, necesariamente deben incluirse en la agenda de la universidad pública. La universidad debe tomar mayor conciencia acerca de la necesidad de una renovación

profunda del papel que debe cumplir frente al accionar del Estado y de las propuestas de solución que, de manera autónoma, debe proporcionar a los problemas que se encuentren. Sin embargo, también es necesario un proceso objetivo que permita responderse al cuestionamiento sobre si la universidad está preparada para afrontar este reto.

Es allí en donde cobra sentido la participación de la academia en la Evaluación de Tecnología, dado que permite a la universidad cumplir con su misión social, brindándole la oportunidad de convertirse en un medio efectivo para defender el derecho al libre pensamiento y expresión, y en medio para disminuir el desequilibrio en oportunidades y servicios, al evidenciar cuáles son los grupos más desprotegidos, su ubicación, los factores condicionantes y los riesgos potenciales de esta situación. Es mediante el análisis y evaluación de las políticas públicas, como la universidad encuentra un adecuado medio que le permite abordar la relación Estado-Sociedad, desde su quehacer académico-investigativo.

Esta contribución se logra en la medida en que permanentemente se tengan insumos que orienten la planificación y puesta en práctica de las actividades académicas y en la medida en que la Universidad se posicione como un interlocutor válido, objetivo y efectivo de los diferentes estamentos de la sociedad y del Estado.

Dicha interlocución puede hacerse efectiva creando y manteniendo alianzas estratégicas entre instituciones, sectores y representantes de los diferentes estamentos comprometidos con la salud de la población. Estas alianzas deben fundamentarse en relaciones horizontales, respetuosas del saber y quehacer de cada participante y con una claridad conceptual y operativa sobre los propósitos de su trabajo y los medios para lograrlo.

Estructuras universitarias para la Evaluación de Política y Tecnología en Salud Pública: el Centro CEDETES

La actuación de la universidad como elemento articulador entre la producción científica y tecnológica y la formulación de políticas públicas en salud, se apoya en su responsabilidad de producir y diseminar información relevante y oportuna, resultado de estudios investigativos, con el fin de que el nivel político tome decisiones, produzca legislación y asigne recursos.

El beneficio social, como elemento importante de la Evaluación de Tecnología en Salud, cobró importancia cuando dicha evaluación fue colocada en un contexto político y cuando, junto con aspectos como la pertinencia de servicios de salud, la eficacia y costo-efectividad de la tecnología utilizada, se constituyeron en temas de evaluación.

Con este propósito, la Universidad del Valle crea en 1997 el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud, CEDETES, a fin de fortalecer y mantener los vínculos entre la universidad, el gobierno y la sociedad civil, mediante canales de comunicación permanentes y efectivos, para articular la investigación orientada a la solución de problemas, con la toma de decisiones en el sector salud (Ver Figura 2).

El Centro CEDETES es una unidad básica de investigación aplicada, de carácter interdisciplinario, interinstitucional y académico-investigativo, que articula sus acciones a procesos de desarrollo social. Se ha propuesto la realización de evaluaciones orientadas al estudio de políticas, programas, intervenciones, procesos e instrumentos, analizando, entre otros, su eficacia; efectividad; utilidad; costo-beneficio; costo-efectividad; relevancia social e impacto organizativo, ético y técnico de tecnologías en

Salud Pública. Así mismo, aplica estrategias de información y comunicación que estimulen la adopción o rechazo de tecnologías en salud, contribuyendo con ello no sólo en los ámbitos de regulación, de provisión y de prestación de servicios, sino en los de formación de recurso humano en salud y en los de participación comunitaria en salud.

Figura 2. El Centro CEDETES y su función



Mediante esta actividad evaluativa y divulgativa del CEDETES, la Universidad fortalece su misión social, participando en el desarrollo local, regional y nacional, e interactuando con la sociedad civil y el sector gubernamental, a través del estudio de problemas reales sentidos por la colectividad y en la búsqueda de alternativas para resolverlos.

De esta forma, la evaluación tiene sentido, ya que se desarrolla en una cultura de cambio y la universidad modifica esa actitud autista que ha tomado en los últimos años, ante los problemas de la sociedad.

2. La Importancia de Evaluar Políticas y Tecnología en Salud Pública

Si bien la Evaluación de Tecnología en Salud, en su concepción más tradicional, ha centrado su atención en el estudio de medicamentos, instrumentos y procedimientos quirúrgicos, la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública debe orientarse al estudio de programas, proyectos, técnicas y procedimientos que tienden a beneficiar a colectividades y grupos de población con unas determinadas características.

Rescatando la práctica de la Salud Pública como una responsabilidad de la sociedad en general y del Estado, se hace necesario crear un marco para la evaluación del desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública, basado en la concepción de que las acciones en Salud Pública constituyen un subcomponente del sistema de salud y que éstas van mucho más allá de las intervenciones a una población.

La evaluación debe permitir el fortalecimiento de la estructura en Salud Pública y la identificación de estándares óptimos y

mínimos para mejorar la calidad de su práctica y estimular un ejercicio de la Salud Pública basada en la evidencia.

Así mismo, es necesario mencionar varios factores que justifican la necesidad de impulsar procesos de Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública:

Nuevos escenarios productores de salud y enfermedad

Las nuevas concepciones de salud y de promoción de la salud, que demandan el fortalecimiento de la capacidad de individuos y comunidades para que asuman un mayor control sobre los determinantes de su salud; el surgimiento de nuevos principios que orientan las transformaciones en salud y seguridad social; las nuevas políticas y programas en Salud Pública; los procesos de descentralización política y administrativa en curso; las “ofertas tecnológicas” para responder a los requerimientos en salud y el reconocimiento de nuevos y diversos escenarios productores de salud y enfermedad, advierten sobre la necesidad de impulsar procesos de evaluación en Salud Pública que incorporen estos conceptos.

A lo anterior, se suman factores como el fortalecimiento e incremento de los medios para el ejercicio de los deberes y derechos democráticos de los ciudadanos, que les proveen de instrumentos y procedimientos de mayor impacto para la toma de decisiones, para transformar favorablemente sus condiciones de vida. Entre estos derechos está el acceso oportuno a la información.

Cambios en el perfil epidemiológico de la población

Los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones son reflejo de relaciones inequitativas y de diferencias en las oportunidades para el desarrollo individual y colectivo, ahondado por una tendencia ascendente y sostenida de endeudamiento y déficit fiscal de los países más pobres, con repercusiones serias en la calidad y acceso de los servicios.

Como repuesta a ello, se han propuesto una serie de cambios estructurales en la política social y económica en nuestros países, lo cual afecta directamente a los sistemas de salud, a los sistemas de enseñanza y a las relaciones entre proveedores, usuarios y financiadores de servicios de salud. Sin embargo, la evaluación de resultados e impacto de estos cambios es inexistente o incompleta.

Por otro lado, los decisores políticos dan fe de las dificultades, al intentar retardar las decisiones hasta no tener suficientes evidencias disponibles. Los gobiernos y proveedores están bajo presión para actuar rápido; pero cualquier acción tomada en el período interino, antes de disponer de datos de buena calidad, puede fijar estándares de práctica. Por tanto, el suministro de información oportuna y de calidad es considerado un aspecto de gran importancia.

Es reconocida la necesidad de concentrar acciones locales de acuerdo con la morbilidad particular, para grupos específicos de población, lo cual requiere un enfoque más sofisticado que el de la vigilancia epidemiológica tradicional y una definición de prioridades más específica de lo que hasta el momento se ha hecho.

Sistematizar datos sobre la base de grupos específicamente afectados y grupos de población pobre, para usarlos como denominador, es un reto administrativo y logístico, dado que la información en salud se ha recogido con base en unidades administrativas que no necesariamente coinciden con enfermedad y pobreza de concentraciones locales de personas. Los indicadores locales deben usar la población afectada como un denominador, para servir tanto como monitoreo del desempeño de las ofertas locales de esa respectiva área o para la asignación de prioridades.

El problema de escoger grupos prioritarios se vuelve más complicado en aquellas poblaciones pobres donde coexisten tanto enfermedades crónicas como infecciosas. Ante esta situación los tomadores de decisión deben disponer de información útil que les apoye las decisiones sobre asignación de recursos.

Transformaciones en las políticas de salud

En los últimos años, Colombia y varios países latinoamericanos, se han visto inmersos en reformas continuas al sector salud y, especialmente, en cambios en políticas que no se alcanzan a implementar en su totalidad. La instrumentación de las actuales políticas en salud en el país no está soportada en estudios que justifiquen y sustenten la aplicación de las variadas respuestas tecnológicas.

Un ejemplo claro fue lo sucedido con la Ley 10 de 1990, que da inicio a la descentralización político administrativa de entes territoriales. Esta Ley careció de las herramientas financieras y técnicas, desde el punto de vista de la asistencia, que le permitieran lograr su objetivo de la descentralización de las responsabilidades

en atención en salud de primer nivel para los municipios. A la Ley se le limitó el análisis de sus reales intenciones y bondades, y fue revaluada entonces solo tres años después, por medio de la Ley 60 de 1993.

La Ley 100 de 1993, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, promulgada tres meses después de la Ley 60 del mismo año, tiene a su vez una gran cantidad de contenidos técnicos y administrativos que se han intentado analizar desde el componente financiero de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. Por tanto, se hace meritorio analizar temas como la cobertura de atención en salud, pero a la luz de evaluaciones sobre procesos de atención, oportunidad de atención, impacto de la intermediación en la calidad de la prestación de los servicios, entre otras.

Es necesario que las transformaciones a las políticas de descentralización, políticas de ajuste en el financiamiento y políticas de incremento de cobertura, no se den solamente desde la perspectiva de estudios de agregados económicos ni de estadísticas, sino que se acompañen de estudios de procesos que permitan cualificar mejor las decisiones sobre ajustes que deban realizarse a las leyes, así como las referentes a los financiamientos en el terreno práctico de los territorios o localidades y de las instituciones.

En este sentido, Flórez (1999), afirma que, “la complejidad de los esfuerzos necesarios para reformar los sistemas de salud -que reflejan profundas inequidades sociales-, no puede ser subestimada. Es urgente la necesidad de análisis que demuestren la viabilidad y la factibilidad de las reformas en el área de la salud, en la perspectiva de construcción de propuestas e instrumentos que posibiliten evaluar y acompañar la obtención de mejores niveles de equidad. Para ello, es preciso desarrollar nuevos enfoques teóricos y metodológicos, que permitan identificar los

factores que interfieren en forma significativa en la efectividad de esas políticas, y muy en particular, aquellas que habrán de proveer una verdadera salud colectiva”.

Replanteamiento de la organización de servicios de salud

En Colombia, a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, los sistemas de salud han requerido reorientar la prestación de servicios y la forma de organizarse. Para ello, se ha iniciado un proceso de cambio aún inconcluso y no exento de preguntas que todavía carecen de respuestas. Un proceso de cambio como el que vive los servicios de salud en el país, requiere de un monitoreo permanente, a fin de cumplir con los objetivos y sobretodo hacer los ajustes correspondientes, apoyándose en la identificación de alternativas más costo-efectivas y de mayor rentabilidad social.

Se requieren mecanismos de información y comunicación que permitan a los formuladores de políticas disponer de elementos de juicio suficientes y oportunos para tomar decisiones, fundamentadas en la evidencia científica y práctica. Es el caso del llamado Plan de Atención Básica, PAB, que establece el manejo desde las perspectivas y necesidades de las colectividades, de todas las externalidades que afecten su salud. Identificar si la atención básica está estructurada adecuadamente, si se está desarrollando y si la financiación asignada garantiza el cumplimiento de dicho plan de atención, son aspectos que requieren ser evaluados.

El sistema de afiliación para la atención individual, ya sea a través del Régimen Contributivo o del Subsidiado, es un aspecto crítico para el cual se deben establecer parámetros y variables de

evaluación, que permitan, entre otras, conocer si mediante dicho sistema se ha permitido garantizar una mejor atención en salud.

Otro elemento importante es el equipamiento institucional de las entidades del sector público o privado y la evaluación de la denominada tecnología dura. Lo que se ha visto en el país es que el margen de rentabilidad que se obtiene no alcanza a las instituciones de salud para hacer reconversión de equipos obsoletos en un determinado tiempo. Lo anterior nos aboca al desarrollo de una política en salud, avanzada en sus programas, pero atrasada en tecnología dura, abriendo con ello nuevas necesidades y perspectivas para la Evaluación de Tecnología en el campo de la Salud Pública.

Una preocupación adicional es cómo recoger y utilizar información cualitativa sobre el desempeño del sistema de salud. Esta información es esencial, dado que las estadísticas de los servicios de salud son buenas para responder a preguntas como: ¿cuántos?, pero la mayor preocupación en Salud Pública debe orientarse a preguntas como ¿por qué?; ¿por qué las cosas van bien en esta área; por qué no en otras?; ¿por qué se falló en esta intervención?, entre otras.

Mientras que los problemas de acceso a los servicios se resuelven con la infraestructura para la expansión, las preguntas sobre el por qué, relacionadas con la calidad de servicios, son de importancia mayor. El énfasis puede estar en aspectos como:

- ¿Qué quieren las comunidades o grupos del área local, de los servicios de salud?.
- ¿Qué tan satisfechas están las comunidades con los servicios de salud que reciben?.
- ¿Qué trabajadores están teniendo un buen desempeño en el área local y por qué?.

- ¿Qué muertes prevenibles en enfermedades claves ocurrieron?. ¿Qué falló en el sistema de salud?; por ejemplo: ¿por qué ocurrió una muerte materna?.

Desde el punto de vista económico, la transformación y reorganización de los sistemas de salud exigen también la construcción de una agenda apropiada. Investigaciones del Grupo de Economía de la Salud del Centro de Investigaciones Económicas, de la Universidad de Antioquia en Colombia, muestran que todos los esfuerzos parten de dos premisas fundamentales que se analizan muy bien desde la teoría económica: la contención de gastos y los efectos de la inversión en salud.

Lo anterior implica establecer reglas para alcanzar un gasto agregado en salud, compatible con la elección social adelantada por cada país, la cual debe involucrar el tamaño de la oferta de servicios financiado con recursos públicos y, en consecuencia, regular principalmente la adopción de nuevas tecnologías con criterios claros de costo-efectividad (Centro de Investigaciones Económicas, CIE, 1999).

Contribuciones al logro de las políticas públicas

Las políticas públicas son aquellas que determinan los lineamientos de las acciones, con base en un conocimiento racional de la realidad y la participación democrática de los interesados (Henao & Isaza, 1999). Lo anterior, abre un camino claro para que la investigación, la reflexión, el análisis y la evaluación, sean procesos constantes y sistemáticos en la formulación de políticas públicas, y su definición también se soporte en evidencias surgidas de procesos de construcción de conocimiento.

En la construcción de “lo público” deben conjugarse de manera armónica las acciones del Estado y las de la sociedad civil. Así, éste puede concebirse como un espacio para la concertación y construcción de acuerdos y, las políticas públicas, como instancias de articulación y mediación entre el Estado y la Sociedad. Por tanto, la definición de las políticas públicas no compromete solo al Estado, sino también, a la sociedad civil organizada, lo cual implica que tengan el aval del Estado, pero necesariamente también hagan parte de la cultura y cotidianidad de las comunidades. Esto, de hecho, le imprime un nuevo sentido a “lo público”: el de la responsabilidad social.

Las políticas públicas en salud están concebidas para lograr una mejor calidad de vida y se entienden, de acuerdo con el concepto defendido en el Congreso Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia en diciembre de 1998, como un “conjunto de decisiones estratégicas y acciones participativamente construidas e implementadas, mediante las cuales la sociedad, bajo la dirección del Estado, busca garantizar el logro de un determinado objetivo” (Franco, 1999).

El escenario de la salud para el nuevo milenio debe orientarse a la equidad y calidad en la atención, a la libre escogencia de servicios, la descentralización política administrativa, la participación y movilización ciudadana en pro de la salud y la protección integral; conceptos incorporados en la concepción de la denominada “Nueva Salud Pública” y por tanto, en los programas interdependientes de Promoción de la Salud, Atención Primaria y Municipio Saludable.

Vale destacar que “lo nuevo” en la Salud Pública está en la nueva dimensión que asume la salud en la promoción de la salud. “La nueva Salud Pública es la promoción de la salud, pero entendida no sólo como el fomento, función tradicional que de nuevo en Colombia legitimó la Ley 100/93 bajo el entendido de la Educación

para la Salud. Hablar de nuevo y de tendencias, obliga a señalar abiertamente que lo destacable en la Salud Pública es la oportunidad que se le abre a los actores no propios del sector, la búsqueda de otros escenarios de la salud, de los entornos saludables y el rescate del ambiente y el espacio para las políticas públicas” (Franco, 1999).

Las actuales reformas a los sistemas de salud en el continente, están ligadas a los anteriores conceptos e incorporan en sus planes de salud acciones para operar la descentralización político administrativa, la cual, a su vez, condiciona el alcance y la aplicación de políticas relacionadas con la participación comunitaria, construcción de territorios saludables, ofertas básicas de servicios, financiación de servicios, sostenibilidad institucional, formación de recurso humano, sistemas de información municipales, comunicación y educación.

Todos los anteriores cambios deberían estar fundamentados en información confiable y relevante, fruto de estudios y análisis serios sobre el tema. Al hacer un recorrido por las concepciones teóricas y operativas de las anteriores estrategias y políticas, se comprende claramente el alcance y potencial contribución de la Evaluación de Tecnología para el cumplimiento de los propósitos y metas que las han orientado.

La formulación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, consignada en la Declaración de Alma Ata en 1978, plantea claramente la aplicación de “métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”. Estos aspectos, hasta la fecha, no han sido evaluados satisfactoriamente.

Por otro lado, el municipio ha sido considerado como el ámbito ideal para convocar y concertar gobernantes, instituciones y ciudadanos en favor de la salud y el bienestar y, por tanto, el escenario donde se movilizan los recursos y esfuerzos dirigidos al bienestar de sus integrantes. La aplicación de este principio exige el fortalecimiento del liderazgo y la capacidad normativa de los gobiernos.

El municipio es visto como una estructura social mayor que tiene canales y mecanismos de influencia para alcanzar poblaciones definidas. La consecución de Municipios Saludables ha sido considerada como un proceso que crea posibilidades progresivas para el logro del bienestar y la salud integral, basado en la acción comunitaria y en la movilización de los recursos sociales e institucionales. Se comprenderá entonces la necesidad de crear y sostener canales de comunicación efectivos, que mantengan bien informado a los actores de este proceso: el gobierno, la comunidad usuaria y los representantes de los diferentes sectores del desarrollo municipal, públicos y privados.

