

Demanda de Datos y el Uso de la Información en el Sector de la Salud

Estructura Conceptual

MEASURE Evaluation

www.cpc.unc.edu/measure

Reconocimientos

El Toolkit para la demanda de datos y uso de información en el sector sanitario es el resultado de la colaboración entre varios empleados de MEASURE Evaluation especialmente Karen Foreit, Scott Moreland y Anne LaFond. Otros colaboradores son Karen Hardee, Alan Johnston, Shannon Salentine, Philip Setel, Ilene Speizer, Minki Chatterji, Chuck Pill, y Bill Winfrey.

Información sobre MEASURE Evaluation

MEASURE Evaluation sirve para reforzar la capacidad de programas en países anfitriones para recolectar y usar datos de población y salud.

Como parte fundamental del sistema de seguimiento y evaluación para evaluar y utilizar los resultados (MEASURE – siglas en inglés) de la Agencia de desarrollo internacional de los Estados Unidos (USAID – siglas en inglés), trabajamos en estrecho contacto con las misiones de USAID para promocionar un ciclo de demanda, recolección, análisis y uso de datos para medir el progreso en la resolución y confrontación de enfermedades, temas de población y pobreza.

Ayudamos a los ministros de la salud, profesionales sanitarios de distrito, y aprendices locales a administrar los datos con éxito para la planificación de programas y la implantación de políticas. Nuestro asesoramiento e innovaciones técnicas capacitan a nuestros socios para mejorar la planificación familiar, la salud maternal e infantil, y programas de nutrición, y para luchar contra VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades contagiosas en todo el mundo.

MEASURE Evaluation está financiada por USAID por medio del Acuerdo Cooperativo GPO-A-00-03-00003-00 y está implementado por el Carolina Population Center de la Universidad de Carolina del Norte de Chapel Hill, en asociación con Constella Futures, John Snow, Inc., ORC Macro, y Tulane University. Las opiniones de los autores expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o el gobierno de los Estados Unidos.

Para mas información sobre MEASURE Evaluation vayan a nuestra página web en www.cpc.unc.edu/measure.



Una estructura conceptual para la demanda de datos y el uso de la información en el sector de la salud

Es un gran error teorizar antes de tener los datos. Aquel que es insensato empieza a cambiar los hechos para adaptarlos a teorías, en vez de cambiar las teorías para que se adapten a los hechos.

— *Sir Arthur Conan Doyle, escritor británico de novelas de misterio y médico (1859 - 1930)*

Esta publicación ofrece una estructura para mejorar el uso de la información con el objetivo de guiar la creación de políticas, diseño de programas, prestación de servicios en el sector de la salud en países en vías de desarrollo. Está dirigida a profesionales de la salud y de la información que recopilan datos y generan información (o desarrollan herramientas para facilitar estas prácticas) para mejorar su comprensión del papel que desempeña la información en la toma de decisiones en el sistema sanitario. El método que se propone aquí también es relevante para las personas involucradas a todos los niveles en el sistema sanitario – de los directores de programas, profesionales y creadores de políticas a los miembros de la sociedad civil, grupos de la comunidad y pacientes – para fomentar un uso de datos e información sanitarios más estratégico y efectivo en las decisiones, ya sean rutinarias o de una sola ocasión, sencillas o complejas, no muy importantes o críticas.

La premisa de este documento es que los datos e información sanitarios carecen de valor a no ser que se usen para informar las decisiones. Como tales, las intervenciones que aumentan la demanda local de información y que promueven o facilitan su uso (Data Demand and Information Use (demanda de datos y uso de información) o intervenciones ‘DDIU’, siglas en inglés) son fundamentales para mejorar la efectividad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para desarrollar por completo un acercamiento a la DDIU e intervenciones para apoyarla, hemos creado tres documentos relacionados. Este documento, que constituye la primera parte, establece una estructura para la DDIU; define los términos “uso de información” y “demanda de datos”; presenta principios básicos; habla de los posibles determinantes de la demanda de datos y el uso de la información en el sector de la salud; muestra cómo se usa la información en el ciclo de programación e introduce una matriz para entender la relación entre la generación de datos y su uso final. La segunda parte ofrece consejos y herramientas para integrar los principios de la DDIU en la planificación de actividades, en la implementación, y por fin en la evaluación. La tercera parte presenta una serie de estudios de casos que ilustran, en una variedad de situaciones, casos en los que los datos y la información se han usado con éxito o no se han usado, así como ejemplos de cómo las intervenciones han cambiado con éxito el uso de la información.

Información preliminar

Se ha escrito mucho sobre el uso de la información en la toma de decisiones (Lippeveld, Sauerborn et al. 2000);¹ el asesoramiento de sistemas rutinarios de información sobre la salud y el uso de la información que generan (Health Metrics Network 2005); y el uso de la información para guiar la identificación de problemas y la formulación, implementación, y evaluación de políticas (Hardee, Feranil et al. 2004).² Aunque todavía existen retos importantes sobre la calidad, actualidad y nivel de detalle de la información disponible, se acepta en general que muchos de los datos necesarios para la toma de decisiones son ya recolectados de forma regular por los sistemas nacionales de salud. Aunque los sistemas nacionales de salud varían según los países, en su sentido más general, todos incluyen fuentes de información sobre la salud, seguimiento de eventos vitales; estadísticas de servicios y vigilancia (mantenidas por ministerios de salud y otros); censos de población y vivienda; encuestas periódicas; cuentas de salud nacionales; y seguimiento de recursos (a menudo bajo el patrocinio de otras instituciones locales). Muchas veces, estos sistemas existen en países con estructuras de planificación y entrega de servicios muy descentralizadas; esto introduce la necesidad de la DDIU a muchos niveles.

Los conceptos presentados en este documento se basan en la suposición de que la función principal de los sistemas nacionales de información de salud es fomentar *la toma de decisiones basada en la evidencia*³ y es fundamental para la efectividad del sistema sanitario

Casilla 1. Fuentes esenciales de información relacionada con la salud

1. Censo de cada diez años.
2. Seguimiento continuado de nacimientos y muertes, con certificación de causa de la muerte.
3. Control y sistema de respuesta centrado en enfermedades epidémicas y prevenibles con vacuna, así como en enfermedades emergentes.
4. Programa de encuestas del hogar diseñadas para medir el uso de servicios de cuidados sanitarios y conductas importantes del hogar o de los individuos.
5. Sistema de datos generados por servicios derivados de instalaciones e interacciones entre pacientes y proveedores.
6. Ordenamiento de instalaciones de salud pública y servicios a nivel nacional y del distrito.
7. Control conductual, centrándose especialmente en factores de riesgo.
8. Cuentas de salud nacionales.
9. Información financiera y de gestión.
10. Modelos, estimaciones y proyecciones.
11. Investigación sanitaria, incluyendo investigación de sistemas sanitarios, clínicos y operacionales.

