



Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y estudios en Salud



DISEÑO DE INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE PROGRAMAS EN SALUD MATERNA

desde la perspectiva del conocimiento
tácito y el marco lógico



Víctor Becerril Montekio y Jacqueline Alcalde Rabanal
editores

DISEÑO DE INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE PROGRAMAS EN SALUD MATERNA

desde la perspectiva del conocimiento
tácito y el marco lógico



Víctor Becerril Montekio y Jacqueline Alcalde Rabanal
editores

Diseño de intervenciones para mejorar la implementación local de programas en salud materna desde la perspectiva del conocimiento tácito y el marco lógico

Primera edición, junio de 2015

DR © Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua CIES-UNAN Managua / Instituto Nacional de Salud Pública

CIES-UNAN Managua,
Rotonda Cristo Rey 75 varas sur,
Managua, Nicaragua.

Impreso y hecho en Nicaragua
Printed and made in Nicaragua

N

362.1982

D611 *Diseño de intervenciones para mejorar la implementación local de programas en salud materna : desde la perspectiva del conocimiento tácito y el marco lógico / Victor Becerril Montekio y Jacqueline Alcalde Rabanal, editores. -- 1a ed. -- Managua : CIES-UNAN Managua, 2015 100 p.*

ISBN : 978-99964-912-0-7

1. SERVICIOS DE SALUD MATERNA-CALIDAD
2. SISTEMA DE SALUD 3. PROGRAMAS DE SALUD
4. INVESTIGACIONES

Managua, 09 de octubre de 2015

Este manual fue elaborado como parte del proyecto *Fortalecimiento de capacidades del personal estratégico y táctico de programas de salud materna en México y Nicaragua* realizado gracias al financiamiento otorgado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Citación sugerida:

Becerril Montekio Víctor M. y Alcalde Rabanal Jacqueline E., editores. Diseño de intervenciones para mejorar la implementación local de programas en salud materna desde la perspectiva del conocimiento tácito y el marco lógico. Managua, Nicaragua: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua / Instituto Nacional de Salud Pública, 2015

Contenido

Introducción

Pag. 5

Capítulo I.

Pag. 9

Investigación de implementación en programas de salud

Víctor M. Becerril Montekio, Jacqueline E. Alcalde Rabanal,
Miguel Ángel Orozco Valladares

Capítulo II. ¿Cuáles evidencias usar?

Pag. 21

Conocimiento explícito y conocimiento tácito

Víctor M. Becerril Montekio, Emily M. Vargas Riaño,
Mariel V. Rouvier, Marcia Y. Ibarra Herrera

Capítulo III. ¿Por dónde empezar?

Pag. 27

**Primeros pasos en la investigación de implementación
para desarrollar intervenciones a nivel local**

Emily M. Vargas Riaño, Víctor M. Becerril Montekio, Mariel V. Rouvier

Capítulo IV.

Pag. 45

**Diseño de intervenciones para mejorar la implementación
de programas de salud materna utilizando el Marco Lógico**

Jacqueline E. Alcalde Rabanal, Alfonso E. Nino Guerrero, Luis A. García Bello

Capítulo V.

Pag. 83

**¿Cómo presentar un proyecto de intervención
y los resultados de su implementación?**

Alfonso E. Nino Guerrero, Jacqueline E. Alcalde Rabanal,
Víctor Becerril Montekio, Emily M. Vargas Riaño

Referencias bibliográficas

Pag. 95

Sobre los autores

Pag. 98

Introducción

El conocimiento y destreza técnica alcanzados hoy en día en el campo de la Salud Pública por la ciencia médica en general y por los profesionales de la salud en particular ofrecen soluciones de probada eficacia para importantes problemas de salud que aquejan a la población desde una perspectiva de equidad como referente del buen desempeño de los sistemas de salud. Sin embargo, estas soluciones no siempre logran atravesar con éxito el difícil trayecto desde la eficacia probada en ciertos ámbitos hasta la efectividad en diferentes contextos concretos para traducirse en una mejor calidad de vida de la población más vulnerable. Se sabe qué hacer y, con frecuencia, se hace lo indicado. Sin embargo, al revisar con mayor detenimiento casos específicos, a menudo descubrimos que todavía persisten brechas de desigualdades, fallas sistémicas, deficiencias, obstáculos, carencias o excesos que impiden o dificultan poner en práctica las soluciones tal como han sido planeadas y, por lo tanto, no se alcanzan los resultados esperados (1). La presente guía práctica tiene como objetivo ofrecer una herramienta metodológica para diseñar intervenciones destinadas a superar los problemas de implementación de programas de salud materna más comunes a nivel local y, por esta vía, obtener los mejores resultados posibles.

Luego de introducir los conceptos sobre implementación e investigación de implementación, esta guía presenta algunos mecanismos para establecer relaciones de colaboración entre investigadores y profesionales involucrados en la atención a la salud de las mujeres. El objetivo es ayudar a ambas partes a que emprendan un trabajo colaborativo para incidir sobre los principales problemas de implementación de los programas de salud materna saltando la brecha entre quienes dedican su esfuerzo a tratar de comprender el funcionamiento y desempeño de los sistemas de salud y quienes garantizan que estos estén en funcionamiento para ofrecer atención a la población (2,3). Aun cuando la metodología propuesta se centra en el ámbito de la salud materna, no obstante, puede ser aplicada en otros ámbitos de prestación de servicios de atención a la salud de la población.

Combinando el conocimiento desarrollado en el seno de organismos internacionales, fundamentalmente el Programa Especial para la Investigación y el Entrenamiento en Enfermedades Tropicales (TDR) y la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud con la experiencia de los autores dentro de instituciones como la Cooperación Holandesa, Pathfinder International, Generación de Capacidades (GyC Salud y ambiente) y las lecciones aprendidas en el Instituto Nacional de Salud Pública de México a partir de la puesta a prueba de un modelo de fortalecimiento de capacidades en personal de salud materna en México y en Nicaragua¹, hemos concebido una herramienta para compartir en el contexto latinoamericano.

1 Fortalecimiento de implementación para de capacidades para demandar, acceder y aplicar investigación mejorar programas de salud materna para poblaciones con baja cobertura en salud en México y Nicaragua.



Este libro-guía surge de la experiencia de dos equipos de investigadores trabajando paralelamente, uno en México y otro en Nicaragua, para establecer relaciones de colaboración con personal tanto estratégico y táctico como clínico y administrativo directamente involucrado en la operación de programas y servicios de atención a la salud materna así como también personal comunitario como parteras, brigadistas de salud y representantes locales de otras instituciones tales como alcaldías, universidades y hasta organizaciones comunitarias de reconocida actuación en el campo de la salud en algunos de los sitios de intervención. En este caso los investigadores fuimos en busca de los responsables del sistema de salud y ofrecimos nuestro apoyo dentro de un proyecto de fortalecimiento de capacidades del personal para utilizar y llevar a cabo investigación de implementación. Pero también es factible que la iniciativa surja de los responsables de la implementación y que sean ellos quienes convoquen a los equipos de investigadores para apoyarlos aprovechando su capacidad y su disponibilidad para apoyar en estos temas. Sobre esa base, nos propusimos compartir lo esencial de la metodología utilizada con el fin de que implementadores e investigadores descubran el interés y las posibilidades de trabajar conjuntamente en la conducción de intervenciones locales destinadas a mejorar la implementación de políticas o programas de salud, con un enfoque particular en la salud materna, pero no limitados a ella.

La guía ha sido construida de la siguiente manera. El primer capítulo nos ubica en el marco general de la investigación de implementación en tanto rama de la investigación en sistemas de salud abocada a discernir qué funciona y qué no funciona en la puesta en marcha de los programas. Dado que la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS ha desarrollado una excelente guía para la conducción de este tipo de investigación (2), este libro construye sobre esa base con el objetivo es aportar nuevos elementos para el diseño de intervenciones locales destinadas a mejorar la implementación de políticas y programas de salud materna.

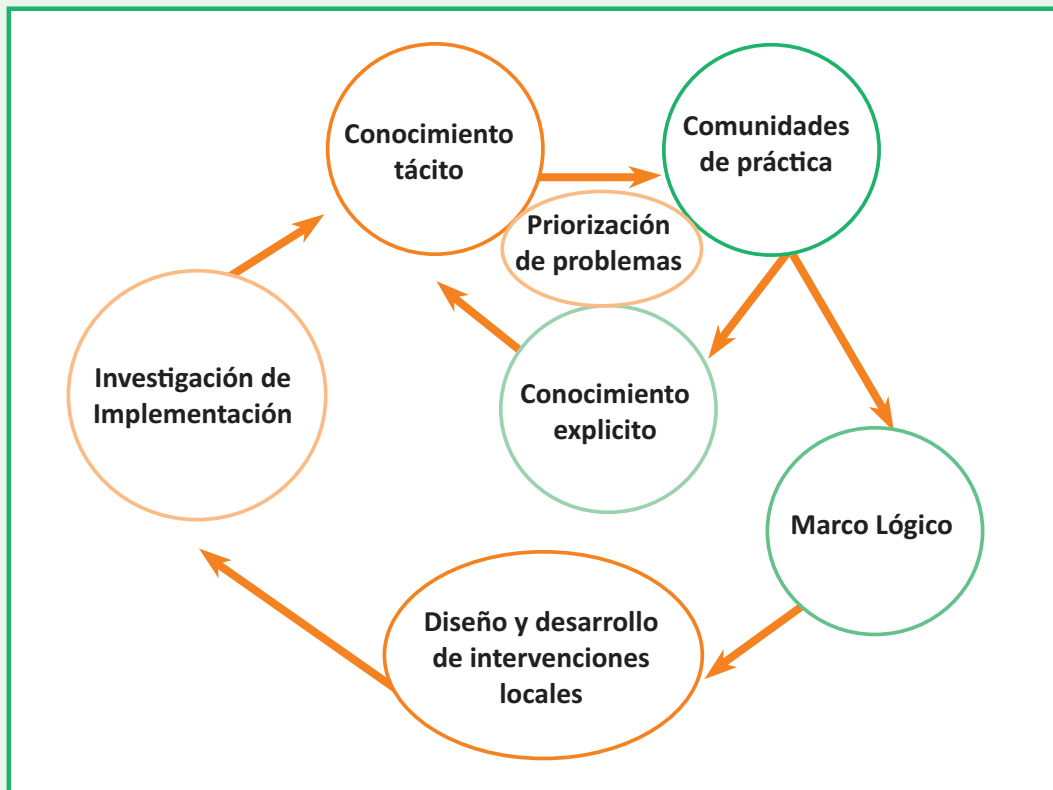
El segundo capítulo introduce lo esencial sobre los dos tipos de conocimiento que es necesario considerar a fin de asegurar la mejor comprensión de lo que funciona y lo que no funciona en la implementación de los programas: el conocimiento tácito y el conocimiento explícito. El capítulo tercero presenta la metodología para la conformación de comunidades de práctica para aprovechar el conocimiento tácito de quienes participan en la implementación de los programas y están interesados en mejorarla mediante el diseño de intervenciones. Esto se complementa con la presentación de herramientas mediante las cuales dichas comunidades de práctica podrán aprovechar también el conocimiento explícito para el diseño de sus intervenciones.

El Capítulo IV es el corazón de este manual. En él se presenta la metodología para el diseño de intervenciones destinadas a mejorar la implementación local de programas de salud materna, fundamentalmente el Marco Lógico y las herramientas para la conceptualización, diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones. Por último, el quinto capítulo ofrece herramientas para el desarrollo de la mejor presentación del proyecto de intervención y, eventualmente, de sus resultados.



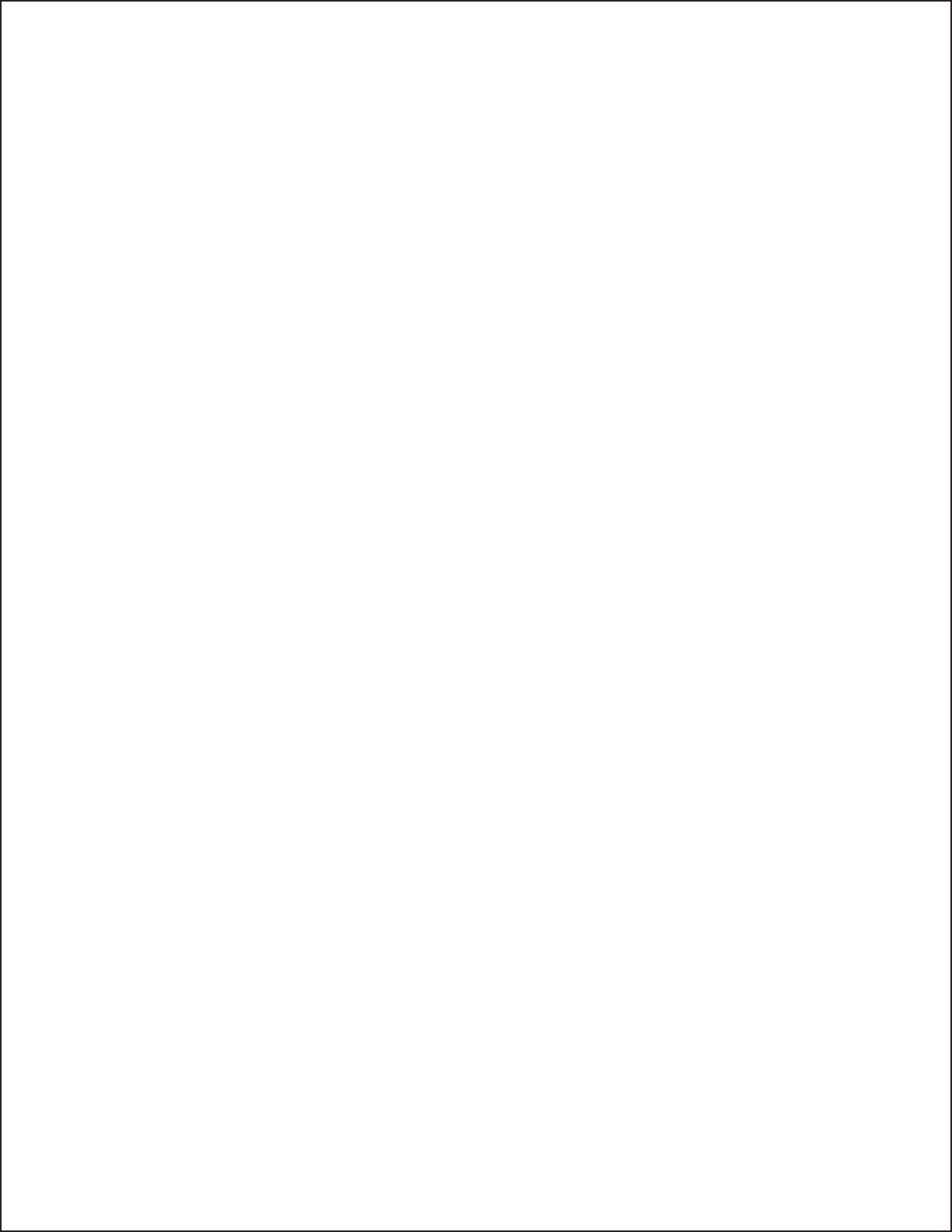
Una advertencia general para la utilización efectiva de esta guía es que a fin de lograr el mayor éxito posible, las metodologías que en ella se exponen no se aplican de manera lineal conforme avanza la lectura. Se trata en todos los casos de procesos iterativos que exigen volver al inicio bajo la luz que aportan los elementos de los capítulos posteriores. Esto es particularmente cierto por lo que se refiere a la relación entre los capítulos III a V, en los que se presentan los aspectos más directamente prácticos luego de que los primeros dos capítulos han sentado las principales bases teóricas. La figura 1, aquí adelante, muestra el tipo de alimentación-retroalimentación de los procesos iterativos antes mencionados.

Figura 1. Proceso cíclico iterativo de utilización de los elementos metodológicos de la guía



Insistimos en que este manual ha sido pensado y diseñado para apoyar principalmente a quienes laboran en el sistema público de servicios de atención a la salud y son directamente responsables de la puesta en marcha de intervenciones que no logran obtener los resultados esperados en su contexto de acción. Trabajando de común acuerdo y dinamizando los intercambios entre ellos y en colaboración con equipos de investigadores en sistemas de salud, podrán indagar, descubrir y actuar sobre aquello que hará posible mejorar los resultados de las intervenciones y, por esa vía, la salud de la población.





I. Investigación de implementación en programas de salud

Víctor M. Becerril Montekio
Jacqueline E. Alcalde Rabanal
Miguel Ángel Orozco Valladares

En salud materna existe una gama de intervenciones cuya eficacia para reducir la mortalidad materna ha sido comprobada. Muchas de ellas son una política oficial en casi todos los lugares donde son necesarias. Pero como sabemos, en la práctica, más aún en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos, las intervenciones planeadas no son implementadas de manera efectiva en donde se necesitan.

Penn-Kekana (1)

1. ¿Qué indaga la investigación de implementación?

Sabemos que, siguiendo la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instancias, como parte fundamental de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se han desplegado importantes esfuerzos para mejorar la salud de las mujeres. Dichos esfuerzos han tenido en cuenta la necesidad de que las intervenciones, programas y políticas se desarrollen con base en la mejor evidencia científica disponible y, de ser posible que su eficacia haya sido probada y bien documentada. Los gobiernos que han participado en estas iniciativas han aceptado el reto y comprendido la urgencia de actuar enérgicamente poniendo en marcha diversas intervenciones destinadas a dar respuesta a uno de los más acuciantes rezagos en salud, es decir, los problemas relacionados con la salud materna en general y que, con excesiva frecuencia, todavía desembocan en muertes en torno al embarazo, el parto y el puerperio provocadas por causas evitables.



En este contexto, el problema que nos proponemos abordar no es la calidad del diseño o la validez de las políticas y programas de salud materna en sí mismos. Aunque sin duda es posible hacer una revisión crítica de algunas intervenciones cuya orientación básica no ha tomado en cuenta la mejor evidencia disponible, ese no es el propósito de esta obra. Desde otra perspectiva, consideramos que el hecho de que, llegado el año 2015, la mayoría de los países del mundo no haya podido cumplir con la quinta meta del milenio reduciendo la razón de mortalidad materna en 75% respecto de los niveles de 1990 no solamente depende de *qué se hizo* para alcanzarla, sino de *cómo se hizo*. En vez de enfocarnos en el *qué* de las intervenciones, políticas y programas, queremos aportar herramientas útiles para indagar *cómo* se han puesto en marcha.

Es decir, queremos enfocar la manera en que se pusieron en marcha y se encuentran funcionando las intervenciones, lo que significa que buscamos abordar el problema de su *implementación*. Partimos del supuesto de que buena parte de las intervenciones destinadas a mejorar la salud materna no sólo han sido formuladas con base en evidencias, sino que incluso algunas han sido implementadas con éxito en ciertos lugares y momentos. Sin embargo, al ser implementadas en otros contextos espacio-temporales, en ocasiones no logran arrojar los resultados esperados. La explicación sobre esto tiene que ver con la forma en que fueron y son puestas en práctica en contextos concretos, desde nacionales hasta estatales, departamentales, distritales o municipales. No se trata del carácter científico y bien fundado de las intervenciones clínicas y de salud pública, sino de la forma en que estas intervenciones han sido llevadas a la realidad concreta de cada lugar, de la manera y la medida en que cada mujer embarazada tiene o no tiene acceso a ellas. Se trata de un tema de los *sistemas de salud*, de la forma en que la prestación de atención a la salud de las gestantes está organizada y de lo que garantiza, facilita u obstaculiza el éxito de los programas.



El tema de la implementación no tiene que ver con el carácter científico y bien fundado de las intervenciones clínicas y de salud pública, sino de la forma en que estas intervenciones han sido llevadas a la realidad concreta de cada lugar, de la manera y la medida en que cada mujer embarazada tiene o no tiene acceso a ellas.

Para comprender la diversidad de elementos y relaciones que determinan el éxito o fracaso de una intervención destinada a mejorar la salud materna, debemos empezar por hacer el esfuerzo de pensar de una manera nueva que nos permita captar qué implica lidiar con *sistemas* de salud. Apoyándonos en la importante obra sobre el pensamiento sistémico en relación con los servicios de salud publicada en 2009 por la OMS (2), subrayamos que, como todo sistema, los sistemas de salud poseen una serie de características entre las cuales destacamos las siguientes.

- Poseen una dinámica propia y por ende podemos decir que se auto-organizan
- No responden a relaciones simples de causa-efecto, son *no-lineales* y complejos
- Se encuentran en movimiento y cambio constantes, aunque también son
- Resistentes al cambio, pues su auto-organización crea importantes inercias
- Dependen de la historia de cada lugar y de cada época o momento precisos
- Poseen una fuerte cohesión y validez interna y están en constante retroalimentación
- Incluyen sub-sistemas dentro de ellos y, a su vez, son parte de sistemas más grandes

Los sistemas de salud se caracterizan por su dinamismo y la interconexión que existe entre sus principales elementos constitutivos, entre los cuales, siguiendo el esquema usado por de Savigny, distinguimos los siguientes (Figura 1.1).

- La prestación de servicios de atención a la salud propiamente dichos
- Los recursos humanos encargados de hacer posible la prestación de servicios
- Los medicamentos y la tecnología necesarios
- La información de toda índole sin la cual no se puede prestar la atención a la salud
- La financiación del costo de todos los recursos
- La gobernanza o rectoría que le da coherencia a todo el sistema
- En el centro, las personas o la población más vulnerable a la cual debe servir el sistema de salud

Pensar en sistemas de salud exige llevar la atención de manera iterativa de las partes al todo y del todo a las partes. Para entenderlos, es preciso considerar no sólo los diferentes objetos y actores que participan en su organización sino fundamentalmente las relaciones que se establecen entre ellos. Al analizarlos, en vez de pensar sólo en estructuras, es necesario comprender bien los procesos que se llevan a cabo en su interior y los resultados que llegan a la población. Por todo esto se precisa orientar el esfuerzo hacia el reconocimiento y la comprensión de relaciones en las que participan múltiples elementos y actores que alimentan y retroalimentan procesos con diferentes niveles de complejidad.



Figura 1.1 Arquitectura dinámica e interconectividad de los elementos constitutivos del sistema de salud



Fuente: Don de Savigny y Adam Taghreed (2)

Dentro de este marco, indagar sobre la manera en que se implementan las intervenciones, es decir, la *investigación de implementación*, puede definirse como un tipo particular de *investigación en políticas y sistemas de salud* que estudia políticas, programas y prácticas tanto clínicas como de salud pública en la búsqueda científica de respuestas a las preguntas sobre cómo se ponen en marcha y cómo funcionan en la práctica (3).



La *investigación de implementación*, puede definirse como un tipo particular de *investigación en políticas y sistemas de salud* que estudia políticas, programas y prácticas tanto clínicas como de salud pública en la búsqueda científica de respuestas a las preguntas sobre cómo se ponen en marcha y cómo funcionan en la práctica.

Peters, Tran, Adam, 2013

2. Ámbitos del análisis y principales variables de la investigación de implementación

Ámbitos del análisis

La investigación de implementación debe considerar tres grandes ámbitos hacia los cuales debe enfocarse el análisis y la mejor comprensión de qué está y qué no está funcionando para lograr el éxito de un programa particular: los factores, el proceso y los resultados de la implementación. Aun cuando el desglose de cada uno de ellos no es exhaustivo, la siguiente lista nos acerca a los tres grandes ámbitos y lo más relevante de cada uno de ellos que habrá de tomar en cuenta al indagar sobre la implementación o puesta en marcha real de cualquier programa o política.

- Los *factores* que afectan la implementación de los programas y políticas
 - Actores internos al sistema de salud
 - Actores vinculados con el sistema de salud
 - Actores externos al sistema de salud
 - Elementos físicos del sistema de salud
 - Elementos físicos ajenos al sistema de salud
- El *proceso* mismo de la puesta en acción o implementación
 - Etapas que se deben seguir
 - Procedimientos previstos o no
 - Cadenas de mando y transmisión de la información
- Los *resultados* o productos de los programas
 - Estado de salud de la población
 - Satisfacción de quienes reciben la atención a la salud
 - Reducción o incremento en el gasto en salud

Los *factores* de la implementación son de dos tipos, físicos y humanos. Los primeros pueden pertenecer al ámbito propio al sistema de salud, como sería el caso tanto de la infraestructura, edificios, mobiliario, equipo e insumos necesarios para brindar atención a la salud, como de las agencias u oficinas administrativas que hacen posible el funcionamiento de todo el conjunto. Pero también puede tratarse de factores



físicos ajenos al sistema de salud cuyas condiciones inciden positiva o negativamente sobre el acceso efectivo de la población a los servicios de atención a la salud. Entre ellos podemos pensar en aspectos que van desde lo territorial o geográfico hasta otros más ligados a las condiciones de cada contexto social, como sería la disponibilidad de transporte y caminos adecuados para acceder a los sitios en donde se ofrece la atención a la salud.

Los factores humanos son los actores que intervienen directa o indirectamente en el funcionamiento del sistema. En primer lugar, tenemos al personal que labora directamente en la prestación y la organización de la prestación de atención a la salud: personal médico, de enfermería, auxiliar, paramédico y administrativo. En segundo término, y debiendo ser el centro de atención, la población usuaria de los servicios de atención a la salud, los pacientes y sus familiares. Por último, una categoría de actores que, sin participar dentro del sistema de salud, tienen gran influencia sobre su funcionamiento. Se trata básicamente de quienes tienen cargos de responsabilidad pública, tomadores de decisiones que inciden de manera directa o indirecta sobre la forma en que operan los servicios de atención: autoridades municipales, fiscales y hasta grupos de interés u organizaciones de la sociedad civil con capacidad para influir sobre los primeros.