Por otra parte, el desafío de la promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos. Para alcanzar lo anterior, la participación comunitaria demanda el ejercicio adecuado del poder, acompañado de procesos educativos continuos, para lo cual, la Evaluación de Tecnología es un instrumento necesario, de la misma manera como son necesarios los procesos de consulta permanente, control, evaluación y provisión de información oportuna, relevante y objetiva, que surjan a través de ésta.

Es necesario resaltar que sin la evaluación de las políticas y estrategias anteriores, los postulados que la sostienen no pasarán de ser sanas intenciones de las actuales administraciones y anhelos de las que siguen.

Capítulo II:

.....
*Aplicaciones prácticas de la
Evaluación de Tecnología en
Salud Pública*
.....

1. Principios

La Evaluación de Tecnología en Salud ha sido reconocida como una herramienta valiosa en la toma de decisiones para hacer más eficiente, equitativo y efectivo el sistema de salud, dada su potencial contribución para contestar preguntas que se plantean los diferentes actores que operan en el escenario de la salud.

Uno de los objetivos de los sistemas de salud modernos es la utilización de información para que las decisiones sobre la práctica clínica, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la planificación y gestión de los servicios de salud, estén avalados por evidencias científicas suministradas por estudios investigativos, lo que supondría avanzar de un sistema de salud ideal hacia uno más pragmático, estimulando las condiciones para que tanto los profesionales de la salud como los usuarios, se cuestionen los fundamentos y lógica de los procesos de toma de decisiones (Jovell, 1998).

Sin embargo, la Evaluación de Tecnología en Salud Pública es un fenómeno relativamente nuevo en muchos países, aunque en

Medicina esta herramienta ha sido usada con especial énfasis en el desarrollo de la investigación clínica y en el estudio de la seguridad y eficacia de las intervenciones.

Lo anterior plantea la existencia de una nueva y una tradicional forma de hacer Evaluación de Tecnología. Mientras la forma tradicional ha enfatizado en la perspectiva biomédica, es decir, la eficacia y la seguridad de la intervención, la nueva práctica en Evaluación de Tecnología demanda su aplicación al campo de la Salud Pública, orientando su quehacer a la realización de estudios que permitan explorar aspectos adicionales a los estudiados tradicionalmente.

Es por ello que los estudios consideran la inclusión de variables en relación con la utilidad; calidad y aseguramiento de los servicios; eficiencia; riesgo atribuible a las intervenciones en salud; factibilidad técnica, financiera y cultural para su aplicación; costo-beneficio, costo-efectividad e impacto organizativo, ético y social de políticas públicas y tecnologías en salud.

La Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública responde a ciertas características que le permiten aportar insumos para la resolución de problemas sentidos, que se conviertan en un instrumento y herramienta política permanente para dinamizar procesos de participación en la toma de decisiones y para la formación de líderes en torno a asuntos prioritarios para la salud y el bienestar colectivo (Ver Figura 3).

Entre los objetos de evaluación se contemplan los programas, los proyectos, los protocolos de atención, los servicios, las intervenciones, las estrategias organizativas, entre otros (Ver Figura 4).

Figura 3. Características de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública

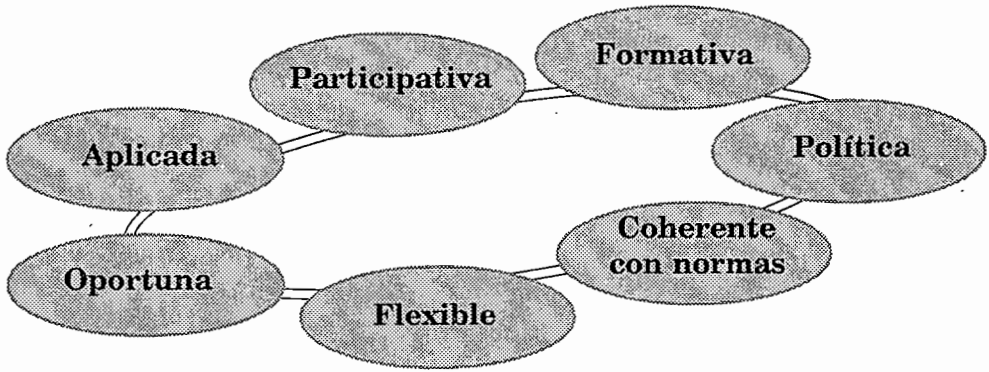
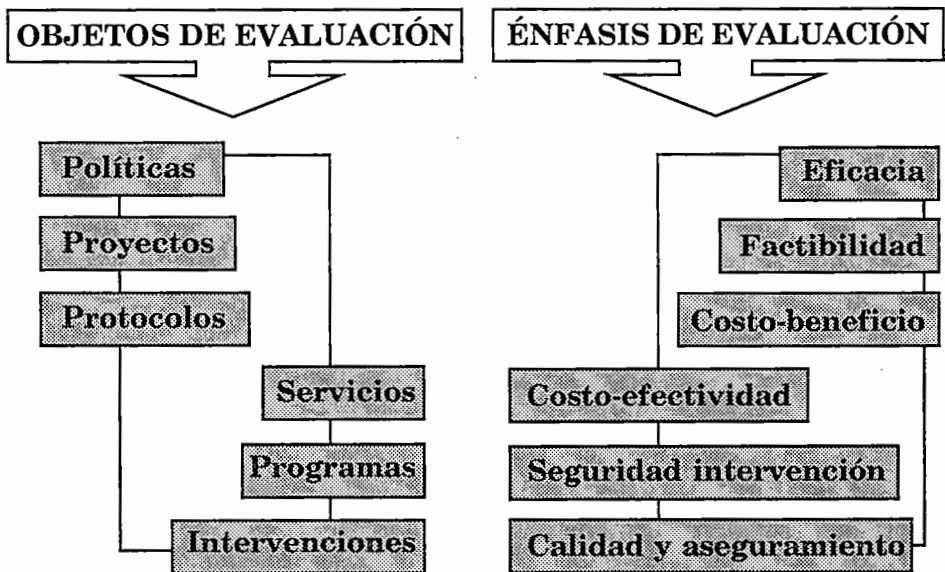


Figura 4. Objetos y énfasis de la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública



La Evaluación de Tecnología en Salud Pública está fundamentada en los siguientes principios:

- Los procesos evaluativos deben reflejar las expectativas e interrogantes de los usuarios potenciales de la información: los formuladores de políticas, la comunidad, los proveedores de servicios, los académicos, los gerentes y administradores.

- La actividad evaluativa debe trascender la presentación del informe y la publicación de resultados, para convertirse en insumo primario de dinámicas de reflexión alrededor de la pertinencia y viabilidad de las recomendaciones producto de la evaluación, de forma tal que se acomoden a cada realidad particular y se establezcan los mecanismos que aumenten su viabilidad.

- Las preguntas de evaluación las formulan no sólo los evaluadores. Dichas preguntas rebasan el criterio de eficacia, efectividad y seguridad de una tecnología e incorporan preguntas adicionales relacionadas con la mejor alternativa; la más costo-efectiva; la de más rentabilidad social; la de mayor costo utilidad de acuerdo con las necesidades y expectativas de la comunidad usuaria, señalando el costo social y económico de seleccionar una determinada alternativa y el costo-oportunidad por sacrificar otras; los resultados e impacto en términos sociales, culturales, de acceso, equidad y calidad. Todos ellos, incorporando la visión y expectativas del usuario.

- No privilegiar los estudios de eficacia sobre los de efectividad de las intervenciones. En otras palabras, evaluar el desempeño de una tecnología bajo condiciones reales, más que bajo situaciones ideales controladas.

- Inclusión en la evaluación de los determinantes socioculturales, geográficos, logísticos y legales, que condicionan la práctica de la Salud Pública, dado que esta última incorpora el cambio de hábitos y costumbres como factores causales del estado de salud. Dichos cambios, a su vez, están ligados a procesos culturales arraigados en las poblaciones y a la existencia de legislación y escenarios promotores de ambientes saludables; por tanto, las estrategias de difusión, información y consenso deben estar relacionadas con estas culturas.

- Sujetos de Evaluación. Se da prioridad a la evaluación de métodos, técnicas y procedimientos utilizados para implementar políticas o programas e intervenciones dirigidas a grupos de población y ambientes sociales específicos, considerando: el número de personas a quienes se aplica la intervención; el costo; la relevancia social; la aceptación y el grado de incertidumbre que se tenga acerca de sus beneficios en comparación con otras tecnologías y el grado de difusión.

- Ampliación de los usuarios. Además de la comunidad científica, la industria farmacéutica y los proveedores de servicios, tradicionalmente receptores de esta información, los resultados de la evaluación deben llegar a otros públicos como alcaldes, instituciones formadoras de recurso, la comunidad usuaria, pacientes y familias.

- Ampliación de participantes en el desarrollo de la evaluación. La diversidad, complejidad y extensión de aspectos que se evalúan, demanda la participación de disciplinas y sectores diferentes al de la salud. Se privilegia la participación de epidemiólogos y representantes de las ciencias políticas, sociales y económicas y muy especialmente, de ciencias de la comunicación y del comportamiento.

- La Evaluación de Tecnología en Salud Pública apoyada por la universidad, podría obviar uno de los escollos principales para hacer estudios en áreas que no necesariamente son de interés para los financiadores, como es la salud colectiva. La evaluación se apoyará en el recurso disponible, estudiantes de pregrado y postgrado, profesores, consultores y recursos físicos de la universidad, a fin de que pueda convertirse en una actividad continua. Esto se puede hacer, porque la investigación constituye la columna vertebral de la formación en postgrado y cada día se fortalece más en la enseñanza de pregrado.

- Los resultados de la evaluación deben ser convertidos en práctica social; sin embargo, una inquietud política ante esto es: ¿qué hacer hasta que se tengan los resultados de la evaluación?. La respuesta a esta pregunta se convierte en un reto para la Evaluación de Tecnología en Salud Pública, al intentar contemporizar los tiempos políticos con los académicos, sin perder autonomía en la acción evaluativa.

2. Sistemas de Información y Evaluación

La evaluación requiere de datos cualitativos o cuantitativos, que permitan generar indicadores para medir una situación inicial y los factores que la están generando; las opciones que permiten solucionarla; los insumos requeridos; la eficacia y la eficiencia de las acciones que se desarrollan y los efectos intermedios y finales de ellas.

La Evaluación de Tecnología es una práctica esencial en Salud Pública (Scriven, 1998) y en otras disciplinas y sin embargo, no se practica ni se integra en forma consistente en el manejo diario en todos los programas (Shadish, Cook & Leviton, 1999).

En general las decisiones individuales o de las organizaciones son de tipo estructurado (programadas) o no estructuradas (no programadas). En el primer caso, las variables y sus interacciones son reconocidas, existen opciones alternativas y se tiene confianza en la obtención de resultados.

Las decisiones no estructuradas carecen de procedimientos ya sea porque el problema es difícil de definir, por que se desconocen

algunas de las variables o por que las opciones carecen de precedentes sobre sus posibles efectos. Las decisiones del sector público corresponden generalmente a este último tipo, pues para tomarlas requieren además la interpretación de factores políticos (Weiss, 1998).

¿Qué tienen de común todas estas evaluaciones?:

1. La agenda propia, explícita o no, de aquello que se quiere lograr.
2. El propósito personal o colectivo que tienen la mayoría de las acciones.
3. Tomar una decisión para actuar.
4. El uso de la información disponible para generar indicadores apropiados para tomar una decisión y para reconocer si se alcanzó o no el propósito.

Cualquier sistema de evaluación que se desarrolle debe incluir información sobre el tipo de decisión (estructurada o no) y los factores que contribuyen a la generación de enfermedad o a la protección de la salud, así pertenezcan a otros sectores. Por esta razón, el sistema debe tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a diversas condiciones (Victoria y Bergonzoli, 1994).

Modelos Causales

Un Sistema de Información es útil solo si desencadena una acción. Un Sistema de Información y análisis capaz de detectar con oportunidad las variaciones que señalen daño a la

salud o cambios de la condición actual y que promueva el óptimo uso de los recursos de salud, comprende la recolección sistemática de la información, su análisis e interpretación, devolución al sitio de origen y la toma de decisiones de acuerdo al análisis de esa información. La recolección de la información debe limitarse al dato útil. El complemento de la información es la ejecución de actividades orientadas a controlar los problemas detectados.

La utilización de modelos teóricos de asociación y análisis de regresión múltiple pueden permitir el desarrollo de opciones de intervención sobre aquellas variables que explican la varianza de los indicadores seleccionados. Se parte de modelos teóricos que pueden modificarse de acuerdo con las observaciones efectuadas. Durante los años 70 se desarrollaron varios modelos como un mecanismo para definir el papel de los diferentes sectores en la solución de los problemas nutricionales prevalentes en la época. Departamentos de Planeación en Honduras, Costa Rica, Ecuador, Chile, Colombia, entre otros, organizaron sistemas que permitieron identificar grupos de población a riesgo y el tipo de riesgo por regiones geográficas o grupos de población.

La Conferencia en tendencias demográficas, envejecimiento y enfermedades no comunicables, celebrada en Moscú en noviembre de 1991, incluyó un taller donde fueron presentados varios modelos. Uno de ellos, desarrollado por el Grupo Nacional de Trabajo en Información para la Salud del Canadá (Wolfson, 1992), demostraba varios puntos:

- 1) El rango de la información requerida para la comprensión de la dinámica del estado de salud y el desarrollo de políticas públicas es muy amplio.
- 2) Los modelos de microsimulación ofrecen una alternativa en la conceptualización y la organización de la

información requerida y provee métodos empíricos para modelar la dinámica de salud de la población y análisis de políticas.

- 3) La demografía médica contribuye a la discusión de una disciplina emergente.

Con excepción de las oficinas de planeación, la utilización de la información para la acción multisectorial ha sido un proceso lento, con soluciones de compromiso y a mediano o largo plazo. Cada sector tiene sus propios sistemas de información y sus juicios de valores para la interpretación, desde la recolección de los datos, hasta su procesamiento y publicación. No es claro hasta dónde se utilizan estos datos en la toma de decisiones propias del sector, excepto por aquellos relacionados con la ejecución de presupuesto o de actividades.

Por otro lado, las decisiones sectoriales basadas solamente en información en cada sector, pueden solucionar solo los problemas específicos y no los problemas de la sociedad.

El Sistema de Información utiliza datos disponibles para generar indicadores de *factores de riesgo conocidos y de sus consecuencias*. No es en sí un estudio epidemiológico para demostrarlas. Sin embargo, el hallazgo de asociaciones significantes permite, además del planteamiento de opciones de intervención, proponer estudios puntuales para verificar algunas hipótesis. Las variables pueden ser presentadas en diferentes formas, de acuerdo con el interés del usuario, tiempo del que disponga y su disciplina.

Los planes de desarrollo que se proponen sin reconocer la estrecha relación que existe entre el bienestar y el grado de desigualdad social manifestado por problemas de salud, se basan en el “hay que hacer algo”, en vez de definir cuál es el problema y qué factores

deben modificarse para solucionarlo. Generalmente, este “algo” se basa en soluciones sugeridas por países de ingresos altos que, se supone, deben producir resultados iguales en todas partes. Aparecen programas en busca de problemas, en vez de analizar la información existente para definir un problema y diseñar un programa que tenga más probabilidades de éxito (Pradilla, Fajardo y Acciarri, 1979).

El desarrollo de un modelo de causalidad puede servir como un marco para definir los indicadores necesarios para la monitoría del programa y la evaluación de resultados. Para cada paso del modelo se pueden definir indicadores cualitativos o cuantitativos para el concepto, de acuerdo con los datos disponibles y la utilización que quiera dársele. El modelo de causalidad permite, por lo menos en teoría, definir resultados intermedios para modificar, si es necesario, el programa mucho antes, que si solamente se define el resultado final (Barnum, Barlow, Fajardo y Pradilla, 1980).

Los Sistemas de información utilizan indicadores para determinar si un problema existe, dónde o en cuáles grupos, que factores asociados lo condicionan y su importancia en términos de Salud Pública. Utiliza indicadores para determinar el riesgo de exposición a condiciones y factores asociados; es decir, describen una realidad, explican qué pasa y por qué, predicen la evolución probable y permiten tomar acciones oportunas. El sistema provee información que permite:

- 1) Definir el problema.
- 2) Identificar los factores condicionantes que se deben modificar con intervenciones planeadas.
- 3) Evaluar las consecuencias de las intervenciones.
- 4) Efectuar la monitoría periódica para mantener el conocimiento sobre la ejecución del programa y el estado de la población, para introducir, si es el caso,

modificaciones al programa. El sistema no se puede definir ni regular a sí mismo, sino que es una herramienta específicamente diseñada para la planeación estratégica.

La presentación de datos y tablas hace mucho más dispendioso el uso para personas ocupadas. Los informes para estas personas deben contener datos que se han procesado y analizado en forma que tenga sentido para quien los recibe, con el respaldo de todos los datos necesarios que podrán ser revisados si se desea.

El análisis simple de los datos es insuficiente para generar información. La responsabilidad de un sistema de información es garantizar que los datos se identifiquen y capturen, se analicen e interpreten y que la información útil sea extraída y sintetizada para ser presentada al usuario potencial (Sanders, 1993).

Indicadores

La evaluación debe coleccionar información que pueda describir claramente el problema y el plan o programa, de tal modo que la información tenga credibilidad para quien la usa. Idealmente, la información debe ser percibida por los grupos interesados como relevante y creíble en la respuesta a sus problemas.

Para tener credibilidad, posiblemente sean necesarios diferentes tipos de evidencia, de acuerdo con los usuarios que la requieran y por esto, es tan necesario tener en cuenta en la selección de indicadores y de análisis las preguntas específicas de los usuarios y el método de análisis (Newcomer, 1994; Basch, Silepcevich, Gold, Duncan, Kolbe, 1985). La difusión de evidencia creíble refuerza considerablemente los juicios y las recomendaciones,

especialmente cuando los usuarios de la información han tenido alguna participación en la recolección de datos o en su interpretación.

Los indicadores se seleccionan para señalar criterios que se utilizarán para juzgar el problema y la propuesta, las posibilidades de éxito, el proceso de ejecución y el resultado. Los efectos pueden ser modificaciones de conducta, construcción de infraestructura o cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad. Debe, de acuerdo con el modelo, identificar fuentes de datos en instituciones de diferentes sectores.

