



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

| INICIATIVA DE POLÍTICAS
EN SALUD

DIPLOMADO
**GESTIÓN EN POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SALUD**

Junio-Setiembre de 2009

Este informe ha sido producido para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Fue elaborado por Rosario Romero Arzapalo y Maria Del Rosario Jiménez Alva, Hubel Gonzales Camacho y Carmela Alvarez Ramos como parte de las actividades de Iniciativa de Políticas en Salud-Perú.

USAID|Iniciativa de Políticas en Salud, Perú, es un proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo Contrato N° GPO-I-03-05-00040-00, la Orden de Trabajo N°3 inició sus actividades el 02 de noviembre del 2007 y es implementada por Futures Group International, LLC

CONTENIDO

CONTENIDO	3
MÓDULO I - POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	8
<hr/>	
PRESENTACIÓN.....	1
UNIDAD: DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD.....	2
SITUACIÓN ACTUAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD	2
CONVENIOS MARCO INTERGUBERNAMENTALES.....	8
IDENTIFICACION DE RECURSOS.....	9
ACTAS DE ENTREGA Y EFECTIVIZACIÓN.....	11
CONVENIOS DE GESTION	11
MARCO LEGAL	16
UNIDAD: POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	24
I. INTRODUCCIÓN	24
II. MARCO CONCEPTUAL	24
2.1. Consideraciones generales	24
2.2. La “Política” y las Políticas Públicas	25
2.3. Los Problemas Públicos	26
2.4. La Agenda Pública	27
2.5. Incorporación de un problema en una Agenda Pública	28
2.6. Definición de Políticas Públicas	28
2.7. Etapas Analíticas de las Políticas Públicas: El “Ciclo de la Política Pública”	32
III. LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	34
3.1. La Formulación de Políticas Públicas desde el Ciclo de la Política	34
3.2. Habilidades y Herramientas para la Gestión de Políticas Públicas	35
IV. METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	37
4.1. Etapa Analítica	37
4.1.1. Procedimientos:	37
V. REDACCIÓN DE LA NORMA POLÍTICA	72
BIBLIOGRAFÍA	76

MÓDULO II - HABILIDADES DIRECTIVAS Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN77

PRESENTACIÓN..... 78

UNIDAD I - HABILIDADES DIRECTIVAS Y LIDERAZGO INSTITUCIONAL 79

I. HABILIDADES DIRECTIVAS.....79

1.1. Trabajo en Equipo..... 80

1.2. Resolución de conflictos y negociación..... 83

II. UNIVERSIDAD Y LIDERAZGO INSTITUCIONAL*85

2.1. Universidad y desarrollo local 86

2.2. Los “agentes” del desarrollo local 87

2.3. Conocimiento vs. Información..... 88

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....89

UNIDAD II - INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN 90

I. EVOLUCIÓN DEL USO DE LA INFORMACIÓN 90

II. INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN..... 92

III. MARCO CONCEPTUAL..... 92

IV. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA, LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS SANITARIOS 93

V. CONCEPTOS CLAVE PARA EL ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD..... 96

VI. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS 98

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 102

UNIDAD III - HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD..... 103

I. CONCEPTOS DE ESTADÍSTICAS DE SALUD..... 103

II. IMPORTANCIA Y USO DE LAS ESTADÍSTICAS DE SALUD 104

III. SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA 104

3.1. Sistemas de Información..... 105

3.2. Sistemas de Información Estadísticos (SIE)..... 106

3.3. Clasificación de los SIE..... 106

3.4. Diseño de los SIE 108

3.5. Calidad de la información estadística..... 109

3.6. Comunicación estadística..... 110

IV. ESTADÍSTICAS DE POBLACIÓN 111

4.1. Tipos de demografía..... 111

4.2. Conceptos básicos del estudio poblacional:..... 112

4.3. Fuentes de datos demográficos.....	118
V. ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD.....	119
5.1. Estadísticas de Mortalidad. Conceptos.....	119
5.2. Utilidad de las estadísticas de mortalidad.	119
5.3. Tendencia de la mortalidad	119
5.4. Sistema de Información Estadístico de Defunciones	121
5.5 Medidas de la mortalidad	121
VI. ESTADÍSTICAS DE NATALIDAD	124
VII. ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD	127
VIII. ESTADÍSTICAS DE RECURSOS Y SERVICIOS	132
IX. CONCEPTOS DE ESTADÍSTICAS DE VIVIENDA Y SANEAMIENTO	135
MÓDULO III - PARTICIPACIÓN CIUDADANA, VIGILANCIA Y OBSERVATORIO DE POLÍTICAS	137
<hr/>	
PRESENTACIÓN.....	139
UNIDAD I - PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y VIGILANCIA CIUDADANA.....	141
I. INTRODUCCIÓN.....	141
II. MARCO TEÓRICO	142
2.1. Antecedentes de Participación Ciudadana en el Perú.....	142
2.2. Participación Ciudadana: Marco Conceptual y Definiciones.....	142
2.3. El Marco Normativo de la Participación Ciudadana	144
2.4. Alcances de la Participación Ciudadana en la Descentralización	147
2.5. Participación ciudadana en salud.....	147
2.5.1. Breve reseña histórica sobre la participación social en salud	147
2.5.2. Conceptos Vigentes sobre Participación en Salud	148
2.5.3. Condiciones de la Participación Social en Salud.....	149
2.5.4. Beneficios de la Participación Social en salud en espacios locales.....	149
III. VIGILANCIA CIUDADANA.....	150
3.1. Marco Teórico: Concepto y Definiciones.....	150
3.2. Funciones de la Vigilancia Ciudadana.....	152
3.3. Los Actores y las Condiciones de la Vigilancia Ciudadana	154
3.4. Condiciones de viabilidad para la Vigilancia Ciudadana	155
3.5. Los Beneficios y Riesgos de la VC para los actores del proceso	156
3.6. Principios de la Vigilancia Ciudadana.....	157
3.7. La finalidad/objetivos o funciones de la VC ¿Para qué se vigila?	157
IV. PROPUESTA DE VIGILANCIA CIUDADANA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:.....	157
4.1. Asignación de Funciones de la Vigilancia Ciudadana	158

4.2. Niveles y Modalidades de Vigilancia Ciudadana	158
4.3. Tipos de Vigilancia Ciudadana a implementarse	158
4.4. Finalidad y Objetivos	158
4.5. Estrategias de Intervención	159
4.6. Dimensiones de la Vigilancia Ciudadana.....	160
4.7. Componentes de la intervención.....	161
4.8. Etapas de Intervención.....	164
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	166
UNIDAD II - OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	167
I. INTRODUCCIÓN	167
II. MARCO TEÓRICO	168
2.1. La Vigilancia Social de las Políticas Públicas.....	168
2.2. Observatorios como Instrumentos de Vigilancia Social.....	168
2.3. Los Antecedentes de los OPPS.....	168
2.4. Definición y algunas Características de los OPPS	169
2.5. Tipos de Observatorios de Salud.....	170
2.6. Experiencias Internacionales y Nacionales de Observatorios en Salud.....	171
2.7. Dimensiones de los Observatorios de Políticas Públicas de Salud.....	172
III. PROPUESTA DEL OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD BAJO CONDUCCIÓN DE LA UNIVERSIDAD.....	174
3.1. Modalidad de Observatorio.....	174
3.2. La Responsabilidad Social Universitaria y el Observatorio de Políticas Públicas en Salud...	174
3.3. Supuestos de Trabajo para el funcionamiento de un OPPS a partir de la Universidad	175
3.4. Propuesta de Misión del OPPS.....	176
3.5. Objetivos Generales.....	176
3.6. Líneas Estratégicas del Observatorio	176
3.7. Objeto de Vigilancia	176
3.8. Líneas de Acción	177
3.9. Ámbito de Acción: Regional	178
3.10. Los Actores.....	178
3.11. La Universidad como Entidad Promotora	180
3.12. Estructura Funcional de un Observatorio de Políticas Públicas en Salud.....	180
3.13. Organización del Observatorio de Políticas Públicas en Salud	183
3.14. Viabilidad y Sostenibilidad de los Observatorios de Política Pública en Salud	184
3.15. Ubicación del OPPPS dentro de una Estructura Universitaria.....	185
3.16. Incidencia política de los Observatorios	186
IV . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187

UNIDAD III - INCIDENCIA POLÍTICA.....	189
I. INTRODUCCIÓN.....	189
II. MARCO TEÓRICO	189
2.1. Definición de Incidencia Política	189
2.2. ¿Qué es la incidencia política?.....	190
2.3. Justificación para la Incidencia Política	192
2.4. Cabildeo, Lobby, abogacía.....	192
2.5. La Incidencia como Proceso Político.....	193
2.6. Factores que facilitan la Incidencia Política desde el Estado y la Sociedad Civil	193
III. PLAN DE INCIDENCIA POLÍTICA	195
3.1. La Incidencia Política y el Uso de los Medios de Comunicación	195
3.2. ¿Qué es la Opinión Pública?	195
3.3. La Formulación y Función de la Opinión Pública	195
3.4. Etapas en el Desarrollo de Corrientes de Opinión.....	196
3.5. Condiciones que favorecen la formación de Opinión Pública	196
3.6. Los Medios de Comunicación en la Formación de Opinión Pública.....	197
3.7. El Plan de Incidencia Política	197
3.8. Pasos para la Elaboración de un Plan de Incidencia Política	198
3.9. Diseño del Plan de Incidencia Política	199
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223

Diplomado GESTIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Módulo I - Políticas Públicas en Salud

Rosario Romero Arzapalo
Maria del Rosario Jiménez Alva
Junio-Setiembre, 2009

Estas actividades han sido posibles gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El contenido de este módulo son de responsabilidad de Futures Group International, LLC Orden de Trabajo N°3 y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

USAID no es responsable del contenido parcial o total de este documento.

PRESENTACIÓN

Este primer módulo del Diplomado “Gestión en Políticas Públicas de Salud” es un módulo propedéutico y su objetivo es brindar los elementos conceptuales y operacionales básicos inherentes al proceso de diseño, implementación y evaluación de las Políticas Públicas. Está dirigido a profesionales y busca contribuir a la construcción de procesos participativos que permitan el mejoramiento de la gestión pública, favoreciendo la gobernabilidad y la consolidación democrática, bases imprescindibles del desarrollo del país.

En una perspectiva sistémica, los procesos de formación de políticas se ubican en un determinado contexto que los condiciona. En nuestro país, se encuentra en marcha el proceso de descentralización, que brinda el espacio para una construcción participativa de políticas y la oportunidad de incorporar enfoques de género, interculturalidad y derechos, que den respuesta efectiva a las reales necesidades y expectativas de la población, haciendo uso de la evidencia disponible tanto para el diagnóstico de la problemática como para la proposición de las mejores soluciones elegibles.

En este contexto, la universidad tiene un rol relevante, tal como rectamente señala el plan curricular del diplomado, cuando propone que la responsabilidad social de las universidades es la de generar espacios de diálogo con los diferentes actores para la formulación de políticas públicas, monitoreo y evaluación de su impacto social, abriendo la posibilidad de introducir reformas desde el interés por el bienestar común, permitiendo el ejercicio pleno de la democracia y, sobre todo, el de construir espacios de concertación entre todos los actores sociales a partir del debate público en el marco de un equilibrio de poderes y el fortalecimiento de la evidencia científica al servicio del bienestar social.

El presente módulo abordará aspectos del marco de referencia, para luego revisar aspectos conceptuales sobre las políticas públicas y sus características principales, para desarrollar luego el proceso a seguirse para la formulación de una política pública.

¡Le deseamos muchos éxitos en este trabajo colectivo!

UNIDAD: DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Situación actual de la descentralización del sector Salud

El actual proceso de descentralización se inicia con la reforma constitucional del de 2002, aprobada mediante la Ley N° 27680, norma que modificó íntegramente el capítulo de la Constitución relativo a la descentralización. La norma constitucional define a la descentralización como una forma de organización democrática y afirma que se trata de una política permanente del Estado de carácter obligatorio, cuyo objetivo fundamental es el desarrollo integral del país. La finalidad es el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población.

La descentralización es un proceso multidimensional. Comprende varias dimensiones¹ que es indispensable tener en cuenta:

- Transferencia de responsabilidades
- Demarcación y organización territorial
- Adecuación de los sistemas administrativos
- Descentralización fiscal
- Descentralización económica
- Democratización de las decisiones políticas y concertación
- Fortalecimiento Institucional
- Información para la descentralización

GRAFICO N° 1
Marco de la descentralización



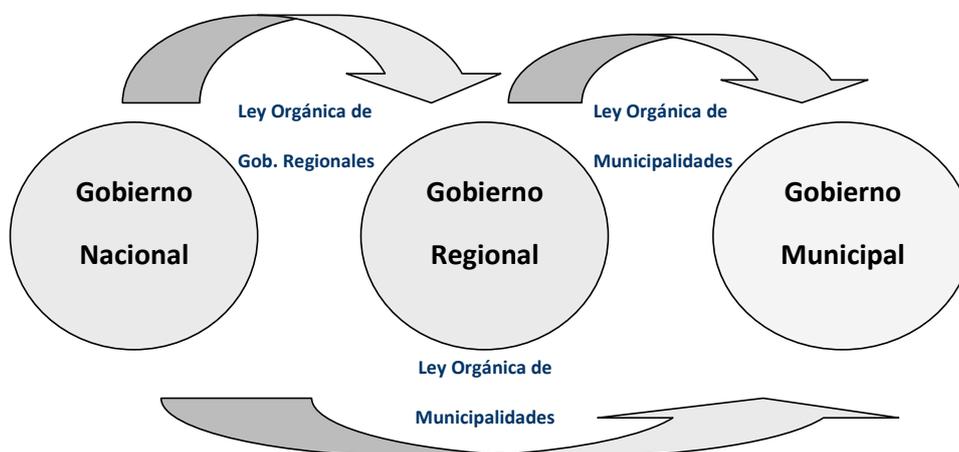
¹ USAID/PERU Pro descentralización. Proceso de descentralización 2008. Balance y recomendaciones. 2009

Desde el año 2003, el Proceso de Descentralización, se viene implementado por etapas:

- Primera Etapa : Instalación y organización de los Gobiernos Regionales.
- Segunda Etapa : Consolidación del Proceso de Regionalización.
- Tercera Etapa : Transferencia de competencias sectoriales
- Cuarta Etapa : Transferencia de Salud y Educación.

El 15 de Abril del 2005 se publica en el Diario Oficial El Peruano en Separata Especial a través de la Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, la aprobación del Plan de Transferencia Sectorial del Quinquenio 2005-2009. El Plan de Transferencias Sectorial del Quinquenio 2005-2009 ha sido elaborado sobre la base de las propuestas y solicitudes de transferencia presentadas por los Sectores, Gobiernos Regionales y Locales al CND a finales del año 2004 e inicios del 2005 conforme a la Ley del Sistema de Acreditación y su Reglamento.

GRAFICO N° 2
Redistribución de Competencias y Funciones entre Niveles de Gobierno



CUADRO N° 1
Funciones que serán asumidas por los gobierno regionales

FUNCIONES ESPECÍFICAS	N°
1. Educación, cultura, ciencia, tecnología, deporte y recreación	21
2. Trabajo, promoción del empleo y la pequeña y microempresa	18
3. Salud	16
4. Población	6
5. Agricultura	17
6. Pesquería	10
7. Ambiente y ordenamiento territorial	10
8. Industria	7
9. Comercio	7
10. Transportes	8

El eje de la estrategia presentada por el Ministerio de Salud partió de cinco premisas centrales respecto de los desafíos planteados por el proceso de descentralización:

1. La descentralización debe gestionarse de manera planificada, por lo mismo que se concibe como un proceso por etapas, ejecutado en forma progresiva y ordenada, con fundamentación técnica de las transferencias a realizarse.
2. En paralelo al proceso, el MINSA debe crear mecanismos y espacios de coordinación, tanto intrasectorial como intersectorial, en tanto que las capacidades de coordinación, articulación y concertación se hacen imprescindibles al mismo tiempo que más complejas por efecto de la descentralización.
3. El esfuerzo de cambio debe fortalecer la capacidad de rectoría del nivel nacional del MINSA sobre el conjunto del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Las necesidades de conducción y visión de conjunto se incrementan conforme avanza y se profundiza la descentralización, puesto que se hace mayor la necesidad de reforzar aspectos clave que son por naturaleza centralizados para contrarrestar sus tendencias centrífugas e inequidades inherentes.
4. El desarrollo del marco legal y reglamentario debe definir con claridad y precisión las asignaciones de competencias entre los niveles de gobierno.
5. La reforma descentralizadora debe establecer los grados de autonomía que sean más convenientes para los ámbitos regional y municipal, de modo que se pueda lograr un balance adecuado entre la autonomía administrativa de las regiones y municipios y la capacidad rectora del MINSA.

La propuesta del MINSA ha identificado el “punto de partida” y el “punto de llegada” del proceso de descentralización. Además, planteó la planificación en términos de sus etapas y secuencia. Para ordenar la transferencia la propuesta del MINSA plantea agrupar en bloques las funciones a ser descentralizadas, según cada proceso y subproceso, para así poder articular y ordenar la secuencia del proceso correspondiente. Los criterios de agrupación se basaron en la factibilidad y viabilidad temporal de transferencia de funciones de acuerdo a su complejidad y nivel de competencias desarrolladas por los niveles subnacionales. De esta manera, los bloques propuestos fueron los siguientes:

Bloque 1 Supone la necesidad de sólo requisitos formales de acreditación a nivel de normas regionales y locales que definan con precisión roles y responsabilidades internas y, según sea el caso, la existencia de una unidad responsable.

Bloque 2 Requiere de la existencia en el nivel subnacional de personal especializado permanente, infraestructura y equipos adecuados.

Para la implementación de la estrategia el MINSA estableció mecanismos explícitos de concertación con los Gobiernos Regionales, siendo los Principales acuerdos los siguientes:

- El proceso de transferencias debe organizarse por etapas.
- Los bloques de la secuencia deben ser sólo dos, agrupando en un solo nivel todos los procesos y tareas de baja complejidad y/o que se hayan delegado a las regiones
- Aceptar los criterios propuestos para definir los bloques pero ampliarlos incluyendo factores económicos y de prioridad regional.

- Las tareas de baja complejidad o delegadas deben transferirse en simultáneo y deben tener un tratamiento homogéneo y uniforme.
- Los gobiernos regionales deben definir lo que están en capacidad de hacer y en qué plazos
- En relación a la gestión de establecimientos, se consideran dos alternativas como viables, pero que requieren mayor discusión. Hay una preferencia por que el nivel regional se haga cargo de las redes y microrredes y ha quedado pendiente de discutirse si conviene introducir un sistema de gestión mancomunada de los establecimientos. No hay un pronunciamiento favorable por parte de las regiones a que los municipios gestionen las microrredes
- Se han concertado con los gobiernos regionales las competencias regionales y el cronograma de transferencias, clasificándolas por procesos, subprocesos y tareas.
- Un proceso de concertación similar al realizado con los gobiernos regionales deberá llevarse a cabo con los gobiernos municipales. Esta es una tarea pendiente de gran relevancia. Esta tarea puede realizarse por Macro- Regiones primero y concluir en un evento final con representaciones de gobiernos regionales y municipales.

El 26 de Julio del 2005 a través del DS N° 052-2005-PCM se aprueba el Plan Anual de Transferencia De Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2005. El 11 de Agosto del 2005 se dictan las Normas para la ejecución de las Transferencias del Plan Anual de Transferencias del año 2005 a través de la Resolución Presidencial N° 050-CND-2005-P. Para el Sector Salud se define la transferencia de 13 funciones y 37 facultades. Precizando para ello que los Procesos y Subprocesos que la ley del Ministerio de Salud señala como responsabilidad del sector han sido traducidos en 124 facultades de las cuales 37 están consideradas en el primer bloque a transferirse, las funciones son las definidas en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales como acciones que en materia de salud son responsabilidad de los gobiernos regionales.

CUADRO N° 2
Plan de Transferencia De Mediano Plazo 2005

FUNCIONES	FACULTADES					
	Total	2005	2006	2007	2008	2009
a. Aprobar políticas de salud de la región.	3	2	1			
b. Formular y ejecutar el Plan de Desarrollo Regional de Salud	13	7	6			
c. Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional	11	3	3	3	1	1
d. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.	1	1				
e. Promover y ejecutar las actividades de promoción y prevención de la salud	5	1	3	1		
f. Organizar los niveles de atención de salud del Estado, en coordinación con GL	5	3	0	1		
g. Organizar y mantener los servicios de salud en coordinación con GL.	9	2	6	1		
h. Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados	3	1	0	2		
i. Conducir la prevención y control de riesgos de emergencias y desastres	6	0	4	2		
j. Supervisar y controlar la producción,	11	3	6	2		

FUNCIONES	FACULTADES					
	Total	2005	2006	2007	2008	2009
comercialización y consumo de medicamentos.						
k. Promover y preservar la salud ambiental de la región.	14	3	1	10		
l. Planificar, financiar y ejecutar proyectos de infraestructura y equipamiento en salud.	8	0	8			
m. Proveer información útil sobre la gestión, oferta y servicios de salud.	9	6	3			
n. Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos	21	4	13	4		
o. Evaluar de manera sistemática los logros alcanzados en materia sanitaria.	4	1	2	1		
p. Ejecutar, en coordinación con los GL, acciones para elevar niveles nutricionales.	1	0	0	1		
TOTAL	124	37	56	28	2	1

En este contexto el 22 de setiembre del 2005 con Resolución Presidencial N° 065-CND-2005-P se aprueban los requisitos específicos, Indicadores de cumplimiento y Procedimientos de verificación de los Requisitos Generales y Requisitos Específicos del Proceso de Acreditación 2005. El objetivo principal del Sistema de Acreditación es acreditar la existencia de capacidades de gestión efectivas en los gobiernos regionales y locales, para asumir las competencias, funciones, atribuciones y recursos. El sistema de Acreditación definió un conjunto de requisitos en materia de a) Recursos Humanos, b) Recursos Materiales y c) Instrumentos Normativos y de Gestión, necesarios para el cumplimiento de las funciones sectoriales transferidas. Estos prerrequisitos se complementan con indicadores de gestión o desempeño que son considerados también como criterios del proceso de acreditación.

En Octubre del 2005 el Consejo Nacional de Descentralización remite la Guía de Certificación para los Gobiernos Regionales y este a su vez a los Sectores. A partir de esa fecha se inicio el proceso de certificación por el Gobierno Regional, este procedimiento de la Certificación comprendió dos grandes fases: una primera que consistió en la evaluación del cumplimiento de los indicadores a partir de la información y documentación presentada por la DIRESA (Gobierno Regional) vía intranet y una segunda Fase que consistió en la verificación de campo de la información y documentación presentada por una Entidad Certificadora.

Resultado de este proceso acreditaron 17 Gobiernos Regionales: 13 Funciones y 37 Facultades

CUADRO N° 3
Resultado del Proceso de Descentralización a Julio del 2006

RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2005	N° DE REGIONES
Acreditación el conjunto de facultades en salud contenidas en el plan 2005	17
Acreditación parcialmente	5
No acreditan	1

Con el cambio de Gobierno se emite el Decreto Supremo N° 068-2006-PCM que definió culminar al 31 de diciembre del 2007, las transferencias de funciones sectoriales programadas en el Plan de Mediano Plazo 2006 - 2010; y el Decreto Supremo N° 036-2007-PCM, aprobó el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales del año 2007, pero luego este plazo fue ampliado primero a marzo y finalmente al 31 de diciembre del 2008 a través de los decretos supremos 001-2008-PCM y 029-2008-PCM, respectivamente.

El Ministerio de Salud elaboró una propuesta de Matriz de Requisitos Mínimos de Acreditación tomando como base la utilizada en el periodo 2005, la misma que se puso a consideración de 23 gobiernos regionales. Con la Matriz de Requisitos aprobados y en el marco de la Directiva N° 001-2007-PCM/SD aprobada con Resolución de Secretaría de Descentralización N° 003-2007-PCM/SD Normas para la Ejecución de la Transferencia del 2007 a los Gobiernos Regionales y Locales de las Funciones Sectoriales incluidas en los Planes Anuales de Transferencia; aprobado con DS N° 036-2007-PCM se desarrollaron todos los procedimientos establecidos para la transferencia de funciones sectoriales, correspondiente al ciclo 2007. Sin embargo los plazos fueron ampliados primero a marzo y finalmente al 31 de diciembre del 2008 a través de los decretos supremos 001-2008-PCM y 029-2008-PCM, respectivamente.

PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS

COMPONENTES	NIVELES DE GOBIERNO	FECHAS
Definición de Requisitos Específicos Mínimos	Gobierno Nacional	A más tardar el 31 de mayo de 2007 (publicados)
Compromiso de Cumplimiento de Requisitos Generales	Gobiernos Regionales	A más tardar el 15 de junio de 2007
Convenio Marco Intergubernamental	Gobierno Nacional y Regional	A partir del 01 de junio de 2007
Certificación	Gobierno Nacional y Regional Secretaría de Descentralización	Junio y Julio de 2007
Acreditación	Secretaría de Descentralización	A más tardar el 30 de septiembre de 2007
Efectivización	Gobierno Nacional y Regional	A más tardar el 31 de diciembre de 2007

MATRIZ DE APTITUD

NIVEL	GOBIERNO REGIONAL O LOCAL		
	CONCLUSIÓN INFORME SITUACIONAL	APTO	POR POTENCIAR
GOBIERNO NACIONAL	APTO	Caso 1 Se procede a la Acreditación y se ejecutan acciones de cooperación, de conformidad con el Convenio Marco Intergubernamental	Caso 2 Convenio Marco Intergubernamental: - Acciones de Cooperación - Acciones de Coordinación
	POR POTENCIAR	Caso 3 Convenio Marco Intergubernamental: - Acciones de Cooperación - Acciones de Colaboración	Caso 4 Convenio Marco Intergubernamental: - Acciones de Cooperación - Acciones de Coordinación - Acciones de Coordinación

De acuerdo con los cronogramas establecidos el MINSA a partir de junio de 2007, organizó y capacitó a un equipo de certificadores conformado por funcionarios de las diferentes Direcciones y Oficinas Generales, quienes visitaron 25 gobiernos regionales (incluidos Gobierno Regional de Lima y Gobierno Regional del Callao) para verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos. Como consecuencia de estas actividades se obtuvieron 25 Informes Situacionales, que daban cuenta de la certificación de 25 gobiernos regionales para recibir la transferencia de competencias. Por su parte, los mencionados gobiernos regionales realizaron su propia certificación de cumplimiento de requisitos, tarea similar al MINSA, emitiendo igualmente sus Informes Situacionales correspondientes. Al final de esta etapa la Secretaria de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros resolvió la respectiva Acreditación para cada Gobierno Regional: 25 Gobiernos Regionales certificados y acreditados. Sin embargo cabe resaltar que a diferencia del ciclo 2005, los procedimientos para la certificación y acreditación fueron muy flexibles.

Convenios Marco Intergubernamentales

La Directiva N° 001-2007-PCM/SD dispone que los Sectores suscriban Convenios Marco Intergubernamentales (CMI) con los gobiernos regionales con fines de favorecer la certificación. El MINSA suscribió 25 CMI con los gobiernos regionales, con el objetivo de apoyarlos con acciones orientadas a generar capacidades para el cumplimiento de las funciones sectoriales transferidas.

**CONVENIOS MARCO INTERGUBERNAMENTALES
SEGÚN GOBIERNOS REGIONALES**

GOBIERNO REGIONAL	N° DE CONVENIO
Amazonas	Convenio N° 026-2008/MINSA
Ancash	Convenio N° 035-2008/MINSA
Apurimac	Convenio N° 037-2008/MINSA
Arequipa	Convenio N° 043-2008/MINSA
Ayacucho	Convenio N° 041-2008/MINSA
Cajamarca	Convenio N° 027-2008/MINSA
Callao	Convenio N° 057-2008/MINSA
Cusco	Convenio N° 031-2008/MINSA
Huancavelica	Convenio N° 022-2008/MINSA
Huanuco	Convenio N° 020-2008/MINSA
Ica	Convenio N° 023-2008/MINSA
Junin	Convenio N° 024-2008/MINSA
La Libertad	Convenio N° 029-2008/MINSA
Lambayeque	Convenio N° 033-2008/MINSA
Lima	Convenio N° 028-2008/MINSA
Loreto	Convenio N° 019-2008/MINSA
Madre de Dios	Convenio N° 034-2008/MINSA
Moquegua	Convenio N° 030-2008/MINSA
Pasco	Convenio N° 021-2008/MINSA
Piura	Convenio N° 008-2008/MINSA
Puno	Convenio N° 032-2008/MINSA
San Martin	Convenio N° 047-2008/MINSA
Tacna	Convenio N° 025-2008/MINSA
Tumbes	Convenio N° 048-2008/MINSA
Ucayali	Convenio N° 038-2008/MINSA

Identificación de Recursos

En cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 664-2006-EF110 emitida por el Ministerio de Economía y Finanzas, el 02 de diciembre del 2006, que aprobó los lineamientos para la identificación y cuantificación de los recursos asociados a la transferencia de funciones a los gobiernos regionales; el Ministerio de Salud ha logrado identificar y transferir un monto total que asciende a S/. 296 672 208,00 de los cuales S/. 55 934 277,00 y S/. 240 737 933,00 corresponden a los años fiscales 2007 y 2008 respectivamente. La distribución por gobierno regional y la norma correspondiente por la cual se hizo efectiva la transferencia del recurso presupuestal se detalla en la tabla siguiente:

**RECURSOS PRESUPUESTALES ASOCIADOS A FUNCIONES TRANSFERIDAS EN EL MARCO
DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN, SEGÚN GOBIERNOS REGIONALES**

GOBIERNO REGIONAL	RECURSOS TRANSFERIDOS SECTOR SALUD				TOTAL (En nuevos soles)
	ANO 2007	ANO 2008			
	Ley de presupuesto 2007	Ley de Presupuesto 2008	DS 008-2008-SA	DS 070-2008-EF	
Amazonas	1,651,185	2,851,397		1,928,755	6,431,337
Ancash	2,195,205	3,677,069		1,274,384	7,146,658
Apurimac	1,939,992	3,672,148		2,259,699	7,871,839
Arequipa	7,818,289	499,202		1,441,352	9,758,843
Ayacucho	1,478,143	5,648,128		1,485,634	8,611,905
Cajamarca	5,984,358	5,326,620		3,240,949	14,551,927
Cusco	1,756,492	5,551,705		1,090,808	8,399,005
Huancavelica	650,188	4,145,864		1,348,690	6,144,742
Huanuco	4,057,680	2,513,244		1,398,109	7,969,033
Ica	1,503,082	1,142,940		1,167,227	3,813,249
Junin	1,159,141	5,179,332		1,610,676	7,949,149
La Libertad	1,910,839	3,614,931		1,183,809	6,709,579
Lambayeque	2,266,330	833,452		1,121,649	4,221,431
Loreto	3,404,852	3,421,696		1,721,753	8,548,301
Madre de Dios	1,790,080	645,401		1,138,126	3,573,607
Moquegua	1,351,012	182,982		732,443	2,266,437
Pasco	1,186,119	2,881,038		1,275,381	5,342,538
Piura	5,588,710	3,107,106		2,204,449	10,900,265
Puno	2,068,099	4,204,770		1,271,876	7,544,745
San Martin	2,053,898	1,652,840		1,295,126	5,001,864
Tacna	2,246,668	288,026		864,715	3,399,409
Tumbes	837,623	517,136		1,003,663	2,358,422
Ucayali	1,036,290	1,906,803		1,406,773	4,349,866
Lima			138,759,689	5,048,370	143,808,059
TOTAL	55,934,275	63,463,830	138,759,689	38,514,414	296,672,208

Asimismo, durante el año 2008 se efectivizó la transferencia de funciones sectoriales y recursos al Gobierno Regional del Callao, lográndose identificar la suma de S/.160 308 493,00, los cuales ya se encuentran incorporados en su presupuesto institucional, mediante la Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el Año Fiscal 2009 y otro monto por S/. 3 588 016,00 el cual ya ha sido transferido con Decreto Supremo N° 035-2009-EF.

Actas de entrega y efectivización

El Ministerio de Salud, durante el año 2008, ha suscrito con 25 gobiernos regionales las actas que transfieren las funciones sectoriales, correspondientes a 15 funciones y 88 facultades, saldo pendiente del ciclo de transferencia 2005. Asimismo, ha formalizado la transferencia de funciones, emitiendo 25 resoluciones ministeriales declarando que los gobiernos regionales han culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud, contenidas en el Plan Anual de Transferencias de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales

EFFECTIVIZACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE FUNCIONES SECTORIALES A GOBIERNOS REGIONALES

GOBIERNO REGIONAL	Nº DE RESOLUCIÓN	FECHA SUSCRIPCIÓN
Amazonas	MINISTERIAL	23/07/2008
Ancash	525-2008/MINSA	13/05/2008
Apurímac	328-2008/MINSA	25/04/2008
Arequipa	298-2008/MINSA	25/09/2008
Ayacucho	653-2008/MINSA	25/04/2008
Cajamarca	297-2008/MINSA	05/06/2008
Callao	385-2008/MINSA	08/01/2009
Cusco	003-2009/MINSA	23/06/2008
Huancavelica	417-2008/MINSA	05/06/2008
Huanuco	387-2008/MINSA	01/10/2008
Ica	677-2008/MINSA	23/05/2008
Junín	354-2008/MINSA	13/05/2008
La Libertad	329-2008/MINSA	05/06/2008
Lambayeque	386-2008/MINSA	25/04/2008
Lima	296-2008/MINSA	23/06/2008
Loreto	420-2008/MINSA	13/05/2008
Madre de Dios	330-2008/MINSA	23/05/2008
Moquegua	356-2008/MINSA	23/05/2008
Pasco	357-2008/MINSA	13/05/2008
Piura	331-2008/MINSA	08/04/2008
Puno	253-2008/MINSA	21/07/2008
San Martín	515-2008/MINSA	25/04/2008
Tacna	295-2008/MINSA	23/06/2008
Tumbes	419-2008/MINSA	25/04/2008
Ucayali	299-2008/MINSA	23/05/2008

Convenios de Gestión

El Ministerio de Salud viene trabajando desde el 2008 la propuesta de convenios de gestión para los 25 gobiernos regionales, esta tarea estuvo a cargo de las Oficinas y Direcciones del MINSA, una vez concertada entre las mismas, ha sido socializada, revisada y consensuada con los representantes políticos y técnicos de los gobiernos regionales en dos talleres nacionales. En la actualidad se cuenta con el texto del convenio y propuesta de indicadores de gestión que están en proceso de suscripción.

Pilotos de la gestión de la atención primaria de salud

En el marco del Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, se establece la transferencia de la Gestión Primaria de Salud a los gobiernos locales de manera gradual mediante pilotos; en ese contexto se aprobaron a través de la Resolución Ministerial N° 1204-2006/MINSA y 366-2007/MINSA la definición de la Gestión de la Atención Primaria de Salud y el Documento Técnico Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales, documentos que permitieron a las Regiones con asistencia técnica de la Oficina de descentralización del MINSA durante el año 2007 y 2008 formular consensuadamente los pilotos en cada ámbito de los gobiernos regionales voluntariamente. El MINSA durante el año 2008 continuo brindando asistencia técnica a los Proyectos Piloto de Descentralización de la Función Salud a Nivel Local e inicio la intervención en cuatro nuevos ámbitos regionales: Arequipa, Lambayeque, Ucayali y Tumbes.

Asimismo, no se concreto el desarrollo de los cursos de Gestión Local de Salud programados, debido al recorte presupuestal que afecto a la Secretaria de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros, entidad que ofreció financiar esta actividad durante el segundo semestre del año 2008.

El siguiente cuadro muestra el acumulado a la fecha de proyectos pilotos en los cuales se ejecutaron actividades de asistencia técnica para facilitar procesos de acuerdos entre el nivel regional y el nivel local, cabe anotar que en Ayacucho se suspendió 1 proyecto piloto y en San Martín se incluyeron 2 proyectos pilotos:

PROYECTOS PILOTO DE DESCENTRALIZACIÓN A NIVEL LOCAL HASTA EL AÑO 2008, SEGUN GOBIERNOS REGIONALES

GOBIERNOS REGIONALES	N° DE PROYECTOS PILOTO
Amazonas	3
Apurimac	3
Piura	3
Huanuco	2
Pasco	3
Ayacucho	2
Huancavelica	5
San Martin	3
Madre de Dios	2
Cajamarca	2
Ica	2
Arequipa	3
Lambayeque	3
Tumbes	1
La Libertad	1
Ucayali	2
16	40

La Descentralización del Sector Salud, debe tomar como marco de referencia dos importantes compromisos a nivel de Estado Peruano, uno internacional y otro nacional. En septiembre del año 2000, los líderes mundiales adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, comprometiéndose, en nombre de sus países, a intensificar los esfuerzos mundiales para reducir la pobreza, mejorar la salud y promover la paz, los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio que surgieron de dicha Declaración, son metas específicas y medibles, como la de reducir la pobreza extrema, que todavía oprime a más de mil millones de personas en todo el mundo, para el año 2015. El documento resultante, la Declaración del Milenio, que fue aprobado por 189 países, incluye compromisos colectivos urgentes para eliminar la pobreza que aún padece una parte importante de la población mundial. Esta vez los líderes del mundo no se conformaron con que todo siguiera su curso, porque eran conscientes de que eso no era suficiente, sino que se comprometieron a cumplir unos objetivos ambiciosos dentro de unos plazos claramente establecidos.

En la cumbre de 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas pidió también a su Secretario General que preparara una guía para conseguir los compromisos adquiridos en la Declaración: que los Objetivos de Desarrollo del Milenio, un documento con 8 objetivos, 18 metas específicas y 48 indicadores.

Estos Objetivos, así como los compromisos para cumplirlos que adquirieron los países ricos y pobres, fueron ratificados en el Consenso de Monterrey, surgido a raíz de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo de marzo de 2002, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible y el lanzamiento de la Ronda de Doha sobre comercio internacional.

El segundo compromiso del Estado Peruano se enmarca en el Acuerdo Nacional, donde la Décimo Tercera Política: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social. Con este objetivo el Estado:

- a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas;
- b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción;
- c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales;
- d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región;
- e) promoverá hábitos de vida saludables;
- f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados;
- g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes;
- h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción;
- i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado;
- j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes;
- k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social;
- l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud;
- m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población;
- n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social”.

Al juramentar el gabinete presidido por el Sr. Carlos Ferrero Costa en abril del 2004, se planteó la necesidad de contar con una Hoja de Ruta para la segunda mitad del mandato del Presidente Alejandro Toledo, como un instrumento que permita ejecutar con mayor detalle y en plazos definidos las grandes líneas de acción del Plan de Gobierno.

Los componentes de dicha Hoja de Ruta fueron expuestos por el gabinete al Congreso de la República el 4 de marzo del 2004. Esta Hoja de Ruta 2004-2006 fue el producto enriquecido por el aporte del Acuerdo Nacional. Se definieron los siguientes componentes:

- Incrementar la producción nacional y el empleo.
- Promoción de la Inversión Privada y la Competitividad.
- Reforma del Estado.
- Lucha Contra la Corrupción.
- Respaldo a las Negociaciones de los Tratados del Libre Comercio.
- Superación de la Pobreza con mejora en el Gasto Social.
- Priorización de la Educación.
- Respeto a la Institucionalidad Democrática y el Estado de Derecho.

El sexto componente, reflejó los lineamientos de Gobierno para Sector Salud:

- Reducir las ineficiencias del gasto social mediante su desburocratización, Descentralización, integración, fusión y otros mecanismos, y optimizar la política social en Tres áreas de acción: desarrollo de capacidades humanas, infraestructura y protección Social.
- Convocar a una movilización nacional por la salud, con participación de los medios masivos De comunicación públicos y privados, diferenciando las estrategias de comunicación urbana Y rural e impulsando la participación de la sociedad civil en la promoción y la educación para La salud.
- Repotenciar y rehabilitar los servicios del primer nivel (centros y puestos de salud) a través de un fondo especial de inversión social, con participación comunitaria mediante Núcleos ejecutores y/o gobiernos locales, de acuerdo a las prioridades establecidas en los Planes concertados de desarrollo.
- Acceso universal a servicios básicos de calidad para evitar la pérdida de capital humano.
- Asegurar la salud preventiva promocional para el binomio madre niño y población de riesgo.
- Asegurar una vida sana para los niños de 0 a 5 años, priorizando a las madres Gestantes, a los nacidos a partir de la fecha y a los menores de tres años.
- Adecuar y mejorar la oferta de los servicios de salud y su mantenimiento en las áreas Rurales y urbanas marginales.
- Hacer efectivo el reconocimiento de los derechos del niño.
- Descentralización eficiente y ordenada de los servicios de salud.
- descentralizar y regionalizar los servicios de salud, de modo coherente, progresivo y Flexible, en función a su realidad particular y a las potencialidades de cada región; y Concluir la conformación de los consejos regionales de salud e iniciar la conformación de Los consejos provinciales de salud.
- desarrollar cultura sanitaria en las comunidades; brindando servicios de Información, Educación y capacitación en cuanto a higiene y promoción nutricional dirigido a las familias En situación de riesgo y socialmente excluidas.
- priorizar la vigilancia y complemento nutricional equilibrado, así como micronutrientes para Los niños hasta los 2 años y sulfato ferroso y ácido fólico para las gestantes; Monitoreando y evaluando el impacto de los programas de nutrición y alimentación, con Participación directa de la comunidad.

- priorizar el crecimiento y desarrollo infantil, así como la vigilancia y complementación Nutricional equilibrada; otorgando complemento nutricional a las familias en alto riesgo, Sobre todo para niños menores de 2 años, madres gestantes y lactantes.
- acceso de la población rural (pobre y pobre extrema) a servicios especialmente, a agua sana.
- Mejorar la gestión del sector salud.
- Formar una comisión que estudie y establezca las acciones convenientes para mejorar la Calidad del gasto en salud dada la crítica situación de la infraestructura y Estrechez del presupuesto.

A estos compromisos nacionales e internacionales, debe sumarse lo establecido en la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, que en su artículo 49°, establece 16 funciones específicas en materia de salud.

- a) Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
- b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.
- c) Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.
- d) Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.
- e) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.
- f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- g) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- h) Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- i) Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.
- j) Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- k) Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- m) Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.
- n) Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.
- o) Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.
- p) Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.

Marco Legal

- La Reforma Constitucional, Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización (N° 27680, publicado en El Peruano el 7.3.2002).

Posibilitó la creación del marco legal necesario para la implementación del proceso de descentralización, definiéndolo como una forma de organización democrática y una política permanente de Estado, de carácter obligatorio que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país, así como estableciendo la creación de las regiones.

- La Ley de Bases de la Descentralización (N° 27783, publicada en El Peruano, el 20.7.2002)

Es la ley marco del proceso de la descentralización. Establece los temas necesarios para la implementación de este proceso como su finalidad, principios y objetivos, las competencias del gobierno nacional, regional y local, los planes y presupuestos participativos, la participación ciudadana, la conducción e implementación del proceso entre otros.

- La Ley de Elecciones Regionales (N° 27683, publicada el 15.3.2002)

Reguló la organización y ejecución de las elecciones regionales en concordancia con lo dispuesto por la Constitución Política y la Ley Orgánica de Elecciones.

- La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (N° 27867, publicada el 18.11.2002 y modificada por la Ley 27902 publicada el 1.1.2003)

Establece la estructura, organización y funciones de los gobiernos regionales. Complementa y precisa los aspectos generales señalados en la Ley de Bases de la Descentralización acerca de los gobiernos regionales. Fomenta la equidad, la participación y la libertad de elección.

- La Ley Orgánica de Municipalidades (N° 27972, publicada el 27.5.2003).

Reemplaza a la anterior Ley Orgánica de Municipalidades. Establece y delimita los objetivos, funciones y formas de organización de las municipalidades, de acuerdo al nuevo marco institucional y normativo (descentralización).

- Ley Marco de Promoción de la Inversión Descentralizada (N° 28059, publicada el 13.8.2003)

Establece el marco normativo para que los tres niveles del Estado promuevan la inversión de manera descentralizada como herramienta para lograr el desarrollo integral, armónico y sostenible de cada región, en alianza estratégica entre los gobiernos regionales, locales, la inversión privada y la sociedad civil.

- Decreto Legislativo de Descentralización Fiscal (N° 955, publicado el 5.2.2004).

Define la asignación de impuestos a los gobiernos regionales, las etapas del proceso de descentralización fiscal y el endeudamiento de los gobiernos regionales y locales así como sus endeudamientos.

- La Ley del Sistema de Acreditación para los Gobiernos Regionales y Locales (N° 28273, publicada el 9.7.2004)

Brinda un marco regulatorio para certificar la capacidad de gestión de los gobiernos regionales o locales para que asuman las materias de competencias, funciones, atribuciones y recursos del gobierno central. Establece la celebración de convenios marco y de cooperación entre el Poder Ejecutivo y los gobiernos regionales. Los convenios marco son para acordar las transferencias de competencias, atribuciones, funciones y recursos a mediano y largo plazo y los convenios de cooperación son para facilitar dichas transferencias.

- Ley de Incentivos para la Integración de las Regiones (N° 28274, publicada el 9.7.2004).

Cuyo objetivo es establecer y promover una política de estímulos para la integración de las regiones del país mediante la realización conjunta de proyectos de alcance interregional.

Igualmente existen normas complementarias como las siguientes:

- Ley Marco de la Modernización del Estado (N° 27658, publicada el 3.5.2002)

Tiene como objeto establecer los principios y la base legal para iniciar el proceso de modernización de la gestión del Estado, en todas sus instituciones e instancias, cuya finalidad es la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal.

- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (N° 27806, publicada el 3.8.2002) Promueve la transparencia en los actos del Estado y regula el derecho de acceso a la información. Toda la información que posee el Estado se presume pública, salvo algunas excepciones señaladas en la Ley. Establece criterios y plazos para los portales de transparencia, criterios y mecanismos para la transparencia de las finanzas públicas, la transparencia fiscal del presupuesto, el marco macroeconómico, así como la rendición de cuentas de las Leyes Anuales de Presupuesto y Endeudamiento.

- Ley Marco de Presupuesto Participativo (N° 28056, publicada el 8.8.2003)

Señala las disposiciones necesarias para asegurar la efectiva participación de la sociedad civil en el proceso de programación participativa del presupuesto, el cual se desarrolla en armonía con los planes de desarrollo concertados de los gobiernos regionales y gobiernos locales, así como la fiscalización de la gestión.

- Ley de Partidos Políticos (N° 28094, publicada el 1.11.2003).

Regula e incentiva el fortalecimiento, la democratización y descentralización de los partidos políticos. Plantea mecanismos de transparencia para el financiamiento y las donaciones, el reconocimiento de los partidos con comités en por lo menos un tercio de las provincias del país y que se encuentren ubicados en al menos dos terceras partes de los departamentos, el establecimiento de mecanismos de democracia interna.

- Ley de Demarcación y Organización Territorial (N° 27795, publicada el 25.7.2002)

Establece las definiciones, criterios y procedimientos para la demarcación territorial, entendida como un proceso técnico-geográfico mediante el cual se organiza el territorio a partir de la definición a nivel nacional y que es una función del Ejecutivo.

- Ley Marco del Empleo Público (N° 28175, publicada el 19.2.2004) Tiene como finalidad establecer los lineamientos generales para promover, consolidar y mantener una administración pública moderna, jerárquica, profesional, unitaria, descentralizada y desconcentrada, basada en el respeto al Estado de Derecho, los derechos fundamentales de la persona humana, el desarrollo de los valores morales y éticos y el fortalecimiento de los principios democráticos, para obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal y el logro de una mejor atención a los usuarios. Las normas que complementan la Ley Marco son: La ley de la carrera administrativa del servidor público, ley de gestión del empleo público, ley de funcionarios públicos y empleados de confianza, ley de incompatibilidades y responsabilidades y Ley del sistema de remuneraciones del empleo público.
- Ley N° 26300. Ley de Participación y Control Ciudadano. 02 de mayo 2007.
- Ley N° 28983. Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres. 15 de marzo. 2007

- Ley N° 29029. Ley de la Mancomunidad Municipal. 28 de mayo. 2007
- Ley N° 29060. Ley del Silencio Administrativo. 07 de julio.
- Ley N° 29125. Ley que Establece la Implementación y el Funcionamiento del Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local – FONIPREL. 31 de octubre.2007
- Ley N° 29157. Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar sobre diversas materias relacionadas con la implementación del acuerdo de promoción comercial Perú - Estados Unidos, y con el apoyo a la competitividad económica para su aprovechamiento. 19 de diciembre 2007
- Ley N° 29158. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. 19 de diciembre 2007
- Ley N° 29298. Ley que modifica la Ley Marco del Presupuesto Participativo. 16 de diciembre 2008.
- Ley N° 29313. Ley que modifica la Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos. 06 de enero 2009.
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM. Ley que aprueba las Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las Entidades del Gobierno Nacional. 22 de marzo 2007.
- Decreto Supremo N° 036-2007-PCM. Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos regionales y Locales del Año 2007. 11 de abril 2007.
- Decreto Supremo N° 063-2007-PCM. Reglamento de Organización y Funciones de la Presidencia del Consejo de Ministros. 13 de julio 2007.
- Decreto Supremo N° 093-2007-PCM. Medidas para la identificación y cuantificación de recursos asociados a la transferencia de funciones sectoriales a los gobiernos regionales y locales correspondientes a los planes anuales de transferencia 2004 - 2007. 20 de noviembre.2004 *Decreto Legislativo N° 955*. Ley de Descentralización Fiscal. 04 de febrero 2007.
- Decreto de Urgencia N° 15-2007. Ley que declara en reestructuración al SNIP y se crea la Comisión Técnica de alto nivel encargada de elaborar una propuesta de mejora. 21 de mayo 2007.
- Decreto Legislativo N° 1023. Ley que crea la Autoridad Nacional del Servicio Civil, Organismo Rector del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos. 27 de junio 2008.
- Decreto Legislativo N° 1024. Ley que Crea y Regula el Cuerpo de Gerentes Públicos. 20 de junio 2008

- Decreto Legislativo N° 1025. Ley que aprueba Normas de Capacitación y Rendimiento para el Sector Público. 20 de junio 2008.
- Decreto Legislativo N° 1026. Ley que establece un Régimen Especial Facultativo para los Gobiernos Regionales y Locales que deseen implementar Procesos de Modernización Institucional Integral. 20 de junio 2008.
- Decreto Legislativo N° 1057. Ley que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios. 27 de junio 2008.
- Decreto Legislativo N° 1088. Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. 27 de junio 2008.
- Decreto Legislativo N° 1091. Ley que promueve los servicios especializados en elaboración de estudios de preinversión y evaluación de proyectos de inversión pública, y que modifica la Ley N° 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública. 27 de junio 2008.
- Decreto Supremo N° 002 -2008-PCM. Crean Comisión Multisectorial para el Desarrollo de Capacidades en Gestión Pública de los Gobiernos Regionales y Locales. 14 de enero 2008.
- Decreto Supremo N° 049-2008-PCM. Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2008. 16 de julio 2008.
- Decreto Supremo N° 062-2008-PCM. Reglamento de Organización y Funciones de la Autoridad del Servicio Civil. 30 de agosto 2008.
- Decreto Supremo N° 075-200. Reglamento de la Ley N° 29021- Ley de Promoción para la Fusión de Municipios Distritales. 09 de junio 2008.
- Decreto Supremo N° 083-2008-PCM. Medidas para culminar procesos de transferencia programados en el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007. 23 de diciembre 2008.
- Decreto de Urgencia N° 013-2008. Ley que Modifica el artículo 3° del D.U. N° 002-2008, sobre autorización al MIMDES para la ejecución de Programas y Servicios de Protección Social. 25 de marzo 2008.
- Resoluciones Supremas N° 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243 – 2008- PCM. Designan miembros del Consejo Directivo del CEPLAN. 08 de octubre 2008.
- Resolución Suprema N° 316-2008-PCM. Designan integrantes del Consejo Directivo de la Autoridad Nacional del Servicio Civil. 05 de noviembre. 05 de noviembre 2008.
- Resolución Ministerial N° 188-2008-PCM. Aprueba los Lineamientos para la elaboración de la Matriz de Competencias y Funciones y de los Anteproyectos de Ley de Organización y Funciones de los Ministerios que tienen a su cargo competencias exclusivas y compartidas. 13 de junio 2008.

- Resolución Ministerial N° 252-2008-PCM. Ley que aprueba el Plan Nacional de Demarcación Territorial para el año 2008. 06 de agosto 2008.
- Resolución Ministerial N° 398-2008-PCM. Aprueba Directiva N° 004-2008-PCM/ SGP sobre «Lineamientos para la Uniformización del Contenido de los Portales de Transparencia de las Entidades Públicas». 02 de diciembre 2008.
- Resolución Directoral N° 052-2008-EF/76.01. Directiva para la formulación, suscripción, ejecución y evaluación de los Convenios de Administración por Resultados a aplicarse a partir del Año Fiscal 2009 en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados. 26 de septiembre 2008.
- Resolución Ministerial N° 757-2008-MINSA. Crea la Comisión Técnica de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, encargada de planificar y conducir los procesos de fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio. 21 de octubre 2008.
- Resolución Ministerial N° 297-2009/MINSA Plan sectorial de transferencia 2009 del MINSA. 14 mayo 2009

Es importante también señalar la gradualidad del proceso de descentralización. La Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre descentralización establece en el artículo 188° que “el proceso de descentralización se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y Transferencias de recursos del Gobierno Nacional hacia Gobiernos Regionales y Locales”. La gradualidad como principio del proceso de descentralización – y el proceso de transferencia de materias de competencias, funciones y recursos- está consagrado constitucionalmente, siendo uno de los elementos esenciales del diseño institucional del actual proceso de descentralización.

La Ley Orgánica de Bases de la Descentralización establece que el proceso de descentralización se ejecuta en forma progresiva y ordenada sobre la base de etapas. Existe una etapa preparatoria, de junio a diciembre del 2002, en la cual el Congreso debía debatir y aprobar las leyes correspondientes al Poder Ejecutivo, Gobiernos Regionales, Municipalidades, Ordenamiento y Demarcación Territorial, y de Incentivos para la Integración y Conformación de Regiones.

No se establece en la Ley de Bases un cronograma para las etapas por su dificultad. Señala 4 etapas consecutivas – no paralelas – que concretaran la gradualidad del proceso.

En la fase preparatoria se aprobó el marco legal para este proceso que constituye una de las principales reformas del Estado que como se mencionó al inicio tiene como finalidad el desarrollo nacional descentralizado, es decir el desarrollo homogéneo de las regiones, con el objeto de eliminar las desigualdades y desequilibrios existentes en nuestro país.

En la primera etapa, se instala y organizan los gobiernos regionales y locales; la transferencia y recepción de activos y pasivos de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTARS) a los Gobiernos Regionales; el inicio de la transferencia y recepción de los programas sociales de lucha contra la pobreza y los proyectos de inversión de infraestructura productiva de alcance regional, en función de las capacidades de gestión de cada Gobierno Regional o Local; la realización del Plan de Capacitación y Asistencia Técnica a nivel Regional y Local, y el apoyo y asistencia técnico-administrativa requeridos por los Gobiernos Regionales y Locales.

La segunda etapa tiene como objeto consolidar el proceso de regionalización. Se plantea en esta etapa: la promoción y apoyo para la conformación de regiones sostenibles mediante la integración o fusión de departamentos vía referéndum; la amplia difusión de propuestas y alternativas de regiones macro, así como de las ventajas y beneficios para el desarrollo nacional y regional; y la formulación de un Plan de Regionalización y de Inversión Descentralizado que se aprobaría por Ley.

En la tercera etapa que tiene como finalidad la transferencia y recepción de competencias sectoriales, se realizan la transferencia de las funciones y servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, transporte, comunicaciones, medio ambiente, vivienda, saneamiento, sustentabilidad de los recursos naturales, circulación y tránsito, turismo, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte hacia los Gobiernos Regionales y Locales.

En la cuarta etapa se transfieren las competencias sectoriales en educación y salud a los Gobiernos Regionales y Locales.

La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales establece en la Cuarta Disposición Transitoria, Complementaria y Final que se iniciaba la transferencia de todas las competencias sectoriales desde el 1 de enero del año 2004, haciendo que las etapas se volvieran paralelas y ya no consecutivas.

De igual manera existe un marco legal que regula el proceso de transferencia de los gobiernos regionales a los gobiernos locales:

La Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales en su artículo 83°, establece que el Consejo Nacional de Descentralización (CND) “evaluará y articulará los planes sectoriales y coordinará la formulación del Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales, el mismo que será presentado para su aprobación por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros”.

En el año 2003, en virtud de los D.S. 036 y 088-2003-PCM, ya se había iniciado la transferencia de programas y proyectos de Pro Vías Rural, ORDESUR, PRONAA y FONCODES a 241 municipalidades distritales y 67 municipalidades provinciales acreditadas por el CND.

El Plan Anual de Transferencias para el 2004 se aprobó mediante D.S. 038-04-PCM. En dicho Plan se amplía la cobertura a 58 municipalidades provinciales y 165 municipalidades distritales, pero si bien cumplieron con los requisitos presentaron según el CND algunos problemas de procedimientos y plazos se deberán celebrar Convenios de Cooperación. Las transferencias de completarían en el 2005 y 2006.

El Plan de Transferencia incluye la transferencia de 3 nuevos Proyectos Especiales de INADE, además del Proyecto Chincas. Con referencia a los activos, se transferirán algunos programas ganaderos del MINAG, maquinaria del MTC y algunos embarcaderos en Loreto y Puno y el Plan Copesco para el Cuzco. Y se daría inicio a la transferencia de funciones y servicios sectoriales para el ejercicio de las competencias compartidas en agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, transporte, comunicaciones, medio ambiente, vivienda, saneamiento, sustentabilidad de los recursos naturales, circulación y tránsito, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte, educación y salud hacia los gobiernos regionales y locales.

La jerarquización de Activos se aprobó mediante el D.S. 023-2004-PCM, el cual pretende cumplir con la exigencia de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales en su artículo 45ª jerarquizando los bienes del Estado determinando cuáles serán de alcance nacional y cuáles pasarán a los Gobiernos Regionales y Locales. La norma establece que los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Estado serán jerarquizados según su trascendencia nacional, regional, o local, para luego definir su situación respecto del proceso de descentralización.

De acuerdo al DS 036 026-2004-EF, las municipalidades que no se acreditaron deberán devolver a FONCODES, PRONAA y a Pro Vías Rural los recursos de los programas sociales que les fueron asignados en el Presupuesto General de la República 2004. Asimismo, todas las municipalidades tendrán que devolver los recursos de los programas nutricionales del PRONAA que también fueron considerados en los pliegos municipales.

La Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales promulgada este mes, es fundamental para que se lleven a cabo las transferencias de competencias, atribuciones, funciones y recursos para los Gobiernos Regionales y Locales. Los objetivos que señala son: Acreditar la existencia de capacidades de gestión efectiva en los Gobiernos Regionales y Locales, para asumir las competencias, funciones, atribuciones y recursos; consolidar y ordenar los procesos de descentralización y de modernización de la gestión del Estado de manera transparente, técnica y ordenada; Implementar un sistema de información para la gestión pública descentralizada y certificar el efectivo funcionamiento de las Juntas de Coordinación Interregional entre Gobiernos Regionales para la conformación de Regiones y la materialización de acuerdos de articulación macrorregional.

La Ley establece la celebración de Convenios Marcos y Convenios de Cooperación. Los Convenios Macro tienen el propósito que el Gobierno Nacional, los Gobiernos Regionales y Locales y el Consejo Nacional de Descentralización definan las prioridades de transferencia de mediano plazo. Los Convenios de cooperación facilitarían las transferencias, incluirán compromisos, metas, objetivos, aportes, asistencia técnica, mecanismos de transparencia y participación ciudadana.

La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales dispuso (artículo 83°) la creación de comisiones sectoriales de transferencia en el Ejecutivo nacional, para que se encarguen de las transferencias sectoriales a partir del año 2004, así como de las transferencias señaladas en la segunda disposición complementaria de la Ley de Bases de Descentralización, a partir del año 2003, si bien en este último caso la citada Ley Orgánica no es explícita.

Según la misma Ley, las comisiones sectoriales de transferencia propondrán, hasta el último día útil del mes de febrero de cada año, planes anuales de transferencia, presentándolos al CND; y hasta el último día útil del mes de marzo del año correspondiente, el CND evaluará y articulará los planes sectoriales y coordinará la formulación del Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales, el mismo que será presentado para su aprobación por decreto supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

Los planes anuales de transferencia de competencias sectoriales contendrán cronogramas detallados de la transferencia hacia los gobiernos regionales.

El 1 de enero del año 2004, de acuerdo con la modificación de la Ley 27902, se inició la transferencia de las funciones y servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, transporte, comunicaciones, medio ambiente, vivienda, saneamiento, sustentabilidad de los recursos naturales, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte, educación y salud.

ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Tres aspectos positivos deberán concentrar nuestra atención:

- Mayor participación de los niveles locales (cantidad y calidad de la participación) en la toma de decisiones.
- Mayor responsabilidad dada a los niveles locales, asociada a monitoreo y responsabilidad, generando mayor eficiencia.

- Reconocimiento de las diferencias regionales, contribuyendo a una mayor equidad en las estrategias de salud.

Dentro de las desventajas del proceso de descentralización, encontramos las siguientes dificultades:

- Persistencia del manejo muy centralizado: el nivel local tiene escaso control sobre los fondos o el personal.
- Difusa rendición de cuentas (accountability).
- Los niveles locales con limitadas capacidades para responsabilizarse de nuevas funciones por lo que los efectos del proceso son tardíos.
- El nivel de autonomía local aún está muy limitada por leyes y reglamentos del servicio civil (publico).
- Participación social limitada por enfoque utilitarista.
- Falta de especificidad de políticas y estrategias.

UNIDAD: POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

I. Introducción

Las políticas públicas son el que hacer del Estado, ejecutadas a través de las instituciones públicas como también de las privadas. Constituyen decisiones estratégicas que dependen para su adecuado desarrollo, de la participación de todos los actores sociales de manera simultánea, coordinada y complementaria. Esto significa que quien tiene el poder de tomar decisiones y está en el gobierno, no solamente debe basarlas en la experiencia, el criterio personal o el interés partidario, sino que deberá considerar la evidencia, el análisis técnico científico, el análisis costo beneficio de una serie de opciones frente a un problema, así como las preferencias de una población que tiene una idea propia del “debe ser”, y de esa forma legitimar la decisión como un paso previo para asegurar su éxito².