Fuente: adaptado de AbourZahr and Boerma 2005

1 Véase también <http://www.cdc.gov/descd/ddm/Default.htm>. Accessed 4/20/06. "Data for Decision Making."

2 En toda esta discusión, "datos" e "información" se usan a menudo de forma intercambiable. En sentido estricto, "datos" ha de referirse a las observaciones básicas (por ejemplo, número de nacimientos, número de muertes de SIDA, etc.) e "información" a los resultados del análisis o síntesis de esas observaciones (por ejemplo tasas de fertilidad, tasas de mortalidad, etc.). La información debe usarse como guía en la toma de decisiones, lo que requiere que se recolecten y analicen datos apropiados y de alta calidad.

3 MEASURE Evaluation (además de otros socios de MEASURE, tal como DHS, CDC y la Oficina del Censo de Estados Unidos) es uno de los muchos proyectos patrocinados por USAID con la directiva de promocionar el uso de datos. Por ejemplo, FRONTERAS para la Salud ofrece asistencia para utilizar los resultados de las investigaciones para desarrollar políticas sanitarias sobre la reproducción y programas y colaboraciones con la Organización Mundial de la Salud en una estrategia integrada para reforzar la capacidad de los investigadores locales y los directores de programas en el uso de datos en Investigación Operacional.

en su totalidad. De hecho, la función primordial de los sistemas nacionales de información de salud es “recolectar, procesar, informar y usar la información y conocimientos sanitarios para influenciar la creación de políticas, la acción sobre programas y la investigación” (AbouZahr y Boerma 2005, énfasis añadido). Como se señala anteriormente, las decisiones basadas en la evidencia dependen de datos e información de una variedad de fuentes (Casilla 1). Todas las fuentes aspiran a producir datos que sean transparentes, consistentes, verificables, y comprensibles. Proponemos que el acceso a información y la capacidad de usarla con más frecuencia y de forma más efectiva lleva a decisiones que mejoran la salud al mejorar la capacidad del sistema sanitario de responder a necesidades de salud a todos los niveles.

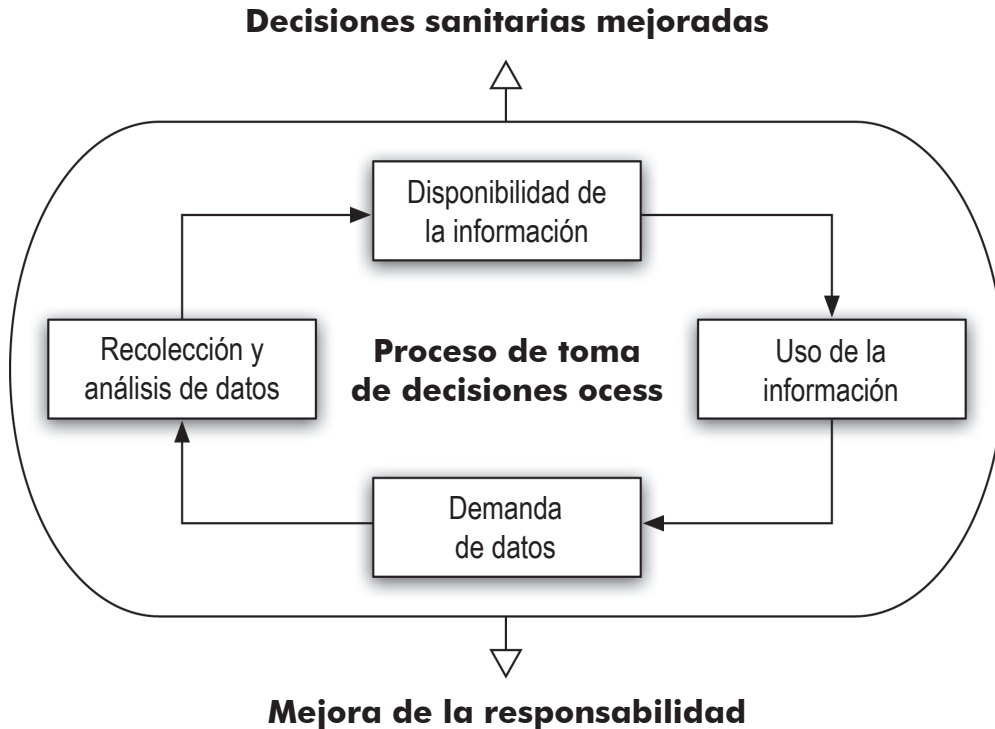
Otra ventaja de la toma de decisiones basada en la evidencia es que promueve la transparencia en el proceso de toma de decisiones y permite que las personas que toman decisiones en el mundo sanitario asuman responsabilidad (Scott 2005). Cuando se usan datos e información asequibles al público para tomar decisiones, todas las personas involucradas pueden (en teoría) cuestionar la base de tales decisiones y cuestionar a los funcionarios públicos para que defiendan sus decisiones. El mejor uso y disponibilidad de la información también permite mayor responsabilidad, permitiendo a las personas involucradas y posibles beneficiarios observar los resultados de las decisiones. En este sentido, el valor de la DDIU va más allá del sector de la salud; en su nivel más fundamental, es totalmente consistente con los objetivos de muchos programas de reforma del sector público, y con los principios de un gobierno democrático perfeccionado.

Estructura conceptual de la toma de decisiones basada en la evidencia

La toma de decisiones basada en la evidencia está realizada por una demanda sólida de información sanitaria, de recolección y análisis de información sanitaria, hacer que la información esté disponible para las personas que toman decisiones, y finalmente, por facilitar el uso de información para mejorar la eficacia del sistema sanitario. (Estos elementos del continuo están apoyados por proyectos que intentan aumentar la capacidad de sus homólogos y sus instituciones, y aumentar la coordinación y colaboración entre los productores de datos y los consumidores.) La Figura 1 presenta una estructura para la DDIU como un ciclo que conecta la demanda al uso a través de pasos intermedios de recolección y análisis de datos y de asegurar la disponibilidad de información sanitaria. En esta estructura existe una conexión clara y consistente entre el uso de información sanitaria y el compromiso de mejorar la calidad de los datos en los que se basa. Cuanto más positivas sean las experiencias que tenga una persona que toma decisiones al usar información para apoyar una decisión, mayor será el compromiso de mejorar la calidad y actualidad de los sistemas de recolección de datos. Esta estructura de la DDIU se presenta como un ciclo en vez de un proceso lineal, ya que el aumento del uso de la información a su vez estimula la mayor demanda de datos.

Dentro de este ciclo está integrado el proceso de toma de decisiones basado en la evidencia. El proceso de toma de decisiones implica a *personas que toman decisiones* y las *decisiones* que toman. Para entender cómo se usa la información en este proceso, presentamos definiciones operativas de uso de la información y demanda de datos y consideramos el contexto más amplio de toma de decisiones en el sector sanitario.

Figura 1.



Definición de uso y demanda

Uso

Entendemos que “uso de la información” significa que *tanto* los resultados positivos *como* los negativos afectan al proceso de toma de decisiones (Marin, Foreit et al. 2005).⁴ La definición de uso debe, por lo tanto, incluir los dos elementos fundamentales de este proceso: las personas que toman decisiones y las decisiones que toman.