3. Preguntas y Métodos de Evaluación

Las preguntas que han orientado la Evaluación de Tecnología en Salud responden a varios factores e intereses, tanto de agencias financiadoras como de los investigadores, según el ciclo de vida de las tecnologías. Sin embargo, los intereses de los formuladores e implementadores de políticas en salud son desconocidos o no son expresados con suficiente fuerza para entrar en la agenda de investigación.

Por tanto, se debe trabajar para que los estudios de evaluación se correspondan con las motivaciones de los usuarios potenciales de la información, los responsables de formular políticas y programas, directivos, el público y los implementadores de los programas.

A continuación algunos ejemplos de los tipos de preguntas que podrían ser de interés para varios usuarios de la información:

- Los que manejan el presupuesto necesitan saber cómo reducen costos del programa sin reducir calidad. Necesitan conocer información microeconómica en relación con el gasto de la

inversión en salud en un estado de escasez, en relación con las necesidades y expectativas variadas entre consumidores de los servicios y proveedores. Se requiere establecer la relación entre escasez y el costo oportunidad de seleccionar una intervención. Por último, se requiere guardar el equilibrio entre equidad y eficiencia.

- Los legisladores quisieran saber si una política o programa debe continuar o terminar. También requieren saber los valores morales sobre los que deben apoyar sus decisiones, pues los análisis económicos y de efectividad, definen el problema pero no lo valoran.

- Los gerentes frecuentemente están interesados en saber el tipo de modificaciones y ajustes que requiere el programa para que funcione.

- Los planificadores podrían estar interesados en conocer ¿cuáles son las necesidades de la población?, ¿qué programas dan los mejores resultados?, ¿cuáles de los programas disponibles son financiables con los recursos existentes?, ¿qué necesidades quedarán sin cubrir?, ¿qué costo político y social tendrá el dejar descubiertas estas necesidades?, ¿qué criterios se deben aplicar para asignar recursos y escoger intervenciones?, si las intervenciones son lo suficientemente costo-efectivas para darles continuidad y extenderlas a otras áreas ¿cuál es la factibilidad técnica, financiera y cultural para extender las intervenciones?.

Los métodos para responder a las preguntas dependen de varios factores, condicionados por el tipo de decisión que se tome con los resultados de la evaluación. La Evaluación de Tecnología puede emplear cualquier método y fuente de información, con capacidad para obtener o producir el conocimiento relevante al objeto de evaluación planteado.

Los métodos de evaluación suelen ser tanto generales -aplicables en varias disciplinas de la salud-, como específicos (OPS, 1997). Entre los generales están el análisis y síntesis de la información bibliográfica disponible; la aplicación de métodos epidemiológicos, descriptivos y analíticos, por ejemplo, estudios de cohortes y estudios de casos; ensayos clínicos controlados y análisis de registros y bases de datos.

Entre los métodos específicos están las consultas de opinión a expertos; evaluaciones socio-económicas, por ejemplo, de costo-eficacia, costo efectividad, costo-beneficio y la construcción de modelos y simulaciones matemáticas.

Algunos métodos de evaluación que usan datos primarios para responder a las preguntas son (Deber, 1999):

a) Registros y Bancos de Datos: Pueden producir tendencias en tasas de incidencia y ser útiles para saber patrones de utilización.

b) Encuestas: Pueden describir lo que es, pero no son efectivas en describir lo que debe ser. Pueden proveer buena información en utilización, prevalencia, difusión, actitudes, comportamiento y costos, las cuales pueden ser utilizadas en otras formas de análisis.

c) Ensayos Clínicos Controlados: Son métodos para comparar los meritos relativos y desventajas de dos o más intervenciones. Un estudio bien elaborado es considerado como la herramienta más sensitiva y poderosa en estudios comparativos, debido a la fortaleza de su diseño y aplicación de métodos para selección de los grupos de intervención y control. A pesar de esta fortaleza presentan limitaciones para su aplicación debido a problemas éticos.

d) Estudio de Casos y Controles: Se utilizan para medir las causas de una decisión tomada, las consecuencias de adoptarla o una combinación de éstas. Son en general orientados a políticas y pueden ser útiles para aquellos que tratan de hacer adopción de decisiones, acerca de una determinada tecnología que ha sido examinada. Los estudios de casos están entre las pocas formas de incorporar en la evaluación aquellos aspectos que son mucho más difíciles de evaluar, como las consideraciones éticas, legales, sociales y políticas en la adquisición y difusión de tecnología.

e) Métodos para sintetizar información: La intensificación de la actividad investigativa, la multiplicación de revistas científicas y la aceleración del intercambio de información, ha creado la necesidad de métodos para sintetizar información. En todo proceso de evaluación de una tecnología, es preciso recuperar y sistematizar de manera exhaustiva toda la documentación y literatura existente, que puede aportar información relevante respecto de la pregunta planteada.

La variante más sofisticada, no siempre realizable, de la revisión sistemática de la evidencia es el *Meta análisis o Meta modelling*, que, acumulando resultados homologables de estudios similares, aumenta el poder explicativo de los estudios considerados aisladamente; es decir, mediante la combinación de los resultados de los diferentes estudios, incrementa la fortaleza de la inferencia.

f) Juicio de expertos: La carencia de suficiente evidencia científica, unida a la necesidad de tomar decisiones que no dan espera al resultado de investigaciones, obliga a menudo a recurrir al juicio de expertos, que debe realizarse del modo más sistemático, explícito y reproducible posible.

Las conferencias de consenso, los modelos inspirados en el método *Delphi*, las técnicas de grupo nominal, son métodos para

instrumentar el juicio de expertos, que proporcionan respuestas razonables en situaciones en las que la evidencia científica no está disponible. No debe confundirse el “juicio de expertos” con la revisión o realización por expertos de un documento derivado de la revisión sistemática de la evidencia (Conde, 1998).

Esta técnica se basa en datos primarios, pero también en valores, experiencias y creencias. Este método está ligado al tiempo dado en que se pide evaluar una tecnología que está rápidamente cambiando.

g) Análisis de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad: La investigación de efectividad analiza el impacto de la intervención bajo condiciones reales. Cuando una intervención se introduce en la comunidad, los controles son menos rigurosos y los cambios relativos en los resultados son menos atribuibles a la intervención, que los que se darían bajo condiciones ideales.

El análisis de costo-efectividad relaciona la diferencia en costo con la diferencia en efecto, alcanzada por la aplicación de intervenciones alternativas y se ha posicionado como el método más ampliamente usado y aceptado (Luce & Simpson, 1999). Este método fue desarrollado del análisis de costo-beneficio, como un método general para ubicar los escasos recursos, a fin de optimizar resultados o efectos. Sin embargo, este análisis ha incrementado su papel en el debate de las políticas en salud. La utilidad es considerada por los autores como una forma especial de medir efectividad; por tanto, el término análisis de costo-utilidad, es interpretado como una rama de costo-efectividad.

Igualmente, la distinción primaria entre las tres medidas económicas es la valoración de las consecuencias en salud de la intervención en estudio (Luce & Simpson, 1999). En los estudios de costo-efectividad, las consecuencias son expresadas en unidades

naturales como los años de vida sumados a la expectativa de vida; en costo-utilidad las consecuencias son expresadas por la preferencia de los pacientes, combinando duración y calidad de vida, como años de vida ajustados por calidad, QALY; en el análisis de costo-beneficio todas las consecuencias son expresadas en términos económicos.

h) Simulaciones y modelos matemáticos: Con la pretensión de evaluar el impacto que la implantación de una tecnología pueda determinar en términos sanitarios, organizativos y económicos se han utilizado modelos predictivos que, asumiendo hipótesis de prevalencia, éxitos, fracasos y costos, construyen los escenarios esperables. Si se entiende las relaciones entre las intervenciones y la historia natural de las condiciones de salud, se pueden construir modelos matemáticos para evaluar opciones políticas. Aunque el modelo tenga fallas, tiene la ventaja que muestra claramente en cuáles supuestos se basa, y señala qué datos adicionales se requieren.

A manera de ejemplo, es sabido que usualmente al inicio del período de un directivo se requieren decisiones rápidas que permitan iniciar la gestión y mostrar resultados. Ellos no tienen tiempo para evidencias científicas que se obtengan con investigaciones de largo plazo, por el riesgo de que se presente incompatibilidad en los tiempos políticos y los tiempos académicos.

Al inicio de un período de un directivo, son útiles los estudios de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad para comparar diferentes alternativas de alcanzar el mismo objetivo. Con esta información los tomadores de decisión pueden formular orientaciones sobre la continuidad o suspensión de un programa o su extensión a otras áreas. De ahí que se recomiende en estos casos técnicas más ágiles de acopio y análisis de información, como el Meta análisis y el juicio de expertos.

En el intermedio del período del directivo, la pregunta central se relaciona no sólo con tendencias que indiquen el cumplimiento de los objetivos, sino con las variables que condicionan este resultado, a fin de hacer los ajustes pertinentes. Aquí son necesarios los estudios evaluativos que provean información e inquietudes sobre aceptación, viabilidad técnico y financiera.

Si bien es conocido que las decisiones políticas no siempre están basadas en la evidencia científica, el propósito de la Evaluación de Tecnología en Salud Pública es reducir esta brecha, sin que las presiones políticas moldeen el tipo de investigación. De allí que se trabaje por preservar la autonomía investigativa pero articulándola permanentemente a las instituciones que pueden ser usuarias potenciales de esta información, al igual que a los beneficiarios de las intervenciones.

Para ello, se deben impulsar mecanismos de financiación alternos que comprometan al sector estatal y privado del orden municipal y departamental, al igual que a otros representantes de la sociedad civil, con quienes se establecerán formas de interlocución permanentes.

De lo dicho anteriormente se desprende que si bien es deseable que la Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública responda a intereses de los potenciales usuarios de los resultados de la evaluación, ésta no debe ser bajo ningún punto la única motivación para hacer estudios que den cuenta del desempeño de las tecnologías en salud; con ello se perdería la posibilidad de explorar e incluir en la actividad evaluativa la diversidad de enfoques, expectativas y criterios de evaluación de los involucrados en el proceso de diseño, implementación y adopción de una tecnología.

Para que esta participación suceda, los evaluadores deben explorar el tipo de preguntas que no sólo ellos tienen desde su perspectiva académica, sino la de planificadores y responsables de su implementación, al igual que la de personas y grupos que serán beneficiados o perjudicados con ella. Esta actividad es de especial importancia en Salud Pública donde están comprometidos más que individuos, grupos de población con características específicas, que se identifican no sólo en sus necesidades sino en expectativas y condiciones para afrontarlas.

4. Otras Consideraciones sobre Evaluación de Tecnología en Salud Pública

La Evaluación de Tecnología rara vez provee una respuesta exacta acerca de si una tecnología debe ser aplicada. La pregunta en política pública es mucho más difícil, pues debe definir quién recibirá la intervención y bajo qué circunstancias:

En este sentido, la orientación que se da a la Evaluación de Tecnología en Salud Pública estriba principalmente en dar mayor énfasis a las siguientes áreas:

- a) Evaluación compatible con el momento político o proceso de desarrollo de una política, programa o estrategia. Se entenderá que las preguntas igualmente responden a momentos de un proceso de cambio: inicio -planificación-; intermedio -implementación-; y finalización.

- b) Los métodos de evaluación se amplían para dar cabida a métodos cualitativos, que proveen información muy valiosa que permite explicar e interpretar con profundidad las variables en estudio.

c) Énfasis en procesos para la diseminación de resultados y generación de dinámicas participativas, que recojan la opinión del público, los proveedores y los administradores, de tal forma que se aumente la probabilidad de adopción de las recomendaciones y éxito en su aplicación.

Según Weiss (1984), algunos problemas a los que se ven abocados los evaluadores para realizar los estudios y para que los resultados sean considerados en la toma de decisiones, hacen referencia a:

- Los formuladores de políticas tienen la dificultad para identificar tempranamente sus necesidades de información.
- El interés particular y sesgo de las autoridades, les restringen su habilidad para participar en la planificación de evaluaciones.
- La tendencia de los evaluadores a ver los problemas en términos de concepto y métodos, con los cuales ellos están familiarizados, reduce su receptividad para formular preguntas alternativas de evaluación.
- La mayoría de los resultados de las evaluaciones son ambiguos o brindan conclusiones inconsistentes.
- Los resultados de un sólo estudio son de dudosa extrapolación a otras situaciones o en el futuro.
- Las restricciones en recursos que limitan la implementación de los resultados, especialmente los que implican reestructuraciones fundamentales.
- Los resultados de la evaluación son sólo un insumo dentro de un acuerdo complejo alrededor de intereses e ideologías involucradas en programas sociales.

Si bien la práctica de la Evaluación de Tecnología en Salud brinda respuestas a algunos de los problemas citados por Weiss, al no descontextualizar la actividad evaluativa del proceso de toma de decisiones y por el contrario, fortalecer los puentes de comunicación entre políticos y evaluadores, hay que reconocer que muchos de estos planteamientos continúan vigentes y se constituyen en un reto para los evaluadores, al igual que un compromiso para los que estamos en la tarea de mejorar la respuesta institucional a los problemas de la población.

Capítulo III:

.....

***Desarrollos en
Evaluación de Tecnología
en Salud Pública***

.....

1. Presentación

En esta sección se presentan algunos ejemplos de Evaluación de Tecnología en Salud que han dado como resultado la formulación de políticas y programas en el ámbito municipal en Santiago de Cali, Colombia. Tres de las evaluaciones han sido desarrolladas por el Centro CEDETES y una por el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, Cisolva, de la Universidad del Valle.

Las cuatro evaluaciones reseñadas, si bien son ejemplos de la aplicación de los resultados de la investigación científica a la toma de decisiones en salud, en ellas no se comparan tecnologías en términos de costo-efectividad, costo-beneficio, utilidad o impacto social de las mismas. La razón para obviar esta comparación es la ausencia de tecnologías alternas y los problemas éticos de establecer como grupo control a la población que, estando en el área geográfica donde se realiza la intervención, no la recibe, debido a la aplicación de normas técnicas de diseño del estudio.

Es por ello que los ejemplos presentados se consideran como un primer avance en el fomento de la cultura de la Evaluación de

Tecnología en Salud Pública, para hacer que formuladores de políticas y gerentes en salud reconozcan y utilicen el soporte que este tipo de estudios puede darles y empiecen a identificar a la universidad como un interlocutor efectivo para apoyar esta actividad.

En el primer ejemplo se presenta la evaluación de un programa de Promoción de la Salud en escolares y adolescentes de la ciudad de Cali. Se trata del programa "Hacia una Escuela Saludable", representativo de un proceso local de desarrollo de una política pública municipal. El programa inició en 1993 y fue evaluado por el CEDETES en 1998.

En el segundo ejemplo se presentan dos estudios relacionados con la evaluación de calidad de prestación de servicios de salud, basada en la opinión de los usuarios. Se resume un proceso, resultado de sucesivas aproximaciones, en el cual, en una primera etapa (1994), se diseñó y probó la metodología para evaluar calidad de los servicios de salud suministrados por estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, utilizando la satisfacción del usuario como indicador de calidad.

En la segunda etapa se validó la metodología resultante del primer estudio, con el objeto de estandarizar el método y aplicarlo a grupos más amplios de usuarios y a servicios suministrados por profesionales de la salud, al igual que medir su efectividad en términos de cumplimiento de los objetivos. Adicionalmente a la actividad evaluativa se diseñaron estrategias para difundir los resultados de la evaluación y para que la comunidad gestionara la aplicación de las recomendaciones que arrojó el estudio.

Después de esta actividad, se tiene previsto en una tercera etapa, que en la realización de un estudio comparativo sobre análisis de costo-beneficio y costo-efectividad, en donde se respondan

preguntas relacionadas con los resultados e impacto social de la participación de la comunidad en la evaluación de la calidad de los servicios.

Los estudios sobre calidad de la atención responden a las recomendaciones formuladas por algunos autores (Rosenthal & Shannon, 1997), con relación a evaluaciones sobre suministro de servicios de salud, usando como indicador la percepción de los usuarios. Los autores señalan que es necesario establecer la sensibilidad del indicador “percepción del usuario”, para discernir diferencias en los sistemas de atención; se requiere además, establecer relaciones entre diferentes alternativas para medir percepción; estandarizar las medidas de percepción del usuario y definir formas óptimas para presentar los datos a los mismos usuarios y, finalmente, ampliar la población de usuarios que intervienen en la evaluación de percepción del cuidado.

En la última parte del capítulo se describen los resultados de la evaluación de un programa de prevención de neurotrauma en motociclistas de Cali, desarrollado por el Instituto Cisalva, de la Universidad del Valle, con apoyo de la Alcaldía de Cali y del Fondo de Prevención Vial.

2. Introducción

La evaluación en el fortalecimiento de alianzas entre la academia, el Estado y la comunidad

La última década ha estado marcada por cambios en los sistemas de salud en diferentes países de América Latina. Colombia ha enfrentado tres procesos de reforma a través de su historia, dos de los cuales han estado ligados a una acción estatal directa; es decir, reformas que solo han tocado la asistencia pública, sin definir ni afectar las relaciones de las entidades privadas o particulares con el Estado y los usuarios.

La última reforma al sistema de salud, Ley 100 de 1993, propone un Plan “único” Obligatorio de Salud que demanda un cambio en las relaciones de los usuarios con los proveedores de los servicios, con las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, y con las entidades públicas y privadas responsables de administrar los fondos, Empresas Promotoras de Salud, EPS.

Con relación a esta última, la ley estipula que el usuario es el que elige la EPS a la cual desea afiliarse y la cual será responsable de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, la EPS es la que

define su propia red de servicios y a su vez unos protocolos de atención, que generan diferentes formas de acceder a los servicios.

De otro lado, la reforma al sistema de salud estimula acciones en Salud Pública que se corresponden con el proceso descentralizador iniciado en Colombia en los años 80. Las políticas en salud están ligadas a los procesos de desarrollo local y promueven la participación de personas y escenarios que tradicionalmente han estado ausentes en la planificación del sector, como es el caso de las instituciones educativas, tanto de nivel básico como superior.

