



unitar

Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones



Planificación Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia



**PROGRAMA DE CIRUGÍA GLOBAL
Y CAMBIO SOCIAL**

Facultad de Medicina de Harvard



**THE
GLOBAL
SURGERY
FOUNDATION**

© Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones, 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

Bajo los términos de esta licencia, usted puede copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre y cuando la obra se cite debidamente, como se indica a continuación. En cualquier uso de esta obra, no se debe sugerir que UNITAR respalda a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de UNITAR. Si usted adapta la obra, debe licenciar su trabajo bajo la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Si crea una traducción de esta obra, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida: "Esta traducción no ha sido creada por el Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones (UNITAR). UNITAR no es responsable del contenido o la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica".

Toda mediación relativa a los litigios que surjan en el marco de la licencia se llevará a cabo de conformidad con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de esta obra que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la infracción de cualquier componente de la obra que sea propiedad de terceros recae exclusivamente en el usuario.

Descargos de responsabilidades. Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de UNITAR sobre el estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas sobre las que puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que UNITAR los apruebe o recomiende con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por la letra inicial mayúscula.

UNITAR ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso UNITAR será responsable de los daños derivados de su uso.

Cita sugerida:

UNITAR. Manual de Planificación Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia. Edición 2020. Ginebra, Suiza: Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones (UNITAR). DOI: 10.5281/zenodo.3982869

Copyright Agosto de 2020
ISBN: 978-2-9701428-0-5



www.unitar.org
www.pgssc.org



PROGRAMA DE CIRUGÍA GLOBAL Y CAMBIO SOCIAL

Facultad de Medicina de Harvard

Programa de Cirugía Global y Cambio Social (PCGCS)

Departamento de Salud Global y Medicina Social
Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, Estados Unidos



unitar

Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones

Programa de Salud y Desarrollo

Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones (UNITAR) Ginebra, Suiza



Global Surgery Foundation (GSF)

Ginebra, Suiza

ÍNDICE DE Contenidos

1. INTRODUCCIÓN/PRÓLOGO	1
2. DESARROLLANDO UN CASO PARA PRIORIZAR Y PLANIFICAR LA ATENCIÓN EN COA	5
2.1 El estado actual de la atención en COA	7
2.1.1 Carga epidemiológica en enfermedades quirúrgicas	7
2.1.2 Acceso y capacidad	10
2.1.3 Financiación y priorización actual de cirugía en la agenda internacional	11
2.2 Por qué se debe priorizar la atención en COA	12
2.2.1 La atención en COA es necesaria para cumplir los ODS	13
2.2.2 La atención en COA es necesaria para alcanzar los objetivos de cobertura de salud primaria y CSU para el 2030	17
2.2.3 La cirugía es costo efectiva	17
2.3 ¿Por qué participar en la planificación nacional de COA?	18
2.3.1 El poder de los actores: Visibilidad y compromiso de los agentes clave	18
2.3.2 Ideas: Construcción de una visión cohesionada	18
2.3.3 Contextos políticos: Integración y responsabilidad	18
2.3.4 Características del problema: Argumentar un caso con datos	19
2.3.5 Eficiencia	19
2.3.6 Plataforma para la inversión	19
3. EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN EN COA	21
3.1 Principios generales de planificación	22
3.1.1 Modelos del PNCOA	22
3.1.2 Apoyo de la OMS	27
3.2 Pasos para la elaboración de un PNCOA	27
3.2.1 Apoyo y participación del Ministerio	28
3.2.2 Análisis situacional y evaluación de base	29
3.2.3 Participación de los agentes clave y definición de prioridades	29
3.2.4 Elaboración y validación	31
3.2.5 Seguimiento y evaluación	31
3.2.6 Cálculo de costos y presupuesto	31
3.2.7 Gobernanza	31
3.2.8 Implementación	31
3.3 Difusión	31

4. ANÁLISIS SITUACIONAL Y DETERMINACIÓN DE LAS LÍNEAS DE BASE	33
4.1 Datos en cirugía global	34
4.2 ¿Por qué realizar un análisis situacional?	35
4.3 ¿Cómo realizar un análisis situacional?	35
4.3.1 Definir qué información se necesita	35
4.3.2 Revisión de la información existente	37
4.3.3 Evaluación exhaustiva de la situación	37
4.3.4 Realizar un análisis FODA	39
4.4 Principales indicadores quirúrgicos	40
5. PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES CLAVE Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES	45
5.1 ¿Por qué necesitamos el enfoque de múltiples agentes clave?	46
5.2 Sectores interesados	46
5.3 Identificación de los agentes clave	48
5.4 Compromiso inicial y establecimiento de prioridades	48
5.4.1 Objetivos del compromiso	48
5.4.2 Cómo participar	50
5.4.3 Establecimiento de prioridades	52
5.5 Recursos complementarios	55
6. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL PLAN	57
6.1 Consideraciones clave	58
6.1.1 Reflejar las opiniones de los agentes clave	58
6.1.2 Garantizar que las prioridades se basen en evidencia	58
6.1.3 Alinearse con las prioridades del gobierno y del ministerio	58
6.2 Elaboración del PNCOA	59
6.2.1 Integrar los temas y establecer un consenso sobre las prioridades	59
6.2.2 Formación de un equipo de redacción	60
6.2.3 Elaboración de recomendaciones	60
6.2.4 Redacción de las recomendaciones	63
6.3 Lograr un amplio consenso sobre el PNCOA final	63
6.4 Recursos complementarios	64

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	67	10. FINANCIAMIENTO	95
7.1 Objetivos del seguimiento y la evaluación (SyE)	68	10.1 Introducción	96
7.2 Marcos de indicadores quirúrgicos	68	10.2 Incorporación del PNCOA para la financiación del sistema sanitario	96
7.3 Selección de indicadores adicionales	70	10.2.1 Alinear el PNCOA con el proceso presupuestario nacional	96
7.4 Plan de flujo de datos para los indicadores	71	10.2.2 Argumentar a favor de la inversión para informar la asignación y decisiones presupuestarias	96
7.5 Establecer metas medibles para los indicadores	71	10.2.3 Movilizar y mantener el apoyo político para la financiación del PNCOA	97
7.6 Utilización de la información	71	10.3 Movilización de recursos para la financiación de la norma del PNCOA	97
7.7 Recursos complementarios	74	10.3.1 El concepto de espacio fiscal	97
8. COSTOS Y PRESUPUESTOS	79	10.4 Análisis de los agentes clave en la financiación y estrategia de compromiso	102
8.1 Pasos para calcular el costo del plan	80	10.5 Conclusión	103
8.1.1 Reunir la información de costos disponible	80	11. IMPLEMENTACIÓN	105
8.1.2 Definir los objetos de costo y las cantidades necesarias	83	11.1 Introducción	106
8.1.3 Determinar la base de costos	83	11.2 Diseminación del PNCOA	107
8.1.4 Atribuir los costos a los objetos de costos	83	11.3 Puesta en marcha del PNCOA	108
8.1.5 Validar y confirmar los resultados del ejercicio de cálculo de costos	84	11.4 Recursos necesarios para la implementación del PNCOA	109
8.1.6 Crear un resumen y compartir los resultados	84	11.5 Establecer el liderazgo y la estructura de gobernanza para la implementación del PNCOA	110
8.2 Participantes en el cálculo de costos	84	11.6 Inicio de la implementación del PNCOA - Piloto	112
8.3 Herramientas disponibles para guiar el cálculo de costos	84	11.7 Retroalimentación sobre el progreso y los resultados de la implementación	112
9. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS Y GOBERNANZA	87	11.8 Conclusión	112
9.1 Organización y gobernanza a nivel nacional	88	12. LISTA DE REFERENCIAS	115
9.2 Organización y gobernanza a nivel regional y distrital	89		
9.3 Organización y gobernanza a nivel de los centros de salud	90		
9.4 Capacitación en torno al liderazgo y la gobernanza	92		
9.5 Conclusión	93		



NUESTROS Reconocimientos

Esta publicación es el resultado de la colaboración entre el Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard y el Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones.

Nos gustaría agradecer a los colaboradores y autores que han hecho posible esta publicación.

También queremos agradecer a las siguientes personas por su apoyo en la redacción y su experticia editorial:

Barnabas Alayande
Adam Ammar
Alexandra Buda
Gabrielle Cahill
Kashmira Chawla
Deena El Gabri
Belain Eyob
Deen Garba
Sebastián Hofbauer
Anusha Jayaram
Rashi Jhunjhunwala
Tarinee Kucchal
Anna Nicholson
Isioma Okolo
Manon Pigeolet
Rennie Qin
Myron Rolle
Makela Stankey
Dominique Vervoort
Anchelo Vital

El contenido de este manual procede de las actas del Taller Nacional de Planificación Quirúrgica, Obstétrica y Anestésica que tuvo lugar en Dubái (EAU) en 2018 y de la Conferencia Nacional de Planificación Quirúrgica, Obstétrica y Anestésica para Funcionarios Regionales de la OMS, Autoridades de Alto Nivel y Donantes, celebrada en Dubái (EAU) en 2019, con el apoyo del Centro de la Facultad de Medicina de Harvard para la Prestación de Servicios de Salud Global - Dubái.

El PCGCS también desea agradecer a **Rhonda Stryker, William Johnston** y la Fundación **Kletjian Foundation** por su apoyo.



Contribuyentes

EDITORES Y REVISORES VERSIÓN EN ESPAÑOL*

Sarah K. Hill, MD, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Leticia Nunes Campos, Research Collaborator en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU. Estudiante de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Pernambuco, Recife, PE, Brazil.

Carolina Torres Perez-Iglesias, MD, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, EE.UU.

Tarsicio Uribe-Leitz, MD, MPH, Docente del Programa de Cirugía Global y Cambio Social | Instructor en Cirugía de la Facultad de Medicina de Harvard; Científico en el Departamento de Cirugía Plástica y Oral del Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Diana del Valle, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

EDITORES*

Katherine Albutt, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Hospital General de Massachusetts, Boston, MA, EE.UU.

Isabelle Citron, BmBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Walter Johnson, MD, MBA, MPH, Líder (2015-2019), Programa de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Departamento de Neurocirugía, Universidad de Loma Linda, Loma Linda, CA, EE.UU.

John G. Meara, MD, DMD, MBA, Profesor de Kletjian y Director del Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard; Cirujano Plástico Jefe del Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Alexander W. Peters, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, USA; Departamento de Cirugía, Colegio Médico Weill Cornell, Nueva York, NY EE.UU.

Lina Roa, MD, MPH, Research Fellow y conferencista sobre Investigación en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, MA, USA; Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá.

* Los editores y revisores aparecen en orden alfabético por apellido



Haitham Shoman, MD, DIC, MPH, SM, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, USA. Becario Vanier, Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria - Doctorado en la Universidad McGill, Montreal, Canadá.

Kristin Sonderman, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

REVISORES*

Adeline Boatin, MD, MPH, Profesora Adjunta de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de Harvard y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital General de Massachusetts

Kathryn Chu, MD, MPH, FACS, FASCERS, Profesor de Cirugía Global - Director, Centro de Cirugía Global, Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica.

Dan Deckelbaum, MD, CM, FRCSC, MPH, Codirector del Centro de Cirugía Global, Profesor Adjunto de la División de Cirugía Traumatológica, Centro de Salud de la Universidad McGill, Montreal, Canadá.

Anita Gadgil, MBBS, MS, DNB (surg), Jefe del Departamento de Cirugía y del Centro de Colaboración de la OMS (CCOMS) para la investigación sobre la prestación de atención quirúrgica en los países de ingresos bajos y medios, Hospital del Centro de Investigación Atómica Bhabha, Mumbai, India. **Gabriel Y.K. Ganyaglo**, MB ChB, Obstetra Uroginecólogo, Hospital Universitario Korle Bu, Accra, Ghana.

Geoffrey Ibbotson, MSc, MD, FRCSC, FACS, Consultor Senior / Cirujano General, Líder Ejecutivo, Fundación Global de Cirugía. Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones (UNITAR).

Neema Kaseje, MD, MPH, DrPHc, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido.

Salomé Maswime, PhD, Jefe de Cirugía Global, Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciudad del Cabo, Profesora Asociada de Obstetricia y Ginecología, Presidente de SACSS, Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Elizabeth Jane McLeod, MD, MPH, FRACS, Real Colegio de Cirujanos de Australasia (RACS).

Martín Ekeke Monono, MD, FRCS(Ed), Cirujano consultor de ORL, Centro de Diagnóstico e Imagen Wellstar, Miniprix Bastos, Yaoundé, Camerún.

Lauri Romanzi, MD MScPH, Conferencista del Departamento de Salud Global y Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard, Boston, EE.UU.

Andrés Rubiano, MD, Profesor de Neurociencias y Neurocirugía, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Lubna Samad, MBBS, MRCS, FCPS, Directora del Centro de Cirugía y Cuidados Agudos, Dirección de Salud Global, Red de Salud del Indo, Karachi, Pakistán

Mark Shrime, MD, MPH, PhD, FACS, Director del Centro de Evaluación Global de Cirugía, Enfermería de Ojos y Oídos de Massachusetts, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

David Watters, AM, OBE, BScHons, MB ChM, FRCSEd, FRACS, Hospital Universitario de Geelong, Salud de Barwon - Profesor de Alfred Deakin, Universidad Deakin, Melbourne, Australia.

Kenan Yusif-Zade, (Col), MD, PhD, MBA, FACS, Profesor, Cirugía General y Militar | Jefe del Hospital Militar, Servicio Estatal de Fronteras, Bakú, Azerbaiyán.

AUTORES COLABORADORES

Capítulo 1. Introducción

John G. Meara, MD, DMD, MBA, Profesor de Kletjian y Director del Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard; Cirujano Plástico Jefe del Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Walter Johnson, MD, MBA, MPH, Líder (2015-2019), Programa de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Departamento de Neurocirugía, Universidad de Loma Linda, Loma Linda, CA, EE.UU.



Capítulo 2. Desarrollando un caso para priorizar y planificar la atención en COA

Kathryn Taylor, MD, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Isabelle Citron, BmBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Kristin Sonderman, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

Swagoto Mukhopadhyay, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Adrián W. Gelb, MBChB, FRCPC, FRCA, Secretario de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos; profesor del Departamento de Anestesia y Cuidados Perioperatorios de la Universidad de California en San Francisco, CA, EE.UU.

Barbara Levy, MD, Profesora Clínica de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad George Washington, Washington DC, EE.UU.

Emmanuel Makasa, MD, MPH, Consultor en Cirugía Global y Director del Centro Wits de Atención Quirúrgica para la Salud Primaria y el Desarrollo Sostenible, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica.

John G. Meara, MD, DMD, MBA, Profesor de Kletjian y Director del Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard; Cirujano Plástico Jefe del Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Walter Johnson, MD, MBA, MPH, Líder (2015-2019), Programa de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Departamento de Neurocirugía, Universidad de Loma Linda, Loma Linda, CA, EE.UU.

Capítulo 3. El proceso de planificación en COA

Kristin Sonderman, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

Isabelle Citrón, BmBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Swagoto Mukhopadhyay, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Haitham Shoman, MD, DIC, MPH, SM, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU. Becario Vanier, Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria - Doctorado en la Universidad McGill, Montreal, Canadá.

Yihan Lin, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Hospital de la Universidad de Colorado, Aurora, CO, EE.UU.

Mzaza A. M. Nthele, MD, Director de Servicios de Atención Clínica y Diagnóstico, Ministerio de Sanidad, Lusaka, Zambia.

Capítulo 4. Análisis situacional y determinación de las líneas de base

Katherine Albutt, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Hospital General de Massachusetts, Boston, MA, EE.UU.



Desmond Jumbam, MSGH, Analista de políticas sanitarias, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía Plástica y Oral, Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Kathryn Taylor, MD, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Emmanuel Makasa, MD, MPH Consultor en Cirugía Global y Director del Centro Wits de Atención Quirúrgica para la Salud Primaria y el Desarrollo Sostenible, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica.

Jose Miguel Guzman, PhD, Líder técnico en Desarrollo Internacional y Cambio Demográfico. Fundador del blog NoBrainerData.com

Sabrina Juran, PhD, Facultad, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Harvard Medical School, Boston, MA, EE.UU.

Capítulo 5. Participación de los agentes clave y establecimiento de prioridades

Brittany Powell, MD, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.; Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, Palo Alto, CA, EE.UU.

Isabelle Citrón, BmBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Kristin Sonderman, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

Sarah Maongezi, MD, Coordinadora Nacional de Cáncer y Lesiones, Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Género, Ancianos y Niños, Dodoma, República Unida de Tanzania.

Elliot Marseille, DrPH, MPP, Presidente de Health Strategies International, Oakland, CA.

Robert Riviello, MD, MPH, Director del Programa de Cirugía Global y Cirujano Asociado, División de Traumatismos, Quemados, Cirugía y Cuidados Críticos, Brigham and Women's Hospital-Centro de Cirugía y Salud Pública; Profesor Asociado de Cirugía y de Salud Global y Medicina Social, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Capítulo 6. Elaboración y validación del plan

Desmond Jumbam, MSGH, Analista de política sanitaria, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía Plástica y Oral, Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Larry Akoko, MD, Profesor titular del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salud y Ciencias Afines de Muhimbili y Presidente electo de la Asociación Quirúrgica de Tanzania, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania.

Edwin R. Lugazia, MD, Med, FCTA, MBA, Anestesiista Cardiorácico Consultor y Jefe del Departamento de Anestesiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Salud y Ciencias Afines de Muhimbili, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania.

Isabelle Citron, BmBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.



Capítulo 7. Seguimiento y evaluación

Katherine R. Iverson, MD, MPH, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, USA; Departamento de Cirugía, Universidad de California-Davis, Sacramento, CA, EE.UU.

Atlibachew Teshome, MD, Director General de la Clínica Dental Especial Damota, Addis Abeba (Etiopía).

Samson Esseye, MD, FCS (ECA), Asesor técnico principal, Jhpiego, Addis Abeba, Etiopía.

Abraham Mengistu, MD, MPH, Director del Proyecto de Cirugía Segura en Jhpiego.

Abebe Bekele, MD, FCS, FACS, Profesor de Cirugía, Decano de la Universidad de Equidad en Salud Global, Kigali, Ruanda.

Kaya Garringer, MS, Cirugía Segura 2020; Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Olivia Ahearn, MS, Cirugía Segura 2020; Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Isabelle Citron, BMBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Capítulo 8. Costos y Presupuestos

James Dahm, MD, Asociado de Investigación de Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Swagoto Mukhopadhyay, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Yihan Lin, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía, Hospital de la Universidad de Colorado, Aurora, CO, EE.UU.

John S. Kachimba, BSc, MBChB, MMed, FCS(ECSA), FCSuroI(ECSA), Superintendente Médico Senior y Cirujano Urológico Consultor, Hospital Central de Livingstone, Livingstone, Zambia.

Kennedy Lishimpi, BSc, MBChB, MMed (Paeds), FC Rad Onc (SA), Director y Coordinador Nacional de Control del Cáncer, Ministerio de Sanidad, Lusaka, Zambia.

Capítulo 9. Estructuras organizativas y gobernanza

Isabelle Citron, BMBCh, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Katherine R. Iverson, MD, MPH, Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE. UU.; Departamento de Cirugía, Universidad de California-Davis, Sacramento, CA, EE.UU.

Boniface Nguhuni, MD, MSc, División de Servicios de Salud, Bienestar Social y Nutrición, Oficina del Presidente-Administración Regional y Gobierno Local, Dodoma, República Unida de Tanzania.

Daniel Burssa, MD, MPH, Asesor especial del Ministro, Ministerio Federal de Salud, Addis Abeba, Etiopía.

Capítulo 10. Financiamiento

Ché L. Reddy, MBChB, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer, Programa en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.



Desmond Jumbam, MSGH, Analista de Políticas de Salud, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía Plástica y Oral, Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Rifat Atun, MBBS, MBA, FRCP, FRCGP, FFPH, Profesor de Sistemas de Salud Globales, Departamento de Salud y Población Global, Departamento de Política y Gestión de la Salud, Harvard T.H. Escuela Chan de Salud Pública, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Kee B. Park, MD, MPH, Profesor, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

John G. Meara, MD, DMD, MBA, Profesor Kletjian y Director, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Facultad de Medicina de Harvard; Jefe de Cirugía Plástica, Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Walter Johnson, MD, MBA, MPH, Líder (2015-2019), Programa de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Departamento de Neurocirugía, Universidad de Loma Linda, Loma Linda, CA, EE.UU.

Capítulo 11. Implementación

Desmond Jumbam, MSGH, Analista de Políticas de Salud, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard; Departamento de Cirugía Plástica y Oral, Hospital de Niños de Boston, Boston, MA, EE.UU.

Sarah Maongezi, MD, Coordinador Nacional de Cáncer y Lesiones, Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Género, Ancianos y Niños, Dodoma, República Unida de Tanzania.

Emmanuel Makasa, MD, MPH, Consultor en Cirugía Global y Director del Centro Wits de Atención Quirúrgica para la Salud Primaria y el Desarrollo Sostenible, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica..

Ché L. Reddy, MBChB, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer en Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

Lina Roa, MD, MPH, Research Fellow en Cirugía Global de Paul Farmer y Conferencista, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU.; Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá.

Walter Johnson, MD, MBA, MPH, Líder (2015-2019), Programa de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Departamento de Neurocirugía, Universidad de Loma Linda, Loma Linda, CA, EE.UU.



Foto ONU/SCH



Abreviaturas

ACE	Análisis de costo-eficacia
CEmONC	Atención integral de emergencias obstétricas y neonatales
AVAD	Año de vida ajustado por discapacidad
DGP-3	Prioridades de control de enfermedades, tercera edición
EDS	Encuesta demográfica y de salud
PIB	Producto interno bruto
HAT	Herramienta de evaluación hospitalaria
HHFA	Evaluación armonizada de las instalaciones sanitarias
HIS	Sistema de información sanitaria
HMIS	Sistema de gestión e información del sector sanitario
HPMI	Seguimiento y mejora del rendimiento de los hospitales
KPI	Indicadores clave de desempeño
LCoGS	Comisión Lancet sobre Cirugía Global
PIBM	Países de ingresos bajos y medios
SyE	Seguimiento y evaluación
MdF	Ministerio de Finanzas
MdS	Ministerio de Salud
EQM	Equipo quirúrgico multidisciplinario
MTEF	Marco de gastos a mediano plazo
ENT	Enfermedades no transmisibles
ONG	Organización no gubernamental
PENS	Plan estratégico nacional de salud
PNCOA	Plan nacional de cirugía, obstetricia y anestesia
SOP	Sala de Operaciones
MFP	Manejo de Finanzas Públicas
RACS	Real Colegio de Cirujanos de Australasia
ORS	Oficina regional de salud
SRMNI	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
SalTS	Salvar vidas mediante cirugía segura
SAT	Herramienta de evaluación quirúrgica
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
COA	Cirugía, obstetricia y anestesia
FODA	Puntos fuertes, oportunidades, debilidades y amenazas
GTT	Grupo de trabajo técnico
CSU	Cobertura de Salud Universal
ONU	Organización de las Naciones Unidas
WDI	Indicador de Desarrollo Mundial
OMS	Organización Mundial de la Salud



LISTA DE FIGURAS

- Fig. 2.1 Necesidad, impacto y costo de la cirugía para el cáncer versus otras terapias
- Fig. 3.1 Hoja de ruta para el fortalecimiento de la atención quirúrgica en Pakistán: de la visión nacional a los planes provinciales
- Fig. 3.2 Pasos para el desarrollo de un PNCOA
- Fig. 3.3 Integración de los PNCOA en las normativas sanitarias nacionales
- Fig. 5.1 Ejemplo de marco de debate para el ámbito de las infraestructuras
- Fig. 6.1 Mapa mental de las prioridades y temas de los agentes clave en torno a la gestión de la información
- Fig. 6.2 Organizar un análisis situacional del PNCOA en torno a los componentes de los sistemas de salud
- Fig. 7.1 Indicadores clave de rendimiento quirúrgico (KPI) en Etiopía
- Fig. 7.2 Flujo de datos para los KPI en Etiopía
- Fig. 9.2 Estructura de liderazgo de la iniciativa SaLTS en Etiopía

LISTA DE TABLAS

- Tabla 4.1 Estrategias de evaluación situacional
- Tabla 4.2 Ejemplo de análisis FODA sobre la prestación de servicios del PNCOA en Zambia
- Tabla 4.3 Seis indicadores quirúrgicos básicos de la LCoGS
- Tabla 5.1 Principales agentes clave que deben ser considerados para ser incluidos en el proceso de planeamiento
- Tabla 5.2 Procedimientos quirúrgicos esenciales recomendados para cada entorno
- Tabla 6.1 Ejemplo de un objetivo del PNCOA para aumentar el volumen quirúrgico a nivel nacional
- Tabla 7.1 Grupo 1 de indicadores de la LCoGS: preparación para la atención quirúrgica y anestésica
- Tabla 7.2 Grupo 2 de indicadores de la LCoGS: prestación de atención quirúrgica y anestésica
- Tabla 7.3 Grupo 3 de indicadores de la LCoGS: efecto financiero de la atención quirúrgica y anestésica
- Tabla 8.1 Ejemplos de unidades de costo
- Tabla 9.1 Gobernanza del PNCOA en múltiples niveles
- Tabla 10.1 Enfoque del espacio fiscal para la financiación del sistema de salud
- Tabla 10.2. Agentes clave a considerar cuando se desarrolla un plan de movilización de recursos

LISTA DE CUADROS

- Cuadro 2.1 Terminología quirúrgica
- Cuadro 2.2 Estado de la atención quirúrgica en el mundo
- Cuadro 2.3 Metas del ODS 3 directamente relacionadas con la atención en COA
- Cuadro 3.1 Proceso de planificación del PNCOA en Zambia
- Cuadro 3.2 Proceso de planificación del PNCOA en Pakistán
- Cuadro 3.3 El proceso de planificación del PNCOA de la SADC
- Cuadro 4.1 Lista preliminar de datos para el establecimiento de prioridades
- Cuadro 4.2 Ejemplo de caso: Preguntas del proyecto piloto de cirugía de la EDS de Zambia
- Cuadro 4.3 Banco Mundial e indicadores de desarrollo mundial (IDM) relacionados con la cirugía
- Cuadro 4.4 Recopilación colaborativa de datos sobre los indicadores de cirugía global en la región de Asia-Pacífico
- Cuadro 5.1 Participación de los agentes clave: estudio de caso de la República Unida de Tanzania
- Cuadro 6.1 Ejemplo de esquema para el PNCOA
- Cuadro 7.1 SyE: Estudio de caso de Etiopía
- Cuadro 9.1 El compromiso de Etiopía con una gobernanza sólida
- Cuadro 10.1 Financiación innovadora - Global Financing Facility
- Cuadro 11.1 Diseminación del PNCOA en Zambia
- Cuadro 11.2 Resumen: planificación operativa del PNCOA
- Cuadro 11.3: Establecimiento de una unidad de gobernanza para el PNCOA: el caso de Tanzania



Prólogo



NIKHIL SETH

Subsecretario General de las Naciones Unidas,
Director Ejecutivo de UNITAR

Es un honor para mí apoyar la publicación de este importante manual que servirá de guía para que los países elaboren sus propios planes de cirugía, obstetricia y anestesia. Durante los últimos preparativos para su publicación, el mundo se vio sumido en el caos y la incertidumbre de la pandemia COVID-19. A través de esta pandemia, el mundo ha visto claramente que incluso los sistemas sanitarios más sólidos de los países de ingresos altos se han visto gravemente afectados y han sido empujados más allá de su capacidad. ¿Cuánto más lucharán los países con servicios sanitarios marginales bajo la presión de hacer frente a las pandemias?

Los sistemas sanitarios fuertes y resilientes son esenciales para que los países mantengan una población sana y una estabilidad económica en tiempos de incertidumbre. La importancia de la Cobertura de Salud Universal (CSU) y de otros importantes objetivos relacionados con la salud que se delinearán en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas se reconocen ahora, más que nunca, como herramientas preeminentes para mantener la estabilidad mundial. Más concretamente, se ha demostrado que la atención quirúrgica, obstétrica y anestésica es la piedra angular para garantizar unos sistemas sanitarios fuertes, resilientes y sostenibles. A pesar de esta realidad, más de 5.000 millones de personas y más del 90% de los pobres del mundo carecen de acceso a la atención quirúrgica básica.

El mundo se ha comprometido a alcanzar los ODS para el 2030. La prestación de una atención quirúrgica segura y asequible está inextricablemente vinculada a muchos de estos objetivos y es un factor clave para su consecución. En particular, los objetivos que se ven afectados por la prestación de atención quirúrgica son los siguientes ODS 1 - poner fin a la pobreza; ODS 3 - garantizar la buena salud para todos; ODS 5 - lograr la igualdad de género; ODS 8 - promover el crecimiento económico; ODS 9 - construir infraestructuras resilientes y fomentar la innovación ODS 10 - reducir las desigualdades en y entre los países; ODS 16 - promover sociedades inclusivas e instituciones eficaces y responsables, y ODS 17 - fortalecer las colaboraciones. En particular, realizar la mayoría de los componentes del ODS 3 está estrechamente relacionada con la capacidad de cada país para aumentar el acceso a la atención quirúrgica, especialmente para los pobres y marginados.



Lamentablemente, la atención quirúrgica ha estado en gran medida ausente del diálogo mundial sobre la salud, a pesar de desempeñar un papel indispensable en la consecución de los ODS y la cobertura sanitaria universal. Las ramificaciones son profundas: la pérdida de producción económica debido al escaso acceso a una atención quirúrgica segura y asequible costará a los países de ingresos bajos y medios (PIBM) unos 12300 billones de dólares estadounidenses para el año 2030, a menos que se mejore el acceso a la atención quirúrgica, obstétrica y anestésica. Aunque se necesitarán importantes inversiones para cambiar esta tragedia económica y humana, sabemos que se pueden hacer grandes progresos en la salud global.

Basta con mirar los impresionantes logros que el mundo ha conseguido en la última década en varios ámbitos. Gracias a los esfuerzos coordinados de los agentes clave de todo el mundo, la tasa de mortalidad materna ha disminuido un 38% desde el año 2000. Durante el mismo periodo de tiempo, la mortalidad infantil también se ha reducido en un 44%. Sin embargo, no terminaremos de recorrer la última milla de la salud materna e infantil hasta que no se refuerce el acceso a una atención quirúrgica, obstétrica y anestésica segura.

En UNITAR, junto con todos los colaboradores, nos complace publicar el Manual del PNCOA con el objetivo de ayudar a los países a aumentar su capacidad de prestar servicios seguros y asequibles de emergencia y esenciales en cirugía, obstetricia y anestesia. Creemos que, con el apoyo adecuado, esta publicación puede convertirse en un recurso clave para ayudar a los países a integrar la prestación de servicios de cirugía, obstetricia y anestesia en sus estrategias nacionales de salud.