Por lo que respecta al *proceso* mismo de la implementación, es necesario atender a los tiempos y formas en que esta se lleva a cabo, lo cual también incluye las normas o estándares y los protocolos institucionales y sectoriales. Generalmente la implementación de una intervención incluye varias etapas sucesivas y, de no respetarse el orden de las mismas, se pueden generar problemas que limiten su eficacia. Es necesario conocer bien lo que se suele llamar reglas de operación de un programa o una política a fin de observar si se les observa y cumple cabalmente o si hay fallas en alguno de sus aspectos. Esto tiene que ver con la correcta adopción y aplicación de normas (estándares), protocolos y procedimientos, el respeto a las cadenas de mando, los niveles de autoridad y responsabilidad tanto técnica como administrativa, y la correcta transmisión de la información indispensable para que el programa funcione como estaba previsto por quienes lo diseñaron.

En tercer lugar, los *resultados* de la implementación de una intervención también pueden ser considerados para comprender cómo es que esta se ha llevado a cabo. Estos resultados tienen que ver con temas tan importantes como las condiciones concretas de salud de la población objetivo de la política o el programa, el nivel de satisfacción que hay entre esta con relación a la atención recibida y hasta el ahorro o dispendio de recursos utilizados. Sin embargo, consideramos que el objetivo de este libro-guía no es ofrecer una herramienta para la evaluación de la implementación de una intervención, lo cual sería el motivo principal del enfoque centrado en los resultados. En cambio, proponemos a los lectores abocarse a la consideración tanto de los factores como del proceso de la implementación. Esto nos conducirá de manera más segura hacia las herramientas que ofrecemos en los capítulos III y IV con el objetivo de apoyar el diseño de intervenciones locales destinadas a mejorar la implementación de políticas y programas de salud materna.



Principales variables de la investigación de implementación

A fin de comprender y aprovechar al máximo la perspectiva y las posibilidades de este tipo especial de investigación en sistemas de salud, es indispensable distinguir bien entre las intervenciones, políticas o programas propiamente dichos y las estrategias que se utilizan para su implementación. Partimos del planteamiento de que las políticas o programas son intervenciones clínicas o de salud pública cuya eficacia ya ha sido comprobada científicamente y sobre las cuales se puede encontrar información validada incluso a nivel internacional. Sin embargo, para que estas intervenciones lleguen hasta su población objetivo se debe planear y ejecutar diversas acciones o incluso conjuntos de acciones. Estas acciones son las *estrategias de implementación* de la política o el programa. Por ejemplo, una intervención en salud pública podría ser un programa de planificación familiar. En cambio, las estrategias para su implementación pueden ir desde la apertura de módulos de planificación familiar en cada centro de salud hasta la difusión de información sobre métodos de anticoncepción y prevención del embarazo en lugares públicos y centros de trabajo. Las *estrategias de implementación* son las acciones o conjuntos de acciones que contribuyen al logro de la meta de la intervención y, por lo tanto, están incluidas dentro de esta. Al abordar el análisis o la investigación de implementación respecto de cualquier intervención primero se requiere identificarlas para determinar sobre cuál o cuáles de ellas se enfocará el estudio.

Es importante que quienes se apropien de las herramientas que se presentan más adelante comprendan cabalmente esta distinción entre la intervención y las estrategias de implementación que utiliza. Sólo así podrán abordar problemas que se encuentren dentro de su esfera de influencia y aportar elementos para modificar lo necesario, ya sea para fortalecer alguna estrategia de implementación que está generando buenos resultados o para superar algún obstáculo técnico o administrativo que se lo impide.

La investigación de implementación se debe enfocar en las estrategias utilizadas para asegurar que las intervenciones lleguen hasta la población objetivo para preservar, recuperar e incluso mejorar su salud. Sin embargo, primero es necesario tener una idea clara y completa de la intervención en su conjunto para, desde ese punto de partida, identificar claramente la o las estrategias particulares que se pretende observar. Sólo sobre esta base será posible, eventualmente, hacer proposiciones concretas y eficaces para mejorar la implementación.



Formato 1.1 Preguntas que se debe responder al iniciar el análisis de las estrategias de implementación de una política o programa de salud

Ámbito del análisis	Preguntas	Respuestas
Caracterización de la política o programa	¿A qué programa o política pertenece la estrategia de implementación seleccionada?	
	¿Cuál es el principal objetivo de la política o el programa?	
	¿Qué papel tiene la estrategia de implementación seleccionada dentro del conjunto del programa o la política?	
	¿Con cuáles otras estrategias de implementación de la política o programa ésta se relaciona de manera relevante?	
Factores de la implementación	¿Qué actores son responsables de la estrategia de implementación y cuál es su papel?	
	¿Qué actores son beneficiarios de la intervención en general y de la estrategia elegida en particular?	
	¿Qué otros actores pueden interferir o propiciar la implementación de la estrategia?	
	¿Qué elementos materiales intervienen en la estrategia de implementación?	
Proceso de la implementación	¿Cuáles son las principales etapas y procedimientos de la estrategia de implementación?	
	¿Cuáles son las cadenas de mando esenciales para la estrategia de implementación?	
	¿Cuál es la información indispensable para la estrategia de implementación y cómo se transmite?	
Resultados de la estrategia de implementación	¿Qué efecto tiene y/o debería tener la estrategia de implementación en el conjunto del programa o la política?	
	¿Qué efecto tiene o debería tener la estrategia de implementación sobre la salud de las mujeres embarazadas?	
	¿Qué opinión tiene la población sobre intervención en general y de la estrategia elegida en particular?	
	¿Cómo afecta la estrategia de implementación las finanzas del programa y/o del conjunto del sistema de salud?	
Contexto en que se realiza la implementación	¿En qué lugar preciso se está usando la estrategia de implementación y cuál es su nivel de autonomía político-administrativa?	
	¿Qué determinantes geográficos, administrativos y/o políticos influyen en el funcionamiento de la estrategia de implementación seleccionada?	
Momento en que se analiza la implementación	¿En qué período temporal se pretende analizar la estrategia de implementación?	



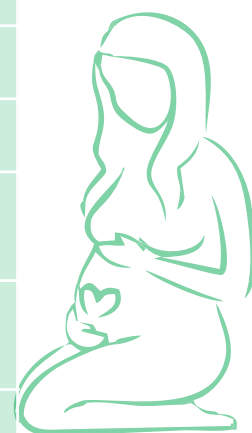
La implementación de una intervención, política o programa siempre se hace dentro de un contexto y en un momento bien definido. Para comprenderla, es necesario responder con precisión y claridad a múltiples preguntas relacionadas con estos dos aspectos, el lugar y el período de tiempo. Como punto de partida proponemos una lista que, si bien no es exhaustiva, sí presenta los elementos más relevantes que se deben tomar en cuenta (Formato 1.1).

Utilizando una vez más el valioso material de la Guía práctica de Peters, Tran y Adam, ahora debemos avanzar en la comprensión de las variables cuya medición y análisis permiten saber qué tan bien está funcionando la implementación de las estrategias de una política o un programa (Cuadro 1.1). El análisis de estas variables permitirá comprender el impacto o la trascendencia que pueden tener las diferentes estrategias de implementación en la política o el programa, así como, eventualmente, en la totalidad del sistema de salud.

Es importante insistir en que cada una de estas variables se debe relacionar de manera individual con la o con las estrategias de implementación individuales que nos interesan y no, de manera general, con la totalidad de la intervención, la política o el programa.

Cuadro 1.1 Variables para el análisis de las estrategias de implementación

Variab les	Definición	Preguntas que se debe responder
<i>Aceptabilidad</i>	Nivel en que los actores involucrados están dispuestos a apoyar la ejecución.	¿En qué medida los actores involucrados aceptan la estrategia?
<i>Adopción</i>	Nivel efectivo en que los trabajadores de salud ejecutan rutinariamente las estrategias.	¿En qué medida y de qué manera los actores que participan en la estrategia la adoptan o están dispuestos a hacerlo?
<i>Adecuación</i>	Relación efectiva de los objetivos de las estrategias con el contexto de ejecución.	¿La estrategia está adaptada y es apropiada para el contexto y para la población en donde se está ejecutando?
<i>Factibilidad</i>	Posibilidad real de ejecución en el contexto particular.	¿Es realmente factible ejecutar la estrategia en el contexto?
<i>Fidelidad</i>	Apego de la ejecución respecto del plan original.	¿La estrategia está siendo ejecutada de acuerdo con lo programado?
<i>Costo</i>	Recursos utilizados y necesarios para la ejecución.	¿El costo real de la ejecución de la estrategia concuerda con lo planeado y es viable?
<i>Cobertura</i>	Porcentaje de la población objetivo que es alcanzado por la ejecución de las estrategias.	¿La estrategia está llegando a toda la población para la cual está destinada?
<i>Sustentabilidad</i>	Posibilidades de ejecución sostenida más allá del período propuesto	¿Es posible dar continuidad a la estrategia asegurando su eficacia?



Fuente: Desarrollado a partir del Cuadro 3 de la Guía Práctica de investigación de implementación en salud (3).

Exceptuando el costo y la cobertura, estas variables se refieren a conceptos de carácter más cualitativo que cuantitativo. Sin embargo, es posible ponderarlas a fin de tener una idea clara de qué funciona y qué no funciona en las estrategias de implementación que conforman la intervención cuyo desempeño estamos interesados en mejorar.

Algunas de las preguntas del Cuadro 1.1 admiten una respuesta simplemente positiva o negativa. De cualquier manera es posible y necesario hacer una descripción y una medición aproximada del grado o nivel en que se cumplen. En el caso de la *aceptabilidad* y la *adopción* es necesario hacer un análisis por separado para cada actor o grupo de actores, mientras que el resto de las variables pueden ser ponderadas de manera general. Para realizar este análisis proponemos el uso del Formato 1.2.

Formato 1.2 Ponderación de variables para el análisis de las estrategias de implementación

Variable	Actor o grupo de actores	Nivel		
		Bajo	Medio	Alto
<i>Aceptabilidad</i>	1.			
	2.			
	3.			
	Etc.			
<i>Adopción</i>	1.			
	2.			
	3.			
	Etc.			
<i>Adecuación</i>	No aplica			
<i>Factibilidad</i>	No aplica			
<i>Fidelidad</i>	No aplica			
<i>Costo</i>	No aplica			
<i>Cobertura</i>	No aplica			
<i>Sustentabilidad</i>	No aplica			

De cualquier modo, cuando la respuesta a alguna de las preguntas es negativa o el nivel de ponderación de la variable es medio o bajo, siempre será útil plantear una nueva pregunta más o menos en estos términos:

¿Qué es lo que impide que esta estrategia de implementación del programa sea aceptable..., adoptada..., adecuada..., factible..., fiel, etcétera?



3. Papel de los tomadores de decisiones en la investigación de implementación

De acuerdo con Peters, Tran y Adam, el máximo beneficio de la investigación de implementación sólo se obtiene cuando responde a aquellas interrogantes que los tomadores de decisiones están, podrían o deberían estarse planteando. Estas interrogantes se relacionan precisamente con la manera en que se responde a las preguntas de arriba. De manera aún más directa, estos autores nos dicen que “los intereses de la investigación de implementación suelen ser mejor atendidos cuando existe participación activa de la gente que trabaja en el terreno, ya que son ellos quienes ven en dónde está fallando la implementación y, por lo tanto, pueden formular las preguntas más pertinentes” (3).

En este sentido, la investigación de implementación debe reflejar y dirigirse a atender los problemas reales y específicos que enfrentan las personas responsables de la puesta en marcha de las políticas o programas en cada caso concreto teniendo en cuenta el contexto en donde se presentan. Esta consideración esencial es el punto de partida sobre el que se basa la elaboración del libro-guía que los lectores tienen ahora en sus manos.

Primero que nada, se trata de una obra pensada y desarrollada para que los responsables directos de la puesta en acción de los programas de salud materna en el nivel local, distrital, municipal o departamental de los países de América Latina puedan mejorar los resultados de los programas destinados a atender la salud de las mujeres durante el continuo del embarazo, el parto y el puerperio. En segundo lugar, esta visión de las opciones de acción pone a los implementadores directos en el centro de la escena, pues como bien explican Peters, Tran y Adam, son ellos quienes poseen el conocimiento, quienes “ven en dónde está fallando la implementación y, por lo tanto, pueden formular las preguntas pertinentes” (3).

Esta obra no pretende convertir a los tomadores de decisiones y el resto del personal que hace posible el funcionamiento y operación de los programas de salud materna en especialistas de la investigación de implementación. En cambio, queremos dar claves, herramientas y métodos concretos que permitan orientar el establecimiento de relaciones colaborativas entre quienes dedican su esfuerzo a planear, diseñar y conducir investigación en general, particularmente en salud materna, con el personal que tiene bajo su responsabilidad la puesta en marcha de los programas y las políticas y, por tanto, la ejecución real de las estrategias que posibilitan su implementación.

Las respuestas a problemas derivados de la puesta en acción de políticas y programas en contextos concretos habrán de ser más eficaces si además de tomar en cuenta el conocimiento de los implementadores, se construyen sobre la base de metodologías rigurosas que, habitualmente suelen pertenecer al campo de la investigación científica.



Pretendemos dar una opción ante el añejo tema del tendido de puentes entre la teoría y la acción. Queremos facilitar la aplicación práctica de las respuestas y no sólo la profundización del conocimiento. Venga de donde venga la iniciativa, se trata de que investigadores e implementadores trabajen reconociendo los ámbitos de experiencia de cada parte: los implementadores aportando su conocimiento directo de la realidad del sistema de salud y los investigadores aportando su manejo de métodos y herramientas.

El capítulo siguiente ofrece un esclarecimiento de los dos tipos de conocimiento con los que cotidianamente trabajan de manera preponderante cada una de estas partes: *el conocimiento tácito* derivado de la experiencia de los operadores del sistema de salud y el *conocimiento explícito* derivado de la aplicación del método científico. Como veremos, ambos se encuentran siempre presentes en toda actividad humana y, de manera muy clara en los servicios de atención a la salud de la población. Queremos abrir posibilidades para el mejor aprovechamiento de uno y otro con el objetivo de maximizar los resultados de la puesta en marcha de los programas de salud, especialmente de salud materna. Exhortamos por igual a investigadores y personal responsable de los servicios de atención a la salud a que utilicen este libro para planear y ejecutar intervenciones que permitan lograrlo.



II. ¿Cuáles evidencias usar?

Conocimiento explícito y conocimiento tácito

Víctor M. Becerril Montekio
Emily M. Vargas Riaño
Mariel V. Rouvier

Desde la perspectiva del mejoramiento de la implementación de los programas, el conocimiento nos interesa en la medida en que funciona como materia prima para la acción, nos interesa porque se encuentra ligado al hacer, lo mismo a nivel individual que en las organizaciones (1). Lo entendemos de manera dinámica, como algo cambiante y sobre lo cual cualquier persona o institución fundamenta sus decisiones para actuar o hacer algo de manera racional, es decir, basándose en el pensamiento y no en el instinto o las emociones.

Según Nonaka, el conocimiento como fundamento de la acción se manifiesta básicamente de dos maneras: a) un tipo de conocimiento que puede ser transmitido utilizando un lenguaje formal sistematizado, y b) una forma de conocimiento más íntima, directamente ligada a la persona que lo posee y que, por ello, resulta más difícil de formalizar y comunicar. Al primero le llama *conocimiento explícito* y al segundo *conocimiento tácito*.

El conocimiento explícito es comunicable e independiente de la persona que lo posee, transmite o utiliza debido a su carácter formal y sistematizado. Este carácter se deriva de que el conocimiento explícito es resultado de y se asienta en la aplicación de una metodología rigurosa, es decir que diferentes individuos lo pueden repetir bajo idénticas condiciones. Partiendo de esta idea, podemos afirmar que, en la actualidad, el mejor tipo de conocimiento explícito es aquel que procede de la aplicación del método científico.

Este tipo de conocimiento explícito es el fruto de recabar **datos** provenientes de la observación rigurosa de la realidad. Datos que se refieren a hechos concretos y que



al relacionarse unos con otros se convierten en **información**; la cual, organizada, puesta en contexto y analizada exhaustivamente para llegar a una interpretación lógica y coherente con lo observado, conformarán el **conocimiento**. Por último, desde esta perspectiva, el hecho de que este conocimiento sea aplicado correctamente en la toma de decisiones para resolver problemas determina el nivel de **inteligencia** de un individuo o de una organización (Figura 2.1).

Figura 2.1 Elementos del conocimiento y la inteligencia



Dado que el conocimiento explícito se encuentra siempre sistematizado se expresa de manera clara en un lenguaje formal, suele ser conservado en registros de diversos tipos. Estos registros, a su vez, se pueden almacenar en bibliotecas y bases de datos independientemente de quién genera el conocimiento. De este modo el conocimiento queda disponible para ser utilizado por cualquier otra persona, organización o institución en el momento que se considere necesario. Este es el fundamento de la civilización desde que, hace miles de años, las primeras formas de escritura y de conservación de los registros escritos fueron inventadas. Más adelante, con el desarrollo de la imprenta y de la ciencia, se empezó a apreciar cada vez más el conocimiento racional basado en la aplicación del método científico, es decir, en la recopilación de datos, su sistematización en información y su puesta en un contexto como base para la toma de decisiones y la resolución de problemas.



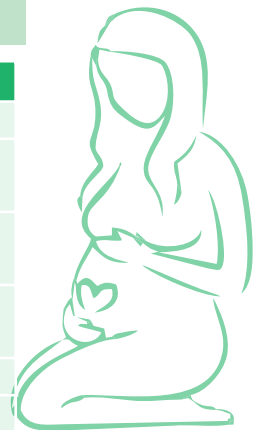
Sobre estas bases, a principios de la última década del siglo XX en el ámbito de la práctica médica surgió el concepto de *medicina* basada en evidencia (MBE), es decir, la toma de decisiones clínicas sustentada en el mejor conocimiento científico disponible (2). Una importante lección que con el tiempo rebasó el campo de las decisiones clínicas orientadas a dar el mejor tratamiento posible a pacientes individuales para llegar al terreno de la toma de decisiones en salud pública y, particularmente, en la organización y gerencia de la provisión de servicios de salud a la población.

No obstante, es muy importante subrayar una de las principales diferencias que existen entre la MBE y la toma de decisiones en salud pública apoyada por evidencias. A diferencia de la MBE, en salud pública la toma de decisiones debe considerar fuentes de información y conocimiento más diversificadas. No sólo la biología, la química y la medicina propiamente dicha servirán como fuentes de evidencias, sino también otras disciplinas como la sociología, la economía, la filosofía, la antropología, la psicología y, algo que nos interesa particularmente resaltar, incluso deberá considerarse la experiencia de quienes laboran dentro del sistema de salud (3).

Es por ello que, volviendo a los dos tipos generales de conocimiento descritos por Nonaka, debemos considerar también la otra forma de conocimiento que todos los seres humanos utilizamos como materia prima para la toma de decisiones y la acción: el *conocimiento tácito*. Este último suele considerarse como un tipo de conocimiento que todos poseemos como resultado de nuestra experiencia (4), principalmente en el campo laboral. El concepto filosófico en que se basa fue introducido por Michael Polanyi en la década de 1950 (5). Desde entonces, ha sido desarrollado por múltiples autores (6) que coinciden en que el conocimiento tácito está ligado a la experiencia de individuos particulares. Así mismo, también señalan que el conocimiento tácito suele compartirse sólo de manera ocasional y a través de canales informales, algo que lo distingue de inmediato del carácter formal del conocimiento explícito (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Principales características y diferencias del conocimiento explícito y el conocimiento tácito

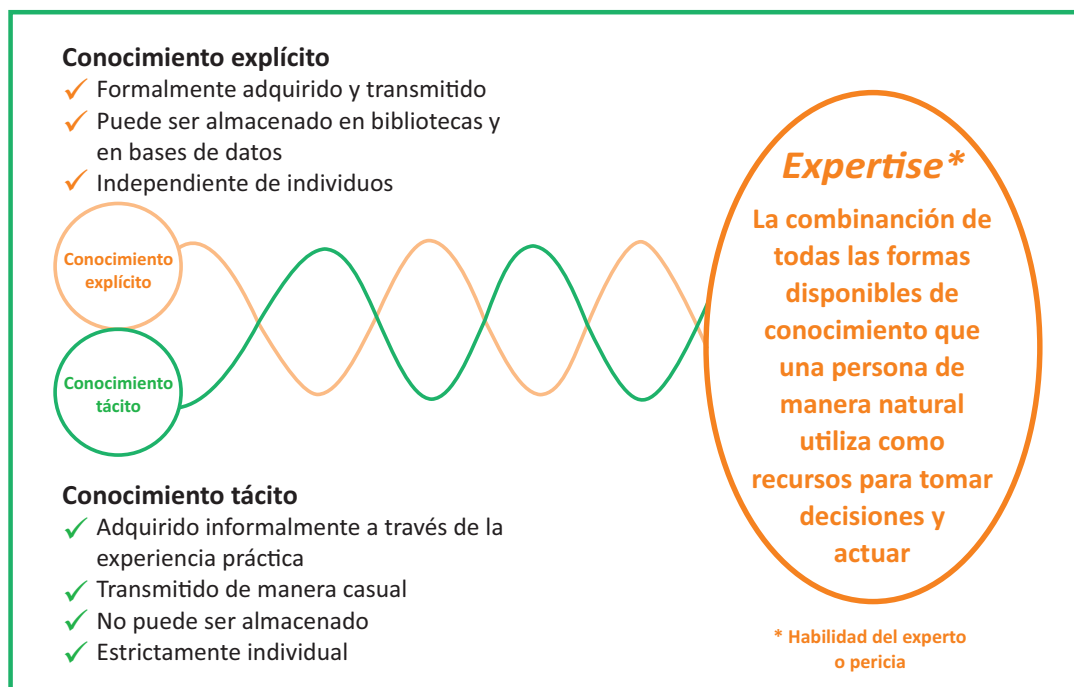
Conocimiento explícito	Conocimiento tácito
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formal y sistematizado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informal y no sistematizado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmisible e independiente de las personas que lo generan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se transmite de manera casual sobre bases de confianza
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se origina en la sistematización rigurosa de información validada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivado de la experiencia práctica individual y contextual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su posesión individual procede de un esfuerzo ex profeso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gente “no sabe que sabe” y por ende no siempre lo valora
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su socialización es común 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No suele ser socializado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se puede registrar y almacenar para su uso posterior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez socializado es posible organizarlo y sistematizarlo asemejándolo al explícito



Complementando lo anterior, Nonaka distingue dos dimensiones en el conocimiento tácito: a) un **elemento técnico** que describe el saber hacer algo (en inglés, *know how*) relacionado con ciertas habilidades dentro de un contexto particular, y b) un **elemento cognitivo** que se refiere a las imágenes que el individuo tiene de la realidad y su visión del futuro, de lo que es y de lo que debería de ser. Es decir que en el conocimiento tácito se encuentran reflejados aspectos del ideal de las cosas que tiene su poseedor.

En última instancia, una de las principales conclusiones a las que llegan prácticamente todos los autores interesados en el tema es que quienes han tenido la oportunidad de recibir la educación para saber usar el conocimiento explícito ligado a la ciencia, difícilmente lo utilizan sin la influencia de lo que su experiencia práctica les ha aportado (6). Aunque esto no necesariamente se haga de manera consciente, el uso del conocimiento explícito suele estar integrado al uso del conocimiento tácito. De dicha integración se deriva la habilidad, pericia o *expertise* de una persona dentro de un ámbito o en relación con un tema específico (Figura 2.2).

Figura 2.2 Combinación del conocimiento explícito y tácito para generar expertise



El mismo Polanyi señalaba que el conocimiento tácito no sólo es una parte indispensable del conocimiento en general, sino que incluso cuando el conocimiento ha sido articulado en palabras rigurosas o fórmulas matemáticas, su utilidad depende de que haya sido tácitamente comprendido y aplicado.