Las anteriores políticas promueven desarrollos en salud que incorporan la acción intersectorial; la construcción de alianzas estratégicas para producir salud, la incorporación de la realidad y cotidianidad local en la planificación operativa de los programas y proyectos, el desarrollo de tecnologías coherentes con la realidad y que apoyen la actuación colectiva en pro del desarrollo local y el incremento de la capacidad de los pueblos para participar en las decisiones que a su salud compete.

La opinión del usuario para evaluar y demandar calidad de servicios de salud según sus necesidades y expectativas, cobra mayor relevancia ante el nuevo marco legal colombiano. La evaluación de la calidad no sólo debe contemplar el punto de vista del proveedor, que valora la capacidad institucional para atender a la población afiliada, sino que debe estudiar los procesos que facilitan o limitan el acceso y calidad de estos servicios, según la perspectiva del usuario.

Este propósito exige disponer de tecnologías para que la comunidad desarrolle directamente o participe activamente en la evaluación de calidad y en el establecimiento de mecanismos regulatorios, en donde ella pueda ejercer influencia para normar y poner en práctica los correctivos a los procesos de prestación de servicios, y solucionar limitantes como la disponibilidad de información

relevante y coherente con la realidad; utilización de la información en el ámbito local; carencia de mecanismos para que la información que se produzca alcance niveles de decisión que trasciendan, incluso, su propio referente geográfico.

Igualmente, se deberá dar respuesta a cuatro problemas que dificultan la participación de usuarios en la actividad evaluativa:

1. La amplia brecha en la concepción de calidad en la prestación de los servicios de salud, existente entre los proveedores de servicios, los usuarios y los académicos.
2. La ausencia de estrategias efectivas para incorporar en la evaluación de calidad de servicios a la comunidad usuaria y a las instituciones formadoras de recurso en salud.
3. La carencia de métodos e instrumentos para que los resultados de la evaluación tengan un impacto en el mejoramiento de la calidad de los servicios, rebasando, de esta forma, la producción de un informe técnico.
4. La poca importancia dada a la evaluación de calidad desde la perspectiva de los usuarios y la ausencia de una cultura y métodos para la obtención y documentación de las sugerencias y expectativas de la comunidad usuaria, en el proceso de planificación.

Para responder a las necesidades anteriores, el Centro CEDETES ha desarrollado métodos e instrumentos técnicos que hacen posible la participación de la comunidad en la evaluación de calidad. Este esfuerzo tiene un especial valor por haber sido realizado directamente con la comunidad y por los resultados obtenidos, constituyéndose en uno de los primeros ejemplos de esta actividad en Colombia.

Los estudios a que hace alusión este capítulo evidencian el potencial de la actividad evaluativa para estrechar alianzas entre los sectores académico, estatal y comunitario.

En ese sentido, ha sido necesario promover acciones para fortalecer la participación de la comunidad en la toma de decisiones en salud, orientadas a:

- a. Incorporar a la comunidad en la evaluación de intervenciones dirigidas a construir, mantener, recuperar y promover la salud, y que permitan una participación ciudadana en salud desde el conocimiento y no desde la ignorancia.
- b. Establecer puentes informativos que no sólo aseguren la difusión de los resultados de las evaluaciones, sino que se conviertan en núcleos de acopio de información, análisis y reflexión sobre su realidad. Esta actividad es insumo central para que los resultados y recomendaciones comunitarias sean consideradas en la toma de decisiones en el ámbito local y en niveles superiores.
- c. Realización de actividades formativas que, apoyadas en la evaluación, conviertan a esta última en medio de formación masiva permanente, coadyuvando al fortalecimiento de redes de acción con capacidad de tener impacto en la salud individual y colectiva.
- d. Fortalecimiento de organizaciones comunitarias, que además de fomentar una cultura de la vigilancia y evaluación de sus programas y actividades, promuevan y dinamicen una estructura organizativa local con capacidad de establecer mecanismos propios de regulación, orientados a garantizar el cumplimiento de las expectativas y recomendaciones comunitarias y promover el verdadero sentido de la participación.

3. Resúmenes de Estudios

3.1. Evaluación del Programa en Promoción de la Salud “Hacia una Escuela Saludable” (De Salazar, 1999).

Presentación

Con el objetivo de crear condiciones para que las instituciones educativas desempeñen un papel protagónico como promotoras, generadoras y ejecutoras de proyectos para el mejoramiento de la salud y bienestar de niños, niñas y adolescentes, desde 1994 se desarrolló en Cali, con el apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg, el programa interinstitucional “Hacia una Escuela Saludable” (De Salazar, 1997. a).

En torno a la construcción de este Programa se generó un proceso de trabajo articulado entre la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, el gobierno municipal y la sociedad civil, representada por la comunidad educativa de dos sectores de la ciudad de Cali - maestros de primaria y secundaria, niños, niñas y adolescentes y

padres de familia, el cual sentó las bases para la formulación de la política pública de Escuelas Saludables en la ciudad de Cali, en 1997.

El ciclo de institucionalización del proceso en torno a Escuelas Saludables, se cerró en 1999 con la elaboración y firma de un Acta de Compromiso por la Calidad de Vida de los escolares y adolescentes de la ciudad de Cali, en donde los participantes de esta iniciativa se hicieron responsables de implementar una agenda común para tal propósito, a corto, mediano y largo plazo.

Algunos factores han sido identificados como responsables del éxito alcanzado:

- La relevancia del tema, reconocida por los directamente implicados en el problema y la decisión colectiva de adoptar soluciones.
- La participación activa de instituciones y personas responsables de implementar la política a través de desarrollos tecnológicos y administrativos.
- La oportunidad y relevancia de la evaluación.
- La difusión de resultados, según intereses de los usuarios de la información.
- La entrega de información permanente a los responsables del monitoreo -gobierno y comunidad educativa-, sobre los avances de la implementación del programa.

Después de tres años de iniciado el proceso, el Centro CEDETES consideró necesario estudiar el grado de aproximación a la meta, los resultados en términos de los cambios generados en los actores



involucrados y el papel desempeñado por la institución educativa como productora de condiciones saludables, con el fin de considerar su implementación en el resto de las escuelas del municipio de Cali.

A través del proceso se recogieron preguntas de comunidad y gobierno y otros interesados, para incorporarlas en la evaluación y contestar a preguntas sobre la relevancia, pertinencia y efectividad de las intervenciones realizadas y de la tecnología utilizada frente al costo de la misma.

Propósito de la evaluación

La evaluación en torno al programa “Hacia una Escuela Saludable”, buscaba indagar sobre actitudes y comportamientos de los representantes de la comunidad escolar hacia la salud; tipo y alcance de relaciones entre la Escuela y las otras instituciones gubernamentales y privadas que interactúan con ella, manifestadas en proyectos colaborativos.

Materiales y métodos

El programa “Hacia una Escuela Saludable”

Una de las consideraciones para trabajar en esta iniciativa ha sido el reconocimiento de la capacidad de la Escuela para articular diversos sectores y actores de la sociedad en pro del desarrollo local.

La visión que se adoptó sobre Escuela, la define como un espacio dinámico de producción, recolección, transmisión e interpretación de información, que procesada y analizada, se constituye en insumo primario para generar propuestas que mejoren la calidad

de la salud y bienestar de la población de niños, niñas y adolescentes.

Con el programa “Hacia una Escuela Saludable”, se reconoce la necesidad de crear y fortalecer escenarios productores de salud y bienestar, generadores de intervenciones que respondan a condiciones que tienen importancia social y que repercutan en el desempeño escolar y la salud futura de esta población.

Propósitos del Programa

El Programa se orienta a la generación de respuestas efectivas a la problemática de salud de la población de niños, niñas y adolescentes; al igual que estimular a la institución educativa para que desempeñe un papel protagónico en el proceso de desarrollo de esta población y del ambiente que la rodea, propiciando un enfoque intersectorial de su quehacer.

Inversión

El estimativo de la inversión por escolar es de aproximadamente US\$60,00, lo que significa un costo promedio de US\$ 32.000,00 por escuela. De esta inversión se beneficiaron no sólo los niños, niñas y adolescentes, sino también un promedio de 600 familias por escuela; 30 profesores en promedio, un amplio número de personas de la comunidad que participaron en el Programa y niños y adolescentes no escolarizados.

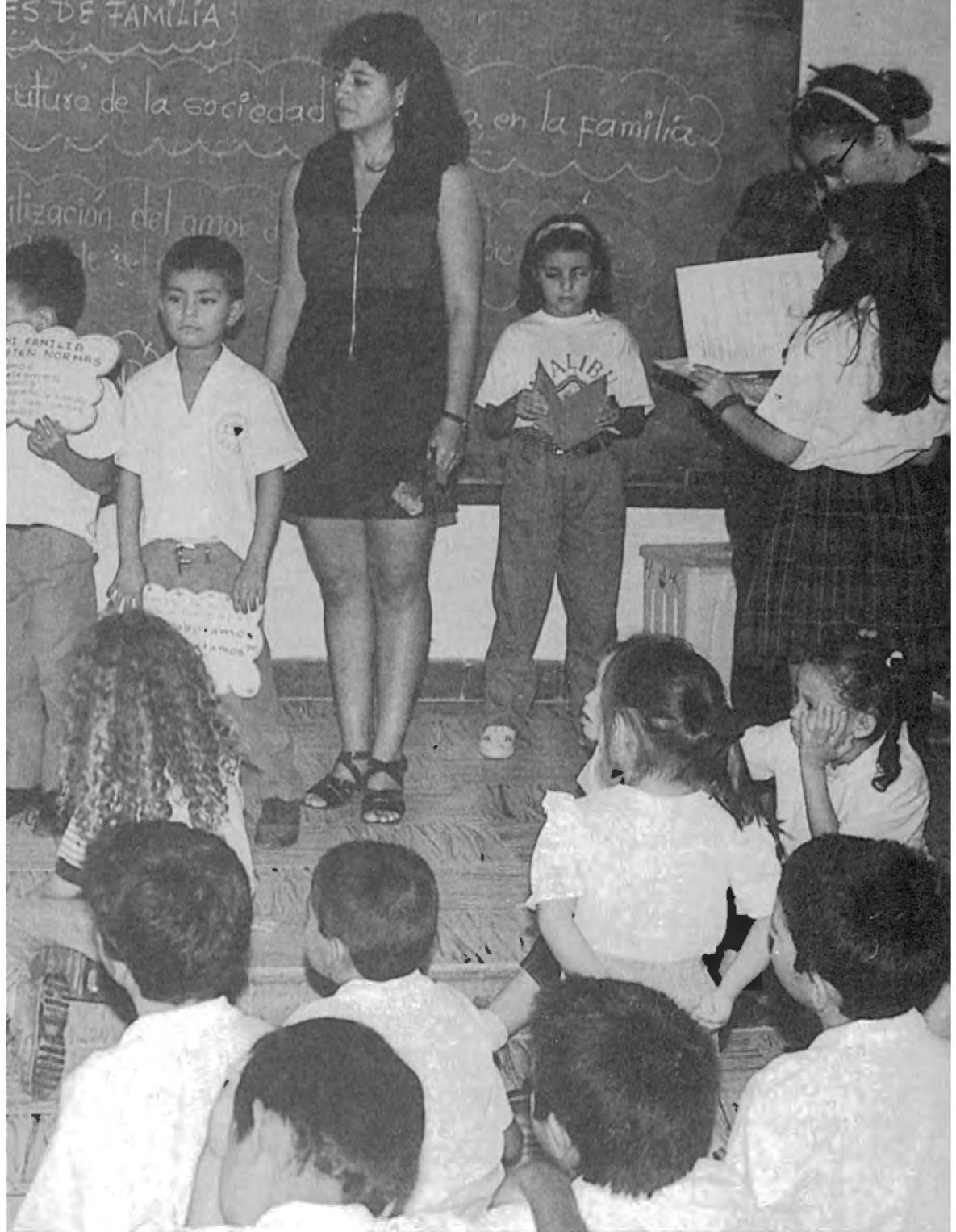
Sujeto de estudio

Dado que el sujeto de estudio es la intervención, en este caso el programa “Hacia una Escuela Saludable”, fueron objeto de análisis la comunidad educativa, la escuela como recurso e instancia organizativa, el programa docente asistencial, las herramientas

En la evaluación del Programa Hacia una Escuela Saludable, se utilizaron diversas fuentes para obtener información sobre el qué y el por qué de las variables seleccionadas.



8 de 1.998
ES DE FAMILIA
cultura de la sociedad en la familia
utilización del amor



tecnológicas implementadas, las interrelaciones con otras organizaciones e instituciones y la respuesta recibida.

Técnicas e instrumentos

El instrumento central para obtener la información fue el Sistema de Información para la Población en Edad Escolar y adolescente, SIPE (De Salazar, 1996). El SIPE combina instrumentos y métodos cuantitativos y cualitativos, que permiten la construcción de tipologías y características de las relaciones entre niños, niñas y adolescentes, profesores, padres de familia y la participación individual y colectiva de éstos en la construcción de ambientes saludables.

El estudio se realizó en dos escuelas de la ciudad de Cali. En la aplicación de los instrumentos participaron 471 niños y adolescentes, 20 profesores y 40 padres de familia.

Obtención de información

Se utilizaron diversas fuentes para obtener información sobre el qué y el porqué de las variables estudiadas. Los métodos y técnicas para obtener información fueron las tarjetas de registro autodilenciadas para alumnos y directivos de las instituciones educativas y mediante métodos como la observación, las entrevistas estructuradas, los grupos focales y talleres.

Procesamiento y análisis de información

Usando el *Statistical Package for Social Sciences*, SPSS, se obtuvieron listas de frecuencias y medidas resúmenes para cada variable. Se relacionaron variables de interés a través de tablas de contingencia y se aplicaron pruebas de significancia estadística a un nivel de $p < 0.05$.



Se observó la correlación de los indicadores de crecimiento y desarrollo de cada niño, niña y adolescente, y se identificaron los principales factores de riesgo para su salud física y mental. Se construyeron indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, como Alta Dependencia Económica, ADE; Hacinamiento Crítico, HC y Vivienda Inadecuada, VI.

Difusión de la información

Para la comunicación de los resultados finales se usaron publicaciones dirigidas a tomadores de decisión del sector público y privado y a académicos responsables de planificar las actividades docentes asistenciales en las escuelas.

La información arrojada por el SIPE se difundió y analizó con los docentes y estudiantes universitarios, los funcionarios de salud, profesores y escolares, mediante talleres, dinámicas grupales y actividades lúdicas. Igualmente, se realizaron encuentros, cine foros, obras teatrales de títeres y otras herramientas lúdicas para comunicar hallazgos a líderes comunitarios y otros públicos.

Los resultados se difundieron en las instituciones educativas, aprovechando las actividades propias de la escuela, entre ellas, las circulares, las reuniones de padres, los volantes, las carteleras y la agenda escolar.

Resultados

En esta sección se presenta un resumen de los hallazgos de la evaluación del Programa, los cuales se encuentran de manera detallada en la publicación del CEDETES *“Escuelas Promotoras de Salud: resultado de alianzas estratégicas entre la academia, el gobierno municipal y la comunidad”* (De Salazar, 1999).

• ***Construcción y fortalecimiento de estilos de vida saludables.***

Los resultados muestran que se ha fomentado la conformación de grupos en las instituciones educativas, con el propósito de impulsar la autogestión y autodeterminación. Son representantes de estos grupos, los denominados gestores de salud, los ecológicos, los de movilización social, los de deporte y los de recreación y cultura, cuyo trabajo ha generado en dicha población gratificación, reafirmación de su valía y sentimientos de ayuda mutua.

• ***Incurción de los escolares en nuevos espacios.***

Los resultados identifican un avance en la participación de niños y adolescentes en espacios e instancias de la comuna como la Mesa de Concertación para la Juventud, el Comité de Planificación y el Comité Salud-Educación, en el cual se están gestionando proyectos de atención integral, acordes con sus intereses. Así mismo, los niños y adolescentes de las escuelas intervenidas mediante este Programa, están participando en la mesa de formulación de la Política para la Juventud en Cali, en el ámbito municipal.

• ***Cambios en la estructura administrativa.***

Se observó un aumento en la participación de padres, niños y adolescentes en el diagnóstico, planeación y evaluación de líneas de trabajo de la institución educativa, a través de los Proyectos Educativos Institucionales, PEI. De unos PEI que respondían exclusivamente a la normatividad, se pasó a la construcción de Proyectos flexibles e innovativos, convirtiéndolos en una importante oportunidad para impulsar nuevas iniciativas en favor del bienestar de los integrantes de las instituciones.

El sistema de información escolar SIPE, contribuyó en la reformulación del Programa Educativo Institucional, incluyendo aspectos sobre el ambiente escolar, educación sexual, ética y valores humanos, educación para la democracia, recreación y prevención de desastres. Adicionalmente, se vincularon al proyecto de escuela, proyectos de participación y convivencia ciudadana, educación en salud, ambiente saludable y habilidades para la vida.

• ***Gestión y mejoramiento institucional.***

La escuela gestionó la consecución de recursos económicos provenientes de Organizaciones No Gubernamentales, entre ellas Plan Internacional de Padrinos; se construyeron aulas, el restaurante escolar, mejoramiento de planta física e instalaciones sanitarias; organización de la biblioteca escolar, adquisición de computador e impresora para la sala de cómputo, compra de televisor, VHS y la disposición de un salón para la proyección de películas educativas, un aula múltiple para biblioteca y sala de reuniones.

• ***Desarrollo de estrategias de comunicación.***

A través de técnicas de observación participante, se identificaron cambios en la dinámica de actividades propias de las instituciones, como las reuniones con padres y escolares. Se observó que de reuniones donde los profesores eran quienes usualmente expresaban en mayor medida sus ideas e inquietudes, se pasó a reuniones con más intervenciones por parte de escolares y padres de familia, en actitud propositiva y negociadora.

• ***Cambios en la práctica docente asistencial y nuevos campos de enseñanza.***

Los funcionarios de salud y los estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle que participaron en el Programa,

avanzaron en la aplicación del enfoque de riesgo, al incorporar en la prestación de servicios de salud el criterio de ciclo vital, la interprofesionalidad en el estudio de la realidad y en las intervenciones y la utilización de espacios propios donde se encuentran los niños y adolescentes, para la planeación y ejecución de acciones en promoción de la salud.

De prácticas uniprofesionales, generalmente desarticuladas de las instituciones de salud y de otros espacios de convivencia, se lograron impulsar acciones interprofesionales, con articulación de los centros y puestos de salud de la zona y otros escenarios de la comunidad.