Si la pandemia de COVID-19 nos ha enseñado algo, es que las inversiones en sistemas sanitarios fuertes y resistentes son una necesidad. Sin eso, ningún país puede estar preparado para la próxima crisis sanitaria. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los gobiernos de este mundo se comprometieron a esforzarse por llegar primero a los más rezagados. Precisamente estos países son los que más necesitan ayuda para ampliar los servicios quirúrgicos, como

pilar fundamental para construir sistemas de salud sólidos, resilientes y sostenibles. Invito a todos los que lean estas palabras a que se fijen en los objetivos que tenemos por delante, a que sean optimistas y a que utilicen esta publicación como herramienta de apoyo a su importante labor.

Referencias

<https://tinyurl.com/yaj6belf>

<https://tinyurl.com/yajblgul>

<https://tinyurl.com/y9woe2wf>



JIM YONG KIM

XII Presidente del Banco Mundial

En mi discurso de apertura de la Comisión Lancet de Cirugía Global (LCoGS) en enero de 2014, recordé a los miembros de la comisión que "la cirugía es una parte indivisible e indispensable de la atención sanitaria" y les reté a crear un informe de la comisión que no solo señale los retos y las deficiencias de la cirugía global en ese momento, sino que, lo que es más importante, que exponga una visión para un futuro en el que la atención quirúrgica llegue a ser un componente integral de la cobertura sanitaria universal (CSU). Este reto fue reforzado por la OMS en mayo de 2015, cuando se aprobó la resolución 68.15 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se pedía la inclusión de la cirugía esencial y de urgencia en la cobertura sanitaria universal. Tanto la LCoGS como la resolución 68.15 de la AMS pidieron a los Estados miembros que incluyeran la atención quirúrgica en las iniciativas nacionales de planificación sanitaria y, en los últimos 5 años, la comunidad quirúrgica mundial se ha tomado en serio este llamamiento a la acción. Este Manual de Planificación Nacional de Cirugía, la Obstetricia y la Anestesia, publicado por UNITAR, proporciona un marco exhaustivo, pero flexible, para que los Estados miembros lo utilicen en sus esfuerzos de planificación nacional, que permite que las realidades contextuales, culturales, económicas y demográficas guíen el establecimiento de prioridades. Este manual es un complemento importante para la comunidad

de desarrollo de la salud global y para los Estados miembros en su trabajo hacia la cobertura sanitaria universal.

El desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud no es el punto final de este manual ni de la utilidad de la cirugía global. La reciente crisis del COVID ha centrado nuestra atención en la preparación para una pandemia y la seguridad sanitaria. Para muchas personas, el desarrollo sanitario mundial y la seguridad sanitaria mundial son "diagramas de Venn" aparentemente separados, con flujos de financiación y comunidades de interés distintos, pero en la práctica -o en una realidad ideal- nada debería estar más lejos de la verdad. Los sistemas sanitarios sólidos, la equidad sanitaria y la seguridad sanitaria están interrelacionados y son codependientes. En mi artículo de abril de 2020 en el New Yorker - "No es demasiado tarde para pasar a la ofensiva contra el coronavirus"- señalé cinco elementos en la batalla contra este enemigo. Los cuatro primeros, el distanciamiento social, el rastreo de contactos y el aislamiento, son la primera línea de batalla contra todas las pandemias infecciosas. El quinto, el tratamiento, no pertenece exclusivamente a las pandemias. El tratamiento requiere un ecosistema quirúrgico que incluye proveedores de atención, quirófanos, máquinas de anestesia, consumibles y medicamentos; todo ello requiere sistemas sanitarios fuertes ANTES de que se produzca una pandemia.

Invertir en capacidad quirúrgica fortalece los sistemas de salud al garantizar una atención quirúrgica y anestésica oportuna, asequible y segura; es verdaderamente fundamental para la prestación de atención médica en circunstancias ordinarias. Y, como vimos en la ciudad de Nueva York y más allá, la capacidad quirúrgica existente también desempeñó un papel fundamental en circunstancias extraordinarias, ya que se reutilizó rápidamente para expandir rápidamente la capacidad de tratamiento de Covid-19. En mi opinión, nunca ha existido un momento más crítico para reinventar y reconstruir los sistemas quirúrgicos para cumplir la promesa de cobertura sanitaria universal, equidad sanitaria y seguridad sanitaria.

Referencias

<https://tinyurl.com/ya5bxy4y>

<https://tinyurl.com/yaqbsjw2>

<https://tinyurl.com/y8d6cz22>

<https://tinyurl.com/ycqrhlh8>

CAPÍTULO 1

Introducción/ Prólogo





Las afecciones clínicas que requieren servicios de cirugía, obstetricia y anestesia (COA) representan el 30% de la carga de morbilidad mundial, pero más del 70% de la población mundial no puede acceder a una atención de COA segura, oportuna y asequible cuando la necesita (1). En muchos rincones del planeta, en palabras de Paul Farmer y Jim Kim, la cirugía ha seguido siendo el "hijastro olvidado de la salud global" (2). No obstante, el año 2015 fue un hito para la cirugía mundial, ya que atrajo la atención internacional sobre el alcance y la gravedad de la carga de enfermedades quirúrgicas.

En 2015 se editaron dos publicaciones fundamentales que describen intervenciones específicas esenciales para el avance de la cirugía en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). El volumen 1 de la serie de nueve volúmenes [Prioridades de Control de Enfermedades, 3ª edición \(DCP-3\)](#) se centra en la atención quirúrgica esencial (3) e identifica 44 procedimientos quirúrgicos que abordan necesidades sustanciales, además de ser costo-efectivos y factibles de aplicar en los PIBM. Ese mismo año, la [Comisión Lancet sobre Cirugía Global \(LCoGS\)](#) publicó *Cirugía Global 2030: Evidencia y Soluciones para Lograr la Salud, el Bienestar y el Desarrollo Económico* (1), que ofrece una visión general del estado de la atención quirúrgica en los países de ingresos medios y bajos y establece un marco de recomendaciones, indicadores y objetivos para promover el acceso universal a una atención quirúrgica y anestésica segura y asequible. La aprobación por unanimidad de la [Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA68.15](#) – sobre el fortalecimiento de la atención quirúrgica de emergencia y esencial y la anestesia como componente de la cobertura sanitaria universal (CSU) – en 2015 (4) proporcionó el mandato político para cumplir las recomendaciones formuladas en las publicaciones DCP-3 y LCoGS. Las recomendaciones de estos tres documentos van desde la ampliación de los procedimientos quirúrgicos más costo-efectivos, al desarrollo y el seguimiento de la capacidad quirúrgica mediante el uso de indicadores específicos, hasta la creación de un Plan Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia (PNCOA) en cada país. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por las Naciones Unidas en 2015 dieron un nuevo impulso político. Mientras que los anteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU solo tenían tres



metas relacionadas con la atención quirúrgica, dentro del ODS3 "Buena salud y bienestar", cuatro de las metas (reducir la mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años, reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles y reducir las muertes por lesiones) nunca se alcanzarán sin la ampliación de los servicios quirúrgicos. Además, ocho de los trece objetivos de desarrollo sostenible están relacionados con la atención quirúrgica (5).

Desde 2015, se ha generado un interés sin precedentes en las organizaciones multinacionales, los gobiernos, los ministerios, las sociedades profesionales y los médicos en aumentar el acceso a los servicios de



COA, con los agentes clave impulsando cambios en la política y la programación en torno a la atención quirúrgica. En muchos países, estos esfuerzos están culminando en el desarrollo de Planes Nacionales de Cirugía, Obstetricia y Anestesia (PNCOA) que están totalmente integrados en la política, estrategia o plan nacional de salud del país, lo que es fundamental para garantizar la implementación y la escala a nivel nacional.

A pesar del aumento de la concientización y el debate sobre la atención quirúrgica en los PIBM, todavía existen múltiples obstáculos para traducir la teoría y los conocimientos existentes en la prestación de una cirugía



segura, asequible y oportuna a quienes la necesitan. Este manual sirve de guía de los componentes necesarios para crear un plan de acción nacional específico, basándose en la experiencia y las lecciones aprendidas de países y ejecutores de todo el mundo. Desde el análisis situacional hasta la participación de los agentes clave, desde la redacción hasta el seguimiento y la evaluación, y desde el cálculo de los costos hasta la gobernanza, esta publicación ofrece una hoja de ruta para los gobiernos y ministerios nacionales, los donantes, los socios ejecutores y otras personas que deseen crear e implementar un PNCOA **que se integre en la política, la estrategia o los planes nacionales de salud existentes y futuros; un PNCOA nunca debe ser un documento independiente o un plan vertical.** Esperamos que esta publicación sirva de guía útil para que los países se adapten a medida que comienzan a abordar la brecha en la prestación de una atención segura, oportuna y asequible de COA en todo el mundo a través del desarrollo de los PNCOA.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 2

Desarrollando un caso para priorizar y planificar la atención en COA





Promover la atención quirúrgica, obstétrica y anestésica (COA) como una prioridad internacional requerirá una importante aceptación por parte de una muestra representativa de líderes políticos y sociales. Conseguir esto requerirá crear un caso convincente, basado en evidencia acerca de cómo la atención COA contribuye al bienestar sanitario y económico de un país o región. Este capítulo ofrece una guía para desarrollar el caso para priorizar y planificar en torno a la atención COA. La primera sección ofrece un análisis situacional del estado actual de la atención en COA, describiendo la carga mundial de enfermedades quirúrgicas, la capacidad de prestación de atención quirúrgica y la priorización de la atención COA en la agenda internacional. En la segunda sección se describen los argumentos sanitarios y económicos para cambiar urgentemente el statu quo, lo que será necesario si los países quieren alcanzar objetivos internacionales como los ODS. En la tercera sección se defiende que la planificación estratégica es fundamental para lograr un cambio positivo en la prestación de la atención COA.

Dado que la atención COA forman un continuo indivisible de prestación de servicios, estos tres

componentes se consideran conjuntamente a lo largo de este manual para permitir una mejor coordinación y eficiencia de la planificación. La anestesiología se dedica a la atención total del paciente antes, durante y después de la cirugía; también es fundamental para la reanimación, el manejo del dolor y los cuidados intensivos. La seguridad de la cirugía y la obstetricia depende de una anestesia segura, por lo que la mejora de la atención anestésica es un factor clave para reforzar los sistemas quirúrgicos. La escasa disponibilidad de anestesia segura limita con frecuencia el volumen de la atención quirúrgica y obstétrica segura en los PIBM y tiene graves repercusiones en los resultados en salud (6-9). Del mismo modo, la atención obstétrica también es fundamental para un sistema quirúrgico sólido. Las cirugías obstétricas, incluidas las cesáreas y el tratamiento de la hemorragia posparto, salvan la vida de las madres y los recién nacidos; las cesáreas son la cirugía más común que se realiza en los PIBM. Además, el conjunto de infraestructuras, equipos, conocimientos especializados y apoyo de los profesionales sanitarios aliados necesarios para la atención integral de urgencias, obstétrica y neonatal se superpone casi por completo con los requisitos de la atención quirúrgica.



2.1 EL ESTADO ACTUAL DE LA ATENCIÓN EN COA

La cirugía es una intervención transversal que resulta fundamental para tratar una gran variedad de afecciones, como el parto obstruido, las lesiones, el cáncer y otras enfermedades no transmisibles (ENT). Sin embargo, la atención quirúrgica ha sido ampliamente excluida de las agendas de salud nacionales e internacionales, en gran medida porque se subestima la importancia de la cirugía en el tratamiento de algunos de los problemas de salud pública más urgentes del mundo. Esto puede deberse a la concepción prevalente, pero erróneamente estrecha, de que la cirugía se limita a procedimientos quirúrgicos complejos y se considera no esencial. En realidad, la atención quirúrgica es un concepto mucho más amplio que abarca "las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas dirigidas a reducir la discapacidad resultante de afecciones tratables quirúrgicamente" (10). Las intervenciones quirúrgicas pueden reducir la discapacidad causada por una amplia gama de afecciones, incluidos los traumatismos y las anomalías congénitas. Por ejemplo, la cirugía puede intervenir en la estabilización de las vías respiratorias de un paciente con traumatismo o en el tratamiento no quirúrgico de una lesión craneal (10). El cuadro 2.1 ofrece una visión general de la terminología clave relacionada con la cirugía (10). En esta sección se examina el panorama mundial de la atención quirúrgica: la carga epidemiológica de las enfermedades quirúrgicas; los factores críticos que afectan al acceso y la capacidad de la atención en COA (incluidos los recursos humanos, la infraestructura, el empobrecimiento, la calidad de la atención y la capacidad de anestesia); y la financiación y la priorización actual de la cirugía en la agenda internacional.

2.1.1 Carga epidemiológica de la enfermedad quirúrgica

Entre el 28% y el 32% de la carga de enfermedad en los países de ingresos bajos y medios es atribuible a enfermedades vulnerables a la atención quirúrgica, lo que representa 401 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹ que se pierden cada año, casi el doble del total de AVAD combinados por malaria, tuberculosis y VIH (214 millones de AVAD al año) (11,12). Se calcula que la ampliación de los servicios quirúrgicos básicos podría evitar un 3,2% de todas las muertes en los PIBM y reducir el número total de AVAD en un 3,5% (12). Esta sección ofrece una visión general de



CUADRO 2.1

TERMINOLOGÍA QUIRÚRGICA

Afección tratable quirúrgicamente: cualquier afección en la que la atención quirúrgica pueda mejorar potencialmente el resultado.

Atención quirúrgica: intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas dirigidas a reducir la discapacidad o la muerte prematura asociadas a una afección tratable quirúrgicamente, incluidas las afecciones obstétricas; la atención quirúrgica incluye la evaluación preoperatoria de los pacientes, la atención intraoperatoria, incluida la anestesia, y la atención postoperatoria completa

Procedimiento quirúrgico: la sutura, incisión, excisión o manipulación de tejidos; u otro procedimiento invasivo que suele requerir anestesia local, regional o general.

la carga epidemiológica de las enfermedades quirúrgicas relacionadas con la salud materna y neonatal, las ENT, los traumatismos y las poblaciones pediátricas.

2.1.1.1 Salud materna y neonatal

La atención quirúrgica segura es una piedra angular de la atención materna y neonatal. Se calcula que el acceso a la atención quirúrgica básica podría evitar unas 233.658 muertes maternas y neonatales al año y 20 millones de AVAD maternos y neonatales cada año (11). Incluso cuando se proporciona una atención prenatal de alta calidad a las mujeres embarazadas, lo que puede reducir significativamente la enfermedad materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 10% y el 15% de los embarazos requerirán cesáreas para evitar la muerte y la discapacidad de la madre y el niño; se ha demostrado que las tasas de cesáreas de hasta el 19% son beneficiosas (13,14). Un acceso adecuado a las cesáreas en caso de parto obstruido puede evitar discapacidades de largo plazo, como la fístula obstétrica, la cual afecta a entre 50.000 y 100.000 mujeres al año en todo el mundo (15). Aunque se carece de datos a nivel mundial, se cree que entre 0,20 y 10,5 por 1.000 partos a nivel mundial requieren una histerectomía periparto para evitar o tratar una hemorragia potencialmente mortal (16). Entre el 8% y el 11% de las muertes maternas son consecuencia de

¹ Los AVAD son la medida más utilizada para cuantificar la carga de enfermedad.



abortos, abortos espontáneos y embarazos ectópicos; aunque existen tratamientos médicos para los casos sencillos, los casos complejos conllevan un mayor riesgo de muerte y a menudo requieren cirugía (17). La expansión de la anestesia segura también es crucial para la atención sanitaria materna: El 3,5% de toda la mortalidad materna y el 13,5% de las muertes tras una cesárea son atribuibles a una atención anestésica deficiente (18).

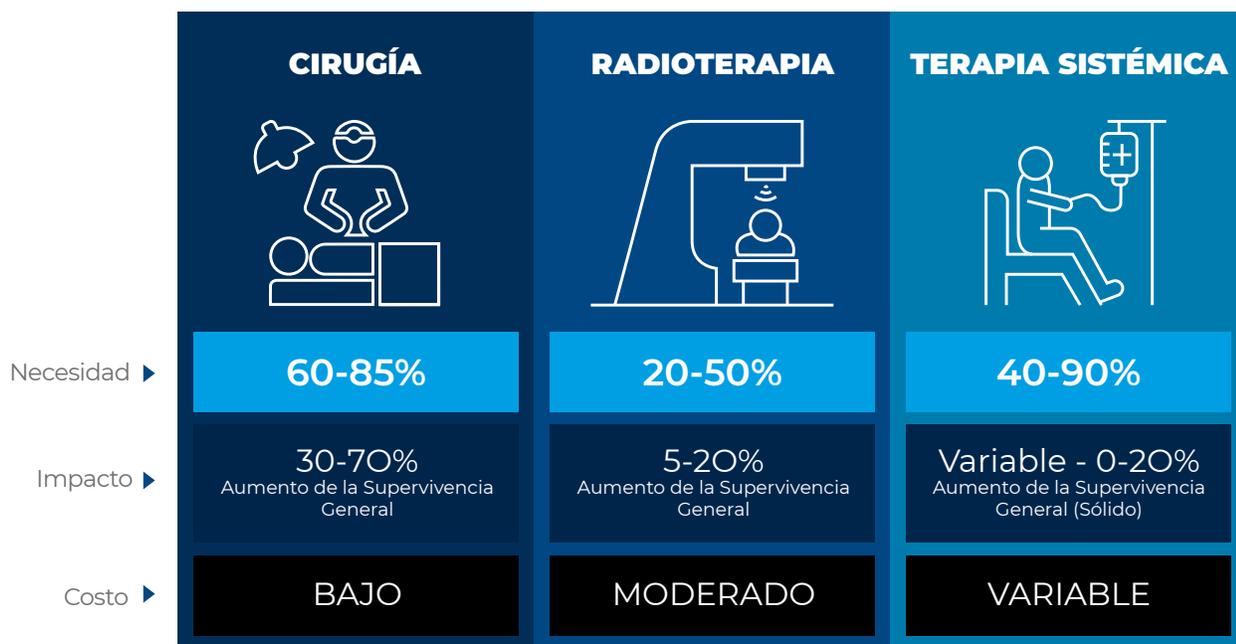
2.1.1.2 Enfermedades no transmisibles

Las ENT representan la categoría de enfermedades más grande y de más rápido crecimiento en todo el mundo. Según estimaciones de la OMS, alrededor de 40 millones (71,3%) de los 57 millones de muertes mundiales en 2016 fueron atribuibles a las ENT (19). Solo una parte de la carga de ENT se clasifica como prevenible, lo que amplía la necesidad de mejores estrategias para tratar las ENT cuando se producen. La cirugía es fundamental para tratar casi todas las ENT comunes, incluidos los cánceres, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. La cirugía es una parte integral del tratamiento de las ENT, como la ceguera, la amputación u otras complicaciones relacionadas con la diabetes.

Según las estimaciones de incidencia de GLOBOCAN², el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial -causando más de 9,8 millones de muertes en todo el mundo en 2018 con estimaciones de que esta cifra aumentará a 30 millones en 2030- y más del 60% de los casos de cáncer requieren tratamiento quirúrgico. La tasa de mortalidad es superior al 70% entre los casos de cáncer diagnosticados en el África subsahariana (20). En comparación con la radioterapia y la terapia sistémica, la cirugía para los cánceres de tumores sólidos aborda la mayor necesidad, con el mayor impacto y al menor costo (21) (véase la figura 2.1). Invertir en el tamizaje y vacunación para el cáncer, especialmente el de mama y el de cuello uterino (por ejemplo, la vacuna contra el virus del papiloma humano) está aumentando, pero no ha habido una inversión simultánea para ampliar la capacidad quirúrgica y el acceso para tratar los casos de cáncer que serán detectados por tamizaje.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y mortalidad en todo el mundo, con 17,86 millones de muertes atribuidas en 2016 (19). Aunque la prevención es la mejor manera de controlar esta enfermedad, un volumen grande y creciente de pacientes requerirá inevitablemente atención quirúrgica

Fig. 2.1 Necesidad, impacto y costo de la cirugía para el cáncer versus otras terapias



Fuentes: Crédito de la figura a André Ilbawi, Oficial Técnico, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; información de la OMS(21,22).

² La base de datos GLOBOCAN del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer ofrece estimaciones actuales de la incidencia, la mortalidad y la prevalencia de 28 tipos de cáncer en 184 países de todo el mundo.



abierta o mínimamente invasiva, como la colocación de stents en las arterias coronarias, la revascularización coronaria, la cirugía valvular y el trasplante cardíaco. Además de sus efectos en el corazón, las enfermedades cardiovasculares tienen un profundo efecto en el cerebro. A nivel mundial, el 70% de los accidentes cerebrovasculares ocurren en los países de bajos y medianos ingresos y su incidencia sigue aumentando rápidamente. En los países de ingresos bajos, en comparación con los de ingresos altos, las poblaciones tienen una mayor propensión a sufrir un infarto cerebral hemorrágico; estos infartos cerebrovasculares son más susceptibles a atención neuroquirúrgica para reducir la muerte y la discapacidad (23).

2.1.1.3 Traumatismos

Las lesiones representan la mayor carga, estimada en un 68%, de las muertes quirúrgicas evitables (1). Aunque las lesiones se producen por una amplia gama de traumatismos, como caídas, quemaduras, accidentes laborales y violencia interpersonal, la mayor carga de mortalidad y morbilidad es atribuible a las lesiones por accidentes de tráfico. Los traumatismos por accidentes de tráfico son la principal causa de mortalidad en personas de 15 a 29 años, y provocan 1,25 millones de muertes al año, el 90% de las cuales se producen en PIBM (24). En la mayoría de los países, los accidentes de tránsito cuestan alrededor del 3% del producto interior bruto (PIB). El Grupo de Colaboración para la Seguridad Vial de las Naciones Unidas lidera un esfuerzo coordinado para mejorar el impacto de los traumatismos viales, y trabaja para prevenir los accidentes de tráfico y mejorar la atención traumatológica de los pacientes tras los accidentes. Los ODS tienen una meta específica que pretende reducir el número de muertes por accidentes viales en un 50% para el 2030. Una red de trauma funcional, que incluya un sistema prehospitalario y un equipo quirúrgico robustos, es crucial para mejorar los resultados de los pacientes con traumatismos. La intervención quirúrgica salva la vida en muchos casos de traumatismos y, en muchos casos de traumatismos no operatorios, se necesita una atención quirúrgica integral para evaluar, estabilizar y rehabilitar a los pacientes (25,26).

Según estimaciones de 2004, cada día se producen en el mundo más de 30 000 nuevas quemaduras, lo que representa más de 11 millones de quemaduras al año (27). Aunque la mayoría de las quemaduras no son mortales, tienen altas tasas de morbilidad: la falta de medidas preventivas eficaces, agravada por el escaso acceso al tratamiento de las quemaduras agudas, hace que las discapacidades y desfiguraciones relacionadas con las quemaduras sean muy comunes. Estas desfiguraciones son causa de segregación/

discriminación social y, además, sólo pueden corregirse mediante cirugía. Los PIBM soportan más del 70% de la carga mundial de quemaduras, y dos tercios de ellas se producen en África y el Sudeste Asiático. Más del 95% de las quemaduras relacionadas con el fuego y el 90% de las muertes relacionadas con el fuego también se producen en los PIBM (28). Es posible mejorar los resultados de pacientes con quemaduras a través de estrategias efectivas de prevención de quemaduras, junto con una atención segura, asequible y eficaz. Se calcula que el 12,1% de las muertes prevenibles por quemaduras se pueden evitar con la prestación de una atención quirúrgica básica (10).

2.1.1.4 Población pediátrica

Más de mil quinientos millones de niños de los cinco mil millones de personas estimadas a nivel mundial carecen de acceso a una atención en COA segura y asequible (29). Según el Grupo del Banco Mundial, una media del 43% de la población tiene 15 años o menos en los países del África subsahariana; la proporción llega al 50% en algunos de esos países (30).

La cirugía en la población pediátrica abarca algunas afecciones comunes a adultos y niños, como los traumatismos y la apendicitis. Sin embargo, muchas enfermedades específicas de los niños también requieren cirugía, como las neoplasias y las anomalías congénitas, como pie deforme, hendiduras orofaciales y las afecciones cardíacas y gastrointestinales. Los niños pequeños, sobre todo los neonatos, conllevan un riesgo significativamente mayor en la atención quirúrgica debido a su pequeño tamaño y su bajo volumen sanguíneo. Esto crea un reto para los proveedores de cirugía y anestesia no especializados al tratar con esta población. Si no se tratan, muchas afecciones congénitas son mortales, y muchas afecciones pediátricas conllevan el riesgo de una discapacidad de por vida y tienen un efecto desproporcionado en la productividad económica. La corrección quirúrgica de estas afecciones evita un número significativo de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a la larga esperanza de vida tras la cirugía. Según la limitada información disponible de los PIBM, las afecciones quirúrgicas representan entre el 6 y el 15% de los ingresos pediátricos en el África subsahariana (11,31,32). En una encuesta realizada a niños de 0 a 18 años en cuatro PIBM, entre el 11 y el 28% de la muestra necesitaba una intervención quirúrgica (31). Otro estudio reveló que el 85% de los niños pueden necesitar atención quirúrgica antes de los 15 años (11,32). La tasa de mortalidad por lesiones en niños de 1 a 4 años en el África subsahariana es de 183,6 por 100 000, en comparación con menos de 9 por 100 000 en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (32).



2.1.2 Acceso y capacidad

2.1.2.1 Acceso

Cinco mil millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a una atención de COA segura, oportuna y asequible, siendo el acceso más deficiente en los PIBM. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios no hay capacidad para prestar una atención de alta calidad en materia de COA, y se calcula que cada año se necesitan 143 millones de procedimientos adicionales en los PIBM para salvar vidas y prevenir la discapacidad. En la actualidad, sólo el 6% de los procedimientos realizados anualmente se llevan a cabo en los países más pobres, donde vive un tercio de la población más pobre del mundo (1). La necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales es mayor en el sur de Asia y en el África subsahariana oriental, occidental y central. En estas regiones existen problemas a través de todo el sistema de salud, empezando por la escasa capacidad quirúrgica en los niveles primarios y en los distritos. Cuando cuentan con el personal y el equipamiento adecuados, los hospitales de primer nivel deberían poder realizar el 80-90% de los procedimientos quirúrgicos básicos (10). Para captar la capacidad de realizar cirugías básicas, se han elegido tres procedimientos como procedimientos Bellwether para actuar como una medida indirecta de la habilidad de un hospital de proveer cuidados básicos en cirugía, anestesia y obstetricia. (1). Los procedimientos Bellwether son la laparotomía, la cesárea y la fijación de una fractura abierta. Sin embargo, grandes estudios mundiales han demostrado que en los hospitales de primer nivel, sólo el 64% podía realizar un parto por cesárea, el 58% una laparotomía y sólo el 40% un tratamiento quirúrgico de una fractura abierta. La falta de servicios en los hospitales de primer nivel y distritales provoca un exceso de derivaciones a la atención terciaria. Además de retrasar el tratamiento y agravar los gastos catastróficos, estas derivaciones suponen una carga excesiva para los hospitales de nivel terciario, que a menudo funcionan al 200-300% de su capacidad (1).

La falta de provisión de atención de COA en el primer nivel es multifactorial, con factores que contribuyen desde recursos humanos y personal inadecuados, infraestructura y equipamiento deficientes, y capacidad de gestión y liderazgo limitados. En 2015, colaboradores de 110 países se reunieron bajo los auspicios de la LCoGS. La LCoGS identificó cinco mensajes clave para describir la actual capacidad quirúrgica mundial y subrayar las consecuencias humanas y económicas de la carga de enfermedad quirúrgica insatisfecha (véase el cuadro 2.2) (1).



CUADRO 2.2

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL MUNDO

En 2015, la LCoGS elaboró cinco mensajes clave sobre la situación de la atención quirúrgica a nivel mundial.

- Se calcula que 5.000 millones de personas carecen de acceso a una atención quirúrgica y anestésica segura y asequible cuando lo necesitan.
- Se calcula que se necesitan 143 millones de procedimientos quirúrgicos adicionales cada año para salvar vidas y prevenir la discapacidad.
- Se estima que 33 millones de individuos enfrentan gastos sanitarios catastróficos por pagos por cirugía y anestesia cada año.
- La inversión en atención quirúrgica y anestésica es asequible, salva vidas y promueve el crecimiento económico.
- La cirugía es una parte indivisible e indispensable de la atención sanitaria.

2.1.2.2 Recursos humanos

Se necesitan múltiples puestos de personal clínico y no clínico para prestar un servicio quirúrgico completo. Entre ellos se encuentran los trabajadores sanitarios de la comunidad, los gestores de los hospitales, los técnicos de quirófano, los cirujanos, los anestesistas y los obstetras (que pueden estar ya formados o en entrenamiento), los médicos generales, los médicos asociados que prestan atención quirúrgica y anestésica, las comadronas, los educadores, los especialistas en rehabilitación, incluidos los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales y los terapeutas del habla, entre otros, y los especialistas en diagnóstico de laboratorio, patología y radiología. Muchos países se enfrentan a importantes déficits de personal en todas estas áreas, y la escasez se ve agravada por la mala distribución del personal. Según la base de datos de la OMS sobre el personal quirúrgico global, en los países de bajos ingresos el número promedio de especialistas en COA es de sólo 0,7 por cada 100.000 habitantes. En los PIBM, la media de 5,5 por 100 000 sigue estando muy por debajo del objetivo de 20-40 por 100 000 recomendado para un sistema sanitario adecuado (1). Según las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas hacia 2030, se calcula que se necesitarán 2,28 millones de proveedores adicionales especializados en servicios de COA a nivel mundial para alcanzar el objetivo de 20-40 proveedores de servicios de salud especializados por cada 100 000 habitantes en 2030 (33).



2.1.2.3 Infraestructura

La herramienta de análisis situacional de la OMS se utilizó para encuestar a 800 centros de PIBM, lo que reveló problemas comunes con la infraestructura básica necesaria para prestar servicios de cirugía. Entre los centros encuestados, los problemas para prestar atención quirúrgica incluían la falta de electricidad (31%), de agua corriente (22%), de oxígeno (24%) y de espacio para los cuidados postoperatorios (47%). Una encuesta realizada en 88 países reveló que el número promedio de quirófanos era de 5,5 por cada 100.000 habitantes, el cual necesitará duplicarse hasta alcanzar los 9,8 por cada 100.000 para satisfacer el crecimiento previsto de la demanda quirúrgica (34). Además de las necesidades básicas de infraestructura, los centros necesitan urgentemente equipos quirúrgicos adecuados al contexto individual; se han propuesto varias listas de equipos esenciales para ayudar a satisfacer esas necesidades. Específicamente en cuanto a la anestesia, la base de datos de la Herramienta de Análisis Situacional de la OMS informa que el 55% de los hospitales distritales en ocho países africanos no disponían de una máquina de anestesia y que el 70% de los quirófanos de algunas partes del África subsahariana carecen de pulsioximetría; y se informó ampliamente de la falta de laringoscopios (1).