Una decisión es una *elección* entre dos cursos de acción. En la práctica, no todas las decisiones se toman de forma consciente: la persona que toma decisiones puede no darse cuenta de que está escogiendo una forma de actuar, o incluso puede no ser consciente de que hay otros cursos de acción alternativos. La decisión más sencilla es escoger o continuar con X o no continuar con X; por ejemplo, continuar con un programa de prevención de VIH o cancelarlo.

Con relación a la DDIU, la definición de uso incluye el conocimiento de decisiones y elecciones. La persona que toma decisiones debe ser consciente de forma explícita de la decisión que está a punto

4 Tal como afirman Marin et al. “[L]a marca de un programa de investigación con éxito es aquel en el que tanto los resultados POSITIVOS como los NEGATIVOS se usan para tomar decisiones.” Un resultado positivo podría ser que un programa en particular funciona y es económico (y por lo tanto candidato para el apoyo continuado o ampliación); un resultado negativo podría ser que el programa no funciona o no es económico, y por lo tanto puede ser cancelado.

de tomar así como de por lo menos dos cursos de acción entre los que escoger. Por ejemplo, si los datos de venta de un programa para ofrecer mosquiteras para las camas tratadas con insecticida muestran que el programa parece estar teniendo éxito en aumentar la distribución de mosquiteras, el director del programa puede decidir mantener el programa tal como está en vez de hacer cambios. Alternativamente, el director puede decidir que, basándose en la información sobre programas parecidos en otros lugares, el programa podría incluso tener más éxito si se usara un nuevo mecanismo de distribución. Esto llevaría a la decisión de intentar la nueva estrategia de distribución o a llevar a cabo investigaciones para poner a prueba la nueva estrategia en comparación con la estrategia en curso.

También son importantes otros dos aspectos:

1. Las observaciones o datos básicos no son en general útiles para tomar decisiones, y normalmente deben transformarse en información que se pueda usar y que se relacione con el problema que se está tratando. Por ejemplo, no basta saber cuántos clientes han recibido prestaciones; puede que haga falta una comparación con una meta o un rendimiento anterior; y
2. La recolección y generación de datos, su transformación en información y su uso en la toma de decisiones puede ser ejecutada por la misma persona. Sin embargo, lo más probable es que lo hagan diferentes personas que tengan diferentes niveles de comprensión sobre su trabajo (Yinger 2003).⁵

El uso de información se define como:

Las personas que toman decisiones y los interesados consideran la información de forma explícita en uno o más pasos del proceso de creación de políticas, la planificación y gestión de programas o prestaciones de servicios, incluso si la decisión o acciones finales no se basan en esa información.

Demanda de datos

Para que los interesados y las personas que toman decisiones valoren la información, deberá existir un incentivo o motivación para usarla. La demanda es un concepto distinto del uso y refleja, por lo menos en parte, una medida del valor que las personas involucradas en la sanidad y las personas que toman decisiones le dan a la información, independientemente del uso que den a esa información. Para definir la demanda, las personas involucradas en la sanidad solicitan información de forma activa y abierta. También pueden demostrar que están usando información en una o varios de las etapas descritas anteriormente.

La demanda de datos requiere los siguientes criterios:

1. Los interesados y las personas que toman decisiones especifican qué tipo de

⁵ Por ejemplo, Yinger observa que los analistas creen a menudo que las personas que toman decisiones están demasiado ocupadas para leer, llegan a conclusiones apresuradas, inician acciones que no han sido evidenciadas por los datos, desconfían de los resultados de encuestas e investigaciones, y tienen una perspectiva limitada, y que las personas que crean las políticas deberían ser ellas mismas responsables de sacar las conclusiones a partir de los datos.

información quieren en la que basar una decisión, y

2. Los interesados y las personas que toman decisiones buscan esa información de forma proactiva.

En la práctica, puede ser difícil distinguir entre *demanda de datos* y *uso de información*, y puede escogerse tratarlos como partes de un proceso único. La evidencia de demanda de datos puede incluir directivas de la administración o políticas para recolectar datos específicos, nueva adjudicación de recursos o su incremento para la recolección y análisis de datos (por ejemplo, elementos de partida presupuestaria, establecer o reforzar las unidades de estadística dentro de ministerios o programas, modificar la descripción de puestos), y solicitudes de análisis especiales.

Principios esenciales

Después de definir la demanda de datos y el uso de datos, enumeramos siete principios o postulados adicionales de los que consta nuestro método:

1. *Las decisiones son elecciones que se toman para apoyar un objetivo.* Hemos definido una decisión como una elección que se hace entre dos o más cursos de acción. Pero las elecciones deben verse en el contexto de los objetivos de aquellas personas que toman decisiones o quieren influenciarlas. Un objetivo es la meta deseada. Por ejemplo, un objetivo puede ser mejorar el acceso de un grupo o población identificados a los servicios sanitarios. O puede ser reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años debido a la malaria.
2. *Todas las decisiones se toman en base a información.* Mientras que el énfasis de este documento es aumentar el uso de la información en la toma de decisiones, especialmente los datos surgidos de encuestas y estadísticas sanitarias rutinarias, debemos reconocer que las personas que toman decisiones siempre usan algo de información para tomar sus decisiones. La información actual que se usa puede diferir y es diferente entre todas las personas que toman decisiones. La gente toma cientos de decisiones a diario sobre cosas, y al tomar estas decisiones usan información. La cuestión es si son conscientes de toda la información disponible y si la utilizan.
3. *Los interesados querrán diferentes tipos de información dependiendo del objetivo que intentan alcanzar.* Este postulado subraya el hecho de que así como difieren los objetivos, también será diferente la información necesaria para alcanzar las decisiones que apoyan los objetivos.
4. *Puede haber objetivos múltiples (y posiblemente contradictorios).* También reconocemos que las personas que toman decisiones pueden tener varios objetivos, y que una decisión tomada para conseguir un objetivo pueden tener implicaciones en otro. Por ejemplo, un país puede buscar incrementar la sostenibilidad financiera de su sistema sanitario al mismo tiempo que intenta incrementar el acceso para los pobres. Una decisión que apoye el primer objetivo podría ser introducir un plan de recuperación de costos para ciertos servicios. Si se aplicara a todos los clientes, esta decisión podría impedir conseguir el segundo objetivo si