• ***Visión integral del quehacer profesional.***

El trabajar en la institución educativa y en equipos interprofesionales, permitió a los diferentes profesionales y estudiantes de salud formar y formarse con ayuda de la comunidad; elaborar planes preventivos; analizar los problemas incorporando ópticas diferentes y propuestas de solución diversas; experimentar, compartir y buscar nuevas tecnologías y nuevos métodos para atemperarlos a cada situación y una mayor sensibilidad frente a los problemas y a la prestación de un servicio de atención integral.

• ***Participación comunitaria en la formación del recurso humano.***

A pesar de las diferencias en la cultura organizacional como en las expectativas de la Universidad y de la comunidad respecto al desempeño de los profesionales de la salud, se logró la participación de esta última en la identificación de contenidos de enseñanza para los programas de formación de profesionales de la salud. Otra forma de participación, fue la evaluación de desempeño que

La evaluación se convirtió en insumo importante para recomendar a los tomadores de decisión sobre la pertinencia no solo de continuar el Programa, sino de extenderlo a otras comunas de Cali .





la comunidad realizó a los estudiantes universitarios que participaron en el Programa y a las actividades que se realizaron en las escuelas.

Comentarios finales

La evaluación muestra que es factible generar Escuelas Saludables, mediante procesos que promuevan alianzas estratégicas entre diferentes sectores e instituciones, que busquen un objetivo común y se apoyen en las contribuciones de cada uno para construir colectivamente “futuros deseados”.

Los resultados obtenidos manifiestan la indiscutible capacidad del Programa para responder a ciertos desafíos y retos centrales. En primer lugar, hace viable el ejercicio de un nuevo liderazgo de la institución educativa, el cual tiene repercusiones sobre su propio desempeño, organización y estructura.

En segundo lugar, “Hacia una Escuela Saludable” está haciendo de las instituciones educativas el escenario propicio, no sólo para ejercer control permanente sobre la calidad de los servicios que se brindan a la población escolar, sino también para reorientar programaciones curriculares para formación de profesionales y líderes comunitarios.

La información resultante de la evaluación se convirtió en un insumo importante para recomendar a los tomadores de decisión sobre la pertinencia no sólo de continuar el programa, sino de extenderlo a otras comunas de la ciudad de Cali, para dar cubrimiento a la totalidad del municipio. Se informó a los interesados sobre el “para qué”, el “qué”, el “por qué”, y el costo del Programa.

Resultado final de este proceso de trabajo interinstitucional fue la formulación por parte de la Alcaldía de Cali de una política pública que legitima el programa “Escuelas Saludables”, al igual que la conformación de un Comité Intersectorial liderado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y con representantes del sector público y privado, quienes serán responsables de extender el Programa al resto del municipio de Cali.

3. 2. Evaluación de calidad de los servicios de salud según opinión del usuario

a) Evaluación comunitaria de desempeño de estudiantes, usando el modelo de calidad de cuidado percibido por la comunidad (De Salazar, 1997. b).

Introducción

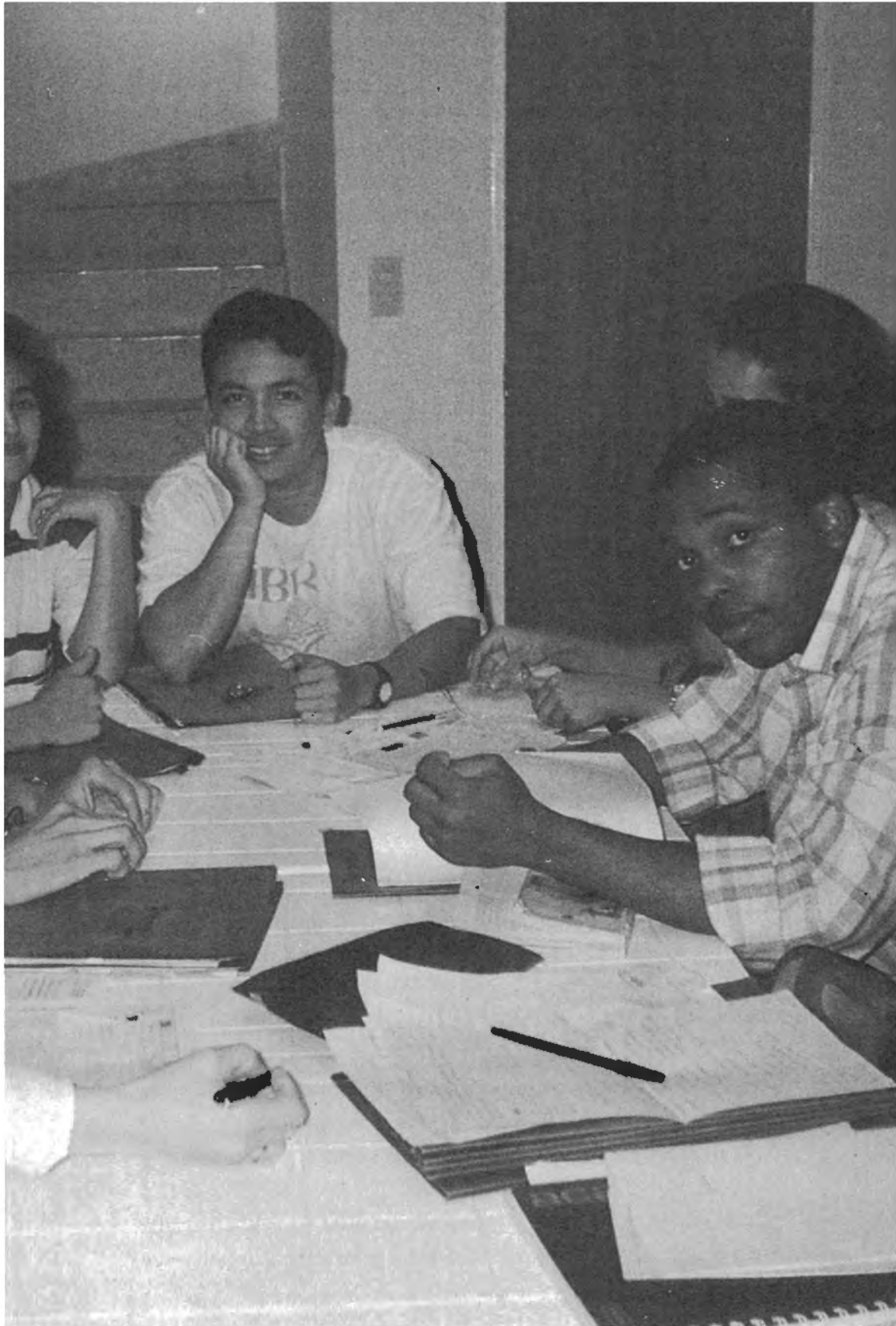
La reforma al sistema de salud en Colombia, ha dado origen a nuevas y cambiantes necesidades en salud, al establecimiento de nuevas relaciones entre los proveedores de servicios y usuarios, al igual que a nuevas orientaciones políticas, administrativas y tecnológicas para cumplir con sus propósitos.

Una de las alternativas para afrontar el reto de hacer realidad las transformaciones propuestas es la relacionada con la articulación de esfuerzos entre entidades prestadoras de servicios, usuarios e instituciones formadoras de recursos.

Desde la perspectiva del estudiante y de los programas de enseñanza basados en la comunidad, los estudiantes generalmente

En el estudio se evaluó el desempeño de estudiantes, en programas de capacitación en salud basados en la comunidad, mediante un proceso participativo que involucró la academia, los servicios de salud y la comunidad.





son evaluados en aspectos técnicos de su competencia o desempeño en el hospital, más que en el ambiente de la comunidad. Algunas explicaciones podrían ser la importancia dada a la atención curativa, la falta de métodos factibles y efectivos para realizar la evaluación cualitativa y las limitaciones de tiempo.

Objetivos del Estudio

Este estudio tuvo como objetivo diseñar una metodología de evaluación de desempeño de estudiantes, en programas de capacitación en salud basados en la comunidad, mediante un proceso participativo que involucró la academia, los servicios de salud y la comunidad, tomándose como indicador la satisfacción de los usuarios.

Así mismo, se buscó evaluar la correlación entre los servicios brindados por estudiantes de salud, en el ambiente comunitario y las expectativas de los usuarios con respecto a la calidad de la atención, así como la confiabilidad y precisión de los instrumentos, desde el punto de vista de la comunidad.

Materiales y Métodos

En el estudio participaron 50 estudiantes de Medicina, en Práctica Comunitaria con el Proyecto UNI; 94 familias de dos áreas rurales de Cali; docentes coordinadores de la Práctica y funcionarios de las instituciones de salud de las comunas.

En la primera fase se sensibilizó a los participantes sobre alcances y beneficios del estudio y se realizaron consultás para diseñar y probar una primera versión de los instrumentos y métodos.

Se obtuvo de la comunidad información cualitativa y cuantitativa sobre variables, criterios para calificarlas y métodos para obtener

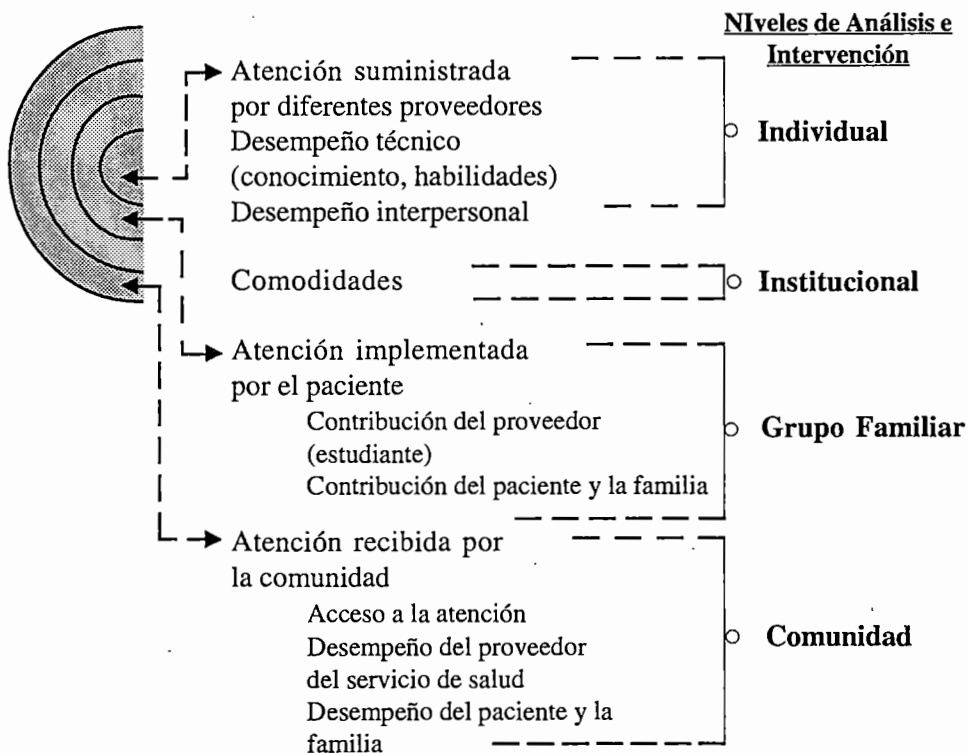
información, analizarla y difundirla. Las variables estudiadas fueron **Tipo de Servicios, Calidad de la Atención, Conocimientos del proveedor, Comunicación e información brindada al usuario y Liderazgo para promover acciones en beneficio de la salud.**

Modelo de evaluación de desempeño

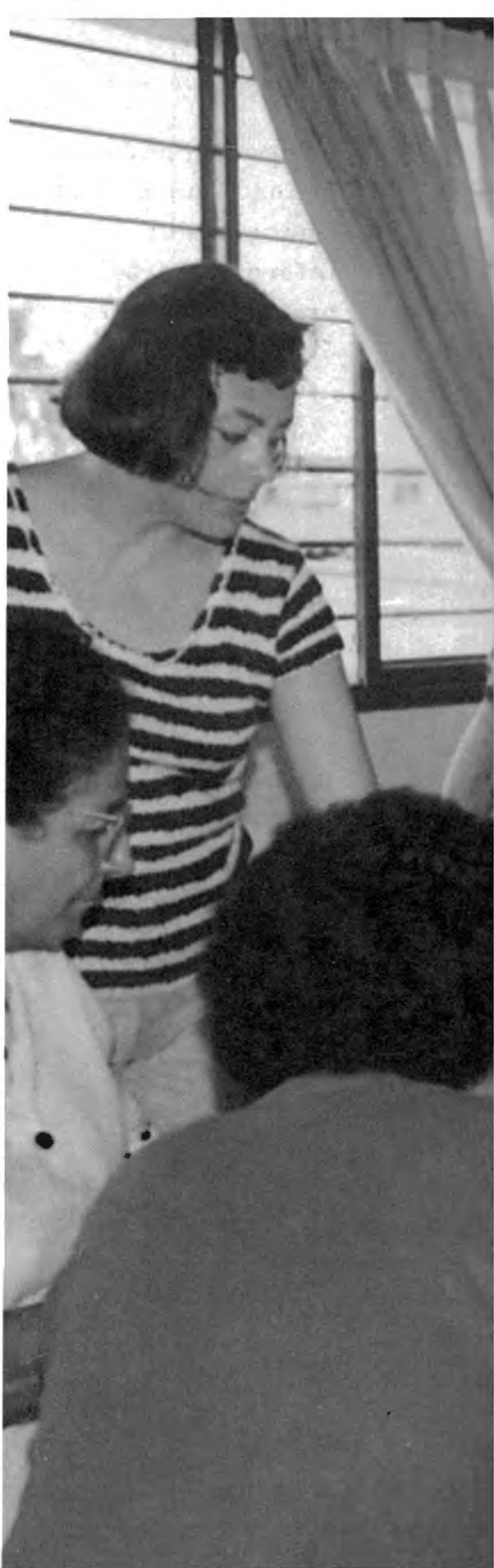
Se tuvo en cuenta el modelo de evaluación de calidad de servicios propuesto por Donabedian (1990), el cual fue ajustado atendiendo a las recomendaciones de los usuarios consultados.

El autor sugiere cuatro niveles de análisis para la evaluación de la calidad del servicio, los cuales también podrían considerarse como niveles de intervención (Ver Figura 5).

Figura 5. Niveles de Análisis e Intervención



*La evaluación propuesta
permite la participación de
la comunidad en el
aprendizaje del estudiante
de salud, así como el
reajuste de los contenidos,
pedagogías y escenarios de
enseñanza a las expectativas
comunitarias.*





El nivel individual incluye el análisis de dos tipos de desempeño, el técnico y el interpersonal. Otro nivel de análisis es el institucional, que proporciona conocimiento sobre aspectos institucionales para brindar una experiencia agradable a los usuarios; un tercer análisis es el nivel de grupo, el cual incluye al usuario y su familia; finalmente, el nivel de la comunidad, que analiza la atención en salud que ésta recibe.

Métodos de análisis

Se evaluó la consistencia interna del cuestionario, usando el coeficiente de Kuder Richardson, KR20. Igualmente se evaluó la concordancia entre los evaluadores -familias y docentes, aplicando el método estadístico Kappa que refleja la confiabilidad y precisión del instrumento.

Resultados

Precisión del cuestionario

La concordancia entre las familias que evaluaron al mismo estudiante varió, siendo moderada para algunas variables y muy baja para otras, con un coeficiente Kappa, que osciló entre -0.25 y 0.49.

Validez del método

La confiabilidad del cuestionario, medida por la consistencia interna de los criterios para evaluar cada variable, fue alta, 54%-96%. La consistencia interna más alta se encontró en la escala que mide el "Liderazgo", seguida por las variables "Tipo de servicios" y "Comunicación e información". La más baja estuvo en las variables "Conocimiento" y "Atención adecuada".



Comentarios finales

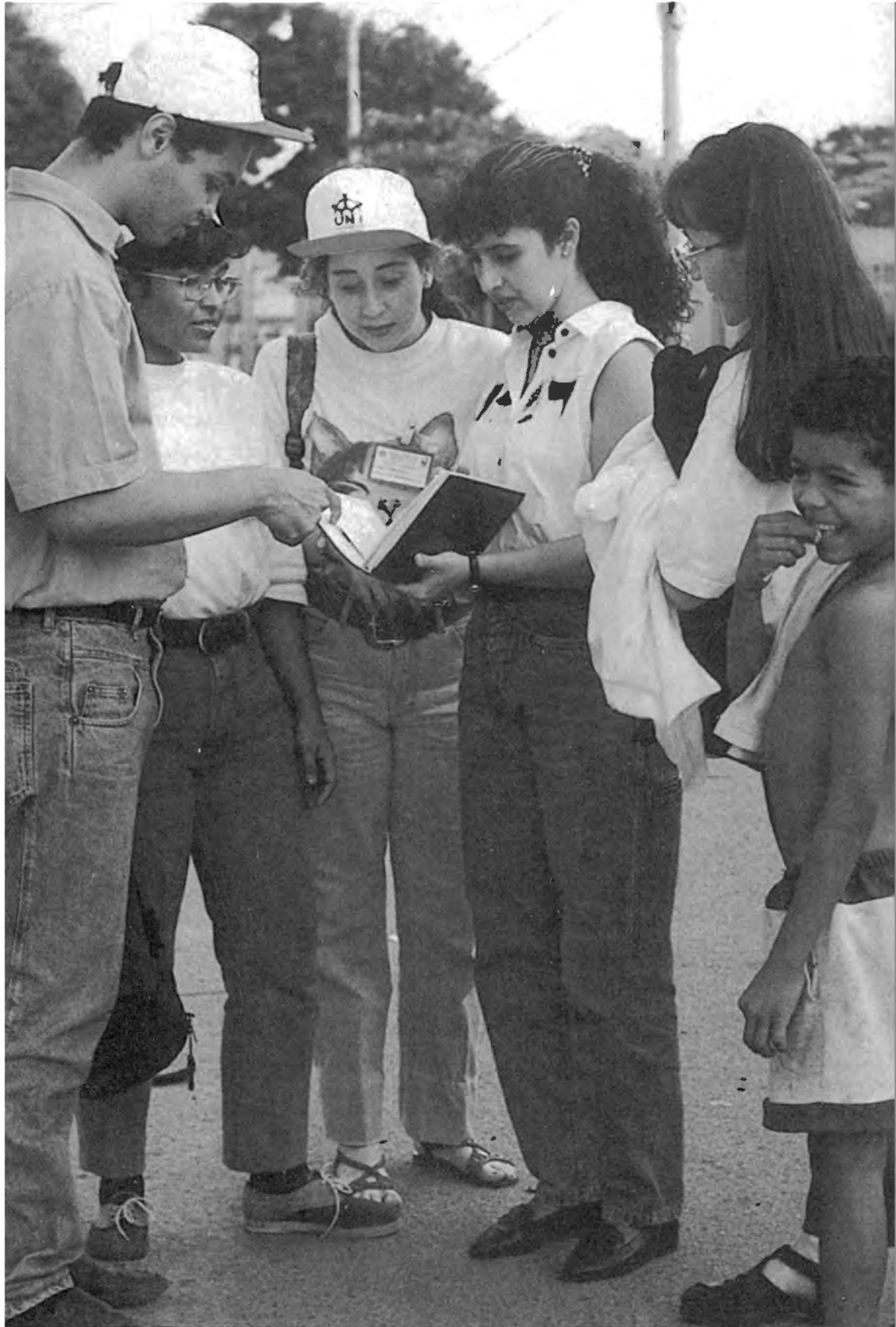
Se confirma la hipótesis que la evaluación es una herramienta válida para planificar programas docente asistenciales, al suministrar información oportuna y confiable, y al involucrar actores que desempeñan un papel clave en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y en la formación de profesionales de salud.