2.1.2.4 Empobrecimiento

Las barreras financieras afectan a los pacientes que buscan atención quirúrgica de dos maneras. En primer lugar, las barreras financieras pueden impedir que los pacientes busquen atención por completo. En segundo lugar, muchos pacientes que pueden acceder y recibir la atención se ven empobrecidos de forma catastrófica por los costos de la atención y quedarán sufriendo las consecuencias sanitarias y sociales de la pobreza. Este problema es generalizado, ya que 33 millones de personas se enfrentan cada año a gastos catastróficos derivados de los pagos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica (12). Esta cifra aumenta a 81 millones de personas si se incluyen los gastos indirectos, como la pérdida de salarios, los gastos de viaje o los gastos de alimentación. Una vez más, este riesgo es mayor para los habitantes de los PIBM, así como para las personas más pobres y vulnerables de cualquier país.

2.1.2.5 Calidad de la atención

Además de las marcadas desigualdades en el acceso a la atención quirúrgica, también existen desigualdades en cuanto a la calidad y la seguridad de la atención en COA que reciben los pacientes. Los datos sobre la

calidad de la atención quirúrgica son notablemente escasos y heterogéneos, y la mayoría de los estudios son pequeños y se centran en un solo aspecto de la calidad, como la mortalidad postoperatoria o las infecciones del sitio quirúrgico (35). Varios estudios han demostrado que la mortalidad postoperatoria en los PIBM supera la de los países de ingresos altos (36). Un estudio de Biccard et al. reveló que las tasas de mortalidad en 25 países africanos duplican la media mundial en comparación con las grupos de ingresos altos, a pesar de que los pacientes africanos son más jóvenes y tienen menos comorbilidades(37).

2.1.2.6 Capacidad de anestesia

La falta de acceso a la anestesia suele ser el factor que limita la cantidad y la complejidad de la atención quirúrgica prestada (6-8). Aunque la mortalidad relacionada con la anestesia ha disminuido de forma constante hasta situarse en torno a una muerte por cada 200 000 en los países de ingresos altos, los datos indican que las tasas de mortalidad relacionadas con la anestesia siguen siendo mucho más elevadas en algunos PIBM (6). Una revisión sistemática de la mortalidad perioperatoria mostró que las tasas de mortalidad relacionadas con la anestesia en Tailandia llegan a ser de una por cada 1754, -más de 100 veces la media internacional para los países de ingresos altos-. De los proveedores de servicios COA, el personal de anestesia sigue siendo el más deficiente; una encuesta realizada en 2015 por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos descubrió que 77 países de todo el mundo informaron de una densidad de médicos anestesiólogos inferior a cinco por cada 100 000 (38). Incluso si se tienen en cuenta los proveedores de anestesia no médicos, 70 países informaron de una densidad total de proveedores de anestesia inferior a cinco por cada 100.000 (38).

2.1.3 Financiación y priorización actual de la cirugía en la agenda internacional

Un editorial en el 2008 por Paul Farmer y Jim Kim describió la cirugía como el "hijastro olvidado de la salud global" (2). En el 2011, una correspondencia en The Lancet notó que la cirugía no se mencionó ni una sola vez durante la reunión de alto nivel sobre las ENT en la ONU (39). Un estudio en el 2015 sobre los planes nacionales de salud en el África subsahariana informó que en el 63% de los planes se mencionaba la cirugía en menos de cinco ocasiones y en el 33% no había objetivos relacionados con ella (40). En comparación,



más del 95% de los planes nacionales de salud informan específicamente sobre la prevalencia del VIH, la tuberculosis, la mortalidad infantil y la mortalidad materna con objetivos asociados para cada uno de ellos. Un estudio de los flujos de financiación de 160 organizaciones benéficas demostró que los gastos enfocados en afecciones quirúrgicas ascendieron a 3.1 mil millones USD, o el 11% del total del gasto benéfico en salud global, a pesar de que las afecciones quirúrgicas representan del 28% al 32% de la carga de enfermedad (41). Además, el financiamiento en cirugía estaba usualmente separado para intervenciones verticales y específicas para cada enfermedad, mas comunmente para procedimientos oftalmológicos o relacionados con hendiduras faciales. La asistencia total para el desarrollo y fortalecimiento del sistema quirúrgico no tiene mayor seguimiento.

Desde el 2015, se ha generado un importante impulso en torno a la promoción de la cirugía como medida de salud pública y la inclusión de la COA en la planificación de los sistemas de salud. En el 2015, la atención quirúrgica y anestésica esenciales y de emergencia fueron oficialmente incluidos como parte del paquete recomendado en cobertura universal de salud (CSU) a través de la aprobación unánime de la resolución WHA68.15 por parte de la Asamblea Mundial de la Salud. Ese mismo año se publicó la LCoGS y se incluyó la Cirugía Esencial como primer volumen de la DCP-3. Estos avances han dado lugar a un movimiento creciente y cada vez más cohesionado en torno a la atención en COA. En el 2018, cuatro países africanos habían creado e invertido en planes estratégicos específicamente para la mejora de sus sistemas de COA.

2.2 POR QUÉ SE DEBE QUE PRIORIZAR LA ATENCIÓN EN COA

En la sección anterior se describió la carga global de la enfermedad quirúrgica, los factores que subyacen al acceso y la capacidad para la atención en COA y la creciente priorización de la cirugía en la agenda internacional. Esta sección explora el rol central de la atención en COA en los sistemas de salud y por qué la atención quirúrgica debe ser prioritaria para que los países alcancen sus objetivos económicos y sanitarios. La sección está enmarcada en tres argumentos clave para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de COA.



La mejora de la atención en COA es necesaria para cumplir muchas de las metas de los ODS, en particular el ODS 3 de promover la salud y el bienestar para todos en todas las edades y el ODS 3.8 que pretende alcanzar la Cobertura de Salud Universal para el 2030



La mejora de la atención en COA mejorará la salud y el bienestar, lo que permitirá alcanzar otros ODS.



La ampliación de la atención en COA es una intervención rentable para mejorar la salud de una población mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de los resultados sanitarios.



2.2.1 La atención en COA es necesaria para cumplir los ODS

La integración de la cirugía en las agendas sanitarias nacionales es crucial para cumplir los ODS, adoptados por los líderes mundiales como una visión unificada del futuro de la salud, la prosperidad y el desarrollo para el 2030. La mejora de atención en COA puede contribuir a apoyar casi todos los ODS por su papel en la reducción de la pobreza y en la mejora de la salud y la productividad. Sin embargo, seis de los ODS dependen en gran medida de la mejora de la atención en COA: Los ODS relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS 3); los ODS relacionados con la igualdad de género (ODS 5); y los ODS relacionados con la mejora económica, incluyendo el fin de la pobreza (ODS 1), el trabajo decente y el crecimiento económico (ODS 8), la reducción de las desigualdades (ODS 10) y la creación de las alianzas necesarias para hacerlo realidad (ODS 17).



2.2.1.1 Buena salud y bienestar



Dado que una proporción considerable (28-32%) de la carga global de enfermedad requiere atención quirúrgica, el ODS 3 sobre buena salud y bienestar no puede alcanzarse sin abordar esta carga, especialmente en los PIBM y los PIM (42). Dentro del ODS 3 hay nueve metas relacionadas específicamente con la atención en COA (véase el cuadro 2.3); la atención en COA es absolutamente esencial para cumplir cuatro de estas metas: 3.1 (reducir la mortalidad materna), 3.2 (reducir la mortalidad infantil y de menores de 5 años), 3.4 (reducir las muertes prematuras por ENT) y 3.6 (reducir el número de muertes y discapacidades por accidentes de tránsito). La meta 3.8, relativa a la cobertura de

salud universal, es especialmente importante porque proporciona los requisitos previos necesarios, incluida la ampliación de la atención COA de emergencia, para la consecución de las demás metas de este objetivo.

La ampliación de la atención en COA será crucial para mejorar la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 habitantes (ODS 3.1) y reducir la tasa de mortalidad perinatal a un mínimo de 12 por cada 1000 nacidos vivos (ODS 3.2). Hay pruebas sólidas que demuestran que el acceso a la atención integral segura de emergencias obstétricas y neonatales (13,14,43,44). Alrededor del 8% de las muertes maternas son consecuencia de un parto obstruido y muchas de las que sobreviven a un parto obstruido sufren discapacidades, como la fístula obstétrica.

La recomendación de una tasa de cesáreas a nivel poblacional del 10% de los nacidos vivos es equivalente a la tasa hasta la cual se ha demostrado que las cesáreas reducen la mortalidad materna (cuando se ajusta a factores sociales) (13). Un estudio de Molina et al. analizó 22,9 millones de cesáreas y determinó que una tasa nacional de cesáreas de hasta el 19% se correlacionaba con una menor tasa de mortalidad neonatal, aunque en todo el mundo el 10% se considera óptimo (13,14). Las cesáreas de emergencia seguras requieren un sistema sanitario sólido con personal especializado en COA. Una anestesia



segura es una parte crucial de la atención obstétrica. La mala calidad de la atención se identifica como la causa del 3,5% de las muertes por complicaciones obstétricas y del 13,8% de las muertes tras una cesárea (18). La atención quirúrgica también es fundamental para el tratamiento seguro de los productos retenidos de la concepción, los embarazos ectópicos, la reparación de fístulas obstétricas, el cáncer de cuello uterino y otros cánceres ginecológicos.

El ODS 3.4 pretende reducir en un tercio la tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades no transmisibles. Como se ha mencionado anteriormente, una alta proporción, incluido el 60% de todos los cánceres, requerirá cirugía y un sólido sistema quirúrgico perioperatorio. Además, se necesitan servicios quirúrgicos para el tratamiento de enfermedades

cardiovasculares mediante técnicas cardíacas y vasculares mínimamente invasivas o abiertas. También se necesita capacidad neuroquirúrgica para reducir la morbilidad asociada al infarto cerebrovascular.

Otro objetivo explícito de los ODS es reducir a la mitad las muertes y lesiones por accidentes de tránsito en el mundo (ODS 3.6). Se necesita de una atención integral en COA, junto con un sólido sistema pre-hospitalario y de emergencia, para tratamiento de pacientes con lesiones agudas (trauma) y muchos de aquellos que no requieren intervenciones en sala de operaciones requerirán servicios de cirugía y anestesia para una evaluación y estabilización precisa.





CUADRO 2.3

METAS DE LOS ODS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN EN COA



Meta 3.1.1

Para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos al año.



Meta 3.2.1

Para el 2030, poner fin a las muertes prevenibles de niños de 5 años o menos, con el objetivo de que todos los países reduzcan la mortalidad de los menores de 5 años a un mínimo de 25 por 1000 nacidos vivos al año.

Meta 3.2.2

Para el 2030, poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos, y que todos los países se propongan reducir la mortalidad neonatal a un mínimo de 12 por cada 1000 nacidos vivos al año.



Meta 3.3.1

Para el 2030, reducir el número de nuevas infecciones por VIH por cada 1.000 personas no infectadas por sexo, edad y poblaciones clave.



Meta 3.4.1

Para el 2030, reducir en un tercio la tasa de mortalidad prematura atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.



Meta 3.6.1

Para el 2020, reducir a la mitad el número de muertos y heridos por accidentes de tránsito en todo el mundo.



Meta 3.7

Para el 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.



Meta 3.8.1

Para el 2030, lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección del riesgo financiero, el acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos. La cobertura de los servicios sanitarios esenciales se define como la cobertura media basada en intervenciones de seguimiento incluyendo la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las ENT y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida.



Meta 3.B

Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo, proporcionar acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de acuerdo con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública.



Meta 3.C

Aumentar sustancialmente la financiación sanitaria y la contratación, el desarrollo, la formación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos desarrollados y los pequeños estados insulares en desarrollo; medido por la densidad y la distribución del personal sanitario.



2.2.1.2 Igualdad de género



El ODS 5, La igualdad de género nunca se alcanzará mientras las madres y los neonatos sigan muriendo por ausencia de cirugías que salvan vidas. Además de salvar la vida de las madres y evitar la discapacidad derivada del parto (por ejemplo, la fístula obstétrica), la atención quirúrgica desempeña un papel importante en el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones sobre su futuro reproductivo, a través de opciones seguras de esterilización y aborto. La atención quirúrgica también es fundamental para el éxito de la función sexual, urológica y reproductiva de las mujeres afectadas por la mutilación genital femenina. La igualdad de género también es necesaria para la consecución del ODS 4, que consiste en proporcionar una educación de calidad mediante la potenciación de los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas. La igualdad de género también es clave para alcanzar el ODS 10, la reducción de la desigualdad.

2.2.1.3 Ausencia de pobreza, trabajo decente, crecimiento económico, y reducción de las desigualdades



En 128 países que representan el 90% de la población mundial, el valor estimado de las pérdidas debidas a las afecciones no tratadas que requieren cirugía es de 20700 billones de dólares, es decir, el 1,3% de la producción económica proyectada de la economía mundial (1). Estas pérdidas económicas superan en 50 veces los 350.000 millones de dólares estimados que se necesitarían para ampliar la atención en COA en los PIBM a un ritmo que se aspira a alcanzar en el 2030. Más de la mitad de estas pérdidas económicas se producirán en los PIBM, lo que supone una desigualdad financiera inaceptable.

Cada año, 33 millones de personas se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos debido al pago personal (de bolsillo) de la atención quirúrgica y anestésica. La carga de la enfermedad quirúrgica no tratada afecta de forma desproporcionada a las poblaciones rurales, empobrecidas y marginadas. La falta de servicios de COA o la mala calidad de la atención pueden provocar discapacidades crónicas, muerte y pérdida de productividad económica para las familias individuales y para las comunidades en su conjunto. Un estudio sobre pacientes operados de cataratas en Pakistán reveló que el 85% de los hombres y el 57% de las mujeres que habían perdido su empleo a causa de la ceguera lo recuperaron después de la operación de cataratas; solo en el primer año, su visión recuperada generó un 1500% del costo de la operación en aumento de la productividad económica (45).



2.2.2 La atención en COA es necesaria para alcanzar los objetivos de cobertura de salud primaria y CSU para el 2030

La atención quirúrgica y anestésica de urgencia y esencial es un componente integral de la CSU, tras la aprobación unánime de la resolución WHA68.15 en el 2015. La OMS define la CSU como "la garantía de que todas las personas tengan acceso a los servicios sanitarios de promoción, prevención, curación y rehabilitación necesarios, de calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que las personas no sufran dificultades económicas al pagar por estos servicios". El Banco Mundial y la OMS definen como objetivos de cobertura mundial el 80% de todos los servicios sanitarios esenciales y el 100% de protección frente a los gastos de bolsillo para el 2030. Dado que 5.000 millones de personas carecen actualmente de acceso a una atención sanitaria segura, oportuna y asequible, el cumplimiento de los objetivos de la cobertura sanitaria universal requerirá un aumento del 250% en el acceso a la atención sanitaria esencial para el 2030.

Los hospitales distritales deben ser capaces de atender el 80-90% de las afecciones quirúrgicas esenciales, por lo que la atención en COA también debe ser apoyada en todos los esfuerzos por mejorar la atención primaria. En reconocimiento de esto, la "mejora de la atención quirúrgica en el hospital local" fue identificada como una de las formas más eficaces de avanzar en el bienestar global en el consenso de Copenhague, que incluyó a cinco ganadores del premio Nobel de economía (46).

La atención en COA requiere que varios elementos del sistema de salud funcionen bien. Además del ecosistema del quirófano y de la capacidad de rehabilitación postoperatoria, otros elementos adicionales son la educación comunitaria, la atención prehospitalaria, la atención de urgencias, las cadenas robustas de suministro de consumibles y los servicios de laboratorio. Muchos de estos servicios son compartidos, por lo que el desarrollo de las capacidades de atención en COA también puede mejorar las funciones de otros múltiples elementos del hospital. Por ejemplo, un suministro seguro de antibióticos para la cirugía ayuda a reducir la sepsis postoperatoria en los pacientes quirúrgicos, pero también ayudará a reducir la mortalidad de los menores de 5 años por neumonía. Del mismo modo, la mejora en servicios de anestesia y cuidados intensivos puede contribuir a ampliar el volumen y la complejidad de la atención quirúrgica, pero también permitirá salvar la vida de los pacientes médicos en estado crítico.

2.2.3 La cirugía es costo efectiva

A pesar de la percepción de que la atención quirúrgica es compleja y prohibitiva debido a su coste, se ha demostrado que la cirugía es muy asequible (47). El costo de ampliar los servicios quirúrgicos para hacer frente a la carga quirúrgica de la enfermedad en los PIBM es 50 veces menor que las pérdidas estimadas atribuibles a las afecciones no tratadas que requieren cirugía (34). El costo estimado de ampliar la prestación de los procedimientos quirúrgicos esenciales identificados en los hospitales de primer nivel de todo el mundo es de 3.000 millones de dólares anuales, con una relación costo-beneficio de 10:1. La atención quirúrgica es inequívocamente una de las intervenciones de salud pública más rentables, comparable a la terapia de rehidratación oral, los suplementos de vitamina A y la terapia antirretroviral para el VIH (3,47,48). Algunas de las intervenciones más rentables pueden ser las de la cirugía pediátrica, que permiten evitar la discapacidad de por vida y beneficiar a la sociedad (49).





2.3 ¿POR QUÉ PARTICIPAR EN LA PLANIFICACIÓN NACIONAL DE COA?

En un documento crucial del 2007, Shiffman identificó cuatro áreas necesarias para transformar un problema de salud pública en una prioridad (50).

- **Poder de los actores:** la fuerza de los individuos y las organizaciones involucrados en el tema.
- **Ideas:** la forma en que los involucrados en el tema lo entienden y describen.
- **Contextos políticos:** los entornos en los que operan los actores.
- **Características del problema:** la escala del problema y la solidez de los datos que lo sustentan.

Cada una de estas áreas es un prerrequisito para generar la voluntad política de crear planes nacionales, subnacionales o regionales de COA. Una vez desarrollados, los PNCOA contribuyen a reforzar cada una de estas cuatro áreas y a mantener la atención en COA como prioridad en la agenda sanitaria. Los beneficios adicionales que se derivan de los PNCOA son la capacidad de promover un uso más eficiente de los recursos y de actuar como plataforma para la inversión.

2.3.1 El poder de los actores: Visibilidad y compromiso de los agentes clave

El proceso de desarrollo de un PNCOA promueve la visibilidad en torno a la atención en COA. El proceso consultivo de elaboración de un PNCOA sensibiliza a las comunidades, las instituciones y los actores de la sociedad civil sobre los problemas en COA. Dado que estos agentes clave serán finalmente responsables de la aplicación del PNCOA, el proceso comienza con la movilización de los agentes clave, la concienciación y la obtención de la voluntad política para lograr el cambio. El proceso de movilización de los agentes clave también permite identificar a los líderes o defensores que impulsarán los esfuerzos durante la fase de desarrollo y, lo que es más importante, durante la fase crítica de implementación.

2.3.2 Ideas: Construcción de una visión cohesionada

El proceso de elaboración de un PNCOA implica a los agentes clave multidisciplinarios del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y todos los demás sectores para acordar colectivamente las prioridades de un plan específico para el país en el contexto de las prioridades del gobierno. A continuación, estas prioridades pueden luego ser traducidas en acciones concretas y ejecutables en acciones concretas y ejecutables con una estructura de rendición de cuentas asociada -mediante un seguimiento y una evaluación rigurosos y claramente definidos- para garantizar el cumplimiento de estos objetivos. Una visión compartida entre los planificadores de los PNCOA y quienes controlan los recursos, ayuda a aportar claridad al problema e impulsar la priorización de los PNCOA. Además, el proceso consultivo y de creación de consenso para elaborar el plan da voz a los agentes clave, como los trabajadores sanitarios de primera línea, que a menudo quedan excluidos de este tipo de discurso a nivel nacional. El proceso del PNCOA garantiza que las prioridades se establezcan de forma local y estratégica, en lugar de ser impulsadas por fuerzas externas, lo que puede proteger contra la rotación política o los cambios de prioridades. El plan surge de un consenso de los agentes clave que, en última instancia, serán los ejecutores, lo que aumenta la probabilidad de apoyo y motivación para aplicar el plan.

2.3.3 Contextos políticos: Integración y responsabilidad

Los PNCOA facilitan la integración de la atención en COA en la estrategia y planificación sanitaria nacional. Dado que la atención en COA está estrechamente alineada con muchos de los objetivos existentes, incluidos los ODS y la CSU, el PNCOA proporciona una plataforma para informar cómo la mejora de la atención en COA es un componente integral para alcanzar estos objetivos. Una vez firmado, el PNCOA también crea un mecanismo para que los agentes clave hagan que los ejecutores rindan cuentas de las reformas prometidas, que pueden mantenerse a través de los objetivos de seguimiento y evaluación del PNCOA.



2.3.4 Características del problema: Argumentar un caso con datos

Como parte del proceso del PNCOA, el análisis situacional llevará a cabo la recolección de datos específicos a cada país. Estos datos pueden ayudar a presentar argumentos claros, basados en pruebas y específicos del contexto, sobre la necesidad urgente de mejorar el acceso a una atención en COA de calidad. Este proceso también permite realizar un sólido análisis de las deficiencias y crear un consenso de grupo sobre cómo ofrecer soluciones óptimas dentro de los contextos locales. El marco de seguimiento y evaluación del PNCOA proporciona información actualizada que pueden utilizarse para reforzar la propugnación acerca del problema.

2.3.5 Eficiencia

Mediante una mejor coordinación entre los programas gubernamentales y los socios del sector privado y la sociedad civil, los PNCOA pueden promover una mayor eficiencia en la asignación de los recursos existentes. La coordinación garantiza que ningún ámbito del plan se desarrolle de forma aislada, por ejemplo, la construcción de nuevos quirófanos sin tener en cuenta cómo se dotarán de personal o equipamiento. La coordinación entre los representantes de todos los sectores también evita la duplicación de esfuerzos; esto es especialmente importante dado que los esfuerzos para fortalecer la atención en COA se superponen con los esfuerzos para mejorar la atención de enfermedades específicas (y viceversa). Otro beneficio relacionado con la eficiencia es que la planificación quirúrgica nacional puede proporcionar un marco organizativo para convocar el apoyo político, técnico y financiero de organismos nacionales e internacionales.

2.3.6 Plataforma para la inversión

Los PNCOA pueden conducir a una distribución más eficiente de los recursos al mejorar la coordinación de las inversiones nacionales e internacionales que se utilizan para financiar la ejecución del plan. Un uso más eficiente y transparente de los recursos nacionales será fundamental para cubrir el déficit de inversión previsto de 350.000 millones de dólares que se necesita para ampliar los servicios quirúrgicos para cumplir los ODS (34). Además, la combinación de planes y fundamentos bien articulados con estrategias de implementación priorizadas y presupuestadas, y con los correspondientes objetivos con plazos definidos, puede servir como una propuesta atractiva para la inversión.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 3

El proceso de planificación en COA





El Capítulo 2 describió cómo un PNCOA puede ayudar a fortalecer los sistemas quirúrgicos, así como los sistemas de salud en su conjunto. Este capítulo ofrece una guía paso a paso para el desarrollo de un PNCOA. Los pasos pretenden servir de guía y deben adaptarse al contexto local. No es necesario que se completen en el orden presentado aquí. Algunos países pueden optar por adoptar un enfoque regional para la planificación nacional en COA, mientras que otros pueden preferir probar los programas y generar evidencia antes de establecer las políticas y ampliarlas. Este manual se centra en un enfoque de arriba hacia abajo para mejorar la atención en COA, pero hay muchos programas de abajo hacia arriba igualmente importantes y exitosos que contribuyen a los esfuerzos mundiales de los PNCOA. Para ver ejemplos de otros marcos para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios quirúrgicos, consulte la publicación Fortalecimiento de los sistemas de atención quirúrgica de la OMS (51).

En los capítulos siguientes se detallará cada paso, se destacarán los posibles retos y se ofrecerán recomendaciones para ayudar en el proceso del PNCOA.

3.1 PRINCIPIOS GENERALES DE PLANIFICACIÓN

Un PNCOA exitoso necesita promotores. Idealmente, un promotor es una persona que entiende el proceso, que tiene experiencia en COA, que se apasiona por establecer un PNCOA y que tiene el respeto y la influencia para guiar los esfuerzos iniciales. Un promotor puede desempeñar un papel integral en cada paso del proceso del PNCOA, proporcionando liderazgo, motivación y dirección. El Ministerio de Salud de un país será el principal impulsor del PNCOA, pero en muchos países, el Ministerio de Salud puede no estar familiarizado con el concepto. Un promotor puede ayudar a introducir el concepto y la estrategia del PNCOA para fomentar la participación del Ministerio de Salud en el proceso. Dependiendo de la situación, puede ser útil crear un equipo líder del PNCOA formado por un pequeño grupo de individuos -incluyendo promotores, representantes del MdS y representantes de la sociedad de COA- que puedan servir juntos como líderes a lo largo del proceso. Otra consideración a tener en cuenta es la de contratar a consultores externos para que ayuden en el proceso del PNCOA. Los consultores pueden aportar su experiencia en áreas como el seguimiento y la evaluación, así como apoyo administrativo.

Los PNCOA están diseñados para facilitar la dirección y la coordinación de la prestación de servicios del COA. En la mayoría de los casos, los planes estratégicos son sólo el comienzo de un esfuerzo nacional para mejorar un sistema de salud. Para ejecutar el PNCOA, cada actividad requerirá normalmente una planificación más exhaustiva que la que permite el PNCOA principal, por ejemplo, establecer plazos exactos mes a mes y ajustar la escala en función del presupuesto. Cada actividad también debe responder a lo que se ha implementado con éxito y lo que no en cada meta. Establecer un calendario claro para las actividades de desarrollo del plan ayuda a evitar que el proceso se alargue demasiado, ya que el cansancio y la pérdida de interés pueden poner en peligro la finalización exitosa del plan. Numerosos países han completado un PNCOA, como Zambia (ver el Cuadro 3.1), Etiopía, la República Unida de Tanzania, Ruanda y Nigeria, y más de una docena de países están en vías de completarlo.

3.1.1 Modelos del PNCOA

Cada país único en cuanto a su gobernanza, estructura de gestión y funcionalidad del MdS. El PNCOA se ha diseñado específicamente para que esté totalmente integrado (o incorporado) en la política, la estrategia y el plan nacional de salud. En base a los países que se encuentran desarrollando un PNCOA hasta la fecha, han surgido tres modelos distintos.

3.1.1.1 Modelo centralizado

En el modelo centralizado, el proceso de desarrollo de la normas para el PNCOA está dirigido por los esfuerzos centralizados del Ministerio de Salud y los procesos de implementación son impulsados por agencias centrales como el Ministerio de Salud y los Ministerios de Finanzas. En este modelo, el MdS lidera el proceso y es el líder que coordina el desarrollo del PNCOA, trabajando estrechamente con los agentes clave y obteniendo el consenso de las instituciones académicas, las ONG, los organismos públicos y privados, las sociedades profesionales y las organizaciones internacionales, incluidos los donantes y las organizaciones que operan en el país. El Ministerio de Salud también recopila la información necesaria, realiza las evaluaciones necesarias y, por último, elabora y lanza el PNCOA. El MdS, en coordinación con estos agentes clave, establece un plan nacional que se ajusta a las prioridades del gobierno y a su política, estrategia y plan nacional de salud. Es esencial explorar factores como los ecosistemas políticos, económicos y geosociales que definen el



contexto de un país antes de embarcarse en un plan de este tipo. El contexto del país influirá en el proceso de desarrollo del sistema de salud para elaborar un plan de acción nacional que se ajuste a sus circunstancias. Entre los países que han seguido un modelo centralizado se encuentran Zambia, Tanzania, Etiopía, Nigeria y Ruanda.



CUADRO 3.1

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL PNCOA EN ZAMBIA

Tras la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, Zambia se embarcó en la creación de un PNCOA utilizando el marco de la Comisión Lancet y presentó el plan completo en mayo del 2017. El proceso comenzó en 2016, con el reconocimiento de la necesidad de un PNCOA por parte de los principales agentes clave, entre ellas el Dr. Emmanuel Makasa, Consejero de Salud de la Misión Permanente de la República de Zambia ante las Naciones Unidas, el Dr. Peter Mwaba, Secretario Permanente del Ministerio de Salud de Zambia, y el Dr. Kennedy Lishimpi (Director de Atención Clínica y Servicios de Diagnóstico). Con el pleno apoyo del Ministerio de Salud de Zambia, se reunió un grupo más amplio de agentes clave relevantes al fortalecimiento del sistema quirúrgico de salud para trabajar en el plan. Los seis indicadores quirúrgicos para Zambia se identificaron utilizando el sistema de información de gestión sanitaria de Zambia con el apoyo del Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria. A continuación, los agentes clave se dividieron en tres comités centrados en diferentes ámbitos, como la prestación de servicios y la infraestructura, la gestión del personal y la información, y la financiación. La implementación del PNCOA está en marcha y ya ha aumentado la capacidad de formación de los proveedores de servicios quirúrgicos y de anestesia, ha incrementado el número de personal de enfermería de quirófano que es entrenado y ha mejorado la distribución del personal formado en todo el país. Para más detalles sobre el proceso del PNCOA de Zambia, véase Mukhopadhyay, et al (52).

3.1.1.2 Modelo descentralizado

Los países que han desarrollado una estructura de sistema de salud descentralizada, en la que la autoridad se reparte entre el gobierno federal y sus estados, unidades federales o provincias, podrían ser más adecuados para un modelo descentralizado. En este modelo, la función de planificación y ejecución de las normas sanitarias se delega en cada estado o gobierno provincial; los estados o provincias tienen autonomía en la planificación y asignación de recursos para los servicios sanitarios esenciales. Por lo tanto, cada uno asume la responsabilidad en la prestación de servicios preventivos y curativos para sus respectivas necesidades sanitarias estatales o provinciales. Los estados o provincias pueden tener responsabilidades que van desde la elaboración de normas o reglamentos locales, el desarrollo de normas para el control de la calidad de los medicamentos, la seguridad de los pacientes hasta la educación y la formación de los profesionales sanitarios. El proceso del PNCOA puede adaptarse y personalizarse para ajustarse a esta configuración. En este modelo, el papel del Ministerio de Salud federal podría limitarse a proporcionar directrices a nivel nacional, supervisar la regulación sanitaria, la vigilancia nacional de las enfermedades, proporcionar una plantilla o un plan genérico que pueda ser adaptado por el estado o la provincia, coordinar los esfuerzos para identificar las prioridades y orientar la toma de decisiones y servir de enlace con los socios internacionales. Un ejemplo de modelo descentralizado es el PNCOA de Pakistán. Pakistán tiene una estructura de gobernanza sanitaria en la que el papel de la aplicación de las normas se delega a los gobiernos provinciales, volviéndolo un modelo federal-provincial. En este caso, el proceso del PNCOA ha sido adaptado a la estructura y la dinámica operativa del país.