- los precios más altos de la asistencia sanitaria reducen su uso por los pobres.
5. *Las decisiones pueden ser tomadas por una persona o por un grupo.* Es también importante reconocer que a veces las decisiones recaen en un solo individuo, pero que también muchas decisiones implican a una serie de interesados. Incluso si un solo individuo toma una decisión, puede tomar en consideración las opiniones de otras personas. A continuación hablamos de lo que esto significa para el uso de la información en la toma de decisiones.
 6. *Los individuos pueden tener diferentes objetivos o diferentes interpretaciones del mismo objetivo aunque estén involucrados en las mismas decisiones.* Por lo tanto, pueden usar diferente información para conseguir el objetivo. Las diferentes personas involucradas en una decisión pueden no tener las mismas metas u objetivos. Este es el caso en muchas decisiones “políticas”, incluyendo decisiones sobre asistencia sanitaria. Por ejemplo, los funcionarios del consejo nacional de VIH/SIDA pueden tener como objetivo general una reducción de la incidencia del VIH, mientras que la gente que vive con VIH/SIDA puede estar más interesada en el acceso a tratamiento asequible. Al tomar decisiones sobre la adjudicación de fondos para VIH/SIDA, estas personas interesadas tendrán objetivos diferentes y, por lo tanto, usaran información diferente.
 7. *Las personas interesadas a menudo tienen diferentes opiniones sobre la importancia de la información necesaria para tomar una decisión.* Cómo y qué información forma parte de una decisión depende de cómo ve la persona que toma decisiones la conexión entre la decisión y el objetivo. Dos personas interesadas que vean la conexión de forma diferente usarán información diferente o usaran la misma información de forma diferente. Por ejemplo, si una persona interesada cree que factores socio económicos como la educación son importantes para aumentar el uso de asistencia sanitaria, resaltaría el uso de datos de educación; otra persona interesada puede que vea la disponibilidad de asistencia como un determinante más importante del uso de asistencia sanitaria. Un corolario a esto es que incluso cuando los individuos están de acuerdo con el mismo modelo causal y la información relevante para apoyar ese modelo, puede que no estén de acuerdo con lo que los datos dicen de la validez del modelo.

Una consecuencia de lo anterior es que no hay una forma correcta o incorrecta de usar la información y una sola especificación de qué información es adecuada. Por lo tanto, la audiencia de la DDIU no son solamente aquellos en posición de tomar decisiones, sino todas las personas interesadas que pueden influenciar las decisiones. Por lo tanto, dentro del sector sanitario el dominio de la DDIU no se limita a la persona que toma decisiones del sector público. La facilitación de la DDIU debería incluir de forma ideal a personas interesadas de alto nivel, el gobierno, consejeros técnicos de organizaciones no gubernamentales (ONGs), líderes religiosos, periodistas, líderes de la opinión, directores del sector privado, clientes y miembros de la familia, y otras personas afectadas por un tema sanitario (Hardee, Feranil et al. 2004). Algunos ejemplos de personas interesadas aparecen en la Casilla 2.

Scott (2005) also points out that factors other than data can influence decisions, especially in the public domain. They include:

- poder e influencia de intereses transversales

- ❑ corrupción,
- ❑ ideología política
- ❑ arbitrariedad , y
- ❑ anécdota.

Estas son algunas de las restricciones o factores de amplio alcance que pueden socavar la toma de decisiones basadas en la evidencia del tipo que la DDIU pretende fomentar y apoyar. Estos factores reaparecen en una investigación reciente llevada a cabo por MEASURE Evaluation. Un coordinador de distrito en África del Este informó que “En gran medida...la mayoría de las decisiones no se basan en datos empíricos, sino que se centran en limitados intereses sociales, políticos y económicos (Ikamari 2005).” Aunque ciertamente éstos no son factores que contribuyen a la toma de decisiones basadas en la evidencia, son de todas maneras comprensibles cuando se contemplan a través de la lente del proceso más amplio de toma de decisiones. Por lo tanto, el poder, la corrupción y la ideología política tienen que ver con los objetivos de los políticos, que pueden no corresponderse con los objetivos que la gente puede asumir que sean los de las personas que toman decisiones, o incluso que las personas que toman decisiones pueden alegar tener. Un ministro de la salud puede declarar que su objetivo es la mejora de la salud pública, pero también puede tener un objetivo no aparente de consolidar el poder político adjudicando fondos a sus electores. Tomar decisiones arbitrarias significa tomar decisiones que pueden parecer inconsistentes. Pero la aparente arbitrariedad puede ser el resultado de un objetivo no aparente o sin revelar. Por último, mientras que el uso de información anecdótica en la que basar las decisiones puede no ser científico y también puede ser arbitrario, es otro ejemplo de individuos que deciden que lo que ellos piensan es relevante.

Casilla 2. Ejemplos de tipos de personas involucradas

- Ministros del gobierno
- Directores del ministerio central de salud pública
- Funcionarios de la salud pública a nivel del distrito
- Directores de programas
- Consejeros técnicos de ONG
- Líderes religiosos.
- Personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias
- Mujeres en edad de reproducirse
- Adolescentes
- Periodistas
- Parlamentarios
- Donantes

Los determinantes de la DDIU

Además de considerar a las personas que toman decisiones y cómo toman sus decisiones, es importante entender el contexto en el que se toman las decisiones y cómo esto influye no solo la demanda de datos y el uso de información, sino también la recolección y disponibilidad de datos.

La estructura analítica PRISM del rendimiento del sistema sanitario identifica tres determinantes principales del uso de la información sanitaria: los aspectos *técnicos* del proceso de datos y herramientas, la *conducta de los individuos* que producen y/o usan los datos, y el *contexto del sistema o contexto organizativo* que apoya la recolección de datos, la disponibilidad y su uso (LaFond, Fields et al. 2005). Esta estructura de la DDIU propone que es más probable que la disponibilidad sostenida y efectiva y el uso de información

sanitaria de buena calidad provenga de una estrategia que se centra en los tres aspectos—técnico, individual y organizativo—en vez de una estrategia que se centra en un solo aspecto. Estos tres componentes de la estructura analítica PRISM pueden ser usados para identificar oportunidades para una recolección de datos, análisis, disponibilidad y especialmente uso efectivos (y estratégicos), así como sus impedimentos. Las estrategias para mejorar el rendimiento en esta área pueden construirse siguiendo estos tres parámetros. Estas estrategias son el tema de la segunda parte de la serie sobre la DDIU.

Determinantes técnicos

Un sistema sin un diseño técnico sólido, personas bien entrenadas, y normas y estándares claros no puede producir la información necesaria para tomar decisiones. En consecuencia, la forma de mejorar el uso de información sanitaria se centra principalmente en introducir o mejorar las aptitudes técnicas, cambiar el diseño del sistema de datos, o modernizar la tecnología que se usa para mejorar la disponibilidad y cualidad de los datos. Una persona de África del Este afirmó:

“[L]a información sobre el coste de los Antiretrovirales fue difícil de conseguir ya que no había estándares para informes sobre el coste, y la recolección de datos variaba según la organización. Los cargos también dependen de si se usan medicamentos genéricos o no. Los paquetes que las agencias y establecimientos adoptan varían también en ofrecer solo Antiretrovirales, tratar enfermedades contagiosas, prestaciones nutricionales, etcétera.” (Ikamari 2005)

Las intervenciones se centran a menudo en estos detalles prácticos del sistema (recolección de datos y estandarización, transferencia, análisis, y presentación), donde la mayoría de los profesionales de la salud y la información se sienten a gusto.