La integración del conocimiento explícito y el conocimiento tácito de manera individual es algo que siempre sucede de manera natural. En este sentido, la verdadera innovación consiste en *introducir los mecanismos de esta integración de manera consciente, regular y formal dentro del ámbito institucional.*

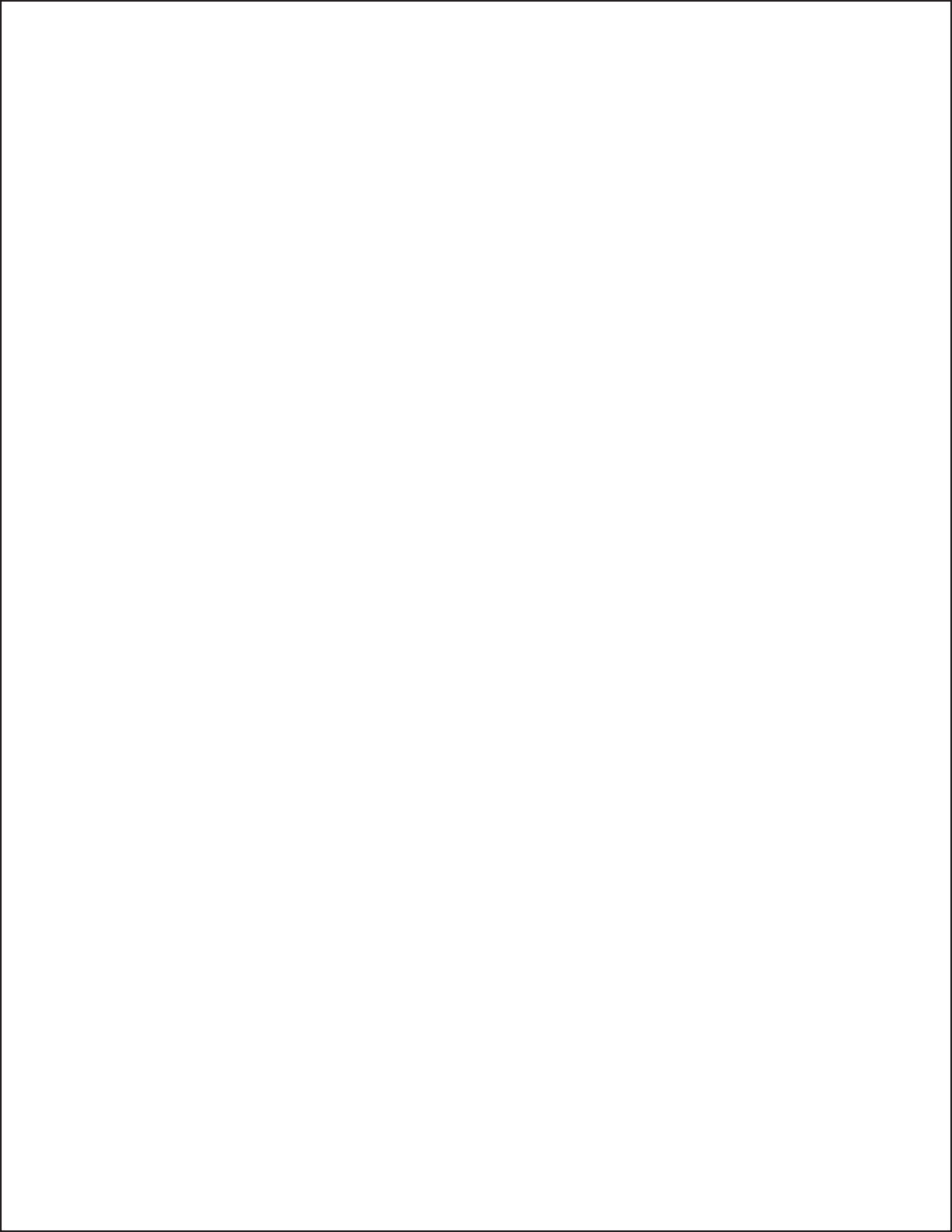
Así, la provisión de servicios de atención a la salud o cualquier organización o institución puede maximizar el uso sus recursos beneficiándose con la socialización del conocimiento tácito de las personas que trabajan en ella. La implementación de programas y estrategias para mejorar la salud puede mejorar si se aprovecha el potencial poco explotado del conocimiento tácito de quienes la llevan a cabo.

Integración del conocimiento tácito y el conocimiento explícito

La verdadera innovación consiste en introducir los mecanismos de integración del conocimiento tácito y el explícito de manera *consciente, regular y formal dentro del ámbito institucional.*

Para lograrlo, es necesario crear las condiciones para que algo que comúnmente se intercambia o se transfiere sólo de manera informal y en gran medida ocasional, pueda ser aprovechado de manera rigurosa y con regularidad. La formación de grupos de personas que comparten intereses profesionales o **comunidades de práctica** (CoPs) será uno de los medios idóneos para dotar de un contexto formal a la transferencia y la socialización del conocimiento tácito. Las personas que participan en ellas se sienten estimuladas cuando se reconoce el valor de su conocimiento. En el proceso de socialización del conocimiento en el seno de una CoP, no sólo se identifican a sí mismos y a sus colegas, sino que también, gracias a la pluralidad, logran comprender mejor el punto de vista de actores con los que habitualmente tienen poco contacto. Este es el primer tema del siguiente capítulo: las comunidades de práctica, su origen, características y las posibilidades que ofrecen para mejorar la implementación de programas y estrategias de atención a la salud de la población.





III. ¿Por dónde empezar?

Primeros pasos en la investigación de implementación para desarrollar intervenciones a nivel local

Emily M. Vargas Riaño
Víctor M. Becerril Montekio
Mariel V. Rouvier

1. Colaboración entre trabajadores de la salud e investigadores

Uno de los constantes desafíos de la toma de decisiones apoyada en evidencia es identificar y gestionar conocimiento útil para el logro de los objetivos. Como vimos en el capítulo anterior, el conocimiento que funda la acción resulta de la integración del conocimiento explícito y el conocimiento tácito que puede entenderse como la mezcla de experiencia, valores, información y saber hacer que sirve como marco tanto para tomar decisiones y actuar en el presente, como para la incorporación futura de nuevas experiencias e información (1).

La intención de dilucidar qué es lo que está impidiendo que una intervención cumpla con los resultados esperados puede provenir de dos fuentes: a) de quienes, desde fuera del sistema de salud, se dedican a estudiarlo e investigar de manera profesional sobre su funcionamiento y b) de quienes están inmersos en el sistema de salud y son responsables de su operación y, por lo tanto, viven directamente la experiencia de la puesta en acción de los programas e intervenciones. Lamentablemente, estos dos tipos de actores suelen trabajar sin establecer el contacto suficiente para lograr el mutuo aprovechamiento del conocimiento de ambos.

De manera esquemática, podemos decir que los investigadores se especializan en la generación y el manejo del conocimiento explícito generalizable sobre cómo funcionan los diferentes elementos de los sistemas de salud. Por su parte, entre quienes laboran en esos sistemas, hay personas que, además de poseer un importante bagaje de conocimiento explícito que los ha convertido en profesionales de la salud o de



la administración de los servicios de salud, también poseen un conocimiento tácito y, por lo tanto, contextual sobre cómo se están implementando las intervenciones y los programas en un sitio y un momento determinados.

No importa de dónde parta la iniciativa, es preciso admitir que quienes mejor conocen las entrañas de la forma en que se implementan las acciones en salud son las personas que la llevan a cabo (1). Igual que sabemos que los investigadores profesionales, poseedores de un enorme bagaje de conocimiento explícito, se especializan en conducir indagaciones rigurosas sobre la forma en que se dan las cosas en el mundo real. En consecuencia, la principal tarea consiste en propiciar el encuentro entre unos y otros con el claro objetivo de establecer relaciones de colaboración entre pares con diferentes actividades y especialidades que se pueden complementar para avanzar hacia la obtención de lo que, sin duda, debe ser la meta común que los une: el mejoramiento de la salud de la población.

Esta guía práctica está dirigida principalmente a los profesionales que laboran en el sistema de salud. Sin embargo, tanto ellos como los investigadores pueden utilizarla a fin de reforzarse mutuamente incrementando las posibilidades de comprender mejor cómo se está implementando una intervención o un programa. En última instancia, esta colaboración deberá redundar en mejores resultados en la salud de la gente

Es necesario propiciar el encuentro entre quienes implementan los programas y quienes investigan a fin de establecer relaciones de colaboración horizontal para alcanzar la meta común que los une: el mejoramiento de la salud de la población.

Quienes toman las decisiones dentro de los servicios de salud pueden ponerse en contacto con instituciones académicas y centros de investigación en busca de equipos dispuestos a apoyarles y compartir esta guía, discutirla y aplicar lo que mejor se adapte a sus contextos. Por su parte, los investigadores pueden utilizarla para acercarse a los responsables de la implementación de programas de salud proponiéndoles una metodología de fortalecimiento de sus capacidades mediante la conducción de una investigación basada en la colaboración que les permitirá diseñar intervenciones para mejorar la implementación a nivel local.

2. Comunidades de práctica para generar proyectos de intervención

Tanto la teoría como el resultado de diversas experiencias demuestran que uno de los mejores espacios para generar procesos de transferencia y gestión del conocimiento son las comunidades de práctica. En ellas se refuerza el aprendizaje en el plano de lo informal (por el hecho mismo de participar activamente en la CoP), como un proceso de participación y liderazgo compartido en diálogos que fomentan



la construcción y reconstrucción del conocimiento individual y de grupo (2, 3). La socialización y la transferencia del conocimiento pueden llevarse a cabo a partir del contacto formalizado ya sea de manera presencial o incluso en forma virtual. Independientemente del medio que se use, se trata siempre de un proceso continuo y cooperativo en donde se establecen estrategias de participación, liderazgo, identidad, captura y aprovechamiento del conocimiento tanto individual como de grupo (2, 3, 4).

De manera general, las CoPs se definen como grupos de personas unidas por un conjunto de prácticas compartidas que buscan recrear habilidades y dar respuesta a problemas comunes a través de su interacción ya sea cara a cara o en forma virtual.

El término comunidad de práctica (CoP) se originó en el libro *Situated Learning*, de Jean Lave y Etienne Wenger (5). En él, exponen que el conocimiento se desarrolla a medida que se participa activamente en las prácticas de una comunidad social, ya sea un equipo de trabajo, un grupo religioso, un grupo familiar o un equipo de fútbol. El aprendizaje y el conocimiento en cada una de estas comunidades son esenciales para generar sentimientos de pertenencia, además de ser parte de su identidad y su sentido de competencia. En consecuencia, Wenger sugiere que no podemos divorciar el conocimiento de nuestra participación en la comunidad en la que se ejerce dicho conocimiento (2, 6). Desde esta perspectiva, las comunidades de práctica se han convertido en un campo esencial para la creación de conocimiento organizacional.

Principales objetivos de una CoP

- Propiciar la formación continua de sus integrantes
- Establecer alianzas y construir redes
- Compartir conocimiento y experiencias
- Generar nuevos conocimientos

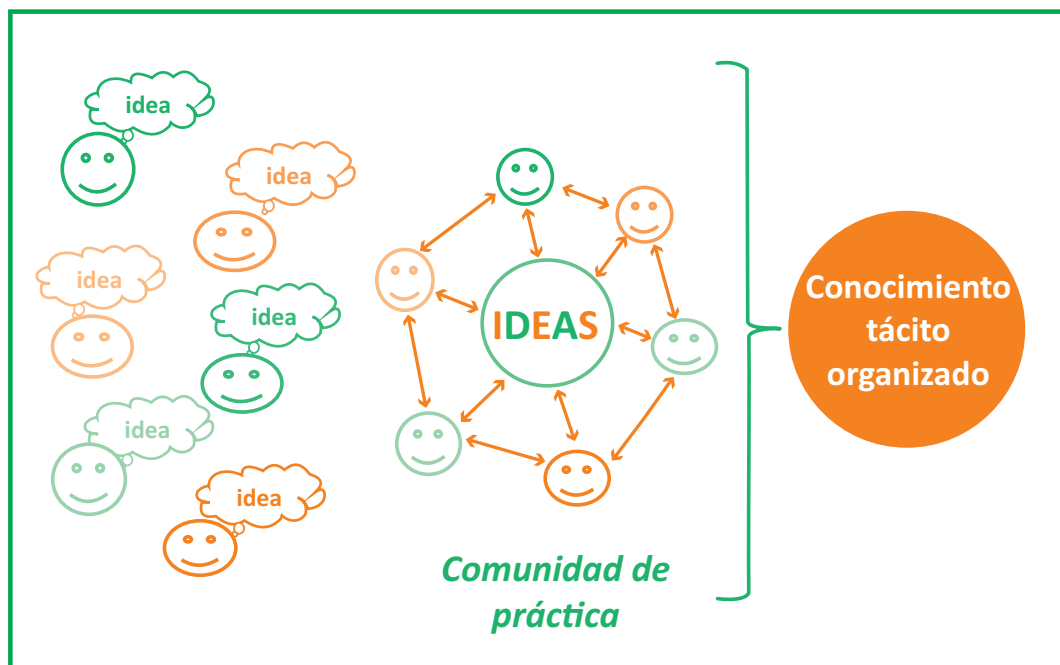
En el contexto de esta guía, uno de los aspectos que más nos interesan de la CoPs es que se trata de uno de los ámbitos idóneos para convertir el conocimiento tácito, subjetivo, individual, difícil de transmitir y esencialmente informal, en algo más objetivo, colectivo, transmisible y cada vez más formal, a fin de cuentas en algo útil para la toma de decisiones relacionadas con las actividades comunes de quienes la conforman. La figura 3.1, más adelante, ilustra cómo las ideas individuales de un grupo de seis personas, una vez que se crea un espacio o ámbito en el cual pueden ser intercambiadas de manera regular y organizada, logran crear algo nuevo y útil.



Conformación de una comunidad de práctica

La Figura 3.2 nos muestra el ciclo de cuatro etapas (diseño, motivación, desarrollo y evolución) a través de las cuales pasa la conformación de una CoP, desde que se planea su creación hasta el momento en que, una vez cumplidos sus primeros objetivos, su existencia debe replantearse nuevamente desde el inicio. Más adelante analizamos cada una de ellas, enfocándonos de manera fundamental en la primera etapa, dado que del éxito de la misma depende el resto del ciclo.

Figura 3.1 Comunidad de práctica y organización del conocimiento tácito



• Etapa de diseño

En esta etapa la meta es establecer el tema, los propósitos, los resultados que se buscan y la estrategia de la CoP para alcanzarlos, así como definir el perfil de los participantes. Como hemos hecho a lo largo de los primeros capítulos, nos referimos primordialmente, y a manera de ejemplo, a la puesta en marcha de un proceso destinado a mejorar el desempeño de programas o intervenciones en salud materna a nivel local para asegurar que su implementación podrá obtener los resultados de salud esperados por quienes los diseñaron y lanzaron desde las más altas esferas de toma de decisiones en salud de la región, el estado, el departamento o el país en su conjunto.



El Formato 3.1 es una guía para anotar los puntos que es indispensable cumplir de manera sucesiva a fin de construir una base sólida para conformar una comunidad de práctica exitosa. Evidentemente, quienes convocan a hacer ciertas definiciones previas serán los actores interesados en poner en marcha el proceso de aprovechamiento del conocimiento tácito de quienes participan de forma activa en las labores sustantivas de un programa de salud determinado. Estos pueden ser los tomadores de decisiones en el nivel local que, por iniciativa propia, deciden aprovechar los recursos de que disponen en términos del conocimiento directo de su personal, o bien un equipo de investigadores o algún otro agente que propone realizar este esfuerzo. En cualquier caso, como establecimos más arriba, es recomendable que exista una colaboración directa entre el personal de salud y un equipo de investigación que, lejos de las preocupaciones cotidianas derivadas del funcionamiento de la intervención o el programa, desde una posición externa y neutral, pueda asesorar a los trabajadores de la salud para llevar a cabo la conformación de su comunidad de práctica.

Figura 3.2 Etapas de conformación de una comunidad de práctica



Fuente: Para la estructuración del ciclo de una CoP se tomaron como referencias los ciclos propuestos por E. Werner (6).

Antes de proceder a llenar los diferentes campos del Formato 3.1, es necesario revisar cuidadosamente la explicación del contenido de cada uno de sus rubros que se presenta adelante.

Definición del tema central y los propósitos de la CoP

Es muy importante seleccionar el tema central de la CoP de tal manera que se asegure la inclusión de todas las personas que participan de la actividad principal que comparten independientemente de las diferentes funciones que cumplan en ella. Este debe ser aquello que les permitirá a todos identificarse como miembros de la comunidad y estar dispuestos a trabajar para su desarrollo. Los propósitos de la CoP serán definidos en función de aquello que está impulsando su creación en relación con el tema. Si el tema es la atención a la salud de las mujeres embarazadas en alguna o en todas las etapas del continuo embarazo, parto y puerperio, entonces los propósitos de la CoP podrán, por ejemplo, relacionarse con el mejoramiento de la calidad de la atención o el ahorro de insumos, la agilización de las formalidades administrativas o bien una combinación de estos y otros objetivos. Vale la pena insistir en que en esta etapa no se trata de llegar a definiciones de una gran precisión. Sin embargo es indispensable que la CoP tenga una orientación general en función de ellas. En el Capítulo IV, se presentará la metodología sobre la cual la CoP podrá avanzar en dicha precisión a fin de definir con claridad el problema específico que habrá de abordar.

Definición del perfil de los participantes

Una vez definidos el tema y los propósitos, tal vez lo más importante para asegurar la buena marcha de las tareas de una CoP es identificar el perfil de los participantes. Antes que nada, es necesario analizar quiénes participan directa o indirectamente en las actividades circunscritas por el tema y ligadas a los propósitos y objetivos que se persiguen considerando que los miembros de la CoP deben tener tanto el conocimiento necesario como la capacidad de influir sobre los resultados esperados. Según los objetivos previamente definidos será posible identificar a los actores relevantes cuya presencia es indispensable dentro de la CoP. Para ello es útil considerar una buena adecuación de cada persona con la función que desempeñará. En seguida se debe decidir sobre quiénes pueden hacer otro tipo de aportaciones y qué personas simplemente no tienen ninguna injerencia en los objetivos propuestos. En general, los miembros de la CoP deberán contar con experiencia y conocimiento crítico del tema de la CoP y tener tanto el potencial de generar un cambio o transformación como el interés de participar (7).



Formato 3.1 Guía de actividades para conformar una CoP

Guía de actividades para conformar una comunidad de práctica	
1. Definir el tema central	<ul style="list-style-type: none"> • _____
2. Determinar los propósitos u objetivos de la CoP	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____
3. Definir el perfil de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____
4. Establecer las formas de interacción dentro de la CoP	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____

La contribución de los miembros de una CoP se dará en función del interés sobre el tema, los incentivos organizacionales para la participación, los recursos y personas asignadas por la organización para movilizar este tipo de estrategias de intercambio de conocimiento y el tiempo que la organización asigna a espacios de reflexión y diálogo, entre otros (7). Es muy importante ser realistas en cuanto a la disponibilidad de tiempo y posibilidades de participar de cada una de las personas que se pretende integrar a la CoP. Se sugiere hacer una lista del ideal de participantes y luego ir descartando con base en criterios tales como interés, capacidad de influir en los resultados, disponibilidad de tiempo y/o de otros recursos necesarios para la interacción dentro de la CoP –como puede ser el acceso a internet o disposición de equipo de cómputo fijo o móvil.



También es preciso definir con antelación el tipo de participación que puede tener cada una de las personas que se ha decidido invitar a participar en la CoP. No todos deberán desempeñar las mismas funciones ni realizar las mismas actividades. Como en toda organización, es necesario identificar a las personas que tienen capacidad de coordinar las actividades de un grupo, o bien de ejercer autoridad y al mismo tiempo, colaborar entre pares. En la definición de los diferentes roles dentro de la CoP, es importante tener en cuenta que una de las grandes ventajas que aportan las CoPs consiste en colocar a todos sus participantes en un plano de igualdad respecto al valor de su conocimiento y experiencia y lo que son capaces de aportar. Se debe tener en cuenta que aunque es importante respetar las jerarquías laborales, las actividades de una CoP no deben estar limitadas por ellas.

La terminología para nombrarlos puede variar, sin embargo, distinguimos cuatro diferentes roles que, de acuerdo con sus características personales y su posición dentro de las instituciones, habrán de jugar los miembros de una CoP.

- Aliados o promotores
- Coordinador(a) o facilitador(a)
- Líderes o miembros activos
- Miembros participantes

Aliados o promotores. Personas que tienen un nivel de toma de decisiones importante para hacer posible la conformación y el funcionamiento regular de la CoP. Debido a su nivel de responsabilidad, estas personas generalmente no pueden dedicar mucho tiempo a la CoP. Sin embargo, su colaboración suele ser crucial para su funcionamiento pues tienen la capacidad de tomar decisiones sobre el tiempo que cada uno podrá dedicar a la CoP, la disponibilidad de espacios de reunión, la convocatoria oficial a reuniones y la autorización de participar para los miembros de la CoP. Son aliados que permanecen al margen de las actividades regulares de la CoP, pero que están continuamente informados de su desempeño y apoyan sus labores dado que están convencidos de los beneficios que traerán a la organización.

Coordinador(a) o facilitador(a). Es la persona responsable de que se den las condiciones necesarias para el intercambio regular. Organiza a la CoP, prepara eventos y convoca a los mismos, produce algunos documentos, reseña información, compila respuestas enviadas por las y los participantes en las sesiones de discusión y devuelve documentos consolidados y elabora memorias para dejar registro del intercambio conducido. Transmite noticias para incentivar el debate y, sobre todo, conecta a las y los miembros de la comunidad entre ellos y con otras redes o CoPs en temas similares. Funciona como un anfitrión que vela por crear un ambiente agradable, proveer la logística, la infraestructura y los medios virtuales necesarios para mantener la conversación interesante y valiosa, y hacer cambios cuando lo necesita la dinámica grupal (7). Esta persona debe tener una disponibilidad de alrededor del 20% de su tiempo laboral diario o semanal útil para la comunidad de práctica.



Líderes o miembros activos. Son personas que participan de manera regular y con mucho interés en la CoP, se ocupan de objetivos concretos que conocen a fondo y ejercen una influencia sobre el resto de los participantes. En ocasiones son designados para este rol por las organizaciones o por la misma CoP luego de que han manifestado su especial interés y demostrado sus capacidades. Tiende a ser un grupo relativamente pequeño representando entre 15 o 20% de los miembros de la CoP (7).

Miembros participantes. Son los miembros de la CoP que participan sólo en algunas actividades y no necesariamente están presentes en todas ocasiones. Son la mayor parte de la comunidad y sus actividades se centran en observar, compartir, aprender de y comentar para enriquecer las interacciones entre las y los participantes activos y la coordinación (7).

Principales cualidades necesarias en el/la facilitador(a)

- Liderazgo
- Capacidad y gusto por el trabajo en equipo
- Conocimiento, habilidad y gusto por el trabajo con tecnologías informáticas y de comunicación (TIC)
- Buena relación interpersonal de respeto y estímulo
- Buen manejo y conocimiento del tema central de la CoP

Principales características de los líderes o miembros activos

- Conocen bien ciertos temas o actividades concretos dentro de la CoP
- Son ejemplo de participación para los demás
- Mantienen el interés de su equipo de influencia
- Deben ser el punto de atención y apoyo del facilitador

Establecimiento de las formas y medios de interacción, intercambio y comunicación

Siguiendo las características y exigencias del tema, los objetivos y el perfil de los participantes en la CoP es necesario determinar las formas que mejor aseguran la auténtica interacción entre estos. Según las posibilidades geográficas, disponibilidad de tiempo y niveles de responsabilidad de los diferentes tipos de participantes se podrá definir la pertinencia de realizar reuniones presenciales, así como su frecuencia y duración. Aprovechando el reciente empuje de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) será posible establecer plataformas muy simples de intercambio entre los miembros de una CoP utilizando redes sociales tales como *Facebook*, *WhatsApp*, *LinkedIn* y otras. Para ello es indispensable determinar si los participantes tienen realmente las condiciones y capacidades necesarias para el uso de TIC y acordar con el facilitador(a) los que mejor se adaptan a cada comunidad.



- **Etapa de motivación**

Durante esta etapa se convoca y moviliza a las y los participantes, se promueven sus expectativas mediante acciones colectivas y reflexiones conjuntas, se establecen lazos de cooperación y se mapea el conocimiento necesario. El objetivo es intercambiar conocimiento, alcanzando niveles mayores de interrelación y de puesta en común de información. En esta etapa la persona responsable de la coordinación juega un papel clave para propiciar que los miembros de la CoP se conozcan, compartan información y se inicie el proceso de identificación con el grupo. En esta fase se debe presentar con claridad el valor agregado de pertenecer a esa CoP. Esto quiere decir que se debe compartir toda la información sobre la forma en que pertenecer a la CoP puede ampliar el conocimiento, ayudar a resolver dudas y problemas, dar sentido a las labores cotidianas y enaltecer el trabajo que cada uno desempeña dentro de la organización (7).

Medios de comunicación en CoP virtuales

- **Medios asincrónicos**

Sirven para transmitir información que no precisa una respuesta rápida del grupo o para compartir información que puede ser utilizada a lo largo del tiempo:

Correo electrónico, foros, listas de distribución y/o repositorios

- **Medios sincrónicos**

Permiten llegar a acuerdos en tiempo real entre los miembros de la CoP, socializar conocimiento tácito compartiendo un espacio de reflexión en línea o virtual

Chat, tele y video conferencias, Whatsapp, Skype

Durante esta etapa se fortalece la generación y divulgación de conocimiento entre todos. Los y las participantes no sólo comparten información y novedades. Además, se produce nuevo conocimiento con el material que proveen los participantes y las actividades que realizan y se llevan a cabo reuniones de intercambio, tanto virtuales como presenciales, para compartir esa información y nuevo conocimiento. En esta etapa la coordinación de la CoP puede recibir apoyo de algunos participantes para realizar actividades concretas (7).



• *Etapa de evolución*

En esta etapa la comunidad ha logrado un reconocimiento interno y externo dentro de su entorno de acción, generando expectativas frente a otros actores. Por ello debe buscar nuevos retos a partir de los productos creados y transferidos, generando nuevas líneas de acción, ampliando y desarrollando las propuestas generadas en la etapa anterior. Por otra parte, su estabilidad depende tanto de la permanencia de sus participantes como de lograr incorporar a nuevos colaboradores en torno a su rediseño.

Comunidades de práctica e investigación para el diseño de intervenciones locales para mejorar la implementación de programas

La investigación de implementación reúne un gran número de actores (investigadores, académicos, sociedad civil, tomadores de decisiones, gobernantes etc.) de muchos sectores que reconocen la importancia de romper las barreras y construir nuevas alianzas para promover la salud y la equidad y aumentar la eficiencia de las acciones del gobierno (1, 8).

Estos y otros actores, que no son necesariamente sólo del área de la salud, desempeñan un papel importante en la determinación del entorno económico, físico, social, cultural y de servicios en el que será implementada la medida determinada, por lo tanto, juegan un papel fundamental en el desarrollo de la investigación. Las comunidades de práctica como eje de encuentro de estos actores, se deben centrar en colaboraciones profundas y lo más duraderas posible en torno a un ambiente de confianza y de corresponsabilidad (8).