CUADRO 3.2

PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL PNCOA EN PAKISTÁN

El modelo federal-provincial de Pakistán ha llevado el proceso del PNCOA a ser adaptado y personalizado en base a la estructura de gobernanza sanitaria y la dinámica operativa del país. El Ministerio de Servicios Nacionales de Salud, Regulación y Coordinación (MoNHSR&C) de Pakistán dirigió el desarrollo de la Visión Nacional para la Atención Quirúrgica 2025 (NVSC2025), que complementa la actual Visión Nacional de la Salud (NHV) 2016-2025. Desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Recursos Humanos en colaboración con los departamentos provinciales de salud, la Visión Nacional de la Salud 2016-2025 proporciona una dirección estratégica para las prioridades sanitarias de Pakistán. Dado que la atención quirúrgica no se declaró explícitamente como una prioridad sanitaria, la NVSC2025 pretende llenar ese vacío.

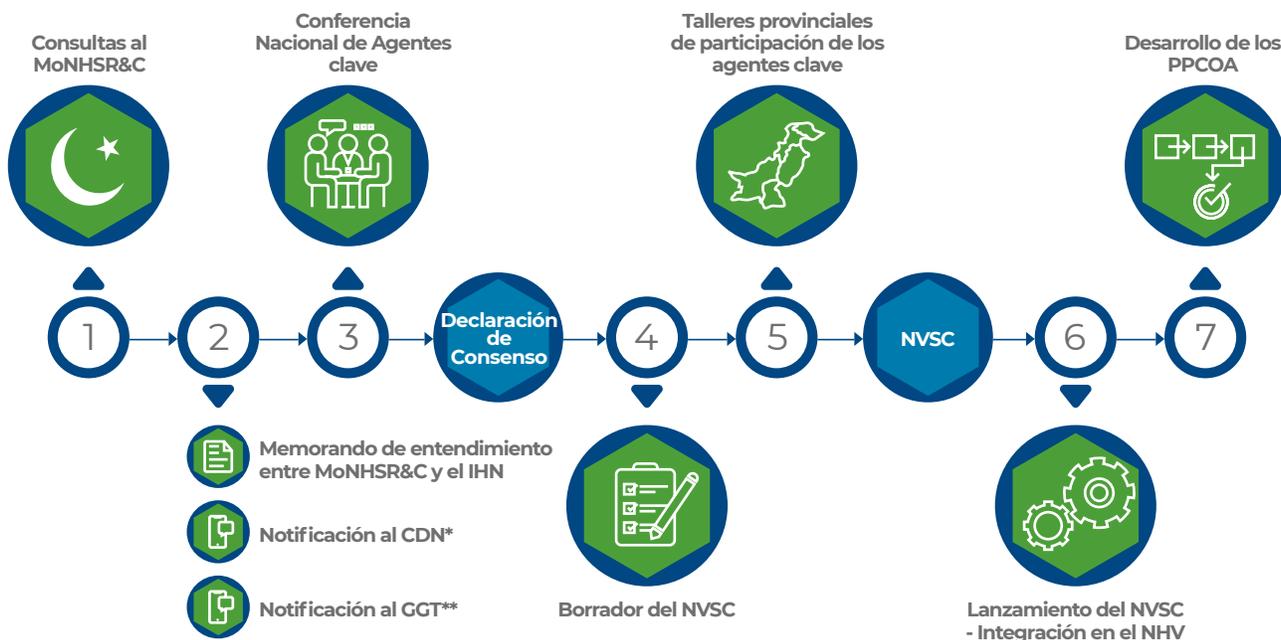
El MoNHSR&C y la Red de Salud Indú organizaron conjuntamente una conferencia nacional de agentes clave en Islamabad en noviembre del 2018. Entre los participantes se encontraban agentes clave relevantes del gobierno federal, departamentos de salud provinciales, sociedades profesionales, especialistas del sector público y privado, instituciones y organizaciones académicas nacionales e internacionales. En este foro se redactó una declaración de consenso, que proporcionó un marco para el documento NVSC desarrollado. El Ministerio de Salud y Recursos Humanos ha creado un comité directivo para supervisar el proceso, y un grupo de trabajo técnico (GTT) encargado de realizar un análisis situacional sobre el que se ha redactado el documento NVSC. A este respecto, el GTT celebró una serie de talleres consultivos en cada capital de provincia en febrero-marzo del 2019, para presentar el proceso a cada gobierno provincial y a un nivel adicional de agentes clave locales. El documento de NVSC2025 se ha presentado al Ministerio de Salud y Recursos Humanos para su revisión final, aprobación y difusión.

El documento NVSC2025 proporciona una guía para que cada Departamento de Salud provincial desarrolle un Plan Provincial de Cirugía, Obstetricia y Anestesia (PPCOA) que se adapte a las necesidades quirúrgicas específicas de la población de cada provincia. El proceso en Pakistán ha adaptado el marco del PNCOA en dos fases distintas pero interrelacionadas que se ajustan bien al sistema de gobierno descentralizado del país. La participación inicial de los ministros y los agentes clave se llevó a cabo en paralelo con una evaluación detallada de las deficiencias en Pakistán para desarrollar NVSC2025. Estos pasos se han reproducido a nivel provincial, tras lo cual se iniciará la redacción de los PPCOA personalizados, incluida la definición de los componentes de seguimiento y evaluación, gobernanza y cálculo de costos en función de las necesidades y los recursos de cada provincia.

Aunque este proceso es más largo y con múltiples niveles de participación de los agentes clave, está bien adaptado al sistema de gobierno del país. Teniendo en cuenta la gran población a la que se dirige esta intervención, se espera que la apropiación y la aplicación a nivel provincial conduzcan a mejores resultados.



Figura 3.1 Hoja de ruta para el fortalecimiento de la atención quirúrgica en Pakistán: de la visión nacional a los planes provinciales



Comité Directivo Nacional (CDN)* formado por representantes de los agentes clave internacionales y nacionales, públicas y privadas, para supervisar y coordinar el proceso siendo el responsable de la toma de decisiones.
Grupo de Trabajo Técnico (GTT)** formado por socios internacionales y nacionales para llevar a cabo la investigación, proporcionar apoyo técnico a lo largo del proceso y redactar los documentos.
Ministerio de Servicios Nacionales de Salud, Regulación y Coordinación (MoNHSR&C); Memorando de Entendimiento (LoU); Red de Salud Indú (IHN).
Visión Nacional de la Atención Quirúrgica (NVSC); Visión Sanitaria Nacional (NHV); Plan Provincial de Cirugía, Obstetricia y Anestesia (PPCOA).

Créditos de la Figura a: Syeda Mahnoor Rizvi - Hospital Indus, Karachi, Pakistán

3.1.1.3 Modelo Regional

El modelo regional es uno de los que ha surgido recientemente como enfoque innovador para el desarrollo de los PNCOA. Este modelo aprovecha y se basa en plataformas intergubernamentales existentes de países que comparten dinámicas políticas, geográficas y socioeconómicas similares. En colaboración, los Estados miembros desarrollarán y aplicarán una norma estratégica regional para reforzar la prestación de servicios de COA, con un proceso de investigación y rendición de cuentas compartido por los Estados miembros cooperantes que proporcione información sobre el progreso anual, el rendimiento/impacto, el seguimiento y la evaluación, y las actualizaciones. El modelo regional ofrece una plataforma de colaboración innovadora entre aquellos Estados miembros que probablemente podrían formular planes políticos similares y fomentar el desarrollo científico y técnico en

la prestación de servicios quirúrgicos, especialmente el establecimiento de normas que permitan establecer equivalencias en la formación y la compensación entre los países. Este modelo regional también podría funcionar para los países que ya están compartiendo conocimientos técnicos y científicos transfronterizos para crear asociaciones y facilitar la rápida expansión del acceso a la atención quirúrgica en la región. Esto también ayudará a mejorar la movilización de recursos, incluyendo las finanzas y la eficiencia para lograr los objetivos colectivos. Un modelo regional podría surgir en países vecinos que tienen una organización intergubernamental que promueve un intercambio colaborativo.





CUADRO 3.3

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL PNCOA DE LA SADC

La Comunidad para el Desarrollo del África Meridional (SADC) es una organización intergubernamental que fomenta la cooperación socioeconómica, política y de seguridad entre los 16 Estados Miembros del África del Sur. La SADC se ha embarcado en un enfoque estratégico regional para el desarrollo del PNCOA con el objetivo de fortalecer los sistemas de salud quirúrgica. En noviembre del 2018, los Ministros de Salud de los 16 Estados miembros de la SADC deliberaron y adoptaron una decisión para fortalecer la atención médica quirúrgica mediante la incorporación del trabajo del PNCOA en el Protocolo de Salud de la SADC, y a la vez enfocándose en el desarrollo e integración del PNCOA en sus respectivos planes estratégicos nacionales del sector de la salud para fines del 2019. Los Estados miembros de la región de la SADC están colaborando en la elaboración de los planes de desarrollo e implementación del PNCOA, así como en la investigación de implementación inherente.

3.1.2 Apoyo de la OMS

La OMS aporta conocimientos técnicos a los procesos de planificación estratégica a través de las oficinas regionales, nacionales y su sede central. La OMS puede trabajar con los centros colaboradores de la OMS y los agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OMS para ayudar en el proceso de fortalecimiento del sistema sanitario quirúrgico, trabajando dentro de la organización a través de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo, los órganos de gobierno y las misiones permanentes de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra. Pueden desempeñar un papel consultivo para el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos, prestar asistencia técnica y utilizar su influencia política para convocar reuniones y solicitar asistencia a otros organismos clave, como la Unión Africana o la Comunidad Sudafricana de Desarrollo. Las oficinas regionales pueden convocar reuniones de comités regionales para ministros de salud, que pueden incluir aprobaciones estatutarias que sirvan de mandato para que los países aborden cuestiones sanitarias específicas. Las oficinas regionales de la OMS también trabajan en la promoción internacional y elaboran directrices técnicas y documentación, todo lo cual puede aprovecharse para avanzar en el proceso de fortalecimiento quirúrgico. A nivel nacional, la OMS puede proporcionar apoyo técnico, incluida la generación de evidencia, el análisis, el cálculo de costos y el seguimiento y la evaluación. También puede desempeñar una función de convocatoria, ayudando a involucrar a los principales agentes clave, como los ministerios de salud, la sociedad civil, los programas y los socios. Además, la participación de las oficinas nacionales y regionales en el proceso de planificación

estratégica y la estrecha colaboración con los ministerios de salud pueden ayudar a dar prioridad a la atención en COA dentro de la agenda internacional más amplia de la OMS. Se aconseja a los planificadores que se pongan en contacto con las oficinas nacionales, regionales y de la sede de la OMS al inicio del proceso del plan del PNCOA. Un [modelo de carta](#) para solicitar la ayuda de la OMS está disponible en el Programa de Cirugía Global y Cambio Social (Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU. (53).

3.2 PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PNCOA

Existen ocho componentes y pasos importantes para el desarrollo del PNCOA (ver la figura 3.2). Muchos de estos pasos pueden llevarse a cabo simultáneamente en el proceso de planificación, en lugar de hacerlo de forma secuencial. Esta sección ofrece una visión general de cada uno de los ocho componentes: apoyo y apropiación por parte del ministerio; análisis situacional y evaluación de base; participación de los agentes clave y establecimiento de prioridades; redacción y validación; seguimiento y evaluación; cálculo de costos y presupuesto; gobernanza; e implementación. Cada componente se analiza con más detalle en los siguientes capítulos.



Fig. 3.3 Integración del PNCOA en las normas sanitarias nacionales



EPI: epidemiológica; ENT: enfermedad no transmisible; PNCOA: Plan Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia; SR: salud reproductiva

3.2.2 Análisis situacional y evaluación de base

El análisis situacional y la evaluación de base son herramientas importantes para desarrollar normas basadas en evidencia. Realizar una evaluación exhaustiva del sistema quirúrgico de un país ayuda a definir el estado de base y a identificar las principales deficiencias en la atención. Esto puede llevarse a cabo utilizando una serie de métodos diferentes, incluidas las evaluaciones hospitalarias in situ, las revisiones de la literatura y el análisis de los datos establecidos en todo el país. Los seis indicadores quirúrgicos recomendados por la LCoGS e incorporados en los 100 indicadores básicos de salud de la OMS del 2015 y 2018 pueden servir como un buen punto de partida. El capítulo 4 ofrece más detalles sobre este paso, junto con varias herramientas para ayudar en el proceso de análisis situacional y la evaluación de base.

3.2.3 Participación de los agentes clave y definición de prioridades

El PNCOA final debe apuntar a representar las opiniones y la experiencia de diversos agentes clave, por lo que resulta útil convocar a un amplio grupo de actores en el proceso de planificación, incluidos los proveedores clínicos, sociedades profesionales y civiles, instituciones académicas, financistas y ejecutores. Los PNCOA se ocupan de todo el sistema quirúrgico, que puede dividirse en seis ámbitos principales que deben ser abordados por diferentes comités de agentes clave: infraestructura, personal de trabajo, prestación de servicios, gestión de la información, financiación y gobernanza. Adoptar un enfoque sistemático para abordar cada ámbito puede ayudar a garantizar que el plan sea completo. Este enfoque puede implicar, en primer lugar, discutir las evaluaciones de base, seguido de la identificación de los retos y la priorización de las soluciones propuestas, el establecimiento de prioridades y objetivos y, por último, la propuesta de un plan de seguimiento y evaluación. Se han creado puntos de debate específicos para cada uno de estos ámbitos con el fin de orientar los debates del comité (detallados en el capítulo 5).





3.2.4 Redacción y validación

El siguiente paso es redactar un plan que recopile y priorice el contenido de los debates de los comités. El proceso de redacción debe adaptarse al contexto local y alinearse con las normas del país y el PENS. Por lo general, este proceso incluye la identificación de las deficiencias y los retos en base al análisis situacional inicial, los objetivos que debe alcanzar el PNCOA y las soluciones y actividades propuestas para cada uno de estos objetivos. A continuación, se pueden priorizar estas soluciones para garantizar que el plan sea alcanzable. Los principales agentes clave pueden aportar sus comentarios sobre el borrador y el plan puede repetirse hasta alcanzar el consenso.

3.2.5 Seguimiento y evaluación

El seguimiento y la evaluación (SyE) desempeñan un papel crucial para demostrar el progreso, la mejora y la rentabilidad de un PNCOA, así como para resaltar las actividades o iniciativas que se estén quedando resagadas y que puedan requerir apoyo y atención adicionales. En el capítulo 7 se ofrece más recomendaciones sobre el componente de SyE.

3.2.6 Cálculo de costos y presupuesto

Los pasos para calcular el costo de un PNCOA incluyen la recopilación de la información de costos disponible, la definición de los objetos y las cantidades necesarias, y, por último, la determinación del costo base de cada objeto y la atribución del costo a la cantidad de objetos. Esto proporciona un costo estimado para la implementación del plan y facilita un debate informado con la aportación directa del Ministerio de Finanzas (Mdf) sobre la presupuestación adecuada para la aplicación del PNCOA. Un plan estratégico presupuestado también puede servir para atraer a los donantes apropiados y enmarcar las discusiones con los organismos de financiación y los socios de implementación, así como para crear una mayor promoción. El capítulo 8 ofrece más detalles sobre el cálculo de costos del PNCOA.

3.2.7 Gobernanza

Es importante tener en cuenta la implementación y la gobernanza del PNCOA a lo largo del proceso de planificación. La buena gobernanza se basa en la comprensión de la estructura organizativa y los mecanismos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos en el PNCOA, asignando funciones y responsabilidades a los agentes clave y estableciendo la rendición de cuentas. Para asegurar la debida armonización, será útil enmarcar la gobernanza del PNCOA dentro de las estrategias de gobernanza existentes en el país para el PENS.

3.2.8 Implementación

Dada la amplitud y la complejidad de un PNCOA, es ideal que se dedique miembros del personal a tiempo completo en el diseño y la implementación del PNCOA (detallado en el capítulo 9). El establecimiento de responsabilidades para la implementación y evaluación del PNCOA puede facilitarse creando una cadena de responsabilidad clara desde el nivel de las instalaciones, pasando por los niveles de distrito y regional, hasta el MdS. Garantizar que los actores responsables en cada uno de esos niveles tengan acceso a los datos de seguimiento y evaluación necesarios puede ayudar a orientar la toma de decisiones basada en evidencia. La metodología de la ciencia de la implementación puede utilizarse para implementar actividades basadas en la evidencia y para demostrar lo que funciona y lo que no funciona (y por qué).

3.3 DIFUSIÓN

A medida que más países desarrollen con éxito el PNCOA, los planes deben ser compartidos a nivel nacional e internacional. Dentro de un país, es importante difundir el PNCOA completo dentro de las comunidades, las instituciones médicas académicas y los sectores de salud pública y privada. Esto contribuye a la comprensión común y a la ejecución unificada del marco estratégico establecido por el PNCOA para el fortalecimiento del sistema quirúrgico. A nivel internacional, estos PNCOA y los líderes del proceso de planificación pueden ayudar a orientar a otros países y a estimular la conversación sobre los obstáculos comunes y las posibles soluciones.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 4

Análisis situacional y determinación de las líneas de base





Se conoce poco sobre las necesidades insatisfechas en atención quirúrgica y la capacidad de prestación de servicios quirúrgicos en gran parte del mundo. Al desarrollar un PNCOA, la elaboración de un análisis situacional para establecer una base de referencia son pasos iniciales clave que proporcionan un marco para establecer prioridades y crear iniciativas. La OMS define el análisis situacional sanitario como "una evaluación de la situación sanitaria actual ... [que] es fundamental para diseñar y actualizar las políticas nacionales, estrategias y planes" (54). Al integrar un enfoque analítico micro y macro, los análisis situacionales proporcionan una base para una evaluación integrada de la dinámica de la salud y sus impactos en la pobreza, la desigualdad y el desarrollo. El proceso de análisis situacional es analítico, pertinente, exhaustivo e intrínsecamente participativo e inclusivo de todos los agentes clave. De este modo, se promueve la creación de capacidad nacional y se reconoce la propiedad y el liderazgo nacionales en el desarrollo de evidencia específica del contexto para la toma de decisiones. La toma de decisiones y la formulación de normas más eficientes y basadas en evidencia dependen de una mayor capacidad de generación y utilización de información. El conocimiento generado a través del proceso proporcionarán a los agentes clave los conocimientos fácticos necesarios para integrar los sistemas quirúrgicos en la formulación de políticas.

4.1 DATOS EN CIRUGÍA GLOBAL

A medida que la atención esencial en COA ha pasado a ocupar un primer plano en la agenda sanitaria global, se ha dado énfasis a la importancia de los indicadores quirúrgicos globales y la recopilación de datos estandarizados. La resolución de la [Asamblea Mundial de Salud WHA68.15](#) reconoce y aboga por que la atención quirúrgica esencial y de emergencia forme parte de la atención de salud universal, haciendo especial hincapié en la prestación quirúrgica en los hospitales distritales. Además, la resolución pide al Director General de la OMS a:

- Establecer mecanismos de recolección de datos de registro de casos quirúrgicos y anestésicos esenciales y de emergencia.
- Elaborar medidas pertinentes, significativas y fiables sobre el acceso y la seguridad de la atención quirúrgica y anestésica.
- Recopilar, evaluar y reportar los datos de costos relacionados sobre la prestación de atención quirúrgica esencial y de emergencias.

En 2017, los Estados miembros volvieron a aprobar la [decisión WHA70.22 de la Asamblea Mundial de la Salud](#), solicitando al Director General de la OMS que informe cada dos años sobre los progresos realizados en la consecución de las metas de los ODS relacionadas con la salud, incluida la meta de fortalecer la atención quirúrgica y anestésica esencial y de emergencia (detallada en la resolución WHA68.15). El Grupo Africano de la OMS, que representa a 54 Estados Miembros, pidió además que se elabore un plan de acción mundial para apoyar la aplicación de esta resolución.

En marzo del 2018, más de 120 firmantes del informe Estadísticas Globales de Cirugía y Anestesia se comprometieron a (55):

- Apoyar la creación de un grupo de trabajo de expertos en estadísticas en cirugía global y anestesia, con participantes procedentes de las autoridades estadísticas nacionales, ministros, centros de salud, proveedores de servicios de salud, sociedades profesionales, ONG nacionales e internacionales, la comunidad académica, organizaciones internacionales y la comunidad de investigación.
- Organizar la primera reunión entre el grupo de trabajo de expertos en estadísticas en cirugía global y anestesia en el 2018.
- Redactar recomendaciones preliminares sobre estadísticas en cirugía global y anestesia, así como un manual de estadística en cirugía global (ambos previstos provisionalmente para su publicación en 2019).
- Presentar recomendaciones preliminares y el manual a la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en el 2019.

Desde entonces, se ha creado un grupo de trabajo que ha organizado la primera reunión de un grupo de expertos en Utstein (Noruega) en junio del 2019 para redactar recomendaciones sobre las estadísticas en cirugía global y anestesia.



4.2 ¿POR QUÉ REALIZAR UN ANÁLISIS SITUACIONAL?

Un análisis situacional proporciona una imagen completa de las fortalezas y debilidades del sistema quirúrgico de un país. Llevar a cabo un análisis situacional es importante por varias razones clave:

- Proporciona una base de información, datos y evidencia sobre el estado actual de la atención sanitaria quirúrgica en un país/región/distrito.
- Ofrece una voz y una plataforma a los agentes clave del sector de salud, incluida la población, para la concienciación y el compromiso de mejora.
- Ayuda a establecer un consenso sobre el estado de la cirugía en el país y proporciona una base de evidencia para las mejoras sistemáticas.
- Permite dar una respuesta basada en evidencia de las necesidades reales del sistema sanitario y de la población.
- Sirve de base para el seguimiento y la evaluación, aumenta la rendición de cuentas y mejora la transparencia.
- Los datos preexistentes suelen ser escasos en lo que respecta a la prestación de servicios sanitarios quirúrgicos de calidad, seguros y asequibles; un análisis situacional exhaustivo puede subsanar este vacío de datos.

El análisis situacional proporciona una base para el establecimiento de prioridades, ya que facilita una respuesta basada en evidencia a las necesidades sanitarias reales del sistema de salud y de la población. También es una plataforma importante para dar voz a los agentes clave, para obtener su aceptación y para garantizar la responsabilidad mutua. Además, en un contexto de escasez de datos e información, un análisis situacional puede servir de referencia para comparar la información futura.

4.3 ¿CÓMO REALIZAR UN ANÁLISIS SITUACIONAL?

La OMS, los PIBM y algunos actores no estatales (instituciones académicas como el PCGCS de Harvard) han desarrollado varias herramientas que podrían utilizarse para llevar a cabo una evaluación de base de los servicios de atención quirúrgica. Un análisis situacional se suele realizar en cuatro pasos:

- Definir qué información y datos se necesitan
- Revisar la información y los datos existentes
- Realizar una evaluación exhaustiva de la situación
- Elaborar un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

4.3.1 Definir qué información se necesita

Antes de iniciar un análisis situacional, es útil definir la información -cuantitativa y cualitativa- que se necesita, identificar por qué se necesita y sopesar los costos y beneficios de su obtención. El análisis situacional tiene como objetivo evaluar las provisiones actuales para la atención sanitaria quirúrgica, cuantificar las necesidades y demandas quirúrgicas existentes en la población y evaluar cómo es probable que éstas cambien con el tiempo. El marco de discusión descrito en el capítulo 5 puede ser un recurso útil para definir la información necesaria y establecer prioridades. En el cuadro 4.1 se ofrece una lista preliminar de datos que puede ser útil reunir antes de establecer las prioridades.



CUADRO 4.1

LISTA PRELIMINAR DE DATOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

A continuación se enumeran los datos de referencia que deben evaluarse, si ya están disponibles en el Ministerio de Salud del país o en otras fuentes. Resulta útil reunir los datos lo antes posible en el proceso del PNCOA. Las disparidades dentro de las regiones también deben describirse y tenerse en cuenta.

Los datos del sistema sanitario incluyen:

- Información sobre todos los hospitales que proveen atención sanitaria en COA, incluido el tipo de hospital y la ubicación;
- Información sobre las vías de derivación entre los distintos niveles del sistema hospitalario;
- Políticas e iniciativas relevantes existentes, incluyendo los datos que las acompañan;
- Lista de actores no estatales que participan en la atención en COA; y
- Cualquier otro dato o base de datos relevante.

Los datos de infraestructura incluyen:

- Información sobre la electricidad, el agua, los equipos de diagnóstico por imagen (rayos X, ultrasonidos, tomografía computarizada y resonancia magnética) y los equipos y suministros de quirófano disponibles, incluidos los equipos de anestesia, el número de camas del hospital y las camas disponibles para cirugía;
- Información sobre los suministros, incluidos los intraoperatorios, como guantes estériles, y la disponibilidad de oxígeno y de instalaciones de laboratorio;
- Información sobre la disponibilidad de productos hemoderivados;
- Información sobre la cadena de suministro y la lista de medicamentos esenciales; y
- Estrategias de gestión de la información disponibles (historias clínicas, sistemas de facturación, etc.).

Los datos de la fuerza laboral incluyen:

- Información sobre el conjunto de competencias y el número de recursos humanos, incluido el personal quirúrgico y hospitalario, los cirujanos generales, los cirujanos ortopédicos, los urólogos, los otorrinolaringólogos (cirujanos de oído, nariz y garganta), los neurocirujanos, los cirujanos plásticos, los oftalmólogos, los cirujanos dentales, los obstetras, los anestesistas, las enfermeras anestesistas, los oficiales de anestesia, las enfermeras capacitadas, los oficiales médicos, los oficiales médicos asistentes y los asistentes clínicos;
- Médicos que trabajan en el sector público, en el sector privado, en organizaciones de la sociedad civil o en organizaciones no gubernamentales (ONG);
- Personal de cada centro de salud;
- Tasa de graduación, tasa de jubilación, deserción e información sobre los especialistas que abandonan el país;
- Lista de instituciones de formación de profesionales médicos, de enfermería y afines (incluyendo el tamaño de las clases y el número previsto de graduados por año).

Los datos de prestación de servicios y capacidad incluyen:

- Disponibilidad de procedimientos quirúrgicos Bellwether (cesárea de emergencia, laparotomía y tratamiento de fracturas abiertas);
- Número y tipo de otros procedimientos proporcionados por los centros (volumen quirúrgico); y
- Calidad y seguridad de los procedimientos, incluidas las muertes postoperatorias en el hospital y cualquier lista de verificación que se utilice (como la lista de control de la OMS); y
- Tasa de mortalidad perioperatoria (TMPO)

Los datos sobre financiamiento y costos incluyen:

- Presupuestos anuales de los hospitales y asignación presupuestaria a cirugías;
- Procedimientos actuales cubiertos por los regímenes nacionales de seguros;
- Costos promedio de los procedimientos y suministros quirúrgicos (cesárea, laparotomía y reparación de fracturas);
- Costos directos (gastos de bolsillo) del paciente, reparto de los costos de la cirugía y suministros.



4.3.2 Revisión de la información existente

Una revisión exhaustiva de los datos disponibles puede ayudar a proporcionar algunos de los datos para el establecimiento de prioridades, y también evitar la duplicación de la información existente. Entre las fuentes de datos disponibles se encuentran, entre otras, las siguientes:

- Censos nacionales de población y vivienda
- Evaluaciones de instalaciones sanitarias nacionales y provinciales
- Encuestas por muestreo a nivel nacional, como:
 - Evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios (SARA)
 - Encuesta demográfica y de salud (EDS)
 - Evaluación de la prestación de servicios (EPS)
 - Personal, infraestructura, procedimientos, equipos y suministros
 - Estudio de medición del nivel de vida (EMNV)
- Informes de resultados (gubernamentales y no gubernamentales)
- Planes estratégicos nacionales del sector de salud
- Sistema de gestión e información del sector de salud (HMIS) y otras fuentes administrativas
- Literatura publicada
- Informes programáticos y normativos

La participación activa de múltiples agentes clave puede ayudar a captar y coordinar todos los puntos de datos relevantes, ya que muchas de esas partes pueden tener perspectivas útiles e información adicional para construir la base de evidencia.

4.3.3 Evaluación exhaustiva de la situación

En muchos entornos, la información disponible sobre el sector sanitario quirúrgico sigue siendo insuficiente. Para facilitar la recopilación de datos, el Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard (Boston, MA, EE.UU.) ha desarrollado una Herramienta de Evaluación Quirúrgica (SAT) con componentes cualitativos y cuantitativos (53). Esta herramienta de métodos mixtos está diseñada para recopilar información mediante evaluaciones de las instalaciones y de la prestación de servicios. Puede utilizarse a escala regional o nacional y adaptarse a cada contexto. La parte cuantitativa de la evaluación consiste en una combinación de visitas a los hospitales, revisiones retrospectivas de los diarios de operaciones y entrevistas con los líderes del hospital y los proveedores de servicios. El SAT evalúa a grandes rasgos cinco de los seis ámbitos del sistema sanitario

quirúrgico: infraestructura, prestación de servicios, personal, gestión de la información, financiación y gobernanza. La parte cualitativa de la evaluación consiste en entrevistas semiestructuradas en persona con los principales agentes clave, por ejemplo, directores y administradores de hospitales, cirujanos, obstetras, proveedores de anestesia y directores de enfermería. El objetivo general es conocer mejor todo el sistema quirúrgico para identificar sus fortalezas y sus carencias. Otras herramientas, como las que ha puesto a prueba la Iniciativa Global para la Atención Esencial y de Emergencia, están ampliamente disponibles. Las herramientas existentes pueden adaptarse y ampliarse para reflejar áreas prioritarias específicas del contexto. Por ejemplo, se pueden añadir preguntas adicionales al SAT para captar información sobre la cirugía infantil, la neurocirugía o las cardiopatías congénitas, como otras áreas prioritarias.