Es claramente necesario el rigor técnico en sistemas de información; estos elementos y habilidades esenciales son la base de un sistema de información sanitaria efectivo y eficiente. Sin embargo, las intervenciones técnicas por sí solas no pueden traducirse en el uso de datos sobre el terreno. Hay muchos ejemplos de sistemas de información en los que los indicadores son sólidos, las formas de recolección de datos están bien diseñadas, y la gente está bien entrenada, pero en los que ni las herramientas de datos ni la información misma se usan de forma rutinaria para administrar la asistencia sanitaria, diseñar programas o crear políticas. Muchas veces, los recolectores y usuarios de datos no están motivados para usar el sistema de información, o el contexto organizativo socava la acción sanitaria basada en la evidencia. Por ejemplo, en sistemas sanitarios que usan planificación normativa en vez de planificación estratégica, las personas que toman decisiones siguen pautas tradicionales de adjudicación de recursos basadas en fórmulas establecidas. Incluso la disponibilidad de datos sanitarios exactos y actualizados no puede garantizar que la evidencia se convierta en la base de la toma de decisiones. Para que los datos se usen de forma consistente, el sistema sanitario en su totalidad debe considerar muy valiosa la información sanitaria y ésta debe estar estructurada de forma que permita la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Otro aspecto de los determinantes técnicos del uso de la información es asegurarse de que los posibles usuarios entiendan la información basada en datos técnicos sólidos. Esto requiere la adaptación de los productos de datos e información a los contextos organizativos en los que van a ser utilizados. La gente no especializada, especialmente la que no trabaja en la salud pública, a menudo

no está familiarizada con los conceptos estadísticos o indicadores demográficos. Tal como informó recientemente un periodista, “No confiamos en los datos del gobierno [sobre VIH/SIDA] porque no los entendemos.”⁶

Determinantes a nivel del sistema e individuales

En el entorno más amplio en el que se toman las decisiones sobre el sistema de salud se incluyen las instituciones y las personas involucradas que influyen en los usuarios de datos, así como los recolectores y usuarios de datos. Las restricciones estructurales, como malas carreteras, falta de capacidad de telecomunicaciones, y cantidades insuficientes de recursos humanos apropiados, representan verdaderos obstáculos para presentar los datos e información de forma completa y actual. También es de importancia la organización interna y la cultura del sistema sanitario. Un sistema sanitario estructurado alrededor de programas verticales de control de enfermedades, por ejemplo, a menudo está reñido con un sistema de información sanitaria integrado a nivel de distrito. Factores de organización, como la falta de claridad sobre el papel y la responsabilidad del uso de información; el no promover de forma activa el valor de la toma de decisiones basadas en la evidencia, la falta de normas o estándares con respecto a la calidad de los datos; y la ambigüedad que rodea al flujo de información en todo el sistema, influyen directamente en el uso de los datos. Muchos de estos factores organizativos no se pueden tratar con intervenciones que han sido diseñadas para reforzar sistemas de datos e información. Sin embargo, sin un contexto organizativo que apoye y valore la recolección de datos y que los use, es casi imposible establecer conexiones entre datos sanitarios, información sanitaria, y acción sanitaria.

Por ejemplo, un tema del que se habla con frecuencia es la falta de claras expectativas relacionadas con la producción de datos y el uso de información, y el no reforzar las expectativas a través de la supervisión del personal a todos los niveles. Un funcionario de la salud pública en África del Oeste, al preguntársele si había habido ocasiones en las que la calidad de los datos o la capacidad técnica local hicieran difícil usar la información para tomar una decisión respondió:

“Sí, tenemos casos semejantes. Hubo una ocasión en la que se envió un informe de una Autoridad del Gobierno Local y vi un caso de viruela. Un asunto serio como este requiere atención urgente porque se pensaba que la enfermedad había sido erradicada. Envié al funcionario a cargo de la salud... a que fuera a confirmar el caso del que se había informado. ... Descubrió que el doctor en realidad había diagnosticado varicela, pero el funcionario local responsable de mandar los datos al centro estatal había registrado viruela. Un caso como este puede hacerte pensar dos veces sobre usar datos recolectados por cierto tipo de personal y en la calidad del personal que recolecta/registra estadísticas en una instalación sanitaria. ... Debe comunicarse al personal que toda la información que mandan se estudia a fondo y que no se pone en una estantería. Les pedimos que hagan el trabajo por razones específicas, pero parece que no entienden la importancia del trabajo que realizan” (Adewuyi y Akinlo 2005).

6 Entrevista con el Director de Periodistas contra el SIDA, Nigeria, Febrero 2006. <http://www.nigeria-aids.org> Accessed 4/20/2006.

Determinantes conductuales

Los datos sanitarios son recolectados y usados por personas que desempeñan un papel profesional y personal en el sistema sanitario. Aunque aumentar la capacidad de estas personas es la base del reforzamiento del uso de datos e información, los aspectos conductuales de capacidad son normalmente los más difíciles de identificar y de enfrentarse a ellos de forma significativa. Las influencias conductuales en el uso y demanda de datos implican a menudo conceptos intangibles como motivación, actitud, y valores que la gente tiene en referencia a la información sanitaria, rendimiento en el trabajo, responsabilidades, y jerarquía. Influir en muchos de estos factores conductuales requerirá intervenciones que van más allá de la formación básica que mejora los conocimientos y habilidades en la comprensión de los datos y en el uso de la información.

Los factores conductuales nos dan un entendimiento crucial sobre la forma en que los trabajadores, directores y creadores de políticas sanitarios usan la información (o no la usan). Por ejemplo, el papel principal de los proveedores de servicios sanitarios se centra en su papel y responsabilidades como trabajadores sanitarios o directores de asistencia sanitaria. Consideran sus otras funciones, como seguimiento de enfermedades, mantenimiento del inventario y planificación basada en la evidencia y realización de presupuestos, secundarias a proveer cuidados sanitarios. Tal como informa un funcionario médico de distrito en África del Este, “El personal se niega a usar datos; no aprecian la importancia de los datos, y por lo tanto nunca se refieren a ellos al tomar decisiones.” Si las expectativas con respecto al uso de datos no son claras para los profesionales sanitarios a todos los niveles del sistema, su motivación y compromiso para tomar decisiones informadas pueden resentirse.

Los determinantes técnicos, del sistema, o individuales conductuales en el uso de los datos e información en las políticas públicas basadas en la evidencia y el diseño de programas casi nunca se dan por separado. Están interconectados. Por ejemplo, en el continuo técnico-conductual, si los creadores de políticas creen que no dominan de forma efectiva las habilidades necesarias para entender y usar la información de forma efectiva, tenderán a no exigir datos apropiados y un uso estratégico de la información. En el continuo ambiental/conductual, la habilidad de recolectar y usar la información sanitaria requiere no sólo conocimientos y habilidad, sino también un ambiente que les apoye. En Tanzania, por ejemplo, el análisis rutinario de datos de seguimiento de enfermedades por trabajadores sanitarios ha mejorado al aclarar los papeles organizativos y las responsabilidades. La descripción de puestos, responsabilidades, y mecanismos de responsabilidad, deberán estar claros para las personas que recolectan los datos, y deben tener las herramientas necesarias para completar su trabajo. Muchos sistemas de salud no están diseñados para ofrecer este tipo de orientación y apoyo a los trabajadores sanitarios; esto lleva, consecutivamente, a no apreciar el valor de los datos sanitarios y la información.

Toma de decisiones basadas en la evidencia y etapas de la decisión sobre políticas y programas

“Las principales personas interesadas son creadores de políticas como nosotros porque sin información, las cosas se hacen de forma arbitraria y uno no está seguro de si una política o programa va a tener éxito o va a fallar. Si permitimos que nuestras políticas se guíen por hechos empíricos y datos, habrá un cambio notable en el impacto de lo que hacemos.”