Las interacciones en la CoP implican para quien participa en ellas abandonar un espacio en el que se suelen dejar dudas e inquietudes sin responder o incluso una “zona de confort” en la que cotidianamente se dejan cosas sin resolver plenamente, para comenzar a hablar abiertamente sobre sus preocupaciones, aspiraciones y asumir los riesgos que entraña mirar de frente dudas e inquietudes para tratar de resolverlas. También implica la apertura a nuevas ideas, paradigmas, y posiblemente estructuras.

Mantener la confianza y resolver las inquietudes implica, entre otras cosas, preguntar sobre la comprensión de estas preocupaciones, ser explícito sobre el liderazgo dando crédito libremente a los demás y compartir el centro de atención para dar a otros una amplia oportunidad de ser visibles. Además, es necesario compartir la información lo más ampliamente posible de manera regular, absteniéndose de perseguir agendas ocultas, mostrando honestidad y respeto ante las opiniones y los objetivos de cada uno así como de la comunidad en su conjunto (8).



3. Utilización del conocimiento explícito para profundizar la comprensión de los problemas de implementación de políticas o programas

Aunque en esta guía le damos un nuevo valor, sabemos que el conocimiento tácito de las CoPs es sólo parte del conocimiento necesario para mejorar la implementación de políticas y programas de salud. Por eso las CoPs deben profundizar mediante la confrontación y el enriquecimiento de sus preguntas con lo que previamente han producido los especialistas. Tal como expusimos en el segundo capítulo, la forma más acabada y comúnmente referida del conocimiento explícito es la producción de artículos publicados en revistas científicas. Idealmente, lo que presentan esas publicaciones es resultado de un proceso riguroso de sistematización y análisis de datos e información cuidadosamente recogidos. Siendo conocimiento explícito, esos resultados se presentan de manera formal, comunicable, transferible, almacenable e independiente de los sujetos particulares que están en el origen de su generación. De estos esfuerzos académicos depende en gran medida el avance del conocimiento que individuos, grupos y sociedades pueden compartir para alcanzar algunos de los objetivos que persiguen.

Además de la producción científica existe otro tipo de documentos con contenido formal y rigurosamente presentado que no necesariamente proceden de la investigación. Se trata de documentos oficiales como son reportes, normas y reglamentos que encierran información importante sobre cómo funcionan los servicios de atención a la salud y a los cuales suele llamarse literatura gris. Para los fines de esta guía práctica consideramos estos dos tipos de conocimiento explícito, la *literatura científica* y la *literatura gris*, como fuentes indispensables de información que las CoPs deben aprender a obtener, analizar y aprovechar.

Los miembros más activos de una CoP deben aprender a acceder a estas dos formas de conocimiento explícito relacionándolas con su tema central y, como veremos más adelante, con su pregunta de investigación. Aquí encontrarán una serie de consejos y elementos prácticos que les orientarán para llevar a cabo búsquedas de artículos y documentos oficiales. También hallarán criterios básicos que les ayudarán a evaluar la calidad y pertinencia de estos documentos con relación a los objetivos de su indagación sobre la implementación de alguna política o programa. La Figura 3.4, al final de este capítulo, da cuenta de las grandes etapas del proceso de aprovechamiento del conocimiento explícito.



Punto de partida

El inicio del proceso se encuentra en marcha desde antes de haber llegado a plantearnos la necesidad de considerar lo que el conocimiento explícito podrá aportar al esfuerzo de la comunidad de práctica. En efecto, al llegar aquí, la primera etapa deberá estar cubierta en lo general, al haber definido el objetivo de la conformación de la CoP. Por lo que se refiere a la pregunta de investigación que guiará el trabajo, esta es algo que se definirá con base en los elementos metodológicos que se presentan en el Capítulo IV, en el cual se presentan las etapas en las que la CoP deberá ahondar en la consideración del conocimiento explícito.

Estrategia de búsqueda

Empecemos por decir que hoy en día lo más relevante de ambos tipos de literatura, científica y gris, se encuentra reunido en las llamadas bases de datos. Las bases de datos son grandes conjuntos de evidencias pertenecientes al mismo contexto y almacenados sistemáticamente que guardan información general sobre las publicaciones que reúnen, básicamente su título, autores, fecha de publicación e información de la casa editora o la revista que los publica. Suelen incluir un resumen y, en ocasiones, incluso el texto completo del documento de que se trate. La mayoría de las bases de datos tienen formato electrónico y ofrecen diversas opciones de búsqueda de documentos a través de internet.

Bases de datos

Las bases de datos son conjuntos de evidencias pertenecientes al mismo contexto y almacenados sistemáticamente que contienen información general sobre las publicaciones que guardan.

Las bases de datos se especializan en determinados temas o ámbitos del conocimiento. Algunas de ellas ofrecen el acceso libre y gratuito a sus acervos a través de sus sitios o páginas en internet, otras requieren del pago de una suscripción o membresía. Una vez que se ha entrado en sus sitios, es posible hacer búsquedas de documentos relacionados con nuestros intereses específicos utilizando dos métodos básicos generalmente apoyados en el uso de los llamados operadores booleanos: a) lenguaje libre y b) lenguaje conceptual.



Principales bases de datos para América Latina relacionadas con temas médicos y de salud pública

- PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- MedLine: medlineplus.gov/
- SCIELO: <http://www.scielo.org./php/index.php>
- SCIELO Salud Pública: www.scielosp.org/?lng=es
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS):
<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
- Cochrane BVS en Español:
cochrane.bireme.br/portal/php/index.php?lang=es
- Google Académico: <https://scholar.google.es/>

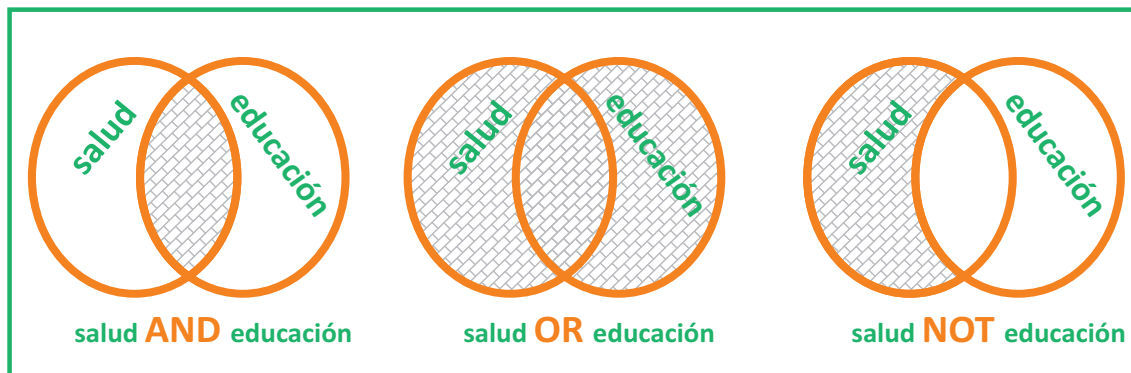
Como su nombre lo indica, el primer método utiliza el lenguaje como estamos acostumbrados a usarlo. Este método suele usarse cuando no sabemos exactamente cómo conducir la búsqueda. Por ejemplo, podemos buscar artículos y documentos sobre “episiotomías en unidades de atención de primer nivel” simplemente copiando y pegando esta frase en el buscador de la base de datos elegida. Si usamos comillas, como en el ejemplo, eso arrojará resultados de documentos que incluyan todas las palabras tal como las hemos escrito. De no hacerlo, la búsqueda se amplía a todos aquellos documentos que incluyan alguna de las palabras de la frase.

Las búsquedas conceptuales son aquellas que usan palabras clave como “salud materna”, “atención a la salud”, “primer nivel de atención” u otras palabras y frases cuyo significado ha quedado definido dentro del campo de la salud pública. Por su parte, los términos MeSH (*Medical Subjects Headings*) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) conforman un vocabulario terminológico controlado para publicaciones de artículos y libros de ciencia que ha sido desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine* - NLM) de Estados Unidos (MeSH) y su traducción al español y al portugués (DeCS). Su uso permite dar mayor precisión a las búsquedas y evitar confusión de palabras. Quien lo desee puede tener acceso a sus equivalencias, utilización y significados a través de la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, dentro de la cual existen videos y tutoriales para aprender a sacar el mayor provecho de ellos.

Por último, los operadores booleanos, son palabras que dan una estructura lógica a las búsquedas. Los tres más útiles son las palabras en inglés *AND* (y) *NOT* (no) y *OR* (o bien). Así, al unir un par de palabras o más usando estos operadores, podemos obtener resultados diferentes que pueden incluir documentos en los que se encuentran todos los términos usados (*AND*), unos u otros, juntos o por separado (*OR*), o bien sólo unos y no otros (*NOT*).



Figura 3.3 Operadores booleanos para búsquedas en internet



En la Figura 3.3 podemos ver que para las palabras educación y salud, al usar el operador AND, obtendremos sólo los documentos en los que se encuentran ambos conceptos, la zona del gráfico marcada con rectángulos grises. Usando el operador OR, obtenemos aquellos en los que se encuentran tanto uno sólo de ellos como ambos. Mientras que si se usa el operador NOT, sólo se obtienen los que incluyen la palabra salud sin la palabra educación.

Teniendo su pregunta de investigación como punto de partida para hacer búsquedas de literatura gris y científica, la CoP en su conjunto o sus miembros activos deben elaborar sus estrategias de búsqueda utilizando uno o los dos métodos descritos: lenguaje libre, palabras clave y/o términos MeSH y DeCS referidos a sus principales conceptos relacionados mediante operadores booleanos. Recordemos que las claves para alcanzar la definición de la pregunta de investigación se encuentran en el capítulo siguiente.

Habiendo definido las palabras clave y términos MeSH y/o DeCS (etapa 3 de la Figura 3.4) y seleccionado las bases de datos (etapa 4) los miembros de la CoP se pueden organizar de diversas maneras, por individuos o equipos para llevar a cabo las búsquedas (etapa 5). Por ejemplo, algunos pueden explorar ciertas bases de datos mientras que otras personas lo hacen en otras. Conforme se van hallando los artículos y documentos deberán refinar las búsquedas hasta quedar satisfechos con los hallazgos asegurando que se han abarcado todas las fuentes a su alcance.



Selección y análisis de artículos y documentos

La sexta etapa consiste en hacer la lista de los títulos hallados y eliminar las repeticiones que inevitablemente se encuentran incluso dentro de una misma base de datos. Durante la séptima etapa se revisan cuidadosamente los títulos a fin de determinar si tienen que ver con la pregunta de investigación. Una vez eliminados aquellos títulos que no resultan relevantes, el paso siguiente (etapa 8) consiste en obtener el resumen o *abstract* de los artículos y documentos que se decidió incluir. Una vez que se cuenta con los resúmenes de los artículos el facilitador de la CoP se encarga de organizarla para que el mayor número posible de sus integrantes participen en la etapa 9, la de su revisión. Esta revisión se puede hacer utilizando una guía que permitirá decidir si el documento en cuestión cumple con los criterios suficientes para que se haga el esfuerzo de obtener (etapa 10) y posteriormente analizar la integralidad de su texto (etapa 11).

Para cumplir con la etapa 9, se aconseja utilizar el Formato 3.2, el cual ofrece una guía general en la que se encuentran diversos criterios de inclusión/exclusión de los documentos y artículos para calificarlos a partir de la lectura de sus resúmenes.

Como se puede ver en el formato, se empieza por recuperar la información esencial de cada publicación tal como suele ser presentada por las bases de datos: título, autores, fecha de publicación e información de la casa editora o la revista que los publica. Una vez consignada esta información, cada revisor anota su nombre y, en seguida, considera los siguientes aspectos:

- **Tipo de documento** – informe, reporte o resultados de una investigación
- **Pertinencia** – el tema tiene o no tiene que ver con la pregunta de investigación
- **Valor** – el documento sólo transmite opiniones o está bien fundamentado
- **Relevancia** – el artículo o documento ayuda o no a esclarecer o enriquecer la pregunta de investigación
- **Ámbito** – lugar o zona geográfica a la que se refiere
- **Tipo de investigación** – teórica, experimental, cuasi-experimental u operativa
- **Tema principal** – aspectos del sistema de salud en que se centra el documento

Lo ideal es que cada resumen sea revisado por dos personas para que cada una decida si el artículo debe o no incluirse para analizar su texto completo. Cuando existen discrepancias, una tercera persona, que puede ser el facilitador de la CoP, debe intervenir para llegar a un consenso.

Una vez que se ha consolidado la lista de artículos y documentos seleccionados se establecen los criterios de análisis del texto completo de cada artículo. Estos criterios servirán para recoger la información de cada artículo con la cual se dará mayor claridad y/o se enriquecerá la comprensión del problema planteado y de la pregunta de investigación. Podemos resumirlos en tres preguntas básicas:



Formato 3.2 Formato para la selección de artículos y documentos

Formato para la selección de artículos y documentos

TEMA o pregunta de investigación: _____

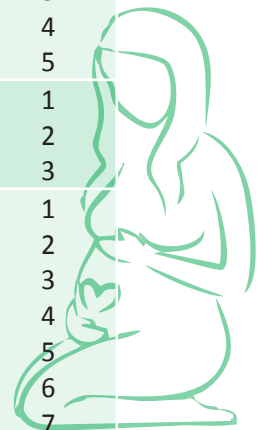
Autor o autores: _____

Título: _____

Revista, volumen y fecha de publicación: _____

NOMBRE de quien revisa: _____

Criterios	Definición de los criterios	Código
1. Tipo de documento	Artículo investigación Artículo de revisión Documentos de instituciones relevantes en salud Informes de salud Literatura gris Otro	1 2 3 4 5 6
2. Pertinencia ¿Se tratan los temas definidos en la pregunta de investigación?	Si la respuesta es un NO seguro, DESCARTAR	Sí 1 No 2
3. Valor ¿El documento rebasa la descripción superficial o el comentario?	Si la respuesta es un NO seguro, DESCARTAR	Sí 1 No 2
4. Relevancia ¿Aporta información para nuestra investigación?	Esencial incluirlo Relevante pero no esencial Relevancia marginal Si la respuesta es 3, puede descartar el documento	1 2 3
5. Ámbito ¿A qué zona geográfica se refiere?	Local Regional Nacional América Latina Internacional	1 2 3 4 5
6. Tipo de investigación	Investigación teórico conceptual Investigación experimental o cuasi-experimental Investigación operativa	1 2 3
7. Tema principal del documento ¿Qué aspectos del sistema de salud son abordados?	Recursos humanos Financiamiento Infraestructura Calidad de la atención Promoción de la salud Participación social Otro (definir)	1 2 3 4 5 6 7



1. ¿De qué manera el artículo o documento apoya o aclara la selección del problema?
2. ¿De qué manera el artículo o documento apoya o aclara la pregunta de investigación?
3. ¿Qué propone para abordar y/o solucionar el problema y responder a la pregunta de investigación?

Se recomienda hacer un resumen de las respuestas con las principales ideas evitando copiar y pegar y, sólo en caso necesario, utilizar comillas para citar el texto palabra por palabra.

Al final, recogiendo los principales resultados de este último análisis, el facilitador y los miembros activos de la CoP pueden redactar un breve reporte dando cuenta de lo esencial del proceso de búsqueda, acopio y análisis de documentos. Recordemos que el objetivo de todo este esfuerzo es complementar el conocimiento tácito de la CoP expresado en la cuidadosa formulación inicial de la pregunta y los objetivos de investigación con lo que propone el conocimiento explícito sobre el o los temas de interés, temas que se abordan con detalle en el Capítulo IV.

Figura 3.4 Proceso de revisión del conocimiento explícito para enriquecer el conocimiento tácito



IV. Diseño de intervenciones para mejorar la implementación de programas de salud materna utilizando el Marco Lógico

Jacqueline E. Alcalde Rabanal
Alfonso E. Nino Guerrero
Luis Alberto García Bello

Tal como hemos ido adelantando a lo largo de los capítulos anteriores, el objetivo de este libro guía es ofrecer una herramienta útil para que los tomadores de decisiones y los equipos responsables de la implementación de políticas y programas puedan desarrollar proyectos de intervención a nivel local con el fin de superar los obstáculos y problemas de dicha implementación en su contexto particular. Se ha explicado la importancia y el significado de la investigación de implementación como marco general dentro del cual se sitúa el esfuerzo descrito. El papel del conocimiento tácito de los implementadores y la necesidad de complementarlo y sustentarlo en el conocimiento explícito también han sido descritos. Así como lo fue la metodología básica para la conformación de comunidades de práctica en tanto base y punto de partida para una tarea de esta naturaleza. En este nuevo capítulo se desarrolla punto por punto la parte medular de la preparación de un proyecto de intervención destinado a mejorar la implementación de una política o programa. Como hemos hecho a lo largo de toda la obra, consideramos las políticas y programas de salud materna como ejemplo derivado de la experiencia directa de los autores. No obstante, la metodología que compartimos tanto en este como en todos los demás capítulos puede ser adaptada para ser empleada en otras áreas de la salud pública.

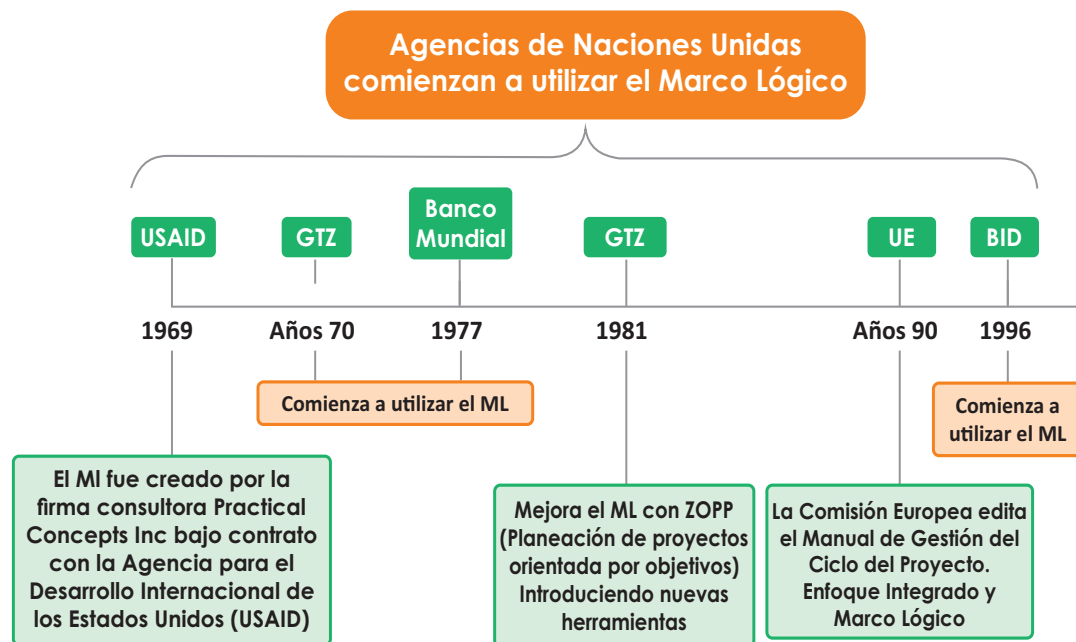
Así pues, a fin de complementar la comprensión de la investigación de implementación y el aprovechamiento del conocimiento tácito organizado de las comunidades de práctica, ahora veremos la forma en que todo esto se encuentra en la base del desarrollo y la utilización de la metodología del Marco Lógico.



1. ¿Qué es el Marco Lógico?

El Marco Lógico (ML) es una de las principales herramientas que desde hace algunas décadas utilizan las instituciones nacionales e internacionales para el diseño y planificación de intervenciones bajo la modalidad de programas y proyectos. El Marco Lógico fue desarrollado en 1969 por la agencia consultora *Practical Concept Inc. Leon Rossenberg* y *Lawrence Posner* a solicitud de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) (1) y posteriormente fue retomado por la agencia GTZ (Alemania) a principios de la década de 1980 (Figura 4.1). Este modelo se aplica a todo tipo de proyectos y programas independientemente de quién sea el ejecutor, el gobierno, una organización no gubernamental o una organización de la sociedad civil. En la actualidad este enfoque es utilizado por la mayoría de los organismos de cooperación internacional como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización de Estados Americanos. El ML ofrece herramientas para la conceptualización, diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones, programas y proyectos.

Figura 4.1 Antecedentes históricos del Marco Lógico



Fuente: Agencia de las Naciones Unidas

El marco lógico debe ser desarrollado desde un inicio con la participación de diversos actores involucrados, tanto en su diseño como en su ejecución.



2. Actores participantes para el diseño de una intervención de un programa de salud materna

Desde la perspectiva planteada en este libro-guía, la formulación de una intervención para intervenir en un problema de implementación de un programa de salud materna tiene como punto de partida la formación de la comunidad de práctica (CoP). Para integrar la CoP es indispensable identificar y buscar la participación de los actores involucrados directa e indirectamente en el problema, los cuales variarán según la realidad de cada ámbito. En cualquier caso, hay cinco tipos de actores cuya participación debe ser asegurada y cabalmente comprendida debido a la relevancia de sus funciones actuales o futuras en el funcionamiento de los servicios de atención a la salud materna:

- **El personal de salud** – El grupo de personas que implementan los diversos programas de salud materna en los servicios de salud
- **Otros actores relevantes del contexto** – Las personas, instancias y organizaciones con interés y representatividad en salud materna del lugar en donde se implementará la intervención
- **Los beneficiarios** – Las mujeres (gestantes) que actualmente o en el futuro serán beneficiadas en forma directa e indirecta por la intervención y/o sus representantes
- **Entidad financiera y/o unidad ejecutora** – Las personas y entidades representantes del gobierno local, municipal o regional y de las autoridades de salud o de los programas de salud materna

3. Herramientas para el diseño de una intervención

Distinguimos dos grandes fases en el diseño de una intervención: la fase de análisis en la cual se identifica y caracteriza detalladamente el problema de implementación de un programa de salud materna sobre el cual se desarrollará la intervención y la fase de síntesis, durante la cual se diseñan y presentan las estrategias y acciones necesarias para superarlo. El Cuadro 4.1, a continuación, presenta el esquema básico de las herramientas metodológicas o actividades que corresponden a cada una de las dos fases. A lo largo de las páginas siguientes se expone en qué consiste cada una de ellas paso a paso. De modo que este cuadro servirá de referencia sobre el contenido de todo el capítulo.



Cuadro 4.1 Herramientas metodológicas para el diseño de intervenciones en salud materna utilizando el Marco Lógico

Fase	Herramientas	Contenidos
Análisis	Herramientas de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas • Priorización de problemas • Formulación del problema • Análisis del problema • Análisis de involucrados
	Herramientas de planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de objetivos • Análisis de alternativas
Síntesis	Matriz del marco lógico	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Indicadores • Medios de verificación • Supuestos
	Matriz operativa de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz o diagrama de Gantt

Fuente: Elaboración propia con información del BID (2)

3.1 Fase de análisis

3.1.1 Herramientas de diagnóstico

El diseño de una intervención empieza con el conocimiento de una situación, en este caso de la implementación de una política o programa de salud materna del ámbito en el cual se pretende realizar una intervención. Esto requiere disponer de un diagnóstico, el cual debe contener, además de indicadores de la situación de salud materna, una descripción de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del entorno que, en conjunto, estructuran un contexto relativamente estable en el cual se implementará el programa. A partir del conocimiento de la situación se identifican problemas de implementación del programa que son importantes de resolver. Dado que la presente propuesta se basa en la recuperación del conocimiento tácito, se identificarán problemas de implementación del programa que reconocen los actores involucrados en su ejecución.

Para identificar qué se quiere resolver en la implementación de los programas de salud materna es necesaria la participación de los actores involucrados en el ámbito donde se propone desarrollar la intervención

Esta metodología facilita el liderazgo de la CoP y busca la participación de los actores, permite recuperar ideas individuales sobre los problemas de salud materna y permite compartir las ideas de todos los participantes para:



- Identificar los problemas de implementación
- Priorizar el problema para la intervención
- Definir el problema que se habrá de abordar
- Analizar el problema en términos de causa-efecto (árbol de problemas)
- Construir el análisis de medios y fines o árbol de objetivos

• Identificación de problemas

Este paso es el punto de partida para la planeación de la intervención y exige contar con la auténtica participación de los actores a fin de recuperar un listado de los problemas de implementación del programa de salud materna tal como los perciben. De esta forma, podrán reconocer la inclusión de sus aportes en la intervención que se va a desarrollar y, por lo tanto, comprometerse con mayor interés en su ejecución.

La identificación del problema principal se hará utilizando la lluvia de ideas y un método de consenso. La elaboración del listado general de problemas se realiza bajo el liderazgo de la CoP y la participación de otros actores involucrados a través de una reunión. La reunión debe ser conducida por el facilitador de la CoP o por otra persona con capacidad y autoridad para convocar, reunir y guiar a los participantes. En cualquier caso, esta persona deberá tener conocimientos básicos sobre la lluvia de ideas, el consenso y el ML además de motivar la participación con nuevas ideas entre los participantes. Para iniciar con la lluvia de ideas, los líderes de la CoP elaboran una pregunta disparadora que permita identificar los problemas de implementación de la política o programa de salud materna. A manera de ejemplo, proponemos una pregunta que puede ser adecuada al contexto donde se pretende desarrollar la intervención.

¿Cuáles son los problemas de implementación que, de acuerdo con su experiencia, enfrenta el programa de salud materna?

En el Formato 4.1, se presenta una lista de chequeo de los materiales necesarios y el procedimiento para elaborar el listado general de problemas. El formato 4.2, más adelante, ofrece una lista similar para la priorización de los problemas según los criterios que se explican a continuación.