Este estudio tiene implicaciones pedagógicas, sociales y técnicas. El modelo propuesto permite la participación de la comunidad en el aprendizaje del estudiante de salud y el reajuste de los contenidos, pedagogías y escenarios de enseñanza, a las expectativas comunitarias.

Es necesario que docentes, estudiantes y funcionarios de los sistemas de salud, conozcan la lógica comunitaria, las razones que animan a la comunidad para comportarse de una determinada forma y su reacción ante el sistema de prestación de servicios; sólo de esta manera podremos, sino hablar de lo mismo, por lo menos respetar la diferencia.

Los hallazgos fueron difundidos para atraer la atención de los educadores hacia el objetivo de formar estudiantes competentes y con un buen desempeño para proporcionar servicios de salud que cumplan con las expectativas de la comunidad y de las instituciones de servicios.

Igualmente, los resultados de este estudio sirvieron de base para avanzar en la tarea de construir un método y técnicas de evaluación, que no sólo incorporaran las expectativas de la comunidad, sino que favorecieran su participación, para dar respuesta a limitantes en la calidad de los servicios de salud. Los avances en este sentido están consignados en el siguiente caso.



b) Evaluación de calidad de servicios desde la perspectiva del usuario. Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud¹

Introducción

La evaluación de calidad de servicios de salud según la perspectiva de la comunidad, al igual que el establecimiento de un sistema de regulación en donde ésta tiene un papel protagónico, permite no sólo dar respuesta a la participación de los usuarios en la acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios y en el mejoramiento y adecuación de los servicios de salud que prestan, sino también en el mantenimiento de una vigilancia y acción permanente, para que las necesidades, expectativas y recomendaciones de los usuarios y de la población de mayor riesgo social, formen parte de la agenda de los tomadores de decisión y se reflejen en la planificación de los programas y servicios.

En ese sentido, el Centro CEDETES ha orientado sus esfuerzos a consolidar diferentes estrategias de acción para abordar la participación comunitaria en lo relacionado con la evaluación de calidad de los servicios de salud que reciben. Una de estas estrategias es el desarrollo y evaluación de un Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud, el cual, además de articular los procesos de participación de las comunidades sobre los asuntos de la salud y el bienestar, promueve su capacidad de gestión y negociación en la toma de decisiones.

¹ *Autora: Ligia de Salazar. Coautoras en la validación del instrumento de evaluación: Luz Patricia Morales, Médica, estudiante Maestría en Salud Pública, Universidad del Valle. María Lucero Urriago, Enfermera, estudiante de Maestría en Salud Pública, Universidad del Valle. Colaboración para el montaje del Sistema en las comunidades: María Janeth Mosquera, Trabajadora Social, Centro CEDETES. Isabel Cristina Bedoya, Trabajadora Social, Centro CEDETES.*

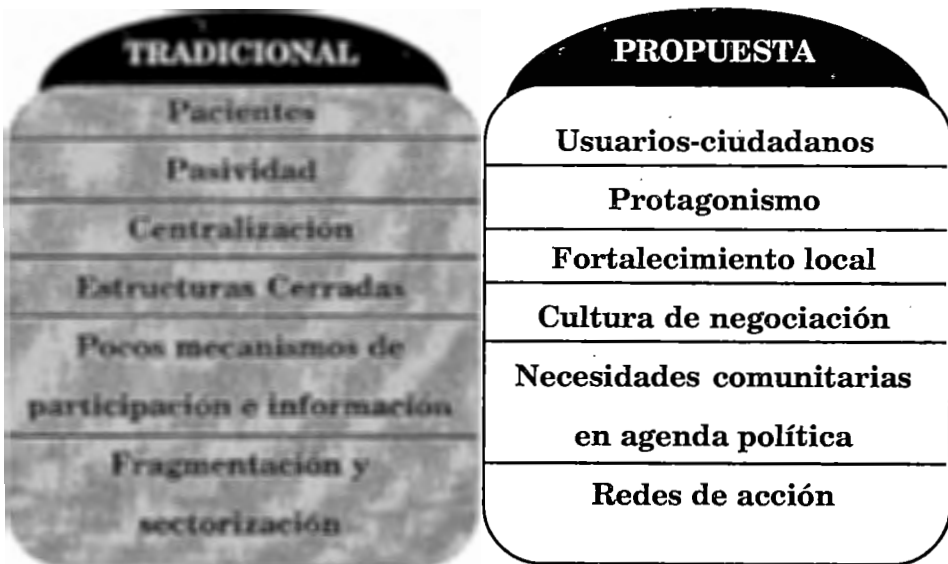


Contexto de la participación comunitaria

Los mecanismos de participación social promovidos en Colombia con mayor énfasis, a partir de los procesos de descentralización en los últimos años, buscan promover la autonomía de las localidades para tomar decisiones y tener capacidad de incidir en las condiciones que afecten el bienestar colectivo.

Una de las debilidades en el modelo de participación propuesto desde la legislación nacional, la constituye la fragmentación y sectorización de esfuerzos participativos. Igualmente, hacen falta mecanismos que permitan a las comunidades sustentar sus argumentos en los procesos de negociación con el Estado, las instituciones o entidades, o con otras comunidades. Aún es incipiente la participación comunitaria en procesos de evaluación en los que se definan los criterios y la utilización de la información resultante, de tal forma que impacte o incida en la toma de decisiones en la planificación institucional y en los planes de desarrollo local (Ver Figura 6).

Figura 6. Características de la Participación



La propuesta de evaluar calidad desde la óptica de las comunidades y de los usuarios se apoya en cinco aspectos fundamentales:

1) La oportunidad que plantea la legislación para promover la participación desde distintos sectores.

2) La tendencia nacional e internacional de promover estrategias de autonomía y poder en el ámbito local, mediante las cuales los participantes identifican las fortalezas y debilidades de los programas e intervenciones en curso, los comparan con sus objetivos y expectativas e identifican estrategias para enfocarlas de acuerdo con sus propósitos y objetivos. Para realizar las actividades anteriores deberán estar permanentemente dotados de información relevante, válida y oportuna.

3) La diferencia en el concepto y los indicadores de evaluación entre la comunidad, la academia y los proveedores de servicios, que den cuenta de la calidad de las intervenciones para mejorar la calidad de vida de la población.

4) La necesidad de que la comunidad disponga de mecanismos que le permitan estar vigilante sobre sus procesos de desarrollo y sobretodo, de información que le facilite una participación más activa y consciente, al igual que los medios para hacer que los resultados de las evaluaciones tengan impacto en las decisiones del sector (Ver Figura 7). Como se mencionó inicialmente, la formulación de políticas públicas no sólo es tarea del Gobierno, sino también de la sociedad civil.

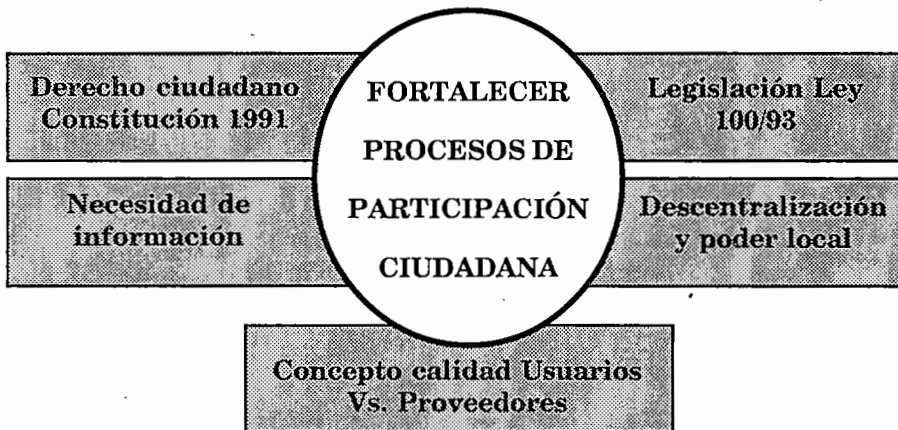
Objetivos de la Evaluación

1. Ajustar la metodología de evaluación de desempeño de estudiantes de salud por parte de la comunidad, usando la satisfacción del usuario como indicador de calidad de la atención brindada por los estudiantes.

2. Aplicar la metodología de evaluación de calidad de los servicios en instituciones de salud de la ciudad de Cali, utilizando como indicador base la satisfacción del usuario.

3. Implantar una cultura y estructura de evaluación y vigilancia de la salud, a través de la cual se dinamice la participación ciudadana para velar por los derechos que la Constitución Nacional y la reforma del sector salud, a través de la Ley 100/93, confiere al ciudadano.

Figura 7. Propósitos de la Evaluación de la Calidad desde la Óptica de la Comunidad



Materiales y métodos

El objeto de estudio: El Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud

Definición conceptual

Desde una perspectiva sistémica, el Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud se concibe como un

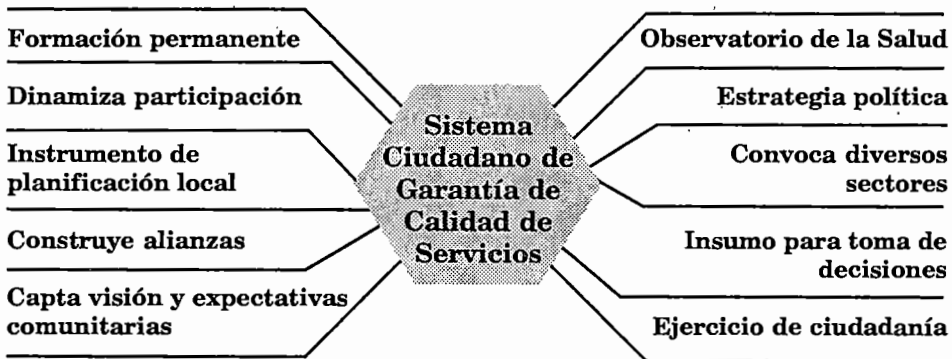


conjunto de organizaciones y líderes comunitarios, que interactúan para impactar positivamente la salud.

Así, el Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud se configura como una red social, con capacidad técnica y política para aportar, concertar, conocer, negociar y decidir en torno a los asuntos relacionados con la prestación de los servicios de salud

Dada su capacidad de convocatoria a diferentes sectores, el Sistema permite la construcción de alianzas en diferentes ámbitos y se convierte en una estrategia política en el campo de la salud (Ver Figura 8).

Figura 8. Definición Operativa del Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios



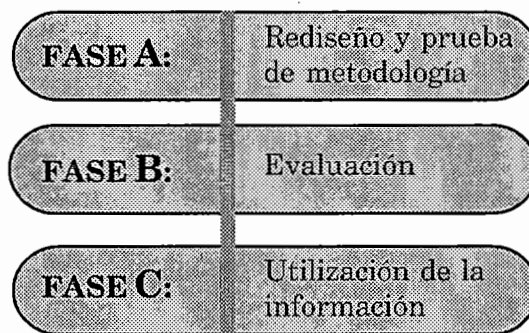
Fases del estudio

El estudio se desarrolló en el área de influencia de dos instituciones prestadoras de servicios de salud de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, cubriendo un total de siete Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, con diferente nivel de complejidad.

La estrategia se compone de tres momentos interrelacionados, que se inician con el diseño y prueba de la metodología, hasta la evaluación propiamente dicha, acompañada de acciones específicas en términos de políticas e intervenciones concretas en las estructuras institucionales y comunitarias para mejorar la calidad de los servicios (Ver Figura 9).

Figura 9. Fases del Estudio



Primera fase: Prueba de la metodología

Se probaron los métodos y técnicas para llevar a cabo la evaluación de calidad, contrastando las variables, indicadores e instrumentos utilizados con propósito similar, cinco años atrás, en un estudio de percepción comunitaria sobre servicios de salud, realizado por el Centro CEDETES.

Con la prueba se demostró que había coherencia en las variables empleadas en el primer estudio para evaluar calidad de servicios (Ver Figura 10). Sin embargo, se encontraron fallas en los

La percepción de los líderes comunitarios sobre calidad de los servicios de salud, giró en torno a variables como información y comunicación, relación usuario-proveedor, servicios y trámites para la atención.



PRODUCTO DE LAS ENCUESTAS Y SATISFACCIÓN
DEL USUARIO

HECEMOS
AS
IONES
NICAS
LA
UCIÓN



RE

Y F

A

RI

POR

RESPECTO

LA COMUNIDAD

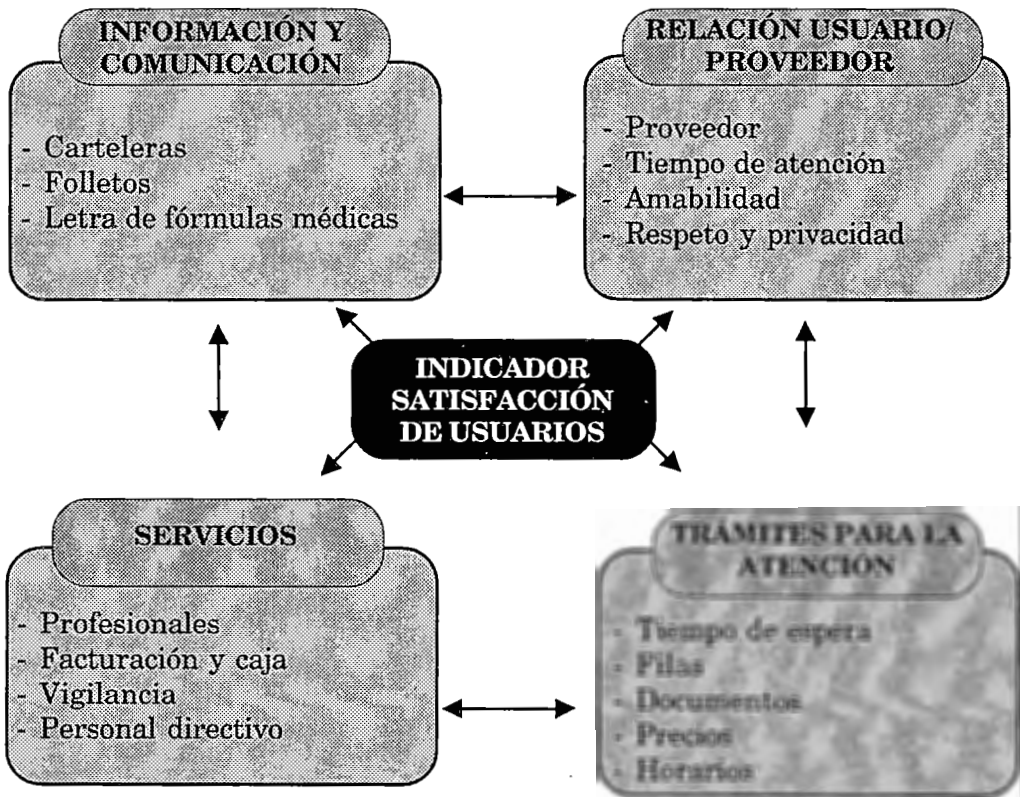


SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL
GESTIÓN COMUNITARIA
DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL



instrumentos para obtener y analizar la información. Los ajustes en este sentido se hicieron principalmente en el fraseo de las preguntas y en el diseño del formato.

Figura 10. Percepción de los Líderes sobre Calidad de los Servicios de Salud (1999): Variables y Categorías



Segunda Fase: Evaluación

Obtención de datos: Se aplicaron 707 encuestas a usuarios de los servicios de salud en el área de influencia de siete instituciones de salud de Cali. La selección de los usuarios que se entrevistaron fue aleatoria y correspondió a los servicios que inicialmente fueron

identificados como prioritarios por el volumen de consulta. La información suministrada por las personas encuestadas fue manejada como confidencial.

Los datos que arrojaron las encuestas fueron complementados con talleres de confrontación y verificación de información sobre hechos relatados por los líderes y opiniones de otros usuarios.

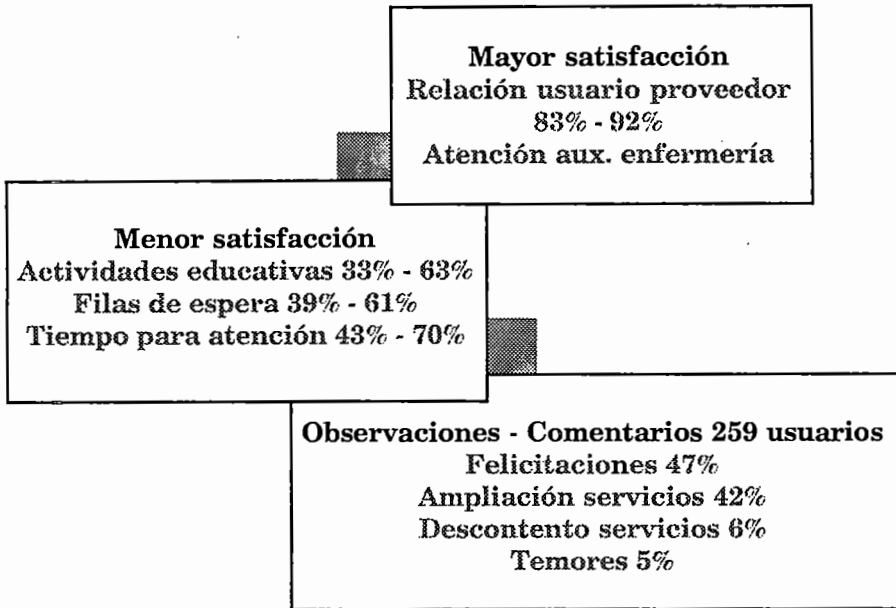
Análisis de la Información: Los métodos empleados en el análisis consistieron en una serie de dinámicas de grupo, en donde se presentaron los resultados de las encuestas con el propósito de ampliar la información, tratando de identificar factores causales de cada una de las situaciones estudiadas y posibles soluciones.