Director de Políticas, Comité de Acción Nacional sobre el SIDA, Nigeria

Tabla 1. La DDIU en el contexto de decisiones basadas en la evidencia y las etapas del programa

Etapas	Decisiones	Tipo de datos necesarios	Personas involucradas
1. Identificación y reconocimiento del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de prioridades • Apoyo • Establecimiento de objetivos 	Análisis de la situación, datos de rutina/control, encuesta basada en la población	Funcionarios de la salud pública, sociedad civil, líderes de la opinión
2. Elección de la solución	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de la intervención • Plan operativo • Presupuesto de programas 	Revisión de documentación, análisis secundario de los datos existentes, (incluyendo relación coste-rendimiento), estudios especiales, operaciones e investigación formativa, y síntesis de investigaciones (si son necesarios datos nuevos)	Funcionarios de políticas de salud pública, proveedores de servicios, beneficiarios
3. Implementación y seguimiento del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el plan operativo y seguir financiando el presupuesto • Ajustes de mitad de programa 	Seguimiento y evaluación, evaluaciones de calidad, control de rendimiento	Proveedores de servicios y directores de programas, sociedad civil
4. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación del programa • Terminar el programa piloto y probar una intervención alternativa 	Estudios de evaluación de rendimiento, sondeos, fuentes y controles rutinarios	Funcionarios de la salud pública, sociedad civil, líderes de la opinión

En esta sección, ponemos a la DDIU en el contexto del desarrollo e implementación de intervenciones sanitarias en las que se toman decisiones basadas en la evidencia. Definiremos la toma de decisiones basadas en la evidencia como un proceso en el que las decisiones sanitarias públicas se basan en el uso de datos de forma transparente, y que incluye la consulta con personas involucradas siempre que sea posible.

La tabla 1 resume los pasos generales en la toma de decisiones basada en la evidencia. Cada etapa requiere un conjunto de decisiones diferenciadas que requieren datos e información (tercera columna). Al desarrollar una estrategia de DDIU para cualquier entorno nacional o subnacional, es importante reconocer estas etapas y el papel de la información en cada uno.

1. Reconocimiento e identificación del problema. La primera etapa en la toma de decisiones basada en la evidencia (y, por lo tanto en la DDIU) es identificar cual es el la cuestión o el problema. Esto puede ocurrir cuando los datos revelan un problema sanitario que antes no era aparente. Cómo salen a luz estos problemas y la información que se usa para identificarlos variará según el entorno y según el problema. En algunos casos, una persona involucrada o un investigador puede formular una hipótesis sobre la situación, y luego llevar a cabo estudios para probar o refutar la hipótesis. En otros casos, la cuestión puede descubrirse por casualidad. O, la evidencia anecdótica puede acumularse hasta el punto de que se lleva a caso una investigación para confirmar si el problema está extendido.

Sin embargo, la identificación de un problema no es suficiente para resolverlo con una política o programa. Una vez que se ha revelado la información, una variedad de grupos de personas interesadas, como funcionarios, ONGs, agencias de desarrollo o los medios de comunicación, pueden abogar para que se reconozca la necesidad de establecer la nueva política. De forma similar, las personas interesadas a las que puede afectarles de forma negativa la resolución de un problema, pueden ejercer presión contra cualquier tipo de remedio. Por ejemplo, las compañías de tabaco pueden oponerse a los esfuerzos reguladores para reducir el uso de cigarrillos.

En esta etapa también se pueden establecer objetivos o una meta. Por ejemplo, si el problema es que no hay bastante gente con acceso a un servicio en particular, el objetivo podría ser que un porcentaje especificado de la población (digamos el 50%) tenga acceso antes de una fecha especificada.

Los datos e información necesarios para realizar estos pasos de forma basada en la evidencia vendrá de una variedad de fuentes. Un análisis de la situación puede descubrir un problema, o la magnitud del problema, que antes no se había resaltado. De forma similar, datos detallados de la prevalencia de seropositivos pueden revelar un aumento de la prevalencia en una subpoblación en la que anteriormente no se había notado.

Las personas interesadas /usuarios de los datos en esta etapa irán de personas que toman decisiones sobre políticas de salud pública a miembros de la sociedad civil y líderes de la opinión. Los dos últimos grupos usarán la información para presionar a favor de decisiones que resuelvan los problemas identificados que les interesan. Por ejemplo, los grupos que representan a personas vivas con VIH y SIDA (grupos de personas que viven con el VIH/SIDA) pueden presionar para que exista una legislación que proteja los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA ante la evidencia de que se esta discriminando a las personas que viven con el VIH/SIDA. Los creadores de políticas usaran la información para decidir si es necesaria la acción, y si lo es, cuál.

2. Selección de respuesta. Una vez que se ha identificado el problema, el siguiente paso es analizar la magnitud y naturaleza del problema y preparar planes de acción alternativos. Esto puede implicar estudiar los mejores procedimientos u otras fuentes de información sobre cómo se han resuelto en otros contextos. También puede implicar identificar a los grupos objetivos clave que pueden beneficiarse de la decisión. Seleccionar la solución también implicará desarrollar un plan detallado sobre cuál será la solución operativa, incluido un presupuesto.

Los datos e información en los que se basará la estrategia de la solución pueden también provenir de una amplia variedad de fuentes, pero serán datos que se centran en estrategias de programas. Estudios de operaciones, análisis de efectividad de coste, parámetros de coste, estadísticas de servicio, y datos

demográficos son algunos ejemplos de los datos que se usarán en esta etapa.

Las personas involucradas en la etapa de diseño serán funcionarios de políticas de salud pública, proveedores de servicios, y beneficiarios. Los funcionarios de políticas de salud pública estarán interesados en la estrategia general y objetivos a largo plazo así como en requisitos de presupuesto. Los proveedores de servicios serán personas interesadas, ya que pueden ser los agentes principales de las intervenciones. Los posibles clientes o beneficiarios de la intervención estarán interesados en el diseño de la respuesta.

3. Implementación y seguimiento del programa. Una vez que se ha escogido e implementado una solución, los creadores de políticas y los ejecutores de programas necesitarán información para controlar el progreso. Esto se hace normalmente midiendo las entradas, salidas y resultados asociados con la solución. Alguna información puede estar disponible a intervalos frecuentes, como datos de entrega del servicio, que a menudo se recolectan mensual o incluso semanalmente. Otra información aparece solo cada 3-5 años en el caso de encuestas, o cada 10 años para censos de población. Cada vez mas, los proyectos y programas tienen planes de seguimiento del rendimiento (“performance monitoring plans” (PMP, siglas en inglés)) bien diseñados o ‘estructuras lógicas’ que contienen indicadores de rendimiento para controlar el progreso realizado en conseguir los objetivos del programa.