El SAT se utilizó para crear el módulo de cirugía en la Evaluación Armonizada de los Establecimientos de Salud (HHFA) de la OMS, que es una plataforma digital que se publicará próximamente para coordinar la información sanitaria existente sobre evaluación de establecimientos y se espera que reduzca la necesidad de realizar encuestas en papel. Este módulo tendrá submódulos incorporados para anestesia y cirugía pediátrica, y con el tiempo se añadirán submódulos para otras subespecialidades quirúrgicas. Cada módulo y submódulo tendrá vínculos adecuados hacia otras áreas de la HHFA: por ejemplo, la anestesia estará vinculada al módulo de medicamentos esenciales y la cirugía pediátrica estará vinculada al módulo de salud infantil. Este enfoque sistemático pretende evitar la redundancia en la recolección de datos y permitir actualizaciones y adiciones. Los datos anonimizados estarán disponibles en el sitio web de la OMS.

La EDS es la encuesta de población más completa del mundo, administrada a más de 320 hogares e instalaciones en 90 países de África, Asia, América Latina/Caribe y Europa del Este. La Encuesta Demográfica y de Salud de Zambia (ZDHS) del 2018, implementada por la Agencia de Estadísticas de Zambia (ZamStats) en colaboración con el Ministerio de Salud, fue la primera EDS nacional en integrar cinco preguntas quirúrgicas (56). Zambia fue el primer país en incluir preguntas sobre la necesidad quirúrgica, la atención y las barreras a la atención en su encuesta demográfica y de salud del 2018 (cuadro 4.2).

Las colaboraciones son importantes a la hora de recopilar datos para el análisis situacional. La participación de los agentes clave relevantes puede ayudar a garantizar



una evaluación completa, el acceso a las instalaciones y la aplicabilidad y accesibilidad de los resultados a nivel nacional. Sin embargo, el análisis situacional es un proceso que requiere muchos recursos y tiempo. La medición directa de los parámetros quirúrgicos a través de las visitas a los hospitales requiere una gran cantidad de planificación y comunicación, tiempo adecuado para viajar y realizar la evaluación, y los recursos financieros y de personal necesarios para apoyar estas actividades. En los entornos en los que no es posible realizar evaluaciones de los centros en persona, el análisis situacional puede llevarse a cabo mediante una encuesta a los administradores y directores de los centros por correo electrónico, teléfono o correo postal. Esta estrategia requiere menos recursos, pero puede comprometer la integridad y la validez de los datos. La tabla 4.1 ofrece una visión general de las ventajas y desventajas de las distintas estrategias de evaluación de la situación. Se encuentran disponibles diferentes herramientas y guías para realizar y analizar los resultados de estas evaluaciones con el fin de orientar el proceso (53).



CUADRO 4.2

EJEMPLO DE CASO: PREGUNTAS DEL PROYECTO PILOTO DE CIRUGÍA DE LA EDS DE ZAMBIA

- ¿Se ha sometido a una operación en los últimos 5 años?
- ¿Qué tipo de operación fue?
(Nombre todas las que correspondan)
- En los últimos 5 años, ¿le ha dicho un médico u otro trabajador de salud que podría necesitar (otra) operación?
- ¿Pudo acceder a ella?
- ¿Por qué no pudo acceder a ella?
(Anote todo lo mencionado)

Tabla 4.1 Estrategias de evaluación situacional

Estrategia	Ventajas	Desventajas
Revisión de la literatura y los datos existentes	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia es de bajo costo • La estrategia puede abarcar una amplia gama de temas • Es probable que la estrategia sea exhaustiva en el marco de una evaluación sistemática de las instalaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia puede tener un éxito variable en función de la cantidad de datos existentes, que a menudo son limitados y/o no son generalizables • Los grupos de datos a menudo no están validados • La recopilación de información de múltiples fuentes es desafiante
Encuesta por correo, teléfono o virtual	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia es rápida y de bajo costo 	<ul style="list-style-type: none"> • La información puede estar incompleta debido a una escasa tasa de retorno • La información a menudo no está validada • Puede haber un sesgo en los datos devueltos • La calidad de los datos es potencialmente pobre
Evaluación sobre el terreno	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia es eficaz cuando se combina con las evaluaciones programadas existentes de las instalaciones • La información es sólida y está validada • Se pueden recoger datos cuantitativos y cualitativos • Es posible el muestreo por eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia requiere muchos recursos • Se requiere una capacidad para análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados • El análisis cualitativo puede llevar mucho tiempo
Encuestas en los hogares	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia proporciona datos a nivel de población • Los datos pueden ser más representativos de todo el país • La recopilación de datos quirúrgicos puede añadirse a las iniciativas mayores existentes como Encuestas Demográficas y de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia es cara y requiere mucho tiempo. • Las encuestas pueden tener un número limitado de preguntas específicas sobre cirugía



4.3.4 Realizar un análisis FODA

Como parte del análisis situacional, un análisis FODA es un método analítico útil para explorar las capacidades internas existentes (fortalezas y debilidades) y los posibles factores extrínsecos (oportunidades y amenazas). La realización de este análisis requiere que los agentes clave se reúnan y discutan estos elementos

de su sistema de salud en lo que respecta a la prestación de atención sanitaria en COA. La Tabla 4.2 es un ejemplo de un análisis FODA sobre la prestación de servicios del PNCOA en Zambia.

Tabla 4.2 Ejemplo de análisis FODA sobre la prestación de servicios en el PNCOA de Zambia

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Los hospitales de nivel 1 están disponibles en la mayoría de los distritos con planes de cobertura total	No todos los hospitales de nivel 1 son capaces de prestar atención quirúrgica esencial y de emergencia	La resolución WHA68.15, patrocinada por Zambia, sobre cirugía esencial y de emergencia apoya su papel en la CSU	La resolución puede no adaptarse a la práctica local si la concienciación sigue siendo escasa
La mayoría de las provincias tienen instalaciones de nivel 2 y hay planes en marcha para convertir algunos hospitales de nivel 2 en hospitales de nivel 3 y los de nivel 3 en hospitales docentes	Los planes de mejora de los servicios no se han traducido en la capacidad de prestar servicios electivos y derivados de COA	Aumento de la demanda en la población para la atención en COA	Los recursos existentes no son suficientes para satisfacer las necesidades. También hay una necesidad de cambiar la dotación de personal para satisfacer las demandas de las instalaciones
Los hospitales de nivel 3 han formulado planes para ampliar los servicios e introducir nuevos aspectos de la atención sanitaria en COA con el apoyo del Ministerio de Salud del país	La escasa coordinación entre los distintos planes de expansión ha dado lugar a un resultado incompleto en la prestación de servicios	Posible ahorro de costos por el tratamiento doméstico de pacientes, en vez de derivarlos internacionalmente	La puesta en marcha y coordinación de estos servicios a nivel nacional conlleva costos importantes

MdS: Ministerio de Salud; COA: Cirugía, Obstetricia y Anestesia; CSU: Cobertura de Salud Universal





4.4 PRINCIPALES INDICADORES QUIRÚRGICOS

Establecer una línea de base es esencial para medir el impacto futuro de las intervenciones políticas y programáticas. En el 2015, la LCoGS se reunió para recopilar datos sobre el estado de la atención quirúrgica a nivel mundial y elaborar estrategias para mejorar el acceso y la calidad (1). La Comisión recomendó que todos los países recopilaran seis indicadores quirúrgicos básicos para medir la solidez de su sistema quirúrgico (véase la Tabla 4.3). Estos seis indicadores miden tres ámbitos de la atención quirúrgica: la preparación para la prestación de servicios quirúrgicos, el volumen y los resultados del servicio, y el riesgo financiero. La OMS incluyó los seis indicadores en sus 100 indicadores

básicos de salud (2015 y 2018) y el Banco Mundial incorporó cuatro de los indicadores como parte de los Indicadores del Desarrollo Mundial (IDM) (2016) (véase el cuadro 4.3). Se incita a los países a recopilar y analizar información sobre los seis indicadores para poder evaluar el estado actual de la atención quirúrgica y permitir la comparación con los objetivos internacionales. Estos indicadores pueden utilizarse no solo como un componente del análisis situacional basal, sino también para el seguimiento y la evaluación continua.

Tabla 4.3 Seis indicadores quirúrgicos básicos de la LCoGS

Indicador (dominio)	Definición	Objetivo para el 2030
Acceso a tiempo a cirugía esencial (preparación)	Proporción de la población que puede acceder, en un plazo de dos horas, a un centro que pueda realizar un parto por cesárea, una laparotomía y el tratamiento de una fractura abierta (los procedimientos Bellwether).	80% de cobertura de servicios esenciales de cirugía y anestesia por país.
Densidad de personal quirúrgico especializado (preparación)	Número de médicos especialistas en COA que trabajan por cada 100 000 habitantes.	100% de países con al menos 20 médicos de COA por cada 100 000 habitantes.
Volumen quirúrgico (prestación de servicios)	Procedimientos realizados en un quirófano por cada 100 000 habitantes al año	100% de los países haciendo seguimiento del volumen quirúrgico; 5.000 procedimientos por cada 100.000 habitantes.
Tasa de mortalidad perioperatoria (prestación de servicios)	Tasa de mortalidad por todas las causas antes del alta en pacientes que han sido sometidos a un procedimiento en un quirófano, dividida por el número total de procedimientos, presentada como porcentaje.	100% de países haciendo seguimiento de la mortalidad perioperatoria.
Protección contra los gastos de empobrecimiento (riesgo financiero)	Proporción de hogares protegidos contra el empobrecimiento (ser empujados a la pobreza o a niveles más graves de pobreza) por los pagos directos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica.	100% de protección contra el empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica.
Protección contra los gastos catastróficos (riesgo financiero)	Proporción de hogares protegidos contra los gastos catastróficos derivados de los pagos directos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica (pagos directos de bolsillo superiores al 40% de los ingresos netos del hogar para la subsistencia).	100% de protección contra los gastos catastróficos derivados de los pagos directos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica.

COA: Cirujía, Obstetricia y Anestesia.
Fuente: adaptado de Meara, et al. (1).



CUADRO 4.3

BANCO MUNDIAL E INDICADORES DE DESARROLLO MUNDIAL (IDM) RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA

El Banco Mundial desempeña un papel fundamental en la gestión de datos a nivel nacional. Sus influyentes publicaciones anuales de los IDM se elaboran a partir de fuentes internacionales oficialmente reconocidas que abarcan los datos de desarrollo mundial más actuales y precisos disponibles y proporcionan estimaciones nacionales, regionales y mundiales. La recopilación de datos requiere el desarrollo de contactos en el país, el desarrollo de un proceso sistemático en línea para la gestión de datos, la formación de equipos de asociados para gestionar las relaciones y los datos, y el reporte de datos resumidos y limpios al Banco Mundial. La información evaluada en cuanto a su calidad, fuentes y definiciones utilizadas, y se someten a una valoración crítica a lo largo del tiempo. Para ello es necesario desarrollar mecanismos para revisar y mejorar los indicadores junto con otros indicadores de salud mundial que se utilizan actualmente, como indicadores de los ODS.

Cuatro indicadores de cirugía global han sido incluidos en los IDM como resultado de la colaboración que empezó en el 2015 (57,58).



Número de intervenciones quirúrgicas (por cada 100.000 habitantes)



Personal quirúrgico especializado (por cada 100.000 habitantes)



Riesgo de gastos catastróficos por atención quirúrgica (% de personas en riesgo)



Riesgo de gastos de empobrecimiento por atención quirúrgica (% de personas en riesgo)

Además de la recopilación de datos sobre los indicadores nacionales, el proceso del PNCOA incluye el desarrollo de un paquete completo de seguimiento y evaluación (véase el capítulo 8). Los datos recopilados durante la evaluación de base pueden servir como herramientas de promoción, métricas para el seguimiento y evaluación y puntos de referencia para comparar futuros datos. El cuadro 4.4 ofrece una visión general de la recopilación colaborativa de datos sobre los indicadores de cirugía global, basada en la experiencia de la región de Asia-Pacífico.



CUADRO 4.4

RECOPIACIÓN COLABORATIVA DE DATOS SOBRE LOS INDICADORES DE CIRUGÍA GLOBAL EN LA REGIÓN DE ASIA-PACÍFICO

Mediante la Declaración de Bangkok del 2015, los países de la región de Asia-Pacífico se comprometieron a promover los mensajes clave e indicadores de la LCoGS (59). Ese mismo año, en el 4º Simposio de Salud Global del Real Colegio de Cirujanos de Australia (RACS), 14 países decidieron reunirse a través de la región de Asia-Pacífico para recopilar cuatro de los seis indicadores globales de cirugía (60). Para recopilar los indicadores, el RACS estableció un grupo de trabajo que elaboró un estudio de viabilidad previo a la recopilación de datos, creó un grupo de chat en línea y llevó a cabo teleconferencias periódicas durante un periodo de seis meses, de octubre del 2015 a abril del 2016. Se alentó a los representantes nacionales a trabajar con sus ministerios de salud; la información solo se recolectó tras haber obtenido el permiso nacional correspondiente. De los 14 países, 13 obtuvieron los datos de cuatro indicadores, cada uno de ellos con una metodología adecuada al contexto (60). La información está siendo utilizada con tres propósitos: para comparar la capacidad quirúrgica en toda la región; para servir de referencia para medir el éxito de los esfuerzos regionales para mejorar la capacidad y la calidad quirúrgicas; y para la promoción de la cirugía en las agendas sanitarias nacionales. Sin embargo, el esfuerzo colaborativo de la RACS refleja la dificultad al obtener incluso un conjunto de datos relativamente escaso, debido a la falta de reporte sistemático de datos prospectivos y a la ausencia de un mandato nacional para recopilarlos. La experiencia subraya la necesidad de integrar los mecanismos de recolección de datos -individualizados y adecuados a cada contexto- en los sistemas nacionales para ayudar a la planificación quirúrgica nacional. En definitiva, estos datos ponen de manifiesto la urgente necesidad de mejorar el sistema quirúrgico, que sigue siendo invisible sin datos. Recientemente, el Consejo de Ministros de Sanidad del Pacífico ha aprobado la adopción y reporte de los indicadores y está trabajando en el desarrollo de un PNCOA regional.



SUS

Anotaciones

Area for handwritten notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 5

Participación de los agentes clave y establecimiento de prioridades





El contenido y la calidad de un PNCOA están, en última instancia, en manos de los agentes clave que participan en el proceso, por lo que es crucial una cuidadosa identificación y una participación temprana. Para garantizar que el contenido del plan sea exhaustivo y refleje los valores y las experiencias de todo el sector de salud, es útil incluir de manera inclusiva diferentes grupos de agentes clave: el gobierno, las sociedades profesionales, las instituciones académicas locales, las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los representantes de los pacientes y la comunidad, y la industria y los socios de ejecución. Además, identificar las ambiciones y las luchas de cada grupo de agentes clave y escuchar sus experiencias personales, servirán para informar y fortalecer el PNCOA.

“*El desarrollo de sistemas quirúrgicos resilientes requerirá el compromiso, la resiliencia y la participación de diversos agentes clave a nivel nacional e internacional, y de los sectores público, privado y benéfico. Un plan estratégico nacional que aborde específicamente la cirugía es esencial para planificar adecuadamente la prestación de servicios, la educación y los servicios. Este plan debe ser específico para el país y el contexto, debe ser desarrollado y asumido por todos los agentes clave, y debe estar dentro de una estrategia más amplia de mejora de los sistemas nacionales de salud (1).*”

Una consideración antes de involucrar a los agentes clave en todos los niveles, es considerar la prioridad política local para la cirugía, y cómo esta prioridad puede hacerse escuchar y ser elevada con la ayuda de estos grupos. Múltiples análisis políticos han llegado a la conclusión de que la priorización de la cirugía global en las normas públicas requerirá la formación de un grupo organizado y consolidado que pueda presentar intereses compartidos y abogar en los niveles más altos (50). Puede ser un punto de partida útil para identificar las fortalezas y los obstáculos generales en el contexto de la puesta en marcha de un PNCOA, para crear una estrategia incluso antes de involucrar a otros agentes clave.

5.1 ¿POR QUÉ NECESITAMOS UN ENFOQUE DE MÚLTIPLES AGENTES CLAVE?

Un plan de acción nacional abarca una amplia gama de objetivos, por lo que se recomienda encarecidamente adoptar un enfoque de múltiples agentes clave. Un grupo diverso de agentes clave permite que cada una de ellas aporte su experiencia única del sistema, su área de especialización, su región geográfica y su nivel de compromiso con el sistema de salud. Un enfoque de múltiples agentes clave permite considerar cuidadosamente las prioridades y preocupaciones tanto de arriba a abajo como de abajo a arriba.

La movilización de múltiples agentes clave puede ayudar a obtener apoyo para el plan en múltiples niveles y a identificar cualquier oposición u obstáculo en las primeras etapas del proceso. El compromiso proporciona un foro transparente para que los agentes clave aborden sus reservas abiertamente y lleguen a soluciones conjuntas en el mejor interés de los objetivos generales del plan (61). La participación de los agentes clave, que en última instancia serán los socios en la ejecución del PNCOA, puede inculcarles el sentido de pertenencia y el deber de ejecutar el plan que han contribuido a elaborar.

5.2 SECTORES INTERESADOS

La tabla 5.1 destaca los principales grupos de interés que pueden contribuir de forma significativa al proceso del PNCOA. La columna titulada "Experiencia/Contribuciones" ofrece sugerencias sobre los temas en los que debe participar cada grupo. La inclusión de estos grupos de interés en la tabla pretende servir de orientación general para su consideración y puede no ser relevante en todos los contextos.

Tabla 5.1 Principales agentes clave que deben ser considerados para ser incluidos en el proceso de planeamiento

Agentes Clave	Ejemplos	Experiencia/Contribuciones
Gobierno local, gobierno nacional y líderes electos interesados	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud nacional¹ Sectores de finanzas, educación e infraestructura Funcionarios políticos Otros representantes del gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> Aportan habilidad y voluntad política al proceso Impulsan el proceso del PNCOA Garantizan que el proceso esté alineado con los recursos Coordinan los esfuerzos existentes Desarrollan las estructuras de gobernanza para garantizar la implementación Garantizan que la atención quirúrgica esté integrada en los planes de salud nacionales
Instituciones académicas y de investigación	<ul style="list-style-type: none"> Decanos académicos Profesorado de instituciones de enseñanza Investigadores de salud pública, sistemas de salud e investigadores en cirugía global Centros de cirugía global/obstetricia, anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Realizan un análisis situacional de la capacidad de formación actual Establecen objetivos realistas para el crecimiento de los programas de formación Abogan por la tutoría, la dirección de la investigación y las oportunidades de investigación
Sociedades profesionales	<ul style="list-style-type: none"> Sociedad de cirugía Sociedad de anestesia Sociedad de obstetricia Asociación de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Representan los intereses colectivos de los proveedores de COA, sus experiencias y visiones para el campo de la prestación quirúrgica Asesoran sobre la legalidad de las licencias Aportan conocimientos técnicos clínicos
Proveedores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Muestra representativa de clínicos de todas las subespecialidades Proveedores de COA no médicos Mezcla de proveedores urbanos y rurales (de distrito) Representación regional 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionan una visión desde la primera línea de atención Aportan conocimientos técnicos clínicos A menudo proporcionan el punto de vista del director general y de la administración del hospital
Personal quirúrgico auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeras de quirófano Enfermeras anestesisistas Técnicos de laboratorio Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionales Ingenieros biomédicos 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionan una visión de primera línea de la atención multidisciplinaria Garantizan que el flujo de trabajos sanitarios diarios y el ecosistema se tomen en cuenta
OMS	<ul style="list-style-type: none"> Programa de atención quirúrgica esencial y de emergencia Oficina regional de la OMS Oficina de la OMS en el país 	<ul style="list-style-type: none"> Aportan conocimientos técnicos en materia de planificación y cálculo de costos Sirven como socio clave al Ministerio de Salud Ofrecen una influencia política significativa para la ejecución Ayudan a identificar a otros agentes clave
ONGs, sector sin ánimo de lucro, socios de implementación	<ul style="list-style-type: none"> Implementadores en COA fuera del sector público Iniciativas de salud pública Ejecutores 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecen experiencia en la prestación de servicios Desarrollan modelos de atención innovadores Proporcionan conocimientos sobre los mecanismos de financiación disponibles Facilitan la implementación
Pacientes, usuarios de servicios sanitarios y sociedades civiles	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes/usuarios Grupos de promotores de pacientes Padres Promotores Grupos comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Representan los intereses y prioridades de la comunidad Abogan las prioridades de calidad de la atención Participan en encuestas sobre la utilización y el gasto para informar en la planificación
Aprendices y grupos organizados de aprendices	<ul style="list-style-type: none"> Residentes y sub-especialistas en COA Estudiantes de medicina y enfermería Grupos nacionales e internacionales de estudiantes de cirugía/OB por la promoción de cirugía, obstetricia y anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Representan el futuro de los campos de COA, una participación temprana Proporcionan conocimientos sobre el plan de estudios, la formación y las oportunidades de mejora Ayudan en la incentivación
Sector privado	<ul style="list-style-type: none"> Proveedores privados de servicios en COA Administradores de salud privada Pacientes/usuarios de salud privada 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinan con el sistema privado Informan/desarrollan modelos de atención innovadores
Organismos de financiación	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones multilaterales de ayuda Fundaciones y donaciones de filantropía privada Agencias de ayuda y donantes MdF nacionales y de provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> Identifican oportunidades de financiación realistas Alinean el PNCOA con las prioridades de financiación Aportan la experiencia de los empleados a la consultoría presupuestaria
Representantes de la industria	<ul style="list-style-type: none"> Industria de dispositivos médicos y quirúrgicos Industria de infraestructuras 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuyen con sus productos y servicios Desarrollan productos adecuados al contexto Proporcionan formación clínica y de liderazgo Ofrecen financiación y patrocinio Aportan experiencia en liderazgo y cadena de suministro
Fondos y programas de la ONU	<ul style="list-style-type: none"> PNUD FNUAP UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> Asesoran sobre el marco normativo más amplio Respaldan y avanzan en los esfuerzos de promoción internacionales

MdS: Ministerio de Salud; MdF: Ministerio de Finanzas; ONG: organización no gubernamental; PNCOA: Plan Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia; COA: Cirugía, Obstetricia y Anestesia

¹ Los agentes clave del Ministerio de Salud pueden provenir de las áreas de ENT, salud materno-infantil, formación, atención clínica, calidad, política y planificación, adquisiciones y farmacia.



5.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS AGENTES CLAVE

El plan depende de la "habilidad política, así como de la voluntad política" del gobierno para participar en el proceso de planificación del PNCOA (62). Lo ideal es que el gobierno actúe como convocante y coordinador de otros grupos de interesados y tome las decisiones finales sobre qué grupos de interesados participan en el proceso. Se puede utilizar un análisis de los agentes clave para comprender mejor el mejor enfoque para comprometerse con cada uno de los grupos interesados y abordar cualquier oposición potencial al plan. Un recurso adicional es la revisión detallada de las metodologías de análisis de los agentes clave realizada por Brugha y Varvasovszky (63). "El nivel de participación de los agentes clave apunta a la capacidad de dirección del Ministerio de Salud y del equipo central (es decir, no sólo del Ministerio de Salud, sino también de los principales agentes clave en la planificación) para dirigir, coordinar y motivar eficazmente a las personas adecuadas para que hagan sus aportaciones, por un lado, y ayuden a la ejecución, por otro" (61).

Se puede utilizar una serie de métodos para facilitar la identificación de los agentes clave. Por ejemplo, el enfoque directivo ministerial y el método de bola de nieve se han utilizado eficazmente en el proceso del PNCOA. En el enfoque de directivas ministeriales y el MdS selecciona y convoca a un conjunto de personas y grupos clave con los que el ministerio ya está familiarizado. Aunque este método es eficaz, puede restringir la participación a los agentes clave que ya son conocidos por el ministerio y que ya tienen influencia. En el método de la bola de nieve, los contactos y representantes iniciales identifican nuevos agentes clave o contactos que consideran relevantes para el plan de acción nacional. Este proceso es muy participativo y puede identificar a grupos que han sido excluidos anteriormente; sin embargo, este método puede ser largo y consumir mucho tiempo. Una combinación de técnicas para identificar a los agentes clave suele ser el enfoque más eficaz.

5.4 COMPROMISO INICIAL Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Una vez identificadas los agentes clave relevantes, el siguiente paso es asegurar su compromiso. El equipo líder del PNCOA, idealmente reunido en una etapa temprana del proceso del PNCOA, puede desempeñar un papel fundamental en la conducción y el apoyo del compromiso de los agentes clave (ver el capítulo 3 para más información sobre el equipo líder del PNCOA). Antes de la participación inicial con el grupo más amplio de agentes clave, el equipo líder del PNCOA puede reunirse para acordar las funciones, responsabilidades y expectativas apropiadas para cada uno de sus miembros.

5.4.1 Objetivos del compromiso

La participación de los agentes clave tiene múltiples objetivos a lo largo del proceso dinámico del PNCOA:

- Explicar el proceso del PNCOA, discutir los plazos que se han establecido y aclarar las valiosas contribuciones de los agentes clave
- Entablar un debate multilateral de prioridades y puntos débiles de las personas y los grupos que informan cada paso del desarrollo del PNCOA
- Revisar los resultados del análisis situacional y de las evaluaciones de base, obteniendo observaciones de los agentes clave que informe de los resultados cuantitativos del análisis.
- Identificar los objetivos estratégicos y las prioridades del PNCOA (que se analizan en el capítulo 6)
- Fomentar la apropiación compartida del plan por todos los agentes clave

En la práctica, cada grupo de agentes clave tendrá diferentes niveles de participación en el proceso del PNCOA. Por lo tanto, diferentes tipos de enfoques de participación son apropiados para diferentes grupos. Por ejemplo, puede ser necesario un compromiso mínimo para los agentes clave cuya experiencia pertenece sólo a un ámbito específico del plan. Otros agentes clave -como los médicos y las sociedades profesionales- son parte integrante de cada uno de los ámbitos del PNCOA y justifican un alto nivel de compromiso. Vea en el cuadro 5.1 un estudio de caso de la República Unida de Tanzania sobre la participación de los agentes clave.



Foto de ONU/JC McIlwaine



CUADRO 5.1

PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES CLAVE: ESTUDIO DE CASO DE LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA

El proceso del PNCOA de la República Unida de Tanzania se inició en noviembre del 2016 y se puso en marcha en marzo del 2018. El proceso comenzó con una revisión sistemática de los datos existentes de una amplia gama de fuentes: El Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania; las ONG; la literatura gris; y la literatura académica. Una vez completada la revisión, se identificó un grupo de más de 200 agentes clave diversas utilizando el enfoque de bola de nieve. Entre los agentes clave se encontraban:

- Médicos de cada zona del país, incluyendo cirujanos, anestelistas, obstetras, radiólogos enfermeros, técnicos de laboratorio, ingenieros biomédicos y parteras;
- Representantes de la sociedad civil, ONG y grupos de pacientes; y
- Representantes gubernamentales de los ámbitos de los servicios curativos y preventivos, la política y la planificación, los recursos humanos, la formación y las adquisiciones.

Los agentes clave fueron consultadas mediante entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. Tras el amplio compromiso inicial, se seleccionaron 80 de los participantes más comprometidos de todos los grupos de agentes clave para que tomaran parte en un taller técnico de dos días. El taller inicial utilizó marcos de discusión para el establecimiento de prioridades que se sintetizaron en un borrador. El borrador inicial fue iterado y validado por estos grupos de interesados. El siguiente paso fue calcular el costo del plan y aprobar el borrador final. El PNCOA final se ha integrado en el plan estratégico del sector sanitario. Su alcance es ambicioso -incluye más de 150 actividades individuales- y su aplicación es factible, ya que cuesta menos de 1,70 dólares per cápita al año y el 3,28% del gasto en salud actual del país. El plan también es inclusivo, ya que refleja directamente las prioridades de los agentes clave y cuenta con el apoyo de fuertes alianzas con organizaciones profesionales.

5.4.2 Cómo participar

La participación de los agentes clave puede llevarse a cabo mediante grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas, talleres y comités.

5.4.2.1 Grupos Focales

Los grupos de discusión suelen consistir en una discusión planificada con un grupo de agentes clave, facilitado por un moderador, que permite expresar las opiniones en un entorno relajado y abierto. Algunos ejemplos de agentes clave que podrían participar en grupos de discusión son los pacientes, las enfermeras de quirófano, los técnicos de anestesia y los grupos de defensa de los estudiantes. Los grupos de discusión ofrecen una buena oportunidad para identificar a las personas que deseen participar más en el proceso del PNCOA. Un posible escollo es que los grupos de discusión pueden ser dominados por los individuos más extrovertidos, lo que puede llevar a una percepción sesgada de las opiniones del grupo.

5.4.2.2 Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas son las más adecuadas para obtener perspectivas directas de individuos o pequeños grupos de dos o tres personas. Lo ideal es que las entrevistas sean realizadas por recolectores de datos imparciales y que luego pudieran ser cotejadas de forma centralizada y organizadas para su revisión por el equipo líder del PNCOA. El material complementario en línea que se ofrece al final de este capítulo incluye consejos para realizar entrevistas cualitativas semiestructuradas, que pueden ser adaptados a cada grupo de interesados. Estas entrevistas pueden ser útiles para obtener consejos sobre determinados elementos del plan por parte de los agentes clave, que pueden no requerir participar en todo el proceso. Las entrevistas individuales también son un buen método para identificar a las personas que pueden querer desempeñar un papel clave en impulsar el proceso del PNCOA y en la ejecución del plan.



5.4.2.3 Talleres y comités

Una vez que se han identificado los agentes clave y se han establecido los compromisos iniciales, los talleres o comités pueden proporcionar una plataforma para un establecimiento de prioridades más profundo y sistemático. A efectos prácticos, puede ser útil dividir a los agentes clave en comités, cada uno de ellos asignado a uno de los ámbitos del PNCOA (infraestructura, prestación de servicios, personal, gestión de la información, financiación y gobernanza) para abordar cada uno de ellos de forma sistemática. En la medida de lo posible, los miembros de cada comité deberán representar un amplio espectro de agentes claves.

El material complementario de este capítulo incluye marcos de discusión para la realización de reuniones de comité que se han creado para cada uno de los ámbitos. Los marcos de debate se dividen en subcategorías que detallan los temas de debate sistemático sugeridos

pertinentes para ese ámbito (por ejemplo en el ámbito de la infraestructura, véase la Fig. 5.1). Para cada tema, el marco recorre la base de cada subcategoría, así como los retos y soluciones propuestas relevantes para el tema. El comité también puede establecer objetivos y luego decidir un plan de seguimiento y evaluación para esa subcategoría. El número de reuniones requeridas por comité depende del grado de compromiso de los agentes claves y de la profundidad de los detalles que el comité considere necesarios. Establecer y mantener un calendario es crucial para mantener a los comités encaminados y hacer avanzar el proceso del PNCOA. Una vez que cada comité haya completado su marco de discusión, el equipo líder del PNCOA deberá revisar una compilación de las actas de cada reunión del comité. Es probable que sea necesario establecer más prioridades, lo que se discute en la siguiente sección.