• Priorización de problemas

Priorizar significa seleccionar, entre aquello que es importante, lo más relevante y/o pertinente, es decir aquello sobre lo cual estamos en posibilidades reales de actuar, ya sea por las dimensiones del tema o por las capacidades con que se cuenta para ello. No es posible intervenir si no se ha establecido un orden de prioridades entre diversos asuntos importantes. El listado general de problemas de implementación del programa es el insumo con el cual se lleva a cabo la priorización y la selección del problema de implementación para el cual se diseñará una intervención. Para realizar la priorización se pueden utilizar diversas técnicas. Por ejemplo, el método de priorización de *Hanlon modificado* permite establecer prioridades con base en la evaluación de cuatro criterios básicos.



- 1) Magnitud del problema en términos del tamaño y proporción de la población afectada
- 2) Severidad del problema medida en función de letalidad, mortalidad, morbilidad, incapacidad y/o costos
- 3) Eficacia de la solución o posibilidades de disminuir los efectos negativos del problema en función de los recursos y la tecnología disponibles
- 4) Factibilidad de la solución del problema en términos de su pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad

Los criterios para la determinación de prioridades deben adecuarse en cada ámbito. Por lo cual proponemos utilizar los siguientes criterios para priorizar problemas con la participación de los actores:

- 1) **Importancia del problema** – Percepción de los actores involucrados sobre la urgencia de resolver el problema de implementación del programa
- 2) **Factibilidad de solución** – Valoración de las posibilidades de resolver el problema y de la complejidad de su solución
- 3) **Frecuencia de la ocurrencia** – Mayor o menor presencia o repetición del problema
- 4) **Magnitud de la población afectada** – Volumen de población afectada por el problema
- 5) **Percepción de la población/actores** – Valoración del interés de los actores por lograr que el problema se resuelva debido a sus efectos sobre la atención a la salud materna



Formato 4.1 Lista de chequeo para la identificación de problemas

Actividades y procedimientos	Cumplido
Materiales	
<ul style="list-style-type: none"> • 10 tarjetas tamaño media carta de color fosforescente por participante (todas del mismo color) • Una cinta adhesiva (masking tape) de un centímetro de ancho por cada 10 participantes • 1 plumón grueso de color oscuro por participante (negro, azul, verde oscuro, marrón, morado) 	
Proceso metodológico – ideas individuales	
<ul style="list-style-type: none"> • Designar un facilitador para liderar la lluvia de ideas • Disponer de una pregunta disparadora que se presenta a los participantes durante todo el taller asegurándose de que esté en un lugar visible (cartulina o diapositiva) • Verificar que los participantes entiendan correctamente la pregunta • Indicar que las respuestas son individuales y que sólo se debe colocar una por tarjeta • Integrar equipos de 8 a 10 participantes, según la función que desempeñan u otro criterio definido por la CoP • Designar un moderador al interior de cada equipo • Verificar que cada participante tenga 7 a 10 tarjetas y un plumón grueso • Señalar que no hay problema si dos o más participantes proponen respuestas similares • Asignar un mínimo de 30 minutos para realizar esta tarea 	
Proceso metodológico – ideas grupales	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicar a los participantes que las ideas una vez recogidas pertenecen al equipo • Recoger (el facilitador) las tarjetas de cada equipo y colocarlas en un lugar visible (pizarrón, pared o piso) • Revisar al interior de cada equipo las respuestas y eliminar aquellas repetidas o similares • Reformular ideas interesantes que no se entienden con facilidad • Determinar por consenso del equipo las ideas que quedarán como problemas de implementación propuestos por el equipo. • Todos los equipos deben presentar su listado generar de problemas y por consenso de todos los equipos se debe seleccionar un listado general de problemas de implementación de programa de salud materna 	
PRODUCTO	Listado general de problemas identificadas por la CoP



Formato 4.2 Lista de chequeo para la priorización del problema

Actividades y procedimientos	Cumplido
Materiales	
<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios o papelógrafos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Plumones o marcadores 	
<ul style="list-style-type: none"> • Una cinta adhesiva (<i>masking tape</i>) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de valoración de criterios para la priorización de acuerdo con los contenidos del Cuadro 4.2 	
<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de calificación de criterios según el Formato 4.3 	
Proceso metodológico	
<ul style="list-style-type: none"> • Designar un facilitador para liderar la lluvia de ideas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponer del listado general de problemas en la matriz de calificación de criterios del Formato 4.3 	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la discusión del equipo para alcanzar un consenso y calificar cada problema según los criterios elegidos con un puntaje de 1, 3 o 5 según lo muestra el Cuadro 4.2. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber calificado todos los problemas se realiza la sumatoria de los criterios para cada uno. Los problemas prioritarios son aquellos con el puntaje más alto. 	
<ul style="list-style-type: none"> • En caso de empate en puntos el equipo debe decidir cuál problema priorizará 	
PRODUCTO Problema de implementación de programa de salud materna priorizado	

• Formulación del problema

Cuando un problema está bien planteado, la mitad ya se ha resuelto.

Albert Einstein y Leopold Infeld

Una vez que se han establecido las prioridades y se ha seleccionado el problema al cual la CoP dedicará su esfuerzo para desarrollar una intervención destinada a mejorar la implementación del programa de salud materna es preciso lograr la mejor formulación o planteamiento del problema.

Pero, ¿qué es un problema? De acuerdo con una visión estrecha, un problema es algo que se deriva de un error, de un fracaso o simplemente del mal funcionamiento de algo. Sin embargo, si abrimos la perspectiva, un problema puede ser visto de manera positiva como una diferencia entre situaciones comparables que despiertan nuestro interés y deseo de actuar. También es posible considerar que un problema es un “conjunto de hechos o circunstancias que impiden la consecución de algún fin” (3).



Cuadro 4.2 Matriz de valoración de criterios para la priorización de problemas de implementación de los programas de salud materna

Criterios ¹ Puntaje	Importancia del problema	Factibilidad de solución	Frecuencia de la ocurrencia	Población Afectada	Percepción de la población
1	La solución del problema es de importancia secundaria para el éxito del programa	La intervención es difícil y no se garantiza la participación de los trabajadores de salud	El problema se presenta esporádicamente	Afecta a menos de 20% de las mujeres atendidas	La población y/o los trabajadores de salud no perciben el problema
3	La solución del problema es medianamente importante para el programa	Se puede intervenir y conseguir el apoyo de las autoridades y los trabajadores de salud	El problema se presenta con cierta regularidad (cada mes)	Afecta a entre 20% y el 50% de las mujeres atendidas	La población y/o los trabajadores de salud perciben el problema pero es indiferente a su resolución
5	La solución del problema es muy importante porque afecta la calidad de atención de la salud materna	Es fácil intervenir y es posible conseguir el apoyo de las autoridades y los trabajadores de salud, así como los recursos necesarios	El problema se presenta frecuentemente (cada día o cada semana)	Afecta a más del 50% de las mujeres atendidas	La población y los trabajadores de salud perciben el problema y tienen interés en resolverlo

¹ Los criterios de priorización pueden ser modificados por la CoP. Se pueden eliminar algunos o añadir otros. Aquí se presentan los que consideramos más importantes.

Para mejorar la formulación de un problema de implementación de programas de salud materna debemos referirnos tanto a los procesos utilizados para aplicar iniciativas, así como a los *factores contextuales* que afectan esos procesos. Esto es así ya que aun cuando las intervenciones estén bien diseñadas, su implementación siempre es diferente en cada lugar en función de los contextos y, por lo tanto, sus efectos pueden ser muy distintos (4). La diferencia entre situaciones comparables que se observa expresa la falta de correspondencia entre lo esperado y lo que efectivamente sucede (5). Esa diferencia es la brecha que se busca resolver. Por tanto, el problema debe formularse en un enunciado que muestre o exprese claramente la brecha en una idea *completa y fácil de entender* (Cuadro 4.3).



Formato 4.3 Matriz de calificación de criterios para la priorización de problemas de implementación de los programas de salud materna

Problema	Importancia del problema	Posibilidad de solución	Frecuencia de la ocurrencia	Población afectada	Percepción de la población	Total
1						
2						
3						
4						
5						

Cuadro 4.3 Ejemplos de formulación de problemas con ideas incompletas y completas

	Idea incompleta	Idea completa
Palabras que se plantean como problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad • Anticonceptivos • Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad de atención de la consulta prenatal • Baja utilización de anticonceptivos pos evento obstétrico
Ideas incompletas que se plantean como problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones del embarazo • Control del puerperio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad de atención de las complicaciones del embarazo en hospitales • Incremento de complicaciones obstétricas durante el puerperio

El error más frecuente consiste en plantear un problema negativamente como una carencia utilizando frases como: **“Falta de...”**; **“No hay...”**; **“No Existe...”**. En cambio, se pueden utilizar palabras que permitan sugerir oportunidades de mejorar, tales como: limitado, inoportuno, desfasado, escaso, costoso, bajo, obsoleto, reducido, imprudente, antiguo, restringido, ineficiente, incipiente, frágil, ineficaz, débil, inadecuado, corrupto, burocrático, inapropiado, alto, excesivo, dispendioso, elevado, abundante, etcétera (Cuadro 4.4).

También es muy importante formular el problema evitando señalar o sugerir la solución. Un problema no debe ser planteado como ausencia de una solución, sino de manera positiva como una oportunidad para la acción (Cuadro 4.5).



Cuadro 4.4 Formulaciones del problema en forma negativa o como oportunidad

Formulación negativa de un problema Forma incorrecta	Formulación del problema como oportunidades de mejora Forma correcta
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de métodos anticonceptivos • No hay métodos anticonceptivos • No existen métodos anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada oferta de métodos anticonceptivos para adolescentes en el municipio de Palo Alto • Insuficiente acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes en el municipio de Palo Alto. • Limitado acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes en el municipio de Palo Alto

Cuadro 4.5 Planteamiento de problemas como ausencia de solución o como oportunidad para la acción

Solución	Problema planteado como la falta de una solución	Problema correctamente planteado
Capacitación al personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación del personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente capacitación del personal de salud
Disponer de personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente personal de salud para atender a las gestantes.
Control prenatal adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un control prenatal adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad del control prenatal en unidades de primer nivel de atención

Los enunciados deben expresar situaciones perfectibles o con oportunidad de mejora, utilizando palabras que evidencien la brecha o situación negativa que se busca superar. También es posible usar palabras que plantean tendencias positivas (de aumento) o negativas (de disminución) que generan el problema (Cuadro 4.6).

Finalmente, el problema debe enunciar con claridad la población afectada por el problema y señalar el ámbito o espacio geográfico en el cual se presenta (6). En síntesis, un problema bien planteado responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿A quién afecta?
- ¿Dónde se localiza?
- ¿Cuándo ocurre? (opcional)



Cuadro 4.6 Ejemplos de planteamiento de problemas que denotan presencia de brecha o situación que debe ser superada

Palabras que denotan brecha o situación negativa	Ejemplos
Tendencia positiva (+) Incremento, aumento, acrecentamiento, ampliación, alta, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la deserción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos temporales • Aumento de la mortalidad materna intrahospitalaria • Ampliación de los tiempos de diferimiento para la atención de las emergencias obstétricas.
Tendencia negativa (-) Deficiente Insuficiente, inadecuado Inaceptable, insuficiente, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente acceso de las mujeres para la utilización de un método anticonceptivo • Inadecuada relación usuario proveedor de los programas de atención en los programas de salud materna • Insuficiente.....

Ejemplo de formulación de un problema

Mala calidad de atención al parto en instituciones públicas de salud del municipio de Palo Alto en 2015

- ¿Cuál es el problema? – Mala calidad de atención al parto en instituciones públicas de salud
- ¿A quién afecta? – A las mujeres que dan a luz
- ¿Dónde se localiza? – En Palo Alto
- ¿Cuándo ocurre? – En 2014

• **Análisis del problema priorizado – Diagrama causa-efecto o árbol de problemas**

El análisis del problema, debe explicar las causas por las que sucede el problema y comúnmente se construye como un *árbol de problemas* y se lleva a cabo considerando relaciones de *causa-efecto*. Esta metodología es la base del análisis que permite establecer el *Modelo Lógico* para el diseño de la intervención. La clave de un diagrama de causa-efecto consiste en identificar tanto las verdaderas causas explicativas del problema como su jerarquía. Esto último implica identificar las causas de primer



orden, es decir aquellas vinculadas directamente con el problema, distinguiéndolas de las causas de segundo orden, o aquellas cuyo vínculo causal es con las de primer orden. De igual forma, es necesario determinar los efectos directos o de primer orden que genera el problema, así como aquellos de segundo orden para, por último, determinar el efecto final provocado por el problema. El eje principal del análisis es el problema priorizado. A partir de este se construye el árbol de problemas, en cuya parte inferior se colocan las causas mientras que los efectos se colocan en la parte superior (Figura 4.2). Es importante respaldar el análisis e causa efecto en la evidencia científica disponible.

La metodología más adecuada para elaborar el árbol de problemas se conoce como mutigramación y se basa en la recuperación de las causas por las que sucede el problema a partir del conocimiento de los actores mediante su participación activa en la identificación y discusión de las causas y efectos del problema. Dado que el árbol de problemas debe construirse por consenso, el facilitador convoca a la CoP a una reunión especialmente dedicada a ello asegurando la participación de todos sus miembros. Los pasos a seguir una vez reunidos los participantes son los que se incluyen en la lista de chequeo del Formato 4.4.

Construcción de la parte inferior del árbol de problemas – las causas

Empezaremos utilizando como referencia básica el esquema de construcción del árbol de problemas de la Figura 4.2, a reserva de que más adelante se presenta un ejemplo de árbol completo basado en el desarrollo de lo adelantado en el esquema (Figura 4.3). Una vez que el facilitador ha colocado todas las respuestas a la pregunta general en la pared o pizarra de manera que esté visible para todos los participantes, la técnica más utilizada para construir la parte inferior del árbol de problemas es la técnica de los tres ¿por qué?

- El primer *¿por qué?* se utiliza para descubrir qué origina el problema en primera instancia, es decir, las causas principales o de primer nivel. Utilizando como ejemplo la formulación del problema priorizado que presentamos más arriba, el facilitador preguntará a los participantes:

¿Por qué hay mala calidad de atención al parto en las instituciones de salud pública del municipio de Palo Alto?

Los participantes deben escoger entre las respuestas que se encuentran en las tarjetas pegadas a la pared o pizarra, un mínimo de tres y un máximo de cinco causas principales. En caso de que ninguna de las tarjetas la exprese, el facilitador y los participantes deben formularlas y hacer las tarjetas correspondientes. Las tarjetas con las causas principales se colocan debajo del problema priorizado y quedan como causas de primer orden en el árbol de problemas. En la parte inferior de la Figura 4.2 podemos ver que una causa de primer orden puede ser:



Formato 4.4 Lista de chequeo para la elaboración del árbol de problemas

Materiales y procedimientos	Cumplido
A. Materiales	
• Una cartulina de 45 x 10 cm	
• 10 tarjetas de cartulina amarilla de 20 x 10 cm para cada participante	
• 2 a 4 tarjetas de cartulina rosa de 20 X 10 cm para cada participante	
• Una cartulina en forma de nube de 35 x 20 cm	
• Una cinta adhesiva (<i>masking tape</i>) de 2 cm por equipo	
• 4 papelógrafos o rotafolios	
• 1 plumón grueso de colores oscuros por participante	
• Un bote de pegamento	
B. Proceso metodológico	
Parte inferior del árbol de problemas	
• Distribuir un plumón y 5 a 7 tarjetas amarillas a cada participante	
• El facilitador solicita que los participantes respondan acerca de las causas por las cuales sucede el problema priorizado	
• Solicitar que cada participante escriba una sola respuesta en cada tarjeta con letra imprenta y un máximo de 12 palabras	
• Recibir las tarjetas (el facilitador) sin hacer juicios y señalando que pertenecen al equipo.	
• Colocar las tarjetas en un lugar visible (pared, pizarra o piso)	
• Ordenar las tarjetas en causas de primer nivel (principales)	
• Cada causa principal debe tener al menos dos causas de segundo orden (secundarias)	
• Las ideas que no se utilicen se colocan en la nube y pueden ser utilizadas posteriormente	
Parte superior del árbol de problemas	
• El facilitador distribuye 2 a 4 tarjetas color rosa a cada participante	
• El facilitador solicita que los participantes respondan acerca de los efectos que causa el problema si no se interviene	
• Solicitar que cada participante escriba dos a cuatro respuestas, una por tarjeta, con letra imprenta y un máximo de 12 palabras	
• El facilitador recibe las tarjetas sin hacer juicios y señalando que pertenecen al equipo.	
• Colocar las tarjetas en un lugar visible (pared, pizarra o piso)	
• Ordenar las tarjetas en efectos de primer orden y colocarlos arriba del problema central	
• Proceder de igual manera para los efectos de segundo orden o nivel	
• Revisar los efectos de primer y segundo orden para ver su coherencia	
• Todo árbol de problemas debe terminar en un efecto final	
PRODUCTO:	Árbol de problemas elaborado



El personal no tiene competencias para la atención del parto humanizado.

- El segundo *¿por qué?* se utiliza para explorar qué origina cada una de las causas de primer orden o nivel. Para explorar qué origina la causa de primer orden identificada en nuestro ejemplo se preguntaría:

¿Por qué el personal en instituciones públicas de salud en el municipio de Palo Alto no tiene competencias para la atención del parto humanizado?

El facilitador y los participantes nuevamente deben escoger entre las tarjetas para determinar al menos dos causas que, a su vez, dieron lugar a las causas de primer orden. Si no se encuentran respuestas entre las tarjetas, el equipo debe proponer al menos dos respuestas. Estas respuestas se colocan debajo de las causas de primer orden y, por tanto, constituyen las causas de segundo orden en el árbol de problemas.

Es recomendable explorar dos o hasta un máximo de tres niveles de causalidad. Igualmente, tampoco resulta útil tener más de cinco causas principales. Con más niveles de causalidad o causas principales el análisis se vuelve demasiado complejo y puede dejar de ser estratégicamente útil. Esto es algo que se podría considerar sólo en casos en que se formulan proyectos de envergadura nacional, mucho más amplios que las intervenciones a nivel local como que nos planteamos aquí.

Construcción de la parte superior del árbol de problemas – los efectos

Al igual que se organizaron las causas, ahora es necesario organizar los efectos provocados por el problema en caso de que no se intervenga, es decir las respuestas a la pregunta genérica *¿Qué pasaría si no se interviene para resolver el problema?* (Figura 4.2, parte superior). De esta manera, el primer nivel de efectos se utiliza para identificar qué sucedería en primer lugar en caso de que no se haga ninguna intervención. Siguiendo con nuestro ejemplo, la pregunta quedaría así:

¿Cuáles son las consecuencias de que haya mala calidad de atención al parto en las instituciones de salud pública del municipio de Palo Alto?

- El facilitador distribuye ahora entre dos y cuatro tarjetas color rosa a cada participante
- Cada participante debe dar al menos dos respuestas a la pregunta, una en cada tarjeta



- El facilitador coloca nuevamente las tarjetas en un lugar visible y con ayuda de los participantes las agrupa, para determinar los efectos principales o de primer orden. Una vez identificados los efectos de primer orden se les ubica sobre el problema central.
- Para construir los efectos de segundo orden se formula la pregunta a partir del efecto de primer orden, en nuestro ejemplo:

¿Cuáles son las consecuencias si se incrementa la demanda de atención del parto institucional en el sector privado?

- Se explora nuevamente entre las respuestas que se obtuvieron en los efectos de primer orden para verificar si con estas respuestas se puede responder. En caso que no se encontraran respuestas, el facilitador y los participantes deben responder a la pregunta. De manera general, los efectos sólo se exploran hasta un segundo orden.
- Finalmente, y en conjunto, se revisan los efectos de primer y segundo orden para ver la coherencia entre ellos. Todo árbol de problemas debe terminar en un efecto final, que en el ejemplo usado hasta ahora sería:

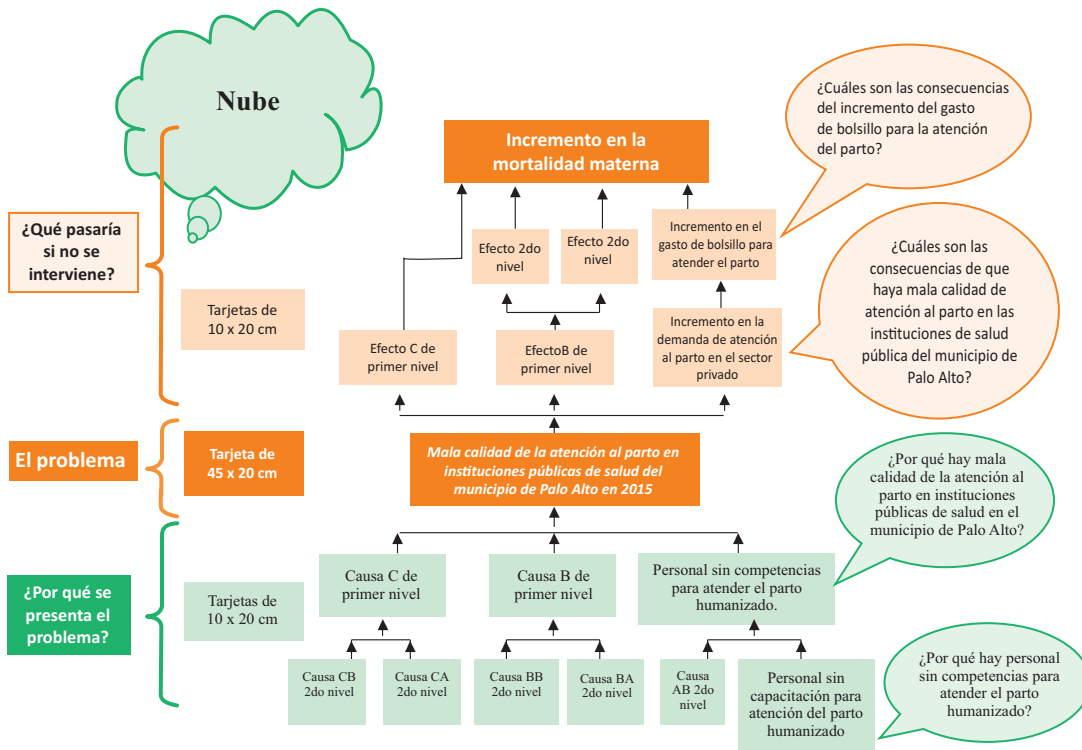
Incremento en la mortalidad materna.

Una vez que se ha terminado de elaborar el árbol de problemas y se han identificado las causas y posibles efectos en caso de que no se intervenga, la CoP debe proceder a dar sustento científico a lo que se ha plasmado en esta figura. Para ello, conforme a lo que se ha presentado en el Capítulo III sobre la utilización del conocimiento explícito para fundamentar los hallazgos del conocimiento tácito, los miembros de la comunidad de práctica deberán abocarse a hacer las búsquedas adecuadas dentro de las bases de datos más pertinentes. Una vez hallados los títulos de la literatura científica y los documentos oficiales o literatura gris ligados con el tema, seleccionarán los más pertinentes y procederán al análisis de aquellos en donde se encuentre información relevante.



El análisis de causalidad a partir del árbol de problemas debe estar respaldado en evidencia científica.

Figura 4.2 Esquema básico de un árbol de problemas



La Figura 4.3 presenta un ejemplo de árbol de problemas completo con base en lo adelantado en el esquema de la Figura 4.2. En este ejemplo, mismo que nos servirá de referencia avanzar en la exposición del resto de la metodología del marco lógico, podemos ver que se han encontrado cuatro causas de primer orden o nivel que nos explican por qué ha surgido el problema. A su vez, cada una de estas causas tiene entre dos y tres causas de segundo nivel que responden al segundo por qué. De igual manera, en la parte superior del árbol se identificaron tres efectos principales o de primer nivel, uno de ellos contribuye directamente a generar o provocar el efecto final, mientras que de los otros dos, uno genera sólo efectos de segundo nivel y el otro genera un efecto de tercer orden para, finalmente, llegar a la situación negativa en la que culmina el problema, misma que se busca primero que nada comprender cabalmente para estar en condiciones de contribuir a modificarla.