El proceso de descentralización que vive actualmente nuestro país, implica una transferencia de poderes políticos y competencias administrativas desde el ámbito central hacia las regiones, provincias y distritos con el objetivo de impulsar un desarrollo más autónomo en la toma de decisiones, para modificar la realidad actual de exclusión y pobreza, que existe en la mayor parte de estos espacios territoriales locales. Los procesos de descentralización, desde que implican una mayor viabilidad para la resolución de problemas por su manejo local, crean también un contexto muy favorable para la incorporación de los enfoques de multisectorialidad, igualdad de género, interculturalidad, participación ciudadana y la formulación e implementación basados en evidencias, conceptos relativamente recientes en nuestro medio y cuya práctica aún tiene limitaciones importantes, pero que son sustanciales, si aspiramos al diseño de políticas realistas y eficaces para el impulso de procesos de desarrollo. El presente documento, enfatiza en el uso de herramientas y el apoyo para el desarrollo de habilidades/destrezas que ayuden en el proceso de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en el sentido anotado.

II. Marco Conceptual

2.1. Consideraciones generales

En el desarrollo del presente documento se toma en consideración que la formulación y ejecución de la política pública sea un proceso participativo e incorpore enfoques de género, derechos e interculturalidad, con la finalidad de que la inclusión y la solidaridad generen políticas de mayor equidad y calidad. Por ello debemos tomar en cuenta las siguientes consideraciones previas, respecto al proceso de definición y formulación de políticas públicas:

- El concepto de políticas públicas incluye tanto temas de gobierno como de Estado. Las primeras son políticas de más amplio alcance, que involucran más de un gobierno y al conjunto de los poderes del Estado en su diseño o ejecución³. Las segundas competen y comprometen a los responsables de una determinada gestión.
- Para considerar que un problema requiere de una política para su solución deben cumplirse ciertas condiciones:

² Guía para la Formulación de Políticas; Documento de trabajo de USAID/Iniciativa de Políticas N°3; Febrero 2007.

³ Política y Políticas Públicas. Eugenio Lahera; CEPAL; Santiago de Chile, agosto 2004.

- Debe existir un problema que afecte al bienestar público.
 - Este problema debe haber llegado a una agenda pública o de Gobierno.
 - Debe identificarse la existencia de una “brecha”, es decir la precisión de la distancia, entre la situación generada por el problema, y la nueva realidad que la implementación de la política, aspira a crear⁴.
- La lista de problemas que aparecen en una agenda de gobierno, no son siempre los más graves, porque cada actor involucrado en la definición de los mismos, tiende a impulsar sus propios puntos de vista.
 - Los tres tipos de recursos que los actores partícipes de un escenario político, utilizan para influenciar, condicionar, bloquear o activar las decisiones públicas son: económicos (publicidad, financieros); políticos (movilizaciones, campañas, boicots, manifestaciones); y cognitivos (informes, investigaciones, dictámenes, juicios o pronunciamientos de expertos)⁵
 - Se trata de definir e impulsar políticas medibles que vayan en el sentido deseado y congreguen el máximo consenso social posible, con participación de individuos y grupos sociales comprometidos con la solución del problema y restringir la capacidad de maniobra y alianza entre actores que propugnarán el mantenimiento del statu quo.
 - Los gobiernos son los instrumentos para la ejecución de las políticas.
 - La débil tradición democrática en el ejercicio de las políticas públicas, se debe a una distribución desigual dentro de la sociedad civil, del poder político, de conocimientos técnico-científicos y recursos financieros.
 - El proceso de formulación de políticas, involucra a un grupo de personas y profesionales interesados en el tema, los que deben desarrollar un trabajo en equipo.
 - En la formulación de políticas públicas, se deben incorporar criterios de racionalidad, que promuevan el uso y aprovechamiento óptimo de recursos del Estado a fin de asegurar una distribución equitativa y democrática de los beneficios y servicios públicos, especialmente con las poblaciones más desfavorecidas.
 - Se debe aspirar a la compatibilidad entre criterios técnicos racionales con elementos políticos a fin de hallar soluciones viables, incorporando análisis políticos y otros criterios en la evaluación de alternativas.

2.2. La “Política” y las Políticas Públicas

Generalmente en el lenguaje cotidiano, utilizamos ambos términos de forma indistinta, sin diferenciarlos asumiendo una igual forma de usarlos en cualquier situación. Sin embargo, si bien tanto la política, como las políticas, son parte del sistema político y se influyen recíprocamente, son espacios distintos que deben ser diferenciados.

En la tradición anglosajona, existen dos términos diferentes, *politics* y *policy*, pero que en español, se recoge en uno sólo, *política*.

La “*política*” trata de los espacios y asuntos relativos al poder político, mientras que las *políticas públicas*, son soluciones específicas para atender asuntos públicos, por parte de las instituciones del Estado. El punto de encuentro entre ambos, es que la *política* siempre busca influenciar en el establecimiento de las *políticas públicas* y que los gobiernos, son los espacios de poder encargados de ejecutarlas.

⁴ Algunos autores señalan esto como la “Operacionalización de la política”.

⁵ El Análisis de las Políticas Públicas; J.Subirats, Departamento de Ciencia Política. Universidad Autónoma de Barcelona.

El objetivo de los políticos, cual fuere la tienda política, será llegar a determinar políticas públicas de su preferencia, o bloquear aquellas que no resulten convenientes a sus intereses⁶. Analizando las propuestas de políticas públicas, se puede “mirar” el escenario de la política, como: las características de la agenda pública, las diferencias políticas a través de los distintos programas entre candidatos en un contexto de elecciones, las actividades del gobierno, las actividades de la oposición, los esfuerzos de análisis sobre distintos temas y otros.

Puede existir *política* sin propuestas de *políticas públicas* y entonces se estará ante un sistema político centrado en la distribución de poder entre los agentes políticos y sociales. La *política* sin propuestas de *políticas públicas* es más demagógica, por tanto, menos moderna. Pueden también existir *políticas públicas* que no tomen en cuenta la *política*, lo que debilita la gobernabilidad social. Por todo ello, dentro del gobierno no se puede dejar de lado a la *política* y fuera del mismo, no se pueden obviar las *políticas públicas*.⁷

Así, la *política* y la *política pública* se complementan y fortalecen ya que ambas son necesarias para una buena gestión, la primera para lograr una buena comunicación con la población y la segunda para solucionar adecuadamente los problemas públicos, que atañen al bien colectivo, permitiendo pasar del discurso a la acción de una manera eficiente y efectiva logrando el máximo beneficio social posible⁸.

Abordaremos ahora, el propósito principal del presente documento, cual es el tratamiento más amplio del tema de las políticas públicas

2.3. Los Problemas Públicos

2.3.1. ¿Cuándo un problema es “público”?

Es necesario precisar las condiciones que determinan la presencia de un problema como público. Según Gary Becker, (1995), un cierto problema es reconocido como problema social cuando⁹:

- Muestra carencias objetivas en la sociedad y
- Actores con poder califican a esa situación como problema público

Las carencias en la población pueden demostrarse a través de métodos de investigación que demuestren que en la sociedad existe una situación que afecta negativamente el bienestar, las posibilidades de desarrollo, la convivencia, el medio ambiente etc. Es decir, a través de rigurosos estudios se puede demostrar evidencia acerca de carencias objetivas de la población, lográndose así, precisar el problema, sus características y alcances¹⁰.

Adicionalmente, estos problemas o carencias objetivas de la población, se elevarán a la categoría de problema público, cuando actores con poder, dentro y fuera del Estado, lo identifiquen como tal esta situación de carencias. Es decir, cuando un determinado grupo, con influencia y capacidad de movilizar actores de poder, consideran que la situación no es aceptable y se requiere una intervención de política pública para remediarla¹¹.

2.3.2. Características de los Problemas Públicos

⁶ Política y Políticas Públicas. Eugenio Lahera; CEPAL; Santiago de Chile, agosto 2004.

⁷ Ibidem

⁸ Guía para la Formulación de Políticas; Documento de trabajo de USAID/Iniciativa de Políticas N°3; Febrero 2007

⁹ Mauricio Olavarría Gambi, Ph.D. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas; Documento de Trabajo; Instituto de Asuntos Públicos; Departamento de Gobierno y Gestión Pública; Universidad de Chile

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

¿Cómo se presentan los problemas públicos?

Tres características aparecen como distintivos en la aparición de los problemas públicos¹²:

- **Interdependencia de Problemas:** Los problemas públicos raramente se presentan como cuestiones aisladas de otros fenómenos de la vida social. Muy raramente existe uncausalidad en su origen o explicación. Las diversas esferas de la vida social están interconectadas, lo que significa que varios problemas explican un problema público, y a su vez, éste explica o influye para otro tipo de problemas.
- **Subjetividad en la identificación de problemas públicos:** los problemas que pasan a la esfera de lo “público” coinciden con visiones, aspiraciones, intereses de actores de poder relevantes, quienes las impulsan e incorporan a la Agenda Pública. A partir de aquí, ya se puede aportar con datos e información objetiva sobre cuáles son sus elementos centrales, evolución y alcances del problema.
- **Los Problemas Públicos son dinámicos:** Evolucionan por cambios en el conocimiento, tecnología, en la cultura, por la aparición de nuevos fenómenos sociales y por propias intervenciones de la política pública.

2.4. La Agenda Pública

Una política pública tiene su fuente de origen en la existencia de algún problema o necesidad colectiva que llama la atención de los decisores o gobernantes y que son tomados en cuenta para atenderlos y solucionarlos. En el proceso de formulación de las políticas públicas, sea cual fuere el sector, tema o dimensión, el tema o problema sobre el que se va a diseñar una política, debe estar considerado en una agenda política¹³. Los problemas ingresan a la agenda política por dos vías, una interna y otra externa. La interna está referida al ingreso de temas en la agenda por iniciativa de los actores del propio sistema político: algún partido, algún organismo del Estado. La externa, se refiere a las iniciativas que se originan en otros actores diferentes a los mencionados, como pueden ser las organizaciones de la sociedad civil¹⁴

El ingreso de un problema a la agenda pública, puede darse de dos maneras:

- **Necesidad sentida o demanda social: surgimiento de una demanda:** Son necesidades de los habitantes o un cierto problema que crece y es articulado, conciliado y etiquetado por las estructuras políticas y transformado en demanda hacia el sistema político. Éste, se hace cargo de la demanda, interviene e implementa una determinada solución. Esta solución es la política pública que aborda el problema con la finalidad de resolverlo, o, al menos, contenerlo o reducirlo.
- **Desde la Oferta:** Son las autoridades las que identifican las situaciones que serán catalogadas como problemas públicos. Las maneras en que las autoridades convencen a los ciudadanos que los temas que ha identificado son reales problemas públicos y que la intervención que se propone es la necesaria, varía, desde el uso de los medios técnicos de la Administración Pública, hasta la difusión de su visión a través de los medios de comunicación.
- **Como Consecuencia de otra Política Pública:** Puede ocurrir que una política pública en ejecución encuentra problemas no detectados inicialmente o al cambiar la situación

¹² Ibidem.

¹³ La Agenda es el listado de los temas o problemas sobre los cuales, en determinado momento se focaliza el interés de los actores públicos con poder de decisión y otros actores no estatales vinculados.

¹⁴ Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género: Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

original, producto de una intervención de política pública, generándose nuevas demandas. Por ejemplo, políticas de modernización productiva crearán demanda por capital humano especializado y éste será un problema que deberá abordar una política educacional.

Así, a partir de las demandas y necesidades sociales presentadas por los grupos afectados y con el apoyo de otros grupos interesados en el tema, se **generan mecanismos de presión y defensa** que buscan resolver el problema para que finalmente los decisores y/o gobernantes puedan incluir el tema en su agenda de gobierno y priorizarlo para darle solución.

Las agendas políticas, suelen ser los indicadores del peso que tienen agentes internos o externos en la conformación de las políticas y la acción del Estado y la sociedad, pues expresan el grado de apertura de los espacios públicos estatales a la vida pública no estatal, a la acción de la sociedad y al funcionamiento transparente y democrático del orden institucional. Para algunos autores, las agendas representan los resultados de la dinámica de ciertos procesos que se dan en determinados ámbitos sociales donde se configuran y conforman los problemas en su expresión pública y simultáneamente indican características del funcionamiento de la democracia y del poder real de la ciudadanía para intervenir en las decisiones que orientan el curso de los asuntos públicos¹⁵.

2.5. Incorporación de un problema en una Agenda Pública

¿Cómo se incorpora un tema o problema en una Agenda Pública?

Para convertir un hecho o fenómeno en un componente de una agenda pública, se debe dotar al fenómeno de tres condiciones:

- Convertir al problema en tema
- Problematizar el tema, es decir convertirlo en un problema público
- Dotar al problema de “carga política” a fin de legitimar el problema como problema público: elaboración intelectual y científica, planteamiento de soluciones, acciones de visibilización, de reclamo, demanda o exigencia, concientización de las y los afectados, de incidencia en variados planos que permita posicionar el problema en el debate público.

Es importante tener en cuenta algunas estrategias que deberían ser promovidas para que se garanticen efectivamente, a través de las políticas, el cumplimiento de los derechos de los grupos discriminados o que sufren una mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, preguntarse por los actores que participan en el diálogo para la formulación de políticas ¿a quiénes representan?, ¿Son ellos los actores “correctos”? ¿Estos actores, sean gubernamentales o no gubernamentales, internacionales, nacionales o regionales, son respetuosos de los derechos de estos grupos y van a normar a su favor?

2.6. Definición de Políticas Públicas

En su acepción más amplia, las políticas públicas son las decisiones democráticas ejercidas a través de las y los gobernantes que ostentan el poder para solucionar los grandes problemas y demandas de la población, cumplir con las aspiraciones colectivas. Tienen su base en los principios constitucionales y en los derechos humanos y las obligaciones que éstos comprenden. Deben estar sustentadas en la evidencia técnica/científica y legitimadas

¹⁵ Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

por el pueblo mediante su participación y aceptación. Dichas decisiones también involucran al sector privado¹⁶.

Siendo la salud un problema de alta complejidad, cualquier política que afecte el ambiente, los recursos, servicios básicos (educación, saneamiento), va a afectar la salud y el bienestar de las personas. Ello implica que políticas emanadas más allá del sector salud, siempre tendrán repercusiones sobre la salud de la población. Debido a este reconocimiento, de que muchas políticas públicas afectan directa o indirectamente a la salud, existen ahora dos conceptos distintos: **Políticas Públicas de Salud** y **Políticas Públicas Saludables**¹⁷.

Con frecuencia en la literatura se utiliza el término de Política de salud, como el curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria. En contraste Hancock, acuñó el término **Políticas Públicas Saludables**, con la intención de llamar la atención sobre los demás determinantes de la salud, y que políticas al respecto desde sectores distintos al de salud, efectivamente tienen impactos sobre la salud y bienestar de las personas. Otros autores adscriben esta distinción a fin de superar la estrechez conceptual sobre la idea de políticas de salud solo centradas en servicios de salud, ampliando el concepto a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias, que, al modificar las condiciones de vida de la gente tienen un impacto favorable en su salud¹⁸.

Existen muchas definiciones de política pública, para los propósitos del presente, exponemos la definición de “una buena política pública”, es decir la que sería deseable alcanzar y que nos parece adecuada por la sencillez de su definición y al mismo tiempo exhaustividad en la presencia de las características que entendemos deben tener las políticas públicas de calidad:

“Una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado”¹⁹

Adicionalmente, una Política Pública Saludable, puede definirse como:

“...toda política generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/oprevenir la enfermedad, cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir equitativamente en la población los riesgos de enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables”²⁰

2.6.1. Elementos de las Políticas Públicas

Se considera que una política pública de calidad, debe incluir, orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales y la previsión de sus resultados. Es ahora pertinente exponer al respecto, los aspectos que aparecen comunes y coincidentes, dentro del gran número de definiciones que sobre políticas públicas, presenta la literatura especializada como los siguientes²¹:

¹⁶ Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

¹⁷ Gestión de Políticas Públicas y Salud; Rubén Darío Gómez Arias y col. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Octubre 2004; Universidad de Caldas; Manizales; Colombia.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Política y Políticas Públicas. Eugenio Lahera; CEPAL; Santiago de Chile, agosto 2004.

²⁰ Millio Nancy, citado en Gestión de Políticas Públicas y Salud; Rubén Darío Gómez Arias y col. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Octubre 2004; Universidad de Caldas; Manizales; Colombia.

²¹ Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

- La política pública es producto del sistema político, principalmente del Estado, a quien corresponde brindarles la sanción de formalidad que legitima sus instrumentos de expresión como instrumentos de política pública.
- Puede expresarse en su formalidad, a través de diversos tipos de instrumentos de formulación, los que incluyen leyes y reglamentos, Decretos Supremos; declaraciones formales y otros, incluso instrumentos de carácter administrativo y técnico, como planes, presupuestos.
- Las políticas siempre son explícitas, que significa estar expresadas en un instrumento que recoge su contenido y es un instrumento público.
- Toda política contiene un curso de acción, una vía, un trazado que debe ser concretado a través de su ejecución, y que comúnmente comprende:
 - Principios, elementos de doctrina que los diseñadores consideran es necesario enunciar para dar sentido a la política o a sus contenidos específicos.
 - Normas que suponen mandatos que deben ser cumplidos en el proceso de implementación y ejecución de la política.
 - Objetivos y propósitos formulados que propone un estado o situación a lograr con la aplicación de la política.
- Las políticas tienen como función orientar el comportamiento de un determinado sector del desarrollo y la vida ciudadana.

2.6.2. Elementos Centrales que definen una Política Pública son:

A partir de la revisión de algunas definiciones de expertos en el tema, a partir de la literatura especializada, se constatan los distintos aspectos que no pueden estar ausentes en una política pública como²²:

- El actor privilegiado es el Estado
- Involucran una decisión fundamental sobre hacer o no hacer algo
- Tienen una finalidad pública: los destinatarios son los ciudadanos
- Se activan a través de decisiones de autoridades investidas con poder público
- Involucran un conjunto de decisiones interrelacionadas
- Afectan positiva o negativamente intereses
- Requieren de instrumentos, definiciones, instituciones, organizaciones y recursos para ser implementadas.

2.6.3. Características de una Buena Política Pública

En cuanto a las condiciones que se señalan respecto a los elementos que deben tener las políticas públicas para que cumplan eficientemente su cometido orientador, citamos los criterios de Jaime Ferri Durá²³:

- Un contenido que explicita los **resultados** o productos

²² Mauricio Olavarría Gambi, Ph.D. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas; Documento de Trabajo; Instituto de Asuntos Públicos; Departamento de Gobierno y Gestión Pública; Universidad de Chile.

²³ Ferri Durá Jaime: Políticas Públicas Diccionario Crítico de las Ciencias Sociales (on line); citado en Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en "Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

- Un programa o elemento programático que especifique en forma estructurada, las **acciones** que corresponden a los propósitos de la política
- Un factor de coerción, referido a la **autoridad legal** que inviste al actor gubernamental actuante.
- Una **orientación normativa** que expresa las finalidades y preferencias de quien decide, conscientemente o no, voluntariamente, o bajo el peso de las circunstancias, no puede dejar de asumir.
- Una **competencia social definida**, por los sectores sociales: individuos, grupos, instituciones que componen el campo de la acción gubernamental.

Este esquema abarca lo sustantivo del contenido de la política y es un buen parámetro para evaluar la eficiencia o ineficiencia con la que se formulan los instrumentos de política y al mismo tiempo para evaluar las posibles causas de su inaplicabilidad²⁴.

Adicionalmente a lo señalado, se especifican otros elementos, que tienen el propósito de brindar elementos para una mejor “Operacionalización” de las políticas y que son²⁵:

- Tiene estimación de costos y alternativas de financiamiento.
- Tiene estimación de costo – beneficio social, resultados/efectos => decisión => Efecto. Enfocada en impactos.
- Dispone de datos desagregados por sexo, estudia y evalúa el impacto potencialmente diferente en la vida de varones y mujeres.
- Toma en cuenta los diferentes grupos poblacionales que están involucrados y pueden ser afectados: diferencias étnico-culturales, de edad, raza o clase social, discapacidad, etc..
- Tiene una territorialidad: se implementan en espacios geográficos concretos.
- Tienen tendencia multisectorial. Es articulada.
- Dispone de recursos: económicos, técnicos (expertos, maquinaria...), legales, y cognitivos (técnicos, experiencia, científicos...). Los poderes públicos movilizan estos recursos para generar políticas públicas.
- Es flexible e innovadora: aborda directamente la causas, y no temen a la innovación.
- Sostenible: capaz de superar la prueba del tiempo y funcionan desde el inicio.

2.6.4. Clasificación de las Políticas Públicas

Son muchas las clasificaciones existentes en la literatura especializada, sobre el tema. Adaptaremos una clasificación sencilla y adaptada a los objetivos del presente documento.

Por su alcance **histórico/contextual**, las políticas se diferencian entre *estatales* y *gubernamentales*²⁶. Las políticas estatales son los mandatos de mayor jerarquía político administrativa y establecen cursos de acción que se encuentran por encima de los gobiernos.

²⁴ Ibidem

²⁵ Guía para la Formulación de Políticas; Documento de trabajo de USAID/Iniciativa de Políticas N°3; Febrero 2007.

²⁶ Cap. 3 Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008.

Algunos autores sostienen que todas las políticas estatales son productos del sistema político operando a través del Estado, y por tanto no debiera existir esta diferencia. Sin embargo, ésta es válida, desde que establece la distinción entre obligaciones permanentes para todas las administraciones, al margen de su signo político, de aquellas que son el producto de la gestión y el mandato de un gobierno determinado. Es de anotar sin embargo, que ambos tipos de políticas, desarrollan sus respectivas dinámicas socio-políticas y administrativas en estrecha conexión e interacción de los respectivos mandatos. Son ejemplos de políticas estatales, la Constitución, el Marco Jurídico Legal, Tratados Internacionales con efecto vinculante y similares.

Las políticas gubernamentales son las decisiones enmarcadas en los límites y alcances del poder y obligaciones de una gestión específica de gobierno, tales como planes, presupuestos, decretos presidenciales, disposiciones ministeriales. Algunas decisiones gubernamentales, pasan a ser permanentes y pueden confundirse con políticas estatales, pero el hecho de poder ser derogadas, sustituidas, o modificadas por el poder gubernamental de otro periodo, sin intervención de órganos de representación popular (referéndums y similares), establece diferencias significativas.

Existen otros criterios de clasificación como:

- **Según su alcance o ámbito de influencia:** políticas nacionales, regionales, locales, sectoriales, según el órgano del que proceden: municipales, ministeriales, regionales etc.
- **Según el ámbito de su objeto:** globales y sectoriales
- **Según los intereses en juego**²⁷, las políticas se clasifican también según los impactos en costos y beneficios que los grupos de interés esperan de una política determinada. Así existen: *políticas distributivas; regulatorias y redistributivas*. Las primeras representan un ámbito menos controversial, pues se refieren a problemas sobre los que existiría consenso en que deben ser abordados con recursos públicos, como por ejemplo las políticas de salud y educación²⁸. Las de orientación regulatoria, representan mayores áreas de conflicto respecto a las primeras, pues siempre habrán intereses contrapuestos en torno a las cuestiones que abordan. Ejemplo son las relacionadas a la regulación del transporte, control de precios, control de contaminación, las telecomunicaciones y similares. Finalmente las redistributivas, son las más confrontacionales, desde que abordan aspectos relativos al tema de propiedad, poder y prestigio social. Sus efectos impactarán al mayor número de personas, los liderazgos tienden a ser permanentes y disponen de asociaciones y organizaciones poderosas en la defensa de intereses vitales. Un clásico ejemplo de estas políticas, es la de Reforma Agraria, donde se considera la redistribución de la propiedad agrícola, desde grandes propietarios hacia pequeños agricultores y trabajadores del campo.

2.7. Etapas Analíticas de las Políticas Públicas: El “Ciclo de la Política Pública”

Se denomina así a las distintas etapas y actividades, que comprende la gestión o el desarrollo de una política pública, desde su aparición, hasta su evaluación, para iniciar un nuevo ciclo de la política (rediseño de la política pública).

²⁷ Mauricio Olavarría Gambi, Ph.D. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas; Documento de Trabajo; Instituto de Asuntos Públicos; Departamento de Gobierno y Gestión Pública; Universidad de Chile.

²⁸ Este tipo de políticas son las Políticas Sociales también denominadas “Compensatorias” en la medida que buscan favorecer a los sectores más desprotegidos de la sociedad, facilitando el acceso a servicios públicos, como salud y educación. Son “compensatorias” en la medida que buscarían compensar las inequidades generadas por los desequilibrios económicos generados a su vez por el sistema económico.

Así, desde un punto de vista analítico, pueden distinguirse cuatro etapas en las políticas públicas: origen, diseño, gestión y evaluación²⁹. Estas fases no son necesariamente causales y consecutivas, y cada una de ellas, puede desagregarse en otras actividades. Para los propósitos del presente documento, cual es el manejo de herramientas básicas para el diseño de políticas públicas, presentamos un desagregado de fases o etapas que se desprenden de las cuatro básicas, señaladas líneas arriba y que son:

1. **Fase de Análisis de Contexto:** Visión de los principales elementos económicos, políticos, sociales y culturales del entorno que influyen en el problema o en las decisiones.
2. **Fase de Análisis de Actores o partes interesadas:** Conocer y medir las fuerzas de apoyo o de oposición a la política. Permite calcular la factibilidad y viabilidad de las políticas públicas.
3. **Análisis de Problemas:** Implica conocer en detalle las causas del problema principal, sus efectos y conocer las relaciones entre ellos.
4. **Diseño y Análisis de Objetivos:** Determinar los objetivos con los que se busca soluciones al problema principal, y está relacionado con la fase anterior.
5. **Análisis de Alternativas de Solución:** Se diseñan alternativas y se analiza su viabilidad y factibilidad para que puedan incluirse en el diseño de la política pública.
6. **Redacción de la Política:** Se redacta la política siguiendo un formato pre-establecido para su presentación.
7. **Presupuestación:** Se asignan presupuestos para implementar la política
8. **Formulación de Leyes:** Se dan leyes o se modifican para el cumplimiento de la política
9. **Implementación:** Se cumplen las actividades que implica la concreción de la política.
10. **Monitoreo-Evaluación:** Diseño y aplicación de indicadores para verificar el cumplimiento de actividades que ejecutan la política y para valorar los resultados o efectos de la política.

²⁹ Política y Políticas Públicas. Eugenio Lahera; CEPAL; Santiago de Chile, agosto 2004.

2.7.1. Uso de Información en el Ciclo de la Política

Una de las condiciones para que una política sea eficiente, es que su diseño se adecúe o responda al problema que la genera, es decir, sea *técnicamente suficiente*, pues se reconoce de manera creciente, que el disponer de políticas públicas de calidad, tiene como una de sus condiciones claves, el que la política tenga un sustento técnico, acorde a la naturaleza del problema que a través de su implementación, se busca corregir o atenuar.

Desde el inicio, la formulación de una política requiere la definición del problema que la genera de una manera más operativa, de manera que se precise el camino necesario de recorrer entre una situación indeseable, hacia otra mejor, esta es la etapa en la que se requiere de información verificable. Es más, sobre la base de esta información o conocimiento que se tenga sobre un determinado problema, va a depender el que una situación pueda ser catalogada como tal, y disponer de argumentos al que los actores puedan recurrir para incorporar este problema dentro de una agenda pública. Así caracterizar una situación, implica identificar a afectados en magnitud y otros datos como ubicación, proyectar la probable evolución de la situación sino se hace nada para enfrentarla y diseñar alternativas para intervenir con políticas públicas.

Todo ello significa que una vez identificado el problema que deseamos solucionar a través de una política pública, debe ser analizado desde distintos ángulos utilizando información veraz y datos confiables facilitando evaluar la viabilidad y factibilidad de la propuesta, construyendo un sustento sólido a fin de sustentar las mejores opciones de política que contengan alternativas de solución para las personas que deben tomar las decisiones.

Resulta conveniente entonces, disponer de datos e información desagregada de los afectados como: sexo, edad, etnia, ubicación y otros, preguntándose también por algunas especificidades como : grupos relacionados a derechos humanos (por género, etnia y otros) los recursos, la participación en la toma de decisiones, la inclusión en la sociedad, las normas y los valores vinculados a la pertenencia a un grupo específico.

La información requerida, puede provenir de distintas fuentes, primarias y secundarias, las cuales deben ser confiables, adecuadas y oportunas.

III. La Gestión de las Políticas Públicas

Más que una gestión, abordaremos aquí el tema del proceso administrativo que implica la formulación de una política pública, porque la gestión de políticas públicas, el policymaking (literalmente “hacer políticas”), es un proceso netamente político, que involucra actores, procesos y actividades involucrados en el origen, desarrollo y aplicación de políticas.

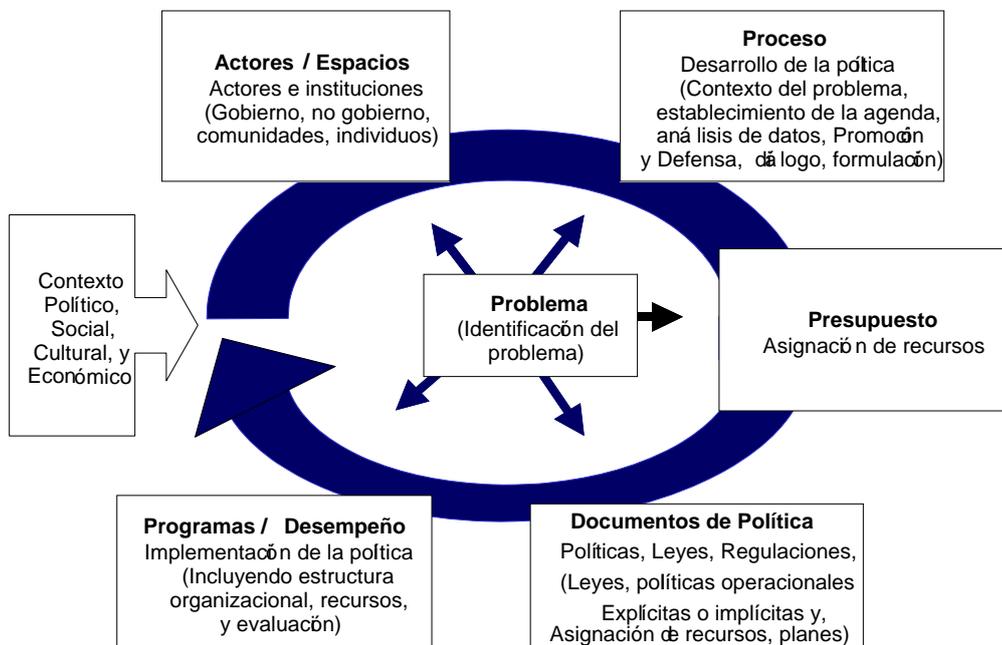
3.1. La Formulación de Políticas Públicas desde el Ciclo de la Política

El círculo de la política es una metodología moderna y didáctica, sistematizada para entender la gestión de las políticas públicas. En ella se reconocen las **6 P**, que se refieren, a los seis elementos a tener en cuenta al gestionar las políticas públicas y que son las siguientes:

- Problema.
- Personas (Actores)/Espacios.
- Proceso.
- Presupuesto (Recursos).
- Documentos de Política (Papeles).
- Programas/Desempeño.

El siguiente esquema muestra la secuencia y relación entre las **6 P**, como componentes del Ciclo de la Política:

Gráfico N° 1: Círculo de la Política



3.2. Habilidades y Herramientas para la Gestión de Políticas Públicas

La gestión de Políticas Públicas, implica el desarrollo de un conjunto de habilidades y herramientas que faciliten el diseño de una Política Pública de Calidad, las que en líneas generales son:

- Recajo y ordenamiento de información (pertinente, relevante y de calidad, con especial atención en mujeres, pueblos indígenas, niños, adolescentes, tercera edad, discapacitados, grupos vulnerables y otros de interés).
- Análisis crítico de la realidad.
- Análisis y generación de propuestas de solución.
- Redacción de políticas públicas.
- Actitud de búsqueda del consenso para lograr acuerdos.

Para cada momento en el proceso de gestión de Políticas Públicas, corresponde el uso y aplicación de determinadas herramientas y habilidades, algunas de las que se presentan de manera resumida, en la siguiente tabla:

Tabla N° 1

Herramientas y Procedimientos en la Gestión de Políticas Públicas

ANÁLISIS *	HERRAMIENTA	CONDICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Recolección y sistematización de información 	<ul style="list-style-type: none"> Guía de recojo y análisis de información 	PARTICIPACIÓN CIUDADANA - MULTISECTORIALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Del contexto – entorno 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz para analizar contexto. 	
<ul style="list-style-type: none"> Descripción del problema 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz de descripción del problema 	
<ul style="list-style-type: none"> Del problema principal. 	<ul style="list-style-type: none"> Árbol de problemas (causa – efecto) 	
<ul style="list-style-type: none"> De las partes interesadas – Involucrados. 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz para analizar a las partes interesadas. 	
<ul style="list-style-type: none"> De los objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> Árbol de medios y fines. 	
<ul style="list-style-type: none"> Formulación de alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz de formulación de alternativas 	
<ul style="list-style-type: none"> De las alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz de priorización. 	
<ul style="list-style-type: none"> Asignación de responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> Matriz de asignación de responsabilidades 	
REDACCIÓN DE LA POLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> Formato de estructura para la redacción de la política. 	
APROBACIÓN DE LA POLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> Toma de decisiones. 	
<ul style="list-style-type: none"> Del presupuesto (asignación de recursos) 	<ul style="list-style-type: none"> Presupuestación, 	
<ul style="list-style-type: none"> De las leyes (reformulación o generación) 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos de elaboración de leyes. 	
IMPLEMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Plan de implementación Plan de monitoreo 	
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de resultado. Indicadores de efecto. Estudios de impacto. 	
RENDICIÓN DE CUENTAS	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de resultado. 	

IV. Metodología, Técnicas e Instrumentos en la Formulación de Políticas Públicas

De aquí en adelante exponemos las distintas etapas y actividades con la metodología, instrumentos y procedimientos correspondientes, para la formulación de las políticas públicas. Se presentará así mismo, ejemplos aplicativos en el uso de los mismos.

4.1. Etapa Analítica

Corresponde al proceso de análisis con el que se inicia la formulación de una Política Pública. Su importancia radica en la calidad del análisis que se logre, pues de ello dependerá comprender el problema y proponer soluciones pertinentes que se plasmen en la ejecución de las políticas. El proceso de análisis debe incorporar los enfoques de género e interculturalidad, y tomar en cuenta la situación de poblaciones y grupos excluidos como consecuencia del problema, a fin de que la propuesta de política intervenga en la atención de la población afectada, además de prevenir y fortalecer las capacidades en el resto de la población que no está siendo afectada en el presente.

Se desarrollarán los siguientes pasos:

PASOS DE LA ETAPA ANALÍTICA*:

1. Recolección y análisis de información
2. Análisis del contexto – entorno
3. Descripción del problema
4. Análisis de las partes interesadas - involucrados
5. Análisis del problema central
6. Análisis de los objetivos
7. Análisis de alternativas

* En todas las etapas del análisis considerar el enfoque de igualdad de género e interculturalidad así como la situación de grupos excluidos y grupos vulnerables en relación al problema.

4.1.1. Procedimientos:

El análisis debe conducirnos a la planificación en la implementación de la política pública futura. A continuación desarrollaremos cada uno de los pasos del Ciclo de la Política, iniciando en la etapa analítica.

Primer Paso: Identificación y Descripción del Problema

Consiste en seleccionar un problema y hacer el esfuerzo en describirlo, es decir exponer toda la información disponible que nos sirva para presentar sus características más importantes.

Las siguientes interrogantes sirven para orientar la búsqueda de información:

- ¿Cuál es la magnitud del problema? (Tamaño del problema, cantidad de población afectada de manera precisa o aproximada)

- ¿Dónde se presenta el problema (por zonas) y a quiénes afecta? (varones, mujeres, niños, población indígena)
- ¿El problema afecta de diferente manera a varones y mujeres, adultos mayores, adultos, adolescentes y niños? ¿Cuáles son estas diferencias?
- ¿El problema afecta de distinta manera según la pertenencia étnica de las poblaciones?
- ¿El problema afecta de diferente manera a estos grupos, según su residencia por zonas urbanas y rurales? ¿Cuáles son estas diferencias?
- ¿El problema vulnera algún derecho en las personas? Especificar cuál
- ¿Cuáles son las especificidades de la(s) población(es) afectada(s) por el problema?
- ¿Cuáles son los efectos del problema? ¿Su potencialidad para generar otros?.
- ¿Cuales es la tendencia del problema en el tiempo? ¿Esta estacionario, en incremento o en descenso?
- ¿Es percibido por la opinión pública?
- ¿Su solución es percibida como una necesidad prioritaria para la opinión pública?
- ¿Cómo es percibido el problema por las autoridades políticas?, ¿su solución es percibida como una necesidad prioritaria?
- ¿Cuál es la capacidad para intervenir sobre el problema?.(Recursos materiales/económicos, en capacidades de recursos humanos y en recursos científicos-tecnológicos disponibles)
- ¿En qué Normas generales y específicas vigentes se encuentra ubicado este problema?
- ¿Qué normas se han desarrollado que contemplan la especificidad de estos grupos respecto a este problema?
- ¿Qué experiencias de políticas internacionales, nacionales, regionales y locales conoces acerca de este problema? En cuanto a sus características (magnitud, efectos, evolución y otros) y en cuanto a las formas que se han adoptado en otros lugares para resolverlo?
- ¿En qué área del conocimiento, campo de estudio, o especialidad se ubica este problema? Qué bibliografía sería importante consultar para comprender mejor y profundizar el conocimiento del mismo?
- ¿Qué poblaciones, comunidades, grupos, están participando en la búsqueda de solución al problema?
- ¿Qué debemos hacer si no se dispone de información suficiente o de calidad para el análisis y solución de este problema?. ¿Cómo se podría generar?

Las respuestas a estas preguntas, se organizan en la siguiente matriz:

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
1. Magnitud (cantidades): Población afectada (sexo, edad, grupos poblacionales)	<ul style="list-style-type: none"> ¿cuántos son los afectados? (sexo, edad, grupos poblacionales) ¿a que grupos afecta más?
2. Distribución geográfica de los afectados por el problema	<ul style="list-style-type: none"> ¿cuál es la ubicación geográfica de las poblaciones afectadas? ¿pertenecen a zonas urbanas o rurales? ¿como afecta el problema a los grupos de poblaciones excluidas e indígenas? (Completar respuestas a preguntas presentadas)
3. Características (especificidades) de la(s) población(es) afectada(s)	<ul style="list-style-type: none"> ¿cuáles son los principales rasgos característicos de las poblaciones afectadas por el problema? ¿qué estilos de vida presentan? ¿cuál es la vulnerabilidad de la población frente al problema? ¿cuáles son sus costumbres en el cuidado de la salud? ¿existe presencia del Estado en estas poblaciones? ¿en qué sectores y en que medida? ¿qué otras necesidades demandan?
4. Percepción del problema actualmente por los afectados	<ul style="list-style-type: none"> ¿cómo definen el problema los afectados? ¿qué causas consideran de importancia para el problema? ¿relacionan el problema con otros problemas de su comunidad? ¿cuál es la prioridad que le asigna la población a este problema?
5. Relación con otros problemas	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es efecto de este problema en la generación de otros?
6. Tendencia del problema en la región	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál ha sido el comportamiento del problema en los últimos años? ¿Cual es la tendencia del problema en la región, localidad?
7. Opinión pública	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo es percibido el problema por la opinión pública? ¿su solución es percibida como una necesidad prioritaria?
8. Autoridades políticas y decisores	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo es percibido el problema por las autoridades políticas?, ¿su solución es percibida como una necesidad prioritaria?
9. Capacidad para intervenir sobre el problema Recursos económicos y Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la capacidad para intervenir sobre el problema? ¿Cuánto es el presupuesto asignado actualmente? ¿cuánto gastamos? ¿en que gastamos? ¿cuánto necesitamos? ¿cuáles son las fuentes de financiamiento? ¿existen otras fuentes de financiamiento además del tesoro público? ¿Nuestras instituciones están capacitadas (infraestructura, tecnología, recursos humanos y organización) para afrontar el problema? ¿existe intervención de la empresa privada en el problema? ¿Existe capacidad institucional para afrontar el problema?
10. 10. Políticas que tratan el mismo tema en otras espacios geográficos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Existen políticas semejantes en otros ámbitos? ¿dónde? ¿en qué consisten? ¿qué resultados han tenido?

Utilizando esta matriz en el ejemplo de la desnutrición infantil, alcanzamos los siguientes resultados:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
<p>1. Magnitud (cantidades):</p> <p>Población afectada (sexo, edad, grupos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel nacional son 626, 386 niños menores de 5 años 25,4% de infantes afectados de malnutrición crónica • En la región Los Sauces existen aprox. 199,000 niños menores de 5 años y 40,000 gestantes al año • El 35,4% de infantes entre 3 y 5 años y entre 1 y 3 años padecen de desnutrición crónica. Los mayores índices de desnutrición global están entre el año y los cinco años de edad. • El 30% de las gestantes menores de 15 años presentan mayores índices de déficit de peso, mientras que es el 20.5% en el grupo de las gestantes de 16 a 20 años. La anemia se incrementa con la edad a excepción del grupo de gestantes menores de 15 años con 20%.
<p>2. Distribución geográfica de la población afectada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El informe de desnutrición crónica infantil por provincias señala: Prado Verde (18,16%), Cerro Laguna(25,88%), Rio Hermoso(29,43%), Flor de Sierra (24,34%), Roca Dura (23,40), Tierra Heroica (24,97%), Cerro Mineral (20,10%) y Tierra Próspera (32,01%) conservan esos porcentajes de infantes con el problema. • El déficit de peso y la anemia en las gestantes se registra con mayor porcentaje en Tierra Próspera (52%), Cerro laguna (41%) que en el resto de poblaciones • Los afectados principalmente pertenecen a zonas rurales de sierra y selva de la región Los Sauces • Son las poblaciones en pobreza y las comunidades nativas de la selva los principales afectados por este problema.
<p>3. Características (especificidades) de la(s) población(es) afectada(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Población en pobreza y extrema pobreza. El 35% de niños con desnutrición crónica está en condición de pobreza extrema, frente a un 13% que vive en condición de no pobre. • Deficiente conocimiento de higiene alimentaria y seguridad alimentaria • Población con bajo nivel de educación • En su mayoría son trabajadores de la chacra o independientes con ingresos mínimos • Poseen fuertes creencias en medicina tradicional • Deficiente uso del idioma o hablan otro idioma diferente • Alto riesgo de contagio e infección por enfermedades que condicionan desnutrición • Acuden a los servicios de salud cuando la enfermedad ha evolucionado a un grado extremo • Reciben asistencia alimentaria del Estado a través del PRONAA. • El acceso a la salud, educación, saneamiento básico y acceso a agua segura no son cubiertas adecuadamente por el Estado • Demandan satisfacer sus necesidades básicas, vestido, vivienda, agua segura, saneamiento básico, educación, salud, vías de comunicación,

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
	<p>asistencia en técnicas de siembra principalmente y actividades productivas, demandan también empleo en zonas no tan alejadas y urbanas marginales.</p>
<p>4. Percepción del problema actualmente por los afectados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los afectados por el problema lo perciben, como de larga data, por lo común sin tomarlo en cuenta, hasta que el niño enferma gravemente o aparecen otras afecciones producto de la desnutrición. Los más informados lo perciben como un daño que impide el buen desarrollo del niño tanto físico como intelectual. • Las principales causas que se relacionan con la desnutrición es la falta de empleo, ausencia del Estado para fomentar desarrollo, desconocimiento de la enfermedad como prevenible utilizando sus escasos recursos • Las consecuencias que atribuyen al problema son deficiencias en el desarrollo físico de sus hijos, los que van a la escuela poco aprenden, falta de oportunidades de trabajo en los jóvenes, mayor pobreza, mayores muertes de niños, elevado número de niños susceptibles de enfermar. • El problema es considerado importante por estas poblaciones
<p>5. Relación con otros problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La desnutrición es el resultado de enfermedades infectocontagiosas continuas, principalmente la diarrea, el inadecuado e insuficiente consumo de alimentos nutritivos, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene. • La falta de agua segura y saneamiento básico, y limitado acceso servicios de salud de calidad son los factores principales de la desnutrición. • También están las deficientes condiciones económicas de la familia y el bajo nivel educativo, sobretodo de la madre. • Insuficiente inversión social, la priorización poco acentuada en los grupos más vulnerables, y el uso poco eficiente de los recursos del Estado. • La desnutrición crónica en los infantes sigue el mismo patrón geográfico que la pobreza. La desnutrición por si misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad económica del capital humano y la capacidad de generar ingresos en los adultos, generándose el círculo vicioso entre pobreza-desnutrición-pobreza. • La desnutrición crónica se expresa en una menor estatura para la edad del niño y en un limitado desarrollo intelectual. • Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. • Para el Estado Peruano y sociedad le significa mayores gastos en educación, en salud y otros. • La desnutrición crónica no es sólo un problema de salud es un problema de DESARROLLO del país.
<p>6. Tendencia del problema en la región</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos 10 años la desnutrición crónica se ha mantenido constante afectando al 25,4% de la población infantil sobre todo en aquellos que habitan las zonas rurales del país (626 386) niños

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
	<p>menores de 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe ligera disminución (1%) de la incidencia de déficit de peso y anemia nutricional en las gestantes.
7. Opinión pública	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el reconocimiento de parte de la opinión pública informada de que el problema retarda el desarrollo de las poblaciones locales, regionales y nacional. Además de ocasionar gran inversión económica al Estado para asistir a los afectados. • Consideran necesario solucionar el problema por los motivos expuestos líneas arriba principalmente .
8. Autoridades políticas y decisores	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el reconocimiento de parte de las autoridades regionales y locales de la existencia e importancia del problema. En el caso de la Región analizada se le considera una prioridad sanitaria. • Consideran necesario solucionar el problema por que se encuentra relacionado al desarrollo humano, desarrollo productivo y desarrollo regional - local.
<p>9. Capacidad para intervenir sobre el problema</p> <p>- Recursos económicos</p> <p>- Recursos administrativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe mediana capacidad de los sectores para intervenir en el problema • El estado asigna anualmente 250 millones de dólares anuales en asistencia alimentaria. • A la región se le asigna 39 millones y se ejecuta el 100% del presupuesto asignado. • Se gasta en actividades de promoción y vigilancia. • Se necesita incrementar el presupuesto para actividades en servicios de salud, tecnología, capacitación y personal. • El Estado entrega alimentos a través del PRONAA. • Las ONGs apoyan en alimentos, insumos y capacitación. • La iglesia apoya parcialmente con asistencia alimentaria en comedores • La implementación tecnológica y en recursos humanos es progresiva, pero todavía insuficiente para lograr mayores coberturas y mejor vigilancia. • No existe una intervención clara de la empresa privada para solucionar el problema. • Existencia de barreras de acceso de información y de comunicación frente a medios de comunicación e idioma de los afectados excluidos.
10. Otras experiencias de política	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel regional, éxito en la ejecución de la Política educativa comunicacional en Alimentación y Nutrición en la provincia de Prado Verde. • La política pública “Hambre Cero” de Brasil. Consiste en la aplicación de programas que se enmarcan en tres ejes: la transferencia de rentas a las familias pobres, las reformas estructurales y la educación popular.

Segundo Paso: Formulación del Problema

Con toda la información de la que somos capaces de disponer y organizar, corresponde realizar una formulación “tentativa” del problema, pues su exhaustivo diseño se podrá alcanzar una vez que completemos toda la información sobre el problema, el que será el siguiente paso.

Un ejemplo de problema formulado podrá ser:

Ejemplo: "El 39% de la población menor de 5 años de la Región LOS SAUCES presenta desnutrición crónica infantil. Los afectados se ubican en las zonas rurales y poblaciones indígenas de la región. Las provincias con la mayor frecuencia de niños con desnutrición crónica, son Tierra Próspera y Río Hermoso, donde superan el 45%. Los principales afectados son los infantes de familias pobres y en extrema pobreza, de los cuales el 35% son pobres extremos, mientras el 13% pertenecen al grupo de los no pobres.

Algunas recomendaciones para una formulación adecuada de Problemas

- Evitar formular problemas como carencias, ejemplo: Alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual y no como: Ausencia de Antirretrovirales.
- Los problemas deben estar delimitados social y geográficamente. La población afectada es la delimitación social mientras que el ámbito espacial en el que se presenta el problema, señala la delimitación geográfica. De particular importancia es distinguir si el problema afecta de manera desigual a varones y mujeres, y población de comunidades indígenas.
- Analizar y describir un problema implica detallar sus características actuales. Cuando se inicia el estudio de algún problema resulta útil efectuar “*Estudios Línea de Base*”, que establecen las características que asume el problema en un determinado momento. Este tipo de estudio a menudo se efectúa al comienzo de alguna intervención, a fin de levantar las características generales de alguna situación problema, a fin de establecer sus cambios o diferencias, algún tiempo después de que se implementen las soluciones, lo que se alcanza con el levantamiento de subsecuentes estudios similares.

Tercer Paso: Recolección y Sistematización de Información

Posterior al proceso de descripción y formulación del problema, se habrá constatado que existe información incompleta e insuficiente sobre el mismo. Esta es la oportunidad de ampliar la información sobre el problema. Para ello será necesario identificar los temas ó áreas sobre las que se iniciará la búsqueda, con la identificación de las principales fuentes de información a las que será necesario recurrir. Las preguntas a las que no fue posible responder o hacerlo de manera incompleta en el paso anterior, serán las orientadoras para tal búsqueda.

Luego, se organizará toda la información recolectada según los siguientes ítems:

- **Planteamiento del Problema:** Implica señalar las características más importantes del problema seleccionado. Para ello será necesario satisfacer el listado de preguntas antes expuestas, cuyas respuestas dan cuenta de los aspectos relevantes del problema. Los datos para estas preguntas las podemos encontrar en fuentes de información documental: publicaciones, investigaciones, en lo posible de los tres a cinco últimos años de publicación.

- **Marco Teórico:** Se elabora listando un conjunto de temas que será necesario desarrollar, a fin de explicar el problema seleccionado. Se trata, de dar respuestas al problema desde un punto de vista “teórico”, es decir a partir de datos hallados en fuentes de información documental. Importante será hallar los determinantes estructurales del problema, su vinculación con otros problemas. De importancia es obtener datos que nos brinden un cálculo aproximado de la brecha existente, entre la situación ideal y la realidad generada por el problema, a fin de tener referentes para dirigir los objetivos de política.
- **Marco Legal Normativo:** Se deben tomar en cuenta, todas las leyes, políticas, normas vigentes que están relacionados con el problema. Una guía que permite ordenar esta clasificación, podría ser:
 - Leyes o dispositivos que consagran el derecho a la salud: Ley General de Salud; Constitución Política del Perú.
 - Convenios Nacionales Internacionales, con efecto vinculante
 - Normatividad según jerarquías: Decretos Supremos; Resoluciones Ministeriales; Resoluciones Directorales de la Región; Ordenanzas Municipales y otros.
 - Normas Regulatorias de Atención en servicios
- **Documentos y fuentes primarias:** Elaboración de entrevistas, encuestas, estructuradas, con objetivos claros, a ser aplicados a actores claves, opinión pública, población afectada, a fin de complementar información obtenida de fuentes secundarias.
- **Instrucciones para el Llenado de la tabla:** A continuación, se presenta la tabla en la que se registrará toda la información del listado anterior. Este instrumento tiene el propósito de organizar la información recogida que sirve para dar cuenta del análisis del problema, en cuanto a sus características actuales más relevantes.

TABLA N° 2
Recojo y sistematización de información para el análisis de políticas públicas

Fuente	Items	General			Rural			Urbana			Pobre			No pobre			Grupo vulnerable		
		V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T
DOCUMENTOS	Marco Teórico																		
	Marco Legal Normativo																		
Fuentes Secundarias	Cualitativos y Cuantitativos																		
Fuentes Primarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevistas a expertos en el tema ✓ Entrevistas a los afectados / as por el problema ✓ Encuestas 																		

Ejemplo: Sistematización de información para la formulación de política pública en desnutrición crónica infantil en la Región Los Sauces

FUENTE	TIPO DE FUENTE		General			Rural			Urbana			Pobre			No pobre			Grupo vulnerable			
			V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	
DOCUMENTOS	Marco Teórico	• Características del Crecimiento y Desarrollo Infantil del Menor de 5			X																
		• Causas de desnutrición Infantil			X																
		• Relación entre desnutrición y enfermedades infecciosas en la infancia			X																
		• Métodos de valoración de la desnutrición en la infancia			X																
		• Relación entre desnutrición y bajo peso al nacer			X																
	Marco Legal Normativo	• Ley General de Salud	X																		
		• Constitución Política del Perú	X																		
		• Objetivos del Milenio	X																		
		• Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria	X																		
		• Ley Orgánica de Gobiernos Regionales	X																		
Fuentes Secundarias	Cualitativos y Cuantitativos	• Ley Orgánica de Gobiernos Locales																			
		• Acuerdo Nacional																			
		• Resoluciones Ministeriales																			
		• Resoluciones Regionales																			
		• Ordenanzas Municipales																			
Fuentes Primarias	✓ Entrevistas a funcionarios de los sectores involucrados en el tema ✓ Entrevistas a expertos para explorar posibilidades de intervención ✓ Encuestas a familias de población afectada	• Estado de la Niñez en el Perú; UNICEF, 2008			X			X			X			X			X			X	
		• Encuesta ENDES																			
		• ASIS nacional																			
		• ASIS Regional																			
		• ASIS Locales																			
		• Estudios de investigación analíticos del problema en la localidad																			
		• Estudios de costo eficiencia/efectividad/beneficio de intervenciones relacionadas al problema																			
		• Entrevistas a funcionarios de los sectores involucrados en el tema			X															X	

Una vez concluido el proceso de búsqueda y sistematización de la información es conveniente revisar la formulación inicial del problema y ajustarlo de acuerdo a la ampliación de información alcanzada, antes de seguir con los siguientes pasos.

Cuarto Paso: Análisis del Entorno

La formulación de políticas ocurre en escenarios de mucha variabilidad, de cambios. Los escenarios o entornos se componen de aspectos sociales, económicos, políticos culturales y de sus niveles de desarrollo. La formulación de políticas se ve afectada, en la medida del grado de estabilidad de la situación política, de las autoridades y funcionarios de las entidades públicas. Si los escenarios son muy cambiantes, afectan todos los componentes del ciclo de la política.

El análisis del entorno consiste en realizar un balance analítico según aspectos sociales, políticos, económicos, culturales, legales geográficos y demográficos, para lo que se propone la siguiente matriz de análisis:

TABLA N° 3
Análisis de Contexto

ASPECTO:	OPORTUNIDADES*	AMENAZAS*
Político	-	-
Económico	-	-
Social	-	--
Cultural	-	--
Legal	-	--
Geográfico	-	--
Demográfico	-	--
Científico/técnico	-	--

Para el análisis considerar el enfoque de equidad de género e interculturalidad, así como la situación de grupos excluidos y grupos vulnerables en relación al problema.

El procedimiento consiste en registrar hechos según cada aspecto y caracterizarlos según su condición de oportunidad o amenaza en función de las soluciones al problema de la desnutrición. Así, las oportunidades son aquellas condiciones que pueden ser aprovechadas para planificar acciones o alternativas de solución al problema, y las amenazas aquellas necesarias de tomar en cuenta para la planificación de acciones o alternativas de solución, para convertirlas en oportunidades, o al menos minimizar sus riesgos.

Ejemplo: Análisis de contexto en la Región Los Sauces relacionado al problema de desnutrición crónica infantil.

ASPECTO:	OPORTUNIDADES*	AMENAZAS*
<p>POLÍTICO (Incluye decisiones gubernamentales, existencia de programas de gobierno, de políticas sociales y similares)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades regionales (Gobierno Regional y Dirección Regional de Salud, sensibilizadas e identificadas con el problema de la desnutrición infantil. - El Gobierno a través del Ministerio de Economía ha declarado a la desnutrición infantil, como una prioridad sanitaria nacional. - Proceso de descentralización, ha logrado transferencias de competencias sanitarias al Gobierno Regional y Municipios - Plan regional concertado de salud - Implementación de la mesas temáticas - Estrategia nacional de seguridad alimentaria - Plan nacional de lucha contra la pobreza - Implementación de proyecto regional piloto de seguridad alimentaria con un enfoque multidisciplinario, multisectorial y de interculturalidad. - Implementación de las políticas de la OIT de los pueblos indígenas, recursos naturales y el territorio - Intervención del comando conjunto de lucha contra la pobreza - Presencia del Consejo Regional de seguridad alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos gobiernos municipales no están informados ni motivados respecto a este problema sanitario. - Los sectores en la Región, agricultura, educación y otros, no trabajan articuladamente, generando duplicidad de recursos. - Las competencias sanitarias no han logrado implementarse plenamente en los municipios, y las actividades sanitarias a su cargo son aún débiles. - Desconocimiento de los logros y resultados de los programas alimentarios en la Región
<p>ECONÓMICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de recursos naturales - Instituciones que brindan créditos. - Apoyo de las ONG nacionales e internacionales mediante la Iniciativa contra la desnutrición infantil en el Perú. - Ingresos regionales por concepto de canon 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios climáticos por calentamiento global (hielo, sequía) y plagas, poca producción, falta de recursos, pérdidas que no se pueden recuperar. - Nivel de ingresos económicos deficientes, no satisface necesidades básicas.

ASPECTO:	OPORTUNIDADES*	AMENAZAS*
SOCIAL Y SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos calificados en servicios de salud para la atención y prevención de casos de desnutrición aguda y crónica - Apoyo de instituciones publicas y privadas (ONGs) - Mayor interés de las organizaciones religiosas y de la sociedad civil en combatir el tema de la desnutrición infantil - Existencia de líderes de opinión regionales y locales con creciente interés en el tema. - Mesa multisectorial de lucha contra la pobreza. - Progresiva participación ciudadana en temas de interés publico 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura del asistencialismo, imposibilita el desarrollo de capacidades en la población para la prevención y promoción. - Altos índices de enfermedades infectocontagiosas (IRA y EDA) - Deficiente saneamiento básico - Desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos que se producen en la Región en las familias - Limitada participación de los ciudadanos en la toma de decisiones regionales y locales
CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor atención al tema cultural, especialmente en lo relativo a la situación de exclusión socio-cultural de los grupos étnicos a nivel de la Región 	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimenticios que desfavorecen el consumo de dietas balanceadas con alimentos de origen local - Programas nutricionales no responden a las realidades de la zona - Desconocimiento de la interculturalidad amazónica y andina - Mujeres y niños que no son priorizados en sus familias para el consumo alimentario con marcada prioridad de los varones al respecto
LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia Sanitaria Nacional Alimentación y Nutrición Saludable en marcha 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación deficiente en calidad, almacenamiento y manipulación de alimentos. - No cumplimiento de mecanismos reguladores en los centros de complementación alimentaria
GEOGRÁFICO	<ul style="list-style-type: none"> - Región favorable para cultivo de productos con alto valor calórico proteico. - Diversidad de recursos naturales 	<ul style="list-style-type: none"> - Geografía accidentada que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud - Cambios climáticos, sequías - Uso irracional de los recursos naturales, de parte de población de colonos - Contaminación ambiental. - Falta de transporte para la venta de productos - Deficientes vías de comunicación

ASPECTO:	OPORTUNIDADES*	AMENAZAS*
DEMOGRÁFICO	- Políticas de población que en los últimos años favorecen la regulación de la fecundidad	- Excesivo número de hijos por familia - Diversidad de grupos poblacionales (etnias, idiomas, creencias)
CIENTÍFICO / TÉCNICO	- Presencia en la región de industrias procesadoras de alimentos de la región. - Implementación progresiva de puntos de registro de información de vigilancia y monitoreo de desnutrición.	- Poca difusión y aceptación de la población para consumo de estos productos regionales.

Quinto Paso: Análisis Situacional de Actores

Las políticas representan necesidades e intereses de todos los actores involucrados en un determinado problema. A su vez, la implementación de políticas los afecta positiva o negativamente, según sus intereses y recursos de poder. Así las interacciones entre actores e instituciones vinculadas a la política propuesta, van a influir determinando la viabilidad de su implementación.

Por ello es importante realizar el análisis de principales actores vinculados con el problema, para lo cual, se efectúa el “**Análisis Situacional de Actores**”

El procedimiento de trabajo consiste en realizar **un listado** de todos los actores involucrados con el problema, distinguiendo entre ellos, si se trata de instituciones (Inst.), Grupos sociales (GS) o personas (Ind.) a nivel individual, para facilitar el posterior análisis.

TABLA N° 4
Listado general de actores

LISTADO GENERAL DE ACTORES	CLASIFICACIÓN		
	Inst.	GS	Ind.

El procedimiento es evaluar la ubicación de cada actor frente al problema, según los siguientes criterios³⁰:

- Percepción y ubicación frente al problema
- Sus intereses

³⁰ Es importante contar con la participación de los actores identificados para este análisis, a fin de construir viabilidad de la política asegurando los recursos para su implementación.

- Sus recursos de poder
- Su condición de “aliado” u “oponente” para la solución del problema, y por ende, para la gestión de la política. Importante es apreciar el nivel de intensidad en cuanto al apoyo u oposición, buscando valorar este comportamiento, a través de una puntuación.

Se realizará el ejercicio de análisis de actores utilizando la matriz que se presenta a continuación y aplicándola según los criterios antes expuestos:

TABLA N° 5
Análisis de Actores

1. Actores	2. Percepción del problema	3. Intereses y Mandatos	4. Recursos de poder	5. Intensidad de la relación (aliado/ oponente)		6. Valoración (potenciales acuerdos/ conflictos)
				Aliado	Oponente	

¿Cómo utilizar esta herramienta?

Se utilizarán las pautas presentadas en la tabla expuesta a continuación, a fin de estandarizar los criterios para el análisis:

Pautas para realizar el análisis de actores utilizando la matriz de involucrados

Variable 1 (Actores). Identificar y colocar uno a continuación de otro, cada uno de los actores sociales identificados que se encuentran de alguna manera relacionados con el problema.

Variable 2 (Percepción del problema). Anotar sintéticamente qué percepción sobre el problema tiene cada actor y los argumentos para justificar su percepción.

Variable 3 (Intereses y mandatos). Permite apreciar cómo se involucraría en una solución al problema desde su actual situación, y a través de ello su interés en tratar el problema. Importante es distinguir en su interés si está bajo un enfoque de género e interculturalidad y el apoyo y/u oposición que se podría generar en cada uno de los actores. También describe su mandato y el rol que desde allí asumiría frente al problema.

Variable 4 (Recursos de Poder)*

Valorar el poder político y económico que posee el actor para influir en la toma de decisiones frente al problema.

Puntuación

1=> Bajo

3=> Medio

5=> Alto

Variable 5 (Intensidad de la relación aliado/ oponente) **

Valorar en positivo a los aliados y en negativo a los opositores según corresponda.

Puntuación

Apoyo

Oposición

1=> Bajo

-1=> Bajo

2=> Medio

-2=> Medio

3=> Alto

-3=>Alto

0=> Interés nulo a cualquier efecto.