Este tipo de controles puede revelar cuándo se desvían los indicadores clave, lo que puede llevar a investigación adicional y a un cambio de política o ajuste de la estrategia. Por ejemplo, Scott (2005) menciona el caso de Uganda, donde una Encuesta Demográfica y de Salud (Demographic and Health Survey (DHS, siglas en inglés)) reveló que la tasa de mortalidad infantil no había cambiado entre 1995 y 2000, a pesar de que el país había experimentado un crecimiento económico rápido y una reducción de la pobreza. Análisis adicionales revelaron una variedad de factores explicativos, incluyendo una disminución en la cobertura de vacunas. Después de discusiones entre los creadores de políticas, se revitalizó el programa de vacunación.

Además de los creadores de políticas y los que implementan los programas, la sociedad civil y los posibles beneficiarios de los programas también querrán saber si la solución está siendo bien ejecutada y si está suponiendo una diferencia. Deberá facilitarse el acceso a controlar la información.

4. Evaluación. La cuarta categoría en la toma de decisiones concierne el evaluar si la decisión original era la decisión “correcta”, si la intervención elegida era apropiada, si se implementó tal como se pretendía, y si el problema a resolver se ha resuelto. Medir el impacto de una intervención es metodológicamente complejo y requiere más información que el control del programa o la implementación de políticas. La evaluación del impacto puede implicar una variedad de diseños de estudio y por eso puede implicar diferentes requisitos de datos. De forma progresiva, se necesitaran datos y necesidad de recursos mas estrictos, a medida que aumenta la demanda de poder explicativo de la evaluación (Habicht, Victora et al. 1999). Las principales decisiones que pudieran ser afectadas por una evaluación podrían ser si ampliar un programa a partir de la etapa experimental o si continuar un programa completamente desarrollado tal como esta diseñado.

El tipo de datos que se usará en una evaluación estarán más orientados a investigación de mercado (por ejemplo, una encuesta basada en la población) que en el caso del control del programa. Incluso

cuando algunos de los indicadores de resultados pudieran ser parte de los PMP del proyecto (por ejemplo, la tasa de prevalencia de anticonceptivos) y se usarían para el control y la evaluación, si el elemento evaluativo requiere evidencia de causa, podría existir una demanda de datos más rigurosos.

Las personas involucradas que estarían interesadas en los resultados de un ejercicio de evaluación serían en gran medida las mismas que aquellas que estaban involucradas en el programa inicial de identificación – funcionarios de la salud pública, sociedad civil y líderes de la opinión. Las personas que implementan el programa también podrían estar interesadas en los resultados de la evaluación, ya que éstos afectarían la financiación de los programas.

También es importante que el diseño de la evaluación y los requisitos de datos se especifiquen con anterioridad a implementarse el programa o la política. Esto permite el establecimiento de una hipótesis de partida, así como una anticipación de qué datos serán necesarios para la evaluación. Esto también significa que la evaluación se ve como una parte integral de toda la actividad o política y no sólo como un accesorio después de un periodo de tiempo, o peor, después de terminar el programa.

Identificar oportunidades para promover la DDIU: las interconexiones entre oferta, demanda y capacidad

En esta sección presentamos un acercamiento al diagnóstico de una situación determinada con el fin de identificar algunos puntos de partida estratégicos para promover la DDIU. Específicamente, estos puntos de partida dependen de la comprensión de cómo la oferta de datos, la demanda de información, y las capacidades de uso se interrelacionan en un contexto determinado.

La estructura conceptual presentada en la Figura 1 (página 3) propone que la mejora de la sanidad proviene del reforzamiento de los sistemas de datos e información y del reforzamiento de la capacidad local de recolectar y usar los datos y la información. Por lo tanto, la DDIU no es una actividad independiente, sino que debería estar integrada en todas las actividades de recolección y análisis de datos. Como ya hemos hablado, es más probable que la demanda sostenible de información sanitaria y su uso tengan éxito cuando están integradas con actividades para mejorar la calidad técnica de los datos y las herramientas de datos, para aumentar la capacidad individual de entender y usar los datos, y para reforzar el contexto organizativo que apoya la recolección y el uso de datos (LaFond, Fields et al. 2005).

La estructura conceptual también propone una conexión directa entre el uso y la demanda (mientras que el impacto de la demanda en el uso está mediatizado por las etapas intermedias de recolección y disseminación de datos). En otras palabras, las intervenciones efectivas para mejorar el uso de la información existente deberían influenciar directamente a los directores de programas y a los creadores de políticas para exigir más información. Las intervenciones para mejorar la demanda que muestran el valor de la información influirán directamente en el uso, ya que el aumento de la demanda debe llevar primero a una mejor recolección de datos y a una disponibilidad más amplia de la información que es utilizada en última instancia para orientar las decisiones.

Obviamente, el uso de información no puede lograrse si los datos no son asequibles. La recolección y análisis de datos no se pueden mantener si las personas que toman decisiones y que controlan o

Tabla 2. Clasificación conjunta de oferta de datos y demanda de datos/uso de la información

		Oferta de datos	
		Pobre ←	→ Mejorada
Demanda de datos/ uso de información	Pobre ↑	1. Las estadísticas son pobres, y los creadores de políticas y los directores de programas no las usan casi. Además, los creadores de políticas y los creadores de programas no son conscientes de la necesidad, o falta, de programas y creación de políticas basados en la evidencia.	2. La cantidad y calidad de las estadísticas mejora, pero no se usan para tomar decisiones porque los creadores de políticas y los directores de programas no tienen incentivos y/o la capacidad de usarlos. Esto puede resultar en diseño e implementación de programas y políticas no basados en la evidencia. Esta situación puede también aplicarse a casos en los que requisitos internacionales o de informar sobre donantes lleva a un aumento de recursos para la recolección de datos sin el uso nacional de la información que se produce.
	Mejorada ↓	3. Las estadísticas son pobres pero los creadores de políticas y los directores de programas las usan con mayor frecuencia con varios objetivos. La deficiencia de datos reduce la calidad de la toma de decisiones.	4. Las estadísticas mejoran y se usan con mayor frecuencia para la toma de decisiones. Esto hace que mejore el diseño de programas y políticas y su implementación.

Adaptado de Scott (2005)

influyen en la adjudicación de recursos no las exigen. Las interconexiones entre la disponibilidad de información y la DDIU se ilustran en la Tabla 2.

Esta matriz será específica a cada situación; incluso dentro de un mismo país u organización, los diferentes programas tendrán diferente calidad técnica de datos y herramientas y diferentes patrones de **toma de decisiones. Al completar la matriz para una situación determinada en un país determinado, aquellos que trabajan para reforzar la DDIU** pueden llegar a comprender en qué punto las intervenciones tempranas podrían haber tenido mayor éxito.

Por ejemplo, un programa de planificación familiar arraigado puede tener un servicio de recolección de estadísticas fiable y experiencia en interpretar necesidades insatisfechas de la DHS, mientras que una enfermedad contagiosa surgida recientemente puede tener expertos en epidemias bien entrenados, pero sistemas de notificación flojos. Con los recursos substanciales que se están volcando en programas de VIH/SIDA, es posible que los sistemas de datos relacionados con otros problemas sanitarios, tal como la vacunación rutinaria de niños, se deterioren. Por otra parte, el refuerzo de sistemas relacionados con VIH/SIDA pudiera mejorar la disponibilidad y uso de datos en otras áreas también.