Igualmente, se realizaron entrevistas a líderes y directivos, con quienes se estudió la relevancia de la información y la coherencia con su propia percepción. De estas reuniones se obtuvieron conclusiones y además se llegó a acuerdos no sólo sobre los problemas prioritarios, sino sobre las alternativas de solución.

Se realizó un análisis estratificado por institución analizando cada variable y categoría de variable a la luz de su propio contexto institucional. Igualmente, se totalizaron los resultados para tener una visión global respecto a cada variable en el conjunto de instituciones estudiadas.

Resultados

Se encontró una mayor satisfacción de los usuarios en las “relaciones interpersonales entre usuario- proveedor”. De igual forma, los participantes en la evaluación se manifestaron menos satisfechos con las actividades educativas, las filas de espera y el tiempo dedicado a la atención (Ver Figura 11).

Figura 11. Resultados: Análisis General y Estratificado

Si bien el promedio de satisfacción con los servicios brindados en las instituciones fue 47%, se encontraron diferencias marcadas entre las instituciones comparadas. Los items “tiempo dedicado a la atención” y “actividades educativas”, se relacionan estrechamente con uno de los problemas identificados por los usuarios con relación a que no reciben información suficiente por parte del personal médico y no entienden las instrucciones brindadas (Ver Tabla).

Consolidado Variable: Relación Usuario - Proveedor

	Relación Proveedor	Tiempo Atención	Amabilidad	Respeto y Privacidad
Satisfecho	86%	83%	90%	76%
Regular	11%	12%	8%	12%
Inconforme	2%	3%	1%	10%
No sabe/ En blanco	1%	2%	1%	2%

Programa de Atención a la Mujer y Familia.

*SIPE: Sistema de Información de la Población en edad Escolar. Tiene por objeto caracterizar la situación integral de la población en edad escolar para planear acciones en salud y bienestar.



En relación con la variable Información y Comunicación, la satisfacción fue alta, alrededor de 60%. Sin embargo, hubo 15% en promedio de no-respuesta en esta variable. En cuanto al manejo de folletos, el porcentaje de no-respuesta fue de 25%. Igualmente, en la encuesta y en las dinámicas de grupo fue manifiesto el inconformismo con la letra de la fórmula médica.

La variable “Trámites para la Atención” mostró que los usuarios están más satisfechos con los horarios (77%); los trámites de documentos (76%); los precios (71%). Las filas y el tiempo de espera para ser atendido, registran el menor porcentaje de satisfacción.

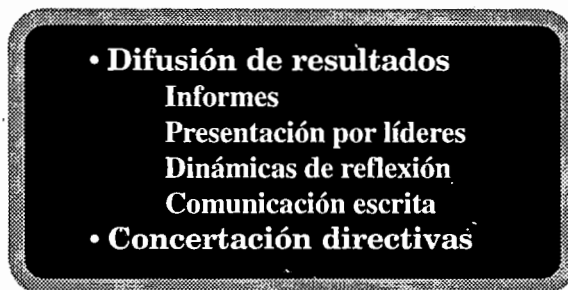
Se crearon y fortalecieron esfuerzos organizados de diferentes grupos comunitarios, potenciándolos y fortaleciéndolos como redes asociativas que comparten un mismo interés y retos.

Tercera Fase: Difusión y utilización de los resultados

La difusión de los resultados se realizó por medio de informes, presentaciones orales de los resultados a directivos, dinámicas de reflexión y comunicación escrita, en donde directivos y líderes concertaron acciones remediales para solucionar los problemas encontrados.

Se aplicaron herramientas de comunicación para documentar los procesos, difundir la información, garantizar el acceso permanente de ella a usuarios reales y potenciales de los servicios y el enriquecimiento de la misma con información complementaria (Ver Figura 12).

Figura 12. Utilización de los Resultados



En cuanto a la utilización de la información y aplicación de recomendaciones arrojadas por el estudio, se obtuvieron logros significativos representados en:

- Haber despertado en la comunidad y en las instituciones proveedoras de servicios el interés por este tipo de actividad. La comunidad tuvo oportunidad de conocer mejor su institución y los derechos que por la Constitución Nacional de 1991 y la reforma a la seguridad social tiene; por su parte, las instituciones aprendieron a respetar y considerar importante la opinión de los usuarios.

- Se inició un proceso de acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, colocando a la comunidad en posición más balanceada para que su opinión y expectativas sean tenidas en cuenta.

- El haber dado solución a problemas encontrados durante el estudio, tales como reubicación de personal, arreglos físicos y mejoramiento al acceso de algunos servicios (Ver Figura 13).

Las ganancias de este proceso para los participantes se resumen en la Figura 14, en donde se muestra que la comunidad y las instituciones proveedoras de servicios y formadoras de recurso



dos Evaluación Comunitaria
 Satisfacción del Usuario
 de las que Respondieron:

DEISAS DE MAYO	SEXO	DEISAS DE MAYO
1	FEMENINO	31
-	MASCULINO	2
11	SIN DATO	-
14	TOTAL	33
7		
-		
33		

La difusión de los resultados de la evaluación se realizó por medio de informes, presentaciones orales de los resultados a directivos, dinámicas de reflexión y comunicación escrita, en donde directivos y líderes concertaron acciones para la solución de los problemas encontrados.

humano, obtienen ganancias significativas para mejorar la calidad de sus procesos internos.

Figura 13. Logros y Ganancias

Métodos e instrumentos validados	Identificación y consenso problemas red de servicios
Conocimiento de institución y servicios por usuarios	Inicio proceso acreditación Entidades Prestadoras de Servicios
Conocimiento de directivos de fortalezas y limitantes de la institución, según opinión usuarios	Aceptación de directivos para aplicación del sistema
	Solución a problemas: Reubicación funcionarios Arreglos físicos Mejoramiento acceso

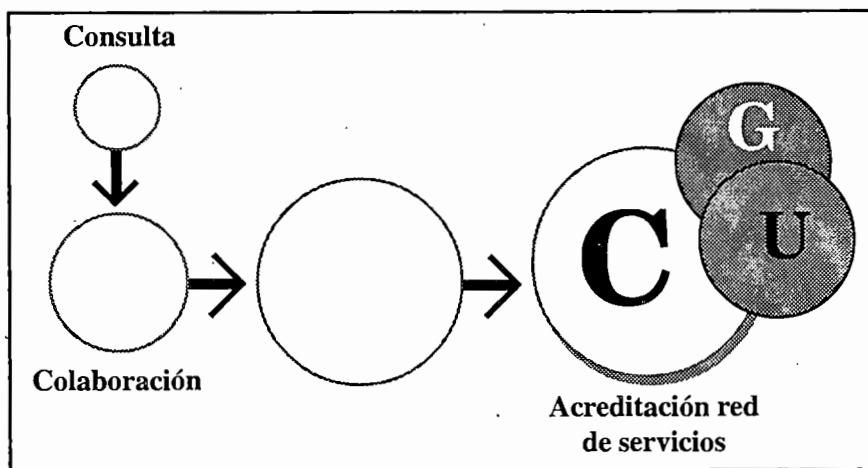
Figura 14. Ganancias para los Participantes

COMUNIDAD Y CIUDADANOS	Deberes y derechos en salud Conocimiento del sistema Reconocimiento de necesidades en salud Nuevas formas de participación Organización comunitaria con mayor poder
SERVICIOS DE SALUD	Información para planificar Usuarios informados Recomendaciones para mejorar Mayor captación de los usuarios Cumplimiento ley de garantía de calidad
UNIVERSIDAD	Información para la planificación curricular Proyección social Acuerdos a programar docente asistenciales Investigación aplicada Nuevos actores en la formación: líderes, funcionarios

La dinámica del proceso ha exigido la planificación de actividades a corto, mediano y largo plazo, a fin de consolidar un Sistema Ciudadano de Garantía de Calidad de Servicios de Salud, como estrategia política y técnica para fortalecer y hacer efectiva la participación de la comunidad en lo que a su salud y calidad de vida se refiere.

La Figura 15 resume la visión global de lo que se considera que debe ser el proceso de fortalecimiento de la participación comunitaria, en donde a partir de la consulta y la colaboración, se llega a la autogestión y co-gestión de sus propios procesos de desarrollo, participando en igualdad de condiciones con otros sectores e instituciones.

Figura 15. Fortalecimiento de la Participación Comunitaria



U= Universidad G= Gobierno C= Comunidad

Con este estudio se ha avanzado en el empeño de combinar la participación ciudadana y estatal en la regulación de la prestación de servicios de salud, al demostrar las bondades que el sistema presenta para lograr los objetivos trazados. Así ha sido reconocido

por los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud participantes, las cuales han solicitado la extensión de esta actividad a las otras instituciones que están bajo su área de influencia.

Este Sistema permite a la Universidad hacer su propio aporte al proceso de formación ciudadana, dejando de lado los tradicionales procesos de consulta, que no se corresponden con las expectativas de la democracia participativa. La universidad es la llamada a tender un puente entre los académicos, los políticos y las comunidades.

3.3. Prevención de neurotrauma en motociclistas en Cali, Colombia: un modelo de Promoción de la Salud²

El problema

Los accidentes de tránsito ocupan el noveno lugar como causa de enfermedad y muerte en Colombia, siendo responsable de cerca del 9% del total de años de vida saludable perdidos, y superado solamente por los homicidios y las enfermedades cardiovasculares.

La enfermedad, discapacidad y muerte causadas por los accidentes de tránsito representan una enorme carga para la economía del país, ya que afectan principalmente a la población joven. Cerca del 25% de las muertes por trauma ocurren en accidentes de tránsito y se estima que presentan 20 veces más lesionados que muertos.

² Autores: *Luis Fernando Vélez, Victoria Eugenia Espitia, María Eugenia Díaz y Leonardo León. Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, Cisalva, Universidad del Valle.*

Los accidentes son más frecuentes los fines de semana - especialmente el viernes- después de las 12:00 m del día y hasta las horas de la madrugada, causando mayor número de muertes que las ocurridas entre semana.

A pesar de que el número de muertes ocurridas en accidentes de tránsito en 1997 disminuyó en un 10.3% en comparación con 1996, es necesario continuar con los esfuerzos para disminuir la accidentalidad vial en Cali y así brindar a la ciudadanía una mejor calidad de vida.

Programa de prevención de accidentes de tránsito en Cali: Prevención de Neurotrauma 1996-1997

Con el fin de disminuir el número y la gravedad de los accidentes de tránsito que se vienen produciendo en Cali, el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, Cisalva, en convenio con el Fondo Nacional de Prevención Vial y la Alcaldía de Santiago de Cali, a través de la Secretaría de Tránsito y la Secretaría de Salud Pública Municipal, desarrollan un programa para prevenir la accidentes de tránsito en la ciudad. El estudio consta de tres fases en permanente ejecución: investigación, intervención y evaluación.

Investigación de base

En esta primera fase se recoge y analiza información para conocer las diferentes opiniones de los caleños acerca del uso obligatorio del casco y se evalúa la efectividad de esta medida. Las fuentes de información utilizadas para estos fines son:

- 1) Grupos de enfoque con motociclistas.
- 2) Entrevistas a dueños y administradores de estacionamientos de motos.

- 3) Encuestas telefónicas a motociclistas.
- 4) Medición de la prevalencia de uso del casco.

Se presentan a continuación los resultados de algunas de las investigaciones desarrolladas hasta ahora, tanto cuantitativas como cualitativas, con el fin de determinar no solo la magnitud del problema, sino sus determinantes ambientales y personales. Desde el segundo semestre de 1996 se estudian las diferentes opiniones de los caleños.

1) Grupos de enfoque con los motociclistas: Se realizaron cinco grupos de enfoque con el propósito de conocer las opiniones, ventajas e inconvenientes que los motociclistas encontraban con relación al uso del casco.

Entre las ventajas percibidas por los motociclistas sobre el uso del casco se menciona que protege la cabeza y los oídos del ruido y de los insectos en carretera; disminuye los "índices de fatalidad", es útil a altas velocidades y a las mujeres les gusta porque les "mantiene el cabello limpio" y "no se despeinan". El casco que cubre la mandíbula fue percibido como el más protector.

Entre las desventajas se menciona que es incómodo, "no se sienten libres", es caluroso (por lo cual creen que es nocivo para la salud cuando tienen que entrar a lugares con aire acondicionado), se pierde audición y reflejos (muchos manifestaron precisamente no amarrárselo para reaccionar más rápidamente).

Otros inconvenientes mencionados fueron el costo y la dificultad para guardarlo cuando estacionaban la moto (no existía un espacio en los parqueaderos o se debía pagar un costo adicional).

La mayoría opinó que sólo usaría el casco para evitar la multa o que lo haría únicamente al salir a las carreteras intermunicipales.



A pesar de que algunas personas mencionaron que “los accidentes son fatalidades del destino”, “de la suerte”, “de estar de malas”, existe una imagen positiva sobre la eficacia de la protección del casco.

2) Entrevistas a dueños y administradores de estacionamientos de motos: Se realizaron entrevistas con dueños y administradores de 11 estacionamientos ubicados en el centro de la ciudad, para explorar las opiniones de éstos en relación con el servicio de recepción y almacenamiento de los cascos.

Como resultado de estas entrevistas se encontró que los parqueaderos diariamente recibían aproximadamente 95 motos, la mayoría en las horas de la mañana. Las tarifas oscilaban entre \$350 y \$450 (0.3 a 0.4 U\$) por cada seis horas de parqueo. Siete de los 11 estacionamientos visitados guardaban el casco a los motociclistas, dos de los cuales habían hecho algún tipo de inversión en su establecimiento para adecuar el correcto almacenamiento de los cascos. Los cuatros restantes lo hicieron en sitios improvisados y por lo general prestaban el servicio solo a amigos o clientes especiales.

En general, su actitud no estaba a favor de guardar los cascos, porque los costos adicionales que generaba y el riesgo de perderlos no se compensaba con el cobro.

3) Encuestas telefónicas a motociclistas: Por medio de una encuesta de 35 preguntas se conocieron algunos aspectos relacionados con el uso del casco protector por parte de los motociclistas. Teniendo como base una lista de usuarios, proporcionada por la Asociación de Vendedores de Motos y Partes, Asemotos, se realizaron 460 llamadas a usuarios de motos, de las cuales 151 respondieron a la encuesta.

4) Medición de la prevalencia del uso del casco en motociclistas: Se determinaron sitios con alto tráfico vehicular y sitios ubicados en las entradas y las salidas de la ciudad, para poder observar el comportamiento de los motociclistas dentro de la zona urbana y al entrar y salir de ella.

En mayo de 1996 se realizó una encuesta por observación directa para determinar la prevalencia de uso de casco; las observaciones se realizaron de lunes a domingo entre la 8:00 y 10:00 de la mañana, entre la 1:00 y las 3:00 de la tarde y entre las 5:00 y 7:00 de la noche, horas de mayor tráfico vehicular.

En esta medición inicial, la prevalencia del uso del casco fue de 1,36% (33) para los conductores (hombres y mujeres) y ,5% (9) para parrilleros (hombres y mujeres) entre 2.425 observaciones realizadas. El 91,1% (2.209) de los conductores fueron hombres y el 8,9% (216) mujeres; 2% (48) de los pasajeros fueron hombres y 89,2% (537) mujeres. El uso del casco fue más frecuente entre quienes conducían motos de un cilindraje mayor a 200 cc (11%); las horas de más bajo uso son las comprendidas entre las 5:00 y las 7:00 de la noche (2,5%).

Intervención

Se diseñó una intervención basada en tres principios de la prevención de la salud:

- 1) Diseño de políticas públicas saludables.
- 2) Educación para el desarrollo de las capacidades individuales.
- 3) Adecuaciones ambientales.

Políticas

Debido a la creciente morbilidad producida por los accidentes de tránsito, especialmente causados por trauma craneoencefálico

Los resultados de la evaluación mostraron que las actitudes hacia el uso del casco cambiaron con la intervención, aumentando el número de motociclistas que consideran el casco útil, seguro y protector.





en motociclistas de la ciudad de Cali, se instauró el Decreto 1031 que obligaba al uso del casco protector por parte de los motociclistas conductores. Este Decreto entró en vigencia a partir del 5 de agosto de 1996.

Desde esta fecha se observó un aumento radical en la prevalencia del uso del casco. El Decreto tuvo limitaciones al no especificar el tipo de casco que se debía usar, no exigía llevarlo abrochado, ni obligaba su uso en las pasajeras, quienes tienen más alto riesgo al momento de un accidente.

Debido a estas debilidades, se expidió el Decreto 1867 el cual exige el uso del casco protector para conductores de motocicletas, pasajeras y parrilleros autorizados, y hace otras precisiones como el ajuste y abroches de las correas y sobre la imposibilidad de usar cascos que no garanticen una adecuada y verdadera protección para los motociclistas (como cascos de ciclismo, patinaje, construcción y similares). Este Decreto entró en vigencia el 18 de noviembre de 1997.

Educativas

Después del primer Decreto expedido por el gobierno municipal, se diseñó una campaña llamada “Amigos del Motociclista”, buscando promover alternativas positivas para incentivar el uso del casco. Dentro de ésta se realizaron las siguientes actividades:

- *Motopaseo*

“Amigos del Motociclista” inició con un motopaseo que buscó promover el uso del casco en parrilleras y su correcto uso (llevarlo bien abrochado) en motociclistas hombres y mujeres. Además de

servir para lanzar la campaña, el motopaseo se realizó con el fin de hacer visible el uso del casco.

- *Promoción en medios de comunicación*

Se reforzó esta estrategia a través de diferentes espacios como noticieros y musicales, boletines de prensa, participación en programas de opinión y mensajes para que los motociclistas conductores y pasajeras usaran correctamente su casco. En algunos de estos espacios, por ejemplo, las personas llamaban, expresaban sus opiniones y respondían preguntas alusivas al uso del casco.