- **Análisis de involucrados**

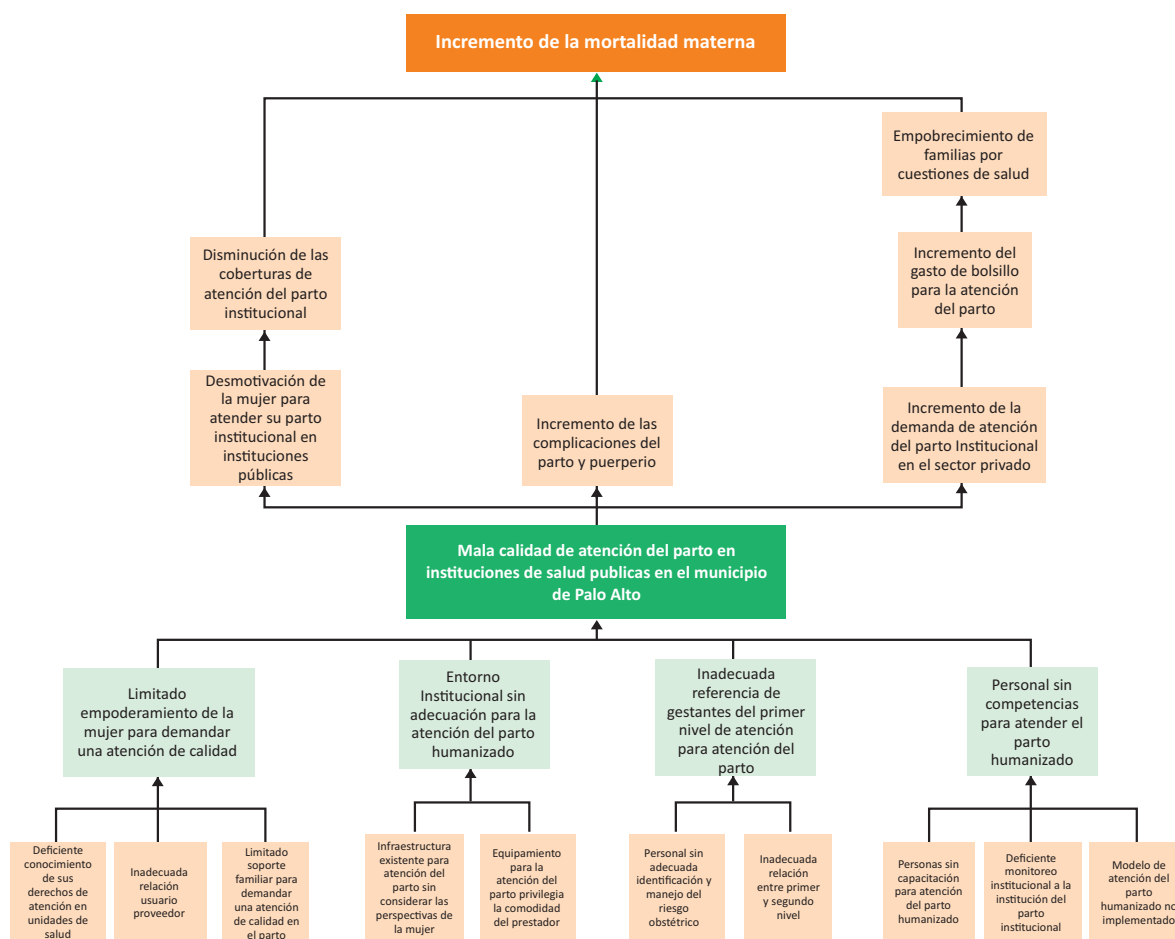
Realizamos el análisis de involucrados para dar mayor objetividad al proceso.

Banco Interamericano de Desarrollo
El Marco Lógico para el desarrollo de proyectos



Partiendo de la visión sistémica de los servicios de atención a la salud, podemos entender que todos los problemas siempre tienen distintas aristas, expresan el efecto de diversos intereses y son el resultado de acciones u omisiones de los actores que intervienen, participan y/o padecen las consecuencias de los mismos. A fin de tener un diagnóstico completo de la situación que se pretende mejorar, de los problemas de implementación de alguna política o algún programa que se busca resolver, es indispensable llevar a cabo un análisis de los involucrados. Sin embargo, si bien la puesta en marcha de esta herramienta se encuentra vinculada al desarrollo del diagnóstico inicial, también es cierto que será de gran utilidad tanto para planear adecuadamente una intervención como para poder adaptarla conforme se está llevando a cabo.

Figura 4.3 Ejemplo de árbol de problemas completo



El análisis de involucrados es uno de los elementos más dinámicos del ML y se utiliza en todas las etapas de la intervención dado que los involucrados pueden no ser los mismos en el diseño de la intervención que durante su ejecución. Por ejemplo, nuevos grupos pueden aparecer para oponerse a una intervención una vez que se ha puesto en marcha.

Es necesario identificar qué grupos y organizaciones están directamente involucrados en el problema a fin de reconocer sus intereses y su posicionamiento a favor o en contra de la intervención. Si bien existen diversas herramientas para hacer el análisis de involucrados, aquí presentamos el método mejor adaptado a los fines de este libro-guía. Con este método será posible identificar a los principales actores, el grupo en que se encuentran, su interés en la intervención, su percepción del problema, sus recursos, mandato y, por último, su poder de influencia (Formato 4.5).

Formato 4.5 Matriz para el análisis de los involucrados

Actor o grupo de actores	Interés en la intervención	Problemas percibidos	Recursos y Mandatos	Poder de influencia
1.				
2.				
...				

Actor o grupo de actores. En esta columna se ubica a los principales actores vinculados con el problema, los cuales deben ser específicos. Puede tratarse de individuos o de grupos. En caso de que se trate de actores colectivos, no se deben dar nombres generales como organizaciones del sector público, organizaciones de la sociedad civil, ONG u organizaciones religiosas. En cambio se debe señalar, por ejemplo: iglesia protestante, asociación de mujeres “la Lupita”, sindicato de trabajadores del hospital, sindicato de enfermeras, representante de enfermeras en contacto con pacientes.

Interés en la intervención. Señalar básicamente si los actores tienen una actitud de apoyo, de rechazo o de indiferencia ante la intervención. Se puede explorar si los actores perciben efectos positivos o negativos como consecuencia de la intervención. La calificación del interés de los actores debe ser actualizada en las diversas fases de la intervención.

Percepción de los problemas. Se anota cómo percibe cada actor el problema que motiva la intervención y las causas o problemas asociados que lo determinan. Este análisis ayuda a delimitar adecuadamente el problema objeto de la intervención, no los posibles o potenciales.



Recursos y mandatos. Es necesario identificar los recursos con los que cuenta cada actor para apoyar u obstaculizar la intervención; los recursos pueden ser financieros o no financieros (mano de obra, influencia, presión social o política). El mandato se refiere al marco legal o normas técnico administrativas que obliga a algunos de los actores a realizar acciones relacionadas con la intervención, también se refiere a la existencia de recursos disponibles, programas, proyectos o actividades en curso relacionados con el proyecto.

Poder de influencia. La capacidad que tiene el actor de influir a favor o en contra de la implementación de la intervención. Para fines del análisis, se puede dar una calificación a dicho poder utilizando una escala del 1 al 5, donde 1 es nulo poder de influencia y 5 muy alto poder de influencia.

El Cuadro 4.7 presenta la matriz para el balance de fuerzas de los involucrados, cuyo objetivo es analizar la viabilidad inicial para implementar la intervención haciendo un balance entre sus intereses y su poder de influencia. Dentro de la matriz se coloca un signo positivo en caso de que se perciba un beneficio y un signo negativo en caso de que se considere que el grupo es afectado por la intervención.

Cuadro 4.7 Matriz para el balance de fuerzas de los involucrados.

Grupo	Intereses en la intervención	Poder de influencia	Balance
Grupo de mujeres	+	5	5
Gobierno Local	+	5	5
Gobierno Regional	-	5	0
Ministerio de salud	-	3	-3
Trabajadores de salud	-	3	-3
Población en general	+	3	3
Iglesia	+	3	3
Grupo de mujeres gestantes			3
			+12

Se asume que el signo negativo o positivo tienen valor 1, en caso de que el 50% de los actores estuviera a favor y el 50% en contra y el mismo poder de influencia el valor obtenido sería cero, en consecuencia la posibilidad de éxito de la intervención es neutra. Si en lugar de cero, se obtienen valores negativos quiere decir que más actores están en contra de la intervención y por ello sería muy difícil iniciar la intervención; por el contrario un valor positivo indica que existen más actores a favor y por ende existen altas posibilidades de éxito. La intervención es viable cuando el valor total es positivo y superior al número de actores y es altamente viable si el valor es 1.5 veces el número de actores.



En el ejemplo que muestra el Cuadro 4.7 el valor total es +12, superior al número de actores que son 8. La intervención es viable. Pero incluso, podemos ver que, dado que el valor total es +12, es decir, igual a 8 multiplicado por 1.5, la intervención es altamente viable.

3.1.2. Herramientas de planeación

- **Análisis de objetivos y construcción de soluciones: el árbol de objetivos**

El insumo principal para formular los objetivos de una intervención dentro de la perspectiva del Marco Lógico es el árbol de problemas. A partir de este y teniendo en cuenta el análisis de involucrados, se trata de planear el paso de la situación actual a la situación deseada. El análisis de objetivos permitirá establecer y describir la visión de la CoP sobre la solución del problema y la situación que pretende alcanzar al final de la intervención.

Un *objetivo* es un resultado que se desea alcanzar, y está dirigido a la superación de las causas que originan el problema. En términos del Marco Lógico, un objetivo expresa el propósito o la intención que describe el cambio que se propone alcanzar, el cual debe ser observable y medible. Es muy importante definir los objetivos como logros, metas cumplidas y no como tareas a cumplir. En realidad, serán los resultados que se alcanzarán luego de realizar dichas tareas (6). Al igual que en la construcción del árbol de problemas, toda la comunidad de práctica debe participar en la elaboración del árbol de objetivos. El análisis de objetivos debe servir para:

- Describir la situación que se pretende lograr como resultado de la intervención
- Proponer actividades y medios para alcanzar el cambio deseado
- Definir y delimitar las acciones requeridas para lograrlo

El árbol de objetivos se construye transformando el *árbol de problemas*, el cual expresa la situación actual (negativa) que se desea superar, en *árbol de objetivos*, en el cual se expone la nueva situación (positiva) que se alcanzará como resultado de la intervención. El árbol de objetivos es exactamente igual al árbol de problemas, pero cambia el planteamiento de las situaciones *negativas* en nuevas situaciones *positivas*. La Figura 4.4 muestra un ejemplo basado en la transformación del esquema de árbol de problemas de la Figura 4.2.

Veamos primero, a la derecha del árbol, el objetivo central y los objetivos específicos de la intervención. Es muy importante no confundir los objetivos específicos con las actividades o las tareas que se requiere realizar para alcanzarlos. Los objetivos deben dar cuenta de la situación que se busca alcanzar y, para asegurar que se pueden realizar, deben tener ciertas características.

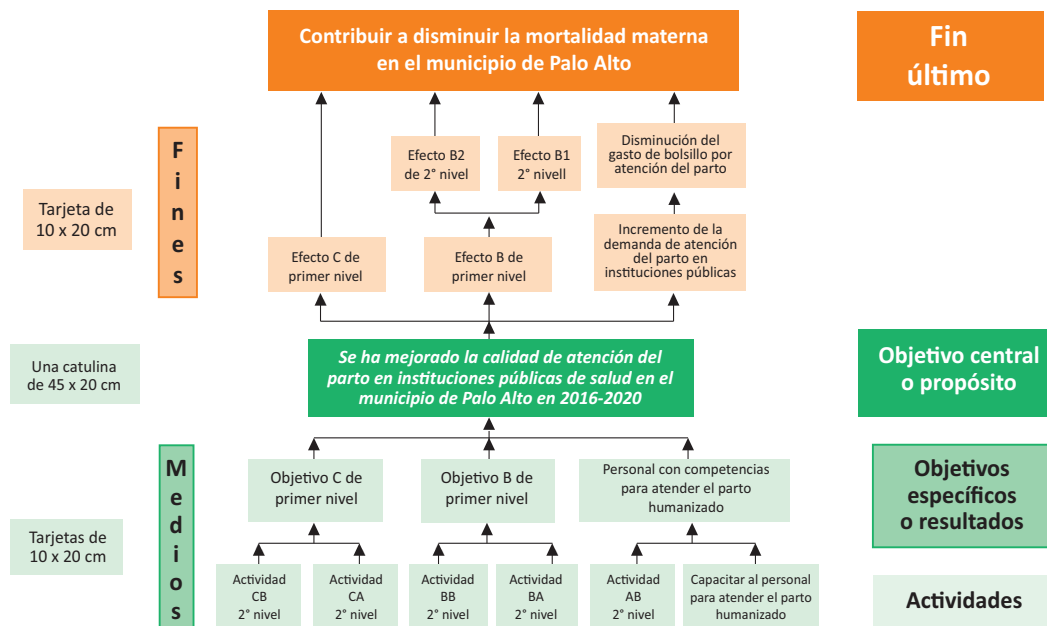


- **Específicos**, concretos y relacionados directamente con el problema
- **Medibles**, ya sea cuantitativa o cualitativamente
- **Aceptados** como fruto del consenso dentro de la CoP
- **Realistas**, en cuanto se pueden alcanzar con los recursos y el tiempo disponibles
- **Temporales**, ubicados dentro del tiempo en que se deben cumplir

Es posible enunciar los objetivos de diferentes maneras. De acuerdo con el Marco Lógico propuesto por la GTZ y el BID, se formulan como un resultado conseguido, pues se supone que el planteamiento adecuado de la intervención producirá los resultados deseados. En nuestro ejemplo, el cambio se manifiesta de la siguiente manera.

Problema priorizado	Objetivo central de la intervención ó propósito
<i>Mala calidad de atención al parto en instituciones públicas de salud del municipio de Palo Alto en 2015</i>	<i>Se ha mejorado la calidad de la atención al parto en instituciones públicas de salud del municipio de Palo Alto durante 2016-2020</i>

Figura 4.4. Esquema básico del árbol de objetivos



Otra manera de formular los objetivos es la que, en México, propone el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Según esta metodología los objetivos se deben formular utilizando verbos en infinitivo, particularmente verbos que denoten movimiento en alguna dirección, ya sea positiva o negativa, incremento o decremento, a fin de poder detectar los cambios producidos por la intervención (Cuadro 4.8). Por ello, no se deben utilizar verbos que se refieren a situaciones que no se pueden medir, tales como sensibilizar, concientizar y armonizar.

Cuadro 4.8 Verbos que denotan dirección del cambio para el árbol de objetivos

Dirección positiva	Dirección negativa
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar • Incrementar • Aumentar • Acrecentar • Optimizar • Elevar 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir • Reducir • Estrechar • Acortar • Decrecer • Descender

Construcción del árbol de objetivos

La elaboración del árbol de objetivos sigue un procedimiento similar al usado para hacer el árbol de problemas, el cual sirve de insumo y referencia fundamental para esta tarea. De modo que incluso el Formato 4.4 utilizado para construir el árbol de problemas, se puede usar como referencia para construir el de objetivos, tan sólo considerando el cambio en los colores de las tarjetas, azul celeste para la parte inferior del árbol y naranja para la parte superior. El procedimiento es el siguiente.

- Colocar el árbol de problemas en lugar visible para todos los participantes
- Construir con las nuevas cartulinas y tarjetas un árbol exactamente igual al árbol de problemas, utilizando las tarjetas celestes para la parte inferior y las naranjas para la parte superior
- Para construir el árbol de objetivos se invierte cada una de las situaciones negativas del árbol de problemas cambiando su redacción para describir nuevas situaciones positivas en el árbol de objetivos



Construcción de la parte inferior del árbol de objetivos

- En primer lugar, se debe transformar la redacción del problema en **propósito u objetivo** central de la intervención, el cual es la razón de ser de la intervención, es decir el cambio que se quiere producir en el problema identificado y que permite valorar el éxito o el fracaso de la intervención. En nuestro ejemplo quedará de la siguiente manera:

Se ha mejorado la calidad de la atención al parto en instituciones públicas de salud del municipio de Palo Alto durante 2016-2020

O bien,

Mejorar la calidad de la atención al parto en instituciones públicas de salud del municipio de Palo Alto durante 2016-2020

- **Componentes u objetivos específicos:** las causas de primer orden o conocidas como causas explicativas principales, se convertirán en el árbol de objetivos en los componentes de la intervención. Estos están vinculados directamente con el propósito de la intervención, por lo cual son los objetivos concretos que se deben alcanzar para lograr el propósito.

Personal de salud con competencias para la atención del parto humanizado.

O bien,

Fortalecer las competencias del personal de salud para la atención del parto humanizado.

Actividades o medios fundamentales: son las actividades principales que se desarrollarán para alcanzar los objetivos de la intervención. Estas se formulan a partir de las causas de segundo nivel. En caso de disponer de un árbol de problemas con un tercer nivel de causalidad, estas causas se convertirán en acciones que permitirán la implementación de las actividades principales.

Actividad

Capacitar al personal de salud para la atención del parto humanizado

Acciones

- Taller de capacitación sobre dimensiones del parto humanizado
- Pasantía o estancia en una unidad hospitalaria certificada en parto humanizado
- Reuniones de equipo para revisar



Construcción de la parte superior del árbol de objetivos

- Ahora pasamos a la parte superior del árbol para describir los efectos de primer y de segundo nivel usando verbos que denoten cambio. En nuestro ejemplo, la situación negativa que se observa en el árbol de problemas es:

Incremento en la demanda de atención al parto en las instituciones privadas

Entonces, para el árbol de objetivos se proponen que haya:

Incremento en la demanda de atención al parto en las instituciones públicas de salud

E inmediatamente arriba, un efecto en la

Disminución del gasto de bolsillo por atención del parto

- Al tope del árbol se coloca el efecto final, también llamado **fin último**, el cual no es un resultado directo de la intervención, sino la contribución que se busca hacer a la sociedad y que es resultado de la confluencia de múltiples intervenciones. Por ello, debe expresarse empezando con la palabra **contribuir**, en nuestro ejemplo:

Contribuir a disminuir la mortalidad materna en el municipio de Palo Alto

Materiales necesarios para elaborar el árbol de objetivos

- Una cartulina de color verde de 45 x 10 cm
- 10 tarjetas de cartulina azul celeste de 20 x 10 cm por participante
- 10 tarjetas de cartulina 20 x 10 cm de color naranja
- Una cartulina en forma de nube de 35 x 20 cm
- Una cinta adhesiva (masking tape) de 2 cm.
- 4 papelógrafos o rotafolios
- 1 plumón grueso de colores oscuros por participante
- Una goma para borrar

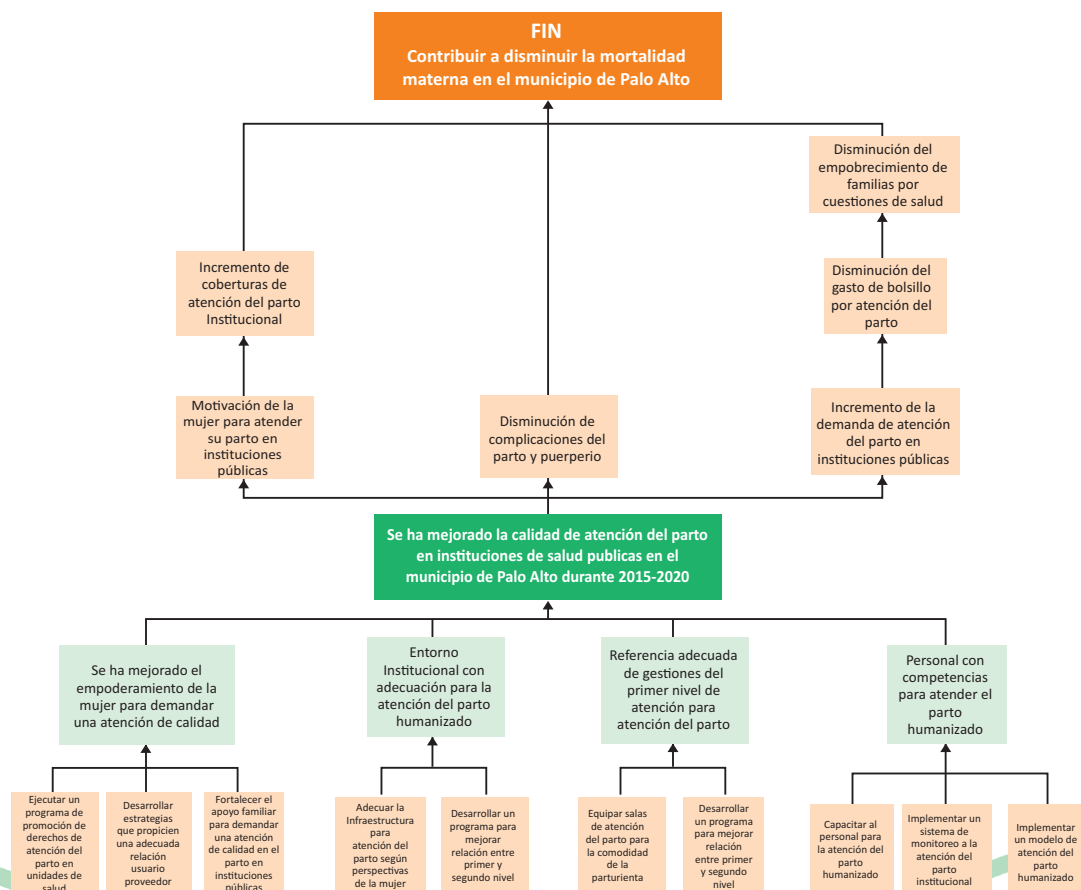


Una vez más, con base en lo que muestra el esquema básico del árbol de objetivos de la Figura 4.4, presentamos el desarrollo de un árbol completo en la Figura 4.5. En ella podemos ver que las cuatro causas de primer orden del árbol de problemas de la Figura 4.3 se han transformado en igual número de objetivos específicos o componentes de la intervención. A fin de alcanzar los resultados que expresa cada componente, se planea una primera serie de actividades principales cuyo fin es invertir la situación negativa que expresaban las causas de segundo orden en el árbol de problemas.

- **Análisis de alternativas**

Una vez que se ha elaborado el árbol de objetivos se deben analizar distintas opciones. La selección de alternativas tiene como propósito identificar posibles soluciones con distintas combinaciones de los objetivos específicos o componentes y actividades que permitan cumplir con el propósito de la intervención. El equipo debe seleccionar la alternativa más viable, según criterios de costo, recursos requeridos, beneficios para los beneficiarios, posibilidad de alcanzar los objetivos y riesgos de no cumplir los objetivos. La evaluación de estos criterios dará lugar a varias alternativas (por lo menos dos), de las cuales el equipo escogerá la que tenga mayores probabilidades de éxito (6).

Figura 4.5. Ejemplo de árbol completo de objetivos



A fin de escoger la alternativa más viable se debe responder a tres preguntas sobre los objetivos específicos o componentes y tres más sobre las actividades de cada uno.

- **Objetivos específicos o componentes**
 - ¿Será posible ejecutar todos los componentes?
 - ¿Se puede excluir alguno?
 - ¿Es posible alcanzar el propósito con los componentes seleccionados?
- **Actividades**
 - ¿Será posible ejecutar todas las actividades de los objetivos seleccionados?
 - ¿Se puede excluir alguna?
 - ¿Es posible alcanzar cada componente con las actividades seleccionadas?

Formato 4.5. Matriz para el análisis de los involucrados

Actor o grupo de actores	Interés en la intervención	Problemas percibidos	Recursos y Mandatos	Poder de influencia
1.				
2.				
...				

3.2. Fase de síntesis

3.2.1 La matriz de marco lógico

Desde la perspectiva del enfoque de Marco Lógico, la principal herramienta que se utiliza al pasar de la fase de análisis a la de síntesis es la llamada **matriz de marco lógico (MML)**. En ella se sintetiza y estructura el proceso de planeación de la intervención, pues permite presentar el objetivo final de forma sistemática y lógica además de servir para comunicar información esencial de la intervención a lo largo de todo su proceso.

La matriz de marco lógico ayuda a reducir las ambigüedades que podrían surgir al plantear los objetivos de una intervención, provee una forma de medir el logro de los mismos y facilita la comunicación entre los involucrados en la intervención que



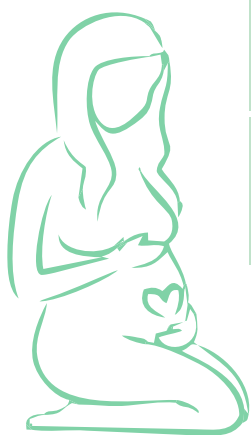
se planea. Por otra parte, facilita la formulación, el monitoreo y evaluación de la intervención siendo uno de los principales instrumentos para evaluar los resultados de la intervención.

La matriz de marco lógico también es conocida como matriz de 4 X 4 debido a que incluye cuatro columnas y cuatro filas (Cuadro 4.9). También se le llama resumen narrativo dado que concentra los aspectos esenciales de la intervención. La primera columna de la matriz está destinada a la jerarquía de objetivos, la segunda a los indicadores para medir el logro de los mismos; la tercera para los medios de verificación de los indicadores y la cuarta para los supuestos que pueden poner en riesgo el cumplimiento de los objetivos de la intervención. Diversas agencias internacionales, instituciones públicas y otras organizaciones han modificado esta matriz básica de acuerdo con sus propios intereses, por lo que no es raro encontrar matrices de formulación de intervenciones con cinco o seis columnas, aunque, en esencia, respetan la lógica horizontal y vertical de la MML, las cuales analizamos a continuación.

Cuadro 4.9 Matriz de Marco Lógico

Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN Es una definición de cómo el proyecto contribuirá a la solución del problema.	Mide el impacto general que tendrá el proyecto	Fuentes de información que se pueden utilizar para verificar los objetivos logrados	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones necesarias para la sostenibilidad
Propósito Es el impacto directo a ser logrado a partir de los resultados.	Describen el impacto logrado al final del proyecto	Fuentes de información que permitan ver si los objetivos se están logrando	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que el PROPOSITO contribuya para el logro del FIN.
Resultados o componentes Son las obras, servicios, talleres, capacitación, etc. necesarios para el proyecto.	Descripciones breves de cada uno de los Resultados que se tienen que terminar en el proyecto	Donde se puede encontrar información para verificar que los Resultados han sido producidos	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que los RESULTADOS puedan alcanzar el PROPÓSITO
Actividades Tareas que se deben cumplir para alcanzar los resultados.	Contiene el supuesto para cada Actividad a ser producido por el proyecto	Información donde se puede verificar si el presupuesto ha sido gastado de acuerdo a lo planificado	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones que tienen que suceder para completar los RESULTADOS

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Interamericano de Desarrollo-BID“ (7)



La **lógica vertical** de la MML (Figura 4.6) debe expresar el vínculo y la complementariedad de las celdas de la primera columna, avanzando por la jerarquía de los objetivos desde la más baja hasta la más alta. En primer lugar es necesario que se ejecuten las actividades principales; si éstas se ejecutan, se alcanzan los objetivos específicos o componentes, que son los resultados, y si se cumplen con ellos se cumplirá con el propósito del proyecto y, por ende, se contribuye al logro del fin.