Pautas para realizar el análisis de actores utilizando la matriz de involucrados

Variable 6 (Valoración de posibles acuerdos/ conflictos).* Se obtiene al multiplicar los valores asignados en las columnas (4 y 5) entre ellas. El resultado obtenido puede variar entonces desde **-15= [5 x (-3)] hasta **+15= (5 x 3)**, en donde -15 señala un actor con mucha capacidad de incidencia pero con alta oposición, y +15 un actor también con mucha capacidad de incidencia pero muy favorable de la posible intervención en el problema analizado.

Después de efectuado este análisis, se retoma la matriz anterior del “listado general de actores” el que ahora se clasifica según la condición de apoyo u oposición que resulta del análisis, ordenándolos según también puntuación obtenida, lo que da lugar a la siguiente tabla:

Tabla N° 6
Listado de Actores según Condición

N°	Actores sociales a favor de la solución del problema	Puntaje obtenido	Clasificación		
			Inst.	GS	Ind.

N°	Actores sociales Opuestos a la solución del problema	Puntaje obtenido	Clasificación		
			Inst.	GS	Ind.

Ejemplo de Análisis de Actores involucrados con el Problema

Actor	Percepción del Problema	Interés y Mandato	Recursos de Poder	Intensidad de la Relación Aliado / Oponente		Valoración
				Aliado	Oponente	
Gobierno Regional Consejo Regional	Factor limitante del desarrollo de la región, va de la mano con la pobreza	Analiza políticas de desarrollo social	5	3		15
Gobierno Regional Gerencia de desarrollo social	Marcada Inseguridad Alimentaria en la población Rural de la Región	Implementar políticas de lucha contra la desnutrición crónica de acuerdo al Plan Regional Concertado de Salud (PRCS)	3	3		9
Consejo Regional de Salud	Es un problema de naturaleza socio sanitario	Vigilancia y monitoreo del PRCS	3	3		9
EsSalud - Gerencia Regional	No desarrolla programas exclusivos para nutrición infantil.	No es prioritario el abordaje de este tema en su plan	1	1		1

Actor	Percepción del Problema	Interés y Mandato	Recursos de Poder	Intensidad de la Relación Aliado / Oponente		Valoración
				Aliado	Oponente	
Mesa de lucha contra la pobreza	Desnutrición y pobreza económica están asociados Elevada desnutrición infantil y pobreza principalmente de la población rural.	Propone políticas de lucha contra la pobreza	3	3		9
Dirección regional de agricultura	Limitada producción, productividad y consumo de productos agroalimentarios en la zona rural. Escaso mercado fijo para productos nacionales. Limitada difusión de los beneficios de los productos alimentarios.	Fomentar políticas favorables para el sector agrícola.	3	2		6
Dirección Regional de Salud	El sector salud es insuficiente para afrontar el problema Hay causas de desnutrición que no están siendo adecuadamente atendidas.	Garantizar buenas condiciones de salud implementando el PRCS	5	3		15
Dirección Regional de Educación	La desnutrición determina deficientes rendimientos y trastornos en el aprendizaje. Desconocimiento de los docentes en tema nutricional.	Garantizar mayores niveles de educación de la población mediante las escuelas saludables.	3	2		6
Ministerio Vivienda-Región	No percibe el problema	Implementar políticas de saneamiento básico	3	2		6
PRONAA	Establece una correlación directa entre desnutrición y pobreza económica extrema. Limitado acceso a alimentos nutritivos Alta prevalencia de desnutrición infantil en familias de alto riesgo	Suplir carencias de acuerdo a lineamientos de programas sociales Ejecutar proyectos en beneficio de la población afectada Protección alimentaria a las familias en alto riesgo	3	3		9
Programa. JUNTOS	- La desnutrición condiciona el desarrollo de las personas y las familias	Suplir carencias en poblaciones focalizadas	3	3		9
Cámara de comercio	Es un problema que debe ser resuelto por el Estado.	Mejorar la calidad y ser competitivos	3	0		0

Actor	Percepción del Problema	Interés y Mandato	Recursos de Poder	Intensidad de la Relación Aliado / Oponente		Valoración
				Aliado	Oponente	
Universidades	No desarrolla rol protagónico en el desarrollo regional Investigaciones no ligadas a la realidad agroalimentaria regional y desnutrición infantil	Formación de recursos humanos profesionales en investigación	1	1		1
ONGs	Alta prevalencia de desnutrición crónica y pobreza	Ejecutar proyectos de desarrollo en beneficio de la población afectada	3	3		9

Usando la tabla de priorización anteriormente expuesta, ordenaremos ahora, según importancia a los actores involucrados que resultaron aliados para participar en la solución del problema de la desnutrición infantil, lo que resulta en lo siguiente:

Actores sociales que están a favor de la política pública	Puntaje obtenido	Clasificación		
		Inst.	GS	Ind.
Gobierno Regional - Consejo Regional	15	X		
Dirección Regional de Salud	15	X		
Consejo Regional de Salud	9	X		
Gobierno Regional – Gerencia de Desarrollo Social	9	X		
Mesa de Lucha contra la Pobreza	9		X	
PRONAA	9	X		
Programa JUNTOS	9	X		
ONGs	9		X	
Dirección regional de agricultura	6	X		
Dirección Regional de Educación	6	X		
Universidades	1	X		
EsSalud - Gerencia Regional	1	X		

De igual manera se registrará en otra matriz a los actores que han resultado opositores en el análisis:

Actores sociales que están en contra de la política pública	Puntaje obtenido	Clasificación		
		Inst.	GS	Ind.
Cámara de comercio	0	X		

Sexto Paso: Análisis del Problema

Un problema consiste en una situación insatisfactoria representando una brecha entre lo que se considera “debe ser” y la realidad. Por ello, es importante considerar también los puntos de vista de las percepciones de los Actores analizados respecto a la realidad, identificados en el momento anterior, considerando además el enfoque de género e interculturalidad en el análisis. El objetivo en esta parte del trabajo es identificar las causas y los efectos del problema, buscando ya delimitar algunos caminos de solución.

Se deberá responder a dos preguntas:

¿Cuáles son las Causas del Problema?

¿Cuáles son sus Efectos? (Consecuencias del problema)

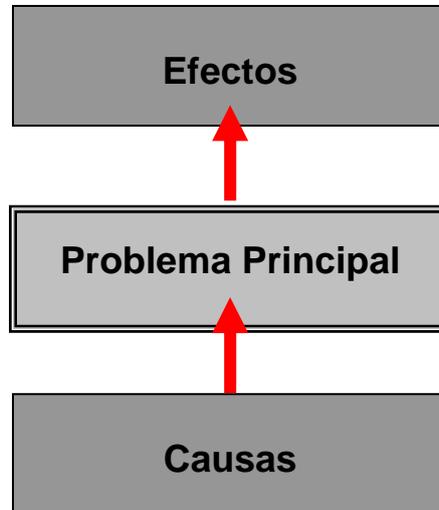
Responder a la primera pregunta, permite identificar las causas del problema, y la segunda nos orientará a descubrir las consecuencias o efectos del problema. Ambos aspectos se grafican en un “*árbol de problemas*” o “*árbol de causa-efecto*”, técnica que nos permitirá arribar a un análisis del problema descubriendo sus causas más importantes, que son otros problemas al igual que sus efectos. Es importante no olvidar incorporar en el análisis *el enfoque de equidad de género e interculturalidad, así como la situación de grupos excluidos y grupos vulnerables en relación al problema.*

Para elaborar el árbol de problemas deberemos seguir los siguientes pasos:

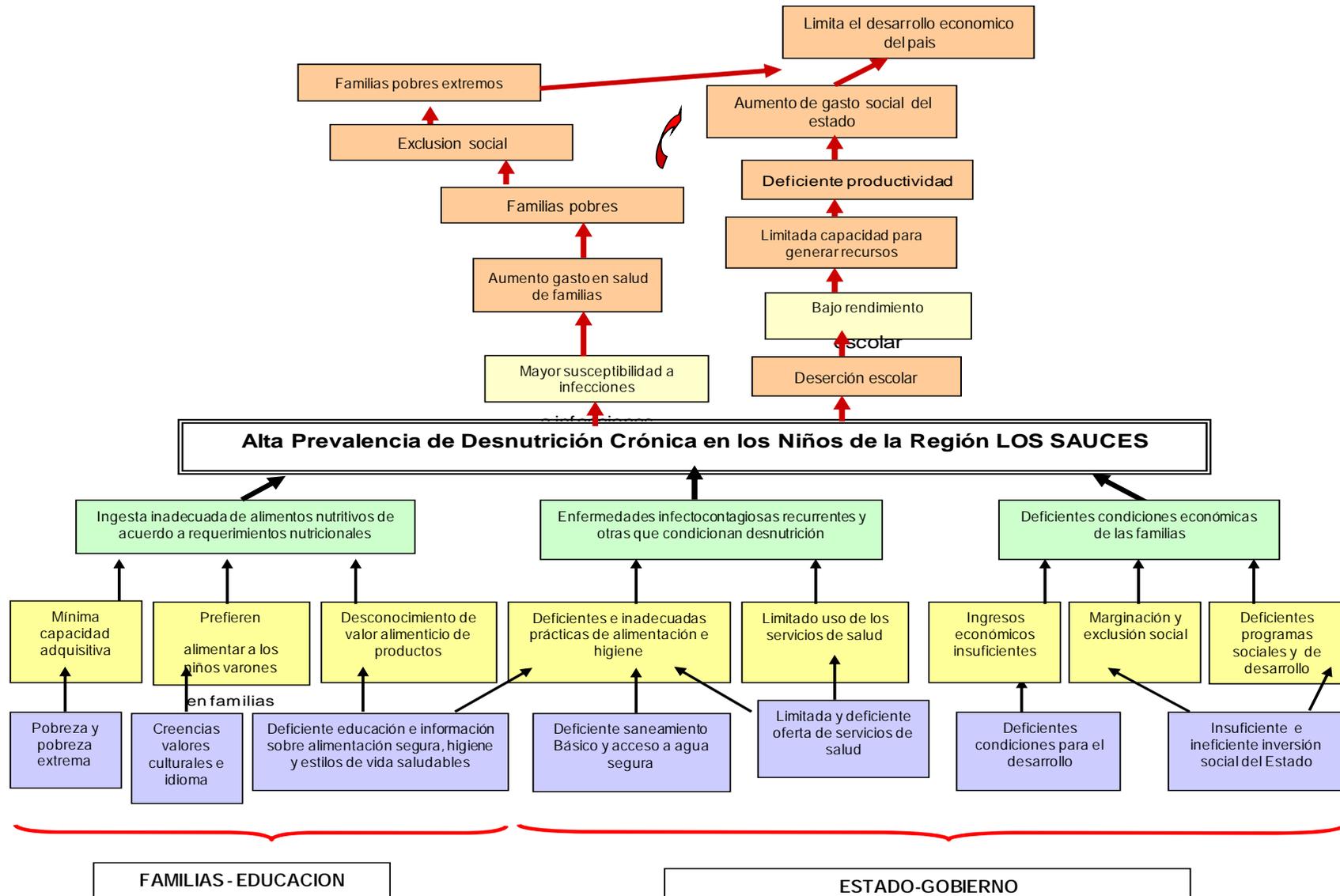
- Identificar los problemas principales (causas) que actúan como factores explicativos de la situación que se está analizando. Formularlos como un estado negativo.
- Resulta útil hacerse la pregunta ¿por qué?, para identificar las causas del problema principal, asimismo podrá hacerse la pregunta ¿qué ocasiona esto? para identificar los efectos o consecuencias del problema de manera ordenada.
- Identificar sólo los problemas existentes, no los posibles o potenciales.
- Enfocar el análisis a través del problema principal.
- Ubicar los problemas de acuerdo con las relaciones de causa – efecto.
- Esforzarse por presentar datos que evidencien la existencia del problema, así si se discute que un problema de la desnutrición es la alta incidencia de diarrea infantil, buscaremos conocer la magnitud de esta incidencia, como el número de episodios de diarrea por niño por año, y/o la edad infantil de mayor frecuencia de diarreas. Si a la base de la diarrea hay un deficiente saneamiento básico, es clave conocer qué proporción de familias no tienen agua y desagüe por sistema de tuberías y alcantarillados respectivamente.
- Elaborar un esquema que muestre esas relaciones de causa y efecto en forma de un Árbol de Problemas.
- Advertir si hay problemas faltantes e incorporarlos al árbol.
- Revisar el esquema completo y verificar su validez e integridad. La imagen final del árbol debe permitir, siguiendo las relaciones causa –efectos, explicar y entender el origen del problema principal que se intenta abordar.

Algunas pautas de trabajo que ayudan al ordenamiento de los problemas son los siguientes:

- Las causas más directas o cercanas al problema central son ubicadas en forma paralela por debajo del mismo.
- Lo mismo con los efectos directos, pero ubicados por encima del problema central.
- Los siguientes problemas que representan causas y efectos de los ya ubicados en el árbol se presentan siguiendo el mismo principio. Esto significa que se van formando varios niveles de causas y efectos, con posibles ramificaciones según la naturaleza del problema en cuestión.



A continuación se presenta el ejemplo de un árbol de problemas a partir del análisis de la desnutrición calórica-proteica en la Región LOS SAUCES.



El análisis del problema finaliza cuando se ha establecido una red causal para explicar las principales relaciones causa-efecto que caracterizan al problema principal y se ha desarrollado un árbol de problemas que satisface las expectativas del equipo.

Nótese en el árbol ejemplificado, que existen dos cadenas causales, una relacionada a las familias, cuya naturaleza se encuentra en relación a factores de hábitos alimentarios por temas de educación-información y otro grupo que son causas relacionadas a déficit de servicios básicos y están en relación al comportamiento del Estado en salud, educación y economía.

Una vez analizado el problema identificando la multicausalidad del mismo, corresponde ahora formular los objetivos que perseguimos alcanzar, si pretendemos solucionar estos problemas.

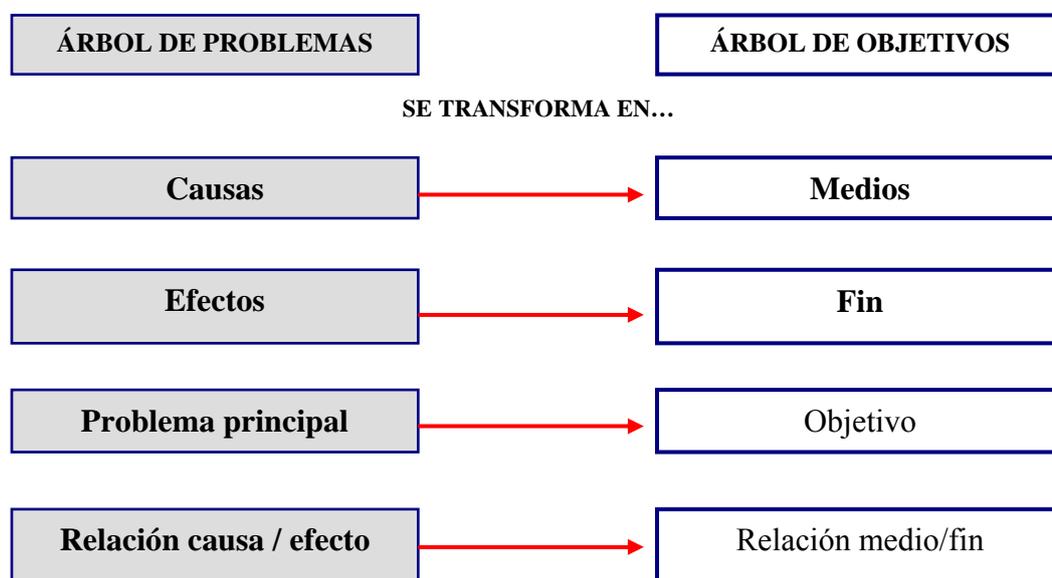
Séptimo Paso: Elaborar Árbol de Objetivos

El análisis de objetivos permite:

- Describir una situación que esperamos exista después de solucionar los problemas.
- Identificar relaciones medios – fines entre los objetivos.
- Delimitar el ámbito propio de intervención a través del diseño de la política

Procedimiento:

El árbol de problemas debe transformarse ahora en un árbol de objetivos, al convertir las expresiones negativas de los problemas formulados, en situaciones o expresiones positivas. Bajo esta lógica, lo que eran en el árbol de problemas, las causas, son ahora los medios, y lo que eran los efectos, son ahora los fines.



El logro de uno o más objetivos de un determinado nivel en el árbol se convierten en un medio para alcanzar uno o más objetivos de un nivel inmediato superior. Se deben mostrar todas las relaciones necesarias, hasta alcanzar el objetivo final.

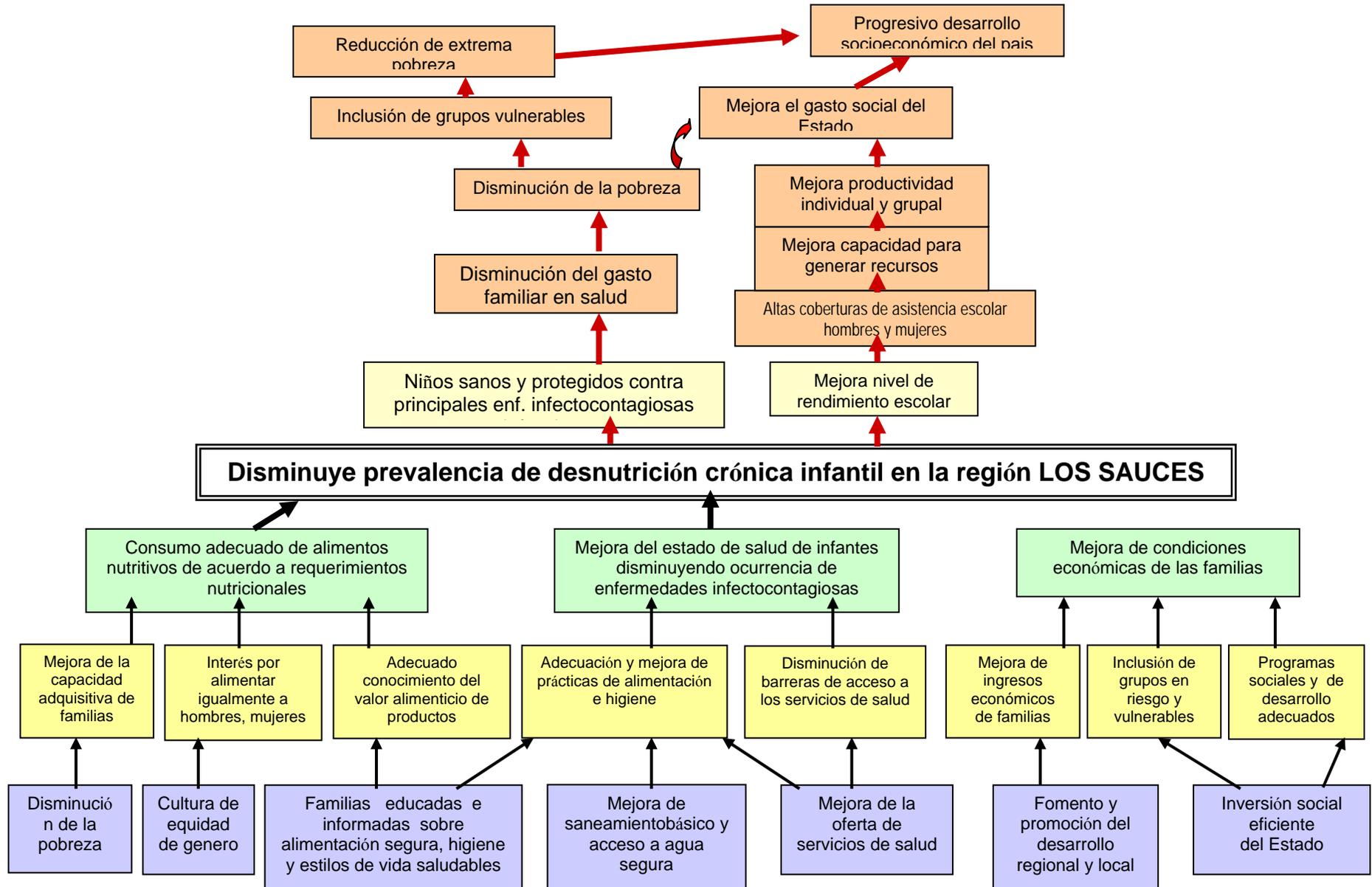
El árbol representará una jerarquía de objetivos que puede ser abordada mediante la creación de programas, proyectos, actividades enmarcados en la propuesta de política pública.

Para elaborar el Árbol de Objetivos se debe:

- Reformular, de arriba hacia abajo, todas las condiciones negativas del árbol de problemas en situaciones positivas, convirtiéndolos en objetivos e incluyendo como uno más el problema central/objetivo central.
- Si existen dificultades en la reformulación de problemas a objetivos significa que la definición/formulación del problema ha sido deficiente y se debe retomar la discusión sobre el mismo.
- Examinar las relaciones medios – fines establecidas entre las distintas jerarquías de objetivos, tratando de asegurar la validez e integridad del esquema.
- Si es necesario se pueden agregar nuevos objetivos relevantes y necesarios para alcanzar el de nivel inmediato superior o eliminar aquellos que no sean efectivos o necesarios.

A partir de la construcción del Árbol de objetivos (medios y fines), se debe identificar aquellos objetivos o alternativas que sean posibles de ser alcanzados, estos formarán las estrategias en la planificación de la política.

Ejemplo: Objetivos (fines y medios) a lograr en la región los sauces para superar el problema de la desnutrición crónica infantil



Octavo Paso: Diseño de alternativas de Solución para el Problema

Una vez formulados los objetivos, corresponde ahora identificar alternativas de solución a fin de alcanzarlos. A partir de cada problema, se han identificado objetivos, es decir situaciones a alcanzar si los problemas fueran solucionados. La pregunta clave a hacer es ¿Cómo lo logramos? entonces se trata de hallar alternativas de solución a ser aplicados a cada problema, a fin de alcanzar los objetivos formulados. Para cada objetivo, se han de proponer varias soluciones, aplicando la tabla que a continuación se presenta. **Para este diseño, considerar el enfoque de equidad de género e interculturalidad, así como la situación de grupos excluidos y vulnerables en relación al problema.**

TABLA N° 7
Alternativas de Solución frente al Problema

OBJETIVO 1	OBJETIVO 2	OBJETIVO 3	OBJETIVO 4	OBJETIVO 5
-alternativa 1 para el objetivo 1	-alternativa 1 para el objetivo 2	-alternativa 1 para el objetivo 3	-alternativa 1 para el objetivo 4	-alternativa 1 para el objetivo 5
-alternativa 2 para el objetivo 1	-alternativa 2 para el objetivo 2	-alternativa 2 para el objetivo 3	-alternativa 2 para el objetivo 4	-alternativa 2 para el objetivo 5
-alternativa 3 para el objetivo 1	-alternativa 3 para el objetivo 2	-alternativa 3 para el objetivo 3	-alternativa 3 para el objetivo 4	-alternativa 3 para el objetivo 5
-alternativa 4 para el objetivo 1	-alternativa 4 para el objetivo 2	-alternativa 4 para el objetivo 3	-alternativa 4 para el objetivo 4	-alternativa 4 para el objetivo 5
-alternativa 5 para el objetivo 1	-alternativa 5 para el objetivo 2	-alternativa 5 para el objetivo 3	-alternativa 5 para el objetivo 4	-alternativa 5 para el objetivo 5
-alternativa 6 para el objetivo 1	-alternativa 6 para el objetivo 2	-alternativa 6 para el objetivo 3	-alternativa 6 para el objetivo 4	-alternativa 6 para el objetivo 5

Para formular las alternativas de solución hemos de seguir las siguientes pautas:

1. Se tomará como base los objetivos formulados en la fila inferior del árbol de objetivos (medios y fines) del procedimiento antes realizado.
2. Los objetivos redactados en forma simple y con pocas palabras se colocarán en la primera fila de la tabla matriz de formulación de alternativas de solución para la política.
3. En las filas siguientes de la tabla, se irán colocando las propuestas de solución para lograr los objetivos ¿cómo lo logramos?, planteadas por los actores participantes en la formulación de la política, uno debajo de otro hasta que se agoten las mismas y no despreciando ninguna propuesta. El mismo procedimiento se hará para todos los objetivos considerados en la primera fila de acuerdo al resultado del árbol de medios y fines.
4. Es importante mencionar que a menudo se puede perder la perspectiva y la amplitud del tema y circunscribir las propuestas a la experiencia o percepción del problema, es por eso que debemos tener en cuenta que tal como existen actores, existe el gobierno, la sociedad y la empresa, éstos son tres elementos que están presentes en diferente

proporción e intensidad en la generación del problema, por tanto serán involucrados en la solución del mismo.

5. Para lo anterior se debe tener en cuenta que el gobierno realiza algunas actividades o funciones que a la hora de formular las alternativas debemos repasar; éstos tienen que ver con la creación o abolición de impuestos, la regulación, los subsidios, la concesiones, los presupuestos de las organizaciones, la información, el financiamiento y contratación, las reformas políticas y administrativas, entre otros.

Siguiendo el ejemplo, presento la relación de alternativas de solución propuestas para lograr el objetivo principal de reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en la Región Los Sauces.

Formulación de alternativas de solución a partir de los objetivos elaborados

Disminución de la pobreza y pobreza extrema	Fomento de la equidad de género con interculturalidad	Educación y capacitación a familias pobres y comunidad	Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura	Mejora de sistema de salud	Fomento y promoción del desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar el 3% de canon regional minero para programa de bono mensual para familias en situación de pobreza y pobreza extrema. • Compra de producción directamente a asociación de productores distritales y comunales asociados-organizados. • Articulación de los programas de asistencia social existentes para hacer más eficiente su desempeño. • Implementar plan de focalización de beneficiarios con mapa de pobreza y pobreza extrema en la región. • Fortalecer la regulación en calidad, conservación, almacenamiento y manejo de alimentos. • Fortalecer la regulación de establecimientos que elaboran y procesan alimentos en la región. • Fortalecer la regulación de la participación vecinal en la gestión de programas alimentarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con ONGs que trabajan los temas de igualdad de género e interculturalidad para asistencia técnica a las autoridades en toma de decisiones basadas en estos enfoques • Coordinación con ONGs que trabajan los temas de igualdad de género e interculturalidad para capacitación a las familias en estilos de vida basadas en estos enfoques • Incremento de presupuesto para desarrollar investigaciones acerca de las prácticas de los conceptos de equidad de género e interculturalidad en la región. • Implementar la oficina de género, derechos e interculturalidad en instancias regionales y locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la estrategia de escuelas saludables en temas de seguridad alimentaria acordes a la realidad (idioma e idiosincrasia) a cargo de los sectores salud y educación • Convenios de cooperación con ONGs para implementar programa de capacitación en temas de higiene y alimentación • Programa de capacitación para mejorar las habilidades y competencias en manipular y preparar alimentos en los comedores populares y clubes de madres • Convenios de cooperación con ONGs para implementación de programa de capacitación en temas de nutrición de mujeres en períodos de embarazo y lactancia • Fomento de la participación de la población para organizarse y vigilar la calidad de los alimentos • Desarrollar programa de vigilancia comunal y monitoreo de la nutrición infantil en la región. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento presupuesto en el sector vivienda para obras de saneamiento básico y agua segura. • Programa de capacitación a familias y comunidad en temas de saneamiento y prevención de enfermedad. • Fomento de la organización y participación de la ciudadanía en la planificación e implementación de acciones de saneamiento básico. • Capacitación de familias en métodos y técnicas para el consumo de agua segura. • Fortalecer la regulación en temas de captación y manejo del agua en zonas rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de presupuesto para implementar el plan regional de seguridad alimentaria. • Fortalecimiento de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. • Promoción de la oferta de los servicios de salud y beneficios a toda la población • Gestión eficiente de recursos e insumos existentes en los establecimientos para incrementar coberturas. • Incremento de presupuesto para implementar el sistema de información nutricional regional y local • Programa de capacitación para mejorar las habilidades y competencias del personal de salud en temas de nutrición. • Programa de capacitación para mejorar las habilidades y competencias del personal de salud en supervisión y monitoreo del estado nutricional de la mujer embarazada y en el post parto. • Incremento de presupuesto para actividades de promoción de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio directo a la producción de las asociaciones de productores regionales • Fomentar programa de créditos con bajas tasas de interés y largo plazo para personas que desarrollan actividades agrícolas. • Programa de asistencia técnica y capacitación en técnicas y tecnología de cultivos para agricultores • Búsqueda y aseguramiento de mercados externos nacionales e internacionales para colocación de productos regionales • Identificación y desarrollo de nuevas formas de producción a partir de las potencialidades regionales. • Desarrollo de infraestructura y vías de comunicación para traslado de productos

Noveno Paso: Análisis de Viabilidad de Alternativas

Una vez diseñadas algunas soluciones posibles para el logro de cada objetivo, se trata ahora de seleccionar la mejor alternativa, o la **más viable**, considerando los siguientes criterios:

- Costo Total
- Recursos Requeridos
- Beneficios para grupos prioritarios
- Probabilidad de alcanzar los objetivos
- Riesgos

Algo importante de considerar es que en la elección de alternativas, hemos de considerar que sean factibles en cuanto a recursos, que tengan viabilidad política y que sean sostenibles en el tiempo, con el consiguiente beneficio social. Las alternativas de solución y los objetivos, no dejarán de tomar en cuenta los enfoques de igualdad de género e interculturalidad.

Los criterios que utilizaremos para seleccionar una o más alternativas concretas para incluirlas en el diseño de la política pública son los siguientes:

- Interés de la población en lograr los objetivos.
- La solución toma en cuenta el enfoque de igualdad de género e interculturalidad
- Factibilidad – viabilidad política para alcanzar el objetivo
- Capacidad financiera para cada alternativa
- Percepción de costo – beneficio; costo - efectividad; costo – eficacia
- Capacidad técnica e institucional para la implementación (disponibilidad de recursos humanos)
- Sostenibilidad (Los cambios se mantienen en el tiempo)

Para este diseño, utilizaremos un procedimiento cuantitativo de calificación de alternativas en base al llenado de la siguiente matriz:

Tabla N° 8
Matriz de Valoración de Alternativas

ALTERNATIVAS	CRITERIOS DE VALORACIÓN							TOTAL
	Interés de la población (x 0.2)	Incorpora enfoque de género y/o interculturalidad (x 0.05)	Viabilidad política (x 0.15)	Capacidad Institucional Organizacional (técnica-recursos) (x 0.15)	Capacidad financiera (x 0.15)	Percepción de costo – beneficio (x 0.15)	Sostenibilidad (x 0.15)	
1.								
2.								

Valores Relativos para la calificación de los criterios de valoración de alternativas

Cada criterio contenido en la matriz anterior, tiene una calificación según intensidad, de:

Alto	(3)
Medio	(2)
Bajo	(1)
Ninguno	(0)

A su vez estos criterios de valoración tienen distinta importancia, lo que ha de tomarse en cuenta a través de una calificación que tome en cuenta este valor relativo. Por tanto una vez calificado cada criterio, según su intensidad (alto, medio y bajo), se procede a calificar según su importancia relativa, siguiendo las pautas de la siguiente matriz, donde se presenta una propuesta de **ponderación**, según la importancia comparativa entre criterios:

Tabla N° 9
Ponderación de Criterios

Criterios de valoración	Porcentaje de valor relativo
1. Interés de la población en lograr los objetivos.	20% (0.2)
2. Incorpora el enfoque de equidad de género y/o interculturalidad	5% (0.05)
3. Viabilidad política para alcanzar el objetivo	15% (0.15)
4. Capacidad institucional/organizacional (técnica, recursos humanos)	15% (0.15)
5. Capacidad económica/financiera para cada alternativa	15% (0.15)
6. Percepción de costo – beneficio; costo - efectividad; costo – eficacia	15% (0.15)
7. Sostenibilidad	15% (0.15)
TOTAL	100% (1)

A continuación, se explicita el concepto de cada uno de los criterios propuestos:

MATRIZ DE CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	
CRITERIO	SIGNIFICADO
1. Interés de la población	Predisposición de los ciudadanos para participar en el desarrollo de las actividades para la solución del problema
2. Incorpora el enfoque de equidad de género y/o interculturalidad	Priorización y predisposición de los actores sociales a tratar el tema con equidad para mujeres y varones, así como para grupos de excluidos e indígenas
3. Viabilidad política.	Interés y predisposición de las autoridades políticas para implementar las medidas y mejorar las condiciones del problema.
4. Capacidad institucional / organizacional (técnica-recursos).	Capacidades técnicas operativas y tenencia de recursos necesarios para desarrollar las estrategias diseñadas en el logro de los objetivos de la política.
5. Capacidad	Recursos monetarios (soles, dólares) suficientes

MATRIZ DE CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	
CRITERIO	SIGNIFICADO
económica/financiera.	para implementar las estrategias en sus diferentes niveles y modalidades diseñadas en el proceso de planificación de la política.
6. Percepción de costo beneficio.	Percepción y aproximación en el calculo de los beneficios esperados y la cantidad de recursos necesarios para lograr los mismos en la población beneficiaria de la política.
7. Sostenibilidad	Mantenimiento de las actividades en el tiempo con el logro de resultados beneficiosos o aún mejores producto de la política pública.

Presentamos ahora la matriz con la asignación de puntajes, a fin de apreciar mejor su aplicación:

CRITERIO	PREGUNTA	ESCALA	
1. Interés de la población. (0.2)	¿Qué grado de interés tiene la población y sus organizaciones en la alternativa o propuesta de solución?	Alto Media Bajo Ninguno	3 2 1 0
2. Incorpora el enfoque de equidad de género y/o interculturalidad (0,05)	¿Se refleja en la formulación de las alternativas de solución interés por incorporar los enfoques de equidad de género e interculturalidad?	Si se incluye No se incluye Parcialmente	3 -3 1
3. Viabilidad política (0.15)	¿Las autoridades muestran interés?	Alto Medio Bajo Ninguno	3 2 1 0
4. Capacidad institucional/ organizacional (0.15)	¿Cuál es la capacidad de las instituciones en recursos y tecnología para implementar la propuesta de solución?	Alto Media Bajo Ninguno	3 2 1 0
5. Capacidad económica/ financiera (0.15)	¿Qué grado de recursos económicos se puede disponer para llevar a cabo la medida?	Alto Media Bajo Ninguno	3 2 1 0
6. Percepción de costo beneficio (0.15)	¿Qué tan ventajosa en el tiempo resulta implementar la alternativa de solución propuesta?	Ventajosa Medianamente Ventajosa Poco ventajosa Ninguna ventaja	3 2 1 0
7. Sostenibilidad (0.15)	¿Qué grado de posibilidad existe de que se sostenga en el tiempo la alternativa de solución propuesta?	Alto Medio Bajo Ninguno	3 2 1 0

Hasta aquí, tenemos escritas en una matriz de calificación, las alternativas extraídas de la tabla del procedimiento anterior, lo que ahora debe hacerse es asignar valores para cada criterio. Si por ejemplo, para una determinada solución el interés de la población, resulta alto (puntaje 3), este valor debe ser multiplicado por su ponderación asignada, por el puntaje que corresponde según su importancia relativa (0.2). Entonces, el puntaje para este criterio será de $3 \times 0.2 = 0.6$. Nótese, que para algunos criterios, se registra puntaje negativo (en la incorporación del enfoque de equidad de género e interculturalidad).

En síntesis, las pautas de orientación para la valoración de alternativas de solución son:

- Cada alternativa de solución tendrá que ser evaluada utilizando cada uno de los criterios establecidos, a los que podrá asignar un valor definido de acuerdo a la escala de calificación del formulario.
- Antes de ser colocado el valor asignado para cada criterio, deberá multiplicarse por el factor correspondiente (porcentaje de valor relativo) que figura en la tabla matriz de valoración, (indicado junto a cada criterio de valoración). Ej. El interés de la población en la fijación de un porcentaje fijo para la lucha contra la pobreza es alto, correspondiéndole el máximo puntaje (3), éste valor se multiplica por el valor relativo correspondiente al interés de la población que es (0.2) el resultado de la multiplicación es igual a 0.6, que colocaremos en la casilla respectiva de la tabla matriz de calificación.
- Una vez que se ha multiplicado el valor asignado de calificación por criterio con la constante (valor relativo) de cada criterio indicado en la matriz, los resultados parciales se procederán a sumar para obtener el total que significará la importancia y posibilidad de implementar la alternativa para lograr los objetivos. Ej. Para obtener el valor total de la alternativa se realiza el procedimiento de cálculo señalado en el punto anterior para todos los aspectos de calificación y al final se suman todos los resultados parciales obtenidos.
- Una vez que se han obtenido los resultados finales, podremos ordenar las soluciones según su importancia y factibilidad para empezar a planificar la implementación de la política pública.

Los actores regionales que participaron en el proceso evaluarán las alternativas de solución planteadas para lograr los objetivos respecto de la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en la región.

Utilizaremos la tabla matriz para analizar cada alternativa propuesta ayudado del formulario con los criterios de valoración o calificación respectivos, de la siguiente manera:

Por un tema de espacio, para el ejemplo tomaremos solamente algunas alternativas y las calificaremos:

Tabla matriz de calificación de alternativas propuestas:

Análisis de alternativas de política para solucionar el problema de la alta prevalencia de desnutrición crónica infantil en la región Los Sauces

ALTERNATIVAS	CRITERIOS DE VALORACIÓN							TOTAL
	Interés de la población (x 0.2)	Contiene enfoque de género y/o interculturalidad (x 0.05)	Viabilidad política (x 0.15)	Capacidad Institucional (técnica-recursos) (x 0.15)	Capacidad económica/financiera (X 0.15)	Percepción de costo – beneficio (x 0.15)	Sostenibilidad (x 0.15)	
1. Disminución de la pobreza y pobreza extrema fijando el 3% del canon regional minero para programa de bono mensual para familias en extrema pobreza de zonas focalizadas	3x0.2=0.6	3x0.5= 1.5	3x1.5=4.5	2x1.5= 3	3x1.5= 4.5	3x1.5=4.5	2x1.5=3	21.6
2. Disminución de la pobreza y pobreza extrema mediante la compra directa de sus productos a los productores distritales y comunales asociados y organizados.	4.5	0.5	4.5	3	4.5	4.5	4.5	26
3. Disminución de la pobreza y pobreza extrema mediante focalización de beneficiarios basado en mapa de pobreza de la región.	3	1.5	4.5	3	4.5	4.5	4.5	25.5
4. Fomento de la equidad de género con interculturalidad a través de la coordinación con ONGs para capacitación y asistencia técnica de autoridades para la toma de decisiones bajo estos	3	1.5	1.5	4.5	4.5	3	3	21
5. Fomento de la equidad de género con interculturalidad a través de la coordinación con ONGs para capacitación a las familias y comunidad en estilos de vida basados en estos enfoques	3	4.5	3	4.5	4.5	3	3	25.5
6. Fomento de la equidad de género con interculturalidad a través del incremento de presupuesto para desarrollar investigación en prácticas de los conceptos de género e interculturalidad.	1.5	4.5	3	3	3	3	3	21
7. Educación y capacitación a familias y comunidad a través del fortalecimiento de la estrategia de escuelas saludables acorde a la realidad e idiosincrasia e idioma de la zona.	3	3	3	3	3	4.5	4.5	24
8. Educación y capacitación a familias y comunidad a través de convenios de cooperación con ONGs para implementar programa de capacitación en temas de higiene y seguridad alimentaria.	4.5	0.5	4.5	3	4.5	4.5	3	24.5
9. Educación y capacitación a familias y comunidad a través de programa de capacitación para mejorar las habilidades y competencias de los encargados de manipular, almacenar y la preparación de alimentos en comedores y clubes de madres.	4.5	0.5	3	3	3	4.5	3	21.5
10. Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura incrementando el presupuesto en el sector vivienda para realizar obras básicamente en zonas rurales	4.5	0.5	4.5	4.5	3	4.5	4.5	26
11. Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura a través de la capacitación a familias y comunidad en temas de saneamiento y prevención de las enfermedades.	4.5	1.5	4.5	3	3	4.5	3	24
12. Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura a través del fortalecimiento de la regulación en la captación y manejo del agua en zonas rurales	4.5	0.5	4.5	1.5	1.5	4.5	3	20

ALTERNATIVAS	CRITERIOS DE VALORACIÓN							TOTAL
	Interés de la población (x 0.2)	Contiene enfoque de género y/o interculturalidad (x 0.05)	Viabilidad política (x 0.15)	Capacidad Institucional (técnica-recursos) (x 0.15)	Capacidad económica/financiera (X 0.15)	Percepción de costo – beneficio (x 0.15)	Sostenibilidad (x 0.15)	
13. Mejora del sistema de salud mediante el incremento de presupuesto para la implementación del plan regional de seguridad alimentaria.	4.5	1.5	4.5	3	3	4.5	3	24
14. Mejora del sistema de salud a través del fortalecimiento de actividades de promoción de la salud y difusión de la oferta de los servicios de salud.	4.5	0.5	4.5	1.5	1.5	3	4.5	20
15. Mejora del sistema de salud a través de la gestión eficiente de los recursos e insumos existentes en los establecimientos.	4.5	0.5	4.5	1.5	3	4.5	3	21.5
16. Fomento y promoción del desarrollo subsidiando la producción agrícola regional	4.5	0.5	3	4.5	4.5	4.5	3	24.5
17. Fomento y promoción del desarrollo involucrando a la banca regional y nacional para programa de créditos con bajas tasas de interés y largos plazos a favor de los agricultores	4.5	0.5	3	3	4.5	3	3	21.5
18. Fomento y promoción del desarrollo regulando el cumplimiento y participación de la empresa en la generación de responsabilidad social	4.5	0.5	3	3	3	4.5	3	21.5

Sobre este listado de posibles intervenciones y luego de analizarlas y ponderar cada una, se decidió incluir las siguientes: (del ejemplo se tomará las dos alternativas que obtuvieron el más alto puntaje de cada objetivo propuesto)

Objetivo 1. Disminución de la pobreza y pobreza extrema

- Disminución de la pobreza y pobreza extrema mediante la compra directa de sus productos a los productores distritales y comunales asociados y organizados.
- Disminución de la pobreza y pobreza extrema mediante focalización de beneficiarios basado en mapa de pobreza de la región.

Objetivo 2. Fomento de la equidad de género con interculturalidad

- Fomento de la equidad de género con interculturalidad a través de la coordinación con ONGs para capacitación a las familias y comunidad en estilos de vida basados en estos enfoques
- Fomento de la equidad de género con interculturalidad a través del incremento de presupuesto para desarrollar investigación en prácticas de los conceptos de género e interculturalidad

Objetivo 3. Educación popular de familias pobres, comunidades y sociedad

- Educación y capacitación a familias y comunidad a través de convenios de cooperación con ONGs para implementar programa de capacitación en temas de higiene y seguridad alimentaria.
- Educación y capacitación a familias y comunidad a través del fortalecimiento de la estrategia de escuelas saludables acorde a la realidad e idiosincrasia e idioma de la zona.

Objetivo 4. Saneamiento básico y acceso a agua segura

- Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura incrementando el presupuesto en el sector vivienda para realizar obras básicamente en zonas rurales
- Mejora de saneamiento básico y acceso a agua segura a través de la capacitación a familias y comunidad en temas de saneamiento y prevención de las enfermedades.

Objetivo 5. Mejora del sistema de salud

- Mejora del sistema de salud mediante el incremento de presupuesto para la implementación del plan regional de seguridad alimentaria.
- Mejora del sistema de salud a través de la gestión eficiente de los recursos e insumos existentes en los establecimientos

Objetivo 6. Fomento y promoción del desarrollo regional

- Fomento y promoción del desarrollo subsidiando la producción agrícola regional
- Fomento y promoción del desarrollo regulando el cumplimiento y participación de la empresa en la generación de responsabilidad social

Décimo Paso: Propuesta de Actividades y Responsables para la Implementación de la Política Pública

En esta etapa se trata de identificar a los responsables para cada solución identificada, en aspectos tales como: implementación; comunicación; monitoreo / evaluación y Vigilancia. A continuación en base a soluciones diseñadas para el objetivo 1, se presenta una matriz a manera de ejemplo, que contiene las pautas antes señaladas:

TABLA N° 10
Asignación de Responsabilidades por Actores del Proceso para el Objetivo 1

ACCIONES	RELACIÓN DE ESTRATEGIAS	ACTORES RESPONSABLES	FECHAS LIMITE
Implementación: <u>Objetivo 1:</u> DISMINUCIÓN DE LA POBREZA Y POBREZA EXTREMA	<ul style="list-style-type: none"> - Compra directa de producción a los productores distritales y comunales asociados y organizados. - Asignación del 3% del canon regional minero para programa de bono mensual para familias en extrema pobreza de zonas focalizadas - Focalización de beneficiarios basado en mapa de pobreza de la región. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno Regional - CR - Consejo Regional de Seguridad Alimentaria - DIRESA LOS SAUCES - Mesa multisectorial de lucha contra la pobreza 	Julio – 2010
Comunicación: <u>Objetivo 1</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación multisectorial - Coordinación con la población beneficiaria y los promotores de la salud - Difusión a través de medios de comunicación radiales, televisivos y escritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno Regional - Consejo Regional de Seguridad Alimentaria - DIRESA LOS SAUCES - Medios de comunicación 	Julio 2010
Monitoreo y Evaluación: <u>Objetivo 1</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación trimestral de crecimiento y desarrollo - Visitas domiciliarias cada quince días - Cuadros estadísticos de los establecimientos de salud. - Establecimiento del plan de monitoreo y evaluación desde la escuela de post grado en la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno Regional - Consejo Regional de Seguridad Alimentaria - DIRESA LOS SAUCES - universidad 	Desde el inicio hasta alcanzar el objetivo.
Vigilancia: <u>Objetivo 1:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancias de la situación nutricional de la población infantil de acuerdo a las normas establecidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de salud locales - Clubes de madres 	Permanente

V. Redacción de la Norma Política

¿Cómo se redacta una política pública?

La política se redacta generalmente en forma de una norma que tiene carácter de ley y consta del siguiente contenido:

1. **Antecedentes de la norma.** Describa el problema y el objetivo priorizado, indicando los determinantes analizados por cada actor.
2. **Marco legal que sustenta la norma.** Describe el conjunto de normas legales provenientes de los diversos sectores de gobierno que tienen que ver directamente con la formulación, implementación, vigilancia y evaluación de la política propuesta.
3. **Alcance de la norma.** Describe el conjunto de actores involucrados con la implementación, vigilancia y evaluación de la política propuesta.
4. **Objetivos de la política propuesta.** Describe la meta o indicador de resultado a lograr con la implementación de la política propuesta.
 - a. **Estrategias**
 - b. **Líneas de acción**
5. **Acuerdos y responsables de su implementación.** Describe los acuerdos a ser asumidos por cada uno de los actores responsables de la implementación de la política propuesta.
6. **Acuerdos y responsables de su comunicación.** Describe los acuerdos asumidos por cada uno de los actores responsables para la difusión de la política propuesta.
7. **Acuerdos y responsables de su vigilancia.** Describe los acuerdos asumidos por cada uno de los actores responsables de la vigilancia de la política propuesta.
8. **Acuerdos y responsables de su evaluación.** Describe los acuerdos asumidos por cada uno de los actores responsables de la evaluación de la política propuesta.
9. **Disposiciones adicionales.** Describe todos los aspectos que considere necesario y que no hayan sido considerados en lo que va de la norma redactada, lo que incluye la fecha a partir de la cual entrará en vigencia dicha norma.

MODELO DE POLÍTICA PÚBLICA REDACTADA

Antecedentes de la norma.

Diversos estudios realizados en diferentes distritos de las provincias de la región Los Sauces demuestran que la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años es muy alta (33,1%) en comparación al promedio nacional actual (25,4%; ENDES 2000); especialmente de las zonas rurales (>40%), donde la poca producción agroalimentaria no permite satisfacer las necesidades nutricionales de las familias en forma adecuada.

Así mismo hábitos alimenticios equivocados tales como: alimentación complementaria antes de los 6 meses, consumo de masato³¹ fermentado a niños menores de edad, este complejo problema de desnutrición crónica se refleja en la baja disponibilidad, limitado acceso y bajo consumo y aprovechamiento de los alimentos; factores que son causas directas del déficit nutricional de las personas, especialmente de los niños menores de 5 años, quienes presentan un marcado retraso del crecimiento, variable efecto denominada “desnutrición crónica”; problema que afecta la salud física y mental de los niños, quienes requieren y exigen una oportuna intervención.

³¹ Bebida tradicional preparada a base de yuca masticada o machacada. Preparada exclusivamente por las mujeres indígenas de la Selva.

A partir de esta descripción de la situación problemática, con la ayuda de profesionales involucrados en acciones de evaluación nutricional y seguridad alimentaria, a través de diferentes actividades que contemplan el enfoque intercultural, dado a la diversidad cultural de nuestra Región LOS SAUCES , se ha detectado el problema específico y central que la presente política intentará solucionar.

Una de las metas que el Ministerio de Salud ha planteado para los próximos 5 años, es que la mortalidad infantil sea de 30 por mil nacidos vivos; indicador que en la zonas rurales de la Región Los Sauces esta por encima de 90 por mil nacidos vivos, evidenciándose un problema conexo a la inseguridad alimentaria; asimismo es de crucial importancia reducir la desnutrición infantil, que en las zonas rurales de la sierra rural supera ampliamente el 40%; mientras que este porcentaje es superior al 70% en la población infantil indígena de la selva central (caso de los asháninkas).

Tomando en cuenta el resultado de los análisis realizados, el problema central establecido en la política es que existe una: Alta prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en los distritos de la sierra rural y selva rural (pueblos indígenas) , de la Región Los Sauces.

El problema “Alta prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en los distritos de la sierra rural y selva rural (pueblos indígenas) , de la Región Los Sauces”, tiene relación con los lineamientos de las políticas del Gobierno Regional y de no ser atendido continuará impactando negativamente sobre el estado nutricional en las familias especialmente con niños menores de 5 años y de las madres gestantes.

Más aun, los lineamientos del MINSA, del MINAG y del MINED, guardan relación con el problema, al considerar dentro de sus planes la mejora del estado nutricional y la seguridad alimentaria de nuestra población, habiendo metas específicas para estos indicadores, entre ellos la reducción de la desnutrición crónica; de manera que la ejecución de la presente política permitirá demostrar que, fortaleciendo las capacidades familiares y locales de producción de alimentos de calidad y logrando la adopción de adecuadas prácticas alimentarias y de salud, respetando los valores culturales de cada pueblo, se puede superar los problemas del sistema complejo alimentario nutricional de la Región, en sus aspectos de disponibilidad, acceso, consumo y utilización de los alimentos, siempre y cuando todos los sectores involucrados se comprometan en ejecutar las acciones de su competencia, con participación directa de los gobiernos locales; siendo imprescindible que los funcionarios y servidores de estos sectores, las autoridades y funcionarios de los gobiernos locales internalicen la importancia del trabajo multidisciplinario e intersectorial en el marco de la interculturalidad; pues la seguridad alimentaria no es competencia de un sector aislado, sino de todos; de manera que en todo Plan de Desarrollo se deben incorporar objetivos nutricionales.

Marco legal que sustenta la norma

- a. Constitución Política del Perú.
- b. La Convención internacional de los derechos del niño y niña.
- c. Acuerdo Nacional
- d. Ley de descentralización.
- e. Plan Nacional de superación de la pobreza
- f. Plan Nacional de seguridad alimentaria.
- g. Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia.
- h. Plan de desarrollo concertado región Junín 2005 -2012.
- i. Plan regional de salud Junín 2005 - 2012.
- j. Lineamientos de acción alimentación y nutrición saludable.

Alcance de la política

La presente política pública es de alcance regional y compete su cumplimiento a todas las instituciones e instancias identificadas de acuerdo a sus funciones como ejecutoras de las distintas estrategias de la presente norma.

Artículo 1º.- La presente Ordenanza es de aplicación dentro de la jurisdicción de la Región de Los Sauces.

Artículo 2º.- Para los efectos de aplicación de la presente Ordenanza el Gobierno Regional destinará recursos presupuestales para la contratación de profesionales de salud y equipamiento en los Centros y Puestos de salud, de las zonas que acusan las mayores tasas de malnutrición crónica infantil, para el funcionamiento de consultorios de atención del niño y para la implementación de otras acciones de la presente política.

Artículo 3.- Para los efectos de aplicación de la presente Política, la Dirección Regional de Salud de Los Sauces, se compromete a realizar todo el esfuerzo necesario para el adecuado y oportuno control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años, así como el monitoreo permanente y personalizada de los niños afectados de desnutrición.

Artículo 4.- Para los efectos de aplicación de la presente Ordenanza, las comunidades Campesinas de Purísima Concepción y Las Lagunas, realizarán la venta de sus productos lácteos a un precio preferencial (50% del precio de venta) a las familias de bajos recursos económicos con niños en desnutrición.

Artículo 5.- Para los efectos de aplicación de la presente Ordenanza , el programa de vaso de leche en la Región, se compromete a facilitar las capacitaciones en sesiones demostrativas en forma periódica a las madres beneficiarias en coordinación con el establecimiento de salud en cada localidad.

Artículo 6.- Para efectos de comunicación de la presente Ordenanza , se encarga al programa de vaso de leche, puesto de salud, instituciones educativas y emisoras locales difundir los acuerdos y responsables multisectoriales de la implementación de la política, según consta en los anexos; Acuerdos para la difusión de la política aprobada.

Artículo 7.- Para efectos de la vigilancia de la presente Ordenanza, se ha establecido que equipos municipales, se reunirán trimestralmente, para hacer el seguimiento de los compromisos asumidos, quedando bajo responsabilidad del programa de vaso de leche, Gobernación, Alcalde, Juez de Paz y la Sociedad civil, la convocatoria y velar por el cumplimiento de los acuerdos multisectoriales que forman parte de la política formulada.

Artículo 8.- Para efectos de evaluación de la presente Ordenanza, se designa al Comité Técnico evaluar al final de periodo establecido, el cumplimiento de los acuerdos y de las metas propuestas de reducir la desnutrición crónica infantil en la Región.

NOTAS:

- Sobre esta ordenanza deben agregarse los compromisos concretos (que incluyen recursos económicos) asumidos por los diferentes actores.
- Varias acciones pueden y deben ser necesidades para trabajarse como proyectos de inversión (casas maternas, agua y desagüe, capacitación en temas de nutrición, equipamiento para crecimiento y desarrollo, proyectos productivos, estimulación temprana, cocinas mejoradas, letrinas, etc.).

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Objetivo general:

Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en la región LOS SAUCES.

Objetivos Estratégicos:

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	VARIABLES	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Reducir la pobreza y pobreza extrema	<ul style="list-style-type: none"> - Compra directa de producción a los productores distritales y comunales asociados y organizados. - Asignación del 3% del canon regional minero para programa de bono mensual para familias en extrema pobreza de zonas focalizadas - Focalización de beneficiarios basado en mapa de pobreza de la región. 	<p>Compras</p> <p>Asignación presupuestal de canon pobreza extrema</p>	<p>100%</p> <p>3% de canon</p> <p>100% pueblos pobres</p>	<p>% compras de productos en la región</p> <p>% asignado de canon</p> <p>% ejecutado</p> <p># pueblos focalizados y priorizados</p>	<p>Informe de asociación de productores regionales</p> <p>Presupuestos anual regional</p> <p>INEI</p>

Nota:

En una sección de anexos de la Norma publicada, se debe incorporar las tablas de asignación de responsables, en los aspectos de la implementación, la difusión/comunicación, el monitoreo/evaluación y la Vigilancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para la Formulación de Políticas; Documento de trabajo de USAID/Iniciativa de Políticas N° 3; Febrero 2007
2. Política y Políticas Públicas. Eugenio Lahera; CEPAL; Santiago de Chile, agosto 2004
3. El Análisis de las Políticas Públicas; J.Subirats, Departamento de Ciencia Política. Universidad Autónoma de Barcelona
4. Mauricio Olavarría Gambi, Ph.D. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas; Documento de Trabajo; Instituto de Asuntos Públicos; Departamento de Gobierno y Gestión Pública; Universidad de Chile
5. Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas en “Políticas de Igualdad, Equidad y Género; Evangelina García Prince; PNUD; San Salvador 2008; Cap. 3
6. Gestión de Políticas Públicas y Salud; Rubén Darío Gómez Arias y col. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Octubre 2004; Universidad de Caldas; Manizales; Colombia
7. Milio Nancy, citado en Gestión de Políticas Públicas y Salud; Rubén Darío Gómez Arias y col. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Octubre 2004; Universidad de Caldas; Manizales; Colombia
8. Mauricio Olavarría Gambi, Ph.D. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas; Documento de Trabajo; Instituto de Asuntos Públicos; Departamento de Gobierno y Gestión Pública; Universidad de Chile
9. Ferri Durá Jaime: Políticas Públicas Diccionario Crítico de las Ciencias Sociales (on line);
10. Baradach Eugene, Los ocho pasos para el análisis de políticas publicas, CIDE; México, 1998.
11. Majone, Giandomenico. Argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México. FCE
12. Aguilar Villanueva Luis, La hechura de las políticas publicas, Porrúa, México
13. Sánchez Gutiérrez Arturo, El proceso de diagnóstico en la elaboración de políticas públicas, en Perfiles Latinoamericanos, 1993
14. Calva José Luis, Políticas Económicas para un desarrollo sostenido con equidad.

Diplomado GESTIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Módulo II - Habilidades Directivas y Gestión de la Información

Hubel Gonzáles Camacho
Carmela Alvarez Ramos
Junio-Setiembre, 2009

Estas actividades han sido posibles gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El contenido de este módulo son de responsabilidad de Futures Group International, LLC Orden de Trabajo N°3 y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

USAID no es responsable del contenido parcial o total de este documento.

PRESENTACIÓN

En nuestro país y en América Latina, la realización de Análisis de Información Sectorial en Salud se ha venido impulsando desde el decenio de 1970. A comienzos de los años noventa, la necesidad de este tipo de análisis volvió a sentirse, sobre todo como un elemento de fortalecimiento de la capacidad rectora de las autoridades de salud para desempeñar las funciones esenciales de salud pública, fortalecer y evaluar los sistemas de salud y orientar los cambios sectoriales, en particular las reformas sectoriales, en la dirección deseada.

Un análisis del sector de la salud proporciona un volumen manejable de información relevante y actualizado sobre la situación de salud y sus determinantes, así como sobre el desempeño del sistema, permitiendo establecer un marco ordenador para la formulación de políticas de mediano plazo, orientando, o reorientando, si es necesario, un proceso de reforma. Derivada del Análisis de Información, puede ser necesario acometer, la elaboración de Planes de Salud, de Planes de Gestión de los Servicios o de Planes Maestros de Inversiones.

Está plenamente establecido que, en materia de salud, la estadística y la información que se deriva de ella, desempeña un papel de primordial importancia en la formulación, monitoreo y evaluación de políticas. Con dicha metodología es posible obtener y brindar de una manera constante y fidedigna a los interesados, aspectos como la distribución geográfica, crecimiento de la población, mortalidad, natalidad, morbilidad, letalidad, grado de uso de los recursos, etc. lo cual permitirá un mejor conocimiento de la situación de salud de la comunidad y, por ende, una mejor planificación de las actividades de salud.

En el módulo I del diplomado hemos formulado políticas teniendo como marco las prioridades institucionales y de la región. Las actividades y proyectos de la implementación de las políticas han sido formuladas desde las alternativas de solución identificadas. En este segundo módulo buscaremos que los proyectos y actividades se puedan medir en cuanto a su cumplimiento, mediante los llamados indicadores.

El Monitoreo y la Evaluación es el último momento del proceso de la Política Pública y se debe realizar a lo largo de su implementación. Es necesario que los actores públicos y los actores sociales claves involucrados conozcan los avances (y problemas) obtenidos en la implementación de la política pública aprobada, con el fin de poder implementar medidas de corrección si es que la política no está dando los resultados esperados y, al final de su implementación, conocer que nuevos problemas pueden surgir que requieren de acciones complementarias o de nuevas políticas para su solución.

Cómo preámbulo al tema de información abordaremos algunos aspectos sobre habilidades directivas necesarias para mejorar nuestro trabajo, así como las relaciones con los demás, ahora en el contexto de la construcción de políticas públicas.

¡Muchos éxitos a todos los participantes!

UNIDAD I - HABILIDADES DIRECTIVAS Y LIDERAZGO INSTITUCIONAL

Objetivo específico I:

El alumno al finalizar la unidad conocerá algunas habilidades directivas y de desarrollo institucional relacionadas con:

- Las características del trabajo en equipo y su importancia en la gestión de políticas.
 - Los conceptos básicos sobre negociación y la solución de conflictos.
 - El liderazgo institucional de la universidad y su relación con el desarrollo social.
-

I. Habilidades directivas

Los gerentes y directivos de hoy deben trabajar en un entorno en constante cambio. Para facilitar la adaptación a este complejo panorama nada mejor que echar mano de las habilidades directivas, que nos ayudarán a mejorar la comunicación, la gestión de equipos o la toma de decisiones. Las habilidades directivas nos ayudan además a manejar nuestra propia vida (Whetten, D. & Cameron, K., 2005). Desarrollar estas habilidades es tan importante como nuestros conocimientos o nuestro currículo académico.

Entre las habilidades más importantes de desarrollar podemos mencionar:

- Distinguir urgente vs. importante;
- Saber comunicar;
- Dominar el estrés;
- Diferenciar liderazgo vs. gestión;
- Distinguir equipo vs. grupo;
- Conocer herramientas de resolución de problemas;
- Tener creatividad
- Capacidad de negociación.

En el módulo II del diplomado Gestión en Políticas Públicas de Salud vamos a tratar algunas de estas habilidades, además del liderazgo institucional, relacionadas con el rol protagónico que le corresponde a la universidad dentro de la sociedad.

1.1. Trabajo en Equipo

¿Qué es el trabajo en equipo?

El trabajo en equipo implica un **grupo de personas trabajando de manera coordinada** en la ejecución de un proyecto.

El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente.

Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto.

Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y **sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.**

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo.

Por ejemplo, un grupo de dependientes de un gran almacén, cada uno responsable de su sector, no forman un equipo de trabajo.

Un equipo médico en una sala de operaciones (cirujano, anestesista, especialista cardiovascular, enfermeras, etc.) sí forma un equipo de trabajo. Cada miembro de este equipo va a realizar un cometido específico; el de todos ellos es fundamental para que la operación resulte exitosa y para ello sus actuaciones han de estar coordinadas.

El trabajo en equipo se basa en las "5 c":

- **Complementariedad:** cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.
- **Coordinación:** el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.
- **Comunicación:** el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.
- **El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes;** todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.
- **Confianza:** cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.

Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

Por ejemplo, en una operación de trasplante todos los especialistas que intervienen lo hacen buscando el éxito de la operación. El cirujano no busca su lucimiento personal sino el buen hacer del equipo. Además, si la operación fracasa poco va a valer que su actuación particular haya sido exitosa.