- *Adecuación ambiental*

Parqueadero “Amigo del Motociclista”. Con esta campaña se buscaba que guardar el casco fuera considerado como un elemento para juzgar la calidad del servicio y que el estacionamiento que lo hiciera fuera identificado como “Amigo del Motociclista”. Se trabajó inicialmente con los estacionamientos que ya guardaban el casco y se fueron vinculando aquellos que empezaban a hacerlo.

Se diseñaron afiches y calcomanías para dar una imagen de elegancia y calidad, las cuales se usaron para resaltar a los “Amigos del Motociclista”. En estos estacionamientos los motociclistas que llegaron con casco recibieron además camisetas, llaveros y otros incentivos.

Diseño de un casco adecuado para motociclistas. Considerando las incomodidades mencionadas para el uso y compra del casco, Cisalva, junto con el Departamento de Diseño de la Universidad del Valle y con el apoyo de fisiatras, ingenieros químicos e ingenieros industriales, entre otros, diseñaron un casco teniendo en cuenta el clima de la ciudad, la calidad de los materiales, la

estética y los costos para una fácil adquisición por parte de las personas que hacen uso de las motocicletas.

El casco diseñado cuenta con una cobertura en polímero de acrilonitrilobutalieno-estileno ABS de alta densidad, poliestireno expandido PS y poliuretano expandido de media densidad, y cumple con los estándares de seguridad para velocidades no mayores a los 100 km/h. Además, se dispuso su ensamblaje en solo dos piezas para abaratar los costos de fabricación. Por otro lado, se incluyeron canales de ventilación y se le dio una forma aerodinámica que lo hiciera más atractivo. Finalmente, se balanceó de manera que tuviera mayor peso en la parte posterior, para obligar al usuario a abrocharlo.



Durante las etapas de producción del casco, se realizaron pruebas con motociclistas para asegurar que el modelo correspondía a sus necesidades y preferencias.

Evaluación

Encuesta telefónica

Se realizó una segunda encuesta telefónica post-intervención, que incluyó preguntas relacionadas con los mensajes y actividades desarrolladas. El cuestionario tenía 45 variables y fue contestado por 125 personas de un total de 280 llamadas.

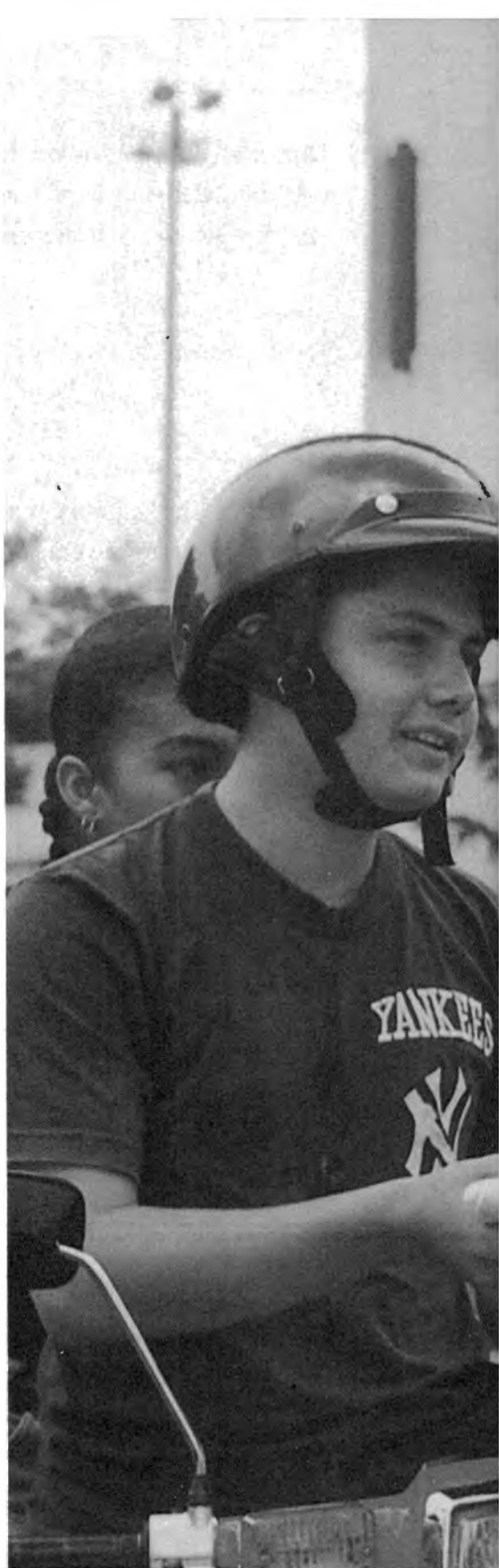
En la encuesta post-intervención no se encontraron diferencias en cuanto la frecuencia de uso de la moto. Sin embargo, su uso para ir a fiestas y discotecas disminuyó en un 14%, mientras que el uso del casco aumentó un 8%.

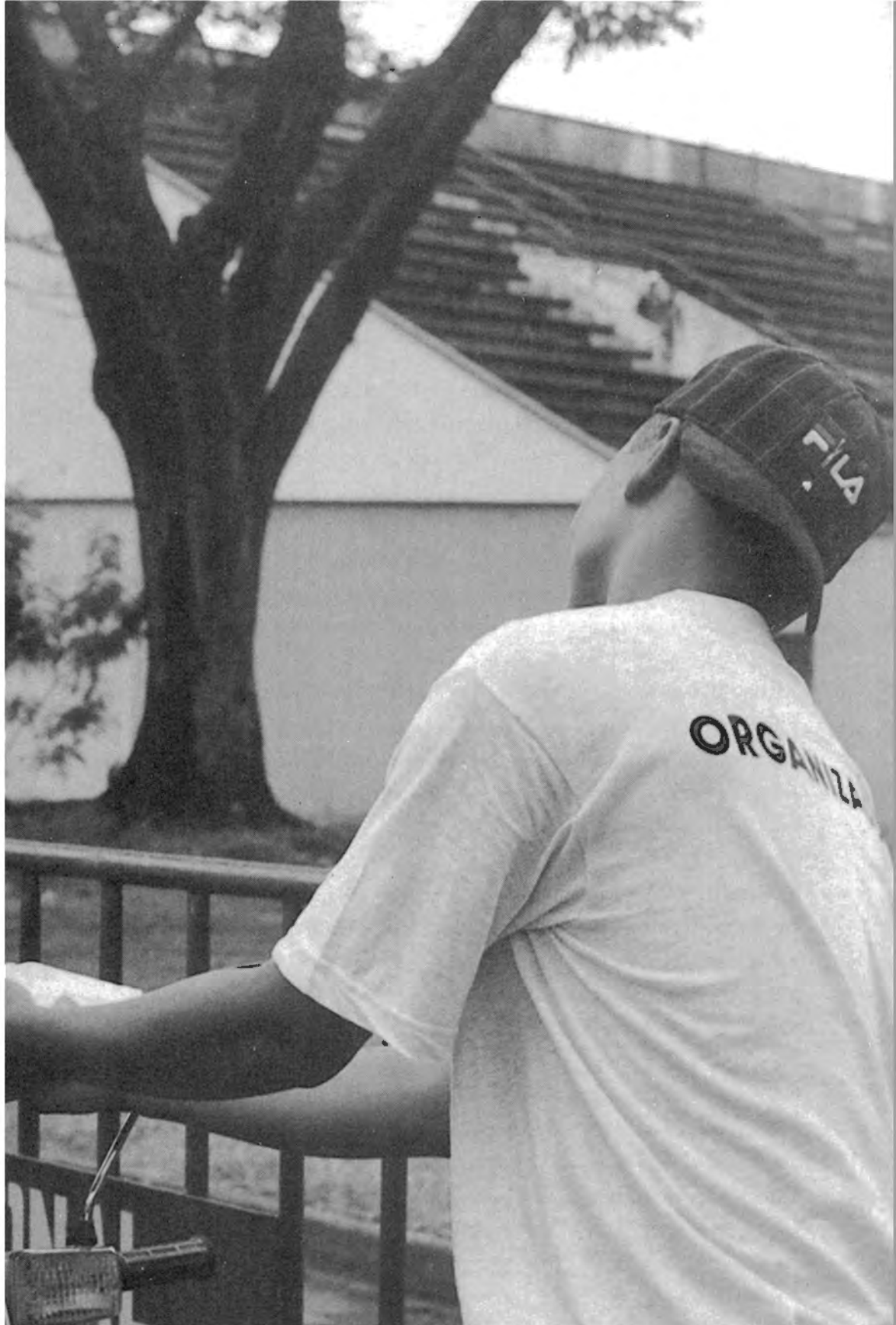
Así mismo, se observó que las razones para usar el casco cambian, disminuyendo aquellas que lo hacen solo por evitar la multa y aumentando los que lo usan por seguridad o por ambas razones.

Las actitudes hacia el uso del casco también cambiaron con la intervención, aumentando el porcentaje que lo considera útil, seguro y protector. No obstante, de gran importancia para los propósitos del programa, disminuyó considerablemente la proporción de motociclistas que cree que el casco es incómodo, feo o costoso.

Finalmente, se evidenció que dos terceras partes de los encuestados estuvieron expuestos a las actividades y los mensajes de la campaña.

Se concluyó que cuando se combinan los programas educativos, las políticas públicas y la facilitación ambiental, se potencia el impacto de los programas de Promoción de la Salud.





Prevalencia del uso del casco en motociclistas de Cali

En la segunda medición (medición post-decreto de octubre de 1996) de 2.054 observaciones hechas, la prevalencia total fue de 80,8%, con un uso del 94,6% entre los conductores y del 3,8% de las pasajeras.

En la tercera medición (medición post-decreto marzo de 1997), la prevalencia total fue de 69,5%, con un uso del casco del 86,2% entre los conductores y de 1,9% entre las pasajeras.

En la cuarta medición (medición post-decreto octubre de 1997), la prevalencia total fue del 75%. En los conductores fue del 94,5% y del 2,4% para las pasajeras. La proporción de uso del casco fue mayor entre las mujeres conductores que entre los hombres.

El uso del casco por parte de las parrilleras siguió disminuido debido a que el decreto aún no les obligaba su uso. Se observó que las mujeres usan correctamente el casco, en mayor proporción, en comparación con los hombres, siendo además éstos quienes más utilizan cascos inapropiados.

Se realizó una quinta medición en marzo de 1998, posterior a la implementación del segundo decreto, encontrando en esta oportunidad una prevalencia total del 92,4% en el uso del casco; para los conductores la prevalencia fue del 94,7% y para las pasajeras fue de un 81,1%.

En esta ocasión, la proporción de uso del casco fue mayor en los conductores hombres y la proporción de uso del casco por parte de las mujeres fue mayor que la de los pasajeros hombres autorizados (hombres menores de 14 años).



Conclusiones

El impacto que ha tenido el programa de promoción de uso de casco en Cali no sólo ha redundado en la disminución de la mortalidad, sino en una mejoría de la calidad de vida de los usuarios de motos. El altísimo nivel de uso de casco se encuentra entre los mejores de Latinoamérica. Es claro que cuando se combinan los programas educativos, las políticas públicas y la facilitación ambiental, se potencia el impacto de los programas de Promoción de la Salud.

Referencias

Barnum, H. Barlow, R. Fajardo, L. y Pradilla, A. *A Resource Allocation Model for Child Survival*. Oelgeschlager, Gunn & Hain Cambridge Mass; 1980

Basch, C. Silepcevich, E. Gold, R. Duncan, D F. & Kolbe, L J. *Avoiding type III errors in health education program evaluation: a case study*. Health Education Quarterly 1985;12(4):315-31

Battista, R. *Health Care Technology Assessment*. McGill University. Canadá; 1999

Battista, R. Et al. *An Integrative Framework for Health Related Research*. **En:** *Health Care Technology Assessment*. McGill University. Canadá; 1999

Centro de Investigaciones Económicas, CIE. “*Economía Saludable para las Políticas de Salud*”. Grupo de Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín; 1999

Chandler, M. & Chapman, M. (Eds.). *Criteria for Competence: Controversies in the Assessment of Children's Abilities*. Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum; 1991

Conde, J L. *Evaluación de Tecnologías Médicas Basada en la Evidencia*. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AETS. Madrid; diciembre de 1998

De Salazar, L. SIPE. *Un Sistema de Información Escolar: Elemento Clave para una Escuela Saludable*. Proyecto UNI- Cali, Universidad del Valle. Cali: 1996

De Salazar, L. (a). *Hacia una Escuela Saludable. Avances de una estrategia asociativa para el abordaje de la población en edad escolar y adolescente*. Universidad del Valle, Facultad de Salud; Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, SILOS 1 y 2; Comunidades de Cali, comunas 3, 7 y 20. Santiago de Cali; 1997

De Salazar, L. (b) *Evaluación de Programas Docente-Asistenciales. La comunidad opina sobre calidad y desempeño*. Proyecto UNI-Cali, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia; 1997

De Salazar, L. *Escuelas Promotoras de Salud: resultado de alianzas estratégicas entre la Academia, el Gobierno Municipal y la Comunidad*. Universidad del Valle, Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud, CEDETES. Cali, Colombia; 1999

Deber, R. *Choises in methods of Technology Assessment and their impact on decision making*. **En:** Battista, R. *Health Care Technology Assesment*. McGill University, 1999 pg. 513-656c

Declaración de Alma Ata. Ex -República Socialista Soviética de Karsakstan; 6 al 12 de septiembre de 1978

Declaración Internacional “*Hacia la Universidad del Siglo XXI*”. Madrid, Alcalá, 1999 (mimeo)

Donabedian, A. *The Quality of Care: How can it be assessed?*. **En:** Grahan, N.(Ed.) *Quality assurance in hospitals: strategies for assessment and implementation* (2nd ed.) (pp 14-28). Gauthersburg, MD: Aspen Publications

Flórez, J. *Inauguración Congreso “Salud para Todos, Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI”*. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 7 de diciembre de 1999

Franco A. *Presentación del Congreso Internacional “Salud para Todos y Desarrollo de Políticas en Salud Pública”*. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín; diciembre 7 al 10 de 1999

Henao, M. & Isaza, F. J. *Políticas Públicas y Participación Social*. (mimeo) Colombia; 1999

Jonsson, E. & Banta, D. *How do new technologies get into practice? Management of health technologies: an international view*. *BMJ* 1999; 319 (7220): 1293

Jovell, A. J. *Avanzando hacia una sanidad mejor: Decisiones fundamentales en la evidencia científica*. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica; 1998. <http://www.cinavarra.es/salud/anales/textos/textos2/colab.htm>

Kelsey, L. Thompson, D. & Evans, A. *Methods in Observational Epidemiology*. Oxford University Press 1986; 289-292.

Kisil, M. & Chaves, M. *Linking the university with the community and its health system*. *Med Educ* 1994; 28: 343-349.

Last, M. J. (edit.) *A Dictionary of Epidemiology*. Second edition; 1988

Luce, B & Simpson, K. *Battelle Medical Technology Assessment and Policy Research Center, Arlington, Virginia*. **En:** Battista, R. *Health Care Technology Assessment*. McGill University; 1999

National Academy of Sciences. *Assessing Medical Technologies*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, D.C, USA; 1985

Newcomer, K. *Using statistics appropriately*. **En:** Wholey J, Hatry H, Newcomer K, eds. *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1994

OECD. *Aspectos Económicos de las Biotecnologías Relacionadas con la Salud Humana*. Instituto de Salud Carlos III, Primera parte. Madrid, España; 1998

Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación de la tecnología empleada en la atención en salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen 2, Número 5; noviembre de 1997

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. *El Desarrollo de la Evaluación de Tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1998; Pg 2-3

Pan American Health Organization. *Technology Assessment in Health Care*. Expert Consultation on Health Technology Assessment in Latin America. Ottawa General Hospital. Ottawa, Canadá; October 2-3 1997

Pradilla, A. Fajardo, L. y Acciarri, G. *Comments to "Measurement of health and Nutrition effects of large scale nutrition intervention projects"*. **En:** "Evaluating the Impact of Nutrition and Health Programs". Ed. Klein et. al. Plenum Press New York; 1979. Page 170- 182

Rosenthal E. G. & Shannon E. S. *The Use of Patient Perceptions in the Evaluation of Health-Care Delivery Systems*. Lippincott Raven Publishers. *Med Care* vol 35, 11: 58; 1997

Rutman, L. *Evaluation Research Methods: A Basic Guide*. Second edition. Sage publication; 1984

Sanders, J.R. *Uses of evaluation as a means toward organizational effectiveness*. **En:** Gray S T, ed. *Leadership IS: a vision of evaluation; a report of learnings from Independent Sector's work on evaluation*. Washington, DC: Independent Sector, 1993

Science for the Twenty-First Century: A new commitment. World Conference on Science. Budapest, Hungary: 26 june - 1 july; 1999

Scriven, M. *Minimalist theory of evaluation: the least theory that practice requires*. *American Journal of Evaluation* 1998;19:57

Shadish, W.R. Cook, T.D. & Leviton, L.C. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991

Victoria, D. y Bergonzoli, G. *Rectoría y Vigilancia de la Salud*. Monografía 94-01 OPS/OMS. Ministerio de Salud Costa Rica; 1994

Weiss, C. *Evaluation Research. Methods of Assessing Program Effectiveness*. Prentice-Hall Methods of Social Science Series. Prentice-Hall, Inc;. 1972

Weiss, C. *Increasing the Likelihood of Influencing Decisions*. **En:** Rutman, L. *Evaluation Research Methods: A Basic Guide*. Second edition. Sage publication; 1984. Pg 159-190.

Weiss, C. *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998

Wilkes, M S. *Health care reforms as perceives by first year medical students*. *Journal of Community Health*; 1994. 19(4), 253-269

Wolfson, M. *A Template for Health Information*. *World Health Statistics Quarterly*;1992. 45: 109-113

Este libro se terminó de
imprimir en los talleres de
Artes Gráficas Univalle, en
el mes de enero del 2000.

El Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud, CEDETES, de la Universidad del Valle, se constituye en un canal de comunicación permanente que articula la investigación orientada a la solución de problemas con la toma de decisiones y formulación de políticas en salud.

Las líneas de investigación del Centro CEDETES se orientan al abordaje de estudios de efectividad, costo-efectividad y costo-beneficio de políticas públicas, al igual que los programas y herramientas técnicas para operarlas.

De esta forma, se da un paso más para aproximar la evidencia científica a la toma de decisiones en salud.

El Centro CEDETES tiene su sede en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.