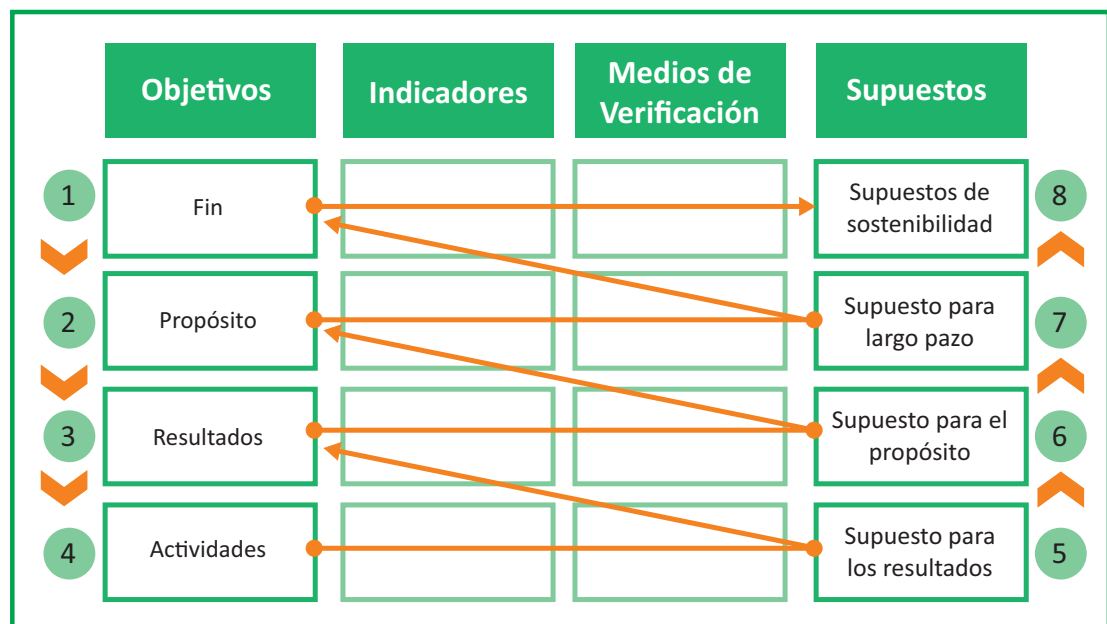
La **lógica horizontal** de la matriz de marco lógico establece que las actividades, componentes y propósito de la intervención se alcanzarán si se cumplen los supuestos (Figura 4.7). Una alteración en el contexto en sentido contrario al supuesto puede generar alteraciones tales en el escenario que hagan imposible cumplir con los objetivos. La lógica horizontal se establece con base en el siguiente razonamiento ().

Figura 4.6. Lógica vertical del Marco Lógico



- 1) Si llevamos a cabo las actividades y ocurren los supuestos de la fila de las actividades, tenemos las condiciones necesarias y suficientes para cumplir con los objetivos específicos o componentes obteniendo los resultados propuestos.
- 2) Si alcanzamos los objetivos específicos o componentes y ocurren los supuestos en su misma fila, tenemos las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito u objetivo central.
- 3) Si logramos el propósito y ocurren los supuestos en la fila de propósito tenemos las condiciones necesarias para contribuir al fin.
- 4) Los supuestos que incluyen la fila correspondiente al Fin tienen que ver con la sustentabilidad o sostenibilidad de la intervención, es decir, con las condiciones requeridas para que el flujo de beneficios continúe una vez concluida la intervención.

Figura 4.7 Lógica horizontal de la matriz de marco lógico



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Interamericano de Desarrollo-BID. (7)

• **Objetivos**

Los objetivos de la intervención se plantean en una jerarquía descendente desde el fin último al cual se pretende contribuir, y cuyo logro no depende exclusivamente de la intervención, hacia el propósito u objetivo central de la intervención, el cual se consigue mediante el cumplimiento de ciertos objetivos específicos que se manifiesta en resultados concretos que, a su vez, son fruto la realización de diversas actividades.



• Indicadores

En la metodología del Marco Lógico, los indicadores son un instrumento indispensable para la realización de una intervención y se utilizan para medir el cambio que se busca lograr con la intervención, tanto al comparar la situación inicial con la final como a lo largo del proceso de la intervención. Esto último será de gran interés para decidir si es necesario modificar la propia intervención en caso de que se detecte que no está cumpliendo con sus objetivos.

Es mejor tener una medida bruta del concepto adecuado, que una medida perfecta del concepto erróneo.

Los indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos y deben ser diseñados y aceptados colectivamente por los miembros de la CoP y otros actores involucrados en el diseño de la intervención. Uno de los aspectos más relevantes del ML, es que exige determinar e incluir indicadores desde el diseño de la intervención. Los indicadores de la MML se usan en tres momentos fundamentales.

1. **Línea de base** – medición de la situación previa a la intervención tanto en el nivel del propósito u objetivo central como en el de los objetivos específicos
2. **Avances** – medición del progreso y los resultados parciales de la intervención
3. **Evaluación** – medición y verificación de los logros alcanzados por la intervención

Diseñar un indicador exige realizar cinco pasos que estarán siempre en relación con el árbol de objetivos y la matriz del marco lógico.

- 1) Identificar la jerarquía del objetivo que se desea medir, ya sea que se trate del objetivo central o propósito, de objetivos específicos o del fin último.
- 2) Identificar las dimensiones relevantes del objetivo que se deben medir pues la medición no debe ser ambigua o imprecisa. En el ejemplo que hemos estado utilizando, dado que el objetivo central o propósito quedó definido como:

Dimensión

*Se ha mejorado la **calidad de la atención** al parto en las instituciones públicas de salud en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020*

La dimensión cuyo cambio nos interesa medir es la calidad de la atención. Esta no es algo fácil de medir, por lo cual será necesario especificar qué aspectos de la calidad se medirán. Por ejemplo, se puede medir la percepción que tiene la mujer del trato que recibió durante la atención del parto. También se puede considerar el aspecto técnico de la calidad en relación con los resultados en la salud de la madre y del recién nacido. En este caso, para medir la calidad se propondría la medición de estos dos aspectos: a) la



relación usuario-proveedor en términos de la percepción del trato recibido durante la atención del parto y b) la calidad técnica en términos del estado de salud de la madre y el recién nacido, así como la presencia de complicaciones.

- 3) Operacionalizar el indicador significa definir cómo se medirán las dimensiones, lo cual empieza por decidir si se trata de un indicador cuantitativo o cualitativo para entonces definir también el método que se usará para calcularlo. El Cuadro 4.10 muestra un ejemplo.

Cuadro 4.10 Operacionalización del indicador

Objetivo	Indicador	Definición
Propósito Se ha mejorado la calidad de atención del parto en instituciones de salud públicas en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020	P1. Relación usuario-proveedor % de mujeres que han tenido un parto institucional que alcanzan 0.8 en la escala de medición del trato	P1.1 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020 que alcanzaron un puntaje de 0.8 en la escala de medición del tratox100 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020
	P2. Situación de salud de la mujer % de mujeres sin complicaciones entre 12 a 24 horas después de la hora de parto	P2.1 No. de mujeres sin complicaciones entre 12 a 24 horas después de la hora de partox100 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020 P2.2 No. de mujeres que presentaron alguna complicaciones entre 12 a 24 horas después de la hora de parto y que fueron atendidas de inmediatox100 No. de mujeres con parto institucional que tuvieron alguna complicación en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020
	P3. Situación de salud del RN % de RN con apgar 10 al momento de nacer	P3.1 No. de RN en instituciones de salud públicas en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020 con apgar de 10x100 No. de RN en instituciones de salud públicas en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020



- 4) Validar el indicador implica que sea aceptado por la CoP que formula la intervención. Se debe verificar que cada indicador sea específico para medir el objetivo propuesto, teniendo en cuenta que a veces un objetivo no puede medirse con un sólo indicador, siendo necesario proponer más indicadores. También es necesario analizar si la información que se requiere para medir el indicador se puede obtener sin procesos complicados, si existen bases de datos disponibles o si será sencillo recoger la información. Finalmente, el indicador debe ser fácil de interpretar a fin de servir para el análisis. El Formato 4.6 servirá para que la CoP lleve a cabo la validación de cada uno de los indicadores. Si alguna de las respuestas en la matriz es *No*, es necesario revisar los indicadores, focalizando aquellos criterios cuya respuesta fue negativa.

Formato 4.6 Matriz para validar el indicador

Preguntas	No	Si
¿El indicador o indicadores miden el fin/objetivo/componente?	0	1
¿El indicador está bien definido?	0	1
¿La información para medir el indicador es sencilla de obtener?	0	1
¿Los resultados de medición del indicador se interpretan con facilidad?	0	1
Puntaje	4	

- 5) Establecer la frecuencia de medición. Se debe establecer la periodicidad con que se medirá cada indicador de acuerdo con la complejidad de éste y la facilidad para obtener la información. Proponemos considerar periodos trimestrales para indicadores fáciles de medir, semestrales para los que tienen cierta complejidad y anuales para los más complejos. También es necesario considerar la disponibilidad de recursos disponibles para invertir en este monitoreo.

- **Medios de verificación**

Se trata de las fuentes de donde se puede obtener la información sobre el desempeño de los indicadores. La CoP que diseña la intervención debe identificar con claridad y precisión estas fuentes. En caso de que la información no esté disponible será necesario obtenerla a través de lo que se llama fuentes primarias, es decir, cuestionarios, entrevistas, grupos focales y otros medios. Cuando la información ya existe, se la puede encontrar en fuentes secundarias disponibles, como son censos, resultados de encuestas, presupuestos, balances financieros e informes. En el caso de los indicadores que hemos utilizado con base en nuestro ejemplo del Cuadro 4.10, los medios de verificación quedan como lo muestra el Cuadro 4.11.



Cuadro 4.11 Medios de verificación para cada indicador

Indicadores	Medios de verificación
P.1.1 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020 que alcanzaron un puntaje de 0.8 en la escala de medición del trato -----x100 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020	Escala de medición del trato de la gestante durante el parto que se atendió durante el 2016-2020
P2.1 No. de mujeres sin complicaciones o entre 12 a 24 horas después de la hora de parto -----x100 No. de mujeres con parto institucional en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020	Reporte de post parto del expediente clínico
P2.2 No. de mujeres que presentaron alguna complicaciones entre 12 a 24 horas después de la hora de parto y que fueron atendidas de inmediato -----x100 No. de mujeres con parto institucional que tuvieron alguna complicación en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020	Reporte de post parto del expediente clínico
P3.1 No. de RN en instituciones de salud públicas en el municipio De Palo Alto durante 2016-2020 con apgar de 10 -----x100 No. de RN en instituciones de salud públicas en el municipio de Palo Alto durante 2016-2020	Fichas del apgar de RN de la historia clínica de la gestante que se atendió durante 2016-2020

- **Supuestos**

Son sucesos, condiciones o situaciones positivas del contexto que deben ocurrir para que la intervención cumpla con sus objetivos y su propósito y pueda contribuir al fin que se ha planteado. Los supuestos nunca se presentan al interior de la intervención, siempre son externos y representan juicios sobre probabilidad de éxito de un proyecto, que dada su relevancia, de no ocurrir, pueden impactar negativamente y obstaculizar el cumplimiento de los objetivos. No se debe confundir los supuestos con acuerdos previos que se hayan establecido con los actores involucrados en las



etapas de concertación o de planeación. Este tipo de acuerdos deberán estar descritos como actividades, no como supuestos.

Los supuestos no pueden ser generales, sino que deben ser específicos para cada nivel de la jerarquía de los objetivos de la intervención. Esto significa que se requiere identificar supuestos para las actividades, los componentes y el propósito. El efecto último de la lógica horizontal es la sostenibilidad y ésta es el supuesto final de toda intervención dentro de la matriz de marco lógico.

3.2.2. La matriz operativa de la intervención

- **La matriz o diagrama de Gantt**

Esta herramienta se usa para organizar las actividades y acciones que se ejecutarán en la intervención para producir cada uno de sus objetivos específicos o componentes. Su núcleo está conformado por la descripción clara de las actividades y de las acciones que las integran, así como de sus características, costos y planeación temporal.

Es importante tener claro que un objetivo específico, componente o resultado, no se puede alcanzar con la ejecución de una sola actividad. Por lo tanto, la condición mínima de la planeación es que cada componente cuente al menos con dos actividades principales. De manera similar, una actividad principal no puede alcanzarse con una sola acción, por lo cual para cada actividad principal debe proponerse la realización de al menos dos acciones. El Formato 4.7 Matriz o diagrama de Gantt muestra los principales rubros de esta herramienta, cuyo significado se expone más adelante.

Unidad de medida – sirve para medir las dimensiones de la ejecución de cada acción y como evidencia concreta su realización, de modo que siempre está articulada a ellas.

Meta – siempre se expresa en una cantidad de productos que se deben alcanzar como resultado de la ejecución de las acciones. Por ejemplo, si planifico un taller de capacitación, la unidad de medida es el taller. No obstante este no me indica cuántas personas deben participar en el taller, por lo que la meta debe definir con exactitud cuántas personas deben participar en el taller a fin de recibir capacitación.

Cronograma – es el ordenamiento de la ejecución de las acciones y actividades en el tiempo. Este debe ser producto de un cuidadoso análisis que permita estimar el tiempo necesario para ejecutar cada acción a fin de producir el resultado esperado. Lo ideal es que en la matriz de Gantt incluya el costo de las actividades que se ejecutarán, para ello deben estimar los costos en función a las metas programadas a ejecutar. El equipo debe apoyarse en personal administrativo que ayude en la estimación de costos, lo ideal es utilizar la metodología de costo basados en actividades.



Formato 4.7 Matriz o diagrama de Gantt

Objetivos o Componentes	Actividades	Acciones	Unidad de medida	Meta	Presupuesto	Cronograma (Meses o semanas)				
						1	2	3	4	Etc.
1.	1.a	1.a.1								
		1.a.2								
	1.b	1.b.1								
		1.b.2								
2.	2.a	2.a.1								
		2.a.2								
	2.b	2.b.1								
		2.b.2								
		2.b.3								

Monitoreo y evaluación de la intervención

Una vez que la CoP ha terminado de llenar estas matrices de planeación basadas en el diagnóstico y la planeación de acuerdo con los árboles de problemas y de objetivos, todo estará listo para poner en marcha la intervención. Contar con cada una de las herramientas le permitirá tener la seguridad de que se ha fijado un rumbo claro y de que será posible dar seguimiento paso a paso a cada acción y a cada actividad a lo largo de todo el proceso. Una parte importante del monitoreo de la implementación de la intervención consistirá en la medición del cumplimiento de las metas estimadas para las acciones. Estas acciones son de suma importancia en el sentido de que son necesarias para hacer ajustes o modificaciones para evitar desviaciones, bastará con hacer un chequeo regular del cumplimiento de las metas, el cronograma y la programación del presupuesto. Los Cuadros 4.12 y 4.13 presentan la matriz o diagrama de Gantt con la cual se podrá llevar a cabo tanto el monitoreo como la evaluación de la intervención.

La medición de los indicadores propuestos para medir los objetivos permitirá evaluar el cumplimiento de objetivos de la intervención. La evaluación se diseñará según se desee enfocarse en los resultados o en el impacto de la intervención. Lo más importante de este proceso será estimar el cambio, es decir cómo se pasó de una situación A (problema central y causas de primer nivel) a una situación B (propósito y componentes del programa). De esta manera, la CoP estará en condiciones de rendir cuentas y demostrar la eficacia de sus esfuerzos. En el mejor de los casos, tendrá el placer y el orgullo de haber contribuido al logro del fin último que se haya planteado.



Cuadro 4.12

Diagrama de Gantt sin costos

Componentes/ resultados	Indicadores	Actividades principales	Acciones	Unidad de medida	Meta	Cronograma de ejecución				
						EFM	AMJ	JAS	OND	
C1: Personal de salud con competencias para la atención del parto humanizado	C1.1 % de personal que atiende partos bajo los criterios de parto humanizado	Capacitar al personal de salud	Taller de capacitación a médicos y enfermeras sobre estrategias de atención del parto humanizado	Taller de estrategias parto humanizado 15 días	10 médicos 15 enfermeras	x				
			Estancia de personal médico y enfermería en hospitales certificados en atención del parto humanizado	Estancia de 15 días	5 médicos 10 enfermeras		xxx			
			Elaboración de un manual de procesos para la implementación del parto humanizado	Manual	01		x			
			Reunión con personal de salud para definir indicadores para la medición del avance en la implementación del parto humanizado	Reunión	03 reuniones (30 trabajadores en c/u)		x			
			Validación de indicadores con revisión por pares de otros hospitales humanizado	Listado indicadores validados	01		x			
			Campaña interna intrahospitalaria para promocionar la estrategia de atención del parto humanizado	Perifoneo Tripticos Spots	05x día (un mes) 300 5 x día		xxx			
			Presentación a los trabajadores de los lineamientos para la implementación de la atención del parto humanizado	Reunión	01 reunión para 30 trabajadores		x			
			Identificación de procesos clave para la implementación del parto humanizado	Docto	01 dcto con proceso clave		x			
			Seguimiento a implementación de procesos clave	Informe	01 informe trimestral		xxx		xxx	xxx
			Evaluación de indicadores del modelo de atención del parto humanizado	Informe	01 informe trimestral					
C2										





Cuadro 4.13 Diagrama de Gantt con costos

Componentes/ resultados	Actividades principales	Acciones	Unidad de medida	Meta	Costos	Cronograma de ejecución				
						EFM	AMJ	JAS	OND	
C1: Personal de salud con competencias para la atención del parto humanizado	Capacitar al personal de salud	Taller de capacitación a médicos y enfermeras sobre estrategias de atención del parto humanizado	Taller de 3 días	10 médicos 15 enfermeras	25,000	25000				
		Estancia de personal médico y enfermería en hospitales certificados en atención del parto humanizado	Estancia de 15 días	5 médicos 10 enfermeras	150,000		100000	50000		
	Implementar un sistema de monitoreo de atención del parto humanizado	Elaboración de un manual de procesos para la implementación del parto humanizado	Manual		01	15,000		15000		
		Reunión con personal de salud para definir indicadores para la medición del avance en la implementación del parto humanizado	Reunión		03 reuniones (30 trabajadores en c/u)	3000	3000			
	Implementar un modelo de atención de parto humanizado	Validación de indicadores con revisión por pares de otros hospitales certificados en la atención de parto humanizado	Listado indicadores validados		01	3000		3000		
		Campaña interna intrahospitalaria para promocionar la estrategia de atención del parto humanizado	Perifoneo Trípticos Spots		05x día (un mes) 300 5 x día	2000	2000			
	Componente 1 C2		Presentación a los trabajadores de los lineamientos para la implementación de la atención del parto humanizado	Reunión	01 reunión para 30 trabajadores	2000	2000			
			Identificación de procesos clave para la implementación del parto humanizado	Documento	01 dcto con proceso clave					
			Seguimiento a implementación de procesos clave	Informe	01 informe trimestral					
			Evaluación de indicadores del modelo de atención del parto humanizado	Informe	01 informe trimestral					
					200,000	32000	118000	50000	-	

V. ¿Cómo presentar un proyecto de intervención y los resultados de su ejecución?

Alfonso E. Nino Guerrero
Jacqueline E. Alcalde Rabanal
Víctor M. Becerril Montekio
Emily M. Vargas Riaño

El capítulo anterior presenta con detalle la metodología para diseñar una intervención teniendo como punto de partida los problemas implementación de los programas de salud materna identificados por la CoP a nivel local. En este capítulo se presentan los contenidos que se deben incluir para presentar un proyecto de intervención de manera concisa, interesante y completa ante los tomadores de decisiones. En seguida, teniendo siempre en mente lo que resulta útil y atrae a los funcionarios del sistema de salud, ofrecemos una metodología más para la presentación de los resultados de la intervención con vistas a abrir perspectivas para ampliarla o replicarla y continuar mejorando la implementación de una política o programa de salud materna. Por último, cerramos el capítulo con algunas consideraciones y recomendaciones sobre el lenguaje y la redacción más adecuados para elaborar documentos destinados a la atención de tomadores de decisiones. Con ellas buscamos ofrecer a los lectores ciertas herramientas que les permitirán aumentar las posibilidades de influir en la toma de decisiones de la manera deseada.

La implementación de cualquier programa o política de salud materna enfrenta condiciones particulares propias de cada contexto sobre las cuales es posible intervenir a fin de maximizar sus resultados. En los capítulos anteriores se ha expuesto de qué manera se organiza una comunidad de práctica para aprovechar el conocimiento de sus miembros sobre esas condiciones, reforzarlo con conocimiento científico y, principalmente, cómo se debe planear una intervención destinada a mejorar la implementación de los programas de salud materna. Proponer una intervención requiere organizarla de forma ordenada y clara a fin de convencer a los tomadores de decisiones de la importancia de su implementación y de su potencial para transformar una situación inicial “A” en una situación mejorada “B”. El principal objetivo es lograr que se interesen en la intervención y apoyen su desarrollo.



5.1 Presentación de un plan o proyecto de intervención

El trabajo de la CoP ha permitido identificar el problema que se pretende resolver teniendo como base el conocimiento tácito derivado de la experiencia de todos sus miembros sustentado por el conocimiento explícito. Ahora es necesario reunir todos estos elementos en un primer producto de alto nivel capaz de convencer a los tomadores de decisiones de la necesidad de apoyar la realización de la intervención dedicándole los recursos humanos, técnicos y financieros que requiere.

Para lograr su objetivo, el documento de presentación de la intervención debe dar respuesta a tres grandes preguntas:

1. ¿Por qué es importante abordar el problema que nos planteamos?
2. ¿Qué se pretende modificar de la situación actual y cómo?
3. ¿Qué resultados se pretende alcanzar?

Para responder ordenadamente a estas preguntas y ser capaz de convencer a los tomadores de decisiones, debe incluir diez secciones.

1. Título del proyecto de intervención

El título debe ser breve y fácil de entender, por lo cual no debe incluir palabras técnicas. En cambio, debe dar cuenta del propósito del proyecto, del cambio que se propone generar, así como del área temática y el lugar en donde se desarrollará la intervención. No debe tener más de 22 a 25 palabras, mientras más corto, mejor, pero debe responder a tres preguntas:

- a) ¿Qué se va a lograr?
- b) ¿Para quién?
- c) ¿En dónde?

Por ejemplo:

- *Maternidad segura para todas las mujeres de la Región Norte*
- *Atención de calidad para las adolescentes embarazadas en la municipalidad de Santa Lucía*
- *Salud bucal para un embarazo sano entre las pobladoras del Departamento de Chirimani*



2. Introducción o presentación

Es importante tener en cuenta que esta sección se redacta al finalizar la elaboración de todo el proyecto. En ella se presentan sus principales mensajes de manera resumida en un texto de entre 400 y 500 palabras como máximo. Este resumen debe dar una idea general clara de la intervención propuesta respondiendo a cinco preguntas:

- d) ¿Cuál es el problema?
- e) ¿De dónde surge?
- f) ¿Cómo se va a abordar?
- g) ¿Qué acciones se llevarán a cabo?
- h) ¿Qué resultados se esperan?

3. Antecedentes

En esta sección se describen aspectos vinculados con el problema que intenta resolver la intervención. Esta sección debe presentarse en un texto de entre 750 y 900 palabras. Los aspectos que deben considerarse en los antecedentes son:

- a) La situación y el contexto sociales, políticos, económicos y de salud que dieron lugar al problema que se busca resolver.
- b) La relación del problema y, por tanto, del proyecto de intervención con programas o prioridades de política nacional y/o regional.
- c) Intentos previos de solución al problema, sus logros y limitaciones.
- d) La participación de actores involucrados.
- e) Experiencias de proyectos similares.
- f) Elementos básicos del marco teórico del proyecto (teoría de cambio de la intervención).

4. Definición del problema y explicación de su origen

Aquí se debe describir el problema que motiva la realización de la iniciativa. Para completar esta sección remitimos al lector al Capítulo IV. Se debe dar cuenta de las posibles causas que motivan que el problema ocurra en el ámbito sobre el cual se intervendrá, así como, los posibles efectos de no intervenir el mismo. Para lo cual se tiene que hacer uso del árbol de problemas que se elaboró como parte del marco lógico tratando de identificar las causas y los efectos utilizando estadísticas nacionales o referencias de problemas similares que hayan sido intervenidos o no en otros ámbitos. El planteamiento del problema debe hacerse en un máximo de 1000 palabras y siempre ir soportado por el árbol de objetivos.



5. Ámbito, beneficiarios potenciales y otros actores involucrados

Es muy importante que el proyecto de claridad sobre el ámbito donde se desarrollará la intervención, quiénes son los beneficiarios y qué otros actores se involucrarán en la misma. Será necesario asegurar que este ítem responda a las siguientes preguntas:

- a) ¿A qué nivel geográfico y/o administrativo se va intervenir?
- b) ¿Quiénes y de qué manera serán beneficiados por la intervención?
Pueden ser personas, comunidades, pueblos, sectores sociales o grupos de pertenencia tales como organizaciones de la sociedad civil o no gubernamentales, empresas, escuelas, hospitales, etcétera. Por lo que respecta a los beneficios, estos pueden llegar de manera directa o indirecta.
- c) ¿El proyecto se extenderá hacia otros ámbitos?
De ser así, ¿dónde, cómo y en qué medida?
- d) ¿Existen otros actores involucrados que podrían ser beneficiados o afectados por la intervención?