- **Compromiso:** cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

La organización (empresa, universidad, hospital, etc) asigna a un equipo la realización de un proyecto determinado: El equipo recibe un cometido determinado, pero suele disponer de **autonomía para planificarse**, para estructurar el trabajo.

El equipo responde de los resultados obtenidos pero **goza de libertad para organizarse** como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes el equipo tomará sus propias decisiones sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

Ejemplos de trabajo en equipo:

Las consultoras funcionan con equipos de trabajo; cuando acometen un proyecto constituyen un equipo al frente del cual hay un jefe o coordinador y en el que se integran especialistas de las áreas implicadas (informáticos, economistas, fiscalistas, etc.). En su desempeño no cuenta el buen trabajo individual de cada uno de ellos, sino la labor del equipo en su conjunto.

Un equipo de vóley, remo o fútbol pueden ser paradigmas del trabajo en equipo.

Puesta en marcha de un equipo:

La **puesta en marcha de un equipo de trabajo** es un **proceso complejo** que pasa por diferentes fases.

Simplemente reunir a un grupo de personas para realizar un trabajo no significa constituir un equipo de trabajo. El equipo exige mucho más: coordinación, comunicación entre sus miembros, complementariedad, lealtad hacia el equipo, etc.

En primer lugar **hay que definir con claridad cuáles van a ser sus cometidos** y cuales los objetivos que deberá alcanzar. Hay que tener muy claro que la tarea encomendada debe justificar la formación de un equipo de trabajo.

Sólo se deben formar equipos cuando haya razones de peso, si no será una pérdida de tiempo y de esfuerzo.

Hay que **determinar su posición dentro de la organización.**

De quién va a depender, cuáles van a ser sus relaciones con el resto de las áreas.

Hay que **seleccionar a sus miembros.** En función de la tarea asignada hay que buscar a personas con capacidades y experiencia suficiente para cubrir adecuadamente las distintas facetas del trabajo encomendado.

Hay que seleccionar **personas con capacidad para trabajar en equipo** evitando individualistas. Es preferible además que tengan personalidades diferentes ya que ello enriquece al equipo: unos más extrovertidos que otros; unos apasionados y otros reflexivos; unos generalistas y otros más detallistas, etc.

Aunque pueda parecer que **la diversidad** puede complicar la gestión del equipo, lo que sí es cierto es que **contribuye a su enriquecimiento** (cada persona aporta unas cualidades diferentes).

Entre los miembros seleccionados **se nombrará un jefe del equipo** en base a su mayor experiencia, a su visión más completa del trabajo asignado, a su capacidad de conducir grupos, etc.

Al equipo hay que **comunicarle con claridad el proyecto asignado**, el plazo previsto de ejecución, los objetivos a alcanzar, cómo se les va a evaluar y como puede afectar a la remuneración de sus miembros.

Ya dentro del equipo, **el jefe les informará de cómo se van a organizar**, cual va a ser el cometido de cada uno, sus áreas de responsabilidad, con qué nivel de autonomía van a funcionar, etc.

Una vez constituido el equipo, el jefe los reunirá antes de comenzar propiamente el trabajo con vista a que **sus miembros se vayan conociendo**, que comience a establecerse una relación personal entre ellos.

No se trata de que tengan que ser íntimos amigos pero al menos que se conozcan, que tengan confianza, **que exista una relación cordial**.

Es conveniente **fomentar el espíritu de equipo**, el sentirse orgulloso de pertenecer al mismo. No se trata de fomentar un sentimiento de división entre "nosotros" (los miembros del equipo) y "ellos" (el resto de la organización), pero sí un sentimiento de unidad, de cohesión.

El equipo no puede funcionar de espaldas a la organización como una unidad atípica, extraña. Muy al contrario, debe estar plenamente integrada en la misma.

Para ello resulta muy interesante las **actividades extralaborales**: comidas informales, actividades de ocio - excursiones, equipos deportivos, etc.).

Hay que ser consciente de que **los equipos van a necesitar tiempo para acoplarse** y funcionar eficazmente. Normalmente los equipos irán pasando por diversas etapas:

- **Inicio**: predomina el optimismo, los miembros se sienten ilusionados con el proyecto que se les ha encomendado; se conocen poco pero las relaciones son cordiales, todos ponen de su parte para evitar conflictos.
- **Primeras dificultades**: el trabajo se complica y surgen las primeras dificultades lo que origina tensión y roces entre sus miembros; las diferencias de carácter y personalidad asoman.
- **Acoplamiento**: los miembros son conscientes de que están obligados a entenderse si quieren sacar el proyecto adelante. Esto les obliga a tratar de superar los enfrentamientos personales. Por otra parte, los miembros ven que, aunque con dificultades, el proyecto va avanzando lo que permite recuperar cierto optimismo.
- **Madurez**: el equipo está acoplado, controla el trabajo y sus miembros han aprendido a trabajar juntos (conocen los puntos débiles de sus compañeros y evitan herir sensibilidades). El equipo entra en una fase muy productiva.
- **Agotamiento**: buena parte del proyecto ya está realizado, quedan flecos menores y los miembros del equipo comienzan a perder ilusión en el mismo. El rendimiento puede volver a caer y es posible que vuelvan a surgir rivalidades. Llega el momento de ir cerrando el proyecto e ir liquidando el equipo, quedando únicamente aquellas personas necesarias para rematar el trabajo.

Conociendo este desarrollo, **es conveniente al principio no presionar al equipo en exceso**, darle tiempo para que se vaya rodando.

Un equipo que empieza funcionando bien tiene más probabilidades de tener éxito. Por el contrario, un equipo que comienza con problemas y tensiones es muy posible que entre en una espiral negativa de la que difícilmente salga.

Además, **para muchas personas trabajar en equipo resulta una experiencia novedosa**, diferente de su forma habitual de funcionar, por lo que hay que darles tiempo.

Resulta interesante **ofrecer a sus miembros cursos de formación sobre el trabajo en equipo** (coordinación, toma de decisiones, responsabilidades, desarrollo de las reuniones, funciones del líder, etc.)

1.2. Resolución de conflictos y negociación

En la participación es inevitable que surjan conflictos. Un conflicto es una pugna, una diferencia u oposición que ocurre entre dos o más partes o grupos.

Tenemos conflictos por usos de la tierra o el agua; tenemos conflictos porque nos tratan mal en la posta o porque los funcionarios municipales no nos hacen caso; tenemos conflictos porque la gente no hace caso de las ordenanzas o por que la autoridad quiere imponer una ordenanza que abusa de la población

Existen formas o maneras de resolver conflictos mediante los mecanismos alternativos de resolución de conflictos.

Para atender y resolver un conflicto hay que tener presente los 5 pasos importantes para que la resolución alternativa de conflictos pueda funcionar:

- **Entender el conflicto.**- Es hacer el esfuerzo de ponerse en la situación del otro en cada uno de los otros involucrados como partes. Quien quiera resolver el conflicto, propio u ajeno debe ser capaz de estudiar al otro o los otros, de ser capaz de formular preguntas para ir conociendo a las personas y el porqué de su acción o reacción de una forma específica. Nadie logra convertir una situación de conflicto en una de entendimiento y colaboración, de solución si en un primer momento no logra dejar de lado sus propios valores y percepciones para entender las ajenas. Solo después de ello, se facilita la comunicación.
- **Comunicarse de modo efectivo.**- Es entenderse. Y hay que buscar ese entendimiento entre las partes y los terceros involucrados. Entender no significa estar de acuerdo o haber solucionado el conflicto, pero es el primer requisito para que ello ocurra. Entender lo que el otro o los otros expresan permiten evaluar sus motivaciones y sus intereses, y permite confrontarlos con los propios, evaluar porqué cada parte actúa de un modo determinado.
- **Además hay que escuchar activamente.**- Cuando escuchamos activamente debemos poner toda nuestra atención no solo en lo que la persona dice, sino en cómo lo dice, los gestos y posición corporal que utiliza, todo eso son indicadores del mensaje real que está dando la persona, el interlocutor.
- **Comprender el enojo.**- Es otro aspecto importante, a cualquiera el conflicto puede parecerle de menor importancia, pero a la parte afectada le puede parecer muy importante. Si los pasos anteriores se han efectuado adecuadamente, entonces el enojo de esa parte no nos debe incomodar o sorprender. Comprenderlo no significa que lo compartamos, pero si aceptar que otro puede tener ese sentimiento que en nosotros no existe.
- **Manejar el enojo.**- Tiene dos aspectos. Por un lado el manejo del enojo ajeno, por el otro, cuando somos parte involucrada y estamos intentando solucionar el conflicto, por lo tanto también tenemos que manejar el enojo propio. Como cualquier sentimiento el enojo no se maneja intentando ignorarlo o reprimirlo, sino dándole espacio para que se exprese, pero por canales adecuados. Una persona enojada a la que se le invita a expresar por qué se siente así y que recibe la atención de todos, siente lo importante que es para lo demás y se percata de que la actitud positiva hacia sus sentimientos es en el fondo positiva hacia la persona, de modo que el nivel de alteración baja considerablemente. En cambio, si tratamos de que la persona reprima sus sentimientos, entre ellos, el enojo, la alteración será mayor y las posibilidades de entendimiento escasas o nulas.
- **Aplicar un mecanismo.**- Es lo que debemos hacer cuando el conflicto ya ha sido identificado y hay un espacio de entendimiento entre las partes.

Esto no significa que la comunicación sea fluida ni continua. Se dan casos en que las partes pueden “desentenderse” y hasta superar el dialogo. Pero es el arte y la preparación del tercero o los terceros involucrados lo que facilitará que las partes renueven su voluntad de solucionar el conflicto y vuelvan a la mesa a tratar de encontrar una solución. Pero lo principal es que se opte por el uso de un mecanismo y haya acuerdo de las partes en utilizarlo.

Siguiendo estos pasos podremos resolver los conflictos antes que se hagan más graves y tengan resultados adversos para todos.

Lo que siempre hay que tomar en consideración al momento de resolver un conflicto es que debemos siempre buscar que todos sean ganadores. Esto se llama una negociación ganador-ganador es decir en donde las partes en disputa, acepten ceder para ganar en algún sentido más que permaneciendo tercicos en su posición. Es cierto que no siempre se puede lograr; pero hay que ponerse en esa actitud para que los efectos negativos que puedan ocurrir no sean tan graves.

Los mecanismos de resolución de conflictos

Un mecanismo de resolución de conflictos es un medio, compuesto de varios pasos, que se dan para lograr resolver un conflicto de modo pacífico.

Estos mecanismos operan por la voluntad de las partes, es decir no tienen éxito si una de las partes no tiene la disposición o no se obliga voluntariamente a someterse a uno de esos mecanismos, antes de que el conflicto surja.

En consecuencia, es en un ambiente democrático donde los mecanismos alternativos de la resolución de conflictos florecen y se fortalecen. Estos mecanismos son:

- Mecanismo I: El diálogo
- Mecanismo II: Expertos
- Mecanismo III: Conciliación
- Mecanismo IV: Negociación
- Mecanismo V: Mediación
- Mecanismo VI: Arbitraje

MECANISMO	DEFINICIÓN	EJEMPLO
I. EL DIÁLOGO	El diálogo es el más común de los mecanismos; es definido como la comunicación entre dos personas. El diálogo tiene como propósito que la gente involucrada pueda expresar todos sus puntos de vista para buscar los puntos comunes sobre los cuales ofrecer una alternativa que sea adecuada para ambas partes.	<i>Por ejemplo: cuando ocurre un desencuentro sobre puntos de vista sobre qué hacer con un problema en la posta de salud, se presentan los argumentos y mediante la conversación se llegan a acuerdos.</i>
II. EXPERTOS	Cuando se usa este mecanismo, las partes deciden someter la controversia o disputa a la opinión de expertos en el tema de resolución de conflictos. Cuando la confianza de las	<i>Por ejemplo: Si dos pueblos quieren construir un colegio y sólo hay dinero para construir uno, pues se llaman a expertos para analizar la situación, se establece técnicamente los</i>

MECANISMO	DEFINICIÓN	EJEMPLO
	partes es total, puede someterse a un solo experto, y cuando no, se someten a tres o más expertos, siempre en número impar.	<i>procedimientos para que los expertos propongan alternativas de solución.</i>
III. CONCILIACIÓN	Es el mecanismo por el cual las partes acuden a un tercero a fin de que las asista en la búsqueda de una solución consensual al conflicto.	<i>Por ejemplo cuando existen disputas sobre propiedad de tierras, antes de ir a un juez se debe pasar por una conciliación que en una audiencia busca que las partes se pongan de acuerdo. Si esto no fuera posible se acude al poder judicial.</i>
IV. NEGOCIACIÓN	La negociación es un mecanismo de resolución de conflictos en el que las diferencias entre las partes son discutidas con miras a lograr un entendimiento o un eventual acuerdo o transacción, de ser posible sobre todos los puntos del conflicto o de no serlo, sobre parte de ellos. Una negociación siempre implica compromisos de ambas partes.	<i>Por ejemplo: Si dos comunidades disputan por el uso del agua para regadío hay que ver sus necesidades y buscar un punto medio en el cual ambas comunidades puedan satisfacer sus necesidades sin afectar mucho a la otra.</i>
V. MEDIACIÓN	La mediación es un mecanismo que consiste en que uno o más terceros, preferentemente con formación jurídica, ayuden a las partes a resolver sus conflictos, quedando la decisión en las partes. De lo acordado se levanta un acta y se deja también Constanza de los puntos controvertidos que no fueron resueltos.	<i>Por ejemplo: Dos grupos de comunidades se disputan un territorio para caza en el monto. Ambos grupos recurren a un mediador para que zanje sus diferencias. Este mediador puede ser la Municipalidad u otra institución.</i>
VI. ARBITRAJE	En el arbitraje las partes que tienen capacidad para resolver sus controversias o disputas por sí solas, acuerdan que la decisión para definir las quede en manos de uno o más terceros denominados árbitros, que se constituyen, independientemente de su número, como tribunal arbitral.	<i>Por ejemplo: Si una Municipalidad considera que una empresa constructora ha incumplido con las normas técnicas de ejecución de un contrato, ambas partes pueden acordar ir a un árbitro para zanjar sus diferencias. Este árbitro puede ser una institución especializada o un ministerio con jurisdicción para atender estos temas.</i>

II. Universidad y liderazgo institucional*

El país sigue necesitando y reclamando un papel más influyente de las universidades en su desarrollo. Que sea tan protagonista como otros actores de la sociedad, como la empresa y los gremios por ejemplo, ante los grandes problemas y sucesos; presentes en las controversias y a la hora de proponer soluciones.

Las Universidades, públicas y privadas, han cumplido una satisfactoria labor en las últimas décadas, han estado presentes en el acontecer de la educación superior y notamos que ahora su papel se actualiza, se moderniza y avanza por nuevos campos y actividades. Enhorabuena para la universidad, pero necesitamos que no sea una tarea circunscrita sólo al ámbito académico.

Hablamos de todas las universidades, grandes y pequeñas, de la capital y de las regiones. Un liderazgo compartido y participativo. Necesitamos universidades menos individualistas, menos encerradas en sí mismas, menos guetos académicos, y más transparencia, más apertura para que se conozca cómo es cada universidad por dentro, con sus fortalezas y debilidades para, entre todos, impulsarse a metas más ambiciosas, más constructoras de país, más competitivas a nivel nacional y por qué no a nivel latinoamericano.

¿De qué vale decir que hay decenas de universidades en el país, si entre todas no tienen la presencia y la injerencia real que deberían tener en la vida del país?

Deberían apretar el paso y urgir a todas las universidades e instituciones a que se renueven profundamente en su liderazgo y actitud frente a la gestión social del desarrollo y frente a la urgencia de una sociedad más solidaria y con más escenarios de convivencia, de diálogo de creatividad, para pensar entre todos el país que soñamos para el futuro y no sólo para dentro de una decena de años.

La sociedad espera de las universidades respuestas a sus necesidades y a los retos que tienen planteados y comprometerse seriamente con el desarrollo del país formando gente capaz de construir comunidad. De la calidad, prontitud y fuerza de esa respuesta depende en buena parte su contribución a los cambios sociales.

2.1. Universidad y desarrollo local

El contexto histórico que ha dado cabida a la sociedad del conocimiento es el de la globalización, respecto de la cual se puede encontrar un vasto espectro de interpretaciones. Esto se debe, entre otras cosas, a que las transformaciones emanadas de la globalización hasta ahora observadas han sido de carácter multifacético y sus repercusiones locales han sido muy diversas. En cada realidad local los efectos de la globalización se expresan de distinta manera y, dentro de un mundo de diversas significaciones, la globalización se ha convertido en una *fuerza* cuya acción va más allá de las voluntades de los actores individuales o colectivos locales quienes, por no contar con el *poder* para contrarrestar los imperativos de la globalización, reaccionan de maneras que no les son favorables.

En la llamada *sociedad del conocimiento* existe sin embargo un *poder* que habiéndose sumado a las representaciones de la globalización puede ofrecer resistencia a sus imperativos, dando a los individuos y colectivos locales la posibilidad de que sean ellos mismos los que dirijan los cambios que ocurren en sus vidas y en sus territorios. Este poder es precisamente el conocimiento y, por ello, sus formas y procesos de producción, transmisión, innovación y apropiación se han convertido hoy en “bienes” deseados. Como nunca antes, en la actualidad los procesos de justicia o injusticia social están vinculados a las desigualdades en cuanto a la *participación* en el conocimiento. De hecho, toda sociedad local que hoy busque una inclusión digna en el mundo global tiene que atender, de manera prioritaria, los procesos de adquisición, producción, innovación y aprovechamiento del conocimiento, ya que estas actividades están directamente relacionadas con la inclusión, o no, de la localidad a la sociedad del conocimiento y en el papel que ocupa en el contexto socioeconómico globalizado.

Desde siempre, la legitimidad y la identidad de la universidad se han construido a partir de su vinculación con la adquisición, producción e innovación del conocimiento, por lo que resulta

lógico que en los tiempos que corren, esta institución esté siendo llamada a dinamizar el desarrollo local. Pero, para que la universidad latinoamericana pueda ser protagonista del desarrollo local es necesario llevar a cabo procesos de reorganización académica o administrativa y reformulaciones políticas y económicas profundas. Para empezar, es necesario comprender algunos conceptos e ideas involucrados en la estrategia del desarrollo local.

2.2. Los “agentes” del desarrollo local

El término “agente” social se utiliza para referirse a los hombres y mujeres que se constituyen *racionalmente* en *mediadores* del desarrollo local, es decir, en “vehículos humanos” o “gestores” de este tipo de desarrollo. Cualquier persona, independientemente de sus características demográficas, económicas, culturales y sociales, puede ser agente de desarrollo local. El requisito es que tenga las capacidades, las competencias y las habilidades requeridas para contar con el reconocimiento y la confianza de sus conciudadanos, procurándole una posición social estratégica y asegurando que sus ideas y acciones tendrán pertinencia.

El ejercicio de las capacidades del agente de desarrollo local está vinculado con la gestión incluyente. Los agentes de desarrollo local deben situarse en el contexto de las redes sociales, como recurso accesible para establecer, fortalecer y hacer eficientes lazos sociales. La actuación colaborativa es, sin duda, la capacidad más destacada de este tipo de agente, quien establece con la sociedad local relaciones democráticas en las que cada una de las partes pone lo mejor de sí, respetando al otro. De lo que se trata es que el agente, empleando su propio poder de experto, muestre a las personas, organizaciones e instituciones de la localidad opciones diversas y fundadas entre las cuales puedan optar. Las principales funciones de un agente de desarrollo local son:

- Ayudar a desarrollar en su localidad una visión de futuro compartido.
- Facilitar una dirección compartida entre personas, organizaciones e instituciones.
- Promover el trabajo en torno a objetivos comunes, conforme a equipos, dando coherencia desde su ejemplo y transmitiendo valores (confianza en las capacidades, respeto por la autonomía, solidaridad, etcétera).
- Generar o ayudar a propiciar contextos emocionales que den energía y confianza, transmitiendo inspiración (optimismo, ideas, ganas de actuar).
- Escuchar inquietudes y ayudar a re-situárlas para que sean los propios participantes quienes las evalúen.
- Estar dispuesto al cambio y ayudar además a que las personas, organizaciones e instituciones también lo estén.
- Tener y fomentar la capacidad de reflexión y flexibilidad en relación con nuevos elementos de contexto.
- Transferir vínculos hacia otros espacios de relevancia para las personas, organizaciones e instituciones.

Los agentes de desarrollo local deben contar con conocimiento. Principalmente deben conocer acerca de la historia de su localidad, los procesos psicosociales, culturales y económicos que se viven en ella. Deben, además, entrenarse en habilidades básicas para la conducción de grupos, metodologías de diagnóstico de corte etnográfico, competencias para la comunicación interpersonal en contextos de interculturalidad y estrategias de resolución de conflictos, como elementos mínimos para un buen ejercicio de su trabajo. Es importante que

los agentes de desarrollo local tengan claro que su trabajo e identidad no deben girar en torno a “la salvación”, sino a la consecución de un *proyecto político* de desarrollo local. A la universidad corresponde formar hombres y mujeres con tales capacidades, competencias y habilidades unidas a las de generar y aprovechar el conocimiento y la información con fines de desarrollo endógeno.

2.3. Conocimiento vs. Información

Ya que hemos dicho que el conocimiento es un poder fundamental para lograr el éxito de la estrategia del desarrollo local, resulta conveniente incluir aquí un apartado destinado a definir este concepto y a diferenciarlo del de información ya que, ciertamente, información y conocimiento son dos cosas distintas, vinculadas ambas con el quehacer de la universidad. La información es un bien y el conocimiento es una capacidad, aunque también se le considere como bien. Ambos son de importancia estratégica para el desarrollo local.

La *información* es un conjunto de datos. Por su parte, el *conocimiento* siempre es una elaboración personal. Dos personas, y hasta una misma en dos momentos dados, pueden derivar conocimientos diferentes de la misma información, ya que el conocimiento es fruto de las asociaciones que el cerebro humano es capaz de hacer. Por tanto, el conocimiento supone más que la información de la que hemos partido para construirlo.

Desde una perspectiva socioconstructivista, el conocimiento es una construcción subjetiva que no existe fuera de la mente humana. El conocimiento está íntimamente relacionado con la información y con el aprendizaje. Éste se realiza mediante la interacción social y, después, en el plano intrapersonal. Y es que la comunicación, el diálogo, motivan la pregunta y la reflexión, ambos momentos necesarios para el proceso de construcción del conocimiento. Se revela, entonces, que tanto la producción de conocimiento como el desarrollo local son procesos político-culturales, más que económicos, en sentido estricto. Desde esta perspectiva, la participación de la universidad en el desarrollo local resulta muy importante ya que, por más que se trate de dar a esta institución una encomienda económica, su vocación, ante todo, es político-cultural, por estar en su esencia, el fin educativo.

*Adaptado de Jorge Yarce – Miembro del observatorio de la Universidad de Colombia. Presidente del Instituto Latinoamericano de liderazgo

III. Referencias bibliográficas

- Consejo Superior de Investigaciones Científicas.—. (1999) Por una lectura compleja del actor local en los procesos de globalización. En: Marsiglia, Javier (Ed.) *Desarrollo local en la globalización*. Montevideo:
- CLAEH. Barnett, Ronald (2002) *Claves para entender la universidad en una era de supercomplejidad*.
- Girona: Pomares.Bervejillo, Federico (1999) Reinención del territorio. Los agentes de desarrollo, entre el conocimiento y el proyecto colectivo. En: Marsiglia, Javier. (Ed.) *Desarrollo local en la globalización*. Montevideo: CLAEH..
- Galliccio, Enrique (2004) *El desarrollo económico local en América Latina. ¿Estrategia económica o de construcción de capital social?* Seminario Gobierno Local y Desarrollo, Barcelona.
- Hopenhayn, M. (2005) Tensiones y paradojas en América Latina. *Revista TodaVía. Pensamiento y Cultura en América Latina*. n. 10. Buenos Aires, Fundación OSCE.
- Marsiglia, Javier; Pintos, Graciela (1999) El desarrollo local como desafío metodológico. En: Marsiglia, Javier (Ed.) *Desarrollo local en la globalización*. Montevideo: CLAEH.
- OIT (2004) *Un buen comienzo: trabajo decente para los jóvenes*. Ginebra: OIT. Reunión tripartita.

UNIDAD II - INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN

HERRAMIENTA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Objetivo específico 2:

El alumno al finalizar el módulo identificará la importancia del análisis de información sectorial para la planificación sanitaria, la formulación de políticas y el establecimiento de objetivos sanitarios.

I. Evolución del uso de la información

Cuando el hombre primitivo aprendió a manejar sus herramientas de supervivencia, se dio cuenta que era necesario poder manipular no solo la técnica de caza de cuerpo a cuerpo... sino que debería manipular instrumentos, posiblemente, considerados como extensión de sí mismo.

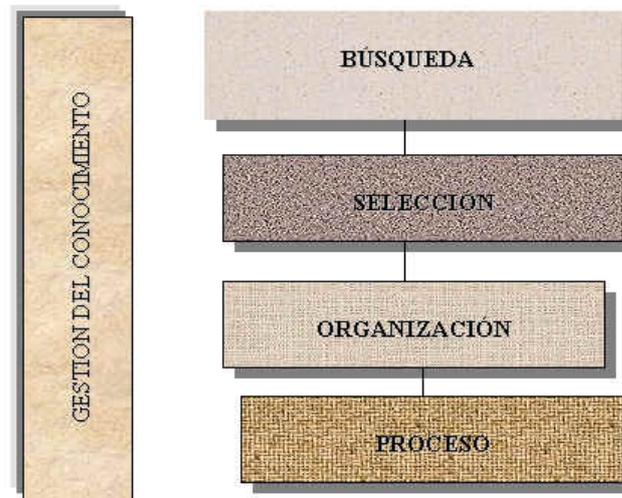
La variedad de animales que él podía cazar con sus manos le limitaban su supervivencia, lo que lo obligó a organizar y analizar los conocimientos que en base a su experiencia había acumulado con el tiempo, esto con la finalidad de crear esos mecanismos que seguramente no solo serían las herramientas de caza, sino que además le daría una estructura de organización social en el que el punto central sería las necesidades, y en cuyas soluciones estaría implícito el conocimiento adquirido en base a la experiencia.

Las primeras herramientas de caza de alguna forma fueron diseñadas en base al conocimiento generado sobre las características que tenían los animales que él requería cazar. El tener el control no solo en la efectividad de si las herramientas le permitían perforar o cortar al animal, sino, el control de cuáles deberían de ser las dimensiones de las herramientas que les diera la seguridad de poder defenderse y lograr el objetivo, la supervivencia.

Cuando el hombre primitivo observó que no solo bastaba con herramientas de caza para satisfacer sus necesidades, sino que además era más fácil la práctica de caza en grupo, requirió de construir modelos de organización, para los que, antes se generó la búsqueda y selección de cuáles eran las mejores técnicas de caza individual, posiblemente, aprovechó que cada individuo tenía características diferentes. Nuevamente, el buscar su bienestar lo llevó a gestionar la información con la que contaba, fue necesario que acumulara experiencias y conjuntará necesidades... la selección de qué tareas había que realizar cada individuo y cómo habían de organizarse para capturar una presa, fue generando poco a poco una manera de depuración de búsqueda de respuestas a sus interrogantes, de selección de lo que era mejor, de tener que organizar no solo a individuos, sino más aun, organizar ideas. Todo ese proceso de análisis, seguramente tomó rumbos diversos, pero lo que sí parece razonable es que poco a poco encontró que la experiencia y el análisis de la información de los fenómenos podían serle de utilidad. Muy seguramente, a partir de ese momento ya las cosas no serían igual, el hombre trataría de gestionar información con la que contaba. Para él, empezaba una nueva forma de vida, el de gestionar la información, es decir, el proceso de búsqueda, selección, organización y proceso.

Esa búsqueda de respuestas basada solo en la experiencia propia le resultó poco práctica puesto que había que interactuar con otros seres. Se hizo necesario entonces tener algún medio con el cual su experiencia no solo fuera para sí mismo, sino compartida con la experiencia de los demás. Ante tal

necesidad, seguramente una forma de transmitir sus conocimientos fue el lenguaje articulado, aunque, un lenguaje con pocos sonidos y formas, pero al fin lenguaje. Sin embargo, ese conocimiento transmitido de una generación a otra resultaba impráctico si consideramos que el escenario era hostil, la lucha por la supervivencia era la principal prioridad, los actores no solo eran las primeras tribus, sino que además, los animales eran actores no menos despreciables en la escena, resultando fácil perder rápidamente y en cualquier instante muchos miembros de sus congregaciones. Era necesario que la información construida en la experiencia pudiera llegar a las futuras generaciones o inclusive tener una manera de registrar la información que les ayudará en un momento dado de describir cuáles eran zonas de peligro, cuáles eran sus refugios, llenar sus espacios de descanso y protección etc.



La historia de la humanidad ha mostrado que una parte importante para darle solución a los problemas ha estado en función del conocimiento. En principio, la búsqueda de conocimiento para planear la estrategia de cómo abordar los problemas es dado en función de las experiencias que tenemos, es decir, el conocimiento previo o la información que nos ha de acercar al tema. Esta distancia que existe entre el lenguaje o hechos del conocimiento que tenemos del tema, y el conocimiento que necesitamos para generar una solución es lo que habrá que determinar cuánto trabajo habremos de invertirle al tema. Las estrategias de búsqueda para hacernos del conocimiento serán un factor importante.

En el pasado, el hacerse de conocimiento dependía únicamente de los conocimientos previos del tema y de la interacción que podía generar con su entorno social. Después, con el surgimiento de la imprenta, fue posible tener más contacto con la información, no solo de la interacción del hombre con su entorno inmediato sino que además, ahora era posible de contar con la experiencia de otras personas, con otras ideologías, con otras culturas en cuyo entorno el conocimiento tenía otras vertientes.

La gestión de la información no es un fenómeno nuevo, fue algo que siempre le preocupó al hombre, desde el momento mismo en que se dio cuenta que aprovechar únicamente su experiencia le limitaba con respecto aquellos que habían logrado hacerse del conocimiento de las experiencias colectivas y más aun, tener estrategias de búsqueda para poder hacerse del conocimiento.

La información adquiere una relevancia adecuada en el momento en que decide que había que hacerse de conocimiento. Si comparamos la antigüedad de la humanidad con la ciencia moderna, ésta última es muy reciente: la ciencia como fuerza importante, comienza con Galileo y por consiguiente, existe desde unos trescientos cincuenta años.

II. Información para la gestión y gestión de la información

La información para la gestión y la gestión de la información son dos conceptos diferentes; la información para la gestión es un tipo de información (los datos, los indicadores); la gestión de la información es un tipo de gestión (el sistema), ambas son habilidades necesarias para quién gerencia organizaciones o equipos de trabajo.

La gestión de la información es el proceso de analizar y utilizar la información que se ha recabado y registrado para permitir a los gerentes o administradores (de todos los niveles) tomar decisiones documentadas. La información para la gestión es la información necesaria para tomar decisiones de gestión.

Importancia de la información para la gestión:

La información para la gestión es importante para:

- Tomar las decisiones necesarias para mejorar la gestión de prestaciones y servicios; y
- Poner en práctica procesos de planificación, monitoreo, supervisión y evaluación participativas.

Para utilizar la información, para tomar decisiones de gestión, debe gestionarse la información (recabar, registrar y analizar). Aunque la gestión de la información (el proceso de recabar y guardar la información) y la información para la gestión (la información necesaria para tomar decisiones bien documentadas) son diferentes, se refuerzan entre sí y no pueden separarse en las operaciones cotidianas.

Determinar la información necesaria para la gestión: Durante la planificación, gestión y supervisión del proyecto se genera mucha información. Parte de ella es necesaria para tomar decisiones de gestión inmediatas, parte para decisiones de gestión posteriores. Un buen sistema de gestión de la información debe, por lo tanto, ayudar a los administradores o gerentes a saber qué información necesitan recabar, para tomar diferentes decisiones en distintos momentos.

III. Marco conceptual

¿Qué es un análisis sectorial?

Un análisis sectorial es el proceso de elaboración de un estudio sobre la situación de un sector de producción, distribución o consumo de bienes o servicios de un país, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, social, económico y cultural. El análisis sectorial constituye algo más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente descriptivo con el analítico y el enfoque retrospectivo con el prospectivo, para configurar un análisis de la dinámica del sector que incluye la construcción de hipótesis y la formulación de recomendaciones y políticas.

¿Qué es el análisis del sector salud?

El análisis sectorial aplicado al sector salud es un proceso colectivo y participativo de producción de conocimiento mediante el cual se busca fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos del país para orientar la conducción.

El Análisis del Sector Salud sirve para conocer la situación de salud y sus determinantes, así como el desempeño del sistema de servicios de salud. También orienta la identificación y selección de intervenciones prioritarias para la formulación de políticas de salud y de desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Los resultados del análisis sectorial incluyen la identificación de políticas y/o planes, programas, proyectos y/o intervenciones o acciones orientadas a maximizar el impacto del sector en el logro de los objetivos o prioridades nacionales de salud.

Objetivos del análisis del sector salud

Los análisis sectoriales contribuyen a mejorar los procesos de toma de decisión, planificación y gerencia en salud. Los que toman decisiones a nivel político y los gerentes pueden utilizarlos para la planificación estratégica, incluyendo la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos en salud. Sus objetivos principales pueden ser resumidos en los siguientes:

- Identificar los cambios en las tendencias sociales, tecnológicas, económicas y/o políticas, tanto internas como externas, que inciden en la situación de salud y en la organización, estructura y funciones de las instituciones, organizaciones y actores del sector, relacionados con los problemas sectoriales y extra-sectoriales que afectan la salud a corto, mediano y largo plazo.
- Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, incluida la toma de decisiones para diseñar políticas, planes, programas, proyectos o intervenciones en salud, en el marco de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Desarrollar la capacidad de los países de organizar y administrar los sistemas de salud en procesos de cambio, especialmente en el marco de procesos de reforma sectorial, con vistas a reducir las desigualdades en la utilización y el acceso a los servicios de salud.
- Aumentar la protección social en salud mediante la extensión de la cobertura de los servicios de salud y/o la expansión de mecanismos de aseguramiento en salud, entre otras posibilidades.
- Extender la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, incluyendo la propia infraestructura de salud pública y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de recursos humanos.
- Evaluar la ejecución y el funcionamiento de las políticas de salud y el desempeño de los sistemas de servicios de salud.

Además de la consecución de los objetivos anteriores, el análisis del sector salud, en el contexto de los procesos de planificación y/o de reforma sectorial, puede ayudar a:

- Comparar situaciones entre regiones o grupos poblacionales de un mismo país.
- Orientar la toma de decisiones en los niveles nacional y subnacionales del sector y formular Objetivos Sanitarios Nacionales.
- Justificar prioridades, incluidas las de inversión.

IV. Análisis del sector salud en la planificación sanitaria, la formulación de políticas y el establecimiento de objetivos sanitarios

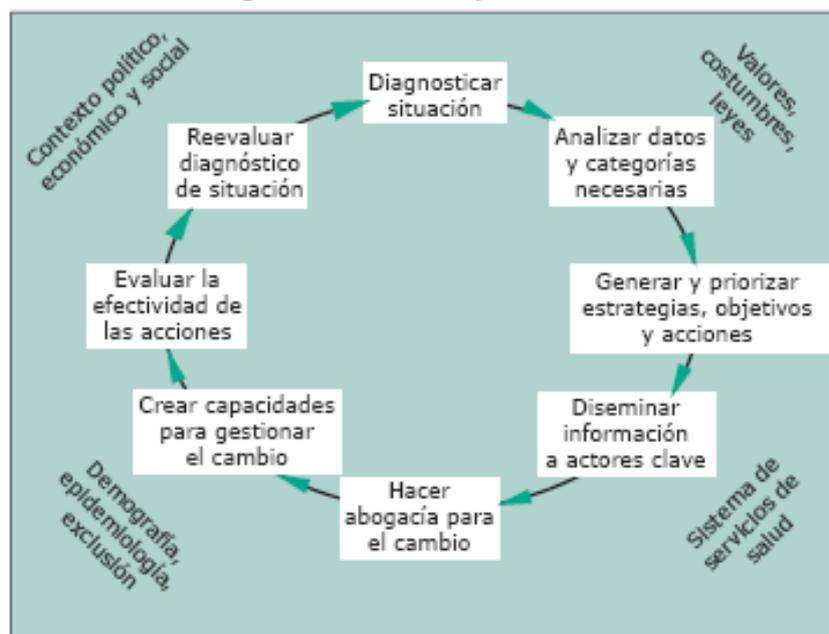
Utilización del análisis del sector salud en la planificación sanitaria

La planificación sanitaria es un conjunto de procesos cuyo propósito es adecuar, de un modo consistente, los medios disponibles para lograr los objetivos de salud que se persiguen, tomando en cuenta para ello las circunstancias (sobre todo económicas, sociales, políticas y de lugar y tiempo) que concurren o que previsiblemente pueden concurrir. En general, el ciclo de la planificación sanitaria incluye:

- Identificar necesidades y problemas.
- Priorizar estrategias, objetivos y acciones.
- Difundir información y hacer abogacía por el cambio.
- Movilizar recursos y capacidades.
- Evaluar la efectividad de las acciones.
- Reevaluar necesidades.

La planificación sanitaria ha evolucionado desde una planificación centrada en los recursos, hacia una planificación cada vez más centrada en los objetivos y en los procesos que conducen a su logro. En ese sentido, en la actualidad la planificación sanitaria trata de ser: integral, teniendo en cuenta todos los aspectos relacionados con el desarrollo del sector; orientada a la solución de problemas; participativa, al incorporar en uno u otro momento a todos los implicados en el accionar del sector; capaz de identificar y, de ser posible, de contribuir a modificar los incentivos y la falta de estímulos existentes para el logro de los objetivos propuestos. En los últimos años han proliferado enfoques de planificación estratégica de gran dinamismo y que permiten a través de métodos y técnicas de planificación participativa, lidiar con el cambio, la complejidad, la turbulencia y la incertidumbre del ambiente externo.

Figura 1: El ciclo de planificación



Dado que el ciclo de planificación incluye siempre al inicio una fase de diagnóstico de situación e identificación de problemas, el análisis del sector salud contribuye poderosamente en esta fase a proporcionar un diagnóstico de situación y un listado categorizado de los principales problemas, realizado en lo fundamental por personal técnico nacional.

La información recopilada para la realización del análisis del sector salud y los estudios surgidos de este proceso constituyen una excelente colección de documentos de referencia y una buena línea de partida para el desarrollo de otros instrumentos de planificación sectorial, tales como planes nacionales de salud, programas de garantía de aseguramiento, planes de gestión de redes y servicios de salud, planes maestros de inversión en salud, programas de extensión de cobertura y otros.

Utilización del análisis del sector salud en la formulación de políticas

Para la acertada formulación de políticas de salud, los que toman decisiones políticas a cualquier nivel necesitan información por campos temáticos o funciones, que sea fiable, manejable y oportuna, ordenada de forma lógica y fácilmente comprensible, relacionada con los problemas relevantes del sector. Pero, a menudo, esto no basta. Se requiere además, un análisis de factibilidad política y social de las políticas de salud y de las propuestas de cambio. Con frecuencia también se necesita conocer las distintas opciones y los pros y los contras de cada una de estas, lo que puede llevar a sucesivas aproximaciones y, eventualmente, a la construcción de escenarios.

El proceso de elaboración del análisis del sector salud está diseñado como un proceso de construcción de conocimiento en tres fases sucesivas: (i) la recopilación selectiva de información, (ii) la formulación de conclusiones y, finalmente, (iii) las implicaciones para la acción y un marco ordenador para la formulación de políticas, incluidas, cuando es el caso, las bases para una agenda de cambio. El proceso de elaboración del análisis crea numerosas oportunidades de fortalecimiento de las capacidades institucionales de compartir información, de identificación de problemas y «puntos críticos», de discusión colectiva de posibles estrategias y formulación de políticas y de implementación de las estrategias seleccionadas.

Utilización del análisis del sector salud en la definición de objetivos sanitarios

Tanto la planificación como la gestión moderna no se conciben sin el establecimiento de objetivos. Un objetivo puede ser definido como un logro concreto que se pretende obtener. Cuando el objetivo se precisa con una fecha y un indicador cuantitativo o cualitativo, se dice que se formuló una meta.

Los objetivos y metas sanitarias pueden definirse para los niveles nacionales, regionales o locales del sector (estados, departamentos, provincias, cantones, municipios, etc.). Pueden definirse para un equipo o servicio, para una institución y/o para una red de organizaciones. En estos casos, los objetivos pueden ser intermedios, por ejemplo, incrementar la captación de mujeres en el programa de planificación familiar; o finales. Éstos últimos conviene diferenciarlos en objetivos de resultado (por ejemplo, incrementar el número de mujeres embarazadas que han cumplido totalmente el protocolo del programa de control prenatal) y objetivos de impacto (por ejemplo, reducir y, si se puede, eliminar la ocurrencia de toxemia en el embarazo).

Un aspecto importante al establecer objetivos es el análisis de su factibilidad (técnica, institucional, económica, financiera, social y política). La factibilidad no es una condición obvia y puede variar en función del punto de vista de los diferentes actores involucrados en el logro del objetivo. Otro aspecto importante es que el establecimiento de un objetivo implica definir, no solamente quiénes están involucrados en su logro, sino quién o quiénes son los responsables de alcanzarlo. Sin una asignación clara y asumida de esta responsabilidad, aumentan las probabilidades de que no sea alcanzado.

Un problema clásico de los sistemas de planificación al definir objetivos (sobre todo cuando su logro va ligado a premios y/o el no lograrlo a penalizaciones) es la tendencia a sobreestimar o subestimar los objetivos, en función de los intereses particulares de quien los establece (normalmente, funcionarios de las oficinas centrales de planificación). Una manera de evitar estos riesgos consiste en involucrar en la definición de los objetivos de salud y en los análisis de factibilidad de las propuestas, a los responsables por la toma de decisiones, a los responsables por la ejecución de las acciones y a los potenciales beneficiarios de las mismas. De este modo, los puntos de vista y los intereses de estos grupos son considerados en el análisis de factibilidad social y política. Una de las dificultades de un proceso de naturaleza participativa es que, si el número de objetivos (y metas) es muy grande, el proceso de lograr acuerdos puede ser muy complejo y muy lento. De ahí que, actualmente, se prefiera planes con unos pocos grandes objetivos o árboles de objetivos jerarquizados por niveles, que se desagregan a medida que se llega al nivel local.

El proceso de elaboración del Análisis del sector salud ofrece una oportunidad para discutir colectivamente la relación entre el establecimiento de prioridades y objetivos en salud, la planificación sanitaria y la formulación de políticas. Asimismo, crea espacios adecuados para ajustar objetivos y

metas y para revisar hasta qué punto los sistemas de información y los procesos de planificación existentes, tanto al interior como al exterior del sector salud, contribuyen a la formulación de políticas basadas en el mejor conocimiento disponible.

V. Conceptos clave para el análisis del sector salud

El sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir y controlar la enfermedad, investigar y capacitar en salud.

Los conceptos clave (o «principios rectores») son aquellos que se consideran relevantes para el desempeño del sector. Los conceptos clave son, a un tiempo, instrumentos de análisis y «grandes objetivos» de los procesos de transformación y desarrollo (genéricamente conocidos como «procesos de reforma»), los cuales, en última instancia, se justifican porque tratan de mejorar el desempeño sectorial con relación a todos o a algunos de ellos. La discusión sobre los conceptos clave es esencial y deberá desarrollarse a profundidad para garantizar que los miembros del equipo estén de acuerdo con su enumeración, alcance y significado.

Los conceptos clave seleccionados son: equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Por supuesto, debe existir la posibilidad de añadir algún otro concepto clave relevante en el país (o en el ámbito subnacional) en el que se trabaja (por ejemplo, descentralización). Evaluar la evolución de dichos conceptos mediante variables asociadas e indicadores cuantitativos o cualitativos, ayuda a analizar la dinámica de los sistemas de salud y los resultados de los procesos de reforma.

Definición de conceptos clave para el análisis del sector salud

Equidad

- i) En el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible;
- ii) En los servicios de salud, implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera)

Efectividad y calidad

- Implica que los ciudadanos reciben servicios de salud oportunos, resolutivos, seguros (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

Eficiencia

- Resulta de la relación entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados: los recursos son empleados eficientemente cuando una unidad de producto es obtenida a mínimo costos; o cuando, con un costo dado se obtienen más unidades de producto.

Sostenibilidad

Se refiere a:

- i) La posibilidad de los financiadores para seguir sufragando, a mediano y largo plazo, el gasto sanitario incurrido o previsible (sostenibilidad financiera) y
 - ii) El grado de aceptación de la población hacia los servicios de salud
-

(legitimación social).

Participación social

- Se refiere a los procedimientos disponibles para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud, y los resultados de dicha influencia.
-

CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES DEL ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

CONCEPTOS	VARIABLES	INDICADORES (EJEMPLOS)
Equidad	Estado de salud Cobertura Acceso Uso Financiera	<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad infantil por regiones o nivel de ingreso.• Porcentaje de población sin cobertura, o sin cobertura según prestaciones.• Porcentaje de población a más de una hora de un centro de salud.• Porcentaje de uso de determinados servicios por nivel de estudios o de ingreso.• Porcentaje de población sin capacidad de pago para prestaciones básicas.
Efectividad y calidad	Calidad técnica Calidad percibida	<ul style="list-style-type: none">• Porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando.• Porcentaje de establecimientos con programas de desarrollo humano.
Eficiencia	Global Asignación de recursos Gestión de servicios	<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad en menores de 1 año / gasto sanitario per cápita por regiones• Distribución del gasto sanitario per cápita (corriente y de inversión) por regiones.• Porcentaje de hospitales con presupuesto prospectivo.
Sostenibilidad	Corto plazo Mediano plazo Largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Gasto sanitario público / gasto público total.• Gasto público en salud / gasto total en salud.• Relación entre gasto en salud per cápita y PBI per cápita.
Participación social	Planificación Gestión Provisión Evaluación	<ul style="list-style-type: none">• P. ej. En la preparación de planes locales de salud.• Porcentaje de establecimientos con comités o grupos locales de gestión.• Porcentaje de establecimientos y servicios de propiedad comunitaria.• P. ej. Ámbitos de gestión con mecanismos periódicos de rendición de cuentas establecidos y funcionando.

VI. Monitoreo y evaluación de las políticas

Objetivo

Los participantes, conocen y manejan conceptos sobre Implementación, Monitoreo y Evaluación de las políticas públicas en salud.

¿Qué queremos lograr?

Que los participantes elaboren un Plan de Monitoreo y evaluación de la Política Pública formulada por el grupo.

La implementación de la política

Las políticas públicas son con frecuencia declaraciones generales de intención y, como tales, requieren implementación, incluyendo proyectos y planes de ejecución para asegurar que se están llevando a cabo. Eso quiere decir que las políticas públicas deben ser realizadas mediante actividades, programas y proyectos; que además deben incluirse dentro de los documentos de gestión y orientación de las instituciones públicas. Al realizar esto se pueden definir objetivos concretos y metas que debe lograrse para considerar que la Política se cumple o avanza hacia su implementación.

Las actividades y proyectos de la implementación de la Política son formulados desde las alternativas de solución del problema que realizamos en el proceso de formulación y que vimos en el módulo de formulación de las políticas. Como bien sabemos los proyectos y actividades se pueden medir en cuanto a su cumplimiento mediante los llamados indicadores, que son valores a lograr en varios aspectos.

Tomando como ejemplo una política local de *prevención y atención a la violencia contra la mujer*, será necesario considerar a los actores involucrados en torno a la realización de acciones para lograr dicho objetivo. Así los niveles de gobierno, con sus autoridades, funcionarios, el equipo técnico local (ETL), el Ministerio de Salud a través de su red de establecimientos de salud en el distrito, las ONGs, la universidad, la Iglesia, las comunidades campesinas, las promotoras de salud, las organizaciones de vaso de leche y comedores populares, los gobiernos locales, los partidos políticos y otras organizaciones, unirán esfuerzos en torno a esta política.

En este caso se debe promover la promulgación de una ordenanza que prioriza la atención a este problema e impulsar acciones concretas además de la elaboración de proyectos para ser incorporados en el Presupuesto Participativo, garantizando el financiamiento respectivo para su implementación. La dación de la Ordenanza proporcionará mayor compromiso y legitimidad si la política fue formulada con enfoque participativo.

Los proyectos y actividades identificadas, tendrán varios indicadores que servirán de base para el monitoreo y la evaluación, como por ejemplo: Número de casos atendidos de violencia doméstica, número de campañas contra la violencia familiar realizadas, número de actas de conciliación realizadas entre cónyuges, y otros más que serían definidos en los proyectos y actividades.

Monitoreo y evaluación: ¿qué son?

El Monitoreo y la Evaluación es el último momento del proceso de la Política Pública, y se debe realizar a lo largo de su implementación, es necesario que los actores públicos y los actores sociales claves involucrados conozcan los avances (y problemas) obtenidos en la implementación de la Política Pública aprobada.

Esto con el fin de poder implementar medidas de corrección si es que la política no está dando los resultados esperados y poder al final de su implementación saber que nuevos problemas pueden surgir y que requieren de acciones complementarias o nuevas políticas.

El monitoreo: Implica seguir de forma periódica la información referida a la implementación de las actividades que contempla la Ordenanza o norma que institucionaliza la Política Pública y que se complementan con actividades y proyectos con el objeto de establecer en qué medida se viene cumpliendo su implementación.

Las acciones de monitoreo son importantes en este caso para:

- Mantener la ejecución de la política pública.
- Realizar ajustes que sean necesarios.
- Dar cumplimiento a su implementación.
- Informar sobre el avance.

El monitoreo debe estar a cargo de un comité institucional.

La evaluación: Es el proceso donde se analizan los resultados de lo ejecutado.

Monitoreo y Evaluación Participativa: es un tipo de monitoreo y evaluación donde todos los actores que están involucrados en todas las etapas del proceso de la política pública toman parte de la evaluación y los resultados. La evaluación participativa es considerada la más importante y apropiada para el contexto de las políticas públicas por que refleja los principios de la promoción de la salud. Por otro lado facilita el desarrollo de capacidades, el aprendizaje y el empoderamiento de los ciudadanos y ciudadanas.

Para las instancias gubernamentales y la sociedad civil es importante el monitoreo de las políticas públicas por que permiten saber a ciencia cierta si es que la política, con las actividades y proyectos en marcha, se está implementando adecuadamente.

Además:

- Permitirá primero dar un seguimiento de su implementación;
- Nos lleva a un análisis y reflexión e información que conduce a un aprendizaje colectivo y continuo;
- Nos permite ver y determinar las acciones a las que se deben de dar continuidad y aquellas que deben ser reforzadas;
- Permite Incluir a los usuarios y beneficiarios de los hallazgos del monitoreo;
- Permite incorporar los puntos de vista e intereses de los usuarios y beneficiarios;
- Tener en cuenta el impacto del proceso de monitoreo.

PASO	DESCRIPCIÓN
1. Identificación de los participantes	<p>Tenemos que identificar los actores claves que se deben involucrar en todo el proceso del Monitoreo y Evaluación de la Política Pública.</p> <p>Estos actores pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoridades regionales y locales, • Equipos técnicos. • Organizaciones de mujeres. • Personal de Salud • Ong`s que trabajan el tema. • Promotores de salud, etc.
2. Formulación de los Objetivos	<p>Posteriormente identificados los actores claves conjuntamente con estos se plantearan los objetivos y los indicadores para el monitoreo tomando los indicadores de los proyectos y actividades.</p> <p>Para ello plantearemos interrogantes claves que deben considerar los participantes, son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las metas y objetivos de la política? • ¿Quiénes son los posibles usuarios de los hallazgos del monitoreo y evaluación y quiénes son los más interesados? • ¿Cuál es la importancia relativa de los temas identificados?
3. Indicadores de desempeño	<p>Hacen un seguimiento a los pasos clave necesarios para alcanzar la meta.</p> <p>Debe recoger datos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monto presupuestal del programa o proyecto • Número de atendidos • Numero de profesionales que atienden en el programa o proyecto. • Número de actividades realizadas por el programa o proyecto.
4. Recopilación y análisis de datos	<p>Para la recopilación de datos tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Entrevistas • Grupos focales • Información secundaria • Información primaria <p>Los datos colectados con los diversos instrumentos deben ser procesados para su análisis.</p>

PASO	DESCRIPCIÓN
5. Divulgación de los resultados	Se refiere a la difusión de los resultados. Un observatorio puede ser un interesante instrumento dinámico que permita difundir los resultados y acoger valiosos aportes.
6. Toma de acciones correctivas	<p>En este paso es importante contar con las autoridades, los equipos técnicos o las personas que pueden influenciar. Para dar a conocer la política pública se puede utilizar los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres informativos. • Audiencias públicas. • Debates. • Medios de comunicación.

VII. Referencias bibliográficas

- López-Acuña, D. et al. «Hacia una Nueva Generación de Reformas para Mejorar la Salud de las Poblaciones», Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000.
-
- Puentes C, Hurtado M. Análisis Sectorial en Salud: una Propuesta para la Discusión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Memo).
- Puentes C, Hurtado M. Análisis Sectorial para la Formulación de Políticas de Salud. Educación Médica y Salud, Vol. 28, No. 2, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud/CENDES. Método OPS/CENDES. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1972 (Publicación Científica 111).
- Matus C. Planificación de Situaciones. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Matus, C. Planificación de Situaciones de Poder Compartido. Santiago de Chile: CEPAL, 1981.
- Matus, C. Planificación, Libertad y Conflicto: Fundamentos de la Reforma del Sistema de Planificación en Venezuela. Caracas: IVEPLAN, 1985.
- Matus, C. Estrategia y Plan. México: Siglo XXI, 1972.
- Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. SPT/2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1990.
- Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales de agua potable y saneamiento. Washington, D.C.: OPS; 1994. (PIAS-Serie informes técnicos 1).
- Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de los Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA). Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para reforma del sector salud. Washington, D.C.: BID-BIRF-CEPAL-OEA-OPS-FNUAP-UNICEF-AID; 1995. (Memo).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Implementación de las OEPP para el Cuadrienio 1991-1994. Washington, D.C.: 1991:21.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998. Washington, D.C.: OPS; 1995.

UNIDAD III - HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Objetivo específico 3:

El alumno al finalizar la unidad será capaz de conocer los elementos básicos conceptuales y operativos de:

- Las definiciones de los términos utilizados con mayor frecuencia en estadística de salud relacionadas a las actividades sanitarias y de población.
 - Los conceptos, importancia, usos y campos que abarcan las estadísticas de salud.
-

I. Conceptos de estadísticas de salud

Se conoce como Estadísticas de salud a un conjunto de sistemas de registros continuos, complementados con datos provenientes de fuentes censales y muestrales, que comprenden al menos las siguientes áreas:

- 1.1. *Estadísticas de Población***, con base en estimaciones de población y en registros continuos de los habitantes que residen en el territorio que corresponde a cada establecimiento de salud y a cada conglomerado territorial subregional o regional. Estos últimos procedimientos de recolección de datos son gestionados por el sistema de salud.
- 1.2. *Estadísticas Vitales***, basadas en el registro de los hechos vitales, así definidos por convención internacional (nacimientos, defunciones fetales, matrimonios, anulaciones, separaciones, adopciones, y otros). De éstos, los tres primeros son de máximo interés en salud.
- 1.3. *Estadísticas de Morbilidad***, que emanan de distintas fuentes específicas de registro, como el sistema de Notificación de enfermedades de Declaración obligatoria, el de egresos hospitalarios y los registros especiales de algunas enfermedades, como los tumores malignos, los accidentes y las enfermedades ocupacionales, las intoxicaciones por plaguicidas, los efectos adversos de medicamentos y otros.
- 1.4. *Estadísticas de Recursos para la Salud***, que se originan en los registros administrativos básicos de personal, de recursos físicos de insumos y de recursos financieros, de los cuales se obtienen combinaciones específicas (instrumentos de la producción de actividades de salud), mediante técnicas de análisis especializadas.
- 1.5. *Estadísticas de Atenciones y Acciones de Salud***, derivadas del registro permanente que se realiza en todos los establecimientos de salud con ocasión de la realización de toso género de actividades de Promoción de la salud. Comprende asimismo las acciones de Salud pública en materia de intervenciones sobre el ambiente, de vigilancia de riesgos y enfermedades y otras.

1.6. Estadísticas Económicas Sociales Relacionadas con la Salud, generalmente captadas en fuentes que no forman parte del sistema de salud, mediante cuyos productos se puede especificar el análisis epidemiológico.

1.7. Estadísticas de Vivienda. Información cuantificable relacionada con las viviendas en que el hombre habita y sus características.

1.8. Estadísticas de Saneamiento. Datos numéricos sobre las condiciones ambientales y sanitarias del entorno donde viven, trabajan, estudian o realizan otras actividades las comunidades humanas.

Es la información numérica, imprescindible y cuantificable para conocer el Estado de Salud de la Población así como para planificar, organizar, evaluar y controlar programas y acciones de salud así como la administración de los servicios de salud en sus diferentes niveles (local, regional y nacional).

La información estadística de salud debe reflejar lo más fiel posible la realidad objetiva que mide.

Las estadísticas de salud tienen cada vez mayor alcance y complejidad en la medida que se amplía y desarrolla el quehacer en salud recuperativa y sobretodo preventiva.

II. Importancia y uso de las estadísticas de salud

Las estadísticas de salud tienen uso individual y estadístico.

El uso individual se refiere al uso de los registros médicos de cada persona que accede a los servicios de salud donde quedan registrados ciertas características del individuo y la historia de su enfermedad, muerte, tratamientos u otros servicios recibidos. Los registros médicos deben poseer los atributos de confidencialidad y custodia lo cual se regula por leyes y reglamentaciones con amparo legal.

El uso estadístico se refiere al manejo de datos agregados donde se suman los datos relativos a cada individuo en modelos que compilan la información individual o “de caso a caso” con las periodicidades establecidas para los diferentes niveles del sistema nacional de salud.

Las estadísticas de salud son imprescindibles para movilizar recursos humanos y materiales, interviene de manera determinante en el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles de mando, estratégico y operativo. Las estadísticas de salud se utilizan en todas las etapas de la administración o la gerencia del sector de la salud así como son de utilidad para otros sectores que se ocupan de las demás actividades socio económicas del país. Las estadísticas de salud, fundamentalmente las de mortalidad y natalidad son utilizadas sistemáticamente en los estudios demográficos y cálculos de población.

De tal manera, no resulta difícil entender el valor que en nuestros tiempos tiene el uso de las estadísticas de salud para desarrollar la gerencia sobre una base científica. Se utilizan en todas las etapas de la misma con especial interés en el proceso de toma de decisiones.

Las estadísticas sanitarias se utilizan además en:

- Investigaciones.
- Docencia de pregrado y postgrado.
- Gerencia, docencia e investigaciones relacionadas con otras ramas de la actividad socio económica del país.

III. Sistemas de información estadística

3.1. Sistemas de Información

La Teoría de Sistemas es aplicable al sector de la Salud ya que él mismo es un Sistema, por cierto, complejo, que interactúa con otros sistemas tan complejos como este.

El sistema de información de Salud debe estudiarse en su conjunto como una reunión de sub-sistemas en interacción interna y externa, de acuerdo a la estructura en la cual está conformado. Cada aspecto de la salud es un sub-sistema dentro de otro de mayor complejidad.

Para evaluar la marcha de cada estrategia de salud, es necesario todo un sistema de información que permita retroalimentar el programa y realizar los ajustes necesarios.

Para comprender qué es un sistema de información, tenemos que relacionarlo con el proceso de comunicación, entendiendo este como un proceso mediante el cual se transmiten “mensajes” para generar información con vista a:

- Establecer la política nacional de salud.
- Trazar las estrategias y planes para ejecutar dicha política.
- Planificar las acciones de salud a ejecutar.
- Seguir o monitorear de cerca el desarrollo de los planes y programas.
- Controlar las actividades, tomando las decisiones que se requieran para adecuar dichos planes y programas.
- Proceso de toma de decisiones.

De esta forma, conoceremos los aspectos en que podemos influir o afectar intencionalmente la composición y operación de un sistema con el objetivo de ajustarlo, modificarlo o cambiarlo para optimizar el funcionamiento del mismo.

En la actualidad se diferencian nítidamente los conceptos de estadística e información. La estadística da prioridad a lo relacionado con la recolección y procesamiento de los datos. La información realza el uso de ellos.

Datos: Según el diccionario de la lengua española, es un antecedente para llegar al conocimiento exacto de un hecho. Es una magnitud o caracterización de algo. Son **estáticos**. No cambian una vez obtenidos. Cuando se les procesa y presenta en un contexto apropiado pueden generar entendimiento.

Información: Según el diccionario de la lengua española, es la reseña, representación o concepción derivada de la observación, lectura o instrucción. Es conocimiento en relación con un hecho, que surge de la confrontación de datos con los conocimientos que existen sobre el mismo. La información es **dinámica**.

El dato es un hecho aislado, un producto bruto que constituye la materia prima de la información. Para que se convierta en información ha de ser organizado, analizado y comunicado o emitido adecuadamente a fin de que pueda ser comparado y evaluado de acuerdo al conocimiento previamente adquirido de los hechos que estos representan.

Un sistema de información es un proceso que conlleva una actividad continua y adaptable a las circunstancias y necesidades, tratar de llevarlo a un esquema fijo, restringe una de sus propiedades principales: la de la adaptación rápida a situaciones de cambio.

Sistema de información: Sistema que se conforma con el conocimiento adquirido sobre un hecho y con elementos de análisis, evaluación, comparación y control, que permiten la toma

de decisiones sobre un conjunto de actividades del sistema de servicio donde este opera y conduce al logro de la finalidad y objetivos del mismo.

Un sistema de información debe brindar información veraz, oportuna, relevante, exacta, útil y periódica. Para su diseño se utiliza la metodología y técnicas del análisis de sistema, que permita organizar la captación, emisión, procesamiento de los datos y tratamiento de la información, con vistas a lograr un sistema de información que permita evaluar el cumplimiento de los objetivos del sistema de servicio de que se trate, ya que es necesario prever qué indicadores se necesitan, como obtenerlos y vías de transmisión.

3.2. Sistemas de Información Estadísticos (SIE)

Todo sistema de información ha de tener un sub-sistema que se encarga de la recolección, flujo y procesamiento de datos que permita generar información oportuna, confiable y necesaria. Este subsistema es llamado Sistema Estadístico.

SIE: Es el subsistema del sistema de información que se encarga de la recolección, procesamiento, flujo y presentación de datos a los diferentes niveles donde este opera.

Para que el Sistema Estadístico se convierta en Sistema de Información Estadístico, debe además contener elementos de análisis, evaluación, comparación y control que permitan la toma de decisiones sobre el conjunto de actividades del programa.

Como todo sistema ha de tener los componentes esenciales de este: entradas, procesador o procesos, salidas, retroalimentación, estar bien delimitado y contar con definiciones claras y precisas. En todo sistema de información estadístico debe estar presente la estrecha relación entre productores o proveedores y usuarios a fin de mantener la coherencia entre las necesidades de información a satisfacer y su satisfacción real.