En la Tabla 3 aparecen ejemplos de las cuatro categorías de experiencias con programas recientes. En la segunda parte de la serie sobre la DDIU, examinaremos éstos y otros ejemplos con más detalle,

Tabla 3. Clasificación conjunta de oferta de datos y demanda de datos/uso de la información

		Oferta de datos	
		Pobre ←	→ Mejorada
Demanda de datos/ uso de información	Pobre ↑	<p>1. Nigeria, sector de educación: los datos sobre escuelas y estudiantes son pobres o no existen y la poca información que existe no es usada por el Ministerio de Educación Federal.</p> <p>Santa Lucía, VIH/SIDA: el programa de VIH/SIDA planea diseñar campañas de Comunicación de Cambio de Conducta, pero no hay datos sobre las poblaciones más vulnerables.</p>	<p>2. Nigeria, salud reproductiva: las estadísticas están mejorando, debido principalmente a esfuerzos orientados a donantes tal como el DHS, pero estos datos no son usados con regularidad por el Ministerio de la Salud para guiar los programas.</p> <p>Mozambique, VIH/SIDA: las estimaciones de prevalencia de VIH y las proyecciones de impacto se recolectan de forma regular y se distribuyen de forma extensa, pero no se usan para guiar la asignación de recursos.</p>
	Mejorada ↓	<p>3. Nigeria, VIH/SIDA: existen datos de control de centinela pero faltan información de salud rutinaria y datos de pacientes. La demanda de información es alta y el Comité de Acción Nacional para VIH/SIDA usa los datos que tiene para apoyo y seguimiento de programas.</p> <p>República Dominicana, VIH/SIDA: el Equipo de Control Nacional discute los datos sobre tendencias de emplazamientos de VCT, pero NAP/C carece de datos complementarios para entender la epidemia de formas más profunda.</p>	<p>4. Egipto, salud reproductiva: se recolectan datos abundantes de forma regular por medio de encuestas y sistemas de información sanitaria rutinarios y son usados por el Ministerio de Salud y Población.</p> <p>Sudáfrica: en todos los distritos existen Sistemas de Información Sanitaria a nivel de distrito que están adaptados para responder a diferentes necesidades de información local.</p>

en un esfuerzo para entender qué condiciones llevan a estar en cada uno de los cuadrantes y qué acercamientos se podrían realizar para llegar al cuadrante 4, donde mejoran la oferta y demanda de datos/uso de información.

Cambiar el paradigma: De la ‘diseminación’ de datos a la DDIU

La estructura de la DDIU presentada aquí puede verse no solo como un conjunto de pautas y principios para fomentar la **toma de decisiones basadas en la evidencia, sino también como un cambio de paradigma alejado de un acercamiento en el que los datos se recolectan o se realizan investigaciones de mercado y luego se “diseminan” como actividad final.** Esta “diseminación” casi nunca lleva al uso de los resultados de forma consistente. Es más, a menudo no hay razón para suponer que en primer lugar las personas involucradas vayan a usar los datos si no han estado

implicadas en definir la información que quieren. Lo que llamamos una propuesta DDIU es una en la que los datos e información se recolectan en respuesta a una necesidad identificada, una necesidad que se justifica en términos del uso que se hará de la información orientado a la decisión. De esta forma, los datos e información sanitaria – ya sea seguimiento programático de datos que forman parte de un sistema de M&E, información sanitaria rutinaria, datos de encuestas o resultados de operaciones de investigación de mercado – pueden ocuparse de la demanda desde el principio, aumentando la probabilidad de que cuando la información esté disponible, se usará al completo. Se podría llamar a esto un cambio de paradigma hacia una cultura de datos e información, o, como lo hemos llamado aquí, un cambio hacia la **toma de decisiones basada en la evidencia**. Mientras que un cambio así no asegura que las personas que toman decisiones usen siempre los datos en la forma en que los investigadores o recolectores de datos piensan que deben ser usados, mantenemos que, cuando la información es asequible a todas las personas involucradas, se crea la oportunidad para el debate y el diálogo entre las personas involucradas. Esta oportunidad puede abrir la puerta a decisiones que finalmente mejorarán los resultados sanitarios de los programas o las políticas.

Hacer funcionar la DDIU: un anticipo de la segunda parte

Como indicamos en la introducción, este documento ofrece una estructura general para la DDIU y presenta algunos principios y conceptos básicos. En la segunda parte de la serie sobre la DDIU, Estrategias y Herramientas para la Demanda de Datos y Uso de la Información en el Sector Sanitario, ofrecemos más detalles sobre cómo implementar actividades de la DDIU.

La segunda parte examina los impedimentos a la **toma de decisiones basadas en la evidencia, y cómo identificar y resolver algunos de los impedimentos principales**. Además, la segunda parte examina estrategias para fomentar la DDIU y pautas para implementar actividades e intervenciones de DDIU, y presenta una serie de herramientas para la DDIU que incluyen:

- El calendario de decisiones
- Evaluación de los impedimentos al uso de datos
- Organización del uso de información
- Participación de personas involucradas
- Performance of Routine Information System Management (PRISM) – Rendimiento de Dirección del Sistema de Información Rutinaria

La segunda parte Estrategias y Herramientas para la Demanda de Datos y Uso de la Información en el Sector Sanitario, es una publicación aparte. Se puede descargar gratuitamente o se puede encargar en la pagina Web de MEASURE Evaluation, <http://www.cpc.unc.edu/measure>.

Referencias

AbouZahr, C. and T. Boerma (2005). "Health information systems: the foundations of public health." *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78-583.

Adewuyi, A. and A. Akinlo (2005). *Decision Maker Perceptions Among Key Informants in Nigeria: A Rapid Assessment of data Use Constraints*. Chapel Hill NC, MEASURE Evaluation/Carolina Population Center.

Habicht, J., C. Victora, et al. (1999). "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact." *International Journal of Epidemiology* 28: 10-18.

Hardee, K., I. Feranil, et al. (2004). *The Policy Circle*. POLICY Working Paper No 11. Washington DC, The Futures Group.

Health Metrics Network (2005). *Strengthening Country Health information Systems: Assessment and Monitoring Tool (draft 1.0)*. Geneva, Health Metrics Network.

Ikamari, L. (2005). *Decision Maker Perceptions in Kenya: A Rapid Assessment of data Use Constraints*. Chapel Hill NC, MEASURE Evaluation/Carolina Population Center.

LaFond, A., R. Fields, et al. (2005). *The PRISM: An Analytical Framework for Understanding Performance of Health Information Systems in Developing Countries*. Chapel Hill NC, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center.

Lippeveld, T., R. Sauerborn, et al., Eds. (2000). *Design and implementation of health information systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud

Marin, M., J. Foreit, et al. (2005). *Towards a conceptual framework for the study of the use of operations research findings*. Presentado en la Reunión anual de la Population Association of America.

Scott, C. (2005). *Measuring Up to the Measurement Problem: The role of statistics in evidence based policy-making*. London, London School of Economics, preparado para Paris 21.

Yinger, N. (2003). *Creating a window of opportunity for policy change*. Documento presentado en la Conferencia AMDD, Kuala Lumpur.