Secciones esenciales de un proyecto de intervención

1. Título claro y sugerente
2. Presentación y resumen
3. Antecedentes de la situación que motiva el proyecto
4. Definición del problema y explicación de sus causas u origen
5. Ámbito, beneficiarios potenciales y actores involucrados
6. Objetivos
7. Matriz de marco lógico de la intervención
8. Actividades y cronograma
9. Descripción del equipo y su organización para la gestión del proyecto
10. Monitoreo, evaluación y sustentabilidad

En el caso de intervenciones pequeñas no es necesario hacer un análisis extenso de los actores involucrados. Esto concierne más bien a proyectos de mediana y grande envergadura donde la correlación negativa del poder de ciertos actores puede conducir al fracaso. Pero siempre es útil aclarar desde el principio quiénes pueden potencialmente apoyar u oponerse a la intervención y en qué medida lo harían. Para identificar a los principales actores, el grupo en que se encuentran, su interés en la intervención, su percepción del problema, sus recursos, mandato y, por último, su poder de influencia remitimos al lector a lo expuesto en el Capítulo IV y la utilización del Formato 4.5 presentado en el mismo.



6. Objetivos

Las intervenciones deben presentar con claridad los objetivos que se proponen alcanzar. Quienes formulan una intervención deben asegurarse de que su propuesta contenga un fin hacia el cual se orientan los esfuerzos, un propósito u objetivo central de la intervención y los objetivos específicos o componentes de la intervención. Además se debe valorar la correcta articulación entre ellos, es decir la articulación de los componentes con el propósito y de éste con el fin. También es necesario asegurar la redacción clara y adecuada de los objetivos de acuerdo con lo que se ha expuesto en el Capítulo IV.

7. Matriz del marco lógico

Como parte del proceso iterativo mencionado en la Introducción, una vez más el lector tendrá que remitirse al Capítulo IV a fin de revisar nuevamente la Matriz del Marco Lógico. Como expusimos en su oportunidad, en ella se sintetiza y estructura el proceso de planeación de la intervención, pues permite presentar el objetivo final de forma sistemática y lógica además de servir para comunicar información esencial de la intervención a lo largo de todo su proceso.

El Cuadro 4.9, a continuación, servirá de recordatorio sobre lo que se debe incluir en la matriz del marco lógico.

Cuadro 4.9 Matriz de Marco Lógico

Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN Es una definición de cómo el proyecto contribuirá a la solución del problema.	Mide el impacto general que tendrá el proyecto	Fuentes de información que se pueden utilizar para verificar los objetivos logrados	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones necesarias para la sostenibilidad
Propósito Es el impacto directo a ser logrado a partir de los resultados.	Describen el impacto logrado al final del proyecto	Fuentes de información que permitan ver si los objetivos se están logrando	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que el PROPOSITO contribuya para el logro del FIN.
Resultados o componentes Son las obras, servicios, talleres, capacitación, etc. necesarios para el proyecto.	Descripciones breves de cada uno de los Resultados que se tienen que terminar en el proyecto	Donde se puede encontrar información para verificar que los Resultados han sido producidos	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que los RESULTADOS puedan alcanzar el PROPOSITO
Actividades Tareas que se deben cumplir para alcanzar los resultados.	Contiene el supuesto para cada Actividad a ser producido por el proyecto	Información donde se puede verificar si el presupuesto ha sido gastado de acuerdo a lo planificado	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones que tienen que suceder para completar los RESULTADOS



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Interamericano de Desarrollo-BID, Oficina de Evaluación (EVO). Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos, N.W. Washington, D.C. 1997

8. Actividades y cronograma

Esta parte operativa del proyecto presenta detalladamente las actividades que se habrán de realizar para alcanzar cada uno de los objetivos. *Es fundamental tener en cuenta que cada actividad y las acciones que se vinculan con ella sólo cobran sentido cuando están articuladas al logro de un objetivo.* A fin de lograr esta coherencia, lo más comúnmente utilizado para organizar la información es el diagrama de Gantt que analizamos en el capítulo precedente y cuyo formato básico reproducimos aquí (Formato 4.7).

9. Descripción del equipo y su organización para la gestión del proyecto

Describir la composición del equipo incluyendo los nombres, principales antecedentes y roles de cada uno de los integrantes de la CoP y otras personas que participarán en la intervención. Debe quedar claro cómo se distribuirán roles y tareas, asignando a cada una de las líneas y niveles claros de coordinación y comunicación. Esta sección puede llenarse usando el Formato 5.1.

Formato 4.7 Matriz o diagrama de Gantt

Objetivos o Componentes	Actividades	Acciones	Unidad de medida	Meta	Presupuesto	Cronograma (Meses o semanas)				
						1	2	3	4	Etc.
1.	1.a	1.a.1								
		1.a.2								
	1.b	1.b.1								
		1.b.2								
2.	2.a	2.a.1								
		2.a.2								
	2.b	2.b.1								
		2.b.2								
		2.b.3								

Formato 5.1 Composición del equipo ejecutor del proyecto

Nombre	Nombramiento dentro de la organización o institución	Rol dentro de la CoP	Responsabilidad en el proyecto	Coordinación y comunicación (Cómo se hará)



10. Monitoreo, evaluación y sustentabilidad

Es importante definir cómo se va a medir el avance del proyecto y cómo se evaluarán sus resultados. Para ello será necesario utilizar los indicadores definidos de acuerdo con la metodología presentada en el capítulo anterior. De ser el caso, también se debe exponer de qué manera se pretende dar sustentabilidad al proyecto a lo largo de su duración.

El Formato 5.2, a continuación, presenta una lista de chequeo punto por punto de las diferentes secciones que debe incluir el proyecto.

Formato 5.2 Lista de chequeo del llenado de las secciones del Proyecto de intervención

Secciones del Proyecto de intervención para mejorar la implementación de una política o programa a nivel local	El proyecto cumple con el contenido de la sección	
	Sí	No Anotar deficiencias
1. Título		
2. Presentación		
3. Antecedentes		
4. Definición del problema y explicación de su origen		
5. Ámbito, beneficiarios potenciales y actores involucrados		
6. Objetivos		
7. Actividades y cronograma		
8. Descripción del equipo y su organización para la gestión del proyecto		
9. Monitoreo, evaluación y sustentabilidad		

5.2 Elaboración del reporte de resultados de la intervención

Tan importante como el proyecto y la ejecución de la intervención propiamente dicha es la manera en la que se presentan sus resultados para que los tomadores de decisiones puedan juzgar sobre su éxito y posibilidades de replicación o extensión hacia otros ámbitos en donde sea posible mejorar la implementación del programa. Esta presentación o reporte de resultados debe estar basado en los indicadores previamente definidos. En él se dará cuenta de lo logrado y, algo muy importante, de las recomendaciones que surgen de la experiencia para mejorar aún más la implementación de la política o el programa de salud materna que nos interesa.

El formato básico que proponemos para esta tarea toma sus raíces en los documentos conocidos en inglés como *Policy Briefs*, lo cual suele ser traducido al español como *Resúmenes o Notas de políticas*. Si bien estos documentos tienen una orientación un tanto académica, comparten nuestro interés u objetivo esencial de *influir de*



manera eficaz en el diseño y la implementación de políticas o programas de salud. Para los fines de esta guía, el reporte en forma de resumen o nota de política debe ser un compendio de los principales resultados y recomendaciones producto de la ejecución de un proyecto de intervención local para mejorar la implementación de políticas o programas de salud materna.

Resúmenes o notas de políticas para presentar resultados de la intervención local en salud materna

- **¿Qué son?**

Compendios de los resultados de la ejecución de una intervención local para mejorar la implementación de políticas o programas de salud materna

- **¿Para qué sirven?**

Influir de manera eficaz en la el mejoramiento de implementación de políticas o programas de salud materna

- **¿Cómo lo hacen?**

Informan claramente sobre los antecedentes, el contexto y las implicaciones de la intervención presentando resultados claros y rigurosos de los cuales se derivan recomendaciones concretas

Un buen resumen o nota de políticas debe contar con un mínimo de tres y un máximo de cinco a seis páginas de alrededor de 300 palabras cada una. A fin de rendir cabal cuenta del proceso y servir para avanzar en el mejoramiento del programa de salud materna en cuestión, el reporte debe responder a seis preguntas en igual número de secciones:

1. ¿Cuál es el tema y cuáles son los antecedentes que condujeron a la intervención?
2. ¿Cómo se llevó a cabo la intervención?
3. ¿Qué resultados se obtuvieron mediante la intervención?
4. ¿Qué sigue?
5. ¿Quién realizó la intervención?
6. ¿Qué recursos y/o referencias bibliográficas se utilizaron?

Como podemos ver, si el proyecto de intervención ha sido satisfactoriamente elaborado, algunas de sus secciones nos servirán para responder a las primeras dos preguntas anteriores. Será necesario resumir lo esencial de lo presentado en el proyecto para contextualizar de manera correcta el reporte de sus resultados.



Por lo que se refiere a la tercera pregunta, bastará con volver a considerar cada uno de los objetivos más importantes, mencionando brevemente qué fue lo que se hizo para alcanzarlo y qué se ha logrado, y si se cumplió o no con la meta establecida en el proyecto. Esto se puede hacer utilizando cuadros, gráficas o figuras. Un cuadro útil muy simple para alinear objetivo, acciones y resultados es el Formato 5.3.

Formato 5.3 Relación entre objetivos, acciones y resultados de la intervención

Objetivo	Principales actividades	Logros alcanzados

Tal vez la respuesta a la cuarta pregunta es la que mayor interés debe despertar en los tomadores de decisiones. En ella se deben presentar las principales conclusiones ligando los resultados actuales con la necesidad y las posibilidades de avanzar en el mejoramiento de la implementación de la política o el programa de salud materna que nos interesa. No basta con presentar resultados satisfactorios, también es preciso afrontar los nuevos retos que su consecución ha permitido poner en la mira. La presentación clara de los nuevos desafíos será muestra de la seriedad con la que se condujo el esfuerzo realizado y de la visión más amplia que el mismo ha generado.

Ejemplos de *Policy Briefs* en inglés disponibles en internet

- **Health Affairs**
www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/
- **Universidad de California Los Ángeles**
www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/PubList.aspx
- **Comisión Europea**
<http://bookshop.europa.eu/en/communicating-research-for-evidence-based-policy-making-pbKINA24230/>

Al igual que en el caso de la respuesta a las primeras dos preguntas, la quinta, sobre la composición del equipo que llevó a cabo la intervención, se puede responder utilizando la información contenida en el proyecto; recordando que en este caso será necesario resumir a lo más esencial. Finalmente, la sección con referencias bibliográficas o sobre otras fuentes de información utilizadas debe limitarse a lo indispensable para dar un sustento real a la presentación de la intervención.



5.3. Consideraciones finales sobre el lenguaje y la redacción para presentar una intervención y sus resultados

5.3.1. Características del lenguaje y la información

A fin de establecer un sólido punto de partida, subrayamos algunas características fundamentales del lenguaje y la información con los que podemos despertar el interés y, por lo tanto, convencer a los tomadores de decisiones.

Profesionalismo sin tecnicismos. Los tomadores de decisiones no son y, en general, no pueden ser expertos en todos los temas que les incumben. No obstante, tenemos que asumir que se trata de personas inteligentes con las capacidades requeridas para comprender diversas temáticas si nuestros mensajes son simples pero no superficiales. El lenguaje y la información utilizados no deben excederse en tecnicismos al tiempo que reflejan un conocimiento serio y profundo de los temas tratados. Cuando el uso de términos especializados resulta indispensable, se deben aportar breves definiciones o explicaciones que eviten confusión o ambigüedad.

Objetividad y precisión. La información debe provenir de fuentes confiables que no puedan ligarse al interés particular de personas, grupos o instituciones ajenos al logro de los fines legítimos y propios del programa, organismo, oficina o institución en que laboramos y no permite ninguna ambigüedad o sesgo que dé lugar a interpretaciones personales o de grupo; su calidad no puede ser cuestionada.

Relevancia y pertinencia. Dependiendo del contexto, no todo lo importante es relevante y, menos aún pertinente atenderlo en cualquier momento. Dentro del cúmulo de cosas importantes que se pueden hacer, hay que saber identificar aquellas con posibilidades de arrojar los mejores resultados. Esto es algo ligado a la priorización que se llevó a cabo durante la elaboración del proyecto y que debe quedar muy claramente establecido.

Rigor. La información no surge de ocurrencias ni de opiniones, sino que es resultado de un esfuerzo de investigación seria y rigurosa. Puede provenir tanto de fuentes científicas acreditadas como del conocimiento tácito organizado de la comunidad de práctica.

Base de recomendaciones concretas. La información sirve para definir la acción que orientará el mejoramiento de la situación actual y no sólo para aumentar el conocimiento.



5.3.2. Características de la redacción

Además de asegurar la calidad, claridad y utilidad de la información es esencial presentarla en textos cuya redacción la refuerce dándole sentido y aún más claridad. La forma en que se redactan las ideas es un elemento clave del éxito para convencer. Más aún cuando se trata de convencer a un tomador de decisiones cuyo apoyo es indispensable para obtener recursos para una intervención destinada a superar un problema de implementación de una política o programa de salud.

Información útil para los tomadores de decisiones

- Profesional y no técnica, destinada personas inteligentes que no necesariamente son expertos
- Objetiva, neutral
- Focalizada en asuntos relevantes y pertinentes
- Basada en datos precisos
- Rigurosa en su origen
- Fuente de recomendaciones para la acción

Organización. La información debe organizarse con sumo cuidado desde el inicio a fin de asegurar que el texto que la presenta permite *seguir su lógica y sus secuencias*. Buena información mal organizada confunde en vez de convencer.

Agilidad. La lectura de la información debe ser agradable y fácil de realizar. Se deben *evitar formulaciones complejas* como oraciones llenas de ideas dependientes, paréntesis y aclaraciones.

Brevedad. Tal como lo dice la famosa frase de Baltazar Gracián: *Lo bueno, si breve, dos veces bueno*. Así como el texto en su totalidad debe ser breve, cada una de las frases y oraciones que lo componen deben ser cortas, sin exceder nunca un máximo de 30 palabras.

Concordancia. Cada postulado, cada frase y cada oración deben asegurar la *concordancia gramatical* más elemental entre el sujeto, el verbo y el predicado.

Siglas y acrónimos. Como parte del lenguaje especializado, *el uso de siglas y acrónimos debe limitarse* a aquellos cuyo conocimiento esté generalizado o sean realmente indispensables. Uno de los rasgos de una modernidad que vacía de sentido la comunicación es la abundancia de acrónimos difíciles de traducir a su significado.



Referencias y notas. La seriedad y el rigor científico son necesarios para sustentar un proyecto y sus resultados. Sin embargo, es mejor que los documentos destinados a la atención de quienes toman decisiones usen *pocas referencias bibliográficas y notas* que puedan distraer o interrumpir la lectura del texto central.

Características de la redacción

- Organización lógica y sencilla de la información
- Fácil de leer, ágil y sin formulaciones complejas
- Frases y oraciones cortas
- Concordancia gramatical en cada frase y oración
- Sólo siglas y acrónimos conocidos e indispensables
- Pocas referencias bibliográficas y notas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

1. Peters David, Tran Nhan, Adam Taghreed. Implementation Research in Health. A practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Ginebra, 2013.
2. Lavis J et al. Assessing country-level efforts to link research to action. Bulletin of the World Health Organization. 84, 2006
3. Campbell DM, Redman S, Jorm L, Cooke M, Zwi AB, Rychetnik L: Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. Aust New Zealand Health Policy 2009, 6:21.

CAPÍTULO I

1. Penn-Kekana L, McPake B, Parkhurst J. Improving Maternal Health: Getting What Works To Happen. Reproductive Health Matters, 2007 15(30):28–37
2. de Savigny D y Taghreed A. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS, 2009
3. Peters D, Tran N, Adam T. Implementation Research in Health. A Practical Guide Ginebra, Suiza: Alliance for Health Policyf and Systems Research, World Health Organization 2013

CAPÍTULO II

1. Nonaka, Ikujiro. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. Organization Science, Vol. 5, No. 1. (Feb., 1994)
2. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ: Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, Second edition. New York: McGraw Hill; 2008.
3. National Collaborating Centre for Methods and Tools (2011). Integrating different types of knowledge to inform policy-making. Hamilton, ON: McMaster University. Retrieved from <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/104.html>.
4. Business Dictionary. Tacit knowledge definition. <http://www.businessdictionary.com/definition/tacit-knowledge.html>
5. Polanyi, M., Personal Knowledge: Towards a Post–Critical Philosophy. 1958, London: Routledge & Kegan Paul.
6. Kothari A, Bickford J, Edwards N, Dobbins MJ, and Meyer M. Uncovering Tacit Knowledge: A Pilot Study to Broaden the Concept of Knowledge in Knowledge Translation. BMC Health Services Research 2011 11:198.



CAPÍTULO III

1. Peters D, Tran N, Adam T. *Implementation Research in Health. A practical guide.* Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Ginebra, 2013.
2. Vargas, Emily. Traducción del Conocimiento en el Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Tesis de maestría. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
3. Dixon, Nancy M. El Conocimiento Común pp. 179 - 181 Oxford: Oxford University Press, 2001
4. Lave Jean y Wenger Etienne. *Situated Learning. Legitimate peripheral participation,* Cambridge: University of Cambridge Press, 1991.
5. Etkin, Jorge. *Gestión de la complejidad en las organizaciones. La estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado.* Buenos Aires: Ediciones Granica S.A., 2011
6. Choo, Chun Wei. *La organización Inteligente: El empleo de la información para dar significado, crear conocimientos y tomar decisiones.* Oxford: Oxford University Press, 1999
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Guía 1. Comunidades de Práctica. Serie Metodológica en Gestión de Conocimiento.* PNUD, Centro Regional del PNUD para las Américas y el Caribe. Unidad de Gestión del Conocimiento, s/f.
8. Rudolph Linda, Caplan Julian, Ben-Moshe K, Dillon L. *Health in All policies: A Guide for State and Local Governments.* Washington D.C.: American Public Health Association and Public Health Institute, 2013

CAPÍTULO IV

1. Velasco Marco, Montalvo Viviana. *Manual de formulación, evaluación y seguimiento de proyectos de Desarrollo Humano Sustentable, Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, edición Digital 2009*
2. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Apoyo Regional de Operaciones (ROS), Oficina de Gestión de Cartera y Seguimiento de Proyectos (PMP). *El Marco Lógico para el Diseño de Proyectos.* BID, Noviembre de 2004.
3. Diccionario de la Real Academia. <http://lema.rae.es/drae/?val=problema>
4. Organización Mundial de la Salud. *Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica.* Ginebra. 2014.
5. Quijroz Teresa y Medellín Fernando. *Guía para la Formulación y Planificación de Políticas Municipales con enfoque de equidad.* Quito: IULA/CELCADEL, 1998
6. Organización Panamericana de la Salud. *Manual para el Diseño de proyectos en Salud.* OPS. 2002.
7. Banco Interamericano de Desarrollo-BID, Oficina de Evaluación (EVO). *Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos,* Washington, D.C. 1997



Sobre los autores

Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal

Doctora en Ciencias con concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (2011). Maestría en Salud Pública con mención en gestión de Servicios de Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (2002), maestría en investigación participativa para el desarrollo local por la Universidad Complutense de Madrid (2004). Se ha desempeñado como Directora de Salud Integral de Las Personas, Asesora General de Gestión para la Alta Dirección Regional de Salud, Coordinadora General del Programa de Fortalecimiento de la Gobernabilidad Local en Salud y diversos puestos de responsabilidad dentro del Ministerio de Salud y en la Región de Cajamarca, Perú. Ha sido consultora de instituciones públicas y privadas como Ministerio de Salud del Perú, la Cooperación Técnica Holandesa, Cooperación Técnica Suiza, USAID, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Care-Perú y GyC Salud y Ambiente; así como para Gobiernos Locales y Regionales. Actualmente labora como investigadora y docente en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Víctor Manuel Becerril Montekio

Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (1979) obtuvo el grado de maestría y una especialización (*Diplôme d'Études Approfondies*) en Sociología de la Cultura en la Universidad de Paris VIII (1985). Interesado desde entonces en el análisis de la estructura de las instituciones de prestación de servicios de salud, desde 1995 se ha especializado en la edición, la traducción y la investigación en temas de salud pública con énfasis en sistemas de salud. En los últimos 15 años ha orientado su actividad hacia la transferencia del conocimiento y la utilización de resultados de la investigación para la toma de decisiones. Actualmente se desempeña como Investigador en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Luis Alberto García Bello

En 2012 obtuvo el título de licenciado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con una tesis en derechos sexuales y reproductivos en jóvenes desde la perspectiva de género. Ha participado en diferentes proyectos relacionados con violencia escolar y aprendizaje educativo en la UNAM y en la Universidad Pedagógica Nacional. Participó en el proyecto *Familia y Sexualidad* de la Universidad de los Andes en Bogotá, Colombia. Ha impartido talleres a profesionales del sector salud y actualmente se desempeña como ayudante de investigación en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.



Marcia Yasmina Ibarra Herrera

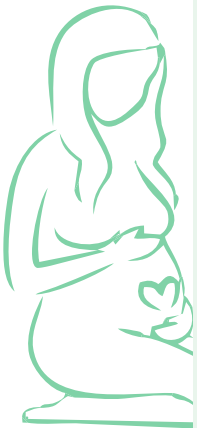
Médico cirujano, Máster en salud pública con postgrado en Investigación en Sistemas de Salud, Nutrición y Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia. Más de 10 años trabajando en el campo de la salud sexual y reproductiva y en temas de niñez y adolescencia. Experiencia en auditorias de servicios de salud para el análisis de indicadores materno infantil, organización de cuidados obstétricos de emergencia, evaluación de red de servicios de salud, así como en la elaboración de normas y protocolos de atención médica en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Nicaragua. Ha laborado en proyectos del área social, investigaciones cuali-cuantitativas y posee amplia experiencia en organización de servicios de salud, monitoreo y evaluación y trabajo comunitario. Actualmente se desempeña como Subdirectora y Coordinadora del Área de Formación Académica del Centro de Investigación y Estudios en Salud, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en Managua en donde también trabaja en la ejecución de proyectos de salud sexual y reproductiva, prevención de ITS VIH y diseños de programas de capacitación.

Alfonso Edgardo Nino Guerrero

Médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en Lima, Perú. Magíster en Salud Pública con mención en gestión de servicios de salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú en donde se desempeña como profesor de la Facultad de Salud Pública. Ha sido Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, gerente y director de proyectos de en salud pública y atención primaria de la salud financiados por la Cooperación Internacional, Suiza, Holanda y la Unión Europea. Consultor en Gerencia, Planificación y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Profesor contratado Universidad Católica del Perú y profesor invitado de varias universidades (UNMSM, Universidad del Pacífico, Universidad Privada de Piura, Altiplano de Puno, Instituto Nacional de Salud Pública de México). Consultor en Gestión y diseño de programas y proyectos de salud para USAID, KFW, CARE, Organismo Regional Andino, Futures Group, PARSALUD. Miembro del directorio de la Institución consultora G&C Salud y Ambiente.

Miguel Ángel Orozco Valladares

Profesor Universitario de Pre Grado en las áreas básicas y clínicas de la salud desde 1983 y de Post Grado en Salud Pública desde 1989. Se ha interesado en el campo de la Gestión de Servicios de Salud y Desarrollo de Sistemas de Salud, en los cuales ha recibido el título de Maestro en Administración de la Salud por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en Managua (1989) y del Departamento de Administración de la Salud de la Universidad de Montreal, Canadá (1992). Desde 1989 trabaja como docente-investigador en el CIES-UNAN, asumiendo la Dirección Ejecutiva desde 2003. Dentro de sus campos de interés, ha estudiado los temas de Garantía de Calidad y Seguridad del Paciente (Japón, 2003, 2004 y 2007, Red Meso Americana de EPQI, desde 2003), así como el Desarrollo de Sistemas de Salud (OPS-ASDI-UNFPA-AECID-CIES, 2005, 2006, 2007 y 2009) y de Liderazgo de recursos humanos en salud (Universidad Johns Hopkins, 2001 y Universidad de California en Santa Cruz, 2003). Miembro del Consejo Directivo del Instituto Meso Americano de Salud Pública y de la Red de Determinantes de la Salud.



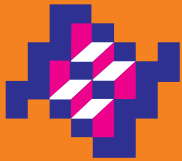
Maríel Vanesa Rouvier

Maestra en Ciencias de la Salud con áreas de concentración en Salud Reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Licenciada en Ciencias Biológicas egresada de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente es responsable de la Sala de Situación de Salud de la Provincia del Chaco, Argentina, dependiente de la Dirección de Epidemiología, y como referente de la vigilancia de la transmisión vertical de Sífilis, VIH y Chagas. Anteriormente se desempeñó como investigadora en ciencias médicas en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Participó en diversos proyectos relacionados con espacios de decisión, mortalidad materna y salud sexual y reproductiva, además de apoyar la coordinación del proyecto *Investigación para el Desarrollo de Sistemas Estatales de Salud II*, entre otros. Cuenta con diversas publicaciones en revistas de prestigio internacional.

Emily María Vargas Riaño

Enfermera de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Gerencia de la Salud Pública y en Docencia Universitaria de la Universidad del Rosario y la Universidad El Bosque, respectivamente. Maestra en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México con mención especial por su tesis “Traducción del conocimiento científicos en miembros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública”. Desde 2005 ha trabajado como investigadora en el sector salud, enfatizando en el uso de evidencias para la toma de decisiones en salud pública. Ha colaborado en proyectos de envergadura nacional e internacional en salud materna y neonatal, enfermedades transmitidas por vectores y otros. Su motivación y trabajo constante en el tema de revisiones sistemáticas y gestión del conocimiento se ve reflejado en 12 publicaciones y más de 12 ponencias nacionales e internacionales. Actualmente trabaja en la Subdirección de Innovación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C. Colombia.





Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud



Universidad Nacional
Autónoma de Nicaragua



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y estudios en Salud



**Alianza para la
Investigación en Políticas
y Sistemas de Salud**

ISBN 978-99964-912-0-7



9 789996 491207