3.3. Clasificación de los SIE

De acuerdo al nivel jerárquico:

- Global
- Ramal

De acuerdo al alcance:

- Nacional
- Territorial (regional / local, provincial, distrital)

De acuerdo a los medios técnicos en que se sustente:

- Manual
- Automatizado
- Mixto

De acuerdo a su finalidad o propósito:

- Recursos
- Servicios
- Mortalidad
- Morbilidad
- Otros

De acuerdo a su contenido:

- Generales
- Especiales

Concluyendo: La información pasa por tres fases fundamentales del sistema, en el caso de la información de gestión. En su nacimiento, es un dato primario, algo que aún no está elaborado, que tiene un valor potencial, el cual debe convertirse en real mediante un trabajo posterior. El dato primario, junto con otros, recibe “tratamiento” por medio de operaciones tales como, clasificación, tabulación, cálculo, consolidación y otras operaciones. El producto terminado, constituye la última fase de la información, en esta, la información es ya un resultado listo para ser utilizado por los usuarios.

Los organismos internacionales especializados en la actividad de los SIE recomiendan una serie de principios para su buen funcionamiento. Estos son:

Principios Generales que sustentan un Sistema de Información Estadístico (SIE)

- Definición del Sistema de Información Estadístico. Comprende la captación de los datos, validación y procesamiento, transmisión, preparación de informes y difusión / comunicación estadística.
- Función del SIE. Desarrollar las estadísticas en diferentes áreas de medición. Disponer de fuentes de información. (Banco de Datos / Bases de Datos amigables, interrelacionadas, que permitan la fácil carga y recuperación de la información)
- Carácter confidencial de los registros primarios. Legislación y regulaciones que protejan la información de carácter personal.
- Organismo (s) que se encargarán del sistema. Asignar responsabilidad y funciones a los organismos que se ocuparán del SIE.
- Coordinación entre los organismos que participan y son responsables del funcionamiento del SIE.
- Evaluación crítica periódica del SIE. Designar autoridad encargada de la evaluación crítica del SIE. Realizar estudios a fondo para la evaluación de todas y cada una de las etapas del SIE. (captación del dato, procesamiento, validación, salidas, comunicación, difusión, uso y satisfacción de necesidades de información)
- Uso del muestreo.
- Implementación de encuestas periódicas o eventuales. La realización de encuestas como un complemento para profundizar en ciertas variables y confrontar salidas de información del SIE.
- Interrelación con otros Sistemas.

Recomendaciones para el registro de los datos:

- Definir y establecer los datos a registrar. Adopción o elaboración de definiciones.
- Establecer los procedimientos y regulaciones de registro. Incumben al declarante y al registrador.
- Obligatoriedad para la captación del dato. (Medidas educativas / Coercitivas.) Respaldo legislativo.
- Organización para la captación del dato. Estructura jerárquica, oficinas estadísticas geográficamente distribuidas. Tratar de captar el dato lo más cerca posible al lugar de acaecimiento del evento a medir. Fácil accesibilidad para el declarante, horas adecuadas, cobertura satisfactoria para la captación del dato. Todo ello facilitará cumplir con los plazos de tiempo establecidos para el proceso estadístico, fundamentalmente con la captación de la información.

- Tecnología para la captación. En la medida que la tecnología sea más moderna y eficiente el proceso de la captación del dato será cuantitativamente y cualitativamente superior. Uso de la Informática.
- Gratuidad. La declaración del dato debe ser un acto gratuito.
- Plazos para la captación del dato. Su duración debe ser tal que garantice la oportunidad y exactitud del dato captado. Tener en cuenta procedimientos que permitan, en aras de la integridad, aceptar captaciones tardías.
- Confección de registros primarios y modelos sencillos con variables sencillas, fiables, factibles de obtener, de fácil comprensión para el declarante y el registrador.

Recomendaciones para la transmisión, consolidación y emisión de la información estadística:

- Preparar informes y tabulaciones
- Transmitir toda la información recogida en todas y cada una de las áreas de captación, sin omisión alguna.
- Uso de la Telemática en el proceso de transmisión de los datos, desde todos los niveles posibles.
- Flujo de información por niveles (Piramidal) Transmisión de información más o menos detallada según niveles del SIE. Más detallada en los niveles inferiores u operativos. Más general en la medida que asciende por los niveles del SIE.
- Regulaciones en forma, contenido y fecha de transmisión de la información así como de la recepción de los mismos.
- Establecimiento de métodos de evaluación permanentes de la veracidad de las tabulaciones.
- Emisión de información estadística organizada y/o analizada. Publicaciones periódicas o eventuales para los usuarios en general. A solicitud de usuarios eventuales e individuales. La emisión de la información estadística varía en forma, contenido y periodicidad según el usuario (s) a que va dirigida. El tipo de usuario está dado por las necesidades de información a satisfacer en cada caso y momento. La información estadística se ofrecerá en soporte papel y/o electrónica.

3.4. Diseño de los SIE

Los sistemas de información estadísticos se diseñan por medio de un minucioso trabajo científico multidisciplinario donde intervienen proveedores y usuarios.

El trabajo de diseño se realiza por etapas metodológicas que se suceden una tras otra por parte de un equipo de especialistas en estadísticas y del programa de salud que se trate, de tal manera que proveedores y usuarios de la información deben trabajar en estrecha relación a fin de garantizar el diseño más racional posible, la exitosa implantación del sistema, su actualización y perdurabilidad.

3.5. Calidad de la información estadística

La calidad de la información estadística expresa lo tanto que difiere su exactitud de lo conocido como error. La medición de la calidad de la información estadística se basa en dos conceptos básicos para el funcionamiento de un SIE:

- **Cobertura:** Posibilidad de recoger el dato establecido dondequiera que este se origine o lo que es igual, lo más próximo en tiempo y espacio a donde ocurra el evento que origina el dato primario a recolectar.
- **Integridad:** Proporción de datos registrados con relación al total de datos a registrar. Se refiere a que se registre, fluya y emita la totalidad de los eventos o datos que de ciertos hechos se originen y que así lo establezca el SIE en su concepción.

Sin una cobertura de estructuras para la recolección del dato y sin integridad de la recolección, obviamente la calidad de la información es baja.

La calidad de la información estadística en salud se mide a partir de la presencia de estos dos conceptos básicos y de la evaluación de ciertos atributos que en su conjunto expresan el nivel de la calidad de la información que se ofrece como resultado de un SIE.

Otros atributos para evaluar la calidad de la información estadística:

- **Veracidad:** Reducción de errores. La información estadística debe reflejar lo más aproximadamente posible la realidad objetiva.
- **Confiabilidad:** Se refiere a establecer márgenes de errores o intervalos de confianza de los datos estadísticos que se ofrecen.
- **Oportunidad:** Que la información estadística esté “ en tiempo “ para los fines de la toma de decisiones.
- **Estabilidad:** La calidad de la información estadística requiere de estabilidad metodológica para asegurar su consistencia. Frecuentes cambios de procedimientos o definiciones desestabilizan un SIE y afectan la calidad de la información estadística.
- **Suficiencia:** Que la información estadística satisfaga las necesidades de información de los usuarios. El exceso de información implica gastos inútiles y poca utilización.
- **Compatibilidad:** Definiciones y procedimientos compatibles dentro del SIE y entre los SIE. Sólo así se pueden hacer comparaciones en el tiempo y entre programas afines.
- **Flexibilidad:** Se refiere a la información por niveles que ofrezca el SIE. A superior nivel del sistema de salud, información más general para el mando estratégico, fundamentalmente. En los niveles inferiores y más operativos el SIE debe ofrecer información detallada para la gerencia a ese nivel.
- **Claridad:** Expresión de la información clara y sencilla, explícita y bien definida.
- **Equilibrio:** La información que ofrece un SIE debe ser equilibrada de tal manera que exprese las principales actividades de todo el programa a que se refiere.
- **Economía:** Costos de implantación y funcionamiento de un SIE. Un SIE costoso difícilmente sea perdurable o sostenible por largo tiempo. Los SIE deben diseñarse con un pensamiento racional en términos de costos, deben ser económicos y eficientes.
- **Pertinencia:** La información que ofrece un SIE debe ser pertinente a la situación de cada momento y debe prescindir de emitir información tangencial al problema de medición central. Ello conlleva a confusiones, distorsión de los resultados, elevación de los costos y baja eficiencia.

3.6. Comunicación estadística

Se entiende por Comunicación Estadística, el reflejo o proyección del proceso y resultados de la actividad estadística. Sin duda el cuidado con que se realice la misma favorecerá el mejor uso de los datos en sus diferentes funciones, fundamentalmente, en el proceso de toma de decisiones.

La comunicación estadística puede hacerse de diferentes formas que varían en función del contenido, la extensión y en aspectos formales propiamente dichos.

Antes de decidir la forma de la comunicación estadística se debe establecer lo siguiente:

- ¿A quién va dirigida?

La información puede estar dirigida a dirigentes, investigadores, personal docente (profesores o alumnos), organismos internacionales, órganos de Gobierno, Partido o a un grupo heterogéneo de receptores para una misma información.

De acuerdo a quien va dirigida debe delimitarse:

- Nivel de Información que tienen sobre el tema.
- Qué necesita saber.
- Qué información previa necesitan para la total comprensión de lo que se va a comunicar.

Dependiendo de esto se identificará la profundidad, expresión en texto, gráfica o tabular, nivel de detalle, antecedentes del problema, referencias y otros aspectos que pueden o no resultar necesarios.

- ¿Qué nos proponemos comunicar o para qué la necesitan los usuarios o receptores?

Es necesario saber que se necesita transmitir en dependencia de que se necesita conocer. Por tanto es útil decir o tener claro, por qué se da esa información, qué importancia reviste, qué se propuso estudiar y transmitir por él o los autores, qué se encontró, qué conclusiones y qué recomendaciones se proponen.

Se debe siempre identificar las necesidades de información anteponiendo la relevancia y la selectividad a la cantidad, siempre que sea posible. Se debe además identificar la cultura organizacional en estadística y en el tema específico que se aborda.

- ¿Cómo recibirán los resultados (vía, lugar, soporte, forma oral o escrita, etc.)

Es necesario definir como transmitir la información. La comunicación estadística se realiza de dos formas básicas, la oral y la escrita.

Una premisa para cualquiera de las dos formas es la utilización de un lenguaje claro y sencillo así como considerar todo aquello posible que facilite la comprensión, NO que la entorpezca.

Usar la expresión tabular cuando realmente aclare y haga relevante lo que es necesario, los gráficos no deben ser usados arbitrariamente ya que pueden confundir o distraer al usuario del propósito del trabajo. Los gráficos o imágenes solo deben usarse para destacar algún resultado importante o relevante.

En la comunicación oral, se debe hacer un uso pertinente de los medios audiovisuales, entre los que no se deben olvidar los rotafolios y multimedia. La presentación en *display* de una computadora sin más ayuda, debe reservarse para poca audiencia dada la estrecha visibilidad que ofrecen, de ser audiencias mayores a esta deben usarse medios potenciadores de la imagen.

- ¿Cuándo o cada qué tiempo se les comunicará la información?

Se refiere a en qué momento o cada qué tiempo transmitir la información. Se refiere a la periodicidad.

IV. Estadísticas de población

Información numérica acerca de la composición y principales características de las agrupaciones humanas. Son objeto de estudio de la **Demografía**, que es la ciencia que tiene por objeto el estudio del tamaño, la estructura y la distribución de la población en un territorio, así como los elementos que contribuyen a su desarrollo o cambios en el tiempo como : mortalidad, fecundidad y migración.

Según el Diccionario Demográfico Plurilingüe de las Naciones Unidas la Demografía: “Es la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas desde un punto de vista principalmente cuantitativo”.

4.1. Tipos de demografía

Los dos tipos o partes de la demografía están interrelacionados entre sí, y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas.

4.1.1 Demografía estática: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.

- La **dimensión** es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado.
- El **territorio** es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse como, por ejemplo, una nación, una región, una provincia, una ciudad, un municipio, etc.
- La **estructura** de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Según las Naciones Unidas, estas variables son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.

4.1.2 Demografía dinámica: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones. Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la nupcialidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la mortalidad, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración.

4.2. Conceptos básicos del estudio poblacional:

- Tamaño
- Estructura
- Distribución
- Características
- Mortalidad
- Fecundidad
- Migración
- Dinámica

4.2.1 *La estructura por edad y sexo de la población* es la distribución del total de habitantes según el sexo y la edad de los mismos, está representada por el número o proporción de varones y mujeres en cada en cada edad o grupo de edades.

Tasa de Masculinidad

$$TM(x) = \frac{NH(x)}{NH(x) + NF(x)} * k$$

TM(x) Representa la tasa de masculinidad de la población de edad x.

NH(x) Representa el número total de varones de edad x.

NF(x) Representa el número total de mujeres de edad x.

k Representa una constante, generalmente 100.

Relación de masculinidad o Índice de Masculinidad

Expresa el número de hombres que hay por cada –usualmente- 100 mujeres. Puede calcularse a partir de cantidades absolutas o relativas.

$$IM(x) = \frac{NH(x)}{NF(x)} \times k$$

IM(x) Representa el índice de masculinidad a la edad x.

NH(x) Representa el número total de varones de edad x.

NF(x) Representa el número total de mujeres de edad x.

k Representa una constante, generalmente 100.

Edad Promedio

Es la edad que representa a un conjunto de personas de un centro poblado y señala un centro de sus valores. Generalmente se refiere a la media aritmética, que describiremos luego, pero podría referirse a cualquiera de los promedios (media, mediana o moda).

Media de una muestra

La medida de tendencia central de uso más amplio es la llamada media aritmética que, por lo general, se designa como media. Para datos originales, esto es para datos no agrupados, la media es la suma de todos los valores dividida entre el número total de valores.

$$M(x) = \frac{\sum N(x) * x}{\sum N(x)}$$

- M(x) Representa la edad promedio
N(x) Representa la población a la edad x.
x Representa la edad (variable)
 \sum Es el signo de sumatoria

Edad Mediana

Es la edad en la cual la mitad de la población observada tiene una edad inferior a ella, y la otra mitad, una edad superior

$$Me(x) = L(k) + \frac{\frac{N}{2} - F(k-1)}{f(k)} * c(k)$$

- Me (x) Representa la edad mediana.
L (k) Representa el límite inferior de la clase de la mediana.
N/2 Representa la mitad de la población
f (k) Representa la frecuencia en la clase media.
F (k-1) Representa la frecuencia acumulada en la clase anterior a la clase de la mediana.
c (k) Representa la amplitud de la clase de la mediana.
k Representa a la clase de la mediana.

Relación de dependencia por edad

Nos indica por cada 100 personas en edad de trabajar, cuantas existen en situación de dependencia económica; o porque son menores de edad, o porque son mayores de 64 años, suponiendo que estos segmentos poblacionales no están en el mercado laboral.

$$RD = \frac{N_{(0-15)} + N_{(65 y+)}}{N_{(15-64)}} * 100$$

RD	Representa la relación de dependencia.
N (0 - 15)	Representa la población de 15 o menos años de edad.
N (65 y +)	Representa la población de 65 y más años de edad.
N (15 - 64)	Representa la población en edad económicamente activa

Índice de vejez

Nos indica cuantas personas mayores de 60 años existen, por cada 100 niños menores de 15 años

$$IV = \frac{N_{(60 Y +)}}{N_{(0-14)}} * 100$$

IV	Representa el Índice de la Vejes
N (60 Y +)	Representa la población de 60 años y más años de edad (adultos mayores)
N (0-14)	Representa la población de menores de 15 años de edad.

Esperanza de Vida al nacer

Es el Número promedio de años de vida al nacer (edad 0) según las tasas de mortalidad prevista por edad calculadas en función del año y la población de referencia.

Otra definición que se puede considerar es el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Representación grafica de las estructuras por edad de la población

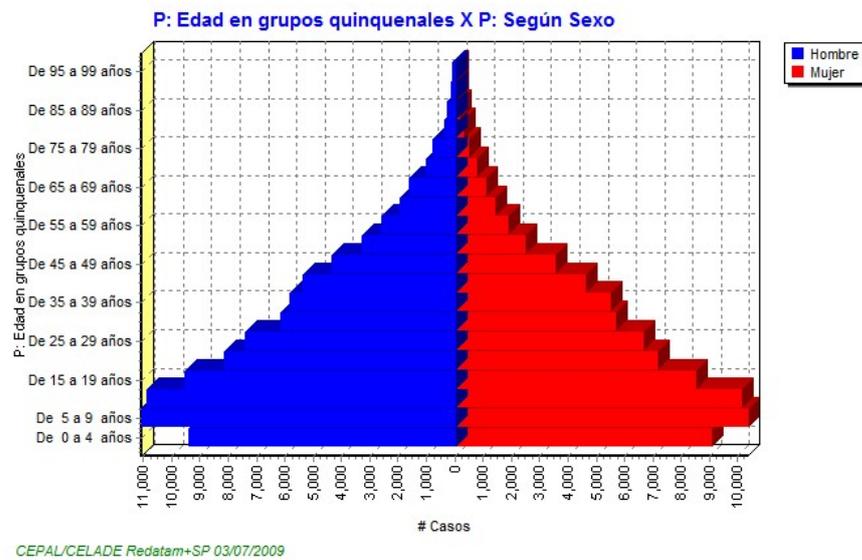
- ***Pirámide de la Población***

La pirámide de población es la representación gráfica, tipo histograma, de la estructura por edad y sexo de una población para un momento determinado del tiempo.

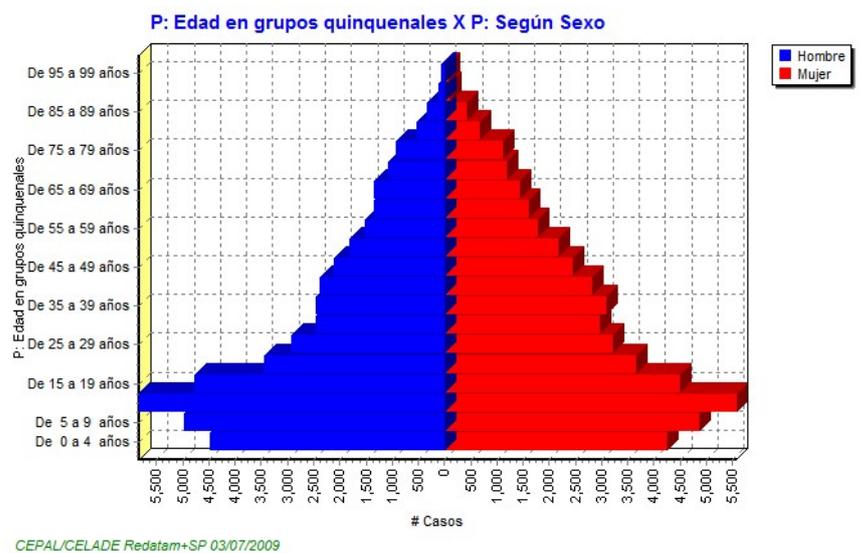
En la demografía la información puede expresarse en forma de tablas o gráficas. La gráfica más empleada es la pirámide de población.

Es un histograma de distribución por edad y sexo que se construye de la siguiente forma:

- Los intervalos de edad, normalmente quinquenales, se representan en el eje vertical,
- En el horizontal se divide la población por sexos,
- Los hombres se representan a la izquierda y las mujeres a la derecha,
- La población más joven ocupa la base y los ancianos la cúspide,
- A cada segmento de edad en cada sexo se le asigna un rectángulo proporcional al volumen que representa en la población total.



Chanchamayo



Jauja

- **Ejes Cartesianos**

La estructura por edad de la población se puede graficar en un sistema de ejes cartesianos, en el cual las edades se marcan, en una escala adecuada, en el eje horizontal (abscisas), en tanto que los efectivos de población se representan en el eje vertical (ordenadas).

4.2.2 Indicadores de la distribución espacial de la población. El término de distribución espacial de la población se refiere a los patrones de asentamiento y dispersión de la población dentro de un país o región.

Grado de Urbanización

El grado de urbanización es el porcentaje de pobladores que residen en las zonas urbanas de un país, región o lugar.

$$PNU_i^z = \frac{NU_i^z}{N_i^z} * 100$$

PNU_i^z Representa el porcentaje de población urbana de “i” en el año “Z”.

NU_i^z Representa la población urbana que reside en “i”, en el año “Z”.

N_i^z Representa la población total de “i”, en el año “Z”.

Densidad de Población

$$DN_i^z = \frac{N_i^z}{S_i^z}$$

DN_i^z Representa la densidad de población del lugar “i” en el año “Z”.

N_i^z Representa la población del lugar “i”, en el año “Z”.

S_i^z Representa la superficie “i”.

Tasa de Urbanización

$$TU_{(0,t)} = \frac{NU_t - NU_0}{N_t + N_0} * \frac{2}{t} * 100$$

$TU_{(0,t)}$ Representa la tasa de urbanización entre el momento “0” y “t”.

NU_t Representa la población urbana en el momento “t”.

NU_0	Representa la población urbana en el momento “0”.
N_0	Representa la población total en el momento “0”.
N_t	Representa la población total en el momento “t”.
t	Representa el tiempo transcurrido entre los dos momentos.

Tasa anual de crecimiento urbano

$$ru_{(0,t)} = \left[\sqrt[t]{\frac{NU_t}{NU_0}} - 1 \right] * 100$$

$ru_{(0,t)}$	Representa la tasa de crecimiento urbano entre el momento “0” y “t”.
NU_t	Representa la población urbana en el momento “t”.
NU_0	Representa la población urbana en el momento “0”.
t	Representa el tiempo transcurrido entre los dos momentos.

Incremento de la Urbanización

$$IU_i = \frac{PNU_i^t - PNU_i^0}{t} * 100$$

IU_i	Representa el incremento medio anual del grado de urbanización del lugar “i” entre “0” y “t”.
PNU_i^t	Representa el porcentaje de población urbana de “i” en el momento “t”.
PNU_i^0	Representa el porcentaje de la población urbana de “i”, en el momento “0”.
t	Representa el número de años del periodo de comparación.

4.2.3 Indicadores socio-económicos

PBI Per Cápita

Valor de mercado promedio por persona de la suma de los valores agregados brutos de todas las unidades institucionales residentes dedicadas a la producción, para una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares internacionales usando tasas de paridad del poder adquisitivo monetario. El producto interno bruto (PIB) a precios de mercado es la suma del valor bruto agregado por todos los productores residentes en la economía, más cualquier impuesto y menos cualquier subsidio no incluidos en el valor de los productos.

El PIB mide la producción total de bienes y servicios para uso final que ocurre dentro del territorio doméstico de un determinado país, sin considerar su adjudicación a títulos doméstico o extranjero; el PIB proporciona una medida agregada de ingreso.

La residencia de una unidad institucional es definida sobre la base del interés económico en el territorio por más de un año. Un dólar internacional se define como la unidad monetaria que tiene el mismo poder adquisitivo sobre el PNB como el dólar norteamericano en los Estados Unidos.

Población Alfabeta

Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Para propósitos estadísticos, una persona es letrada sí, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.

Años Promedio de Escolaridad

Es el número total de alumnos de determinado sexo matriculados en enseñanza primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población del mismo sexo del grupo etáreo que corresponde oficialmente al nivel de enseñanza primaria, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año, para un determinado país, territorio o área geográfica. De acuerdo con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación de 1997 (CINE-97), adoptada por la UNESCO, enseñanza primaria se define como el nivel de enseñanza cuya función principal consiste en proporcionar los primeros elementos de la instrucción, como la que se da en escuelas elementales y escuelas primarias.

Línea de Pobreza

Porcentaje de la población viviendo bajo la línea nacional de pobreza, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año. La definición operacional de línea nacional de pobreza suele variar de país a país y representa el monto del ingreso que permite a cada hogar satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros.

4.3. Fuentes de datos demográficos

4.3.1 El Censo Poblacional

El censo poblacional se define como un “conjunto de operaciones que consisten en reunir, elaborar y publicar datos demográficos, económicos y sociales, correspondientes a todos los habitantes de un país o territorio definido y referido a un momento determinado o a ciertos periodos de tiempo dados”.

4.3.2 La Encuesta por Muestreo

Es un conjunto de operaciones cuyo objeto es lograr información sobre un tema especial, aplicada a una parte de la población de un país o territorio determinado, seleccionada en un proceso donde intervienen la aleatoriedad.

Encuestas demográficas:

Encuestas Demográficas Nacionales: 2004, 2005 y 2006.

Encuestas sociodemográficas:

Encuestas Demográficas y de Salud Familiar 1991, 1996, 2000. ENDES Continua 2004-2008

4.3.3 Las estadísticas vitales

Son registros oficiales, que se realizan todos los días del año, sobre los principales hechos demográficos tales como: nacimientos, defunciones, matrimonios, divorcios, adopciones, defunciones fetales.

V. Estadísticas de mortalidad**5.1. Estadísticas de Mortalidad. Conceptos.**

Las estadísticas de mortalidad son aquellas que tienen como propósito conocer el número de defunciones habidas en determinada colectividad humana durante un periodo de tiempo definido y su distribución de acuerdo a diferentes características de la población, entre estas características, las causas de muerte son de especial interés.

La mortalidad es uno de los componentes que intervienen en la estructura por edad y sexo de la población junto a la fecundidad y las migraciones.

La muerte o defunción es uno de los hechos vitales que forman parte de las estadísticas vitales de mayor interés para la salud pública.

La mortalidad es la acción de la muerte sobre la población, según el concepto demográfico. Es importante para medir el Estado de Salud de la Población al constituir un efecto fenoménico de las variaciones que ocurren en esta.

Las Estadísticas de Mortalidad forman parte de las Estadísticas Vitales, de gran interés para el quehacer en salud.

5.2. Utilidad de las estadísticas de mortalidad.

Utilizadas sistemáticamente en los estudios y cálculos demográficos de población y en especial del indicador Esperanza de Vida.

Son de gran utilidad para la planificación, ejecución y control de programas y acciones de salud.

Son muy usadas en investigaciones y para la docencia de pregrado y postgrado

5.3. Tendencia de la mortalidad

La tendencia de la mortalidad, desde hace alrededor de 200 años, ha sido descendente, en términos generales, debido al desarrollo científico de la humanidad, el control y prevención de muchas enfermedades principalmente transmisibles, así como el desarrollo socio económico de las sociedades.

Las mejoras higiénicas y sanitarias y el desarrollo socio económico de las sociedades, han elevado las condiciones de vida de las personas y ello ha influido en el descenso de la mortalidad. Estas mejoras no han ocurrido de modo parejo para todos los países del mundo, incluso se aprecian diferencias entre regiones de un mismo país, lo que sitúa a países y regiones en condiciones de franca desventaja con relación a otros.

Factores que intervienen en las variaciones de la mortalidad.

- Factores Biológicos. Ej. : Edad y Sexo.

Sexo: A lo largo de toda la vida existe sobre mortalidad masculina. Ocurren más nacimientos de niños que de niñas en una relación de 105 %, o sea 105 varones por cada 100 hembras. El efecto de la mortalidad hace que haya más mujeres que hombres en edades más avanzadas de la vida.

Los factores que favorecen la sobre mortalidad masculina pueden ser factores biológicos como la mayor reserva genética y la resistencia que poseen las mujeres a la enfermedad y muerte. Los factores sociales influyen también. La sociedad ha impuesto históricamente a cada sexo patrones de conducta y realización de actividades diferenciadas lo que ha provocado perfiles de mortalidad distintos para cada sexo, por ejemplo, los hombres desempeñan con frecuencia trabajos más riesgosos físicamente que las mujeres. Por otra parte es conocido que las mujeres muestran mayor responsabilidad por su salud. Las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer superior a la de los hombres y alcanzan a vivir en general más años.

Edad: En países de bajo desarrollo socio económico la estructura de la mortalidad según edad es la siguiente: mortalidad elevada en las primeras edades de la vida lo que se corresponde con una pirámide poblacional de base ancha y vértice estrecho donde la mortalidad afecta a lo largo de toda la vida. Las causas que más afectan son las causas exógenas. En los países de mayor desarrollo socioeconómico la mortalidad en los menores de un año y en las edades más jóvenes, disminuye mientras se eleva la mortalidad en los grupos de edades más avanzadas. La pirámide de la población se presenta con base estrecha, cuerpo y vértice ancho, porque logran llegar mayor cantidad de efectivos poblacionales a edades avanzadas de la vida. Las causas que más afectan son las endógenas, es decir, las caracterizadas por factores causales biológicos y degenerativos, por ejemplo: enfermedades cerebro vasculares y tumores malignos.

- Organización social

La organización social establece el modo de producción de la sociedad, la distribución de los productos, los alimentos, la gratuidad o bajos precios de las medicinas y servicios médicos en general. Todo ello es diferente para cada país o región según la organización social que posean. Estos factores diferentes determinan y condicionan distintos perfiles de mortalidad.

- Medio ambiente

El Medio Ambiente incluye el clima, el aire, los procesos ecológicos y otros. Cuando estos componentes son desfavorables influyen desfavorablemente en la mortalidad.

- Factores causales (Factores exógenos y endógenos)

Los factores **exógenos** que causan muerte con frecuencia, son típicos de países subdesarrollados o con importante situación de pobreza y débiles sistemas de salud.

Los **endógenos** tales como las enfermedades crónicas no transmisibles y accidentales son más frecuentes en sociedades desarrolladas, con sistemas de salud desarrollados, con poblaciones donde sus individuos tienen elevada esperanza de vida, en las que están presentes además hábitos y estilos de vida inadecuados, estrés y otros.

5.4. Sistema de Información Estadístico de Defunciones

Es el conjunto de procedimientos encaminados a recolectar, procesar, validar y emitir datos relacionados con la mortalidad.

El Sistema de Información Estadístico de mortalidad como también suele llamarse, forma parte del Sistema de Información Estadístico Nacional (SIEN).

La captación del dato primario se realiza en todas y cada una de las unidades de salud a quienes se les ha atribuido la función de legalización del certificado médico de defunción, registro primario del sistema. La estructura estadística de salud es la responsable de procesar, validar y consolidar esta información fungiendo como una prolongación de las Oficinas del Registro del Estado Civil de las Municipalidades y la RENIEC.

El personal autorizado como registrador de los datos de mortalidad en los certificados médicos de defunción es única y exclusivamente el personal médico.

En el Departamento Municipal de Estadística se recibe y registra el documento. Los certificados son enviados a la RENIEC y el EESS de la jurisdicción, que revisa la integridad del documento. Se codifica la causa básica de defunción utilizando la CIE X. Se almacena la información en soporte electrónico confeccionando la base de datos y se envía al nivel administrativo superior para su consolidación, hasta las DIRESAS y luego el nacional, para las estadísticas de país.

5.5 Medidas de la mortalidad

Mortalidad absoluta. Número absoluto de defunciones para un lugar y tiempo dado. Ej. Defunciones ocurridas en Perú en 1999: 79 486

Mortalidad Proporcional: Proporción de defunciones de acuerdo a determinadas características con relación al total de defunciones ocurridas en un lugar y periodo de tiempo dado.

La mortalidad proporcional suele calcularse por sexo, edad, causa de muerte, región y otras variables de interés.

$\text{Mortalidad Proporcional (Lugar y tiempo)} = \frac{\text{Defunciones según determinadas características}}{\text{Total de defunciones}} \times 100$
--

La Mortalidad proporcional por causas es útil cuando se requiere conocer la importancia relativa de algunas causas de muerte. Por ejemplo para evaluar el desarrollo de la Salud Pública de un territorio se pudiera, entre otros indicadores, calcular la mortalidad proporcional por enfermedades infecciosas y si es elevado, se puede suponer mal estado de las condiciones higiénicas y sanitarias y por tanto la necesidad de diseñar un plan de acción para mejorarlas.

$$\text{Mortalidad Proporcional por edad} = \frac{\text{Defunciones a una edad dada o para un grupo de edad}}{\text{Total de defunciones de todas las edades}} \times 100$$

$$\text{Mortalidad Proporcional por sexo} = \frac{\text{Defunciones de un sexo dado}}{\text{Total de defunciones (ambos sexos)}} \times 100$$

El indicador de mortalidad proporcional tiene como **ventaja**: que el cálculo es simple y no requiere de población expuesta al riesgo.

Las **desventajas** son que ignora completamente las estructuras poblacionales por lo que no es útil para la comparación, no expresa el riesgo de morir o, lo que es igual, la frecuencia en términos de probabilidad de morir por alguna causa o a una edad o sexo.

Tipos de tasas de mortalidad:

Tasa Bruta, cruda o general de Mortalidad: relaciona el total de defunciones con la población de un área y tiempo dado. Mide el riesgo absoluto y debe ser utilizada con cuidado en las comparaciones entre regiones o países dado que el denominador incluye toda la población, la cual puede diferir en estructura de edad u otra variable de un lugar a otro. Cuando esto sucede es necesario estandarizar o ajustar la tasa bruta de mortalidad u observar las tasas de mortalidad específica por edad o sexo o la característica en cuestión.

Tasas Específicas de Mortalidad. Relaciona el número de defunciones por alguna característica de los fallecidos (sexo, edad) con la población total que posee esa característica. Es el denominador de la tasa la que la hace específica o no. La tasa de mortalidad por Infarto agudo del miocardio es una tasa general o bruta, ahora bien, la tasa de mortalidad por Infarto agudo del miocardio en la población de 45 a 59 años, es específica ya que en el numerador y en el denominador se circunscribe el dato a ese grupo de edad.

5.5.1 Tasa de mortalidad infantil y sus componentes (TMI). La mortalidad infantil se refiere a los fallecidos menores de un año.

$$\text{TMI} = \frac{\text{Defunciones de menores de un año en un lugar y tiempo dados}}{\text{Nacidos Vivos en un lugar y tiempo dados}} \times 1000$$

Los componentes de la mortalidad infantil son:

- Mortalidad neonatal precoz (menores de 7 días),
- Mortalidad neonatal tardía (de 7 a 27 días) y la
- Mortalidad postneonatal (de 28 días a 11 meses).

Para cada componente se calcula una tasa con igual denominador al de la tasa de mortalidad infantil con el numerador relativo a los fallecidos de la edad definidos para cada componente.

Como para el cálculo de estas tres tasas se usa el total de nacidos vivos en el denominador, al sumarlas se obtiene la Tasa de Mortalidad Infantil.

Tasa de Mortalidad Perinatal I: Esta tasa abarca el periodo fetal tardío de muerte y el neonatal precoz, o sea el periodo cercano al nacimiento.

$$TM \text{ Perinatal (1)} = \frac{\text{Defunciones Fetales tardías (28 semanas y más ó 1000gr y más)} + \text{Defunciones neonatales precoces (0 a 6 días)}}{\text{Nacidos Vivos + Defunciones Fetales Tardías}} \times 10^n$$

Tasa de mortalidad Perinatal II: Comprende un periodo mayor al incluir los fallecidos fetales intermedios y tardíos y los fallecidos neonatales tanto precoz como tardío.

$$TM \text{ Perinatal (2)} = \frac{\text{Defunciones Fetales (20 semanas y más ó 500gr y más)} + \text{Defunciones neonatales (0 a 27 días)}}{\text{Nacidos Vivos + Defunciones Fetales intermedias y tardías}} \times 10^n$$

Tasa de mortalidad fetal: Comprende los fallecidos fetales tardíos.

$$\text{Tasa Mortalidad Fetal} = \frac{\text{Defunciones Fetales Tardías (1000g y más ó 28 semanas y más)}}{\text{Defunciones Fetales Tardías + Nacidos Vivos}} \times 10^n$$

5.5.2 Tasa de Mortalidad Materna

Tasa de Mortalidad Materna Directa: Es la relación de las defunciones maternas provocadas por causas directas (embarazo, parto y puerperio) con los nacidos vivos. Es el cociente de estos dos números y se multiplica usualmente por 10 000 o por 100 000.

Tasa de Mortalidad Materna Indirecta: Es la relación de las defunciones maternas por causas indirectas (causas que se desencadenan durante el embarazo o se agudizan tales como la diabetes, el asma), con los nacidos vivos.

Tasa de Mortalidad Materna Total: Es la relación del total de muertes maternas, directas o indirectas, con el total de nacidos vivos de un periodo y un lugar.

Tasa de Letalidad: Es la relación entre las defunciones que ocurren por una causa con el total de enfermos de esa causa. Expresa la severidad de la enfermedad o daño.

VI. Estadísticas de natalidad

6.1 Definición: Es aquella información numérica relacionada con los nacimientos que ocurren en cierta colectividad humana y su distribución de acuerdo a ciertas características del evento nacimiento per sé, así como características de los padres y el curso del embarazo.

El nacimiento es otro hecho vital de gran interés para salud pública, por lo que defunciones y nacimientos son, de las estadísticas vitales, los que más se estudian en salud.

Otras definiciones básicas en las estadísticas de natalidad:

Nacido Vivo: Es el producto de la concepción que cualquiera que sea la duración del embarazo, sea expulsado o extraído completamente del seno materno, siempre que después de esa expulsión o extracción manifieste cualquier signo de vida.

Parto Institucional: Parto que ocurre en una institución del Sistema Nacional de Salud.

Tendencia de la Natalidad: La tendencia de la natalidad mundial es hacia la declinación. La declinación comenzó en Francia a principios del siglo XVIII y luego se produjo en otros países desarrollados. Hay grandes diferencias en los niveles de natalidad entre los países. Por lo general hay una relación inversa entre el nivel socio económico de los países y su nivel de natalidad. En países de alto desarrollo hay en general baja natalidad y en los países en desarrollo alta natalidad.

Las causas que han determinado el descenso de la natalidad a nivel mundial son:

- Declinación real de la capacidad reproductiva.
- Factores culturales que rigen las costumbres matrimoniales. Incremento del divorcio y la soltería.
- Limitación voluntaria del tamaño de la familia, programas de planificación familiar y patrones culturales de fecundidad.
- Incremento de la Infertilidad dada entre otras, por hábitos y enfermedades del mundo moderno: alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual y otros.
- Disminución de la mortalidad infantil y pre escolar que otorga seguridad a la decisión de tener pocos hijos ya que con alta probabilidad sobrevivirán.

6.2 Sistema de Información Estadístico de Natalidad

El registro del dato primario, es el modelo de Inscripción de Nacimiento el cual es llenado por personal de salud de los diferentes EESS que brindan a atención del parto; que es presentado en las Municipalidades y la RENIEC, para la inscripción del niño.

En algunos gobiernos locales, estos se encargan de enviar los registros al EESS de su jurisdicción, en otros es la RENIEC, con la finalidad de que el personal técnico de las estructuras estadísticas de los EESS del sistema del MINSA consoliden los registros y

efectúen el control de calidad, codifiquen y digiten para elaborar las bases de datos que se envían al nivel administrativo superior hasta consolidarse a nivel nacional.

Actualmente se dispone de bases de datos automatizadas nacionales y provinciales confeccionadas a partir del modelo de inscripción de nacimientos efectuada por la RENIEC. Esto facilita el almacenamiento y recuperación de la información para diversos usos. Pero se debe destacar que se pierde mucha información de salud.

6.3 Usos de la Estadística de Natalidad

Son de gran utilidad para la administración científica, estudios demográficos, investigaciones en el área de la salud reproductiva y otras. En la docencia y en otras actividades de diferentes ramas socio económicas del país.

6.4 Medidas de la natalidad y la fecundidad

Para la mejor comprensión de los indicadores es necesario considerar tres definiciones importantes:

Natalidad: Se refiere a la natalidad efectiva o real, es decir a la frecuencia de nacidos vivos que ocurren en el seno de una población.

Fecundidad: Es la capacidad real de reproducirse la población. Es una variable demográfica al igual que la mortalidad y las migraciones. Se basa en los nacimientos vivos acontecidos.

Fertilidad: Es la capacidad potencial de reproducirse la población. Esta relacionada con las características biológicas y físicas de los individuos.

Indicadores más utilizados:

Números absolutos, Proporción, Razón y Tasas.

Natalidad General: Número total de nacidos vivos. Habitualmente se expresa en la tasa de natalidad.

$$\text{Tasa de Natalidad} = \frac{\text{Nacidos Vivos}}{\text{Población total}} \times 1000$$

Es la probabilidad de que ocurran nacimientos vivos en una población. Expresa la reproducción de la población y por tanto su crecimiento. Requiere para su comparación entre regiones y países con diferentes estructuras por edad u otra, del ajuste o estandarización

Natalidad Proporcional: Proporción de nacidos vivos por una característica dada.

$$\text{Proporción de nacidos Vivos} = \frac{\text{Nacidos Vivos de una categoría dada}}{\text{Total de Nacidos Vivos}} \times 100$$

Tasa General de Fecundidad:

$$\text{Tasa General de} = \frac{\text{Nacidos Vivos de una región y un periodo}}{\text{Población}} \times 1000$$

Fecundidad	$\frac{\text{dado}}{\text{Población femenina de 15 a 49 años de una región y periodo dados}}$
------------	---

Expresa la capacidad real de reproducirse de una población. Tiene en cuenta solo a la población femenina en su edad fértil. Se utilizan como grupos de edad fértil los de 15 a 49 o de 12 a 49 años. En Cuba suele usarse el grupo de 12 a 49 años. La especificidad de este grupo debe siempre aclararse en el indicador que se calcula y presenta. Aunque es una tasa específica debe ser usada con cautela para la comparación, ya que la estructura por edad de ese segmento poblacional puede diferir entre regiones y países así como que la fecundidad no es igual a lo largo de todas las edades de la vida reproductiva en todos los lugares. Esto hace necesario en ocasiones la estandarización o el cálculo de las tasas específicas por edad quinquenal.

La tasa general de fecundidad, habitualmente es 4 o 5 veces más elevada que la tasa bruta de natalidad.

Tasas Específicas de Fecundidad por edad: Se refiere a la capacidad real de reproducción para grupos de edades específicos.

Tasa específica de Fecundidad por edad	$= \frac{\text{Nacidos Vivos de un grupo de edad dado de la madre en una región y periodo dados}}{\text{Población femenina de ese grupo de edad en una región y periodo dados}} \times 10^n$
--	--

La representación gráfica a través del Polígono de Frecuencia de las tasas específicas de fecundidad, dibujan las Curvas de Fecundidad. Las curvas pueden ser Tempranas cuando la fecundidad más alta está en las edades entre 20 y 24 años, Tardía cuando la fecundidad más elevada está en el grupo de edad de 25 a 29 años y Dilatada cuando la fecundidad más elevada está entre 20 y 29 años, La fecundidad temprana es propia de regiones de condiciones socioeconómicas más desfavorables mientras que la tardía es característica de regiones de más desarrollo.

Tasa Global de Fecundidad: Expresa el número de hijos que en promedio tuviera cada mujer de una cohorte ficticia al terminar su vida fértil. Se debe suponer que la cohorte cumple con los supuestos siguientes:

- Que durante la vida fértil las mujeres tuvieran sus hijos de acuerdo a los niveles de la fecundidad de la población en estudio.
- Esta cohorte no está expuesta al riesgo de morir durante la etapa reproductiva.

Es por tanto una medida teórica en algunos aspectos pero puede ser calculada y ayuda a conocer los niveles de fecundidad de una población.

Tasa global de Fecundidad	$= \frac{49}{5} \sum_{x=15} \text{Tasas específicas por edad de fecundidad}$
---------------------------	--

Tasa Bruta de Reproducción: La Tasa Bruta de Reproducción expresa la cantidad de hijas (hembras) que en promedio tuvieron las mujeres de una cohorte ficticia al terminar su edad fértil. Se debe suponer que la cohorte cumple con los supuestos siguientes:

- Que durante la vida fértil las mujeres tuvieron sus hijos de acuerdo a los niveles de la fecundidad de la población en estudio.
- Esta cohorte no está expuesta al riesgo de morir durante la etapa reproductiva.

$$\text{Tasa Bruta de Reproducción} = \frac{49}{5} \sum_{x=15} \text{Tasas específicas por edad de fecundidad}$$

Donde K = 0.4878. Se refiere a la proporción de nacimientos femeninos.

Tasa Neta de Reproducción: Es la tasa de fecundidad más refinada. Expresa la cantidad de hijas que en promedio tuvieron las mujeres de una cohorte ficticia al terminar su edad fértil, no tiene que cumplirse el segundo supuesto referente al riesgo de morir. Su cálculo es más complicado porque hay que utilizar una Tabla de Mortalidad, o sea incorpora el riesgo de morir de las mujeres a esas edades.

El valor de la Tasa Neta de Reproducción mide las condiciones de reemplazo de una población, si es 1 o más la población tiene garantizado el reemplazo poblacional porque cada mujer tiene una hija o más.

Existe relación entre la Tasa Bruta de Reproducción y la Tasa Neta de Reproducción porque las dos miden lo mismo, lo que en la primera no se tiene en cuenta el riesgo de morir. La Tasa Bruta de Reproducción sobrestima generalmente en 1.03 veces a la Tasa Neta de Reproducción lo cual es un valor pequeño, por lo que la Tasa Bruta de Reproducción es la más utilizada por su sencillez de cálculo y fiabilidad.

VII. Estadísticas de morbilidad

Es la información numérica sobre enfermedades, traumatismos y sus secuelas, incapacidades y otras alteraciones de la salud diagnosticadas o detectadas en la población durante un período de tiempo.

Sistema de Información Estadística de Morbilidad: Son los procedimientos encaminados a la recolección, procesamiento y presentación de información sobre estadísticas de morbilidad.

Utilidad: Interviene en todas las etapas de la gerencia en salud. La información sobre morbilidad contribuye a identificar aspectos importantes relacionados con los diferentes componentes del estado de salud de la población.

7.1 Es de suma importancia en la planificación, ejecución y evaluación de programas e intervenciones de salud.

En la planificación:

- Permiten conocer las afecciones que aquejan a la población.
- Permiten conocer el riesgo de enfermar.
- Permiten conocer la gravedad de las afecciones

En la ejecución:

- La recolección activa de la información de morbilidad permite detectar los eventos que aparecen y tomar las medidas pertinentes para controlar o erradicar enfermedades y prevenir las que están a su alrededor.
- Las estadísticas de morbilidad permiten conocer la carga de enfermedad presente en la población. La carga de enfermedad es un concepto incorporado por la Organización Mundial de la Salud a partir de cual se estiman no solo acciones curativas y preventivas sino también la calidad de vida, la esperanza de vida, el redimensionamiento de los servicios y sistemas de salud.

En la evaluación y proceso de toma de decisiones:

- A través de la medición del cumplimiento e impacto de los programas se puede garantizar la ganancia de la salud. El proceso de toma de decisiones se hace más eficiente y efectivo con el uso de buenas estadísticas de morbilidad.

En la investigación:

- En la investigación epidemiológica, sirve para determinar el modo de transmisión de la enfermedad, el periodo de incubación, la severidad de la infección y los aspectos inmunológicos así como para conocer el cuadro epidemiológico de un territorio. Son utilizadas también en otros tipos de investigación en áreas clínicas, ensayos biológicos, pruebas de medicamentos y vacunas, por citar algunos ejemplos.

7.2 Utilidad de las estadísticas de morbilidad

- Conocer el número de personas que sufren de una enfermedad en particular, con qué frecuencia y en cuánto tiempo.
- La demanda que hacen esas enfermedades sobre los recursos médicos y que pérdidas financieras causan.
- Fatalidad y gravedad de las enfermedades.
- Si las medidas de prevención son eficaces.
- Distribución de las enfermedades según edad, sexo, ocupación, etc. y comportamiento en el tiempo.
- Relación entre el control de la enfermedad y la atención médica brindada.

7.3 Dificultades más importantes en el estudio de la morbilidad.

El estudio de la morbilidad y su medición por las estadísticas sanitarias, es un proceso complejo dada la propia complejidad de la morbilidad. La morbilidad es un fenómeno dinámico y con una carga importante de subjetividad. Por ejemplo: Una persona puede estar enferma y no percatarse de ello, por tanto no demandara atención médica y permanecerá oculto a diferentes fines, entre ellos, el estadístico. Una persona puede estar enferma de varias patologías a la vez o poseer un diagnóstico presuntivo que cambia o se corrobora al realizarse estudios específicos y he ahí una gran dificultad para la medición del evento.

7.4 Aspectos conceptuales a considerar en el estudio y medición de la morbilidad:

Proceso salud-enfermedad: Es un proceso dialéctico, no existe una línea divisoria claramente definida entre salud y enfermedad y es difícil determinar lo que cada persona considera como equilibrio biosicosocial.

Anormalidad y normalidad: Un individuo puede tener salud, es decir gozar de equilibrio biosicosocial y estar enfermo de algo que no le molesta.

Hay enfermedades que permiten establecer medidas para definir lo normal de lo anormal por ejemplo, se puede considerar como hipertensión cuando la tensión arterial está por encima de las cifras establecidas, sin embargo, una persona puede sentirse bien con una tensión arterial elevada.

Problemas del Diagnóstico: Se puede considerar que un individuo está enfermo atendiendo a:

- Opinión del paciente de estar enfermo.
- Que sea diagnosticado a través de examen físico del médico.
- Que sea diagnosticado a través de pruebas complementarias.

Enfermos o Enfermedades: Un individuo puede estar enfermo de diarrea y asma al mismo tiempo, hay que definir si se recoge el número de enfermedades que en este caso son dos o de enfermos que es uno, es decir definir que medir: enfermos o enfermedades.

Si se recogen las enfermedades hay que tomar en consideración el momento de su comienzo, de esta forma puede ser de tres maneras distintas:

- La enfermedad comienza antes del periodo de recogida de datos y termina dentro de este.
- La enfermedad comienza y termina dentro del periodo de recogida de la información.
- La enfermedad comienza dentro del periodo de recogida de la información y termina después.

De acuerdo a la decisión que en cuanto a estos criterios se tomen determinaran que se medirá y conocerá realmente: casos nuevos o total de casos.

Frecuencia e Incidencia. Esto se relaciona con la problemática antes descrita a fin de establecer qué tipo de medición se hará.

Las formas clásicas de medición en Morbilidad se basan en los siguientes dos conceptos:

Incidencia: Casos nuevos de una enfermedad en un periodo y lugar dado.

Prevalencia: Total de casos de una enfermedad en un periodo y lugar dado. Incluye los casos nuevos como los que ya existían antes del periodo de estudio y permanecen enfermos.

Pesquisaje o demanda: Hay que definir si se registran solamente los pacientes que solicitan atención médica en los servicios de salud o se hace una búsqueda activa de la enfermedad como es el caso de los programas de salud que implican entre sus acciones el pesquisaje masivo.

Consultas o Reconsultas: Es necesario definir si solo se registraran las consultas donde se hizo el diagnóstico o todas las que se hagan durante el transcurso de una enfermedad.

7.5 Fuentes de Información

Para obtener información sobre morbilidad rara vez resulta suficiente el uso de una sola fuente de información, lo más usual es la consulta de mas de una de las existentes. Por ejemplo las salidas del sistema de información de defunciones y defunciones perinatales que informan sobre las causas de muerte, si bien aportan conocimiento sobre morbilidad, es sobre la morbilidad más severa, la que termina generalmente con un desenlace fatal. Algo similar ocurre cuando se utiliza como fuente de información las salidas del sistema de egresos hospitalarios ya que se accede a la morbilidad que requiere hospitalización, también por lo general mas severa. Al consultar la fuente información que constituyen las salidas del sistema de enfermedades de declaración obligatoria, conocemos también parcialmente la morbilidad que aqueja a la población ya que los datos se refieren fundamentalmente a las enfermedades transmisibles.

Se enumeran a continuación las fuentes habituales de información de morbilidad:

Morbilidad General:

- Mortalidad General.
- Diagnósticos de egresos hospitalarios.
- Diagnóstico de consultas ambulatorias.
- Exámenes masivos a la población.
- Enfermedades transmisibles.
- Enfermedades dispensarizadas.
- Otras sujetas a registros especiales (cáncer, tuberculosis).
- Registros de enfermedades sujetas a pesquisaje.

Morbilidad Específica Relativa a Parte o Segmentos Especiales de la Población:

Grupos de Edad:

- Menores de un año, menores de 5 años, mayores de 5 años, tercera edad, adolescentes y otros.
- Morbilidad perinatal, morbilidad de embarazadas, de adultos y de otros grupos de edad.
- Mortalidad y Morbilidad laboral y escolar.
- Morbilidad según sexo, escolaridad, zona de residencia, características geográficas y socio económicas.

7.6 Medición de la Morbilidad

La medición de la morbilidad se realiza utilizando los indicadores de uso mas frecuente en la actividad de las estadísticas continuas:

- Números absolutos
- Proporciones y porcentajes
- Razones
- Tasas

Algunas tasas propias de la morbilidad

$$\text{Tasa de Incidencia} = \frac{\text{Número de nuevos casos de una enfermedad durante un periodo y para un lugar dados}}{\text{Población en estudio}} \times 10^n$$

Expresa el riesgo de contraer una enfermedad en una población dada en un periodo de tiempo.

$$\text{Tasa de Prevalencia} = \frac{\text{Número total de casos de una enfermedad en un periodo y un lugar dados}}{\text{Población en estudio}} \times 10^n$$

Expresa el riesgo de padecer una enfermedad en una población dada en un periodo dado.

Una variante de la Tasa de Incidencia es la Tasa de Ataque que se mide cuando la población solo está expuesta durante un período limitado. Será de ataque primario cuando considera solo el número de casos de inicio de un brote o epidemia.

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{\text{Número de defunciones por una causa}}{\text{Número de enfermos por esa causa}} \times 100$$

Mide la severidad de la causa. Cuando se mide en la comunidad esta tasa sobre estima la severidad ya que por lo general el número de enfermos registrados siempre es menor que los existentes.

Otras tasas de morbilidad son:

$$\text{Tasa Bruta de Morbilidad} = \frac{\text{Número de enfermos por una causa en una región y período dados}}{\text{Total de población de esa región y período dados}} \times 10^n$$

Las Tasas Brutas de Morbilidad se pueden calcular para una causa en particular o para todas las causas. Son brutas o generales ya que el denominador incluye la población general.

VIII. Estadísticas de recursos y servicios

Información numérica cuantificable acerca de los recursos con que cuenta el Sistema Nacional de Salud para cumplir sus propósitos y elevar el estado de salud de la población.

Los recursos pueden ser:

- Humanos.
- Medios de producción.
- Bienes Producidos.
- Equipos.
- Unidades de salud.
- Locales de consultas.
- Camas para ingresos.
- Sillones estomatológicos.
- Instituciones y locales para la formación de personal calificado de salud.
- Medios de transporte.
- Otros.

Estadísticas de Servicios: Es la información numérica cuantificable sobre los servicios de salud que se prestan con los recursos disponibles para mejorar el estado de salud de la población.

8.1 Utilidad de las estadísticas de recursos y servicios:

Las estadísticas de recursos y servicios son de gran utilidad en la administración científica durante todas sus etapas.

Planificación: Según los principales problemas de salud se deben planificar los recursos y servicios necesarios para su solución.

En la **ejecución** se mide la eficacia y eficiencia de los medios en el proceso.

Para el **análisis del costo beneficio** de los servicios prestados con los recursos existentes.

8.2 Medición de Recursos y Servicios.

Se utilizan los indicadores habituales en la actividad de las estadísticas continuas: Números absolutos, Razones, Tasas, Proporciones y porcentajes

Los indicadores de recursos se agrupan usualmente de la siguiente manera:

8.2.1 Indicadores que miden los recursos existentes.

Este grupo de indicadores tienen como propósito expresar el volumen de recursos existentes, como:

- Número de médicos.
- Médicos por habitantes.

- Camas por médicos.

Puede relacionarse el volumen de recursos existentes con la población beneficiada, o con los servicios prestados o relacionar recursos entre sí, Ej. Médicos por cama hospitalaria, enfermeras por médicos, estomatólogos por sillón.

8.2.2 Indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos.

Este grupo de indicadores tiene como propósito expresar el uso que de los recursos se hace, como:

- Consultas por médicos, este indicador es usado para medir la productividad médica.
- Aprovechamiento de los salones de operaciones. Puede relacionarse el total de horas que estuvo ocupado el salón entre el total de horas planificadas o del total de salones, cuantos están funcionando y que tiempo.
- Aprovechamiento de la cama hospitalaria. Por su importancia y complejidad serán tratados mas adelante con profundidad.

Con frecuencia se relaciona información de recursos y de servicios a fin de obtener mayor expresividad en los indicadores. De hecho es conveniente incorporar a la práctica del análisis de estos indicadores la relación entre recursos y servicios prestados, como única vía de medir la eficiencia del proceso de gestión así como percatarse oportunamente de las necesidades de cada comunidad para ajustar los recursos en función de los servicios cada vez que sea necesario.

Indicadores que miden el aprovechamiento de la cama hospitalaria

La cama hospitalaria es un recurso de importancia y guía para el quehacer en el nivel de atención secundario y terciario. A partir de este recurso se establecen plantillas, presupuestos y demás recursos para la actividad hospitalaria.

Es de gran importancia para la administración de salud, medir el aprovechamiento de la cama a fin de un desempeño gerencial exitoso y un aprovechamiento optimo del alto presupuesto que la atención hospitalaria lleva implícito.

Es de suma importancia para evaluar la calidad y cantidad de servicios de hospitalización se ofrecen a la población.

Los indicadores de aprovechamiento de la cama hospitalaria llevan implícitos definiciones básicas para su construcción y calculo. Estas son:

Dotación normal de camas: Son las camas que dispone el hospital en un periodo de tiempo.

Cama real: Es aquella cama que se encuentra realmente instalada y dispuesta las 24 horas del día para recibir una persona, este ocupada o no. Se excluyen las camas de Cuerpo de Guardia, trabajo de parto, cuartos de emergencia o cuidados especiales, observación, reconocimiento, banco de sangre, investigaciones radiológicas o endoscópicas, intervenciones menores, recién nacidos normales y las camas del personal que reside en el hospital.

Egreso: Paciente que habiendo ocupado una cama real del hospital la abandona ya sea vivo o fallecido.

Día Cama: Es la disponibilidad de una cama real por 24 horas del día.

Días Cama: Suma de los día cama de un día.

Día paciente: Es la unidad de servicio prestado por el hospital a un paciente ingresado en un día. O sea es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado comprendido entre las horas de censo de dos censos consecutivos, siendo contado el día de alta solamente en el caso de que un paciente ingrese y egrese en el mismo día.

Los censos se realizan cada día en un hospital, generalmente en horas de la noche. Debe ser a una hora fija. En este se enumeran las camas ocupadas o no y los pacientes existentes. El censo o ronda nocturna del hospital es una actividad básica del movimiento hospitalario de una unidad.

Días paciente: Es la suma de los diferentes días paciente en un día. Un hospital habrá prestado en un día cualquiera, tantos días-paciente como pacientes permanezcan ingresados a las doce de la noche o a la hora del censo, más un día paciente por cada persona que ingresa y egresa en el mismo día.

Días Estadía: Es el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso. La unidad de tiempo que se utiliza es el día. Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendrá a los efectos de la medición, un día de estadía. La estadía, al abandonar el paciente el hospital, se considerará el día de egreso o el de ingreso, nunca ambos.

Los indicadores de uso más frecuente en la medición del aprovechamiento del recurso cama son:

Promedio de Estadía (PE): Es el promedio de días de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso.

El **PE** es el indicador más importante de la utilización de las camas. Es el más consistente y de mayor poder discriminatorio.

Intervalo de Sustitución (IS): Es el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Cuando un hospital tiene un IS de un día, se encuentra en dificultades para dar servicio a la comunidad.

Intervalo de Rotación (IR): Mide el número de pacientes que en promedio rotan por una cama en un período determinado de tiempo.

Índice de Ocupación o Índice Ocupacional (IO): Establece la relación entre los pacientes ingresados y la capacidad real de las camas de un servicio u hospital. Es el indicador de menor poder discriminatorio. Nunca debe ser analizado aisladamente de los otros.

Promedio de Ocupación de Camas al Año (POCA): Número promedio de días que una cama se mantiene ocupada al año.

No es aconsejable analizar aisladamente cada uno de estos indicadores, la interpretación integral de los mismos es capaz de brindar una información mucho más clara del aprovechamiento de la cama hospitalaria.

El aprovechamiento óptimo de la cama se reflejaría a partir de estos indicadores y de modo general de la siguiente manera: Promedio de Estadía corto, intervalo de sustitución de dos o más días, índice de rotación elevado y un también elevado índice ocupacional. Cada hospital o servicio según su tipo o nivel, tiene patrones de comportamiento particulares de estos indicadores. Por ejemplo, por lo general los hospitales gineco-obstétricos son de corta estadía, alto índice ocupacional y de rotación. Al descender la natalidad por ejemplo o incorporarse tecnologías medicas modernas que acortan el periodo de hospitalización, los indicadores muestran menor

aprovechamiento de las camas y se impone redimensionar el servicio u hospital. El aumento de la capacidad resolutive de las estructuras de la Atención Primaria de Salud debe acortar también los periodos de hospitalización en todo tipo de hospital, fundamentalmente en los Generales.

Los hospitales psiquiátricos tienen por lo general, larga estadía, alto índice ocupacional y bajo índice de rotación. Obviamente en esto influye la morbilidad que atienden.

Existe más de una fórmula para el cálculo de cada uno de estos indicadores según si se trata de unidades o servicios de corta o larga estadía. A continuación aparecen las más utilizadas.

8.2.3 Los indicadores de servicio se agrupan de la siguiente manera:

Indicadores que expresan la *cantidad de servicios prestados*, como: Número de consultas y Consultas por habitantes. Relaciona servicios con población beneficiaria.

Indicadores que expresan la *calidad de los servicios prestados*, como: Mortalidad Bruta, Neta, etc.

A continuación aparecen las más utilizadas:

$$\text{Mortalidad Bruta} = \frac{\text{Número de defunciones hospitalarias}}{\text{Total de egresos}} \times 100$$

$$\text{Mortalidad Neta} = \frac{\text{Defunciones hospitalarias de más de 48 horas de hospitalización}}{\text{Total de egresos}} \times 100$$

$$\text{Mortalidad anestésica} = \frac{\text{Defunciones por anestesia}}{\text{Total de casos de pacientes anestesiados}} \times 100$$

IX. Conceptos de Estadísticas de Vivienda y Saneamiento

Estadísticas de Vivienda: Información numérica sobre la cantidad y calidad de los lugares donde residen las personas. O sea es la información numérica de las viviendas donde el hombre habita y sus características.

Estadísticas de Saneamiento: Información numérica sobre las características ambientales y sanitarias del medio así como las actividades de control de saneamiento que se realizan en el seno de la población.

9.1 Sistemas de Información Estadísticas de Viviendas y Saneamiento

La información de vivienda, se obtiene a través de los censos. Se pueden efectuar encuestas periódicas para la actualización de la información.

Los datos que se recogen usualmente son:

- Tipo de vivienda
- Tipo de piso, paredes y techos.
- Abastecimiento de agua
- Características del servicio sanitario
- Energía eléctrica
- Combustible para cocinar los alimentos
- Número totales de habitaciones de la vivienda y personas que viven en la vivienda.
- Otros.