Fig. 5.1 Ejemplo de marco de debate para el ámbito de infraestructura

INFRAESTRUCTURA

Número y distribución de centros quirúrgicos

I. Contexto

1. ¿Cuáles son los diferentes niveles de instalaciones sanitarias que existen en el país?
 - a. ¿Cuántos establecimientos hay de cada nivel en el país?
2. ¿Cuáles de los centros deben ser capaces de realizar los procedimientos bellwether (cesárea, laparotomía y tratamiento de fractura abierta)?
 - a. ¿Cuál es la distribución geográfica de los centros con capacidad de Bellwether?
 - i. ¿Esta distribución es deliberada y, si es así, cómo?
 - b. ¿Qué porcentaje de la población estima que puede llegar a una instalación con capacidad de realizar procedimiento bellwether en 2 horas?
3. ¿Es adecuado el número y la distribución actual de las instalaciones?

II. Desafíos y soluciones propuestas

4. ¿Cuáles son los principales obstáculos para el desarrollo de nuevas instalaciones?
5. ¿Cuáles son las iniciativas anteriores y actuales para mejorar la distribución y el número de instalaciones?

III. Objetivos

6. Dentro de 5 años, ¿qué cambios deben hacerse en relación con el número y la distribución de las instalaciones quirúrgicas?

IV. Seguimiento y evaluación

7. Parámetros clave
 - a. ¿Cómo se puede medir con precisión el acceso a los procedimientos bellwether en 2 horas?
 - b. ¿Con qué frecuencia debe medirse el acceso a los procedimientos bellwether?
8. ¿Qué cuerpo gubernamental u organización liderará esta iniciativa y monitizará el progreso?

Fuente: Marco de debate del PNCOA creado por Yihan Lin, Isabelle Citron, Kristin Sonderman y Swagoto Mukhopadhyay, Programa de Cirugía Global y Cambio Social, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE.UU. (64).



5.4.3 Establecimiento de prioridades

Es poco probable que se disponga de todos los fondos necesarios para poner en marcha un PNCOA al momento de finalizar el plan. En este momento, la pregunta clave es: "Dadas las limitaciones presupuestarias actuales, ¿qué debe priorizarse primero y qué actividades pueden posponerse?" Esta es otra forma de preguntar: "¿Cómo deben priorizarse los distintos objetivos del plan?". Los debates sobre el establecimiento de prioridades en el ámbito de la salud global suelen centrarse en tres criterios: impacto sanitario, equidad y costo-efectividad. Estos criterios son explorados en esta sección para ilustrar cómo pueden converger en la planificación sanitaria - en lugar de entrar en conflicto entre sí - lo cual es necesario al planificar expandir el acceso a la atención en COA. La sección concluye con un conjunto de actividades sugeridas que probablemente sean de alta prioridad según los tres criterios. Los criterios de impacto en la salud pueden utilizarse para priorizar la financiación de las actividades que tienen mayor impacto en la salud pública ya que afectarán a un gran número de personas con servicios que mejorarán significativamente su estado de salud. Como consecuencia, los servicios especializados necesarios por una pequeña parte de la población podrán posponerse.

Los criterios de equidad pueden utilizarse para dar prioridad a los servicios para las personas que actualmente tienen menor acceso, como las poblaciones de bajos ingresos, sin seguro y rurales. La idea de dar prioridad a estas poblaciones se basa en los principios de la justicia social, o la distribución equitativa de los recursos en la sociedad, y de la opción preferente para los pobres en la atención sanitaria, que sostiene que las personas que históricamente han sido privadas de los servicios deben tener ahora un derecho prioritario a los nuevos recursos que se hacen disponibles. Ambos principios se aplican a la asignación de recursos para la cirugía, que históricamente no se ha puesto a disposición de las poblaciones vulnerables, y que se enfoca en la carga de enfermedad que aflige a personas sin acceso a las salvaguardias, el tamizaje y la medicina preventiva en tasas más altas.

Los criterios de costo-efectividad se utilizan para priorizar las actividades que tienen el mayor beneficio de salud para una inversión determinada. Las actividades destinadas a ampliar el acceso a las actividades quirúrgicas esenciales, tal como se describen en la DCP-3 y en otras (Ver la tabla 5.2), probablemente se encuentren en el primer nivel, o sean altamente rentables. A medida que se disponga de más fondos, se podrá emprender un segundo nivel de actividades.

Estas serán actividades que proporcionarán un buen rendimiento de la inversión, medido en vidas salvadas y discapacidades evitadas, pero son menos rentables que el primer conjunto de actividades. A medida que movilice más dinero, puede ser posible financiar actividades para mejorar el acceso a los servicios relativamente costosos, que pueden mejorar la vida más que salvarla; tales actividades también pueden centrarse en prolongar la vida de las poblaciones de mayor edad en lugar de salvar vidas y evitar discapacidades importantes entre las poblaciones relativamente jóvenes.

Aunque hay situaciones en las que estos tres criterios pueden divergir con respecto al establecimiento de prioridades, en la práctica, casi siempre convergen en el contexto de la ampliación de los servicios quirúrgicos. Por ejemplo, es probable que la ampliación del acceso a los servicios para los pobres y otras poblaciones desatendidas que actualmente tienen poco o ningún acceso a la atención médica sea equitativo, de gran impacto y rentable. De acuerdo con el principio general de reducir los retornos marginales en inversión, es probable que la ampliación del acceso suponga una mayor diferencia para los que tienen menos acceso que para los que ya pueden obtener una atención decente. Por lo general, es poco probable que los criterios de impacto sanitario y rentabilidad entren en conflicto, ya que hacer hincapié en una alta costo-efectividad equivale a maximizar el impacto sanitario (sujeto a las limitaciones presupuestarias). Por lo tanto, los tres criterios justifican la asignación de una alta prioridad a la ampliación del acceso a la cirugía esencial entre las poblaciones desatendidas. En la mayoría de los países, estas serán poblaciones rurales, no aseguradas y empobrecidas; estos grupos a menudo se superponen de forma significativa, realizando más este punto.

La elaboración de un conjunto riguroso de análisis de costo-eficacia (ACE) que sirva de base para el establecimiento de las prioridades de los PNCOA es deseable, pero su realización es costosa y requiere mucho tiempo. Aunque los ACE pueden ayudar a racionalizar la asignación de recursos quirúrgicos, el desarrollo y la implementación de los PNCOA no deberían retrasarse por esperar a que se complete un gran conjunto de ACE específicos para cada país. Gran parte de este trabajo se ha explorado a grandes rasgos y puede servir de guía, como el DCP3 y los Procedimientos Quirúrgicos Esenciales y de Emergencia de la OMS. Con el tiempo, las ACE pueden ayudar a perfeccionar el conjunto de servicios quirúrgicos que deben considerarse esenciales y a seleccionar la tecnología y el personal óptimos para prestar esos servicios. Se trata de un área importante para la investigación futura.



Tabla 5.2 Procedimientos quirúrgicos esenciales recomendados para cada entorno

Prioridad	Tipo de procedimiento ²	ENTORNO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS		
		Centros comunitarios y de atención primaria ³	Hospital de primer nivel ⁴	Hospitales de segundo o tercer nivel ⁵
Obligatoria	Cirugía general	<ul style="list-style-type: none"> · Drenaje de abscesos superficiales · Circuncisión masculina 	<ul style="list-style-type: none"> · Reparación de perforaciones (como la úlcera péptica) · Apendectomía · Obstrucción intestinal · Colostomía · Enfermedad de la vesícula biliar, incluida la cirugía de emergencia · Hernia, incluida la incarceración · Hidrocelectomía · Alivio de la obstrucción urinaria: sondaje o cistostomía suprapúbica 	–
Obligatoria	Obstetricia, ginecología y planificación familiar	Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> · Parto por cesárea · Parto por vacío o con fórceps · Embarazo ectópico · Aspiración manual y dilatación y legrado · Ligadura de trompas · Vasectomía · Histerectomía por rotura uterina o hemorragia posparto intratable · Inspección visual con ácido acético y crioterapia para lesiones cervicales precarias 	<ul style="list-style-type: none"> · Reparación de la fístula obstétrica
Obligatoria	Lesión	<ul style="list-style-type: none"> · Reanimación con medidas básicas de soporte vital · Sutura de laceración · Tratamiento de fracturas no desplazadas 	<ul style="list-style-type: none"> · Reanimación con medidas de soporte vital avanzado, incluida la vía aérea quirúrgica · Toracostomía con tubo (tubo torácico) · Laparotomía por traumatismo · Reducción de fracturas · Irrigación y desbridamiento de fracturas abiertas · Colocación de fijación externa o tracción · Escarotomía o fasciotomía · Amputaciones relacionadas con trauma · Injerto de piel · Trepanación 	–
Recomendada	Discapacidad visual	–	–	<ul style="list-style-type: none"> · Extracción de cataratas e inserción de lentes intraoculares · Cirugía de párpados por tracoma
Recomendada	Congénito	–	–	<ul style="list-style-type: none"> · Reparación de labio y/o paladar hendido · Reparación de pie deforme · Derivación para hidrocefalia · Reparación de malformación anorrectal y enfermedad de Hirschsprung
Recomendada	Ortopedia no traumática	–	<ul style="list-style-type: none"> · Drenaje de la artritis séptica · Desbridamiento de la osteomielitis 	–
Opcional	Dental	<ul style="list-style-type: none"> · Extracción · Drenaje de abscesos dentales · Tratamiento de la caries 	–	–

² La columna en la que aparece un procedimiento es el nivel más bajo del sistema sanitario en el que se suele prestar. No se incluyen en la tabla las intervenciones prehospitalarias, como los primeros auxilios, los procedimientos de soporte vital básico o los procedimientos de soporte vital avanzado realizados en el entorno prehospitalario. Los sistemas sanitarios de los distintos países están estructurados de forma diferente, y lo que puede ser adecuado en los distintos niveles de los centros será diferente. No se incluyen en la lista de procedimientos esenciales los procedimientos que son más aplicables en los centros de nivel superior: reparación de lesiones vasculares, reducción abierta y fijación interna, drenaje de hematomas intracraneales que no sea a través de un orificio de trepanación o exploración de cuello o tórax.

³ En esta tabla, el centro comunitario implica principalmente capacidades ambulatorias (como las que se utilizarían para proporcionar los procedimientos electivos como la atención dental), mientras que el centro de atención primaria implica una instalación con camas para pasar la noche y personal las 24 horas del día (como se necesitaría para procedimientos como el parto normal).

⁴ Los hospitales de primer nivel implican una capacidad quirúrgica bastante desarrollada con médicos con experiencia quirúrgica; de lo contrario, muchos de los procedimientos tendrían que llevarse a cabo en instalaciones de nivel superior. Laparotomía traumática aplicable en los hospitales de primer nivel: laparotomía exploratoria por hemoperitoneo, neumoperitoneo o lesión intestinal; los procedimientos específicos incluyen esplenectomía, reparación esplénica, empaquetamiento de la lesión hepática y reparación de la perforación intestinal.

⁵ Los hospitales de referencia y especializados (que también podrían considerarse hospitales de segundo y tercer nivel) implican instalaciones que tienen conocimientos avanzados o subespecializados para el tratamiento de una o más afecciones quirúrgicas, que no suelen encontrarse en instalaciones de nivel inferior.

Fuente: Adaptado de DCP-3 Volumen 1 (3).



Foto de ONU/Kibae Park



Al definir un conjunto de actividades de alta prioridad, los planificadores y otros agentes clave deben tratar de identificar los gastos específicos que son a la vez de bajo costo y de alto impacto. Un método consiste en identificar las partes del sistema donde faltan aportaciones críticas. Por ejemplo, unas instalaciones bien equipadas y dotadas de cirujanos capacitados pueden tener poco impacto si el personal no incluye suficientes anestesistas o enfermeras anestesistas. En este caso, la formación y el despliegue de personal de anestesia pueden estar en lo más alto de la lista de prioridades de implementación. Del mismo modo, la variedad, la cantidad y la calidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en un centro pueden verse gravemente comprometidas si el centro carece de equipos esenciales, como el suministro continuo de oxígeno, equipos de succión operativos o capacidades básicas como un suministro fiable de electricidad. En estos centros quirúrgicos, garantizar la disponibilidad de insumos críticos debe ser una prioridad. Esto puede catalizar un uso más eficiente de los recursos existentes, especialmente en las instalaciones a las que acceden las poblaciones desatendidas. En estos contextos, puede ser útil centrarse en la mejora de las plataformas de capacidad múltiple -como las instalaciones quirúrgicas de las clínicas o los centros de salud- que comparten recursos entre los distintos tipos de procedimientos quirúrgicos, en lugar de centrarse en procedimientos quirúrgicos específicos con recursos únicos que no son compartidos.

Las oportunidades concretas de nuevas inversiones de gran impacto variarán entre los países y dentro de ellos. Otras estrategias de alta prioridad potencialmente prometedoras son, entre otras, las siguientes:

- La capacidad quirúrgica pediátrica, que a menudo se descuida pero puede tener un alto rendimiento en vidas salvadas y años de discapacidad evitados;
- Formación y despliegue de más personal de enfermería de quirófano y de piso (puestos que a menudo son insuficientes); y
- Sistemas de incentivos que garanticen la disponibilidad de personal quirúrgico en las zonas subatendidas.

Una vez identificadas las prioridades, el siguiente paso es redactar el plan. En el capítulo 6 se ofrece orientación sobre la redacción y validación de un PNCOA.

5.5 RECURSOS COMPLEMENTARIOS

El **marco de debate completo** está disponible en: <https://tinyurl.com/ybsk5eqo> (64).

Las **herramientas de entrevista cualitativa para agentes clave específicas (director del hospital, médicos, enfermeras)** están disponibles en: <https://tinyurl.com/yb2m9lr4> (65).



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 6

Elaboración y validación del plan





La redacción del PNCOA es el último de los pasos descritos en los capítulos anteriores. El proceso de redacción del PNCOA tiene como objetivo elaborar un documento que detalle:

- Brechas y desafíos identificados a partir del análisis situacional de base y la participación de los agentes clave
- Metas a alcanzar durante la vigencia del PNCOA
- Soluciones y actividades para alcanzar esos objetivos
- Un marco de evaluación para evaluar si se han logrado los objetivos

En este capítulo se destacan las consideraciones clave y se ofrecen guías y herramientas para apoyar el proceso de redacción del PNCOA y generar consenso sobre el plan final entre los agentes clave.

6.1 CONSIDERACIONES CLAVE

Existen varias consideraciones clave durante el proceso de redacción. El plan debe reflejar los puntos de vista de los agentes clave, proporcionar perspectivas equilibradas y evidencia, y alinearse con las prioridades del gobierno y el ministerio.

6.1.1 Reflejar las opiniones de los agentes clave

La recomendación en el desarrollo del PNCOA resalta la necesidad de que el plan sea elaborado y asumido por los agentes clave locales, lo que es especialmente relevante para el proceso de redacción (1). Para obtener una aceptación suficiente, un grupo amplio y diverso de agentes clave en el país debe participar en todo el proceso de redacción. Hacer circular los borradores de los planes entre las principales agentes clave para que den su opinión en las distintas fases del proceso de redacción -por ejemplo, mediante talleres y debates individuales- puede ayudar a garantizar que el contenido sea un consenso de las opiniones de todas las partes relevantes.

6.1.2 Garantizar que las prioridades se basen en evidencia

Si bien es importante que el PNCOA refleje los puntos de vista de los agentes clave, especialmente de los proveedores de primera línea que conocen de primera mano los retos diarios de la prestación de atención

quirúrgica en centros con recursos limitados, es fundamental que las prioridades del plan se basen en evidencia. En la medida de lo posible, las prioridades del plan deben basarse en datos fiables y recientes y en programas que hayan sido probados y comprobados en contextos similares. Es responsabilidad del comité de redacción del PNCOA el garantizar que todas las intervenciones prioritarias propuestas se basen en evidencia. Una forma de garantizar que los agentes clave tomen decisiones basadas en evidencia es compartir las conclusiones del análisis situacional realizado con los agentes clave antes de reunirlos para el establecimiento de prioridades. Si los agentes clave que participan en el establecimiento de prioridades conocen los datos más actualizados, esto puede ayudar a garantizar que las perspectivas sean en base a su experiencia y se complementen con sus perspectivas sobre el terreno. Se necesitará un comité capacitado para el PNCOA para poder mediar en las decisiones entre los puntos de vista potencialmente divergentes de los agentes clave.

6.1.3 Alinearse con las prioridades del gobierno y del ministerio

Dada la naturaleza transversal de los sistemas quirúrgicos, abordar los retos sistémicos requiere un enfoque horizontal. Lo ideal es que las prioridades establecidas en el PNCOA se alineen estrechamente con las normas y planes actuales del gobierno del país y de su Ministerio de Salud -en particular la norma, estrategia o plan de salud nacional- y sean congruentes con las prioridades intersectoriales de otros ministerios, como los de finanzas, educación y energía. Esto ayuda a evitar la duplicación de esfuerzos y a prevenir políticas contradictorias. Se aconseja a los comités de redacción del PNCOA que lleven a cabo una revisión exhaustiva de las políticas nacionales y regionales actuales para identificar las prioridades clave entre sectores, encontrar áreas de solapamiento de normas y planificar normas complementarias.

Para que el PNCOA final sea alcanzable y asequible en el plazo previsto, es importante que los comités de redacción del PNCOA y otros agentes clave delimiten el alcance del plan desde el principio del proceso. Por ejemplo, la electricidad y el suministro de agua son cruciales para una cirugía segura. Sin embargo, la conexión de todos los centros sanitarios a la red eléctrica nacional y el suministro de agua corriente pueden ser objetivos más apropiados para una estrategia sanitaria nacional que para un PNCOA, porque esas capacidades son cruciales para muchas otras áreas del sistema sanitario. Su inclusión en un PNCOA puede ser demasiado abrumadora y costosa para un



departamento de COA nuevo y relativamente modesto en el MdS; además, es probable que las actividades se aborden en los planes de otros sectores, como el de infraestructura y energía. Una actividad más factible para el PNCOA podría ser abogar ante los departamentos correspondientes dentro del MdS y de otros sectores gubernamentales para la priorización de esas capacidades en el plan nacional de salud, por ejemplo, trabajando con el Ministerio de Energía y el Ministerio de Agua. Esto añade peso y urgencia al problema sin comprometerse a resolverlo dentro del PNCOA.

6.2 ELABORACIÓN DEL PNCOA

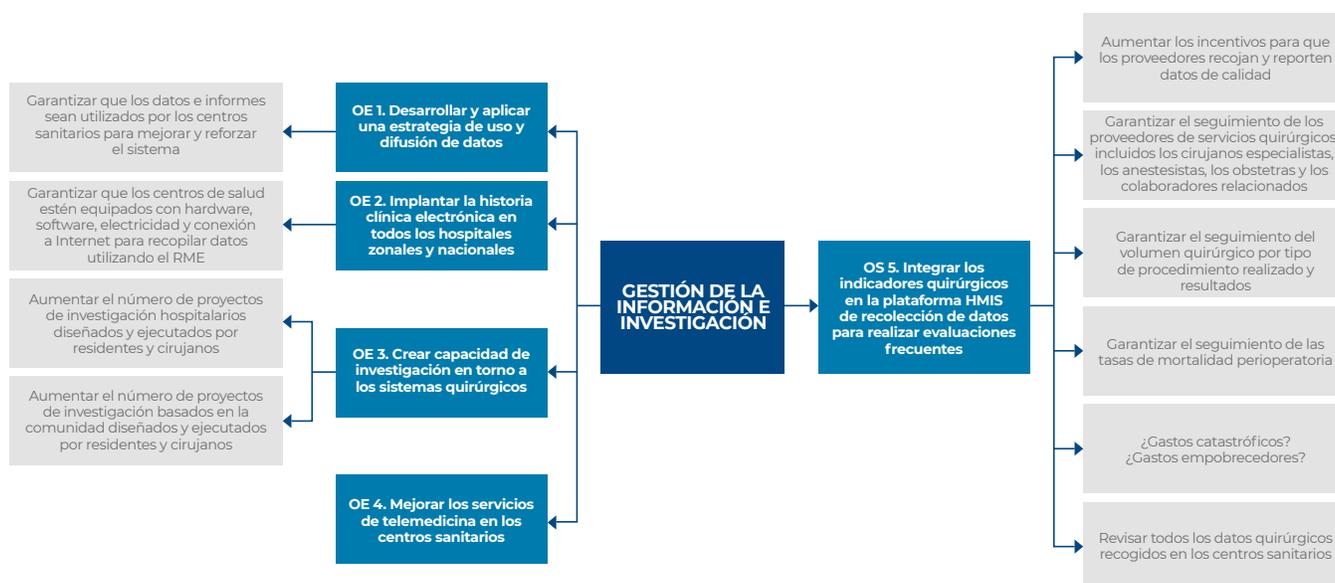
Esta sección proporciona orientación para el proceso de elaboración de un PNCOA, incluyendo:

- Integrar temas y establecer consensos sobre prioridades
- Reunir un equipo de redacción
- Redacción del plan: esquematización, establecimiento de metas, identificación de objetivos estratégicos, definición de resultados esperados, determinación de actividades y definición de indicadores
- Recomendaciones para la redacción del plan

6.2.1 Integrar los temas y establecer un consenso sobre las prioridades

Los pasos iniciales en la redacción de un PNCOA son integrar los temas que surgieron durante las entrevistas de consulta a los agentes clave, los grupos de discusión y los talleres, así como establecer un consenso sobre las prioridades. Puede ser útil organizar las diversas prioridades de los agentes clave en objetivos estratégicos, metas, resultados y actividades coherentes. De esta forma se garantiza que las prioridades se basen en las discusiones de los agentes clave y que no se omitan las áreas clave. Una estrategia comúnmente utilizada para organizar las ideas es la elaboración de mapas mentales, utilizando un tema central del que se originan los subtemas. La Fig. 6.1 es un ejemplo de mapa mental de múltiples prioridades y temas de los agentes clave en torno a la gestión de la información. A partir de este tema central surgen subtemas que son los distintos objetivos estratégicos del ámbito de la gestión de la información. Cada objetivo estratégico está vinculado a los resultados específicos para lograr ese objetivo. Existen muchos programas informáticos gratuitos de mapas mentales que ayudan a realizar esta tarea (66).

Fig. 6.1 Mapa mental de las prioridades y temas de los agentes clave en torno a la gestión de la información



HMIS: Sistema de gestión de información del sector sanitario



6.2.2 Formación de un equipo de redacción

Para organizar las prioridades de los agentes clave en un plan cohesivo, una estrategia útil es reunir un equipo de redacción del PNCOA. Aunque el plan debe reflejar los puntos de vista de los agentes clave, puede que no sea práctico tener a todas ellas presentes en el proceso de redacción. Durante el proceso de redacción, es importante mantener el compromiso con las prioridades establecidas por los agentes clave en lugar de generar nuevas prioridades. En un escenario ideal, los miembros del equipo de redacción representan una muestra representativa de los agentes clave, incluyendo a los médicos de primera línea (por ejemplo, especialistas y enfermeras), organizaciones de pacientes, representantes del gobierno, asociaciones profesionales, proveedores privados, proveedores religiosos y organizaciones de la sociedad civil. Lo más habitual es que el primer borrador del plan sea elaborado por un equipo de redacción más reducido, una parte

interesada individual o un consultor externo. Luego, el borrador es revisado rigurosamente por un grupo más amplio de agentes clave que aportan observaciones detalladas. La participación de redactores de normas que dominen el lenguaje de los documentos del MdS puede facilitar la incorporación del PNCOA al plan nacional de salud..

6.2.3 Elaboración de recomendaciones

Esta sección ofrece recomendaciones para el proceso de redacción relacionadas con la esquematización de la propuesta, el establecimiento de las metas, la identificación de los objetivos estratégicos, la definición de los resultados esperados, la determinación de las actividades y la definición de los indicadores.



CUADRO 6.1

EJEMPLO DE ESQUEMA PARA EL PNCOA

I. Introducción

- a. Justificación del plan
- b. Proceso de desarrollo

II. Principios rectores, visión y misión

- a. Principios rectores
- b. Visión
- c. Misión

III. Contexto

- a. Progreso de la salud y el desarrollo
- b. Políticas y prioridades nacionales

IV. Análisis situacional

- a. Prestación de servicios
- b. Infraestructura, productos y tecnologías
- c. Personal sanitario
- d. Financiación de la atención sanitaria
- e. Información e investigación
- f. Liderazgo y gobernanza

V. Metas detalladas, objetivos estratégicos, resultados y actividades

- a. Presentado en formato de tabla con indicadores, línea de base y objetivos

VI. Marco de Seguimiento y Evaluación

VII. Marco de gobernanza

VIII. Costo de implementación

IX. Apéndice

- a. Documentos complementarios, como los detalles de los costos



6.2.3.1 Esquema del proyecto

Aunque no existe una plantilla universal para elaborar los PNCOA, cualquier plantilla que se utilice debe alinearse (en la medida de lo posible) con las plantillas utilizadas para las normas existentes del MdS. En el cuadro 6.1 se ofrece un ejemplo de esquema para el borrador de un PNCOA de salud pública.

Los componentes clave del esquema del PNCOA pueden incluir:

- Introducción
- Principios rectores, visión y misión
- Contexto
- Análisis situacional
- Metas detalladas, objetivos estratégicos, resultados y actividades
- Marco de gobernanza
- Marco de seguimiento y evaluación
- Costo de implementación.

La introducción suele incluir la justificación para desarrollar un PNCOA en el país específico y una discusión del proceso general de desarrollo del PNCOA.

La sección sobre los principios rectores, la visión y la misión debe tratar de destacar el propósito general del plan. La misión suele ser una frase sucinta que resume lo que el plan pretende conseguir, y la visión enmarca más ampliamente el impacto potencial de la consecución de la misión. La sección de contexto puede incluir una visión general de los indicadores de salud y de desarrollo específicos del país, así como los

avances en materia de salud y desarrollo del país y sus políticas y prioridades nacionales. El análisis situacional puede describirse en la siguiente sección, junto con los resultados de las evaluaciones de base que se hayan realizado. Una forma de presentar un análisis situacional es estructurarlo en torno a los componentes básicos de los sistemas de salud de la OMS (67), que sustentan la estructura del PNCOA (véase la figura 6.2). Estos ámbitos incluyen la prestación de servicios, el personal sanitario, los productos y las tecnologías médicas, la financiación de la atención sanitaria, la información e investigación, y el liderazgo y gobernanza. Véase el capítulo 4 de este manual para más información sobre el análisis situacional y la evaluación base.

La sección en la que se detallan las metas, los objetivos estratégicos, los resultados y las actividades es la parte más importante del PNCOA. Para cada ámbito del sistema sanitario se describe qué objetivos prioritarios se alcanzarán (metas y objetivos estratégicos), cómo se lograrán (productos y actividades) y cuándo se alcanzarán. Es crucial que se desarrolle un plan de seguimiento y evaluación exhaustivo como parte del PNCOA para supervisar el progreso de la implementación hacia la consecución de los objetivos del PNCOA y su impacto. En el capítulo 7 de este manual se ofrecen consejos sobre el establecimiento de metas y la medición de cada objetivo estratégico. El costo de un PNCOA y el establecimiento de estructuras organizativas y marcos de gobernanza se describen en los capítulos 8 y 9, respectivamente.

Fig. 6.2 Organizar un análisis situacional del PNCOA en torno a los componentes de los sistemas de salud





6.2.3.2 Formulación de metas

En el contexto de los sistemas sanitarios, una meta es una declaración amplia sobre lo que el sistema general pretende lograr (61). Por ejemplo, una meta del PNCOA podría ser aumentar el volumen quirúrgico a nivel nacional. Una sola meta suele tener uno o más objetivos estratégicos necesarios para alcanzarla.

6.2.3.3 Identificar los objetivos estratégicos

Un objetivo, tal y como lo define el Glosario de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la OMS (68), es "una declaración de un estado, condición o propósito futuro deseado, que una institución, un proyecto, un servicio o un programa pretende alcanzar". La esencia de un objetivo estratégico es definir claramente lo que el PNCOA pretende lograr. Los objetivos estratégicos se identifican en función de las prioridades determinadas por los agentes clave y los responsables políticos. Un enfoque común para desarrollar objetivos estratégicos útiles es utilizar los criterios definidos a continuación.

- **Específico:** ¿qué se hará exactamente para quién y por quién?
- **Medible:** ¿es cuantificable y cómo podemos medirlo?
- **Alcanzable:** ¿se puede hacer en el plazo propuesto con los recursos y el apoyo disponibles?
- **Relevante:** ¿tendrá el objetivo el efecto deseado en la meta o misión deseada del plan estratégico?
- **De duración determinada:** ¿para cuándo se alcanzará el objetivo estratégico?

6.2.3.4 Definir los resultados esperados

El siguiente paso consiste en definir los resultados necesarios para alcanzar los objetivos estratégicos. Estos son los productos o servicios necesarios para alcanzar un objetivo estratégico, que resultan de una serie de actividades. La distinción entre objetivos estratégicos y resultados es que los objetivos estratégicos son más amplios y pueden tener varios productos constitutivos que son más específicos.

6.2.3.5 Determinación de las actividades

Las actividades o estrategias son elementos específicos que se pueden poner en práctica para lograr un determinado resultado. Los detalles de las actividades relacionadas con la implementación

pueden presentarse en un plan operacional. Las actividades suelen redactarse con verbos de acción en tiempo presente. Las siguientes son consideraciones importantes para determinar las actividades a incluir (61).

- ¿A qué niveles, organizaciones y grupos están dirigidos?
- ¿Qué recursos pueden estar disponibles?
- ¿A qué poblaciones, áreas geográficas y niveles de establecimiento se dirigen?
- ¿Logrará la actividad el resultado deseado?
- ¿Quién puede beneficiarse y contribuir más?

6.2.3.6 Definición de indicadores

Para medir el progreso hacia la consecución de los objetivos fijados en el PNCOA, es fundamental definir los indicadores. En la medida de lo posible, todos los indicadores deben tener un valor de referencia y un objetivo final que se debe alcanzar durante el periodo de vigencia del PNCOA. A continuación se presentan los criterios comunes utilizados para definir indicadores útiles (59).

- **Pertinencia:** relación clara entre el resultado y el indicador;
- **Precisión:** mide lo que pretende medir;
- **Importancia:** capta algo que marca la diferencia;
- **Utilidad:** los resultados apuntan a áreas que se pueden cambiar;
- **Viability:** se puede obtener con un esfuerzo razonable y asequible;
- **Credibilidad:** recomendada y está siendo utilizada por expertos destacados y organizaciones como la OMS y el Banco Mundial (por ejemplo, indicadores LCoGS o IDM);
- **Validez:** en la medida de lo posible, se ha probado en el campo y se ha utilizado en la práctica; y
- **Carácter distintivo:** carece de redundancia y no mide algo ya capturado bajo otro indicador.