Diplomado GESTIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Módulo III - Participación Ciudadana, Vigilancia y Observatorio de Políticas

Maria del Rosario Jiménez Alva
Hubel Gonzáles Camacho
Alcida Rosario Romero Arzapalo
Junio-Setiembre, 2009

Estas actividades han sido posibles gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El contenido de este módulo son de responsabilidad de Futures Group International, LLC Orden de Trabajo N°3 y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

USAID no es responsable del contenido parcial o total de este documento.

PRESENTACIÓN

En el primer módulo del diplomado hemos formulado políticas teniendo como marco las prioridades institucionales y de la región. Las actividades y proyectos de la implementación de las políticas han sido formuladas desde las alternativas de solución identificadas.

En el segundo módulo hemos buscado que los proyectos y actividades se puedan medir en cuanto a su cumplimiento, mediante los llamados indicadores. Para ello recordamos que el Monitoreo y la Evaluación se deben realizar a lo largo de su implementación, con el fin de poder implementar medidas de corrección si es que la política no está dando los resultados esperados y, al final de su implementación, conocer que nuevos problemas pueden surgir que requieren de acciones complementarias o de nuevas políticas para su solución.

En este módulo final del diplomado abordaremos la participación y vigilancia ciudadanas, enfatizando el rol que la universidad tiene como actor privilegiado para la formación de espacios de diálogo político informado. Una herramienta importante para el seguimiento de las políticas públicas son los Observatorios de Políticas cuyo establecimiento en las universidades les permite cumplir con su rol de responsabilidad social. Finalmente desarrollaremos un tópico importante en relación con la incidencia política, que brinda las condiciones para actuar en propiciar condiciones de promoción y modificación de políticas en beneficio de la población.

¡Muchos éxitos a todos los participantes!

UNIDAD I - PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Objetivo específico I:

El alumno al finalizar la unidad conocerá:

- Los conceptos principales de la participación y vigilancia ciudadana y su importancia en la gestión de políticas.
 - Las estrategias y etapas de implementación de procesos de vigilancia ciudadana.
-

I. Introducción

El proceso acelerado de descentralización política que transita el país en los últimos años, hace de la gestión de políticas públicas en los ámbitos locales, una oportunidad para la participación de la sociedad civil, donde la Vigilancia Ciudadana, se constituye en una modalidad o ejercicio de participación que puede aportar desde dos dimensiones importantes, como la concreción del derecho de participación de la ciudadanía en la gestión pública de un lado y de otro a mejorar los mecanismos de gestión pública con la transparencia y la rendición de cuentas y otros atributos productos de efectivos procesos de participación social en la gestión pública.

El país tiene en las experiencias de vigilancia ciudadana, antecedentes muy importantes, se trata entonces de transitar hacia la concreción de propuestas a partir de las cuales se identifiquen las características de aquellas que resulten exitosas, a fin de determinar los factores de éxito que deberán considerarse para la conducción de una propuesta de vigilancia ciudadana.

La participación ciudadana en gestión de políticas, es un proceso político, que también implica la capacidad de propuestas técnico-sociales, pues a través de un proceso de participación, se requieren brindar respuestas a problemas identificados, desde las organizaciones de la sociedad civil, y de disposición al diálogo y a una cultura de transparencia y de rendición de cuentas desde las organizaciones del Estado.

Una experiencia exitosa de participación ciudadana en políticas, logrará “empoderar” a organizaciones de la sociedad civil, pero también ganar en cultura de transparencia y de gestión eficiente de políticas a organizaciones del Estado, finalmente la sociedad ganará en niveles de diálogo entre Estado y Sociedad Civil y por ende en la capacidad de gobernabilidad en el sistema político.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Participación Ciudadana en el Perú

La participación ciudadana es un tema que genera cada vez mayor expectativa al hablar de la gobernabilidad, así como de una gestión pública moderna³².

Al respecto Julio Díaz Palacios precisa una evolución histórica de la participación social en el país bajo el siguiente esquema³³:

- Entre 1984 e inicios de la década de los 90, la participación formó parte de la agenda de gestiones locales en los municipios. Aún cuando no existieron marcos normativos, se dieron importantes experiencias pioneras, como las de Ilo, Villa El Salvador, Huanta, Cajamarca y otras³⁴.
- Entre 1991 y 1996, la participación continuó siendo alentada como propuesta de gestión por muchas ONGDs y la cooperación externa.
- Entre 1996-2000 está presente como metodología del planeamiento desde algunas CTAR y municipalidades.
- Para el año 2000, las mesas de concertación departamental y locales se valoran como espacios importantes de participación ciudadana.

Lo que revelan todo este conjunto de experiencias se aprecia sintéticamente en el siguiente enunciado:

*“ a través de todo este montaje de mecanismos de participación se esperan muchos beneficios para la democracia: mejorar la calidad de las decisiones públicas y de los servicios, superar las carencias y debilidades del sistema de partidos políticos...evitar la politización de las decisiones públicas, colaborar a reducir el tamaño del Estado, incrementar su eficacia, reducir sus costos y vigilar la adecuada utilización de los fondos públicos ante la sospecha de corrupción o perpetuación en el poder, se espera que la participación ciudadana produzca nuevos vínculos entre la sociedad y el Estado, insuficientemente producidos por la representación política”*³⁵

2.2. Participación Ciudadana: Marco Conceptual y Definiciones

La participación ciudadana implica una relación entre la Sociedad Civil y el Estado, que a su vez, traduce una correspondencia entre la naturaleza del Estado y el grado de desarrollo de la sociedad civil en un determinado momento histórico. La participación puede ser vista tanto como un *valor* como un *medio*. Cada uno de estos enfoques define el campo de actuación del ciudadano, los resultados del proceso y la naturaleza del rol de cada uno de los actores principales.³⁶

³² Dentro de muchas definiciones al respecto: Gobernabilidad o "buen gobierno" significa entre otras cosas la garantía de que la provisión de servicios básicos como salud, educación, vivienda se realiza sobre la base de principios de equidad, honestidad y transparencia. Es en buena medida el control ejercido por los ciudadanos sobre los actos de sus gobernantes. Con este principio se busca el resguardo del ejercicio de gobierno sobre la base de determinadas prácticas públicas democráticas, éticas y transparentes." (sede Argentina del British Council).

³³ Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009.

³⁴ Estas experiencias se desarrollaron mayormente alrededor de planeamiento concertado y presupuestos participativos.

³⁵ María Isabel Remy S. "Los múltiples campos de la participación ciudadana en el Perú. Un reconocimiento de terreno y algunas reflexiones. IEP. Lima 2005; Citado en Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009.

³⁶ Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004.

La consideración de la participación como un *valor*, supone una noción de ciudadanía basada en el ejercicio de derechos, en este caso a la participación, mientras que la noción de *medio*, alude a un uso instrumental de la participación, relacionado a lograr una mayor eficiencia en la implementación de las políticas públicas, en la gestión pública³⁷.

La participación ciudadana puede tener enormes réditos para los principales actores de este proceso³⁸, dentro de los que se señalan, por el lado del Estado, la transparencia en el ejercicio del cargo público, el incremento de la confianza de la ciudadanía, así como desde el lado ciudadano, las ventajas de recoger sus puntos de vista en la identificación y resolución de problemas y el ejercicio de sus capacidades y competencias en los procesos de participación.

No existe, como se verá más adelante, al igual que en el caso de vigilancia ciudadana, un concepto consensuado sobre participación social, a pesar de la trayectoria del país en éstas experiencias. Por ello, presentamos algunas definiciones revisadas, que guardan correspondencia con los enfoques de participación ciudadana descritos en líneas previas.

DEFINICIONES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN Y/O FUENTE DE DEFINICIÓN	DEFINICIÓN DE PARTICIPACIÓN
Desde un enfoque de derechos (tanto los civiles, como los DESC) como el fundamento del concepto de ciudadanía	<p>“...el derecho que tenemos todas y todos los ciudadanos de tomar parte en la vida social y política de nuestra comunidad y del país en general. Podemos participar en la toma de decisiones sobre aspectos que consideramos importantes, por ejemplo en la elección de autoridades y en el control de la gestión de éstas para que cumplan su labor” (Lora 2001)³⁹</p> <p>“...el proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o participando en forma colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados que lo afectan en lo político, económico, social y ambiental para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y del de la comunidad en que se desenvuelve” (González Ballar, 1999)</p>
Enfoque que privilegia la participación como un medio para mejorar la eficiencia del Estado en la gestión ⁴⁰	<p>“...la participación es una acción transformadora, de empoderamiento, desarrollo de capacidades, que sitúa en un contexto de relaciones de poder Estado-Sociedad civil (...) La participación de los y las ciudadanas implica gestión legítima y concertada, posibilidad de control y rectificación, por tanto es un aporte a la legitimidad y eficiencia del Estado” (Asalde, 2001)</p>

³⁷ Ibidem.

³⁸ Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009.

³⁹ Citado en: Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004; pg.15.

⁴⁰ Ibidem.

ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN Y/O FUENTE DE DEFINICIÓN	DEFINICIÓN DE PARTICIPACIÓN
En la propuesta de Plan Regional de participación Ciudadana ⁴¹ se define:	“El derecho que permite a cada persona y a la población en general de ser participes de su propio desarrollo, formulando propuestas, estableciendo compromisos en los espacios de participación y los procesos de negociación y concertación, lo que genera responsabilidades y obligaciones en cada uno de los actores regionales: autoridades, funcionarios y la sociedad civil en general”
	“La capacidad de la población de intervenir, evaluar y fiscalizar de manera individual y colectiva, directamente o a través de sus representantes legítimos, los procesos de gestión del desarrollo regional, con miras a contribuir a mejorar las posibilidades de bienestar material, social, político económico y cultural de los habitantes de su región; generando procesos de inclusión de los grupos poblacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad”.

El concepto de participación ciudadana, tiene dos connotaciones importantes, como ejercicio de derechos y como control. En el primer caso, concreta el derecho a la participación, como una intervención para la toma de decisiones tanto en ámbitos públicos como privados, mientras que la segunda, está relacionado a la fiscalización alrededor de la gestión pública.

Para comprender mejor los alcances de la participación ciudadana, lo que luego tendrá una implicancia práctica para el tema de vigilancia ciudadana, es necesario analizar toda la regulación que al respecto ha brindado el Estado peruano, en los últimos años, lo que a continuación se presenta como el Marco Normativo para la Participación Ciudadana.

2.3. El Marco Normativo de la Participación Ciudadana

El marco normativo que respalda la participación ciudadana, a nivel nacional, regional y local, se presenta a continuación, precisándose su contenido para cada instrumento legal:

NORMA	DISPOSICIÓN
Ley N° 27680 Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización	Art. 192: “Formular y Aprobar el Plan de Desarrollo Regional concertado con las municipalidades y con la sociedad civil”.
Ley N° 27683 Ley de Bases de la Descentralización	Art. 17.1 GRs y GLs están obligados a promover la participación ciudadana en la formulación de los planes de desarrollo y presupuestos, y en la gestión pública. Para este efecto deben garantizar el acceso a la información pública y mecanismos de consulta,

⁴¹ Plan Regional de Participación Ciudadana, criterios de elaboración; Policy-PRODES, USAID/PERÚ; Noviembre 2005.

NORMA	DISPOSICIÓN
	<p>concertación, control, evaluación y rendición de cuentas.</p> <p>Art. 17.2 La participación de los ciudadanos se canalice a través de los mecanismos señalados, y los que los GRs y GLs establezcan de acuerdo a ley.</p> <p>Art. 18.1 El poder ejecutivo elabora y aprueba los planes nacionales y sectoriales de desarrollo, teniendo en cuenta la visión y orientaciones nacionales y los planes de desarrollo de nivel regional y local.</p> <p>Art. 18.2 Los planes y presupuestos participativos son de carácter territorial y expresan los aportes tanto del sector público como privado, de las sociedades regionales y locales y de la cooperación internacional.</p> <p>Art. 21 21.1. Los Gobiernos Regionales y Locales, son fiscalizados por el Consejo Regional y el Concejo Municipal respectivamente, conforme a sus atribuciones propias. 21.2. Son fiscalizados también por los ciudadanos de su jurisdicción, conforme a Ley.</p>
<p>Ley N° 27867 Orgánica de Gobiernos Regionales</p>	<p>Art. 8 Principios rectores de las políticas y la gestión regional. La gestión de los Gobiernos Regionales se rige por los siguientes principios:</p> <p><u>Participación:</u> La gestión regional desarrollará y hará uso de instancias y estrategias concretas de participación ciudadana en las fases de formulación, seguimiento, fiscalización y evaluación de la gestión de gobierno y de la ejecución de los planes, presupuestos y proyectos regionales.</p> <p><u>Transparencia:</u> Los planes, presupuestos, objetivos, metas y resultados del Gobierno Regional serán difundidos a la población. La implementación de portales electrónicos en internet y cualquier otro medio de acceso a la información pública, se rige por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública; Ley N° 27806</p> <p><u>Gestión moderna y rendición de cuentas:</u> Los Gobiernos regionales incorporarán a sus programas de acción mecanismos concretos para la rendición de cuentas a la ciudadanía sobre los avances, logros, dificultades y perspectivas de su gestión. La Audiencia Pública será una de ellas. Los titulares de la administración pública regional, son los gestores de los intereses de la colectividad y están sometidos a la responsabilidad que la ley establezca.</p> <p>Art. 8.1 La participación es uno de los principios rectores de</p>

NORMA	DISPOSICIÓN
	<p>las políticas y de la gestión regional.</p> <p>Art. 15, (incisos b,c) Son atribuciones del Consejo Regional, aprobar el PDRC⁴² de mediano y largo plazo y el presupuesto regional participativo.</p> <p>Art. 24 Los GRs realizarán como mínimo dos audiencias públicas anuales para dar cuenta de los logros y avances de la gestión.</p> <p>Ley N° 27902, art. 11 El Consejo de Coordinación Regional (CCR) emite opinión consultiva, concertando entre sí, sobre el plan anual y el presupuesto participativo anual, el plan de desarrollo regional concertado, la visión general y lineamientos estratégicos.</p>
<p>Ley N° 27972 Orgánica de Municipalidades</p>	<p>Art. 7 Los CCL provinciales y distritales, son órganos de coordinación de las municipalidades.</p> <p>Art. 9.14 Son atribuciones del Consejo Municipal, aprobar los planes de desarrollo municipal concertado y el presupuesto participativo; aprobar normas que garanticen una efectiva participación ciudadana.</p> <p>Art. 113 Los vecinos de una jurisdicción municipal pueden ejercer su derecho de participación, mediante los mecanismos siguientes: -Derecho de elección de cargos municipales -Iniciativa en la formulación de dispositivos municipales -Derecho de Referéndum -Cabildo abierto -Participación a través de juntas, comités, asociaciones, organizaciones comunales y sociales. -Comités de gestión</p> <p>Art. 80 (2.5; 2.6,4.4,4.5) Para los municipios provinciales y distritales se establecen las siguientes funciones: Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines, y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con los municipios provinciales y distritales, centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes. Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis.</p>

⁴² Plan de Desarrollo Regional Concertado.

2.4. Alcances de la Participación Ciudadana en la Descentralización

Hasta el año 2004, en base a una evaluación rápida efectuada por PRODES⁴³, se apreció que el estado de avance en el proceso de descentralización, tenía un desarrollo diferenciado entre Regiones, respecto a participación ciudadana⁴⁴, encontrándose que estas disparidades, se debían a procesos también diferenciados, que estaban alrededor de cuatro ejes:

- Compromiso político de autoridades
- Grado de participación de la sociedad civil
- Capacidad de actores
- Nivel de información

2.5. Participación ciudadana en salud

La participación en salud, como modalidad de participación social alrededor de la gestión de planes y proyectos con objetivos y metas sanitarias, se la ha entendido y ejercitado bajo distintas modalidades, y ha estado presente dentro de los intereses de salubristas y propuestas alternativas de trabajo en salud, teniendo al componente comunitario como su eje básico de atención.

Esta modalidad de participación, también tiene una evolución histórica en su conceptualización y práctica, como resultado de la propuesta de cambios en los sistemas sanitarios, lo que a continuación se presenta como una breve reseña histórica:

2.5.1. Breve reseña histórica sobre la participación social en salud⁴⁵

- Durante las décadas de los cincuenta y sesenta, con el crecimiento de la cobertura de servicios de salud en la mayoría de países de América Latina, se dieron las primeras experiencias de participación en salud, involucrando a la población aunque de manera limitada, en función de los servicios de salud, más que en los intereses reconocidos por la propia población. La excepción a esta modalidad fueron Cuba y Panamá, países que incorporaron mecanismos de participación en todo sus sistemas de salud. Estas experiencias estuvieron en buena parte, motivadas en lograr que la población participe a fin de ampliar la cobertura de atención de los servicios.
- Durante la década de los setenta, cuando se hace evidente la crisis de los sistemas de salud, basados en hospitales y el enfoque curativo, aparece la Atención Primaria de Salud, que definió que la descentralización y participación comunitaria en salud, son las bases sobre las que debían constituirse los Sistemas Locales de Salud, tal como aparece en el documento oficial de la Conferencia de Alma Ata. Estas estrategias fueron concebidas a fin de acercar los servicios de salud a la población así como permitir que la demanda de la población en salud fuera más evidente. De esta manera se buscaba incrementar la eficiencia del sistema de salud con su adaptación a las condiciones locales de la población.
- Durante la década de los 80 e inicios de los 90, con los importantes cambios en la economía global, que obligó a los países de la Región a la asunción de políticas de ajuste estructural se reduce el gasto público y el rol del Estado en la provisión de servicios. En este contexto, se incorpora el criterio de mercado en la asignación de servicios y el usuario de los mismos se convierte en “cliente” apareciendo la necesidad

⁴³ PRODES; Informes de Hallazgos: Evaluación rápida del Proceso de Descentralización, Proceso de Presupuesto Participativo 2004, diciembre 2004; www.prodes.org.pe/internas/11.html

⁴⁴ Especialmente en lo que atañe a Presupuesto Participativo.

⁴⁵ M.L.Vásquez/E.Siqueira. Los Procesos de Reforma y la Participación Social en Salud en América Latina; Gac. Sanit 2002; 16(1): 30-38

de conocer su opinión, con lo que su participación asume un nuevo rol, pues se espera que los servicios actúen consecuentemente a estas opiniones. Se puede afirmar que es en este periodo que la participación social en salud cambia hacia un concepto más amplio asumiendo formas de “acción social en salud”. Las políticas de promoción en salud, cobran en esta época un impulso especial, pues se las incorpora, como parte de la reforma del Estado en la mayoría de nuestros países, en contextos de propuestas de descentralización, con la creación de las Regiones, como una forma de democratizar los servicios, intentando acercar los niveles de decisiones hacia los ciudadanos facilitando su participación en el sistema. Como consecuencia de ello, se empieza a dar una participación más decidida de la población en los sistemas de salud, buscando una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que están dirigidas. Así, el cambio más importante en esta etapa comparada a las precedentes, ha sido, que de haber estado la población involucrada de manera “voluntaria” en la ejecución de programas y proyectos, sin que ejerza ningún control sobre el mismo, se transita hacia una participación, de base legal, donde se espera se involucre en las propuestas, desde su formulación, implementación hasta la utilización de servicios.

A finales de la década de los 80, Oakley, en base a una serie de definiciones, que surgen a partir de la propuesta de la Atención Primaria de Salud, adopta como definición operativa de participación comunitaria en salud lo siguiente:⁴⁶

“Participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación, y utilización de servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud”

2.5.2. Conceptos Vigentes sobre Participación en Salud

La participación comunitaria en salud, ha tenido y tiene las siguientes conceptualizaciones y prácticas, las que creemos aún persisten, de maneras sencillas o combinadas como:

- **Participación como beneficiario:** Considera a las personas como simples receptoras o beneficiarios de la atención de salud. Esta es la forma más básica o tradicional de entender y practicar la participación en salud, figura predominante en organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud.
- **Participación como contribución a la promoción de la salud:** está definida como apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo establecidos por los servicios de salud o autoridades locales. En estos casos la contribución de la comunidad es fundamental para el éxito de estos programas. Si bien, esta es una forma más avanzada de participación en salud, aún es una forma limitada de la misma, en la medida de que está circunscrita a las características de ejecución de los programas o proyectos, por tanto es una forma de participación “regulada”, “administrada”, e instrumental para el logro de la eficiencia del Estado en la ejecución de estas acciones.
- **Participación Comunitaria en salud:** Considera a la participación a partir de grupos organizados en comités u otras instancias de apoyo, donde el objetivo es obtener el respaldo de la comunidad a partir del fortalecimiento de sus capacidades,

⁴⁶ Citado en: M.L.Vásquez/E.Siqueira. Los Procesos de Reforma y la Participación Social en Salud en América Latina; Gac. Sanit 2002: 16(1): 30-38

desarrollándose acciones de capacitación que transfieran información para la mejora de competencias. Es una visión más completa de participación, donde se incorpora una visión de ciudadanía en los participantes comunitarios, desde que incorpora el tema de los derechos en salud, ampliando el concepto de “usuarios” de servicios, a ciudadanos con derechos a la atención en salud y donde los servicios de salud deben “rendir cuentas” frente a la demanda ciudadana de servicios, los que deben demostrar mayor nivel de responsabilidad social frente a la misma.

En todas estas descripciones se hallan presentes modalidades de participación social, siendo la última señalada, la que mejor traduce este concepto en salud, bajo un enfoque de derechos. Es necesario aclarar que actualmente en las experiencias vigentes de participación en salud, hallaremos que los conceptos y prácticas expuestos conviven simultáneamente.

2.5.3. Condiciones de la Participación Social en Salud

En general las políticas de participación comunitaria en salud en nuestro país, han sido producto de iniciativas provenientes del Estado, antes que respuestas a demandas populares, si bien posteriormente en el ejercicio de estas prácticas se han producido demandas por ampliar o readecuar los espacios generados, a la luz de las experiencias desarrolladas, modificándose entonces dispositivos y marcos normativos. Por tanto se reconoce que debieran existir ciertas condiciones que debe brindar un sistema de salud, a fin de facilitar la participación comunitaria, como:⁴⁷

- Existencia de “puertas de entrada” al sistema de salud para que los ciudadanos interactúen, como fortalecer estructuras de nivel local que permita a los ciudadanos una participación colectiva (Consejos Municipales y afines) o individual (buzones de opinión en servicios de salud).
- Acceso a información sobre el funcionamiento de los servicios
- Cambios de actitud del personal de los servicios y cambios en la estructura y formas de trabajo que permitan responder a las demandas de la población
- Desarrollo de expectativas en los ciudadanos para que sus opiniones y propuestas sean recogidas y por generar cambios en el sistema a merced de su participación

La participación ciudadana en salud, bajo un enfoque de derechos, debiera existir en los distintos niveles, dentro de las funciones que debe cumplir el sistema de salud, como⁴⁸:

- Definición de políticas y regulación
- Financiamiento, aseguramiento
- Producción de servicios
- Evaluación de la eficacia/eficiencia del sistema

2.5.4. Beneficios de la Participación Social en salud en espacios locales

En la medida que los espacios locales tienden a acercar la toma de decisiones a los ciudadanos, se reconocen los beneficios en las experiencias de participación ciudadana en salud, tanto para los propios funcionarios del Estado, como para los ciudadanos. Así dentro de los primeros, se señala lo siguiente⁴⁹:

⁴⁷ M.L.Vásquez/E.Siqueira. Los Procesos de Reforma y la Participación Social en Salud en América Latina; Gac. Sanit 2002; 16(1): 30-38

⁴⁸ Reformas del Sector de la Salud y Participación Social; Rev. Panamericana de Salud Pública v.8 n.1-2 Washington Jul/Ago. 2000.

⁴⁹ Ibidem.

- Mejorar la calidad de las decisiones públicas y de los servicios
- Disminuir los riesgos del exceso de politización de las decisiones públicas
- Colaborar en la reducción del tamaño del Estado, incrementar su eficacia, reducir sus costos y vigilar la adecuada utilización de los fondos públicos

III. VIGILANCIA CIUDADANA

3.1. Marco Teórico: Concepto y Definiciones

El concepto y práctica de la vigilancia ciudadana (VC) estuvo, en el país, especialmente durante la década de los 90, más centrado alrededor de preocupaciones relacionadas a los temas de la mala utilización de los recursos del Estado, casos de corrupción y afines, que a una práctica más proactiva de ejercicio ciudadano, como modalidad de participación.

Su definición no tiene aún un consenso bien definido, utilizándose distintos términos como *vigilancia social*, *vigilancia ciudadana*, *control social*, *veeduría ciudadana*, *control ciudadano*, *observatorio social*⁵⁰, por lo que se señala que aún es un concepto en formación siendo necesario sistematizar distintas prácticas de VC, a fin de alcanzar llegar a definirla mejor.

La vigilancia ciudadana, como una modalidad de participación social, también podría ser vista como *un valor en sí misma* o como *un medio*. En el primer caso aparece la vigilancia como un concepto ligado a la condición de ciudadanía y ejercicios de derechos⁵¹, y la práctica de la vigilancia adquiere contenidos y formas, en correspondencia a la capacidad de demanda, a dar visibilidad a derechos, e incursionar en una práctica de vigilancia más proactiva, generándose demandas, negociaciones y espacios de concertación. Esta sería una forma más avanzada de vigilancia ciudadana, entendida como un ejercicio de participación activa, donde se podría asumir una definición de vigilancia ciudadana entendida como:

“...modalidad de participación activa en donde los ciudadanos tienen la iniciativa de hacer que ésta se haga efectiva”

La vigilancia como ejercicio de ciudadanía, está vinculada con el concepto de participación en espacios de poder, en función de lo que puede asumir la siguiente definición, también utilizada en acápites previos del presente, a propósito de participación ciudadana:

“...proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o participando en forma colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados que lo afectan en lo político, económico social y ambiental para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y del de la comunidad en la que se desenvuelve” (Gonzáles Ballar, 1999)⁵²

⁵⁰ Julio Gamero y col. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004.

⁵¹ “Dentro de una concepción de ciudadanía, la posibilidad del ejercicio de un conjunto de derechos políticos, sociales y culturales de parte de los ciudadanos toma el nombre de participación ciudadana” tomado de: Julio Gamero y col. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004.

⁵² Citado en: Julio Gamero y col. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004.

El otro enfoque de vigilancia, ligado a, “la noción instrumental de la participación ciudadana”, se encuentra en relación a su utilización como *medio*, para el logro de una mayor eficiencia en la implementación de las políticas públicas.

Esta modalidad de participación y que genera formas particulares de vigilancia ciudadana, tiene algunas consideraciones necesarias de precisar como⁵³:

- Es una modalidad de participación vinculada a la gestión y ciclo de proyectos sociales
- Se concentra en los beneficiarios de los proyectos desde etapas tempranas de la intervención, con la identificación y diseño de la iniciativa
- Se incluyen espacios de participación de la población beneficiaria durante la ejecución del proyecto
- Se busca involucrar a la población en los procesos de sistematización y evaluación de la iniciativa
- Se la considera como un requisito de *sostenibilidad* de los proyectos, a fin de garantizar que sus cambios y efectos, no se diluyan con el tiempo.

Vamos a encontrar en muchas definiciones sobre vigilancia ciudadana contenidos coincidentes respecto a participación ciudadana, aceptables por ser una modalidad de la misma. Otras definiciones diseñadas en relación a vigilancia ciudadana señalan:

*“La Vigilancia Ciudadana es un derecho y un mecanismo de participación que los ciudadanos y ciudadanas pueden ejercer para fiscalizar o controlar la gestión pública con el fin de fortalecerla y concertar sus propuestas para lograr el desarrollo de todos”*⁵⁴

*“La Vigilancia Ciudadana es una forma de participación social a través de la cual se hace seguimiento al cumplimiento de obligaciones, compromisos, competencias y funciones del gobierno en sus niveles, central, regional y local o de instituciones privadas que actúan en el espacio público, con la finalidad de democratizar y hacer más transparente la gestión pública”*⁵⁵

*“Vigilancia Ciudadana es un proceso de participación activa de los y las ciudadanas organizados para ejercer sus derechos de fiscalización, control, seguimiento y evaluación de las acciones y la gestión de sus autoridades y sus instituciones, desde una relación de igualdad y respeto”*⁵⁶

*“El derecho y el deber de las personas y organizaciones de la sociedad civil a observar, verificar y registrar asuntos de la gestión pública, las políticas, los programas, servicios y proyectos del Estado, que son de bien común o público, exigiendo responsabilidad en el cumplimiento de los compromisos asumidos, facilitando así la rendición de cuentas, monitoreo de la calidad de gestión y prestación de servicios de los establecimientos de salud públicos y privados, con el fin de hacerla más eficaz, concertada y transparente”*⁵⁷

“La vigilancia ciudadana es un derecho y un mecanismo de participación que los ciudadanos y ciudadanas pueden ejercer, para fiscalizar o controlar la gestión

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Situación y Perspectivas de la Vigilancia Ciudadana y Rendición de cuentas en el Perú, en el marco de la descentralización y el presupuesto participativo; Epifanio Baca Tupayachi; Grupo Propuesta Ciudadana.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Paredes Calla Jaime: la vigilancia ciudadana. Mensaje en lista de Vigilancia 24-09-2002; citado en : Operativización del derecho a la salud desarrollo de un marco para la vigilancia ciudadana: el caso de la salud sexual y reproductiva; Marcela Huaita y col, Policy, 2007

⁵⁷ Manual para la Vigilancia Ciudadana-Manuela Ramos; Alexander Casas Flores; citado en “Documento de Vigilancia”; Félix Caycho; Iniciativa de Políticas; marzo 2009.

De acuerdo a la revisión de algunas definiciones sobre vigilancia ciudadana, se aprecian elementos en común, que son constantes en casi todas las definiciones y que son los siguientes aspectos involucrados en este concepto como:

- Vigilancia ciudadana como forma de participación social “activa”
- Vigilancia ciudadana como acción de seguimiento a la labor del Estado en sus diferentes ámbitos: nacional, regional y local
- Vigilancia ciudadana como concreción de derechos ciudadanos
- Implica desarrollo de ciertas capacidades o competencias como: ser propositivo, capacidad de negociación/concertación; desarrollo de instrumentos para el seguimiento, capacidad de evaluar, analizar, manejar información, formular propuestas
- Actividad relacionada al bien público
- Relacionada a la gestión del Estado, para contribuir a su transparencia ante la ciudadanía, así como a su eficiencia en el manejo de recursos.

Aquí, es pertinente, de acuerdo a algunos autores, hacer una distinción entre vigilancia social y vigilancia ciudadana.

Se entiende como **vigilancia social**, aquellas actividades que tienen como objeto de vigilancia a las actividades del Estado, especialmente a sus programas sociales ligados con la lucha contra la pobreza.

La **Vigilancia ciudadana**, considera como objeto de la vigilancia, al cumplimiento de los derechos humanos en general, considerando cualquier ámbito de acción en los que se concreten, tanto público como privado.

Para los propósitos del presente documento, asumiremos ambos conceptos de forma indistinta, es decir concebimos a la vigilancia ciudadana, como una forma de vigilancia social.

3.2. Funciones de la Vigilancia Ciudadana

A la vigilancia social/vigilancia ciudadana, se les atribuyen tres funciones o significados:

- Vigilancia como fiscalización
- Vigilancia como canal participativo
- Vigilancia como exigibilidad de derechos

La vigilancia como fiscalización alude al control, como canal participativo es el derecho a la participación en la vida social, económica y cultural, y de exigibilidad de derechos, alude al ejercicio de los derechos por parte de la población involucrada. Sin embargo, podríamos considerar, que estas tres acepciones son complementarias, o revelan elementos de una misma práctica. Así la vigilancia como fiscalización, requiere de canales de

⁵⁸ Módulo de Capacitación en Vigilancia Ciudadana para formadores y formadoras locales; Defensoría del Pueblo; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza; Lima, Perú; marzo 2004.

participación y está involucrada también a la exigibilidad de derechos, por ejemplo en el cumplimiento de programas sociales, que concretan derechos de servicios y afines con estrecha vinculación con los DESC. En la función de la vigilancia como fiscalización, sus espacios/estructuras son los canales de participación, lo que al mismo tiempo concreta el derecho de participación y su objeto, el cumplimiento de derechos ciudadanos.

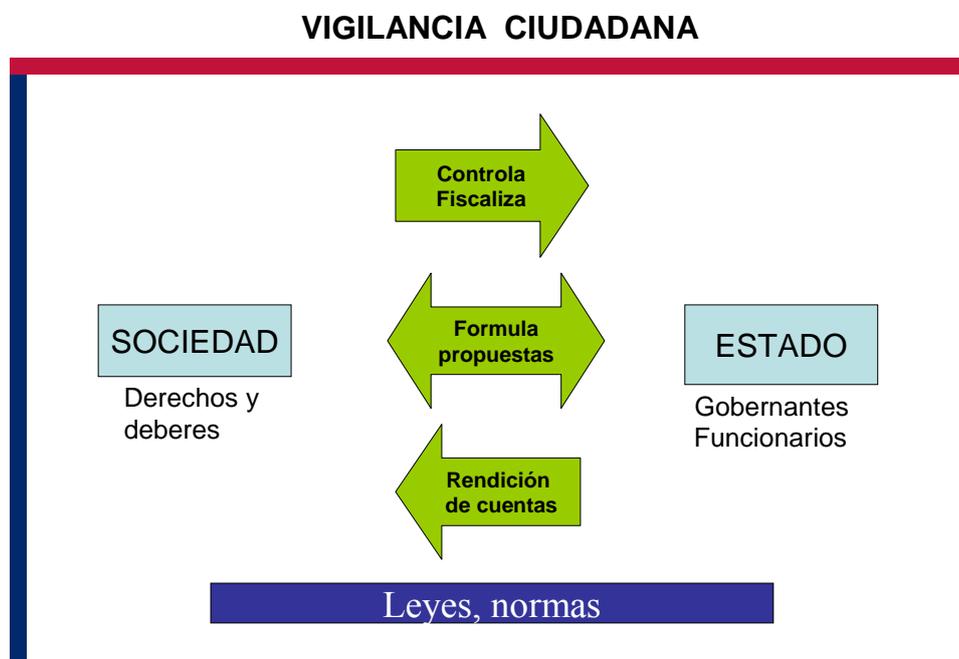
La siguiente matriz grafica estas relaciones⁵⁹:

	Acepción	Descripción	Esfera
Vigilancia Social / Vigilancia Ciudadana	Vigilancia como fiscalización	Acciones de la población dirigidas a velar por el cumplimiento de compromisos asumidos por instituciones públicas.	<i>Acciones dirigidas a instituciones estatales.</i> <i>Acciones dirigidas a instituciones estatales y no estatales.</i>
	Vigilancia como canal de participación	Derecho a la participación en la vida política, social, económica y cultural. Acciones orientadas al control de la gestión pública.	<i>Acciones dirigidas a instituciones estatales.</i> <i>Acciones dirigidas a instituciones estatales (centrales y locales) y no estatales.</i>
	Exigibilidad de derechos	La prioridad de la vigilancia social es la exigibilidad de derechos por parte de quienes deben ejercerlos.	
Participación Ciudadana	Acción como intervención	Injerencia ciudadana en asuntos públicos y privados a través de acciones que implican la toma de decisiones, la gestión, el control, etc.	<i>En asuntos públicos y privados</i>
	Acción únicamente como control	Control ciudadano en asunto públicos	<i>En asuntos públicos</i>

⁵⁹ Tomado de: Julio Gamero y col. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004; pg. 19-20.

3.3. Los Actores y las Condiciones de la Vigilancia Ciudadana

Los actores que intervienen son básicamente dos: la sociedad civil, desde donde se ejercen las acciones de vigilancia y el Estado el que a través de sus instituciones y desempeño de funcionarios, es el vigilado.



3.3.1. Desde la sociedad civil, se hallan un conjunto de instituciones que ejercen funciones de vigilancia, las que abarcan un amplio espectro de temas que van desde: educación, salud, justicia, desarrollo local y regional, desarrollo social, economía, género, servicios públicos y privados, derechos laborales, medios ambiente y otros. Estas instituciones son de distinto tipo, como ONGDs, centros académicos, organismos de cooperación, organizaciones sociales de base, redes de trabajo, fundaciones asociaciones de consumidores, e incluso ciudadanos que de forma individual o agrupados temporalmente, pueden ejercer funciones de vigilancia

Merecen algunas reflexiones la experiencia de participación de organizaciones sociales de base (OSB) en vigilancia social/ciudadana, donde se constatan los siguientes hechos⁶⁰:

Muchas OSB se encuentran en proceso de asumir la vigilancia como un derecho y al mismo tiempo, descubrir espacios, instituciones y autoridades sobre quienes ejercer vigilancia en beneficio de la población y sus organizaciones.

- Generalmente actúan sobre aquello que afecta su vida cotidiana inmediata
- Se encuentran casi siempre respaldados por una ONGD, quienes cumplen actividades de apoyo a la organización, capacitación y soporte técnico para el funcionamiento del sistema.

3.3.2. Desde el Estado, en su función de proveedor de bienes públicos tangibles e intangibles, los funcionarios tienen una doble función en un sistema de vigilancia social, de

⁶⁰ Julio Gamero y col. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004.

un lado son proveedores de información y al mismo tiempo, deben promover los espacios y procesos de la vigilancia ciudadana, con la generación de espacios de participación, desde donde la ciudadanía ejerce labores de vigilancia. Una tercera dimensión de la participación del Estado a través de sus instituciones públicas, son los actos de fiscalización y control de sus propias acciones, operando a través de instancias organizadas al interior de sus instituciones (Oficina de Defensa de la Salud en el MINSA). Los niveles del Estado involucrados en acciones de vigilancia, son:

- A nivel macro: A nivel centralizado Gobierno Central
- A nivel Meso: Espacios Regionales
- A nivel Micro: Espacios locales

3.4. Condiciones de viabilidad para la Vigilancia Ciudadana

Según las experiencias analizadas tanto desde el Estado, como desde la Sociedad Civil deberán existir ciertas condiciones para que pueda tener viabilidad una práctica de VC, las que se enumeran para cada instancia, en la siguiente tabla:

CRITERIOS DE VIABILIDAD	CONDICIONES PARA UNA VIGILANCIA CIUDADANA	
	DESDE EL ESTADO	DESDE LA SOCIEDAD CIVIL
Político - Organizacionales	Que exista un marco normativo determinando/precisando los canales o espacios de participación ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento, información de la población sobre el marco normativo de la participación en sus diferentes niveles: nacional, regional y local. • Niveles de organización democrática y representativa: existencia de grupos organizados con identificación de intereses comunes.
	Voluntad política de funcionarios y autoridades de instituciones públicas para el reconocimiento de los espacios de participación	Identificación de prioridades definidas alrededor de los que se establecerán sistemas de vigilancia. Definir los niveles de vigilancia: central, regional y local ⁶¹ .
Técnicos	Capacidades de funcionarios y autoridades y del sistema gerencial de instituciones públicas para brindar información organizada/sistematizada	Identificación de los propósitos u objetivos de la vigilancia: temas y políticas.
		Diseño y validación de estándares e indicadores para el manejo de información local: de estructura, proceso, resultado y evolución/tendencias.

⁶¹ De acuerdo a las prioridades identificadas, se establecerán los niveles de instituciones y sus espacios a ser vigilados, según su grado de involucramiento con estas instancias de la prioridad establecida.

CRITERIOS DE VIABILIDAD	CONDICIONES PARA UNA VIGILANCIA CIUDADANA	
	DESDE EL ESTADO	DESDE LA SOCIEDAD CIVIL
	da sobre la gestión pública.	Disponer de instrumentos de trabajo para la vigilancia: etapas de trabajo (flujos de información), formatos de recojo de datos, herramientas de análisis de información; precisión de formatos de publicación de resultados para la difusión de información.
	Personal capacitado con competencias demostradas en el proceso de trabajo	

3.5. Los Beneficios y Riesgos de la VC para los actores del proceso

La Vigilancia Ciudadana como modalidad de participación activa de la ciudadanía, puede representar simultáneamente, beneficios para los actores, como también riesgos según se aprecia en la descripción de la siguiente tabla^{62, 63},

BENEFICIOS PARA LOS GESTORES DE POLÍTICAS (ESTADO)	BENEFICIOS	RIESGOS
Corresponsabiliza a los funcionarios públicos con los ciudadanos facilitando la ejecución de planes y programas	Se toma en consideración los puntos de vista ciudadanos en la identificación y resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de las expectativas ciudadanas • Conflicto Social • Pérdida de iniciativa política
Transparenta el ejercicio del cargo público	Desarrollo la educación civil y la capacidad de la participación responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de credibilidad de las organizaciones sociales
Incrementa la confianza de la ciudadanía en el sistema	Ejercita capacidades y competencias en la identificación de problemas, como en la planificación y ejecución de planes y programas, por su mejor conocimiento de la realidad local	<ul style="list-style-type: none"> • Desmoralización de actores públicos • Represalias potenciales contra los ciudadanos
Disminución de la apatía política para el involucramiento con la ciudadanía	Disminución de la apatía política para la participación	<ul style="list-style-type: none"> • La participación directa puede atentar o superponerse a los sistemas político representativos de la institucionalidad democrática (partidos políticos) si éste sistema es débil debilitándose más aún.
Otorga credibilidad a la rendición de cuentas y legitima sus acciones	Legitima a las OSB ante sus representados y la comunidad en general	

Al establecerse metas comunes, se contribuye a una despolarización política de la

⁶² Adaptado de Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009.

⁶³ Adaptado de: Caroline Gibu; Vigilancia Social en el Perú; CAD Ciudadanos al Día: Diploma en Gestión de Políticas Públicas en Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia; mayo 2008.

3.6. Principios de la Vigilancia Ciudadana

Como una práctica de responsabilidad social, se encuentra inserta en ciertos valores, actitudes, principios de actuación, los que son: (o podrían ser)

- Independencia
- Neutralidad política
- Veracidad
- Diálogo
- Objetividad
- Ser propositiva
- Competente e informada
- Facilitar el empoderamiento

3.7. La finalidad/objetivos o funciones de la VC ¿Para qué se vigila?

Existen muchos objetivos, dependiendo esto en mucho, del tema y las políticas objeto de la vigilancia. Se reconocen objetivos generales como los siguientes⁶⁴:

- Mejorar la eficiencia en la gestión de programas sociales y servicios básicos
- Empoderamiento de ciudadanos, en especial de los excluidos en situación de vulnerabilidad
- Incidir en políticas públicas
- Mejorar la transparencia de la gestión pública
- Replantear la relación entre Estado y Sociedad Civil (Estado más cercano a la gente, participativo y sensible a sus necesidades)
- Controlar el ejercicio de poder

Y algunos más específicos como:

- Proponer alternativas de solución a problemas identificados
- Influir en la decisión de las personas que ejercen cargos públicos a fin de alcanzar propuestas de cambios favorables en las acciones públicas

IV. PROPUESTA DE VIGILANCIA CIUDADANA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

⁶⁴ Situación y Perspectivas de la Vigilancia Ciudadana y Rendición de cuentas en el Perú, en el marco de la descentralización y el presupuesto participativo; Epifanio Baca Tupayachi; Grupo Propuesta Ciudadana.

4.1. Asignación de Funciones de la Vigilancia Ciudadana

Entendidas como el “rol” que se deberá cumplir en la comunidad organizada alrededor de la práctica de VC:

- Promotores/impulsores de la organización de Comités de Vigilancia
- Capacitación/información/educación en el ejercicio de la función
- Soporte técnico en la habilitación de herramientas, métodos e instrumentos de vigilancia y control.

4.2. Niveles y Modalidades de Vigilancia Ciudadana

Según el nivel del Estado involucrado en las propuestas de VC, se distinguen los siguientes:

- Nivel Macro: Gobierno Central
- Nivel Meso: Gobierno Regional
- Nivel Micro: Espacios locales

Alrededor de estos espacios se podrán cumplir procesos de VC de políticas públicas de salud, en los siguientes aspectos:

- Políticas y Regulación
- Financiamiento/Aseguramiento
- Producción de Servicios
- Evaluación de la eficacia/eficiencia del sistema

4.3. Tipos de Vigilancia Ciudadana a implementarse

Las funciones de VC que pueden ser desarrolladas, de manera individual o bajo formas combinadas, son:

- Vigilancia como práctica de fiscalización
- Vigilancia como canal de participación
- Vigilancia como práctica en la exigibilidad de derechos

4.4. Finalidad y Objetivos

Finalidad

Se deberá especificar una finalidad, que es el propósito más importante que se busca lograr para la Vigilancia Ciudadana.

Un ejemplo podría ser:

“Contribuir a mejorar la calidad de servicios de salud a nivel regional y local a través de acciones de vigilancia desde la sociedad civil organizada”.

Es recomendable establecer una finalidad en función de la política que se busca vigilar. Así, si se ha identificado que existe un problema alrededor de una política específica, la finalidad se formulará como el estado a ser alcanzable a partir de la solución del problema, que se logre con un proceso de vigilancia ciudadana.

Supongamos que se identifican usuarios insatisfechos por la atención en el Seguro Integral de Salud, por causas como maltrato, insuficiencia de información sobre el sistema, falta de medicamentos u otro, la finalidad podría ser:

“Alcanzar una mejora de la atención de usuarios por el Seguro Integral de Salud, a través de acciones de vigilancia desde la sociedad civil organizada”

Objetivo General

Se deberá formular un objetivo general como por ejemplo:

“Disminuir la magnitud de población insatisfecha por la atención del Seguro Integral de Salud, con disminución del número de quejas por la atención”

Objetivos Específicos

Toda propuesta de vigilancia ciudadana, debe tener objetivos específicos los que revelan o determinan los logros que se busca alcanzar a través de los procesos de vigilancia ciudadana. Debemos recordar, que a través del cumplimiento de los objetivos específicos se lograrán alcanzar tanto el objetivo general como la finalidad de todo el proceso. Algunos objetivos específicos que podrían formularse, en base al ejemplo que desarrollamos podrían ser:

- Identificar las organizaciones comunales interesadas en vigilar la calidad de atención del Seguro Integral de Salud.
- Identificar a instituciones aliadas para la promoción de la vigilancia ciudadana sobre la atención del Seguro Integral de Salud en los ámbitos del primer nivel de atención.
- Promover la conformación de Comités de Vigilancia Ciudadana como espacios de concertación para la vigilancia de la gestión de los servicios de salud
- Contribuir al desarrollo de capacidades/competencias en las organizaciones de la sociedad civil para acciones de vigilancia ciudadana, alrededor de la calidad de atención del Seguro Integral de Salud.
- Diseñar y aplicar conjuntamente con las organizaciones comunales comprometidas con la vigilancia ciudadana, los métodos, técnicas e instrumentos de vigilancia.
- Analizar con los Comités de Vigilancia Ciudadana, los resultados del proceso de vigilancia.
- Alcanzar a los servicios de salud, autoridades municipales y regionales, los problemas identificados y propuestas de solución en torno a la atención de usuarios del Seguro Integral de Salud.

4.5. Estrategias de Intervención

Se constituyen en los enfoques o formas de trabajo, que deberán orientar al desarrollo de las actividades a través de todo el proceso de vigilancia y podrían ser:

- Alcanzar cambios sostenibles y verificables, basados en evidencias
- Basarse en la sociedad civil organizada, propugnando su mejor organización y representación democrática a fin de mejorar sus niveles de participación. Promover el trabajo de redes que articulen intereses comunes.
- Promover y contribuir a espacios de diálogo entre instituciones del Estado (gobierno regional, local e instituciones de salud) y las organizaciones de la comunidad.
- Las acciones se desarrollarán con un enfoque territorial, multisectorial y de corresponsabilidad entre las instituciones públicas de salud y las organizaciones comunales, enmarcadas en el desarrollo de capacidades y competencias de la población en aspectos de liderazgo y gerencia
- Focalización en el sentido que la vigilancia debe ser dirigida en función de temas seleccionados que sean los de mayor interés del grupo.
- Crear resultados verificables que la población reconozca como fuente de valor, tanto de los procesos de trabajo como de los resultados.
- Desarrollo de herramientas que faciliten la transferencia de información desde las instancias locales estatales de gestión, que faciliten su comunicación, para un mejor conocimiento de las competencias institucionales y las actividades que se desarrollan.
- Desarrollo de herramientas e instrumentos que faciliten el trabajo de vigilancia desde las organizaciones.
- Propuesta de un sistema de información como el soporte técnico organizativo para el funcionamiento del sistema (áreas prioritarias de vigilancia, objeto de vigilancia, temas de vigilancia, objetivos, estándares e indicadores, uso de información, flujo de información, difusión)

4.6. Dimensiones de la Vigilancia Ciudadana

La vigilancia ciudadana, es un proceso relativamente complejo, por lo que tiene distintas dimensiones que es necesario atender a fin de considerarlas para el logro de una experiencia con resultados exitosos.

Cada dimensión tiene una expresión en los actores del proceso, en este caso desde el ámbito del Estado a través de sus instituciones y funcionarios, como también desde el ámbito ciudadano, lo que se define y expresa en la siguiente tabla⁶⁵:

DIMENSIÓN	ESTADO	SOCIEDAD CIVIL
Político-organizacional	Disposición y voluntad política de las instancias del Estado para garantizar la participación ciudadana: desarrollo de espacios para la formulación y recojo de propuestas, negociación y toma de decisiones, con participación activa de actores políticos y sociales.	Existencia de estructuras organizativas o readecuación de las mismas en funciones de VC. Disposición a establecimiento de relaciones de diálogo y participación con las entidades del Estado, a través de iniciativas de fiscalización o control social de las acciones de autoridades y funcionarios, y el uso de los

⁶⁵ Adaptado de criterios del Plan Regional de Participación Ciudadana, criterios de elaboración; Policy-PRODES, USAID/PERÚ; Noviembre 2005.

		recursos públicos.
Social	Establecimiento de los roles de los actores sociales a partir de un enfoque de corresponsabilidad, donde la población no sólo es vista como titulares de derechos sino también de responsabilidades, identificando sus necesidades, proponiendo y acompañando la gestión y ejerciendo el control de las políticas públicas.	
Técnica	Adecuación de los procedimientos de <i>gestión pública</i> y herramientas de trabajo que favorezcan la participación ciudadana en los procesos de fiscalización, control e incidencia política (propuestas) por parte de la ciudadanía.	Creación de procedimientos e instrumentos de <i>gestión social</i> (Plan de vigilancia ciudadana), que asegure el proceso en su ejecución, monitoreo y evaluación.

4.7. Componentes de la intervención

Según todo lo anterior, una propuesta de vigilancia ciudadana, debe desarrollarse en función de los siguientes componentes de trabajo:

- **Desarrollo de Recursos Humanos:** En la medida que una de las estrategias lo constituye el desarrollo de capacidades y competencias, especialmente alrededor de aspectos de gerencia y liderazgo, y que el sistema opere bajo la conducción de la propia población, deberán existir *soportes institucionales* para el desarrollo de este componente, diseñándose distintas modalidades por ejemplo para acciones de capacitación. Por ejemplo las instancias del Gobierno Regional y de la Dirección Regional de Salud, así como el concurso de algunas ONGDs aliadas al proceso y presentes en la zona, debieran ser consideradas como parte de este soporte institucional.
- **Impulso y apoyo a la conformación para espacios de participación, desde el Estado y la SC:** Es el factor básico de sostenibilidad del sistema y está dado por un lado, la *disposición política de las autoridades para el proceso* de VC, por otro, por la disposición de las organizaciones e instituciones a participar y que asumirían las actividades de vigilancia y finalmente por la disposición de ambos actores para la construcción de espacios de concertación/negociación alrededor de los resultados de la VC. La intervención en este ámbito consiste en impulsar acciones de organización o de funciones de vigilancia en organizaciones pre-existentes a nivel poblacional, y de otro lado, en la sensibilización y compromiso de las autoridades de los ámbitos a proponer y favorecer los espacios y acciones de VC.
- **Soporte técnico y Sistemas de Información:** como conjunto de elementos relacionados entre sí, que tienen por finalidad apoyar en el diseño de herramientas e instrumentos y la producción de información, en función de determinados temas y objetivos de VC. El sistema de información es el soporte técnico del sistema de vigilancia (áreas prioritarias de vigilancia, objeto de vigilancia, temas de vigilancia, objetivos, estándares e indicadores, uso de información, flujo de información, difusión).

Las dimensiones y componentes de la intervención se expresan en la siguiente tabla de operacionalización:

a formulación “tentativa” del problema, pues su exhaustivo diseño se podrá alcanzar una vez que completemos toda la información sobre el problema, el que será el siguiente paso.

Un ejemplo de problema formulado podrá ser:

Ejemplo: "El 39% de la población menor de 5 años de la Región LOS SAUCES presenta desnutrición crónica infantil. Los afectados se ubican en las zonas rurales y poblaciones indígenas de la región. Las provincias con la mayor frecuencia de niños con desnutrición crónica, son Tierra Próspera y Río Hermoso, donde superan el 45%. Los principales afectados son los infantes de familias pobres y en extrema pobreza, de los cuales el 35% son pobres extremos, mientras el 13% pertenecen al grupo de los no pobres.

Algunas recomendaciones para una formulación adecuada de Problemas

- Evitar formular problemas como carencias, ejemplo: Alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual y no como: Ausencia de Antirretrovirales.
- Los problemas deben estar delimitados social y geográficamente. La población afectada es la delimitación social mientras que el ámbito espacial en el que se presenta el problema, señala la delimitación geográfica. De particular importancia es distinguir si el problema afecta de manera desigual a varones y mujeres, y población de comunidades indígenas.
- Analizar y describir un problema implica detallar sus características actuales. Cuando se inicia el estudio de algún problema resulta útil efectuar "*Estudios Línea de Base*", que establecen las características que asume el problema en un determinado momento. Este tipo de estudio a menudo se efectúa al comienzo de alguna intervención, a fin de levantar las características generales de alguna situación problema, a fin de establecer sus cambios o diferencias, algún tiempo después de que se implementen las soluciones, lo que se alcanza con el levantamiento de subsecuentes estudios similares.

**MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA CIUDADANA
LOS DESAFÍOS MULTIDIMENSIONALES PARA LA VC**

FUNCIONES	DIMENSIONES					
	Política		Organizacional		Técnica operativa	
	Estado	Sociedad Civil	Estado	Sociedad Civil	Estado	Sociedad Civil
Impulso y apoyo a la conformación para espacios de participación desde el Estado y la SC Desarrollo de Recursos Humanos Soporte técnico	<ul style="list-style-type: none"> • Legislar, adecuar y asegurar desde sus niveles de gobierno, el marco normativo para garantizar los espacios de PC. • Voluntad política para efectivización de espacios de PC. • Se deciden prácticas de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento y aceptación del marco normativo de PC. • Capacidad propositiva • Disposición a participar. • Identificación de prioridades de VC. • Definición de niveles de vigilancia: central, regional y local. • Definición de tipos de VC: control/fiscalización/ derechos/canal participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en espacios de concertación con PC • Se organizan espacios de trabajo para la gestión participativa de políticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de estructuras organizativas o readecuación de las mismas a funciones de VC • Grupos organizados con identificación de intereses comunes. • Grupos organizados que comparten valores “idóneos” y perfiles específicos para la función de VC 	<ul style="list-style-type: none"> • Se organizan y dispone instancias administrativas de gestión de PP con PC. • Se readecúan prácticas técnico-administrativas para facilitar la VC. • Desarrollo de competencias de funcionarios y del sistema gerencial de las instituciones para organizar y disponer de información sobre la gestión pública para el uso ciudadano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los propósitos y objetivos de la VC • Identificación de los temas y políticas de VC • Diseño y aplicación de un Plan de VC • Definición y validación de variables, estándares e indicadores para el manejo de información local: estructura, proceso y resultados, y evolución y tendencias. • Definición de los flujos de información y usos de la misma. • Instrumentos de trabajo: formatos de recojo de datos, análisis de información, formatos de publicación y otros. • Desarrollo de competencias de líderes comunales y representantes de OSB, para organizar, disponer y analizar la información sobre la gestión pública y ejercer la vigilancia ciudadana de acuerdo a las políticas comprometidas por las instancias de gobierno.

4.8. Etapas de Intervención

Define la ruta o estrategia general, los grandes “pasos” o etapas de intervención para el establecimiento del Sistema de Vigilancia Social, proponiéndose los siguientes:

ETAPA I

Mapeo de Actores:

Consistente en identificar todos los actores presentes en los ámbitos de trabajo sobre los que potencial y de manera efectiva (por antecedentes y experiencia actual) ofrecen condiciones para la intervención, priorizándose los siguientes espacios:

- **Sociedad civil:**

Se identificará a las organizaciones que actualmente están activas, que tienen algún antecedente de actividad de vigilancia o que potencialmente tienen condiciones para tal desempeño. Se deberá trabajar un “perfil” en cuanto a un prototipo “ideal” de organización que cumpla determinadas características que la sitúan en condiciones para el ejercicio de este desempeño como:

- Organización con vigencia, representatividad y reconocimiento local
- Organización con personería jurídica
- Con prácticas democráticas de representación (representantes elegidos democráticamente en elecciones periódicas)
- Tener antecedente de trabajo en áreas afines al tema de la vigilancia ciudadana

- **Estado:**

- **Gobierno Local:**

- Gobierno Regional
 - Gobierno Local

En las instancias locales de gobierno, regional y local, se buscará asentar el trabajo, en el ámbito departamental, en el Gobierno Regional, a través de la Gerencia de Desarrollo Social y el Consejo de Coordinación Regional; en la DIRESA, a través de la Dirección de Promoción de la Salud; y en los Gobiernos Locales en los Consejos de Coordinación Local Provincial o Distrital. Considerar el ámbito institucional, de acuerdo al tema motivo de la vigilancia ciudadana.

- **Servicios de Salud a nivel local**

- Red de Salud
 - MicroRed
 - Establecimientos de Salud

Se identificarán los servicios, programas y proyectos realizados por las instituciones públicas así como los espacios de participación que pudieran estar presentes en la organización/gestión de estos programas o intervenciones del Estado, a fin de incorporarlos en el proceso de vigilancia ciudadana.

- **Aliados para la Vigilancia Ciudadana**

Tanto desde el Estado, como de la sociedad civil, se identificarán a las instituciones u organizaciones que tienen interés o experiencia en actividades de vigilancia ciudadana. Se buscará incorporarlos a los procesos partiendo de la identificación de temas e intereses comunes sobre los que se podrán desarrollarse acciones conjuntas.

ETAPA II

Sensibilización y compromiso de Actores

Consistente en acciones para identificar y sensibilizar a los actores con condiciones de ser partícipes del proceso: organizaciones sociales de base, funcionarios de los Gobiernos Regionales y Locales y personal de los servicios de salud de las zonas.

ETAPA III:

Acciones de capacitación

Luego de la identificación de Actores, se presentará un modelo/propuesta de construcción del sistema de Vigilancia Ciudadana, (módulo de capacitación) el que podría tener los siguientes Componentes:

- **Componente Político-social y Organizacional**

Consiste en implementar el soporte técnico-organizacional del sistema, a través de la organización de los Comités de Vigilancia Ciudadana, los que deben tener asignados funciones, participantes, y metodología de organización. Estos aspectos deberán estar descritos en el Plan de Vigilancia Ciudadana. Por el lado de las instituciones del Estado, se plantearán funciones, acciones y herramientas e instrumentos que deberán ser aplicados en los sistemas de gestión pública destinados a favorecer la participación ciudadana.

- **Componente Técnico:** Conjunto de acciones dirigidas al funcionamiento del sistema de vigilancia ciudadana y que se plasma en un “Plan de Vigilancia Ciudadana” y que tiene los siguientes elementos:

- Objeto de la Vigilancia
- Objetivos de Vigilancia
- Participantes de la Vigilancia desde el Estado y la Sociedad Civil, a partir del Mapa de Actores
- Definición de las Acciones de Vigilancia
- Diseño de instrumentos y herramientas de vigilancia
- Productos esperados
- Acciones de difusión

ETAPA IV:

Monitoreo-evaluación del funcionamiento del sistema de vigilancia ciudadana

Seguimiento del funcionamiento (monitoreo) e impacto (evaluación), de las acciones de vigilancia ciudadana en los ámbitos seleccionados, a través de la construcción de un sistema de variables e indicadores, aplicados en cada caso al Plan de Vigilancia Ciudadana.

V. Referencias Bibliográficas

1. Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009
2. María Isabel Remy S. “Los múltiples campos de la participación ciudadana en el Perú. Un reconocimiento de terreno y algunas reflexiones. IEP. Lima 2005; Citado en Julio Díaz Palacios; Participación Ciudadana en los Procesos de Descentralización en el Perú; INWENT; 2009
3. Vigilancia Social: Teoría y Práctica en el Perú; DESCO, CAD, CIES; mayo 2004
4. Plan Regional de Participación Ciudadana, criterios de elaboración; Policy-PRODES, USAID/PERÚ; Noviembre 2005
5. PRODES; Informes de Hallazgos: Evaluación rápida del Proceso de Descentralización, Proceso de Presupuesto Participativo 2004, diciembre 2004; www.prodes.org.pe/internas/11.html
6. M.L.Vásquez/E.Siqueira. Los Procesos de Reforma y la Participación Social en Salud en América Latina; Gac. Sanit 2002: 16(1): 30-38
7. Reformas del Sector de la Salud y Participación Social; Rev. Panamericana de Salud Pública v.8 n.1-2 Washington Jul/Ago. 2000
8. Epifanio Baca Tupayachi; Situación y Perspectivas de la Vigilancia Ciudadana y Rendición de cuentas en el Perú, en el marco de la descentralización y el presupuesto participativo; Grupo Propuesta Ciudadana; 2007
9. Paredes Calla Jaime: la vigilancia ciudadana. Mensaje en lista de Vigilancia 24-09-2002; citado en : Operativización del derecho a la salud desarrollo de un marco para la vigilancia ciudadana: el caso de la salud sexual y reproductiva; Marcela Huaita y col, Policy, 2007
10. Manual para la Vigilancia Ciudadana-Manuela Ramos; Alexander Casas Flores; citado en “Documento de Vigilancia”; Félix Caycho; Iniciativa de Políticas; marzo 2009
11. Módulo de Capacitación en Vigilancia Ciudadana para formadores y formadoras locales; Defensoría del Pueblo; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza; Lima, Perú; marzo 2004
12. Caroline Gibu; Vigilancia Social en el Perú; CAD Ciudadanos al Día: Diploma en Gestión de Políticas Públicas en Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia; mayo 2008
13. Plan Regional de Participación Ciudadana, criterios de elaboración; Policy-PRODES, USAID/PERÚ; Noviembre 2005

UNIDAD II - OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Objetivo específico 2:

El alumno al finalizar el módulo conocerá el marco de construcción de un Observatorio de Políticas Públicas en Salud, reconocerá sus características organizativas y las condiciones para su desarrollo en el contexto universitario.

I. Introducción

La vigilancia social de la política pública, como ejercicio ciudadano, es un proceso político complejo que requiere de un alto grado de madurez de la vida democrática de la sociedad implicada, pues supone una clara comprensión, de la naturaleza y significado y de la “cosa pública” y de las implicancias que esto acarrea sobre su gestión. De allí la importancia de organizar estrategias o mecanismos de vigilancia que reúnan condiciones básicas que garanticen no solo su sostenibilidad técnica o económica sino y sobretodo su credibilidad y legitimidad.

Los Observatorios de Políticas Públicas en Salud, son iniciativas con cada vez mayor desarrollo en el mundo, que como mecanismos de vigilancia social/ciudadana, demuestran su potencialidad para el mejoramiento de las políticas públicas de salud en los problemas prioritarios de la ciudadanía, al mismo tiempo que contribuyen a una mayor transparencia y efectividad de gestión de las instituciones del Estado en su desarrollo de programas y servicios como concreción a las políticas. De otro lado los procesos de vigilancia a través de observatorios, contribuyen a fortalecer el rol democrático de la sociedad civil, pues permiten que sus organizaciones se involucren más activamente en los asuntos del Estado. Ambos procesos contribuyen a redimensionar los niveles de diálogo y acercamiento entre la sociedad civil y las organizaciones del Estado mejorando los niveles de gobernabilidad.

En el mundo globalizado se propone un nuevo marco ético mundial que exige que las organizaciones, se posicionen en compromisos éticos, donde la responsabilidad social, se constituye en un instrumento que permite gerenciar todos los impactos de sus actividades. En este marco, la organización de un Observatorio de Políticas Públicas de Salud a partir de un ámbito académico universitario, concreta el compromiso ético de la universidad, contribuyendo a la gestión social del conocimiento, para una mejor formación ciudadana, por ende, al desarrollo del capital humano, y en el contexto de un desempeño transparente, científico y de rigor técnico, otorga un marco de credibilidad y legitimidad para su accionar en la conducción de un Observatorio de Políticas Públicas en Salud.

En la presente propuesta, se recogen los aportes teóricos y metodológicos, con algunas ligeras modificaciones, del trabajo para Usaid/Iniciativa de Políticas del Dr. Oswaldo Lazo Gonzáles: “Propuesta teórico-metodológica de Observatorios de Políticas Públicas en Salud”.

En el presente se desarrollan conceptos básicos sobre vigilancia social y Observatorio de Políticas Públicas en Salud y una propuesta metodológica para su implementación.

II. Marco Teórico

2.1. La Vigilancia Social de las Políticas Públicas

Como se ha señalado anteriormente, la Vigilancia Ciudadana, sobre las políticas públicas se constituye en un derecho en el ejercicio de ciudadanía, el que debe desarrollarse a partir del reconocimiento que es una práctica que compromete tanto a las instituciones del Estado como a la sociedad civil organizada. En el primer caso, el compromiso es por la transparencia en la gestión pública y para la segunda, en la necesidad de una actitud responsable en los métodos y finalidad de la vigilancia y de honestidad en el uso de los resultados.

Existen distintos tipos de vigilancia, resaltando las dos principales, por oferta y por demanda. Para el primer caso, el rol protagónico lo asumen las instituciones del Estado que promueven la vigilancia ciudadana, mientras que para el segundo caso, el protagonismo lo alcanzan las organizaciones de la sociedad civil.

Los Observatorios de la salud, cuyo origen ha sido, como instancias de análisis de las políticas públicas, también pueden ser utilizados en experiencias de vigilancia social, el que desarrollaremos en este tema, será en relación a los decisores de política.

2.2. Observatorios como Instrumentos de Vigilancia Social

Se entiende como Vigilancia Social a aquellas actividades que tienen como objeto de vigilancia a las actividades del Estado, especialmente los que concretan las políticas como los planes y programas, mientras que la Vigilancia Ciudadana tiene como objeto de vigilancia al cumplimiento de los derechos humanos en general, considerando cualquier tipo de ámbito, tanto público como privado. Si bien ambos tipos de vigilancia no son excluyentes, porque la vigilancia social también puede ser orientada hacia la vigilancia en el cumplimiento de derechos, tanto como la vigilancia ciudadana se implementa alrededor del objeto de vigilancia de los planes y programas del sector gubernamental.

Un Observatorio de Políticas Públicas en Salud (OPPS), implica una propuesta de práctica activa del derecho al control social de la gestión pública, no es un ejercicio de observación e investigación con fines puramente académicos.

Aquí es pertinente presentar una definición del término de Vigilancia, pero en su aplicación en salud pública y en el contexto de los OPPS

“Vigilancia es la recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos a aquellos que necesitan saber”⁶⁶”

2.3. Los Antecedentes de los OPPS

El término “*Observatorio*” se origina en los países europeos, donde empezó a utilizarse aludiendo a “espacios con acceso público de producción e conocimiento para apoyar, monitorear y evaluar desde la etapa de diseño, las políticas sociales, así como también entregar inteligencia sistematizada de los procesos y resultados de los programas y reformas en el área de la salud que se están implementando en los distintos países⁶⁷”.

⁶⁶ Francisca Florenzano: Observatorios de Salud Pública; Iniciativa Chilena de Equidad en Salud; http://www.equidadchile.cl/observatorio/que_es.html

⁶⁷ Iniciativa Chilena de Equidad en Salud; http://www.equidadchile.cl/observatorio/que_es.html

El contexto en el que nacen los OPPS, según señala la organización de la Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, se dió con el inicio de la Agenda de la Nueva Salud Pública. Así en 1974 con el discurso del Ministro de Salud canadiense, Marc Lalonde, se señala que *“...la Nueva Salud Pública se centra en el entorno físico, psicológico y social de las poblaciones, reconociendo los problemas causados por los Estilos de Vida y con la creciente preocupación por prevenir las muertes maternas y discapacidades y por el desarrollo de políticas saludables basadas en la evidencia”*.

A partir de esto, identificamos algunos *“hitos”* en la existencia de los OPPS, en términos históricos:

- 1974: Apertura del primer Observatorio en Francia con el objetivo de proveer información relevante para ayudar en el proceso de toma de decisiones en el área de salud y políticas sociales.
- 1990: Primer Observatorio inglés, con el objetivo de proveer de “inteligencia” en salud pública mediante la generación de información, descripción y análisis del contexto y posibles perspectivas futuras.
- 1999: Publicación de El Libro Blanco: “Saving Lives: Our Healthier Nation” por el Departamento de Salud del Reino Unido⁶⁸
- 1999: Creación de una red de observatorios regionales en Inglaterra⁶⁹
- 1999: Creación del Observatorio Europeo de Servicios de Salud, de la OMS

El Libro Blanco propone que el rol de los Observatorios sería el de apoyar a los organismos locales en:

- Monitorizar las tendencias de la salud y la enfermedad y señalar las posibles áreas de acción.
- Identificar las brechas faltantes en la generación información en el área de salud.
- Ejecutar proyectos para resaltar ciertos temas de salud.
- Evaluar el progreso de la autoridad sanitaria en términos de mejorar la salud de la población y reducir inequidades en salud.
- Mirar el futuro para dar alarmas sobre posible problemas de salud pública,

Carlos Alvarez-Dardet y colaboradores, del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante⁷⁰, definen como características centrales de los Observatorios de Políticas Públicas en Salud, el carácter científico de la observación de las políticas y la difusión de sus observaciones, a partir de lo que es sencillo apreciar su estrecha vinculación con el mundo académico.

2.4. Definición y algunas Características de los OPPS

No existe aún consenso en cuanto a la definición de lo que es un OPPS, señalándose que si bien este término se ha venido usando para describir varias instituciones dentro de la salud

⁶⁸ Carr: Hill R. et. Al. The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement.

⁶⁹ El Libro Blanco: “Saving Lives: Our Healthier Nation” publicado por el Departamento de Salud de Reino Unido, en 1999, propone la conformación de observatorios básicamente como estrategias de análisis de política.

⁷⁰ Carlos Alvarez-Dardet, María Teresa Ruiz: “Observatorio de Políticas Públicas y Salud; Algunas Ideas para Navegar con Brújula” Departamento de Salud Pública de Alicante;

pública con diferentes funciones y estructuras, la adopción del término de Observatorio para definir esta función dentro de la salud pública, aún requiere de una definición clara⁷¹.

Si bien las características dependerán del tipo de OPPS que se trate, que como se verá más adelante son de varias clases, en general los observatorios que surgen en el contexto de la nueva salud pública se caracterizan por⁷²:

- Estar fuertemente vinculados con el mundo académico, a partir de las universidades, para incluir a partir de ellas, sus conocimientos y metodologías de trabajo en el quehacer del OPPS.
- La Retroalimentación mutua: En el marco del rigor metodológico, al que cualquier OPPS debe aspirar, se trata del intercambio permanente de conocimientos y experiencias entre el mundo académico y el mundo de los servicios de salud⁷³.

Adicionalmente, según precisa Florenzano,: “la experiencia de un observatorio es recolectar información, analizarla, estructurarla y presentar los resultados de manera clara a aquellos responsables de diseñar e implementar las políticas de salud pública”⁷⁴.

Desde otra perspectiva, hay quienes definen la finalidad de los OPPS en su contribución al aumento de la transparencia de las actividades del sector público y las corporaciones privadas a nivel local, nacional, internacional y global, esto es como instrumento de gobernabilidad en ámbitos específicos de la vida social.

De tal perspectiva se desprende otro enfoque en la concepción de los observatorios, que no se agota en el análisis que alimenta de información y de evidencia argumental en la generación de política pública⁷⁵ desde el estado o la sociedad civil, sino que avanza en el fortalecimiento de capacidad de control democrático de la sociedad respecto de la gestión pública. De esta manera se convierte en herramienta de vigilancia social ya que busca “empoderar” a la ciudadanía respecto de su derecho de participar en la gestión de la cosa pública y solicitar la rendición de cuentas de accionar ciudadano. Esta modalidad de observatorio supone un cierto grado de desarrollo democrático de la sociedad implicada, tanto desde el lado de los gobernantes como desde los gobernados, pero sobretodo debe ser visto como parte de un esfuerzo por generar una dinámica social de mayor compromiso, interés y voluntad ciudadana por fortalecer la democracia y la ciudadanía. Si esta condición no se cumple las experiencias pueden devenir en estructuras tecno-burocráticas con escasa capacidad de incidir en la democratización social.

2.5. Tipos de Observatorios de Salud

En la experiencia internacional, se distinguen tres tipos de observatorios:

- Observatorios como *instrumento de los agentes gubernamentales a cargo de las políticas públicas en salud, proporcionándoles información relevante necesaria (“inteligencia sanitaria”)* para la toma de decisiones, en el camino de la construcción y el monitoreo de políticas públicas basadas en evidencias. Es el caso de la mayor parte de observatorios europeos de salud pública, que resultan ser dependencias del aparato de gobierno, generalmente regional, con enlaces o redes nacionales o internacionales.

⁷¹ Iniciativa Chilena de Equidad en Salud; http://www.equidadchile.cl/observatorio/que_es.html

⁷² Ibidem

⁷³ Es el caso del Observatorio Europeo de Servicios de Salud de la OMS el que se vincula con un número importante de centros académicos.

⁷⁴ Florenzano F. Iniciativa Chilena de la Equidad en Salud.

⁷⁵ Majone. G. Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas. Fondo de Cultura Económica, 1997, mencionado en Oswaldo Lazo: Propuesta teórico-metodológica de Observatorios de Políticas Públicas en Salud; Informe de Consultoría; / USAID / Iniciativa de Políticas en Salud; Noviembre 2008.

- Observatorios como *redes de generación de conocimiento científico en torno a la salud pública, con énfasis en el desarrollo de la investigación, tanto académica como operativa*, contribuyendo además a la formación de investigadores y a la difusión e intercambio de conocimientos. Esta clase de observatorios se han constituido básicamente a partir de universidades, y algunos de ellos han incursionado también en el análisis del impacto de las políticas públicas y en algún grado de incidencia desde el espacio académico. Una ventaja apreciable en la evaluación de su desempeño es la legitimidad y credibilidad de las universidades como observadores imparciales y “árbitro” entre el estado y la sociedad.
- Observatorios como *instrumento de fortalecimiento de las capacidades democráticas de la sociedad civil* para exigir gestión pública honesta y transparente, buscando dotar a sus organizaciones y en general a la ciudadanía de información relevante para su ejercicio del derecho a la salud para a través de dos mecanismos: la petición de cuentas de la gestión, incidencia en la formación de la política pública en salud.

Otra clasificación, que presenta algunas similitudes con la anterior, señala los siguientes tipos de observatorios⁷⁶:

- Observatorios que operan vía Web (European Health Telematics Obs.) sitio web que recolecta y difunde información a todo el mundo.
- Observatorios conformados por Redes de participantes que no están ubicados en el mismo lugar físico.
- Observatorios regionales generales
- Observatorios que se focalizan en temas específicos

2.6. Experiencias Internacionales y Nacionales de Observatorios en Salud

A nivel Internacional

Los Observatorios de Políticas Públicas en salud, generados a nivel internacional, responden mayormente al modelo de “redes de generación de conocimiento científico”, estrechamente relacionados con entidades académicas o de investigación.

Las experiencias iberoamericanas más conocidas son:

- Universidad Alicante de España
- Universidad Antioquía de Colombia
- Universidad Atlántico de Colombia
- Universidad de El Salvador
- Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Porto Alegre de Brasil
- Universidad Autónoma de Yucatán de México⁷⁷

⁷⁶ Florenzano F. Iniciativa Chilena de la Equidad en Salud.

⁷⁷ Esta experiencia conformada en el año 2000 está dedicada a la investigación, formación y asesoría en el ámbito de las políticas públicas y la salud: <http://www.ua.es/webs/opp/index1.html>

A Nivel Nacional

Consortio de Investigación Económica y Social

En el Perú, a inicios de los 2000, el Consorcio de Investigación Económico y Social (CIES) de la Universidad del Pacífico, con el auspicio de la Fundación Ford, promovió la conformación del Observatorio del Derecho a la Salud, como un proyecto del Consorcio de Investigación Económica y Social, con el propósito de “fortalecer la comunidad de derechos humanos y de salud pública así como sus relaciones para producir y diseminar conocimiento útil alrededor del derecho a la salud. En última instancia su propósito es contribuir al desarrollo del Perú, elevando el nivel del debate nacional sobre políticas económicas y sociales en el campo de la salud.”⁷⁸

Esta iniciativa tiene como objetivo general: “Promover la capacidad de vigilancia social de las políticas y programas de salud, considerando la incorporación del enfoque de género y la vigilancia del cumplimiento de los compromisos de derechos humanos en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva” Luego de algunos años de trabajo, periódicamente por esta iniciativa se vienen produciendo resultados de investigaciones sobre políticas de salud, sin embargo no se tiene una evaluación clara sobre su contribución en la capacidad de vigilancia con actores relevantes de la sociedad civil, siendo su accionar básicamente capitalino⁷⁹.

Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas de Salud

Durante el periodo 2005-2007 el Proyecto USAID-Iniciativa de Políticas de Salud⁸⁰ promovió la conformación de Observatorios de Políticas Públicas Regionales en Salud en las Regiones de Ayacucho y Junín, liderados por la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y la Universidad Nacional de Centro, respectivamente. Esta iniciativa estuvo precedida por un proceso de generación de capacidades básicas para la docencia e investigación en políticas públicas en salud, mediante un curso desarrollado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Como resultado se constituyeron equipos docentes preocupados por desarrollar investigación en este campo en ambas, contando con algunos incentivos destinados para tal fin. Se concretaron algunos proyectos de investigación pero luego se produjo una transitoria discontinuidad aparentemente por dificultades en los factores de sostenibilidad técnico-financiera de la propuesta.

Durante este mismo periodo la Red Peruana de Gestión Sanitaria⁸¹ promovió la creación de observatorios con características similares en las regiones de Cajamarca y Arequipa, lideradas por la Universidad Nacional de Cajamarca y la Universidad Católica Santa María de Arequipa, respectivamente, las que también debido a factores de sostenibilidad técnico-financiera, han entrado a un periodo de discontinuidad hasta la actualidad.

2.7. Dimensiones de los Observatorios de Políticas Públicas de Salud

En los OPPS se distinguen genéricamente, dos dimensiones: *Patrón* y *Perspectiva*

Patrón

Dimensión relacionada con el modelo de observación/análisis del Observatorio y se sustenta en el conocimiento técnico y científico. Para nuestro caso, la producción científica y la investigación a partir de la labor universitaria, constituyéndose en un soporte muy

⁷⁸ <http://www.consortio.org/observatorio/>

⁷⁹ Oswaldo Lazo: Propuesta teórico-metodológica de Observatorios de Políticas Públicas en Salud; Informe de Consultoría; USAID/Iniciativa de Políticas en Salud; Noviembre 2008.

⁸⁰ Escobedo S. Informe Técnico. Implementación de los Observatorios de Políticas de Salud en Junín y Ayacucho. USAID-Iniciativa de Políticas de Salud. 2007.

⁸¹ Tejada L. ¿Qué observa el Observatorio? Documento de Trabajo. Red Peruana de Gestión Sanitaria. 2007.

importante en la coherencia entre el objeto de observación, sus fines y objetivos y la metodología (procedimientos e instrumentos).

Perspectiva

Relacionado a las opciones valorativas y de poder que están a la base de una propuesta de Observatorio. Así los OPPS no son valorativamente “neutros”, estar al “servicio de causas” determinadas. Estas opciones direccionan el tipo de actores y de apoyos, por ejemplo financieros que van a ser convocados en su desarrollo.

Así, Baca⁸² define como principios orientadores de los mecanismos de vigilancia: independencia, neutralidad política, veracidad y objetividad. Además, afirma que la vigilancia debe ser en la medida de lo posible propositiva y constructiva, esto es, deberá avanzar en proponer recomendaciones de reforma y/o cambio en el desempeño de las entidades sujetas a vigilancia. También es necesario precisar que la vigilancia no sustituye ni se contrapone con las acciones de control del Estado.

Bajo estas consideraciones, la perspectiva de un OPPS se define en su **credibilidad**, lo que se va a expresar luego en la capacidad de influencia que logre en la “arena política” de su interés, no sólo de los actores relevantes sino especialmente de la “opinión pública”. A su vez esta credibilidad es producto de:

- **Visibilidad social** alcanzada que lo convierte en un referente obligado sobre el campo o temática en cuestión
- **Independencia e imparcialidad** respecto de los decisores de política, como sustento de autoridad moral para influir a través de las “observaciones”
- **Rigor técnico** de sus “observaciones”, análisis y propuestas, como sustento de veracidad que a su vez permite alcanzar autoridad técnica en el campo de la observación.

Estos aspectos están interrelacionados y son complementarios, ya que por ejemplo, no se puede influir con información (se tengan o no los recursos económicos), sin al mismo tiempo, ser creíbles y visibles y esto no es posible de mantener en el largo plazo sin ser independientes de las fuentes financieras que actúan como soportes.

⁸² Baca E. Situación y Perspectivas de la Vigilancia Ciudadana y Rendición de Cuentas en el Perú, en el marco de la descentralización y el Presupuesto Participativo. Grupo Propuesta Ciudadana. 2005.

III. Propuesta del Observatorio de Políticas Públicas en Salud bajo Conducción de la Universidad

3.1. Modalidad de Observatorio

A partir de los tipos de observatorios de salud, que existen en la experiencia internacional, anteriormente señalados en este documento, se distingue, el que correspondería a una propuesta de un Observatorio de Políticas Públicas en Salud bajo la conducción de la Universidad.

Éste sería una combinación de dos tipos: que tendría una amplia propuesta de objetivos, y que funciona a partir de “redes de generación de conocimiento científico en torno a la salud pública con énfasis en el desarrollo de la investigación científica académica y operativa” con el propósito de una información relevante, con credibilidad y suficiencia técnica para su utilización por las organizaciones ciudadanas para que a través de procesos de incidencia política, puedan influir favorablemente para una gestión pública honesta y transparente, para la solución de prioritarios problemas a la vez que al fortalecimiento de las capacidades democráticas de la sociedad civil organizada en este proceso.

Es de anotar que en este proceso se logrará también reforzar la responsabilidad social de la universidad, tema que merece algunos comentarios.

3.2. La Responsabilidad Social Universitaria y el Observatorio de Políticas Públicas en Salud

En general se considera que en el mundo de la era de la globalización, la Responsabilidad Social se constituye como la herramienta de gestión de los desafíos de la mundialización en cada organización que pretende aportarle algo a su sociedad⁸³.

Ahora se reconoce que cualquier organización debiera preocuparse además de los resultados sobre las metas y objetivos claros y conscientes que se traza, también de otros aspectos, los llamados impactos colaterales “ocultos e inconscientes” que se generan a partir de su accionar, y que se ubican en muchas dimensiones como: los éticos, laborales cognitivos, de salud, políticos, económicos, ecológicos, espirituales y hasta cognitivos⁸⁴.

Desde el año 2000, ha surgido un nuevo marco ético mundial el que ha articulado en una misma exigencia ética, todos los ámbitos de nuestros deberes personales, organizacionales, económicos, jurídicos, sociales, políticos y ambientales. Es así que la responsabilidad social se transforma en un instrumento que permite gerenciar los impactos colaterales de nuestras actividades colectivas.

Se define como la Responsabilidad Social de una organización a:

- 1) Su política de calidad ética definida en base a estándares internacionales que aseguren la pertinencia y sostenibilidad global de su acción local.
- 2) Orientada hacia el desarrollo humano sostenible
- 3) Basada en el diagnóstico y la gestión de todos los impactos que el funcionamiento de la organización puede generar
- 4) En diálogo y asociación con diferentes grupos interesados
- 5) Manteniendo una coherencia entre la misión institucional declarada y la práctica

⁸³ <http://blog.pucp.edu.pe/etica> RSU

⁸⁴ Ibidem

Una responsabilidad social es: “**Decir lo que se hace**” (ser transparente en sus reportes: accountability; “**y hacer lo que se dice**” (ser congruente con los valores y declaraciones), “**siguiendo estándares internacionales**” (consensuados para el desarrollo humano sostenible)

La **Responsabilidad Social Universitaria**⁸⁵ se define como:

“Es una política de calidad ética del desempeño de la comunidad universitaria (estudiantes, docentes y personal administrativo) a través de la gestión responsable de los impactos educativos, cognitivos, laborales, sociales y ambientales que la universidad genera, en un diálogo participativo con la sociedad para promover el desarrollo humano sostenible”

Se entiende así que una universidad socialmente responsable podría ser un buen escenario para llevar adelante una empresa como un Observatorio de Políticas Públicas en Salud, desde que tiene las condiciones para desarrollar una gestión social del conocimiento, para una mejor formación ciudadana, la capacidad de proponer políticas eficaces alternativas para la solución de problemas de salud lo que contribuiría en aportar para un desarrollo humano más pleno. Es así que a través de la implementación de un OPPS la universidad puede concretar su compromiso ético con la ciudadanía, una forma de asumir su Responsabilidad Social.

3.3. Supuestos de Trabajo para el funcionamiento de un OPPS a partir de la Universidad⁸⁶

- El OPPS se ubica dentro de una línea de responsabilidad social universitaria asumida como una política de calidad ética, como expresión de un compromiso institucional para la promoción del desarrollo humano sostenible.
- Se propone hacer llegar toda la información producida en términos de formatos accesibles hacia la población en general y hacia las organizaciones sociales de base, “socias” en el proceso de trabajo del OPPS.
- Constituirse como un espacio de interlocución y aprendizaje entre los “hacedores” de las políticas y las organizaciones de la sociedad civil, para lo que desplegará prioritariamente funciones de diálogos e intercambios.
- Ser una “escuela” que facilite herramientas conceptuales y metodológicas para los “hacedores de políticas” en su mejora de la formulación y aplicación de políticas públicas, con énfase de derechos, interculturalidad y género.
- Ser un componente de un sistema de vigilancia social de la salud, con interacción de otros actores del ámbito regional, dotando de información a actores políticos y socio-sanitarios y a la ciudadanía en general para generar opinión pública y propuestas alternativas, a favor de la mejora de la situación socio-sanitaria a nivel regional.
- Proveer de insumos básicos y consistencia técnico-científica, bajo un desempeño de legitimidad y credibilidad, a las propuestas que fundamentan las campañas de incidencia política a favor de mejores políticas públicas, para la ciudadanía, conjuntamente con otros actores del ámbito.
- Según la afirmación previa, el OPPS brindará herramientas para una vigilancia social que busca “empoderar” a la ciudadanía respecto a su derecho de participar en la gestión pública solicitando la rendición de cuentas de las instituciones correspondientes.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Readecuado de: Oswaldo Lazo: Propuesta teórico-metodológica de Observatorios de Políticas Públicas en Salud; Informe de Consultoría;/USAID/Iniciativa de Políticas en Salud; Noviembre 2008.

3.4. Propuesta de Misión del OPPS

Se propone como Misión:

“Contribuir a la construcción democrática y al desarrollo de ciudadanía en salud, fortaleciendo la capacidad de incidencia política de la sociedad civil, dotando a sus organizaciones y en general a la ciudadanía de información relevante para el ejercicio del derecho a la salud.”

3.5. Objetivos Generales

Se proponen los siguientes objetivos básicos para el OPPS

- Brindar información relevante a actores políticos, sanitarios y a la ciudadanía en general sobre implementación de la política pública en el ámbito, a fin de generar opinión pública sobre la problemática de salud.
- Realizar el seguimiento sistemático de variables claves sobre la situación de la salud de la población y sobre la capacidad de respuesta de los servicios públicos frente a los problemas prioritarios, a través de un conjunto de indicadores de salud.
- Construir propuestas alternativas de políticas públicas en salud para una mayor eficacia y efectividad de la gestión pública sanitaria, con base en la evidencia alcanzada en el análisis e investigación de la política.
- Establecer mecanismos permanentes de incidencia política para el logro de objetivos en materia de políticas públicas en salud.

3.6. Líneas Estratégicas del Observatorio

Para el logro de los objetivos antes anotados, se proponen las siguientes líneas estratégicas:

- ***Rendición de Cuentas (accountability)***

Se deberá fortalecer la capacidad de los gobernados pero también de los gobernantes para establecer los mecanismos de petición y rendición de cuentas como estación de reconstrucción del contrato social entre ambos-

- ***Empoderamiento (empowerment)***

Se deberá fortalecer la actoría social de los gobernados, a través de la producción y difusión social de conocimiento e información sobre la salud, la atención de salud y el conjunto de factores que impactan sobre el resultado de la implementación de las políticas de salud.

- ***Incidencia Política y Cabildeo (advocacy)***

A partir de los resultados de la vigilancia de políticas, se deben emprender acciones de incidencia política, advocacy y cabildeo, por la implementación o modificación de las políticas cuando es menester. De este modo se consolida y expande el ejercicio del derecho a la salud.

3.7. Objeto de Vigilancia

Se trata de responder a la pregunta **¿Qué debe vigilar el Observatorios de la Salud?** La presente propuesta se orienta a la forja de observatorios vigilantes de las políticas públicas

en salud. No se trata de observar un hecho o decisión aislada⁸⁷, ni un efecto contingente o imprevisto en el actuar sanitario, se trata de:

*“Vigilar la formación e implementación de “directrices emanadas de uno o varios actores sociales, que se imponen de forma específica a la práctica del colectivo con el carácter de norma, y que directa o indirectamente afectan su salud, no solo favorable, sino desfavorablemente. Las Políticas de Salud son Políticas Públicas, allí donde la salud es un bien público”*⁸⁸

Las políticas pueden ser explícitas a través de un conjunto de prioridades, lineamientos, normas, directivas, que a su vez se manifiestan en planes, programas, proyectos, etc. donde se expresan con mayor o menor precisión ciertos objetivos y metas sanitarias posibles de vigilar.

Evidentemente existen múltiples y diversas políticas en salud y sería complejo pensar en vigilar todas y cada una de ellas. El proceso de priorización de las políticas –explícitas e implícitas a vigilar- surge del consenso y acuerdo entre los actores del sistema de vigilancia en un ámbito determinado. Este acuerdo debe recoger el interés social, pero también el mayor o menor impacto de la política y sus intervenciones, sobre el estado de salud de los sectores poblaciones más desfavorecidos.

Tentativamente, se proponen áreas temáticas o estratégicas de vigilancia como:

- Salud Materno Infantil
- Acceso y Disponibilidad de Medicamentos
- Aseguramiento Universal
- Recursos Humanos en Salud: cantidad, calidad y distribución
- Objetivos de Desarrollo del Milenio

3.8. Líneas de Acción

Las que se constituyen como los ejes alrededor de los que se desarrollarán las actividades que implementará el OPPS⁸⁹:

- Sistema de información en salud que permita conocer acerca de los factores que intervienen en el escenario sanitario de la región.
- Difusión y discusión/debate sobre temas de salud pública que establecerá los ítems principales de una Nueva **agenda sanitaria regional** que sirva de soporte para la implementación de nuevas políticas y estrategias de salud pública.
- Brindar asesoramiento técnico y metodológico especializado para el desarrollo y planificación de investigaciones científicas y proyectos de intervención / servicios / promoción en el ámbito de la salud.
- Proponer, diseñar e implementar, planes de capacitación para mejorar la competencia de profesionales relacionados al sistema de salud y a su gestión.
- Intercambio de experiencias y aplicación de herramientas relacionadas con la salud entre los distintos sectores involucrados en la gestión sanitaria a nivel regional.
- Impulsar convenios de amplio y diverso alcance con la finalidad de promover la cooperación y el intercambio de experiencia y capacidades entre municipios,

⁸⁷ Cabe recordar una frase de Ignatieff recogida por Gill Walt “las políticas no tratan de sobrevivir hasta el viernes. Ni deben ser confundidas con estrategia, que es llegar a la Navidad. Las políticas es la selección de formas no contradictorias de lograr fines no contradictorios a mediano y largo plazo. Las políticas son el hilo de convicción que evita que un gobierno sea prisionero de los eventos”

⁸⁸ Gómez R.D. Políticas Públicas en Salud. Universidad Nacional de Antioquia. Colombia. 2003.

⁸⁹ Adaptado a partir de: Observatorio de Salud; Gobierno de la Provincia de Córdoba; Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

instituciones estatales de quehacer sanitario, y diferentes actores de ámbito público y privado con la finalidad de generar una red interinstitucional de ámbito regional.

- Propiciar relaciones de intercambio de información y experiencias entre regiones del país.
- Gestionar un espacio que permita la cooperación e intercambio de información y recursos relacionados a la salud pública a nivel regional, entre instituciones del Estado de diferentes sectores.

3.9. Ámbito de Acción: Regional

Como ámbito intermedio entre el nacional y el local, las regiones tienen la ventaja de mantener una cercanía entre los problemas de salud de la población y los entes gubernamentales encargados de abordarlos y resolverlos, combinado a la posibilidad de generar intervenciones a una escala de mayor impacto. Desde estos espacios hay existen condiciones para organizar redes de alcance nacional e internacional, para el intercambio de experiencias, conocimientos, métodos e instrumentos útiles para su propósito.

El ámbito regional es propicio para el desarrollo de Observatorio de Políticas en Salud.

3.10. Los Actores

Los actores de Observatorio de Políticas Públicas en Salud, serán los actores de la “arena” política sanitaria regional. Según se ha dilucidado puede ser clasificados según su participación en los procesos de observación en: *directos e indirectos*. Pero también pueden ser clasificados por su ubicación respecto de procesos de observación en: *vigilantes y vigilados* pudiendo tenerse una idea al respecto sobre esta combinación en la siguiente tabla:

LOS ACTORES DEL OPSS

UBICACIÓN	PARTICIPACIÓN / INVOLUCRAMIENTO	
	Directos	Indirectos
	Vigilantes	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos del OPSS de la universidad: información, análisis y difusión • Actores interesados: Organizaciones de la Sociedad Civil (Colegios Profesionales, Asociaciones de Salubristas, ONGs, etc.) • Organizaciones Sociales de base
Vigilados	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades de Gobierno Regional • Directivos y funcionarios de la DIRESA y otras organizaciones de salud • Directivos y Funcionarios de ESSALUD y otros proveedores • Responsables de salud de los municipios provinciales y distritales 	Personal de salud de las organizaciones proveedoras (Programas y Servicios)

Dentro de los actores “vigilantes” se debe diferenciar entre quienes están directamente inmersos en la tarea de vigilancia a través de las actividades del Observatorio y quienes lo hacen a través de la información producida por medios de comunicación. Estos últimos son parte del esfuerzo para llegar a la opinión pública o ciudadana, a través de labores de incidencia política, que progresivamente se convierten en actores directos, al actuar para modificar las normas y políticas que se consideren insuficientes.

Los vigilantes son:

- **Equipo Técnico-Político del Observatorio:** conformado por un grupo académico-profesional, son docentes universitarios dedicados a las diferentes actividades de la vigilancia: acopio de la información, su análisis y su difusión.
- **Organizaciones Sociales de Base:** grupo conformado por agrupaciones ciudadanas en busca de ejercer su derecho a la salud
- **Organizaciones de la Sociedad Civil:** grupos interesados (stakeholders) en el desarrollo del derecho ciudadano a la salud, incluyen: Colegios Profesionales, Asociaciones de Salubristas, ONGs, Organismos Cooperantes, Iglesias, y todos los que pueden ser identificados en el ámbito regional, con interés o involucrados de alguna manera al tema sanitario a nivel regional.
- **Medios de Comunicación:** de diferente naturaleza, cumple un rol fundamental en la vigilancia social, al generar debate van construyendo opinión pública y facilitan la incidencia
- **Opinión Pública:** es la ciudadanía que puede construir opinión sobre un tema de la agenda pública y lo sigue por propio interés. Constituye la base y le da sentido a los procesos de vigilancia social.

Los Vigilados:

Son básicamente los decisores e implementadores de la política pública en salud. También los trabajadores de los servicios de salud, como ejecutores de acciones de política son sujetos de vigilancia. Se distinguen entonces las siguientes instancias:

- **Gobierno Regional:** es el decisor central de política pública en salud, aunque aún no goza de las plenas competencias y funciones en este campo, tiene ineludible responsabilidad. Su órgano ejecutivo en el área social es la Gerencia de Desarrollo Social.
- **Directivos y funcionarios de las DIRESAs:** son, según la normativa de descentralización los organismos ejecutores de la política pública en salud tanto la que emana del nivel central como la formulada en la región.
- **Directivos y Funcionarios de las Municipalidades:** Aunque aún las competencias en materia sanitaria no están siendo plenamente desarrolladas por los municipios, aún cuando las normas vigentes los facultan, es importante reconocer que pueden tener un rol muy importante en el diseño y acciones alrededor de “políticas saludables”, aquellas relacionadas con el entorno ciudadano, con las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, que concretan la implementación de acciones más allá de las instituciones tradicionales de salud cuyos impactos son muy importantes para la salud de la población. Como por ejemplo las relativas a las acciones de promoción de la salud, cambio en los estilos de vida, saneamiento del medio, mejora en la disponibilidad de alimentos y otras. El ámbito municipal favorece además la participación de las organizaciones sociales de base, a través de acciones de vigilancia, promoviendo su empoderamiento.

- **Directivos y funcionarios de ESSALUD:** es el segundo más importante proveedor público de atención de salud, implementa la política pública en el campo de la seguridad social.
- **Personal de Salud:** es también vigilado, su rol de operador de los planes, programas que implementan la política es fundamental aunque no tenga responsabilidad política sobre ellos, sin embargo a través de esta implementación se detectan algunos problemas, como por ejemplo, grados de incumplimiento de las políticas o insuficiencia en ellas, para la atención de problemas.

3.11. La Universidad como Entidad Promotora

La universidad, como institución de carácter fundamentalmente académico, aporta credibilidad y legitimidad, que, según se vió, son características fundamentales del proceso de vigilancia a través de un Observatorio. La universidad es un ente promotor y no el protagonista central, porque convoca y articula a un conjunto de instituciones y organizaciones sociales en torno a la finalidad. Entre las posibles entidades convocadas están: organismos no gubernamentales, organizaciones sociales, colegios profesionales, gremios de trabajadores del sector, y otros.

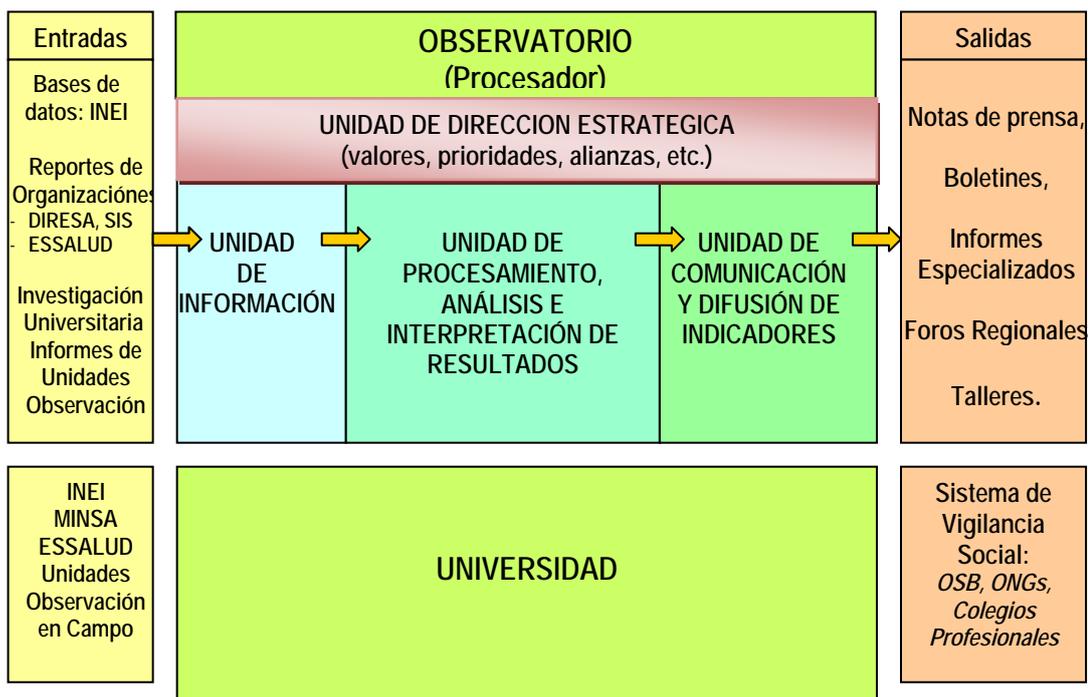
El éxito de la estrategia de vigilancia social depende en gran medida de la credibilidad y la legitimidad de las instituciones que la lideran. La credibilidad, a su vez, demanda seriedad técnica y rigor científico del conocimiento que se produce y difunde. La legitimidad exige independencia política, respetabilidad y liderazgo social, más allá de las correlaciones políticas coyunturales. No es una independencia “de lo político”, sino de los intereses inmediatistas de los actores políticos circunstancialmente involucrados.

3.12. Estructura Funcional de un Observatorio de Políticas Públicas en Salud

El OPPS puede analizarse como un sistema de procesamiento de información sobre la implementación de la política, su vigilancia social. Por lo tanto es posible distinguir: un input o entradas de información, el Observatorio propiamente hace de procesador tal que procesa la información a través de sus componentes funcionales para generar un output o salidas de análisis de la política para la vigilancia, así como a partir de propuestas de política realiza también incidencia política.

Igualmente es posible ubicar a los actores relevantes de este sistema de procesamiento de información, así como los actores que aportan con información (output) y aquellos que han de utilizarla (input). El gráfico siguiente precisa esta estructura.

ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD



a) Unidad de Dirección Estratégica

Es el centro de decisiones estratégicas del Observatorio, allí se definen las orientaciones políticas, valorativas y normativas de Observatorio. Desde allí se definen las políticas que prioritariamente serán sometidas a vigilancia. Allí también se define el sistema de alianzas. En su conformación debiese participar, junto con la universidad, los aliados fundamentales que le dan soporte.

b) Unidad de Información

Esta unidad ordena, valida la información obtenida por las diversas fuentes. Su personal debe ser adecuadamente formado en el campo de la epidemiología y estadística. Esto les permitirá un adecuado procesamiento de la información. La unidad requiere de equipamiento adecuado (computadora, conectividad a Internet y correo electrónico) y se encuentra a cargo de personal permanente dependiente de la Universidad. Un miembro del equipo responsable del Observatorio supervisa la calidad del trabajo del sistema.

Aquí se constituyen los centros de acopio de información, previa determinación de las prioridades y su operacionalización en indicadores.

Los mecanismos de acopio son de:

- **Fuentes Indirectas:** datos e indicadores proporcionados por las unidades de estadística de las instituciones prestadoras de salud, por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las investigaciones y análisis locales, regionales o nacionales producidas en el ámbito académico, así como otras fuentes de información acreditada.

- **Fuentes Directas:** una buena parte de la data posiblemente requiera ser acopiada directamente por el Observatorio, para lo cual deberá organizar Unidades de Observación en Campo, con la participación de las organizaciones sociales de base, las ONGs, y los estudiantes universitarios que voluntariamente se incorporen a la tarea.

c) **La Unidad de Procesamiento, Análisis e Interpretación de los Resultados**

Tiene a su cargo la elaboración de la data en indicadores (en todos aquellos seleccionados para la vigilancia y el monitoreo de la gestión sanitaria); construye cuadros de tendencias, analiza, discute e interpreta los resultados, formulando conclusiones y planteando posibles recomendaciones. Por la naturaleza de su trabajo, está conformada por expertos, parcialmente de la Universidad y en parte de los otros socios del Observatorio, que se reúnen con periodicidad para realizar su trabajo. Requiere también de equipamiento informático y de comunicaciones, material bibliográfico y publicaciones adecuadas, y material de trabajo. Cuenta también con un responsable, que organiza y supervisa el trabajo e integra el equipo central del Observatorio.

Tal como se vio, la vigilancia de las políticas públicas en salud implica la necesidad de un seguimiento no sólo a las políticas explícitas, que la mayor parte de veces quedan sólo en formulaciones impresas en documentos sin ninguna concreción práctica, sino ante todo al quehacer real de las entidades gubernamentales en el campo de la salud, que es expresión de la “política implícita”, la cual al fin y al cabo es la verdaderamente significativa para efectos de la incidencia social. Por tanto, se sugiere que el sistema de vigilancia base su trabajo en un cuadro de indicadores contruidos para realizar el seguimiento, parcial o total, de la dinámica de salud, bajo cuatro categorías:

- **Indicadores sobre situación de salud:** de acuerdo con los daños y condiciones prevalentes en la región, pero también con las prioridades sociales. Estos deben ser procesados como mínimo a nivel provincial, conociendo la heterogeneidad de la distribución de los riesgos de enfermar y morir en los espacios regionales.
- **Indicadores sobre el desempeño de los servicios públicos de salud:** en relación con su capacidad de respuesta a la problemática sanitaria y a la eficacia en el cumplimiento de su función social. Estos también deberán procesarse por nivel provincial.
- **Indicadores de equidad el acceso (exclusión sanitaria) y la asignación de recursos:** se trata de identificar las inequidades en el acceso a los servicios públicos de salud, en razón a
 - (i) Capacidad económica, allí la vigilancia de las actividades del aseguramiento universal es fundamental,
 - (ii) Ubicación geográfica,
 - (iii) Mayor vulnerabilidad social (genero, cultura, opción de vida, edad) y sanitaria
 - (iv) Asignación de los recursos y su relación con la inequidad preexistente.

d) **La Unidad de Comunicación y Difusión**

Se encarga de elaborar los contenidos producto del procesamiento y análisis de la información en formas comunicacionales diversas. Elabora los informes especiales, boletines, y el material de prensa, tanto escrita como televisiva. Diseña y llevar a cabo

talleres de motivación y capacitación para actores sociales específicos, de acuerdo con su plan de trabajo.

Esta unidad está conformada por profesionales en comunicaciones y en tecnologías educativas y comunicacionales, elegidos entre el personal docente de la Universidad. Cuenta con equipamiento adecuado y se encuentra bajo la conducción de un responsable, que es también miembro del equipo central del Observatorio.

Es recomendable establecer la relación entre el tipo de información procesada y el público que podría beneficiarse con la información, así como el medio más apropiado para difundirla, como se aprecia a continuación:

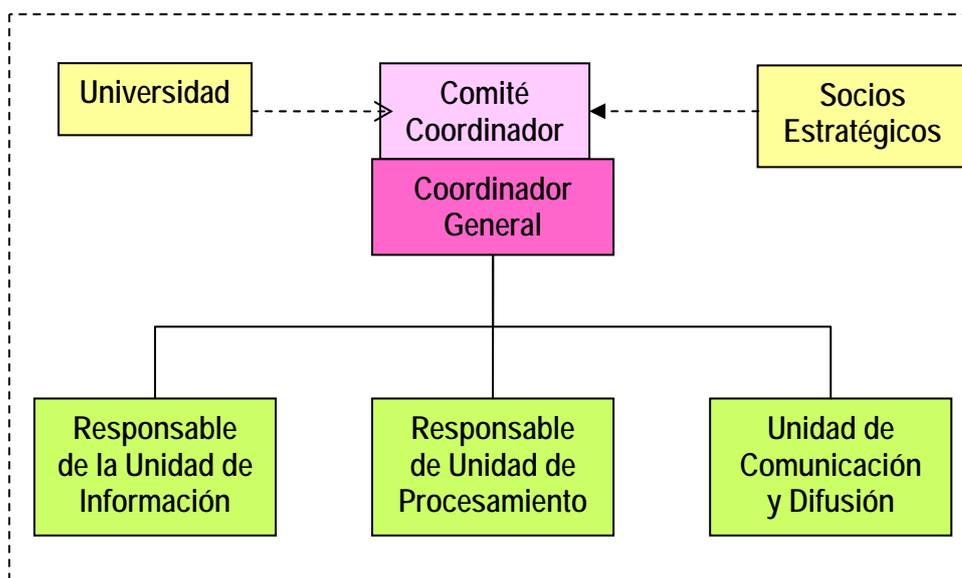
INDICADORES	DESTINATARIOS	MEDIO DE DIFUSIÓN
Indicadores sobre situación de salud en la Región	<ul style="list-style-type: none"> • Público en general, con el propósito de generar interés, conciencia y opinión pública sobre la realidad sanitaria regional 	<ul style="list-style-type: none"> • Notas de prensa a medios masivos • Edición de boletín mensual
Indicadores sobre el desempeño de los servicios públicos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Directivos de instituciones prestadoras de servicios. • Autoridades sanitarias regionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento informe especializado y comentado.
Indicadores de equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Directivos de salud y autoridades sanitarias • Gobierno Regional • Grupos de interés 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento informe especializado y comentado • Talleres de trabajo, actividades educativas y de capacitación.
Indicadores de participación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Directivos de salud y autoridades sanitarias • Gobierno Regional • Grupos de interés 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres • Foros de discusión

3.13. Organización del Observatorio de Políticas Públicas en Salud

Considerando que el Observatorio va a ubicarse físicamente al interior de la Universidad, es necesario tener en cuenta la necesidad de asegurar al mismo tiempo la prioridad e importancia que esta clase de trabajo exige, y por otro lado la necesaria autonomía que permita al Observatorio situarse por encima de los conflictos universitarios internos. Por esta razón se propone que el Observatorio sea considerado como un “Proyecto Especial”, dependiente directamente de la más alta autoridad universitaria, regido por un estatuto interno, por un convenio interinstitucional o por una carta de intención suscrita entre la universidad y la Asociación Regional.

Su órgano directivo es un Comité de Coordinación, integrado por los tres responsables de las Unidades mencionadas anteriormente. Estos responsables son designados de común acuerdo entre la Universidad y los Socios Estratégicos, y entre ellos se designa al Coordinador General.

La estructura organizacional podría ser la siguiente:



3.14. Viabilidad y Sostenibilidad de los Observatorios de Política Pública en Salud

El proceso de construcción de viabilidad y sostenibilidad del funcionamiento de un Observatorio de las Políticas Públicas en Salud es siempre complejo, porque se relaciona con procesos sociales y políticos que pueden marchar independientes a la voluntad de los organizadores, pero que sin embargo pueden ser influidos por éstos a través de estrategias adecuadas y pertinentes. La construcción de viabilidad implica la generación de algunas condiciones básicas, que pueden sintetizarse en las siguientes:

- **Condiciones políticas:**

Construcción de un consenso democrático: Alrededor de la principal condición política: la transparencia y la rendición de cuentas de la gestión pública. Este requisito no es sólo importante a efecto de conseguir acuerdos que permitan la alimentación del sistema de información desde fuentes oficiales, sino sobre todo para generar apertura para la incidencia política a favor del derecho a la salud.

Esta construcción de consensos pasa por un trabajo activo de influencia sobre los actores políticos relevantes, que en este caso son las autoridades del Gobierno Regional y los miembros del Consejo Regional de Salud.

- **Condiciones organizacionales:**

Pasan por dos condiciones básicas: la conformación de un Núcleo Impulsor del observatorio con funciones claras identificadas desde el inicio, y la ubicación del Observatorio dentro de la estructura de la universidad que garantice, autonomía de funcionamiento.

Núcleo Impulsor

Su conformación debe ser de consenso involucrando a representantes de las áreas básicas de la universidad que tendrán relación a futuro con el funcionamiento del Observatorio. En principio deben estar presentes docentes con jerarquía académica (Decanos, Jefes de Departamento y afines) y estrechamente relacionados con las área de ciencias de la salud y afines. Esta constitución, deberá merecer la confianza de todos los interesados y gozar de pública credibilidad capaz integrar a otras instituciones y personas.

Se sugiere que este *núcleo impulsor* asuma como tareas centrales:

- Identificar y comprometer a las organizaciones de la sociedad civil que ejercerán el rol de vigilancia social de manera responsable, dialogante y propositiva, más que confrontacional y analizar cuáles de ellos pueden ser Socios Estratégicos en la tarea. Dichas organizaciones deberán tener solidez institucional y reconocimiento social, además de un compromiso colectivo por asumir la tarea de incidencia política.
- Generar en los miembros del Consejo Regional de Salud una actitud favorable a la transparencia y la rendición de cuentas de las acciones de gobierno, logrando un acuerdo formal de aprobación del funcionamiento del Observatorio.
- Lograr un acuerdo marco básico entre la autoridad regional en salud, las organizaciones de la sociedad civil y el Observatorio, suscribiendo un compromiso de honor para el fortalecimiento democrático.

3.15. Ubicación del OPPPS dentro de una Estructura Universitaria

El Observatorio de Políticas Públicas en Salud necesita asentarse en una institucionalidad sólida, que genere confianza y asegure la continuidad del trabajo a emprender.

El Observatorio formalmente pertenecerá a la estructura de la Universidad, pero deberá tener una ubicación que permita una cierta autonomía de funcionamiento y la posibilidad de participación externa a la academia. Por ello, se propone que tenga el carácter de un proyecto especial universitario, dependiente directamente del Rectorado o del Consejo Universitario. De esta manera, podrá disponer de recursos universitarios, pero podrá también contar con la presencia en su instancia directiva de representantes de los aliados estratégicos, ajenos a la Universidad.

Para ello, se propone la suscripción de un convenio entre la universidad regional promotora y los Socios Estratégicos (asociaciones de salubristas, colegios profesionales, etc.), que dé nacimiento formal al Observatorio.

Una vez formalmente constituido, el Observatorio deberá establecer convenios con las entidades proveedoras de información: Gobierno Regional, DIRESAs, ESSALUD, INEI) para poder recibir periódicamente los reportes que alimenten su banco de datos.

- ***Condiciones técnicas***

La sostenibilidad técnica es fundamental con el aporte de la universidad que se expresa en: (i) en la recolección de la información necesaria que no se encuentre disponible en la actualidad; en tales casos, se diseñarán procesos de acopio y procesamiento de datos para generar los indicadores correspondientes, mediante la participación de docentes y estudiantes de las distintas escuelas profesionales como parte de su labor de investigación. (ii) el soporte técnico al sistema de información, tanto con el aporte de

equipos y conectividad a Internet, como en el mantenimiento de la operatividad del sistema.

- ***Sostenibilidad Económica***

La universidad debiese asumir el costo de recursos tales como el local, equipamiento informático básico y el personal, tanto de alimentación del sistema de información como del soporte técnico, a través de su alumnado, personal docente y administrativo. En cambio, obtendrá un posicionamiento indiscutible en el campo, como proveedor de información relevante en el campo de las políticas públicas en salud.

Complementariamente, y de manera conjunta con los socios estratégicos se pueden formular y tramitar proyectos para conseguir cooperación técnica y financiera internacional. Estos fondos serán destinados al fortalecimiento y consolidación institucional del Observatorio, y serán destinados a formación de recursos humanos, equipamiento.

3.16. Incidencia política de los Observatorios

El Observatorio aspira a incidir en las decisiones de política pública haciendo transparentes los principales problemas sanitarios, las barreras al ejercicio del derecho a la salud y las inequidades observadas. Los mecanismos de incidencia son tres:

- a) A través de la opinión pública, en alianza con los medios masivos de comunicación. Periódicamente se elaborarán materiales de prensa para difusión masiva, que serán canalizados a equipos periodísticos previamente comprometidos a hacer una utilización responsable y orientadora de los mismos.
- b) Mediante las organizaciones de la sociedad civil, cuyos integrantes participarán de procesos educativos para una adecuada interpretación y utilización de los indicadores del sistema de vigilancia. A partir del debate sobre los resultados de las observaciones, se buscará alcanzar consensos de acción a favor de determinadas iniciativas de políticas.
- c) Mediante el contacto directo con integrantes del Consejo Regional de Salud, integrantes del Gobierno Regional y autoridades sanitarias, para sensibilizarlos y motivarlos a partir de los hallazgos del sistema de vigilancia, a fin de que elaboren propuestas de política sustentadas en evidencia y con calidad técnica.

IV . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazo Gonzáles Oswaldo: Propuesta teórico-metodológica de Observatorios de Políticas Públicas en Salud; Informe de Consultoría/USAID|Iniciativa de Políticas en Salud; Noviembre 2008
2. Álvarez-Dardet C., Ruiz M.T. El Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS). Algunas ideas para navegar con brújula. Departamento de Salud Pública Universidad de Alicante . s/f
3. Baca E. Situación y Perspectivas de la Vigilancia Ciudadana y Rendición de Cuentas en el Perú, en el marco de la descentralización y el Presupuesto Participativo. Grupo Propuesta Ciudadana. 2005
4. Bettcher, DW, Sapirie S, Goond EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Stat Q 1998;51:45-54.
5. Canadian Institute for Health Information. Health indicators framework. Ottawa: CIHI, 2001.
6. Carr-Hill R. et. Al. The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement
7. COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS, Formación y utilización de personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo, Serie Informes Técnicos 633.
8. Concha, L; Estudios Indígenas, Medicina y Liberación, Vol VI, N° 3, Marzo de 1977, La salud del pueblo como negocio, pp. 19-20.
9. Escobedo S. Informe Técnico. Implementación de los Observatorios de Políticas de Salud en Junín y Ayacucho. USAID-Iniciativa de Políticas de Salud. 2007.
10. Gamero y cols. Vigilancia social. DESCO-CAD, 2003
11. Gamero J. Vigilancia Social [presentación *ppt]
12. Florenzano F. Iniciativa Chilena de la Equidad en Salud.
13. GOIC, A; VENTURINI, G; Medicina General y Atención Primaria, Cuadernos Médico Sociales, Vol XXII, N° 3,4; Santiago, Chile; Diciembre 1981.
14. Gómez R.D. Políticas Públicas en Salud. Universidad Nacional de Antioquia. Colombia. 2003
15. Hsiao WC, Roberts MJ, Berman PA, Reich MR. Criterios de evaluación de los sistemas de salud. En: Hsiao WC, Roberts MJ, Berman PA, Reich MR. Encauzando la reforma del sector salud. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, 2001:61-86.
16. Javier EscobaL y Javier Iguíñiz; Balance de la Investigación Económica en el Perú, 2000.
17. Knowles JC, Leighen C, Stinson W. Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. Washington, D.C.: Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, 1997.
18. Majone. G. Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas. Fondo de Cultura Económica, 1997
19. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull WHO 2000;78(6):717-731.
20. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Capítulo 7
21. OPS. Funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: OPS, CE126/17, 2000.
22. Partnership for Health Reform. PHR Project Final Report 1995-2001. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform, Abt Associates, 2001.

23. Tejada L. ¿Qué observa el Observatorio? Documento de Trabajo. Red Peruana de Gestión Sanitaria. 2007

UNIDAD III - INCIDENCIA POLÍTICA

Objetivo específico 3:

El alumno al finalizar la unidad conocerá:

- Los procesos de incidencia políticas y sus requerimientos de aplicación.
 - Los pasos para la elaboración de un plan de incidencia política.
-

I. Introducción

En la última década, los gobiernos de los países latinoamericanos, tienen cada vez una mejor comprensión de la necesidad de ayudar a que sus países tengan una sociedad civil organizada y fuerte, y políticamente activa como parte de los esfuerzos para consolidar la democracia. Ello pasa por abrir espacios cada vez más efectivos para la **participación ciudadana**, pero aquella referida a la capacidad de impacto y resultados concretos en programas y políticas públicas, una herramienta importante para ello es la **incidencia política**.

La incidencia política está referida a los esfuerzos planificados que la sociedad civil organizada realiza, por medio de la persuasión y la presión, para influenciar en programas y políticas a través del acceso a personas con poder de decisión en asuntos importantes para la sociedad.

El tema se desarrolla bajo una modalidad teórico-práctica, desde la exposición general de aspectos conceptuales básicos sobre incidencia política, tales como definiciones, identificación de las situaciones en las que es necesario realizar incidencia política, los propósitos de la incidencia política, hasta el componente procedimental del tema, abordando las herramientas básicas para el diseño de un plan de incidencia política, la que se presenta en cinco pasos, iniciándose en la selección de una situación problema, pasando por la definición de una estrategia de incidencia, su aplicación y los criterios para el seguimiento de la estrategia hasta su evaluación. El trabajo ha sido diseñado para que se apliquen procedimientos participativos.

II. Marco Teórico

2.1. Definición de Incidencia Política

La existencia de diversas definiciones sobre participación en política, implica también la de otras distintas acepciones sobre “incidencia en política” como las siguientes⁹⁰:

“Se considera que la incidencia política es hablar a favor de los que no tienen voz” (**incidencia como representación**)

“Se trata de instar a los demás a hablar” (**incidencia como movilización**)

Se trata de respaldar a los que no tienen voz, para que hablen por sí mismos” (**incidencia como concesión del poder**)

⁹⁰ Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

Incidencia como Representación
Incidencia como Movilización
Incidencia como concesión del Poder

Lo que conduce a precisar las tres principales formas de incidencia política

Todas estas formas de incidencia política, sin embargo, son en la práctica, complementarias y no excluyentes, lo que se deduce a partir de los procesos reales de incidencia política que se dan en la práctica.

2.2. ¿Qué es la incidencia política?

Existen varias definiciones de incidencia política, algunas de las que, presentamos a continuación:

“Incidencia Política es el conjunto de esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en la formulación e implementación de las políticas y programas públicos por medio de la persuasión y la presión ante autoridades estatales, organismos financieros internacionales y otras instituciones de poder”⁹¹

En otra definición se señala:

“La incidencia política se refiere a los esfuerzos planificados de la ciudadanía organizada para influir en programas y políticas públicas por medio de la persuasión y la presión. Se trata de ganar acceso y generar influencia sobre personas con poder de decisión en asuntos de importancia para un grupo en particular o para la sociedad en general”⁹²

Para propósitos del presente trabajo, nos adscribimos a la siguiente definición, la que enfatiza en la incidencia política como *movilización* y como *concesión* del poder⁹³:

“Un proceso deliberado y sistemático de realización de un conjunto de acciones políticas de la ciudadanía organizada, dirigidas a influir en aquellos que toman decisiones sobre políticas, mediante la elaboración y presentación de propuestas que brinden soluciones efectivas a los problemas de la ciudadanía, con la finalidad de lograr cambios específicos en el ámbito público que beneficien a amplios sectores de la población o a sectores más específicos involucrados en el proceso”.

A
otros p...

⁹¹ Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

⁹² Construyendo una estrategia de medios para la incidencia política; Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) Junio 2002.

⁹³ Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

Otras Definiciones de Incidencia Política

Panamá	<i>“Proceso de cambios de la realidad, con dirección e intencionalidad, en el ámbito de las políticas públicas (sistemático, coherente y participativo). Este proceso implica fases sucesivas de logros de metas progresivas y articulación de intereses comunes.</i>
Nicaragua	<i>“Es un proceso socio-político históricamente determinado que expresa relaciones de poder. Busca transformaciones en políticas determinadas para lograr objetivos concretos mediante estrategias adecuadas”</i>
El Salvador	<i>“Es una acción política, que genera procesos dinámicos, organizados, para lograr cambios en políticas públicas que corresponden a fines comunes de sectores sociales.</i>
Honduras	<i>“Proceso intencionado por parte de sujetos sociales que construyen relaciones y llevan a cabo acciones de manera coordinada a través de las cuales logran transformar las relaciones sociales de poder existentes en su realidad social”</i>
Costa Rica	<i>“Negociaciones que se generan en las esferas de poder para lograr cambios profundos y permanentes en la sociedad” “Negociaciones que se realizan desde los grupos de poder para lograr cambios en la toma de decisiones con una finalidad común” “Negociaciones políticas desde la sociedad civil para lograr cambios en las diferentes esferas de poder”</i>

Como se aprecia, en el conjunto de definiciones anotadas, se pueden desagregar algunos elementos que aparecen comunes en todas ellas, como:

- ***La incidencia es un proceso deliberado y sistemático***

Aún cuando un objetivo para la incidencia política pudiera ser justo o éticamente necesario, se requiere generar una “voluntad de negociación”, y estructurar un plan que permita el desarrollo de otras actividades para su logro.

- ***La incidencia busca influir en aquellos que toman decisiones sobre políticas***

La finalidad principal de un proceso de incidencia en política, es llegar a los “hacedores de políticas”, por ello es imprescindible identificar con precisión a los actores principales, que las definen y diseñan, precisando estrategias que permitan actuar con persuasión y mecanismos de presión.

- ***Está dirigida a cambiar políticas en temas específicos***

La idea es que a través de un proceso de incidencia política, se presentan propuestas de políticas frente a problemas que son sentidos por la sociedad o por un sector específico de ella. Esto difiere del hecho de que las autoridades solucionen un problema o atiendan una demanda, al margen de la manera en que lo puedan hacer, frente al problema en cuestión.

- ***Es un proceso en el que se negocia poder.***

A través de la incidencia política, la participación ciudadana va más allá del marco de los procesos electorales para llevar las relaciones de poder entre los gobiernos y la sociedad civil a un plano de mayor igualdad. Es un medio, por el que grupos o sectores de la sociedad civil, se involucran en procesos políticos para hacer valer sus intereses particulares y al mismo tiempo, contribuir a la responsabilidad, transparencia y apertura a la participación ciudadana, de la gestión gubernamental.

⁹⁴ Definiciones presentadas por participantes de distintos países en el marco del Taller Regional de Capacitación en Incidencia. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. San José de Costa Rica; 1997.

¿Cuándo se hace Incidencia Política?