El capítulo 7 de este manual ofrece una discusión más detallada de los indicadores.



6.2.4 Redacción de las recomendaciones

En esta sección se describen una serie de principios rectores que pueden ayudar a redactar las recomendaciones del PNCOA. El primero es escribir de forma sencilla. Para garantizar que el PNCOA pueda ser leído y comprendido por diversos agentes clave, especialmente los ejecutores y los usuarios finales, el PNCOA debe estar escrito en un lenguaje sencillo que evite el uso de jerga difícil de entender para los no expertos. Todos los agentes clave deben poder leer y comprender el contenido del plan sin necesidad de consultar a expertos. El segundo principio es ser claro y conciso a la hora de redactar el plan, evitando discusiones largas e interminables. El tercero es ser

objetivo. El comité de redacción del PNCOA debe estar bien informado, ser objetivo y encargarse de plasmar las prioridades de los agentes clave en el documento final, diseñando objetivos y estrategias basados en hechos y evidencia. El cuarto es presentar la información de la forma más adecuada. Por ejemplo, las metas, los objetivos estratégicos, los resultados, las actividades, los indicadores, las líneas de base y el propósito del PNCOA podrían presentarse en una sola tabla, ya que todos están relacionados entre sí (Ver la Tabla 6.1).

Tabla 6.1 Ejemplo de un objetivo del PNCOA para aumentar el volumen quirúrgico a nivel nacional

OBJETIVO 1: AUMENTAR EL VOLUMEN QUIRÚRGICO A NIVEL NACIONAL			
Objetivo estratégico	Resultado	Actividades	Indicadores
OE1. Aumentar el número de proveedores en COA de 0,02 a 2,0 por cada 100 000 habitantes para el 2025.	R1. Formar a especialistas en COA	<ul style="list-style-type: none"> · A1. Formar 500 cirujanos generales especialistas para el 2025 · A2. Formar 500 anestesiólogos especialistas para el 2025 · A3. Formar 500 obstetras especialistas para el 2025 	Número de especialistas en COA por cada 100 000 habitantes
	R2. Formar a anestesistas no médicos	A1. Formar a 1.000 anestesistas no médicos para el 2025	Número de anestesistas por cada 100 000 habitantes

COA: cirugía, obstetricia y anestesia

6.3 LOGRAR UN AMPLIO CONSENSO SOBRE EL PNCOA FINAL

Una vez redactado el primer borrador del PNCOA, puede compartirse con el resto de la comunidad de agentes clave en general para generar un consenso sobre el plan final. La generación de consenso garantiza que los objetivos estratégicos, las metas, los resultados, las actividades y los objetivos del plan estén alineados con las opiniones de los agentes clave y la evidencia disponible. El proceso de consenso puede llevarse a cabo de varias maneras, como por ejemplo mediante un taller presencial, por correo electrónico o por correo postal.

El uso de un taller permite reunir a un amplio grupo de agentes clave para que comenten cada sección del plan por separado, con el objetivo de obtener comentarios y alcanzar un consenso sobre todos los componentes del borrador. El enfoque presencial puede facilitar un compromiso más profundo de los agentes clave, pero puede ser costoso y llevar mucho tiempo convocar a los

participantes en persona. Como alternativa, el borrador puede distribuirse a los participantes para que den su opinión por vía electrónica o por correo. Estos métodos tienen la ventaja de ser rápidos, baratos y útiles para llegar a un mayor número de interesados. Sin embargo, la desventaja es que la profundidad de las discusiones y los comentarios pueden ser limitados. Una combinación de estos métodos puede ser ideal; por ejemplo, un taller inicial más pequeño podría ir seguido de una consulta más amplia realizada a distancia.

Una vez que se ha alcanzado el consenso y se ha completado el borrador final del PNCOA, los siguientes pasos son la creación de un marco de seguimiento y evaluación (véase el capítulo 7) y el cálculo de los costos y el presupuesto del plan (véase el capítulo 8) antes de enviarlo a la dirección ministerial para su aprobación.



6.4 RECURSOS COMPLEMENTARIOS

Planificación estratégica: Transformar las prioridades en planes está disponible en:

<https://tinyurl.com/y76vtg9u> (61).

El Plan Estratégico Nacional de Cirugía, Obstetricia y Anestesia Año 2017-2021 está disponible en:

<https://tinyurl.com/ybeb7yqq> (Zambia) (69).

Salvar vidas mediante una cirugía segura (SaLTS) 2016-2020 está disponible en:

<https://tinyurl.com/y9jafp99> (Ethiopia) (70).



SUS

Anotaciones

Area for handwritten notes with horizontal dotted lines.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 7

Seguimiento y Evaluación





Una parte esencial de cualquier PNCOA es una estrategia de seguimiento y evaluación bien definida para evaluar los resultados del plan y realizar un seguimiento del progreso hacia el logro de sus objetivos. La Herramienta de Evaluación Quirúrgica (SAT), la Herramienta de Evaluación de Instalaciones de Anestesia y otras evaluaciones de instalaciones se utilizan a menudo para evaluar el estado basal de un sistema quirúrgico y para monitorear los cambios de largo plazo en el tiempo. En cambio, una estrategia de seguimiento y evaluación puede utilizarse para establecer indicadores específicos que permitan un seguimiento prospectivo continuo de la capacidad y la calidad quirúrgicas de cada centro de salud. Estos indicadores son recogidos por el personal de los centros de salud y luego integrados en el Sistema de Información Sanitaria (HIS) o en el Sistema de Información de Gestión Sanitaria (HMIS). En este capítulo se analiza la importancia del seguimiento y la evaluación en los PNCOA, se ofrecen ejemplos de los indicadores propuestos, se describen los mecanismos de recolección y reporte de información y se explica cómo la información.

7.1 OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN (SYE)

El seguimiento y evaluación proporciona el marco para el cambio en el sistema sanitario. Mediante la recolección y el análisis de datos se puede obtener una imagen clara de un programa sanitario, en este caso el sistema de atención quirúrgica. Esta imagen ilustra las necesidades o los déficits actuales para impulsar el cambio. Mediante la recolección, compilación y análisis de información o indicadores pertinentes, se revelará el estado actual del sistema sanitario y se podrá actuar sobre las áreas que necesitan mejoras. Los indicadores, o los puntos de datos elegidos para la medición, deben estar directamente vinculados a los objetivos del programa de atención sanitaria para así poder facilitar las mejoras. Con un marco de seguimiento y evaluación claro y mecanismos de retroalimentación de la información, los cambios pueden realizarse de manera oportuna. La recolección, agregación y presentación adecuada de estos indicadores son esenciales para este proceso.

Los datos recogidos y reportados a través de una estrategia de SyE pueden utilizarse para medir directamente los progresos realizados en la aplicación

del PNCOA. Los objetivos del SyE del PNCOA son similares a los del S&E de los planes nacionales de salud (71):

- Monitorear el progreso a través del proceso del PNCOA.
- Priorizar la COA en el sistema de salud y concientizar sobre la importancia de la cirugía.
- Alinearse con las prioridades regionales y globales de COA (por ejemplo, recolectando y reportando indicadores quirúrgicos internacionales comunes).
- Identificar y abordar las desigualdades en la prestación de servicios de salud en COA.
- Crear un mecanismo de vigilancia.
- Inculcar responsabilidad por la política y la implementación.
- Usar datos para impulsar decisiones de políticas de salud basadas en evidencia.

7.2 MARCOS DE INDICADORES QUIRÚRGICOS

Se han propuesto varios marcos diferentes para los indicadores quirúrgicos. En el 2015, la LCoGS propuso seis indicadores mayores que abarcan tres grupos: preparación para la atención quirúrgica y anestésica (véase la tabla 7.1), prestación de la atención quirúrgica y anestésica (véase la tabla 7.2) y efecto de la atención quirúrgica y anestésica (véase la tabla 7.3) (1). Estos seis indicadores son los que proveen la mayor cantidad de información cuando se utilizan e interpretan de manera conjunta; ningún indicador por sí solo ofrece una representación adecuada de la atención quirúrgica y anestésica cuando se analiza de forma independiente.

En el 2016, cuatro de estos seis indicadores se incorporaron a los IDM del Banco Mundial (72). La OMS incluye los seis indicadores quirúrgicos en la Lista de Referencia Mundial de 100 Indicadores Sanitarios Básicos, que también contiene la tasa de mortalidad perioperatoria y la disponibilidad y preparación específicas para los servicios quirúrgicos, tanto básicos como integrales (73). Otros indicadores quirúrgicos de la OMS, además de los 100 indicadores básicos, incluyen la sepsis postoperatoria y el tiempo de espera para cirugía electiva (73). Estos indicadores pueden servir de ejemplo para los países que deseen integrar los datos quirúrgicos en sus sistemas nacionales de información de salud.



Tabla 7.1 Grupo 1 de indicadores de la LCoGS: preparación para la atención quirúrgica y anestésica

	GRUPO 1 DE INDICADORES: PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA ¹	
	Acceso a la cirugía esencial oportuna	Densidad de personal especializado
Definición	Proporción de la población que puede acceder, en un plazo de dos horas, a un centro que pueda realizar un parto por cesárea, una laparotomía y el tratamiento de una fractura abierta (los procedimientos Bellwether) realizados	Número de médicos especialistas en COA que trabajan por cada 100 000 habitantes
Justificación	Todas las personas deberían tener un acceso oportuno a los servicios quirúrgicos de urgencia; la prestación de procedimientos Bellwether predice la realización de muchos otros procedimientos quirúrgicos esenciales; dos horas es un umbral de muerte por complicaciones del parto	La disponibilidad y accesibilidad de los recursos humanos para la salud es un componente crucial de la prestación de atención quirúrgica y anestésica
Fuentes de datos	Registros de las instalaciones y datos demográficos de la población	Registros de las instalaciones, datos de organismos de formación y acreditación
Entidad responsable	MdS	MdS
Comentarios	Informa a las normas y el planeamiento sobre la ubicación de los servicios en relación con la densidad de población, los sistemas de transporte y la prestación de servicios de las instalaciones	Informa las estrategias de la fuerza laboral, formación y retención
Objetivo	Una cobertura mínima del 80% de los servicios esenciales de cirugía y anestesia por país para el 2030	100% de países con al menos 20 proveedores de cirugía, obstetricia y anestesia por cada 100.000 habitantes para el 2030

LCoGS: Lancet Commission on Global Surgery; MdS: Ministerio de Salud; COA: cirugía, obstetricia y anestesia.
¹ Los indicadores de acceso y de densidad de la fuerza laboral se comunicarían anualmente.
 Fuente: adaptado de Meara et al. (1).

Tabla 7.2 Grupo 2 de indicadores de la LCoGS: prestación de atención quirúrgica y anestésica

	GRUPO 2 DE INDICADORES: PRESTACIÓN DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA ²	
	Volumen quirúrgico	Mortalidad perioperatoria
Definición	Procedimientos realizados en un quirófano por cada 100.000 habitantes al año	Tasa de mortalidad por todas las causas antes del alta en pacientes que han sido sometidos a un procedimiento en un quirófano, dividido por el número total de procedimientos, presentado como porcentaje
Justificación	El número de procedimientos quirúrgicos realizados al año es un indicador de la necesidad satisfecha	La seguridad quirúrgica y anestésica es un componente integral de la prestación de cuidados; la mortalidad perioperatoria abarca la muerte en el quirófano y en el hospital después del procedimiento
Fuentes de datos	Registros del centro	Registros de los centros y de las muertes
Entidad responsable	Centro y Ministerio de Salud	Centro y Ministerio de Salud
Comentarios	Informa las normas y el planeamiento sobre las necesidades satisfechas y no satisfechas de atención quirúrgica	Informa las normas y el planeamiento sobre la seguridad quirúrgica y anestésica y el volumen quirúrgico cuando el número de procedimientos es el denominador
Objetivo	El 80% de los países para el 2020 y el 100% de los países para el 2030 haciendo seguimiento al volumen quirúrgico; 5000 procedimientos por cada 100.000 habitantes para el 2030	80% de los países para el 2020 y 100% de los países para el 2030 haciendo seguimiento de la mortalidad perioperatoria; en el 2020, evaluar los datos globales y establecer objetivos nacionales para el 2030

LCoGS: Comisión de Lancet sobre Cirugía Global; MdS: Ministerio de Salud.
² Los indicadores de volumen quirúrgico y de mortalidad perioperatoria se comunicarían anualmente.
 Fuente: adaptado de Meara, et al (1).



Tabla 7.3 Grupo 3 de indicadores de la LCoGS: efecto financiero de la atención quirúrgica y anestésica

GRUPO 3 DE INDICADORES: EFECTO FINANCIERO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA ³		
	Protección contra los gastos de empobrecimiento ⁴	Protección contra gastos catastróficos ⁵
Definición	Proporción de hogares protegidos contra el empobrecimiento por el pago directo de bolsillo de la atención quirúrgica y anestésica	Fracción de hogares protegidos contra los gastos catastróficos por los pagos directos de bolsillo de la atención quirúrgica y anestésica
Justificación	Cada año, miles de millones de personas corren el riesgo de caer en la ruina financiera por haber accedido a servicios quirúrgicos; esta es una versión específica del objetivo de cobertura sanitaria universal del Banco Mundial	Cada año, miles de millones de personas corren el riesgo de caer en la ruina financiera por haber accedido a servicios quirúrgicos; esta es una versión específica del objetivo de cobertura sanitaria universal del Banco Mundial
Fuentes de datos	Encuestas a pacientes, registros de los centros y datos demográficos de la población	Encuestas a pacientes, registros de los centros y datos demográficos de la población
Entidad responsable	Las encuestas a los pacientes pueden ser realizadas por el centro o por agencias independientes; el MdS es responsable del indicador final	Las encuestas a los pacientes pueden ser realizadas por el centro o por agencias independientes; el MdS es responsable del indicador final
Comentarios	Informa las normas sobre los sistemas de pago, la cobertura del seguro y el equilibrio de los servicios públicos y privados	Informa las normas sobre los sistemas de pago, la cobertura del seguro y el equilibrio de los servicios públicos y privados
Objetivo	100% de protección contra el empobrecimiento por pagos de bolsillo para la atención quirúrgica y anestésica para el 2030	100% de protección contra gastos catastróficos de pagos de bolsillo por atención quirúrgica y anestésica para el 2030

LCoGS: Comisión de Lancet sobre Cirugía Global; MdS: Ministerio de Salud; CSU: cobertura de salud universal.

³ Los indicadores de protección financiera deben notificarse junto con las medidas de protección financiera para la CSU del Banco Mundial y la OMS.

⁴ El gasto empobrecedor se define como aquel que empuja hacia la pobreza o a una mayor pobreza debido a pagos directos de bolsillo, definidos por las líneas de pobreza nacionales o internacionales.

⁵ El gasto catastrófico se define como los pagos directos de más del 10% del gasto total del hogar.

Fuente: adaptado de Meara, et al(1).

7.3 SELECCIÓN DE INDICADORES ADICIONALES

Es aconsejable que cada país considere la posibilidad de incluir indicadores adicionales en su PNCOA para alcanzar los objetivos específicos del país o para abordar mejor los déficits previamente identificados en la prestación de la atención quirúrgica. La selección de indicadores adicionales para el seguimiento y la evaluación de los PNCOA implica el desarrollo de definiciones específicas, herramientas de recolección, planes de análisis y objetivos. Los siguientes principios pueden servir de guía para la selección de indicadores adicionales:

- Indicadores con relevancia a nivel del establecimiento, así como a nivel regional, nacional y global.
- Indicadores que son posibles de recolectar dentro del sistema de recolección de datos actualmente disponible.
- Indicadores susceptibles a ser adaptados a nivel de establecimiento, regional y nacional.
- Indicadores con metas claras que se puedan establecer y medir.
- Indicadores con mecanismos efectivos de reporte en orden.
- Indicadores que incluyen una amplia gama de

métricas (aportaciones, salidas, resultados e impacto).

- Indicadores que abarcan varias especialidades, como COA y traumatología.

Es preferible y eficiente integrar cualquier nuevo indicador que pueda medirse fácilmente dentro de los mecanismos de recolección de datos actualmente disponibles, aunque puede requerir la actualización de los registros hospitalarios o de los formularios de reporte de datos. La mejor manera de elegir indicadores adicionales que puedan integrarse con éxito es a través de un proceso de consulta inclusivo con los equipos nacionales de HIS. En algunos casos, se necesitarán nuevas herramientas para medir con precisión un indicador junto con una metodología de muestreo de la población pertinente. Antes de su puesta en marcha, la realización de pruebas adecuadas, la iteración y la educación sobre cómo completar la herramienta pueden ayudar a evitar errores que sean costosos o que comprometan la calidad de los datos. Esto es especialmente relevante para los indicadores que requieren la perspectiva de los pacientes, como el acceso quirúrgico de emergencia y la protección del riesgo financiero. Es importante considerar cuidadosamente los recursos necesarios para recopilar



posibles indicadores que están fuera del sistema de datos estándar de los centros de salud.

El personal de los centros que no cuentan con una cultura de recolección de datos puede necesitar educación sobre la importancia de la recolección de datos, junto con una capacitación en técnicas para recolectar información de forma precisa. Se puede fomentar una cultura de recolección, reporte y uso eficiente de la información demostrando el efecto potencial de los datos para impulsar el cambio y supervisar la mejora. Es importante comunicar y respetar el principio de que el reporte de información nunca debe ser usado para culpar, sino para la reflexión objetiva y la mejora de la calidad.

7.4 PLAN DE FLUJO DE DATOS PARA LOS INDICADORES

La creación de un plan de flujo de datos específico para cada indicador mejora la responsabilidad y la consistencia. Se recomienda asignar a un miembro específico del personal del centro de salud la responsabilidad de recolectar los datos de manera precisa, con una dirección clara sobre dónde registrar cada elemento. Por ejemplo, la responsabilidad de recolectar datos sobre el volumen quirúrgico puede asignarse de la siguiente manera:

- El cirujano o el personal equivalente que dirija el caso quirúrgico será responsable de registrar cada caso en el libro de registro del quirófano.
- El jefe de enfermería del quirófano contará el número de casos en el libro de registro al final de cada mes y lo registrará en el formulario de reporte de datos.
- La persona encargada de la calidad de la información agregará todos los formularios de reporte de datos para elaborar un informe general del hospital.
- El informe es luego revisado por los encargados distritales, regionales y nacionales.
- La información es finalmente sumada a nivel nacional y enviada de regreso de manera que pueda ser utilizada por los niveles regionales, distritales y del establecimiento para que pueda ser usada efectivamente para facilitar cambios positivos.

7.5 ESTABLECER METAS MEDIBLES PARA LOS INDICADORES

Deben establecerse metas específicas y medibles para cada indicador. A la hora de elaborar las metas, existen tres enfoques generales (71):

- Las metas absolutas son números o valores (por ejemplo, volumen quirúrgico).
- Las metas relativas describen un cambio relativo cuando la línea de base no está clara (por ejemplo, disminuir la tasa de mortalidad perioperatoria en un 50%).
- La tasa de cambio anual describe un cambio anual cuando se conoce la línea de base (por ejemplo, aumentar el acceso quirúrgico de emergencia en un 5 % por año).

La creación de metas medibles para cada indicador puede motivar el progreso tanto a nivel del centro como a nivel nacional hacia los objetivos establecidos en el PNCOA. Las definiciones, las herramientas de recolección y los planes operativos de los seis indicadores Lancet, así como otros indicadores de COA que se utilizan habitualmente, están [disponibles en línea](#) (74).

7.6 UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Por último, el objetivo fundamental del proceso de seguimiento y evaluación es el uso de los datos. La comunicación efectiva de los datos a nivel nacional para evaluar el progreso de las intervenciones del PNCOA es un factor clave para mejorar la capacidad quirúrgica en todos los niveles. Es igualmente importante que los centros estén capacitados para utilizar la información para su propio proceso de mejora de la calidad. Para ello, es útil crear un proceso de revisión periódica, resolución de problemas y acción en torno a la recopilación de indicadores. A nivel de los centros de salud, la reunión mensual del equipo quirúrgico (descrita en el capítulo 9) es ideal para este fin. Estas métricas de seguimiento y evaluación proporcionan oportunidades para que los equipos quirúrgicos locales evalúen su rendimiento, diseñen sistemas hospitalarios más eficientes y se centren en la calidad de su trabajo. A nivel nacional, la información clave proporcionada a los comités de gobernanza del PNCOA pueden orientar la toma de decisiones, promover la responsabilidad y ayudar a crear entornos en los que los centros puedan prosperar. Los indicadores y sus metas pueden proporcionar información valiosa sobre las deficiencias del sistema quirúrgico actual y sobre las oportunidades para normas e intervenciones. La evaluación periódica de estas métricas puede determinar qué tan exitosas serán estas intervenciones en alcanzar las metas nacionales. En el cuadro 7.1 se presenta un estudio de caso sobre el sistema de seguimiento y evaluación del PNCOA en Etiopía.



CUADRO 7.1

SYE: ESTUDIO DE CASO DE ETIOPÍA

El seguimiento y la evaluación es uno de los ocho grandes pilares de excelencia en los que se basa el plan quirúrgico nacional de Etiopía: Salvar vidas mediante la cirugía segura (SaLTS), un programa nacional emblemático de cinco años, forma parte del Plan de Transformación del Sector Sanitario. En consecuencia, la estrategia de seguimiento y evaluación asociada a SaLTS se ha integrado en el marco nacional de seguimiento y mejora del rendimiento de los hospitales (Hospital Performance Monitoring and Improvement - HPMI). El equipo del proyecto SaLTS, junto con el Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard, se reunió periódicamente durante seis meses para desarrollar una estrategia destinada a (a) evaluar el sistema quirúrgico nacional de Etiopía cada 1 o 2 años con una herramienta transversal y (b) supervisar los servicios quirúrgicos en marcha en los centros para obtener información continua sobre el rendimiento. Los productos de estas sesiones colaborativas incluyen la Herramienta de Evaluación Hospitalaria (HAT), adaptada al contexto etíope a partir de la herramienta de encuesta de la OMS-Harvard, y el establecimiento de 15 indicadores clave de rendimiento (KPI) para el seguimiento regular de los servicios quirúrgicos (véase el anexo 1). El HAT se ha administrado en 29 centros de tres regiones de Etiopía y está previsto ser ampliado a nivel nacional y repetido en un ciclo de 2 a 5 años. Los indicadores clave de rendimiento abarcan medidas de capacidad, seguridad y calidad quirúrgica (véase el anexo 1). Para recoger los datos de cada indicador, se crearon herramientas de encuesta a los pacientes y se actualizaron los registros perioperatorios, anestésicos, de ingresos y de altas hospitalarias. De los 15 KPI quirúrgicos, nueve serán implementados a nivel nacional en la recién revisada estrategia HPMI y estarán disponibles en acceso libre en el panel del Sistema de Información Sanitaria de los Distritos de Etiopía (véase la Fig. 7.1). Los indicadores se eligieron en función de su relevancia y su capacidad para influir cambios a nivel de los centros de salud. En la figura 7.2 se muestra un ejemplo del flujo de información desde el centro de salud hasta el MdS. Ya se ha completado la capacitación nacional sobre el HAT y los nuevos KPI. Con el apoyo de la iniciativa Cirugía Segura 2020 de la Fundación General Electric, el siguiente paso para los KPI es promover el desarrollo de la capacidad local en la recopilación de indicadores a nivel de los centros de salud, mediante la provisión y la capacitación sobre los nuevos registros y las herramientas de recolección de datos. Junto con el MdS federal y las oficinas regionales de salud, el Programa de Cirugía Global y Cambio Social de Harvard iniciará la capacitación en los centros de salud sobre los indicadores clave de calidad de SaLTS para evaluar las mejores prácticas de recolección de datos de calidad y proporcionar una hoja de ruta sobre los próximos pasos para su ampliación.



Fig. 7.1 Indicadores clave de rendimiento quirúrgico (KPI) en Etiopía

1	Volumen quirúrgico	<input type="checkbox"/>
2	Tasa de mortalidad perioperatoria	<input type="checkbox"/>
3	Tasa de utilización del checklist de cirugía segura	<input type="checkbox"/>
4	Tasa de infección del sitio quirúrgico (SSI)	<input type="checkbox"/>
5	Resultados adversos de la anestesia	<input type="checkbox"/>
6	Retraso en la admisión de pacientes para cirugías electivas	<input type="checkbox"/>
7	Duración media de la estancia quirúrgica preelectiva	<input type="checkbox"/>
8	Tasa de falta de disponibilidad de productos sanguíneos	<input type="checkbox"/>
9	Satisfacción de los pacientes	<input type="checkbox"/>
10	Tasa de ocupación de camas quirúrgicas	<input type="checkbox"/>
11	Densidad de proveedores de cirugía, obstetricia y anestesia	<input type="checkbox"/>
12	Tasa de puntualidad del primer caso quirúrgico electivo	<input type="checkbox"/>
13	Tasa de cancelación de cirugías electivas	<input type="checkbox"/>
14	Acceso quirúrgico de emergencia (2h)	<input type="checkbox"/>
15	Protección contra gastos catastróficos	<input type="checkbox"/>
16	Nacimientos por parto quirúrgico, instrumental o vaginal	<input type="checkbox"/>
17	Cirugías mayores por cirujano	<input type="checkbox"/>

Los indicadores 1-9 (en negrita) se han incorporado al HIS nacional. Los indicadores 10-15 están incluidos en la estrategia de seguimiento y evaluación de SaLTS, pero no se han integrado a nivel nacional. Para las definiciones completas de los indicadores y las herramientas de recolección, ver el Anexo 1.
Fuente: Ministerio Federal de Salud de Etiopía.

Fig. 7.2 Flujo de datos para los KPI en Etiopía



FMOH: Ministerio Federal de Salud; HPMI: Seguimiento y mejora del rendimiento de los hospitales; KPI: Indicadores clave de rendimiento; ORS: Oficina Regional de Salud.
Fuente: adaptado del Plan de Seguimiento y Evaluación de SaLTS de Etiopía (70)



7.7 RECURSOS COMPLEMENTARIOS

INDICADORES CLAVE DE RENDIMIENTO DEL PNCOA EN ETIOPÍA

Indicador (categoría)	Definición	Fuente de datos	Frecuencia de los informes (tipo o unidad)
Volumen quirúrgico (acceso)	Número total de procedimientos quirúrgicos mayores realizados en un quirófano por cada 100 000 habitantes al año. Nota: un procedimiento quirúrgico mayor se define como cualquier procedimiento realizado en un quirófano bajo anestesia general, espinal o regional mayor. Fórmula: [(número total de procedimientos quirúrgicos mayores realizados en quirófano por periodo de reporte) ÷ (población de captación de la región)] * 100 000	Registro de quirófanos; registros de la oficina regional de salud	Mensualmente (proporción)
Tasa de mortalidad perioperatoria (calidad)	Tasa de mortalidad por todas las causas antes del alta entre los pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico mayor en un quirófano durante el periodo de notificación. Nota: Estratificado por procedimientos mayores de emergencia y electivos. Fórmula: [(número total de muertes antes del alta entre los casos de cirugía mayor) ÷ (número total de casos de cirugía mayor)] * 100	Registro de quirófanos; registros de ingresos y altas de pacientes hospitalizados	Mensualmente (porcentaje)
Tasa de utilización del checklist de cirugía segura (seguridad)	Proporción de procedimientos quirúrgicos en los que se aplicó de manera completa el checklist de cirugía segura. Fórmula: [(número de historias clínicas de pacientes quirúrgicos en las que se cumplió íntegramente el checklist de cirugía segura) ÷ (número total de historias clínicas revisadas)] * 100	Fichas de pacientes (revisión aleatoria de al menos 25 fichas de pacientes quirúrgicos para comprobar el cumplimiento con el checklist)	Mensualmente (porcentaje)
Tasa de infección del sitio quirúrgico (seguridad)	Proporción de todas las cirugías mayores con una infección en el lugar de la herida quirúrgica antes del alta. Deben cumplirse uno o más de los siguientes criterios · drenaje purulento de la herida de incisión · cultivo positivo de un hisopo de la herida o de un líquido o tejido aspirado asépticamente; o · dehiscencia espontánea de la herida o revisión o apertura deliberada de la herida por el cirujano en presencia de pirexia >38 °C o dolor o sensibilidad localizados. Cualquiera de las dos situaciones siguientes · dolor en la herida, sensibilidad, hinchazón localizada, enrojecimiento o calor; o · un absceso u otra evidencia de infección que afecte a la incisión profunda y que se encuentre mediante un examen directo durante la reintervención, o mediante un examen histopatológico o radiológico. Nota: Un procedimiento quirúrgico mayor se define como cualquier procedimiento realizado en un quirófano bajo anestesia general, espinal o regional mayor. Definición operativa sugerida: Para diagnosticar una infección del sitio quirúrgico incisional (superficial o profunda), el paciente debe presentar al menos uno de los siguientes: · drenaje purulento de la incisión · absceso dentro de la herida (detectado clínica o radiológicamente). O una de las siguientes combinaciones · dolor o sensibilidad o hinchazón localizada o enrojecimiento o calor o fiebre y · la incisión se abre o se abre de forma deliberada o espontánea (dehiscencia). Formula: [(número total de pacientes hospitalizados con nuevas infecciones de sitio quirúrgico reportadas durante el periodo de reporte) ÷ (número total de procedimientos quirúrgicos mayores realizados en un quirófano por periodo de notificación)] * 100	Cuaderno de vigilancia de la infección del sitio quirúrgico; registro del quirófano	Mensualmente (porcentaje)