Una situación se convierte en problema posible de afrontar por incidencia política, cuando se reconoce que solución será posible por la modificación de políticas públicas y relaciones de poder. En general se *justifica* la necesidad de realizar incidencia política, cuando se dan las situaciones que se especifican a continuación.

2.3. Justificación para la Incidencia Política⁹⁵

- **Para resolver problemas específicos a través de políticas o de cambios en éstas o en sus programas**

Cuando existe un problema frente al que no existen políticas adecuadas, cuando las políticas vigentes son nocivas frente al problema o cuando existe un incumplimiento sistemático de las políticas existentes⁹⁶

- **Para Fortalecer y empoderar a la sociedad civil**

La incidencia política, en la medida en que se asienta en la capacidad de las organizaciones para diseñar propuestas, construir alianzas y generar líderes, está promoviendo y fortaleciendo el empoderamiento de la sociedad civil. Así, un proceso de incidencia política, no sólo contribuirá a solucionar problemas, sino, que en el proceso, se fortalecerán a grupos y coaliciones, para su mejor incursión en el campo de las políticas públicas.

- **Para promover y consolidar la democracia**

En la medida en que la incidencia política, implica interacciones entre la sociedad civil y el Estado, es una forma de fortalecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas públicas y programas, promoviendo una cultura política más transparente. De esta forma se puede avanzar en la transformación de las relaciones de poder entre las instituciones del Estado y la ciudadanía, hacia modelos más democráticos⁹⁷.

2.4. Cabildeo, Lobby, abogacía⁹⁸

Con frecuencia en los procesos de incidencia política vamos a cruzarnos con acciones que están relacionadas con cabildeo, lobby a abogacía, que es preciso definir.

“Cabildear” según el Diccionario de la Real Academia Española, es “gestionar con actividad y maña para ganar voluntades en una corporación”. Lobby en inglés, significa también actividades que se realizan para influir en los políticos a fin de que tomen decisiones en un sentido u otro. En ambos casos se trata de “influenciar”.

La “Abogacía” es un término de reciente uso, y es una traducción del inglés “advocacy”, que significa abogar o defender públicamente una causa o persona en términos jurídicos. En comparación a cabildear y lobby, la abogacía, añade la idea de acción pública. La diferencia entre éstos términos y la incidencia política, es que ésta implica una movilización pública de actores sociales, más que de individuos, para incidir en quienes

⁹⁵ In Went. Incidencia Política para la Gobernabilidad Democrática Local. Conceptos y Metodología.

Contenido de Eduardo Cáceres Valdivia. Lima, junio 2006; citado en Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

⁹⁶ Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

⁹⁷ Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

⁹⁸ Ibidem.

hacen o aprueban las políticas públicas a fin de mejorarlas. Un Plan de Incidencia puede incluir acciones de cabildeo, lobby y abogacía, pero no son lo mismo⁹⁹.

2.5. La Incidencia como Proceso Político

Desde que la incidencia política requiere como condición la existencia de propuestas, las que son soluciones diseñadas para un problema que afecta al bien público, hasta la existencia de actores (grupos, alianza, coaliciones), y la política en cuestión (a ser creada o modificada), va a tener ganadores y perdedores, la incidencia si bien herramienta y técnica para identificar y promover soluciones a problemas, es ante todo un proceso político, desde que implica interacciones en relación al poder, ejercicio de poder de parte de la ciudadanía frente al poder de las instituciones del Estado y ciertas condiciones que deberán existir social y políticamente, para que la incidencia tenga impacto y resultados.

En principio, la incidencia política requiere la existencia de un régimen político democrático, si bien, ningún régimen es totalmente democrático o antidemocrático, hemos de distinguir algunas consideraciones del entorno que van a facilitar o dificultar los procesos de incidencia política¹⁰⁰.

2.6. Factores que facilitan la Incidencia Política desde el Estado y la Sociedad Civil¹⁰¹

- **Apertura Democrática:** Las iniciativas de incidencia requieren compromiso de los gobiernos con procesos democratizadores, lo que incluye, respeto a los derechos humanos básicos, como derecho a la vida, libertad de asociación, libertad de expresión, todo lo que garantiza espacios para la participación democrática de la ciudadanía.
- **Equidad social, económica y cultural:** implica la capacidad de los sectores sociales para organizarse, planificar e implementar iniciativas, todo lo que exige que exista mayor equidad social para que sectores sociales desarrollen capacidades para tales efectos. Implica también romper los estereotipos de parte de las instituciones del Estado que apunta a creer que la “ciudadanía pobre organizada es una amenaza” o la de las propias organizaciones sociales que asumen que “el Estado siempre será un enemigo”.
- **Descentralización:** La incidencia política implica tener acceso a personas e instancias con poder de decisión. Un Estado excesivamente centralizado, inhibe este acceso.
- **Democratización a los medios de comunicación:** Para el éxito de la incidencia política se requiere influir en la opinión pública y generar corrientes de opinión favorables. Por ello, será importante el acceso a los medios de comunicación. Cuando el control de los medios es altamente concentrado, el acceso es limitado, limitando la capacidad de ubicar temas de interés en la agenda pública.
- **Acceso a la información pública:** Sin este acceso, los grupos o coaliciones que desean influir en las políticas públicas, no tendrán suficiente información para analizar los problemas y para formular propuestas viables de solución. En el mismo sentido se requiere construir una cultura de rendición de cuentas de parte de

⁹⁹ Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

¹⁰⁰ Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

¹⁰¹ Manual Básico para la Incidencia Política; Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Programa Centroamericano de Capacitación en Incidencia; Primera Edición Junio 2002.

las instituciones públicas frente a la ciudadanía, es decir transparencia como valor en el ejercicio de la gestión pública.

- **Democracia interna en las organizaciones:** La democracia interna al interior de las organizaciones que aspiran a realizar incidencia política, amplía los niveles de participación ciudadana. Así, desde la etapa de planificación de una campaña de incidencia política, se requiere cuestionar los obstáculos que impiden la participación de sectores tradicionalmente marginados, como problemas de orden étnico, de género y otros. En este aspecto resalta también la necesidad de que existan acuerdos claros al interior y entre las organizaciones, a fin de aclarar intereses, expectativas y responsabilidades dentro de los grupos que realizan incidencia política.
- **Disposición a interactuar con el gobierno:** Aunque la incidencia política implica un juego de intereses, a veces en un contexto político muy polarizado, siempre requerirá de una disposición básica por parte de la sociedad civil para interactuar con el gobierno de manera más constructiva. La incidencia conlleva la condición de tener propuestas, esto implica posiciones menos confrontacionales y más propositivas.
- **Disposición para construir nuevas alianzas:** En función de un mayor impacto, se trata de fomentar la unión de varios sectores o grupos de la sociedad civil, a fin de fortalecer alianzas debilitando los bloques tradicionales de oposición.
- **Visualizar el proceso de incidencia política dentro de una estrategia global de transformación a largo plazo:** Aunque la incidencia política aspira a logros en el corto o mediano plazo, una postura realista implica aceptar que existirán objetivos de cambio más estratégicos, a largo plazo, los que se logran a través de un proceso acumulativo mediante la realización de campañas o mini-campañas, cada una de las cuales estará diseñada para el logro de metas concretas que contribuirán al logro de objetivos estratégicos de más largo plazo.
- **Manejo básico de conocimientos sobre la institucionalidad del Estado:** Es importante para el que aspira incidir en políticas, tener un manejo básico de las leyes del Estado, del funcionamiento de las instituciones del Estado, así como de las políticas públicas relacionadas al tema en cuestión.
- **Conocimiento del contexto político actual:** Muchas veces es determinante para hacer los análisis correctos y planteamientos técnica y políticamente factibles.
- **Manejo de información y capacidad de investigación:** En la incidencia política, se requiere información verídica para analizar problemas, formular propuestas de solución, conocer los espacios de decisión, identificar a los actores claves, plantear estrategias y formular argumentos que apoyen las propuestas. Esto implicará muchas veces fortalecer relaciones con instituciones de investigación, apoyándose en “expertos” para hacer más viables las propuestas.
- **Disponibilidad de dedicar recursos humanos y económicos a la iniciativa de incidencia:** La incidencia política requiere de recursos humanos, materiales y económicos. Las organizaciones deben estar dispuestas a dedicar personal capacitado y otros recursos, de lo contrario, deberán buscar alternativas para tal disposición.

III. PLAN DE INCIDENCIA POLÍTICA

3.1. La Incidencia Política y el Uso de los Medios de Comunicación

Si bien la incidencia política, se refiere a los “...esfuerzos planificados de la ciudadanía organizada para influir en programas y políticas públicas, por medio de la persuasión y la presión¹⁰²”, ello implica sin embargo, la necesidad de considerar cómo ganar acceso y generar influencia sobre personas con poder de decisión en asuntos importantes, bien sea para un grupo en particular, o para la sociedad en general¹⁰³, de allí la importancia de considerar a los medios de comunicación como una herramienta básico para cualquier plan de incidencia política. De allí, que en esta sección desarrollaremos los conceptos básicos para entender y manejar las actividades de incidencia política que tomen en cuenta estas estrategias.

Cualquier esfuerzo de incidencia política debe tomar en cuenta la necesidad de utilizar los medios de comunicación a fin de llegar a la opinión pública, por lo que en esta sección presentaremos algunos conceptos básicos para entender su utilización y mejor aprovechamiento.

3.2. ¿Qué es la Opinión Pública?

La opinión pública, no es lo mismo que la opinión del público. La opinión pública es algo más que la suma de todas las opiniones de las personas a las que, por ejemplo, se les encuesta frente a un determinado asunto. Es un proceso complejo que tiene que ver con la reacción de la ciudadanía e instituciones de poder frente a la información sobre determinados temas de interés público, por lo general tiene que ver con la situación política, económica o social de un país.

La opinión pública se define como “...un proceso comunicativo mediante el cual los ciudadanos se interesan sobre un hecho, forman juicios y se expresan sobre determinado asunto¹⁰⁴”

3.3. La Formulación y Función de la Opinión Pública¹⁰⁵

La opinión pública requiere de por lo menos tres elementos básicos para hacerse sentir:

1. Un público que se expresa, lo que se concibe como personas que se manifiestan de alguna forma
2. Un tema de interés público, un asunto sobre el que una gran parte de la ciudadanía tiene enfocada su atención
3. Un espacio de interacción, como los medios de comunicación, lugares de comunicación interpersonal, como mercados, autobuses, etc.

Corrientes de Opinión

Se refiere a las opiniones mayoritarias que sectores de la ciudadanía tienen sobre determinado tema, sobre el que se ha demostrado un interés público. Ello significa que

¹⁰² Manual Básico para la Incidencia Política; Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Programa Centroamericano de Capacitación en Incidencia; Primera Edición Junio 2002.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica" en su libro: "Cómo Incidir en la Opinión Pública".

¹⁰⁵ Construyendo una estrategia de medios para la incidencia política; Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) Junio 2002.

aunque gran parte de la ciudadanía esté enfocada sobre un determinado tema, no todas las personas van a coincidir en los mismos enfoques y juicios o que pensarán de la misma manera sobre el mismo tema. A partir de estas diferencias se forman las corrientes de opinión¹⁰⁶.

3.4. Etapas en el Desarrollo de Corrientes de Opinión

Las corrientes de opinión son dinámicas y cambiantes, de un tiempo a otro (días, meses y años), cambian, dependiendo de las raíces culturales de la sociedad, de la información que recibe y de su capacidad para reaccionar. Se identifican sin embargo, tres etapas para su formación y que son:

- **Etapas Informativa**

Se inicia con la recepción de información sobre un hecho o tema de interés público y la generación de las primeras reacciones entre la ciudadanía.

- **Etapas de Profundización**

Se desarrolla con la llegada de nueva información y conocimientos sobre los hechos. Se empieza a esclarecer las diferencias de opinión frente a un tema. Se caracteriza por ser una etapa de búsqueda de mayor información y datos y de profundización en el tema desde varias perspectivas.

- **Etapas de consolidación**

En esta etapa, la información sobre un tema de interés público se amplía y profundiza. Los expertos sobre un tema y los reportajes de los medios, juegan un papel determinante y el subjetivismo de las personas empieza a ser desplazado por juicios más racionales. En esta etapa, existe polémica y debate, con distintos actores manifestando opiniones diversas, empezando a vislumbrarse corrientes más claras. Es la etapa en la que se da una fuerte batalla para convertir cada corriente en una de carácter dominante. Esta etapa es clave en la formación de las corrientes de opinión y una meta en cualquier estrategia de medios en una campaña de incidencia política.

3.5. Condiciones que favorecen la formación de Opinión Pública¹⁰⁷

En un sistema democrático, existen una serie de condiciones que favorecen el desarrollo de la opinión pública y que son:

- **Existencia de medios de comunicación:** El elemento clave para la generación de opinión pública es la información y su socialización entre la ciudadanía. Para ello, los medios masivos de comunicación y el libre acceso a ellos son factores muy importantes para la formación y funcionamiento de la opinión pública.
- **La Libre Expresión:** El fundamento de una democracia, es la libertad de expresión, lo que facilita la socialización de la información importante para la objetividad y generación de corrientes de opinión.
- **Pluralidad en la Información:** Implica la existencia de distintas fuentes, enfoques y tratamientos de la información y es clave para la formación de distintas corrientes de opinión.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Construyendo una estrategia de medios para la incidencia política; Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) Junio 2002.

- **Cultura del Debate:** Sociedades en búsqueda de consenso y tolerantes a diferencias, facilitan el debate social lo que a su vez, promueve de manera importante, la formación de corrientes de opinión.
- **Urbanización:** En la medida en que la población vive en proximidad, como por ejemplo en las urbes, se dan mejores oportunidades para interactuar con más personas facilitándose la formación de corrientes de opinión.
- **Población con cierto nivel de educación:** El acceso a diferentes fuentes y manejo social de la información, son mayores cuando existe población alfabetizada y con un nivel mínimo de educación formal.

3.6. Los Medios de Comunicación en la Formación de Opinión Pública¹⁰⁸

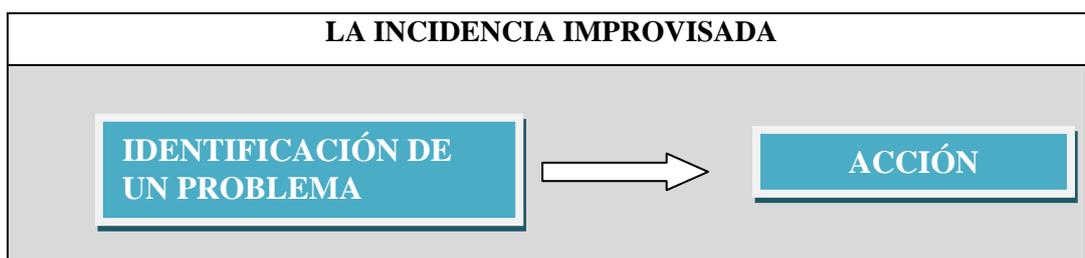
Todo proceso de formación de opinión pública, tiene como base la información y su manejo. Por ello, quien controla los procesos de información controla la formación de la opinión pública. De allí el poder de los medios de comunicación y su importancia en la incidencia política.

Los medios de comunicación se definen como cualquier sistema que transmite información a grandes cantidades de personas.

Los medios de comunicación se dividen en escritos, (periódicos y revistas), electrónicos (radio, televisión e internet), en donde cada modalidad tiene sus propias particularidades, ventajas y desventajas en las campañas concretas de incidencia política.

3.7. El Plan de Incidencia Política

Muchas veces, frente a un problema de trascendencia, las organizaciones han sentido la tentación de buscar resolverlo sin propuestas claras, con acciones aisladas y la ausencia de un proceso ordenado de planificación y evaluación. Así, la tendencia ha sido de saltar desde la identificación de un problema a la acción, sin precisar lo que se desea alcanzar, quien tiene el poder de decisión sobre su propuesta y qué intereses hay en juego, y en función de éstas, qué estrategias funcionarían mejor. Es a lo que se le denomina, la incidencia improvisada.



Por ello, toda organización que pretenda realizar una incidencia política efectiva, llegando a la audiencia que se desea llegar, con el mensaje apropiado y la propuesta deseada, debe hacer esfuerzos, a través de un Plan de Incidencia Política.

¹⁰⁸ Construyendo una estrategia de medios para la incidencia política; Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) Junio 2002.

¿Qué es un Plan de Incidencia Política¹⁰⁹?

Utilidad de un Plan de Incidencia Política

- Guiar la acción y disminuir los riesgos y amenazas de un posible fracaso
- Focalizar las fuerzas, evitar la dispersión y el coyunturalismo
- Contar con un instrumento que facilite la comprensión homogénea de lo que se quiere lograr y cómo se quiere lograr
- Fundamentar la cohesión política y organizativa del equipo y conseguir aliados
- Aprovechar al máximo los recursos disponibles
- Precisar ¿con qué se cuenta? ¿con quién se cuenta? ¿ante quién se actúa? Y ¿cómo se debe actuar?

3.8. Pasos para la Elaboración de un Plan de Incidencia Política¹¹⁰



¹⁰⁹ Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece.

¹¹⁰ Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

3.9. Diseño del Plan de Incidencia Política

Se propone realizar un conjunto de cinco pasos:



3.9.1. Diseño del Plan de Incidencia Política, Paso 1: Selección y Análisis del Problema

Objetivo:

Seleccionar problemas, objetos potenciales de iniciativas de incidencia política e identificar causas principales

Productos:

- Seleccionar problemas viables en términos de iniciativa de incidencia
- Identificar y analizar sus causas principales

Selección del Problema

Como parte del proceso de vigilancia de políticas, como por ejemplo a partir de un Observatorio de Políticas Públicas, se lograrán identificar algunos problemas, los que obviamente, estarán directamente asociados al manejo de políticas públicas.

Por ejemplo, como parte del problema de la malnutrición infantil a nivel de la región, se ha encontrado UN MANEJO INADECUADO DE LAS POLÍTICAS AMBIENTALES, que como se aprecia tiene un nivel de generalidad difícil de ser abordado. Por tanto, tendremos que aplicar alguna técnica que permita ubicar este problema de manera más precisa y específica, para lo que emplearemos la técnica de aplicarle un conjunto de interrogantes.

Ejemplo¹¹¹:

Inadecuado manejo de las políticas ambientales

Interrogantes:

- ¿Las políticas públicas vigentes para el tratamiento del problema ambiental?
- ¿Las políticas públicas ambientales vigentes son perjudiciales? ¿Para quién?
- ¿Las políticas ambientales vigentes están adecuadamente implementadas? ¿Se cumplen?

Cada una de las interrogantes especificadas en el párrafo anterior, pueden expresar un problema específico, como por ejemplo:

¹¹¹ Tomado del Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

<i>Interrogantes</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Problemas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen políticas públicas para el tratamiento del tema ambiental? 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de políticas públicas para el tratamiento del tema ambiental.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Las políticas ambientales vigentes son perjudiciales? 	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas vigentes son perjudiciales para el manejo del tema ambiental.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Las políticas ambientales vigentes están adecuadamente implementadas? ¿se cumplen? 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento sistemático de las políticas ambientales vigentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Por alguna de las razones expuestas (ausencia, nocividad o incumplimiento sistemático de políticas), ¿se están produciendo perjuicios ambientales identificables y sentidos? ¿cómo se manifiestan esos perjuicios? 	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitación urbana y zonificación industrial de la zona del distrito de Chorrillos facilitaron la ocupación de la reserva ecológica de "Los Pantanos de Villa", lo que permitió la instalación de una planta industrial por parte de la empresa "Luchetti".

Estando ya el problema identificado, es necesario precisar su viabilidad, para a partir de él, se pueda emprender una campaña de incidencia política. Por tanto será necesario precisar algunos criterios adicionales como los siguientes:

CRITERIOS PARA ESTABLECER LA VIABILIDAD DE UN PROBLEMA			
El problema...	<i>Altamente viable</i>	<i>Medianamente viable</i>	<i>Inviabile</i>
Es relevante en la vida de la comunidad local			
Tiene que ver con políticas públicas			
Puede ser solucionado a partir de cambios en políticas públicas			
Modifica las relaciones de poder			
Fortalece las organizaciones			
Tiene potencial para aglutinar apoyo			
Tiene potencial de movilización			
Cuenta con "blancos" de incidencia identificables y accesibles			
Promueve liderazgos locales, regionales o nacionales			
Vincula su solución a problemas locales, a políticas macro y al contexto nacional			

Análisis del Problema

Se deberá precisar las respuestas a las siguientes preguntas:

El problema: *¿qué?*
 Las personas afectadas por el problema: *¿quién y dónde?*
 Las causas políticas específicas del problema: *¿por qué?*

Analizar un problema es investigar sobre sus causas, implicancias y manifestaciones. Un principio asociado al tratamiento de problemas es que mientras mayor sea el conocimiento sobre sus causas, más fácil será idear soluciones con un alto potencial en resultados, efectos e impactos.

TABLA PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS	
PROBLEMA ¿Cuál es el problema?	Incumplimiento de las normas legales de habilitación urbana para la construcción de la planta industrial de la empresa "Luchetti" en la zona de protección ecológica de los "Pantanos de Villa" en el distrito de Chorrillos.
AFECTADOS ¿A quién afecta? ¿Dónde?	Los vecinos del distrito de Chorrillos en particular, y la población de Lima Metropolitana en general, ante el deterioro de la más importante reserva ecológica de la costa central del país.
POLÍTICAS DE APOYO <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué políticas apoyan el tema ambiental? • ¿Cuándo fueron promulgadas? ¿Qué factores llevaron al desarrollo de esas políticas? 	Las políticas públicas que apoyaron la protección de la reserva ecológica de los "Pantanos de Villa" fueron: <ul style="list-style-type: none"> • Su reconocimiento legal por el Municipio Distrital de Chorrillos como "Zona Intangible Area Natural Protegida" en 1987. • Su reconocimiento legal por la Municipalidad de Lima Metropolitana como "Santuario Municipal y Parque Ecológico Pantanos de Villa" en 1989. • Suscripción por parte del Estado Peruano de los convenios de protección de RAMSAR y BONMN relativos a humedales de importancia internacional. • La ley de Áreas Protegidas.

Ejemplo¹¹²:

¹¹²

Tomado del Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

<p>POLÍTICAS RESTRICTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué políticas son perjudiciales para el tema ambiental? • ¿Cuánto tiempo han estado en vigencia esas políticas? ¿Qué factores llevaron al desarrollo de dichas políticas? 	<p>Las políticas públicas perjudiciales frente al tema de la protección y conservación de los “Pantanos de Villa” fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las políticas de comunicación vial que promovieron la ampliación de la Carretera Panamericana Sur sobre la zona de los pantanos, obra que destruyó parte del área central de los mismos, segmentándolos en dos partes y ocasionando graves impactos en el ecosistema. • Las políticas de vivienda que promovieron procesos de urbanización en diversas zonas de los pantanos, las que previamente fueron sometidas a un sistema de drenaje para facilitar su habilitación urbana. • La zonificación industrial para el área que comprende a los “Pantanos de Villa” por la Municipalidad de Lima Metropolitana, que promovió la instalación de distintas plantas industriales, incluyendo la de “Luchetti”.
<p>AUSENCIA DE POLÍTICAS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué políticas y marcos legales no existen y serían necesarios? • ¿Cómo perjudica la ausencia de políticas específicas las posibilidades de protección ambiental? 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un marco legal explícito y definido de protección ambiental. La lucha por la protección de los “Pantanos de Villa” no tenía mayor soporte jurídico. • Como hecho derivado de lo anterior, no se contaba con dispositivos legales para la evaluación de impactos ambientales cualitativos. No se pudo, por ello, establecer que la planta de la empresa “Luchetti” contaminase la zona.

A continuación, se puede diseñar una tabla de datos más completa, en base a los pasos previos desarrollados:

HOJA DE TRABAJO IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA		
Pasos que puede seguir	Preguntas integradoras	Sus notas ...
Selección del problema	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el problema que preocupa? • ¿A quiénes afecta directamente? ¿a quiénes indirectamente? ¿de qué manera? • ¿Cuál es su viabilidad? ¿tiene una relación directa con políticas públicas? • ¿Cuál es su relevancia? ¿es un problema sentido en la comunidad? ¿su solución es percibida como una necesidad prioritaria? • ¿Cuál es su potencial en términos de movilización? ¿despertará simpatías? ¿promoverá adhesiones, alianzas? ¿movilizará a sectores importantes de la sociedad? 	
Preguntas centrales	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las causas principales del problema identificado? • ¿Deriva de la ausencia de políticas? • ¿Resulta de políticas vigentes, desfavorables e inadecuadas? • ¿Deriva del incumplimiento sistemático de políticas existentes? • ¿Cuáles son los efectos principales del problema identificado? 	

3.9.2. Paso 2: Definición de la Propuesta¹¹³

Expresa el propósito de la incidencia, lo que se desea alcanzar a través de ella, en términos de la solución del problema que se ha seleccionado. Definir una propuesta, significa *describir lo que se desea alcanzar*.

Objetivo:

Definir propuestas para la incidencia política a partir de los problemas seleccionados

Productos

En base a los problemas seleccionados en el PASO 1: SELECCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

- Se seleccionarán audiencias (primarias y secundarias) para desarrollar procesos de Incidencia

¹¹³

Adaptado del Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

- Se determinarán los objetivos de la incidencia
- Se expondrán los argumentos que justifiquen la propuesta y el proceso de incidencia como tal

Contenido de la Propuesta:

- **El Problema Seleccionado:** ¿Qué queremos cambiar?
- **Identificación de Audiencias:** ¿Quién/quienes tienen capacidad de influir en el cambio deseado? ¿Sobre el problema identificado?
- **Establecimiento de los objetivos de la incidencia:** ¿Qué debe hacerse para solucionar el problema? ¿Qué sentido debe tomar el cambio?}
- **Argumentos que justifican el cambio:** ¿Por qué es necesario alcanzar el cambio? ¿A quién benefician estos cambios? ¿Cómo los beneficiará?

2.1. Problema Seleccionado: El potencial de un problema en términos de incidencia política, implica identificar o relacionarlo al tema de las políticas que se han propuesto para afrontarlo, lo que supone identificar algunas de las siguientes condiciones:

- *Ausencia* de políticas adecuadas en relación al problema
- Vigencia de políticas *inapropiadas* frente al problema
- *Incumplimiento* sistemático de políticas adecuadas existentes

Para que un problema seleccionado sea exitoso en función de su incidencia política, debe ser evaluado en función de: su relevancia social, su viabilidad política y técnica, su poder de arrastrar adhesiones, compromisos e involucramiento.

2.2. Identificación de Audiencias

La audiencia es la persona o grupo de personas, que están en condiciones de ayudar a producir el cambio identificado como necesario en las políticas sobre el problema identificado, por el grupo o la coalición a cargo de la incidencia que se espera alcanzar.

Existen dos clases de audiencias¹¹⁴, las primarias y las secundarias. Las primarias, están conformadas por personas con autoridad directa para hacer cambios en una política, como por ejemplo, los ministros de distintos portafolios, congresistas, alcaldes y similares. El eje de cualquier estrategia de incidencia política, es llegar a estas personas, o sea a la audiencia primaria.

Las audiencias secundarias, están conformadas por aquellas personas capaces de influenciar en las decisiones de los de audiencia primaria. Su importancia radica en que ofrecen formas de llegar a las audiencias primarias, cuando existen dificultades para tener acceso directo a éstas. Pueden estar integradas por grupos de interés, líderes, organizaciones locales, o en algunos casos, grupos específicos de ciudadanos. Un gestor de políticas, también puede ser parte de una audiencia secundaria.

Cuanto más se sepa de las audiencias, mayores serán las posibilidades de alcanzar los objetivos de incidencia política.

¹¹⁴ Sprechmann, S y Pelton E. Guías y Herramientas para la Incidencia Política. Manual de Referencia para Gerentes de Programas de CARE; Atlanta, USA, 2001.

2.3. Objetivos de la Incidencia Política

Son los propósitos que se persiguen con un proceso de incidencia política. Se expresan como un cambio esperado en relación a una situación percibida como problema. Los objetivos deben ser específicos, realistas y mensurables.

2.4. Justificación de la Iniciativa Política

Consiste en exponer los argumentos a favor del cambio o mejora de la política, en relación al problema identificado, estableciendo su pertinencia, necesidad y relevancia, en relación a una comunidad o un sector social más extenso.

Los argumentos deben responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Por qué es necesario dar solución al problema identificado?
- ¿En qué medida la propuesta supone una solución al problema?
- ¿Quiénes se beneficiarán (directa o indirectamente) con los cambios?
- ¿Cómo se beneficiarán?

Ejemplo del Paso 2: En relación al problema inicialmente identificado, se deberá llenar la tabla que a continuación se presenta:

HOJA DE TRABAJO DEFINICIÓN DE LA PROPUESTA		
Pasos que puede seguir	Preguntas integradoras	Sus notas ...
Identificación de audiencias primarias	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién o quiénes (gestores de políticas) tienen el poder para tomar decisiones que puedan solucionar el problema seleccionado? • ¿Qué procedimientos utilizan para tomar decisiones? 	
Identificación de audiencias secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién o quiénes tienen posibilidades de influir en las decisiones que toman las audiencias primarias? • ¿Qué procedimientos utilizan para influir en las decisiones de los gestores de políticas? • ¿En qué espacios se mueven las audiencias secundarias? 	
Determinación de objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cambios persigue la propuesta de incidencia? ¿qué objetivos pretende alcanzar? • ¿Son esos objetivos realistas y mensurables? • Los objetivos identifican: ¿qué cambiará? ¿quién hará el cambio? ¿cuándo lo hará? 	
Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué es necesario dar solución al problema seleccionado? • ¿A quiénes beneficiará (directa e indirectamente) el cambio? • ¿Cómo los beneficiará? 	

La tabla anterior desarrollada, puede resultar en la que a continuación se detalla:

ESQUEMA DE UNA PROPUESTA DE INCIDENCIA POLÍTICA	
Problema	Incumplimiento de las normas legales de habilitación urbana para la construcción de la planta industrial de la empresa "Luchetti" en la zona de protección ecológica de los "Pantanos de Villa" en el distrito de Chorrillos.
Audiencia primaria	Alcalde de la Municipalidad de Lima Metropolitana
Audiencia secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Regidores de "Somos Perú". Mayoría en el Consejo Municipal de Lima. • Grupo de asesores del Alcalde de la MLM. • Jefe de la comisión investigadora del caso "Luchetti", designado por la MLM. • Funcionarios municipales de la MLM ligados a temas ambientales. • Aliados potenciales como el CONAM, colegios profesionales, otras ONG's, etc.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Impedir el daño del área natural de los "Pantanos de Villa", amenazada por la instalación de plantas industriales como la de "Luchetti". • Lograr la paralización de las obras de la referida planta, la demolición de sus instalaciones y su desalojo.
Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Los "Pantanos de Villa" es la más importante reserva natural y ecológica de Lima. Cuenta con una biodiversidad de 550 especies, muchas de las cuales son únicas. • La construcción de la planta rompe el paisaje natural de la zona. Produce contaminación paisajística al atentar contra la belleza escénica de los pantanos. • La estructura de la planta altera los patrones de vuelo de la avifauna por sus dimensiones y altitud. • El área ya ha sufrido reducciones significativas en el pasado y deben evitarse otras nuevas.

3.9.3. Paso 3: Análisis de Poder¹¹⁵



El análisis de poder consiste en la identificación y estudio de los distintos actores involucrados, directa o indirectamente en una campaña de incidencia política para establecer el rol que juegan en la misma y definir estrategias específicas para actuar frente a cada uno de ellos.

Objetivo

Desarrollar el análisis de poder para la propuesta de incidencia política.

Productos

- Se analizarán los espacios de decisión en función a quiénes y cómo se toman las decisiones (identificación del blanco de la incidencia).

¹¹⁵

Adaptado del Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

- Se elaborarán mapas de poder identificando aliados, opositores e indecisos en relación al blanco. de la incidencia.
- Se analizarán las fortalezas y las debilidades propias del equipo inicial (organizadores) a cargo de la iniciativa de incidencia.

Realizar un análisis de poder consiste, en primer término, en la identificación y estudio de los actores que toman las decisiones relativas a la propuesta (gestores de políticas). A estos actores se los denomina blancos.

El análisis de poder contempla, además, comprender cómo y dónde se toman las decisiones. Supone también la identificación y estudio de los posibles aliados, de los oponentes y de los indecisos. Incluye asimismo el estudio de las fortalezas y debilidades propias del organizador de la iniciativa de incidencia.

El estudio debe incluir, además, el conocimiento de los argumentos, posiciones, fortalezas y debilidades del blanco., de los aliados, los opositores y los indecisos. En ese sentido, es un análisis de la correlación de fuerzas que se mueven en torno a la propuesta.

Los Organizadores

Los organizadores son las personas, grupos u organizaciones que se encargan de llevar a cabo una campaña de incidencia. Su labor consiste en la concepción de la iniciativa, el diseño de la propuesta, y la implementación y ejecución de la campaña.

Evaluando A Los Organizadores

- ¿Quiénes forman parte del grupo o coalición a cargo de la campaña? ¿por qué son parte de ésta? ¿cuáles son sus razones?
- ¿Qué fortalezas poseen?
- ¿Qué debilidades tienen?
- ¿Con qué recursos cuentan?
- ¿Cómo están organizados?

El Blanco

Es la persona o grupo de personas que por su posición, tienen el poder de dar respuesta a las demandas y resolver el problema implicado en una campaña de incidencia.

Identificando El Blanco

Para identificar el Blanco, se deberán resolver las siguientes preguntas:

- ¿Qué personas o grupo de personas están en condiciones de tomar decisiones sobre las políticas públicas relacionadas al problema implicado en la campaña de incidencia?
- ¿Qué personas o grupos de personas tienen capacidad de influir sobre los tomadores de decisiones (gestores de políticas)?
- ¿Qué procedimientos se siguen para la toma de esas decisiones?
- ¿Cuál es la mejor oportunidad para la toma de decisiones?
- ¿Qué espacios se utilizan para la toma de esas decisiones?
- ¿Qué opinión tienen sobre la propuesta?

- ¿Con qué información cuentan sobre el problema planteado y su propuesta de solución?

Los Aliados

Los aliados son personas, grupos u organizaciones que respaldan los objetivos de la campaña de incidencia propuesta. Las motivaciones del apoyo pueden ser muy diversas y es posible que vayan desde obtener beneficios muy concretos, hasta compartir inquietudes y valores (promover la justicia social, por ejemplo).

Contar con aliados resulta estratégico en una campaña de incidencia. No sólo por la ayuda que suponen en términos de recursos humanos y materiales (condiciones de difusión, organización y movilización, por ejemplo), sino por la posibilidad de incrementar el impacto de la iniciativa en la medida que aumenta su credibilidad y visibilidad.

La experiencia de distintas campañas de incidencia ha demostrado que la conjunción de esfuerzos, saberes y recursos de varias personas u organizaciones, tiene mayores posibilidades de éxito, además de atraer atención hacia el tema y reducir el riesgo.

En todo caso, siempre será importante identificar las motivaciones de los aliados y para ello importa conocer:

- ¿Qué piensan realmente acerca del problema y lo que debe hacerse?
- ¿Cómo están organizados?
- ¿Qué interés tienen en el tema?
- ¿Qué beneficios obtendrán de la campaña de incidencia?

Identificando a Los Aliados

Para identificar a los aliados deberemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué otras organizaciones, grupos y personas están interesados o están abogando por el mismo tema?
- ¿Existen coaliciones o es necesario establecerlas?
- ¿Qué están dispuestos a hacer para expresar su respaldo?
- ¿Cuáles son sus dudas respecto de los esfuerzos de la iniciativa de incidencia?
- ¿Cuán comprometidos e informados deben estar para seguir siendo aliados?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de formar alianzas y coaliciones con cada una de estas organizaciones o grupos?

Los Opositores

Todo cambio inevitablemente genera conflictos. No todos comparten un mismo punto de vista en relación a la distribución de poder, recursos y oportunidades. Es seguro que cualquier iniciativa de incidencia que se emprenda tendrá opositores de distinta naturaleza, con diversos argumentos y en distinta cantidad.

Los opositores son personas, grupos u organizaciones contrarias a los objetivos de la campaña de incidencia.

El diseño de una estrategia de incidencia política implica averiguar quién puede oponerse a sus objetivos. Esto es tan importante como identificar a los aliados. La propuesta será más efectiva si desde el inicio se tiene una adecuada comprensión de cómo piensan los

opositores y por qué se sienten amenazados por el cambio de política propuesto, a fin de afrontarlo convenientemente.

Una estrategia de incidencia política puede incluir acciones y actividades dirigidas a sus opositores. En ese caso, los opositores pueden convertirse en una audiencia secundaria de la iniciativa de incidencia. Es importante considerar si hay algo que podamos hacer para persuadir a los opositores para que cambien sus opiniones, o por lo menos, para que no se opongan rotundamente al cambio de política que se persigue lograr.

Identificando A Los Opositores

Para identificar a los Opositores, debemos responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Existen organizaciones, grupos o personas que se oponen al cambio de política propuesto?
- ¿Por qué se oponen? ¿cuáles son sus argumentos?
- ¿Cuáles son sus intereses, estrategias, agenda?
- ¿Sobre quiénes ejercen influencia? ¿qué se puede hacer para reducir su influencia?
- ¿Qué amenaza representan para el éxito de la iniciativa de incidencia?
- ¿Existen algunos puntos sobre los cuales se podría lograr un acuerdo con ellos?

Los Indecisos

Los indecisos son actores que por falta de información, de motivación o de interés, no tienen una posición definida sobre el tema en cuestión, pero a los que es estratégico persuadir y convencer.

Algunas veces se comete el error de no tomar en cuenta a los indecisos pero es preciso comprender que, llegada la hora, pueden ser decisivos para el éxito o fracaso de una iniciativa de incidencia.

Identificando a los Indecisos

Para identificar a los indecisos se deben responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Qué otras organizaciones, grupos o personas tienen interés en el tema pero no han asumido una posición respecto a él?
- ¿Por qué no han tomado una posición? ¿qué necesitan para hacerlo?
- ¿Qué información tienen sobre los argumentos que sustentan la campaña de incidencia?
- ¿Qué opinión tienen de la campaña de incidencia? ¿cuál, del equipo o coalición a cargo del proceso? ¿cuál, de los aliados? ¿cuál, de los opositores?

Luego de tener claros los conceptos sobre cada uno de los actores, es importante recalcar que no se puede hacer el análisis de poder si no tomamos en cuenta tres factores fundamentales:

- Definir el espacio donde se toman las decisiones.
- Tener información precisa sobre la correlación de fuerzas. Para ello se utiliza una técnica gráfica llamada Mapa de Poder

- Realizar un análisis del poder de los organizadores: ¿en qué condiciones estamos para desarrollar la campaña de incidencia?

Hoja de Trabajo: Análisis de Poder

HOJA DE TRABAJO ANÁLISIS DE PODER		
Pasos que puede seguir	Preguntas integradoras	Sus notas ...
Identificar el "blanco"	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué personas o grupo de personas están en condiciones de tomar decisiones sobre las políticas públicas relacionadas al problema implicado en la campaña de incidencia? ¿de qué manera? ¿qué tipo de decisiones? • ¿Qué personas o grupos de personas tienen capacidad de influir sobre los tomadores de decisiones (gestores de políticas)? ¿de qué manera? • ¿Qué procedimientos se siguen para la toma de decisiones? • ¿Qué espacios se utilizan para la toma de decisiones? • ¿Qué opinión tienen sobre nuestra propuesta? • ¿Con qué información cuentan sobre el problema planteado y su propuesta de solución? 	
Identificar aliados	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué otras organizaciones, grupos y personas están interesados o están abogando por el mismo tema? • ¿Existen coaliciones o es necesario establecerlas? • ¿Qué están dispuestos a hacer para expresar su respaldo? • ¿Cuáles son sus dudas respecto de los esfuerzos de la iniciativa de incidencia? • ¿Cuán comprometidos e informados deben estar para seguir siendo aliados. 	

Identificar opositores	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de formar alianzas y coaliciones con cada una de estas organizaciones o grupos? • ¿Existen organizaciones, grupos o personas que se oponen al cambio de política propuesto? • ¿Por qué se oponen? ¿cuáles son sus argumentos? • ¿Cuáles son sus intereses, estrategias, agenda? • ¿Sobre quiénes ejercen influencia? ¿qué se puede hacer para reducir su influencia? • ¿Qué amenaza representan para el éxito de la iniciativa de incidencia? • ¿Existen algunos puntos sobre los cuales 	
Identificar indecisos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué otras organizaciones, grupos o personas tienen interés en el tema pero no han asumido una posición respecto a él? • ¿Por qué no han tomado una posición? ¿qué necesitan para hacerlo? • ¿Qué información tienen sobre los argumentos que sustentan la campaña de incidencia? • ¿Qué opinión tienen de la campaña de incidencia? ¿cuál del equipo o coalición a cargo del proceso? ¿cuál de los opositores? 	
Identificar fortalezas y debilidades en el organizador	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son nuestras fortalezas? • ¿Cuáles son nuestras debilidades? • ¿Qué posición ocupamos en la correlación de fuerzas en torno a la iniciativa de incidencia? 	

Análisis del Espacio de Decisión

El análisis del espacio de decisión consiste en identificar a los gestores de políticas (tomadores de decisiones) y establecer los procedimientos a través de los cuales toman decisiones sobre ellas.

Hay dos preguntas clave que deben ser contestadas para lograr un buen análisis del espacio de decisión:

¿Quién decide? y ¿cómo decide?

Es necesario tener mucha claridad acerca de quién toma las decisiones relativas a la propuesta. Quién está en condiciones de influir en el éxito de la misma. Frecuentemente, los espacios de decisión se despliegan en dos o más niveles. Ejemplo: es probable que una iniciativa de incidencia se traduzca en un ante proyecto o proyecto de ley y que éste deba ir

primero a una comisión del Congreso de la República y luego al pleno. En ese caso, la campaña debe dirigirse a los dos espacios de decisión.

Una vez que se establece quién toma las decisiones, es necesario conocer cómo se las toma, es decir, cuáles son los procedimientos y el calendario del proceso de toma de decisiones. En el caso de la aprobación de un proyecto de ley, por ejemplo, se necesita conocer bien cuáles son los procedimientos congresales para tomar la decisión: ¿es en votación por mayoría? ¿se necesita el consenso de la junta directiva? ¿es una sola persona quién puede decidir y en cualquier momento? ¿las reuniones son semanales, mensuales, trimestrales?

Una vez que se haya definido quién toma las decisiones y cómo, es necesario reforzar el análisis de poder visualizando a los actores, sus relaciones y sus posibles movimientos, a través de lo que llamamos el MAPA DE PODER.

Mapa de Poder

El mapa de poder es una herramienta para visualizar la correlación de fuerzas entre distintos actores. Consiste en una representación gráfica que permite reconocer a los actores principales involucrados con la propuesta y la campaña de incidencia.

El mapa de poder nos ayuda a entender con qué actores nos vamos a mover (aliados), a cuáles vamos a enfrentar (opositors) y a quiénes debemos persuadir (indecisos), para llegar al blanco y realizar los objetivos propuestos.

En la elaboración del mapa de poder es importante establecer, para cada actor:

Los intereses que los mueven:

- ¿Por qué nos apoyan?
- ¿Qué beneficios esperan obtener del proceso? (aliados)
- ¿Por qué se oponen? ¿En qué los afectaría la materialización de la propuesta? (opositors)

Los argumentos principales que acompañan sus posiciones:

- ¿Son políticos, derivados de la distribución de poder?
- ¿Económicos, costo/beneficio?
- ¿Éticos? ¿comparten con los organizadores algunos valores o tienen propuestas éticas totalmente distintas?

Sus principales fortalezas:

- ¿Cuáles son sus capacidades organizativas?
- ¿Cuál su credibilidad y legitimidad?
- ¿Qué alianzas o coaliciones pueden establecer?
- ¿En quiénes y en qué medida pueden influir?

Sus principales debilidades:

- ¿Qué déficit tienen en lo institucional?
- ¿Cuáles en lo organizativo?
- ¿Cuál es su posicionamiento en la opinión pública?
- ¿Cuáles son las carencias y debilidades de sus mensajes y argumentos?

EJEMPLO:



Autoanálisis

Es una evaluación de las fortalezas y las debilidades propias de los organizadores de la campaña de incidencia. Esta evaluación debe caracterizarse por la honestidad, por la capacidad de crítica y de autocrítica.

Ejemplo:

EJES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Institucional		Existe una deficiente normatividad de protección de áreas naturales, lo que facilita la habilitación urbana de la zona de los "Pantanos de Villa".
Financiero		Los organizadores no cuentan con recursos económicos para promover acciones de defensa de los pantanos a gran escala.
Organizativo	Se cuenta con organizaciones de base muy activas y comprometidas con la defensa de los pantanos.	Dispersión de las organizaciones locales de base. Lucha por liderazgos.
Político	<ul style="list-style-type: none"> • El tema tiene potencial para la generación de alianzas y coaliciones amplias. • El tema es sensible para la clase política, la opinión pública y la ciudadanía en general. • El alcalde de Lima es un "blanco" accesible. 	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de un marco político restrictivo que deja poco espacio para la iniciativa ciudadana. • El sistema de corrupción anclado en el régimen del fujimorato, que influye en las distintas instituciones del Estado, principalmente en el Poder Judicial.

3.9.4. Paso 4: Diseño de Estrategias y Programa de Actividades



Objetivos

- Definir estrategias coherentes con los objetivos de la propuesta, que tengan capacidad de influir en el blanco y que generen productos concretos.
- Definir actividades coherentes con el sentido de las estrategias.

Productos

- Se definirán las estrategias necesarias para llevar a cabo las iniciativas de incidencia, con especial acento en las estrategias de comunicación y cabildeo.
- Se seleccionarán las actividades necesarias para implementar y ejecutar cada una de las estrategias definidas.
- Se elaborará un programa de actividades que incluya recursos, responsables y plazos.

Una estrategia es un conjunto de actividades articuladas, programadas y dirigidas al logro de un fin determinado.

Ese fin debe tener una relación directa con la propuesta, además de orientarse a influir sobre el blanco, por vía directa o indirecta. La vía es directa cuando la influencia acciona sobre el blanco, sin mediación alguna. Es indirecta cuando se influye por medio de un aliado.

Llevar a la práctica una estrategia inicia un proceso que concluye cuando se alcanza un resultado concreto, que muchas veces es una decisión. Por ejemplo, lograr que por acción de una estrategia un congresista influya para que su bancada presente una iniciativa como proyecto de ley. En consecuencia, para la ejecución de una estrategia, es importante precisar siempre el resultado esperado. Igualmente importante, es la definición de los distintos roles que asumirá en el proceso, el equipo que se responsabilizará de la campaña de incidencia.

Elección de Roles

La estrategia de incidencia política debe incorporar roles claros para el equipo a cargo del proceso.

Es posible decidir liderar una campaña e informar directamente a los gestores de políticas acerca del cambio de política que se propone y sus ventajas o elegir cumplir un rol menos protagónico y apoyar a una coalición que trabaje en incidencia para lograr los cambios deseados.

Es importante tener presente que los miembros del equipo a cargo pueden asumir simultáneamente distintos roles de incidencia en una misma iniciativa. Asimismo, casi siempre será preferible elegir roles que enfatizan la colaboración y no la confrontación con las audiencias buscadas.

El rol que se seleccione y que se vaya a cumplir dependerá de una combinación de factores, incluyendo las características de las audiencias a las que desea llegar y las relaciones que se tenga con ellas, así como con las normas de comunicación de las comunidades con las que se va a trabajar; también hay que considerar los recursos con que se cuenta, las relaciones que se tienen con actores importantes, la experiencia en el tema sobre el que se pretende incidir, el riesgo que se está dispuesto a asumir, y lo más importante, la evaluación sobre cómo se puede ejercer influencia de la manera más efectiva.

El manual de incidencia política de CARE presenta una tipología de roles básicos que sirven como un referente para tomar decisiones:

Informante Experto

Brinda asesoría técnica e información a gestores de políticas y a los organizadores, es decir, a la audiencia primaria. Este rol es adecuado cuando el análisis señala que los gestores no conocen bien un tema y les falta información.

Mediador

Participa en un proceso de cambio de políticas como experto y mediador de los intereses de varios grupos o personas. Facilita el diálogo entre puntos de vista opuestos en base a un análisis objetivo.

Capacitador

Brinda apoyo a otras organizaciones o coaliciones que proponen un cambio de políticas y que desean influir en los gestores de las mismas. La capacitación se puede dar en distintos ámbitos y puede hacerse de muchas formas, como promover la toma de conciencia acerca de derechos y deberes en grupos sociales específicos, organizar una coalición, fortalecer capacidades en un grupo para incidir políticamente o ayudar a planificar una iniciativa de incidencia política que será liderada por otros.

Cabildero / Ejecutante

Participa plenamente en una campaña de incidencia y toma acciones concretas para influir en políticas públicas, ya sea solo o en coaliciones. Esta estrategia implica formular y presentar una postura por medio de un diálogo público o reuniones con gestores de políticas.

Estrategias de Comunicación

Son estrategias basadas en mensajes y diseñadas para ejercer influencia sobre las conductas voluntarias de un público específico para lograr objetivos de incidencia política.

Decisiones Estratégicas Para una Estrategia de Comunicación:

- ¿A Qué Público Es Necesario Llegar?
- ¿Qué Cambios De Conducta Se Buscan?
- ¿Qué Mensajes Podrían Ser Apropiados?
- ¿Qué Canales De Comunicación Podrían Ser Más Efectivos?
- ¿Cómo Se Evaluará El Proceso De Comunicación?

Hoja de Trabajo para la Estrategia de Comunicación

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN					
Objetivo de incidencia política					
.....					
.....					
Público	Conducta	Mensaje		Canales	Evaluación
		Mensaje a llevar	Datos de soporte		

Definición de Términos:

Público: Personas de un mismo tipo o de diferentes tipos cuyo respaldo a la campaña de incidencia política es crítico.

Conducta: Es un comportamiento específico que se expresa en una o más acciones, en relación a un determinado objetivo, dentro de un contexto dado. Promover un cambio de conductas en un público definido supone, como paso previo, seleccionar conductas deseables y factibles. Para ello resulta necesario plantearse la siguiente pregunta:

¿qué queremos que haga la gente?

MENSAJE

El mensaje debe estar centrado en las necesidades de la gente y debe ser dirigido a sus creencias u opiniones. Todo mensaje válido en procesos de incidencia tiene que ser culturalmente sensible, fácil de recordar y conciso.

Hay cinco elementos clave en los mensajes:

Contenido / ideas:

- ¿Qué ideas se desea transmitir?
- ¿Qué argumentos se utilizarán para persuadir al público?
- ¿Qué se desea lograr?
- ¿Cómo se propone lograrlo?
- ¿Qué acciones se espera que tome el público?

Lenguaje:

- ¿Qué palabras se seleccionarán para transmitir el mensaje clara y efectivamente?

- ¿Hay palabras que se debe o no debe utilizar? ¿cuáles?

Fuente / mensajero:

- ¿A quién responderá el público?
- ¿Quién proyectará mayor credibilidad?

Formato:

- ¿En qué medio se debe dirigir el mensaje para que tenga el máximo impacto?

Hora y lugar:

¿Cuál es la mejor hora para lanzar el mensaje?

¿Hay un lugar o espacio para lanzar el mensaje que incremente su credibilidad o amplíe su impacto político?

Como vemos, el contenido es sólo una parte del mensaje. Otros factores no verbales, tales como quién presenta el mensaje, donde lo presenta o la oportunidad, pueden ser tan importantes como el contenido mismo.

Estrategias de Influencia

Entre ellas están el cabildeo -que es una de las más importantes en el actual sistema político-, la presión internacional, la presión de la opinión pública, conferencias de prensa, foros, marchas y todas aquellas estrategias cuyo propósito es llegar al corazón del blanco lo más personalizadamente posible.

El Cabildeo

Muchas veces utilizamos la palabra cabildeo como sinónimo de incidencia, sin embargo, no son lo mismo. El cabildeo es una estrategia de un plan de incidencia.

Es una técnica muy compleja, con su propia metodología y su propósito es generar comunicación directa y personalizada con el fin de persuadir, presionar, influir y/o neutralizar a los actores que toman las decisiones. Esto significa que al realizar un trabajo de cabildeo hay que estudiar documentos, realizar reuniones, visitas, tener conversaciones con un actor definido a quien hay que presionar, neutralizar o influir.

Para ello, hay que tener una propuesta directa que presentar, que sepamos para qué vamos a persuadir y a quién vamos a presionar. El cabildeo es diferente al diálogo. El diálogo se puede dar para obtener información, abrir espacios, etc.; en cambio, el cabildeo requiere un plan, donde se sepa específicamente qué se quiere lograr. Se debe tener cuidado de no convertir el cabildeo en un fin en sí mismo. Este forma parte de una serie de estrategias que deben ser contempladas en un proceso de incidencia.

La selección de las estrategias a ser utilizadas, el orden de importancia que se le de a cada una y los momentos específicos en que se las decida utilizar, debe guardar una relación directa y muy estrecha con el análisis de poder que se haya hecho. Por otro lado, debe haber siempre flexibilidad para modificar el rumbo de una estrategia o para desistir de ella si se la evalúa como poco efectiva.

Las Actividades

Las estrategias se llevan a ejecución a través de las actividades. Una de las causas más frecuentes de fracaso en un proceso de incidencia, es la falta de planificación de actividades o con su uso poco adecuado. Es necesario diseñar actividades, cuidando que cada una de ellas, esté vinculada a algunas de las estrategias identificadas para su ejecución.

Ejemplo:

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	ACTIVIDADES
<p>Mensaje: Dirigido al Alcalde de Lima</p> <p>La implementación y ejecución de políticas de protección ambiental contra la actividad de empresas privadas (como Luchetti), en el caso concreto de los humedales, salvará fauna única en el territorio nacional e incrementará el apoyo político a su gestión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir información sobre los niveles de contaminación en los Pantanos de Villa. • Reunir información sobre el papel de las empresas privadas presentes en el área de los pantanos con responsabilidad en la contaminación. • Encargar un estudio de impacto ambiental a una institución de reconocido prestigio, si es posible, de nivel internacional. • Informar al Alcalde / asesores sobre el daño producido por las empresas presentes en la zona de los pantanos, y cómo este se incrementaría con la presencia de Luchetti. • Informar y asesorar al Alcalde / asesores sobre los cambios de políticas que pueden ayudar a una mayor protección de los humedales y su fauna.

Hoja de Trabajo: Estrategias y Actividades:

HOJA DE TRABAJO ESTRATEGIAS Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES		
Pasos que puede seguir	Preguntas integradoras	Sus notas ...
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características de las audiencias sobre las que se va a incidir? ¿qué rol o qué roles son los más adecuados para influir en las decisiones de las audiencias? • ¿Qué clase de estrategias se pueden utilizar? ¿cuántas? • ¿Qué mensajes se van a transmitir? ¿a quiénes? 	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué actividades se necesita llevar a cabo para realizar las estrategias que se ha previsto y alcanzar los objetivos de incidencia de su iniciativa? • ¿Qué pasos se van a dar para transmitir mensajes a su audiencia? • ¿Cuál es la mejor manera de transmitir mensajes a su audiencia? 	
Programa de actividades	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué programar las actividades? • ¿Cómo definir responsables, recursos y plazos? 	

El Programa de Actividades

Definidas las estrategias y sus correspondientes actividades, conviene incorporarlas en un programa que incluya las responsabilidades, los recursos que serán utilizados y los plazos estimados.

ESTRATEGIAS / ACTIVIDADES	Respons.	Recursos	Plazos								
			1 Trim.			2 Trim.			3. Trim		

3.9.5. Paso 5: Seguimiento y Evaluación¹¹⁶



Objetivo

Definir mecanismos de seguimiento y evaluación de los procesos y los productos y resultados previstos en las campañas de incidencia política.

Productos

- Se definirán mecanismos de seguimiento en base a indicadores de productos.
- Se definirán mecanismos de evaluación en base a indicadores de efecto.
- Se establecerán secuencias y tiempos para el seguimiento y la evaluación.
- Se construirán instrumentos base (cuestionarios) para la evaluación.

El Seguimiento

El seguimiento es entendido como un proceso continuo de recolección y análisis de información para establecer en qué medida se está ejecutando una iniciativa o campaña de incidencia en función de los resultados que se habían previsto para ella. El seguimiento debe concentrarse en medir actividades y resultados.

En términos de la incidencia política, los resultados son generalmente cambios en el conocimiento y la opinión de las audiencias. Los mapas de poder deben servir como un referente permanente para medir los resultados. Deben ser actualizados regularmente e

¹¹⁶

Adecuado de: Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003.

incluir los cambios respecto al tema de la incidencia, en los intereses, opiniones y conocimientos de las audiencias en las que se influye.

La Evaluación

La evaluación es un momento de balance e interpretación del plan de incidencia política y del estado de la campaña. Sirve para medir cambios en los efectos esperados, entendidos como cambios a nivel de políticas públicas.

La idea, tras la evaluación, es obtener una retroalimentación útil y modificar las estrategias y/u objetivos en caso que sea necesario. La adaptabilidad, creatividad y la persistencia son características de un exitoso trabajo de incidencia política. Si no funciona una estrategia, entonces se prueba otra, y todas las necesarias, hasta que se logre el objetivo.

Para repasar el cuadro global de la campaña de incidencia, es útil evaluar el esfuerzo realizado por períodos. Es importante recordar, que por lo general, los cambios no se producen velozmente, y lograr un cambio de política mediante una campaña de incidencia posiblemente requiera de un proceso relativamente largo de tiempo.

Los Indicadores

En términos del procedimiento, en los procesos de evaluación se utilizan indicadores. Estos son variables operativas que proporcionan medios sencillos y fiables para medir logros y reflejar cambios que se han previsto en el marco de una campaña de incidencia política.

Los indicadores permiten conocer el grado de cumplimiento y el éxito en la implementación y ejecución de una propuesta de cambio en políticas públicas. Para ello, todo indicador debe ser construido en base a definiciones precisas de los aspectos que se pretende evaluar e ir acompañado de una fuente de verificación confiable.

En la evaluación de acciones en campañas de incidencia se utilizan dos tipos de indicadores: de resultados y de efectos.

Indicadores de Resultados

Los indicadores de resultados permiten establecer los niveles de avance o cumplimiento de las actividades previstas y los resultados alcanzados, entendidos como cambios en los conocimientos y opiniones de las audiencias.

Indicadores de Efectos

Los indicadores de efectos sirven para observar si se han alcanzado cambios significativos en las prácticas de los gestores de políticas, en términos de la creación, cambio o implementación de políticas.

Ejemplo:

SITUACIÓN A EVALUAR		
<p>El Alcalde Provincial de Lima, que apoyaba moderadamente un mayor control de la contaminación causada por empresas privadas en zonas de protección ecológica, como los Pantanos de Villa, cambió de opinión en el proceso de incidencia y pasó a apoyar fuertemente el diseño, implementación y cumplimiento de políticas ambientales. En este caso el equipo a cargo de la campaña de incidencia tuvo que reformular sus actividades. En vez de llevar a cabo actividades para cambiar la opinión del Alcalde, lo cual ya no era necesario, tuvo que concentrar sus esfuerzos en obtener su aprobación y la firma de una ordenanza municipal pro ambientalista.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Seguimiento</p>	<p>Indicadores de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de información sobre el perjuicio ambiental ocasionado por las empresas. • Nivel de conocimiento de los resultados de estudios de impacto ambiental. • Nivel de información sobre políticas viables de control ambiental. Cambio de opinión sobre el tema del conflicto. • Nivel de compromiso con la campaña de incidencia.
		<p>Indicadores de efectos</p> <p>Ordenanza municipal pro ambientalista aprobada por el Concejo y expedida por el Alcalde de Lima.</p>

Hoja de Trabajo:

HOJA DE TRABAJO DEFINICIÓN DE LA PROPUESTA		
Pasos que puede seguir	Preguntas integradoras	Sus notas ...
<p>Seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Han cambiado las audiencias sus conocimientos, actitudes u opiniones respecto al tema de incidencia? • ¿Puede actualizar los mapas de poder con facilidad? • ¿Ha cambiado el entorno político desde que se inició la campaña de incidencia? • ¿Indican los datos del seguimiento que sus actividades han alcanzado los resultados deseados? Si no es así ¿le ayudarán los datos del seguimiento a decidir cómo ajustar y revisar sus actividades? 	
<p>Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida logró la campaña de incidencia efectos en los cambios de políticas públicas? • ¿Es posible determinar qué factor fue decisivo para el cambio de opinión y decisión de los gestores de políticas? • ¿Qué lecciones se pueden extraer y aprender para una próxima iniciativa de incidencia? 	

Hoja de Trabajo:

AMBITOS	PREGUNTAS POSIBLES
Evaluación de resultados	<ul style="list-style-type: none">• ¿Se seleccionaron adecuadamente las audiencias?• ¿Se mantuvieron los objetivos originales o se los tuvo que cambiar durante la campaña?• ¿Lograron los mensajes cambiar las opiniones o conocimientos de las audiencias? ¿qué mensajes fueron los más exitosos?• ¿Los roles que se escogieron fueron los adecuados?• ¿Se abogó en coalición? ¿cuáles fueron los beneficios o inconvenientes de formar una coalición?• ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a lo largo del proceso de incidencia? ¿qué se hizo para superar esos obstáculos?• ¿Qué lecciones se pueden extraer para futuras iniciativas de incidencia política?
Evaluación de efectos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Se ha producido el cambio de políticas por el cual se abogó desde la campaña de incidencia? ¿se tiene más posibilidades que antes que el cambio se de?• ¿Se han creado nuevas políticas? ¿se han cambiado políticas perjudiciales? ¿se han implementado políticas?• ¿Cuáles fueron los factores que favorecieron / dificultaron el cambio de políticas?• ¿Se presentaron propuestas formalmente ante el Poder Judicial / entidades del gobierno o fueron decisiones informales?• ¿Quién tomó la decisión final que permitió / dificultó el cambio de política?

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de Incidencia Política; Proyecto Participa Perú; Lima, julio 2003
2. Guía de Incidencia Política; Módulo 5; Red Perú; Instituto de la Democracia Participativa; Centro IDEAS; ACS Calandria; CARE Fortalece
3. Construyendo una estrategia de medios para la incidencia política; Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) Junio 2002
4. In Went. Incidencia Política para la Gobernabilidad Democrática Local. Conceptos y Metodología. Eduardo Cáceres Valdivia. Lima, junio 2006
5. Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica: “Cómo Incidir en la Opinión Pública”
6. Manual Básico para la Incidencia Política; Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Programa Centroamericano de Capacitación en Incidencia; Primera Edición Junio 2002

Iniciativa de Políticas en Salud - Perú
Calle Carpaccio 296. Of. 302. San Borja
Lima 41, Perú
Tel: (511) 224-3434
Fax: (511) 225-4241
Email: policyinfo@healthpolicyinitiative.com
<http://ghiqc.usaid.gov>
<http://www.healthpolicyinitiative.com>