<p>Resultados adversos de la anestesia (seguridad)</p>	<p>Porcentaje de pacientes quirúrgicos que desarrollaron alguna de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> · parada cardiorrespiratoria · incapacidad para asegurar la vía aérea · anestesia espinal alta. <p>El paro cardiorrespiratorio se define como el cese de la actividad cardíaca evidenciado por</p> <ul style="list-style-type: none"> · la realización de compresiones torácicas · pérdida del pulso femoral, carotídeo y apical con cambios en el ECG. <p>La anestesia espinal alta se define como en los 15 minutos tras la administración de la anestesia espinal</p> <ul style="list-style-type: none"> · el paciente experimenta pérdida de sensibilidad en el hombro · necesidad de ventilación con presión positiva tras la administración de la anestesia espinal · Incluye cualquier administración de anestesia espinal que se extienda por encima del nivel T4. <p>Incapacidad de asegurar la vía aérea se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> · tener que despertar al paciente debido a la incapacidad de intubar · Paro cardiorrespiratorio por incapacidad de intubar. <p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de casos quirúrgicos con un resultado adverso anestésico en el período de reporte}}{\text{Número de procedimientos quirúrgicos mayores realizados en el quirófano en el período de notificación}} \right] * 100$</p>	<p>Registro de anestesia</p>	<p>Mensualmente (porcentaje)</p>
<p>Retraso en la admisión de pacientes para cirugías electivas (calidad)</p>	<p>El número promedio de días que los pacientes sometidos a cirugía mayor electiva durante el período de notificación esperaron para ser admitidos (es decir, el número promedio de días entre la fecha en que cada paciente fue añadido a la lista de espera hasta la fecha de admisión para la cirugía)</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Suma total de (fecha de ingreso del paciente - fecha de inclusión en la lista de espera quirúrgica)}}{\text{Número total de pacientes admitidos para cirugía electiva durante el período de reporte}}$</p>	<p>Libro de registro de contactos; registros de admisión y alta de pacientes hospitalizados</p>	<p>Mensualmente (días)</p>
<p>Duración media de la estancia quirúrgica preelectiva (calidad)</p>	<p>El número promedio de días que los pacientes esperaron en el hospital (después de ser admitidos) para recibir una cirugía electiva durante el periodo de referencia.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Suma total de (fecha en que el paciente recibió la cirugía electiva - fecha de ingreso)}}{\text{Número total de procedimientos quirúrgicos electivos durante el período de reporte}}$</p>	<p>Registros de ingresos y egresos de pacientes hospitalizados</p>	<p>Mensualmente (número)</p>
<p>Tasa de disponibilidad de sangre para pacientes quirúrgicos (calidad)</p>	<p>Porcentaje de casos de cirugía mayor y de obstetricia que se derivan o se cancelan debido a la falta de disponibilidad de sangre.</p> <p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Número total de procedimientos quirúrgicos mayores cancelados por falta de sangre} + \text{Número total de pacientes derivados por falta de sangre para transfusión}}{\text{Número total de procedimientos quirúrgicos mayores realizados en el periodo de reporte}} \right] * 100$</p>	<p>Registro de quirófanos; registro de programación de quirófanos; registro de derivaciones</p>	<p>Mensualmente (porcentaje)</p>
<p>Satisfacción del paciente quirúrgico (calidad)</p>	<p>Calificación promedio de un hospital en una puntuación de 0 a 10 de las encuestas quirúrgicas de la I-PAHC.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Suma total de las puntuaciones de las encuestas I-PAHC}}{\text{Número de encuestas I-PAHC realizadas}}$</p>	<p>Encuestas de satisfacción de los pacientes del I-PAHC</p>	<p>Trimestralmente (número)</p>
<p>Índice de ocupación de camas quirúrgicas (acceso)</p>	<p>Porcentaje promedio de camas quirúrgicas ocupadas durante el periodo de referencia.</p> <p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Suma total de días de estancia de pacientes quirúrgicos durante el periodo de reporte}}{\text{Número promedio de camas quirúrgicas} * \text{Número de días en el periodo de reporte}} \right] * 100$</p>	<p>Registros de ingresos y egresos de pacientes hospitalizados; enfermería de piso</p>	<p>Mensualmente (porcentaje)</p>



Densidad de proveedores de cirugía, obstetricia y anestesia (calidad)	<p>Número de médicos cirujanos, anestesiólogos y obstetras, oficiales quirúrgicos de emergencia integrados y proveedores de anestesia, incluyendo anestesiólogos licenciados, enfermeras anestesiólogos y "otros" (enfermeras, anestesiólogos MS y oficiales de salud), que están trabajando por cada 100 000 habitantes.</p> <p>Fórmula: [[número de médicos cirujanos, anestesiólogos u obstetras, oficiales quirúrgicos de emergencia integrados o proveedores de anestesia, incluidos los anestesiólogos licenciados, los anestesiólogos de MS, los enfermeros anestesiólogos, otros enfermeros y los oficiales de salud trabajando] ÷ (población total de captación del área)] * 100 000</p>	Registros de recursos humanos del hospital	Anualmente (proporción)
Tasa de puntualidad del primer caso quirúrgico electivo (calidad)	<p>Porcentaje de primeros casos electivos que se iniciaron a la hora prevista o antes (según el protocolo hospitalario acordado) durante el periodo de reporte.</p> <p>Fórmula: [[número total de primeros casos electivos iniciados a tiempo] ÷ (número total de primeros casos electivos realizados en el periodo de reporte)] * 100</p>	Registro de programación del quirófano	Mensualmente (porcentaje)
Tasa de cancelación de cirugías electivas (acceso)	<p>Porcentaje de cirugías electivas que se cancelaron el día previsto para la cirugía.</p> <p>Fórmula: [(número de cirugías electivas canceladas) ÷ (número total de cirugías electivas programadas)] * 100</p>	Registro de programación del quirófano	Mensualmente (porcentaje)
Acceso quirúrgico de emergencia de dos horas (acceso)	<p>La proporción de pacientes que requieren atención quirúrgica de emergencia cuyo tiempo de viaje desde que buscan atención por primera vez hasta su llegada a un centro de salud que proporciona cualquiera de los procedimientos Bellwether (cesáreas, laparotomías o estabilización de fracturas abiertas) es inferior o igual a dos horas.</p> <p>Fórmula: (número de pacientes quirúrgicos de emergencia cuyo tiempo de viaje desde que buscan atención por primera vez hasta su llegada a un centro que proporciona cesáreas, laparotomías o estabilización de fracturas abiertas es menor o igual a dos horas) ÷ (número total de pacientes de emergencia encuestados)</p>	Encuesta a pacientes; Registro de programación del quirófano	Cada seis meses (proporción)
Protección contra gastos catastróficos (financiación)	<p>Proporción de hogares protegidos contra los gastos catastróficos por los pagos directos de bolsillo por la atención quirúrgica y anestésica.</p> <p>Fórmula: (número de pacientes cuyo costo agregado para acceder y recibir atención es inferior al 40% de los ingresos familiares declarados) ÷ (número total de pacientes quirúrgicos encuestados)</p>	Encuesta sobre la protección contra los gastos catastróficos; registro del quirófano	Cada seis meses (proporción)

Quirófano: sala de operaciones; COA: cirugía, obstetricia y anestesia.
Fuente: Ministerio Federal de Salud de Etiopía



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 8

Costos y Presupuestos





La asignación de costos a los elementos de implementación de un PNCOA es una etapa fundamental del proceso de planificación. Es el punto de inflexión en el que el plan puede transformarse en un documento normativo factible y financiable o archivarse debido a causas de metas demasiado optimistas o poco realistas. El cálculo de costos es un proceso de varios pasos que requiere la aportación de un amplio abanico de agentes clave del gobierno y del sector sanitario. Suele realizarse tras la creación de un marco de implementación. Un examen minucioso de las metodologías de cálculo de costos de los programas y servicios -desde la concepción hasta la finalización del ciclo del PNCOA - puede ayudar a garantizar que el plan finalizado sea realista dentro de las limitaciones presupuestarias del gobierno y los socios de financiación. Como uno de los últimos pasos en la creación del PNCOA, el cálculo de costos permite, en última instancia, elaborar un plan y presentarlo al Mdf del gobierno como herramienta de promoción para la movilización de recursos. En esta fase, el plan presupuestado puede ser considerado para su financiación, y pueden explorarse las opciones para asignar fondos nacionales y para aprovechar las plataformas de financiación externas, como las organizaciones bilaterales y multilaterales, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil. Además, el proceso de cálculo de costos y presupuestos crea una vía para continuar priorizando las actividades en función de la disponibilidad de recursos. El proceso también permite que el comité del PNCOA se agrupe en torno a las actividades que son inmediatamente realizables y rentables, mientras que se aplazan las actividades que lo son menos. Véase el capítulo 5 para una guía más específica sobre el establecimiento de prioridades.

Este capítulo ofrece una visión general e instructiva de los pasos necesarios para calcular el costo de un PNCOA:

- Selección de la metodología de costos
- Recopilación de la información de costos disponible
- Definición de los objetos de costo y las cantidades necesarias
- Determinación de la base de costos
- Atribución de costos a los objetos de costo
- Validación y confirmación de los resultados del ejercicio de costos
- Creación de un resumen y diseminación de los resultados

8.1 PASOS PARA CALCULAR EL COSTO DEL PLAN

El procedimiento para calcular el costo de un PNCOA puede ser flexible, pero normalmente lo define los representantes de los departamentos de normas, planificación y presupuestación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Finanzas del país para garantizar que el producto se ajuste a los procedimientos oficiales de cálculo de costos y presupuestación. Si no hay un protocolo de cálculo de costos designado, existen [recursos disponibles](#) que el comité de costos puede utilizar como guía (75). La mayoría de los siguientes pasos pueden ser realizados en un taller con un pequeño grupo de expertos (o grupo de trabajo) en cada uno de los ámbitos de la planificación quirúrgica nacional: infraestructura, personal, prestación de servicios, financiación, gestión de la información y tecnología de la información. Antes de llegar a un consenso sobre un documento de cálculo de costos unificado, los expertos pueden colaborar para definir los objetos de costo de cada actividad y, a continuación, determinar la base de costos para la implementación del ámbito correspondiente. Los objetos de costo incluyen actividades, programas, servicios y cualquier otro elemento que tenga un costo asociado; la base de costos es el costo unitario local asociado a cada objeto de costo.

8.1.1 Reunir la información de costos disponible

Antes de embarcarse en el cálculo de costos de un PNCOA, es eficiente recopilar con antelación la mayor cantidad posible de datos relevantes de múltiples agentes clave y seleccionar una metodología de cálculo de costos que se utilizará en el ejercicio de cálculo de costos. En la tabla 8.1 se incluye un resumen de los elementos cuyo costo puede ser necesario, pero la tabla no es exhaustiva. Los representantes del Ministerio de Salud y del Ministerio de Finanzas pueden ayudar a elaborar una lista exhaustiva asegurándose de que la lista de bases y objetos de costo y objetos sea lo más completa posible antes de comenzar el cálculo de costos y asignando a personas que reúnan datos específicos de las bases de costos para el ejercicio de cálculo de costos. Como se describe en la siguiente sección, la cantidad de cada objeto de cálculo necesario suele determinarse durante el ejercicio de cálculo de costos mediante el discurso y el debate.





Tabla 8.1 Ejemplos de unidades de costo

Categoría	Ejemplos de unidades a cotizar
Información demográfica básica	<ul style="list-style-type: none">• Número de establecimientos de salud en cada nivel• Escala de viáticos de todos los empleados del gobierno• Reembolso de transporte• Reembolso de telecomunicaciones• Costo estándar por persona para catering e instalaciones• Costo de impresión por página para un folleto estándar de 20 páginas
Fuerza laboral (costos de capacitación y costos salariales por año)	<ul style="list-style-type: none">• Cirujanos generales y especialistas• Obstetras• Anestesiólogos• Intensivistas• Radiólogos• Patólogos• Fisioterapeutas• Enfermeras anestesistas• Enfermeras de cuidados intensivos y de quirófano• Parteras• Técnicos en equipos biomédicos• Tecnólogos de laboratorio• Administradores quirúrgicos o empleados de datos• Personal prehospitalario• Médicos de emergencias
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none">• Costos de construcción de instalaciones para cada nivel de hospital• Costos generales de nuevas instalaciones• Equipo quirúrgico• Compra y actualizaciones del sistema de esterilización• Equipos de diagnóstico e imágenes médicas• Equipo de quirófano• Gastos de ambulancia• Equipo de patología y de laboratorio• Equipo de fisioterapia• Departamentos de emergencia
Costos periódicos de consumibles (equipos y medicamentos)	<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos quirúrgicos y anestésicos esenciales• Equipos y suministros de la sala de partos• Equipos y suministros del pabellón quirúrgico• Mantenimiento de ambulancias y costos de combustible• Costos periódicos de mantenimiento de equipos• Suministros de laboratorio• Implantes y dispositivos médicos
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none">• Educación médica continua y desarrollo profesional y costos de implementación, si corresponde• Iniciativas de mejora de la calidad y talleres de formación
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none">• Costos indirectos incluyendo contabilidad y administración• Talleres patrocinados por el gobierno
Tecnologías de información	<ul style="list-style-type: none">• Costos de Internet y tecnología de información• Costos de capacitación de nuevos empleados y tecnólogos de datos• Registros médicos electrónicos• Costos de implementación de conectividad hospitalaria, si corresponde• Historia clínica electrónica y formación virtual para los médicos• Costos de creación y mejora de los programas de investigación en cirugía

Fuente: PNCOA del Ministerio de Salud de Zambia (2017–2021) (69).



8.1.2 Definir los objetos de costo y las cantidades necesarias

El siguiente paso es definir los objetos de costo y las cantidades necesarias. Cada una de las actividades del marco de implementación debe desglosarse en los objetos de costo que la componen. Estas deben incluir:

- Gastos de capital
- Mantenimiento
- Costos de instalación para equipos grandes
- Envío
- Costos operativos por la duración del plan (por ejemplo, combustible y reactivos)
- Salarios
- Costos de capacitación
- Costos indirectos como la planificación de talleres, apoyo administrativo y el programa de SyE

Una regla general útil puede ser incluir un porcentaje de escala del costo de capital de grandes equipos para el mantenimiento, las reparaciones, la capacitación, la instalación y el envío.

En este paso debe definirse la cantidad de cada elemento de implementación necesario: por ejemplo, el número de anestelistas que deben capacitarse, el número de instalaciones a las que debe proporcionarse acceso a Internet o el número de nuevos hospitales distritales que deben construirse. Esto suele determinarse por consenso del grupo.

8.1.3 Determinar la base de costos

El siguiente paso es determinar la base de costos. Cada uno de los objetos de costo tiene un valor por unidad que se multiplica para determinar el costo final de la partida presupuestaria. Lo ideal es que la base de costos de cada objeto de costo se determine a partir de la información histórica de costos del propio país. Dependiendo de la fecha de actualización de los costos, puede ser necesario ajustarlos a la inflación. Si no se dispone de datos históricos, las bases de costos pueden obtenerse de programas similares o de la adquisición de datos de países locales o vecinos o de fuentes regionales o internacionales. Si no se puede encontrar una base de costos para un objeto de costo, se puede recurrir a expertos para que hagan estimaciones como último recurso. Gran parte de la recopilación de información para este paso es mejor hacerla con antelación para que sea más eficiente y para que haya más tiempo en el taller para la consolidación y la creación de consenso.

Por ejemplo, el funcionario que supervisa a los técnicos de equipos biomédicos puede aportar documentación sobre el costo de su formación, así como los costos de capital, funcionamiento y mantenimiento de los equipos de anestesia. En la tabla 8.1 se ofrece una lista de ejemplos de elementos de información que deben prepararse antes de los talleres.

Si las bases de costos de algunos objetos siguen sin definirse al final de un taller de cálculo de costos, resulta útil asignar específicamente a personas que investiguen información histórica, de países vecinos o derivada de expertos acerca de bases de costos. Se debe documentar una lista de fuentes para cada base de costos con la mayor claridad posible, de modo que se pueda hacer referencia a ellas para la rendición de cuentas y la validación. Para algunos elementos, puede que no sea posible asignar un costo exacto debido a la considerable variación nacional entre las instalaciones, por ejemplo, el costo de mejorar todos los centros de salud para que cumplan con las normas nacionales mínimas. Estos elementos pueden requerir suposiciones, como la proporción de equipos funcionales por los que se puede escalar el costo total de los equipos para un quirófano. Puede ser útil guiar estas suposiciones con la información hallada en la evaluación de base.

8.1.4 Atribuir los costos a los objetos de costos

Los objetos de costo cuantificados pueden multiplicarse por su base de costos mediante una herramienta de cálculo de costos preparada o una hoja de cálculo. Los costos dentro de cada actividad de implementación pueden luego ser sumados para crear un costo final. Este costo pretende reflejar la mejor estimación del costo total real de la implementación completa de la actividad deseada dentro de la duración del PNCOA. Muchas actividades tienen objetos de costo similares y, al atribuir primero las bases de costo a esas actividades, se puede avanzar rápidamente y dejar más tiempo para debatir sobre elementos más complejos. En este punto puede ser útil enumerar una posible fuente de fondos, como el Ministerio de Salud central, los fondos de los distritos descentralizados, los fondos de las instalaciones, las fuentes no gubernamentales y las organizaciones bilaterales y multilaterales.



8.1.5 Validar y confirmar los resultados del ejercicio de cálculo de costos

Una vez que todos los agentes clave hayan llegado a un consenso, el borrador del costo puede presentarse a la parte gubernamental pertinente (por ejemplo, el Ministerio de Finanzas) para su validación y aprobación oficial antes de su diseminación final como herramienta de promoción para la movilización de recursos. A lo largo de todo el proceso de planificación, el PNCOA debería situarse en el contexto más amplio de las políticas y planes gubernamentales existentes.

Esto puede servir como punto de control final para garantizar que otras actividades del plan no se solapen con otras actividades existentes. En esta fase, es posible que haya que ajustar los costos para tener en cuenta la inflación anual prevista y las fluctuaciones del tipo de cambio previstas, y también descontarlos de acuerdo con los protocolos del ministerio y del gobierno. Por último, es importante distinguir entre los compromisos de financiación existentes para el estado actual de los servicios quirúrgicos y los costos incrementales necesarios para implementar los servicios ampliados y mejorados que se describen en el PNCOA.

8.1.6 Crear un resumen y compartir los resultados

Tanto una versión resumida y aceptable como el documento de cálculo de costos completo pueden compartirse con las partes gubernamentales correspondientes y con todos los posibles socios de financiación aprobados por el gobierno. En esta fase, puede ser útil dividir los costos en gastos periódicos y de capital. Para construir un argumento sólido para la financiación, puede ser útil incluir referencias a estudios previos de costo-eficacia relevantes para los rubros del plan.

8.2 PARTICIPANTES EN EL CÁLCULO DE COSTOS

Para desarrollar un documento de costos completo y preciso, es importante involucrar a representantes de cada disciplina y un grupo de agentes clave que se verán afectados por el PNCOA. Esta sección describe una lista parcial de agentes clave importantes, pero los participantes invitados variarán en los distintos países.

El primer grupo de agentes clave importantes incluye a los funcionarios de gobierno, los profesionales sanitarios, incluidos los patrocinadores del PNCOA, las autoridades normativas, los expertos en presupuestos, los técnicos y los expertos en costos. Para garantizar que el ejercicio de cálculo de costos es válido y adecuado, el cálculo de costos suele estar dirigido por un funcionario o consultor del gobierno que esté íntimamente familiarizado con el proceso habitual de cálculo de costos del MdS. Representantes del Ministerio de Finanzas o de la división presupuestaria del Ministerio de Salud usualmente empiezan el ejercicio de cálculo de costos animando a los miembros del grupo a que se propongan objetivos que sean viables dentro de las limitaciones de financiación actuales provenientes de fuentes gubernamentales y no gubernamentales.

Dependiendo de las circunstancias locales, el ejercicio de cálculo de costos también puede involucrar a médicos, administradores del sistema sanitario, representantes de organizaciones profesionales, agentes de ONGs y organizaciones de la sociedad civil, representantes del sector privado y consultores externos. Estos grupos a menudo pueden proporcionar información adicional sobre los costos basada en su experiencia de programación que no se encuentra disponible dentro del MdS. También es importante asegurarse de que los compradores abran una licitación para garantizar un espíritu competitivo entre los proveedores de productos/servicios y las instituciones.

8.3 HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA GUIAR EL CÁLCULO DE COSTOS

Las herramientas de costos disponibles varían desde plantillas de hojas de cálculo hasta herramientas de modelización y simulación exhaustivas como [El software One Health Tool de la OMS](#) (76). Una [guía y revisión de 13 herramientas de cálculo de costos de la OMS](#) (77) está disponible a través de la Asociación para la Salud Materna, Neonatal e Infantil. Una [plantilla sencilla gratuita](#) (53) también está disponible en línea a través del Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard. Sin embargo, los comités de cálculo de costos del PNCOA deben utilizar las herramientas de cálculo de costos disponibles a través de los departamentos de presupuesto y cálculo de costos de sus gobiernos siempre que sea posible.



SUS

Anotaciones

Area for handwritten notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 9

Estructuras organizativas y gobernanza





El concepto de gobernanza se refiere en términos generales a las normas, leyes, estructuras organizativas y mecanismos que ayudan a una organización a alcanzar los objetivos establecidos en sus planes estratégicos (78). La gobernanza sanitaria implica mecanismos para promover la salud en la agenda nacional y equilibrar las prioridades normativas dentro de la agenda sanitaria. También incluye las condiciones de compromiso y la regulación legal de los agentes clave, así como el establecimiento de mecanismos transparentes de rendición de cuentas.

La mayor parte de este complejo marco jurídico se define a nivel nacional o sectorial (79). Por lo tanto, la clave para el éxito de la gobernanza de un PNCOA es comprender este marco y alinear los mecanismos de gobernanza del PNCOA con las estrategias existentes. Centrarse en las responsabilidades adicionales creadas por el PNCOA, en lugar de redefinir todo el marco nacional, permite una redacción e implementación más eficiente de la gobernanza del PNCOA. Además de una estrategia de gobernanza que abarque todo el PNCOA de forma más amplia, cada uno de los ámbitos suele requerir una gobernanza específica para su implementación y evaluación.

Una de las funciones más importantes del PNCOA es reforzar la visibilidad y la responsabilidad en torno al acceso y la calidad de la prestación de servicios en COA. El establecimiento de un sólido sistema de gobernanza para el proceso del PNCOA facilita las siguientes ventajas:

- Mejora de la visibilidad de la atención en COA para su promoción en las agendas de salud nacionales.
- Mejor coordinación de la agenda de atención en COA con programas complementarios dentro del sector sanitario y otros sectores, incluido el financiamiento en salud.
- Establecimiento de mecanismos cíclicos de comunicación y rendición de cuentas del nivel nacional al nivel del centro de salud y de vuelta del centro de salud al nivel nacional, para asegurar la amplia implementación del plan.

La estructura organizativa, la implementación, la gestión y los mecanismos de rendición de cuentas variarán de un país a otro, en función de las estructuras y las normas existentes. Sin embargo, este capítulo pretende ofrecer sugerencias generales sobre las funciones y responsabilidades de los agentes del PNCOA con el fin de establecer una clara cadena de rendición de cuentas

y comunicación entre el nivel del centro de salud y el nivel nacional. Las secciones del capítulo se centran en la gobernanza del PNCOA a nivel nacional, regional, distrital y del centro de salud, así como en sugerencias para la capacitación en torno al liderazgo y gobernanza.

9.1 ORGANIZACIÓN Y GOBERNANZA A NIVEL NACIONAL

Aunque se entiende intuitivamente que el proceso del PNCOA debe formar parte de las prioridades del Ministerio de Salud de un país, vale la pena subrayar la importancia de que el Ministerio de Salud de un país sea identificado como el principal "propietario" y líder de la estructura de gobernanza del PNCOA.

Un paso inicial que puede ayudar a definir roles es determinar qué departamento del Ministerio de Salud del país será responsable del PNCOA. Dado el carácter intersectorial del PNCOA, algunos países pueden optar por incluir el plan en el departamento de SRMNI, debido a la estrecha relación con el programa de CEMONC. Otros pueden considerar que el plan encaja mejor en el departamento de ENT, debido a que incluye el cáncer y los traumatismos. Otros pueden considerar que los departamentos de servicios sanitarios o de calidad son los más adecuados. Cualquiera de estas opciones es viable, pero la agenda del PNCOA puede ser lo suficientemente amplia como para merecer la creación de un nuevo departamento dedicado a la promoción de la atención en COA.

Dada la magnitud de las actividades necesarias para que un PNCOA tenga éxito a nivel nacional, es importante contar con suficiente personal dedicado a promover la misión. En muchos casos, pueden ser necesarios empleados a tiempo completo para implementar con éxito el PNCOA, lo que requiere gestionar y enlazar con el ministerio de implementación y el personal externo. Añadir estas amplias responsabilidades a la carga de trabajo del personal existente, que puede estar ya trabajando al máximo de su capacidad, es probable que impida la ejecución del plan. Si las circunstancias lo permiten, es aconsejable crear el puesto de un coordinador o director del PNCOA que sirva de punto focal para el PNCOA. Esta persona puede encargarse de idear estrategias, desarrollar directrices, convocar a los agentes clave, coordinar y dirigir los esfuerzos, representar la agenda en COA en los altos niveles y movilizar recursos. También puede ser ventajoso crear un grupo de trabajo que ayude y asesore en la



priorización de la implementación del PNCOA y en el seguimiento de su progreso. Este grupo de trabajo técnico (GTT) podría incluir representantes de cada uno de los principales grupos de agentes clave para garantizar la coordinación de la programación, como:

- Asociaciones profesionales (obstetricia y ginecología, cirugía, anestesia y enfermería) para aportar experiencia técnica
- Organismos de acreditación de licencias
- Socios de desarrollo
- Organizaciones no gubernamentales
- Grupos de defensa de los pacientes y representantes no profesionales
- Representantes de los otros departamentos complementarios del Ministerio de Salud
- Representantes de otros grupos de trabajo, como SRMNI y/o ENT
- Recursos humanos y capacitación
- Direcciones biomédicas y farmacéuticas

Las posibles funciones del grupo de trabajo se describen en la Tabla 9.1, que también describe el papel más amplio de las organizaciones de la sociedad civil y de la industria en la implementación del PNCOA. Para que cada uno de los grupos de agentes clave sea eficaz, necesitan tener acceso a datos precisos del plan de seguimiento y evaluación (ver el capítulo 7) para informar sobre la toma de decisiones y revisar el progreso. Deben establecerse mecanismos de rendición de cuentas para evaluar el progreso del plan con respecto a los objetivos fijados; idealmente, estos mecanismos deben alinearse con mecanismos ya existentes utilizados para otros planes a nivel nacional, que a menudo están bajo la competencia de departamentos de control de calidad. Las estructuras deben esforzarse por lograr la paridad de género.

9.2 ORGANIZACIÓN Y GOBERNANZA A NIVEL REGIONAL Y DISTRITAL

Para hacer avanzar la gama de actividades del PNCOA, puede ser útil designar un coordinador, representante, grupo de trabajo o unidad focal del PNCOA a nivel regional o distrital en cada nivel de gestión sanitaria regional y distrital. La entidad designada puede actuar como puente entre la gobernanza del PNCOA a nivel nacional y las instalaciones a nivel regional o distrital. Esto crea la capacidad de difundir, interpretar y poner en funcionamiento el PNCOA en los niveles adecuados. También facilita la retroalimentación de información de los niveles regionales en cuanto a sus necesidades reales.

La estructura real de este nivel de gobernanza varía en función del grado de centralización o descentralización adoptado por el gobierno. En la Tabla 9.1 se sugieren otras responsabilidades para este nivel de gobernanza.



9.3 ORGANIZACIÓN Y GOBERNANZA A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD

La mejora en el liderazgo y la coordinación a nivel del centro de salud es una piedra angular en la mejora de la calidad de la atención en COA y la implementación del PNCOA. Una estrategia clave para el mejoramiento es pedirle a cada centro de salud que brinda atención en COA que forme un equipo quirúrgico multidisciplinario (EQM), que incluya proveedores de COA, enfermeras, parteras, farmacéuticos y personal no clínico (los responsables de la esterilización y la limpieza, por ejemplo). El equipo, dirigido por el líder del PNCOA, reportaría al encargado, director o jefe ejecutivo del centro de salud. Los planificadores del PNCOA deben considerar estipular que todos los centros de salud deben designar un gerente de quirófano designado, cuyas responsabilidades incluirían el apoyo gerencial y el monitoreo del EQM. En la Tabla 9.1 se sugieren responsabilidades más detalladas para cada grupo. Puede beneficiar a cada centro diseñar una estrategia específica de cumplimiento, ideada por el equipo quirúrgico y la gerencia del hospital, para determinar la mejor manera de implementar las recomendaciones del PNCOA y cómo movilizar recursos para lograr sus objetivos. En muchos casos, los centros de salud ya tendrán un líder en COA identificado que ya ha estado trabajando arduamente para mejorar la atención quirúrgica.

A nivel de los centros, es muy aconsejable establecer mecanismos formales para debatir las cuestiones relacionadas con COA mediante reuniones periódicas. Dichas reuniones ofrecen la oportunidad de revisar los datos de seguimiento y evaluación del PNCOA recopilados en el centro (como las tasas de morbilidad y mortalidad), de plantear otros retos y oportunidades (como cuestiones de equipamiento o de recursos humanos) y de elaborar planes de acción para la mejora de la calidad en torno a COA. En los centros más pequeños, las reuniones de revisión de COA pueden incluirse como parte de reuniones de gestión generales en aras de la eficiencia. Como se detalla en el capítulo 7, estas reuniones de revisión también pueden utilizarse para debatir los informes formales de progreso que se envían a los niveles regionales y distritales para su posterior revisión. Al establecer estos procesos, es importante mantener la rendición de cuentas y la responsabilidad, y al mismo tiempo promover la mejora de los sistemas y ofrecer un entorno seguro para expresar preocupaciones.



Tabla 9.1 Gobernanza del PNCOA en múltiples niveles

Nivel de gobernanza y agentes	Las responsabilidades pueden incluir
Gobernanza a nivel nacional y del Mds	
Dirección de Reportes ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsores, instigadores y dueños del PNCOA • Asumir la responsabilidad del plan general del PNCOA • Convocantes de agentes clave externas
Coordinador o director nacional de COA	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategia, lineamientos y manuales • Coordinar y liderar todas las actividades del PNCOA • Escalar las prioridades del PNCOA a niveles superiores de gobierno • Representar a la COA en comités interdepartamentales e intersectoriales • Movilizar recursos para el servicio
Grupo de trabajo técnico de COA	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la estrategia, las directrices y el desarrollo del manual • Supervisar, monitorear y evaluar las actividades del PNCOA • Priorizar las actividades del PNCOA dentro del presupuesto asignado • Representar la opinión de múltiples agentes clave, incluidos los médicos de primera línea y pacientes
Dirección de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar los objetivos y reportes del PNCOA en mecanismos nacionales de control de calidad. • Supervisar y evaluar la implementación del PNCOA • Informar los resultados de la supervisión del PNCOA al TWG y otros
Gobernanza a nivel regional y distrital	
Representantes de COA de las oficinas de salud regionales y distrital	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y liderar todas las actividades del PNCOA a nivel regional • Coordinar y liderar los GTT regionales • Recopilar datos de los centros de salud a nivel distrital y regional • Servir de enlace entre los centros de salud y el Mds • Visitar los centros de salud para supervisar la implementación del PNCOA • Coordinar las actividades de desarrollo de capacidades • Recopilar y difundir información sobre mejores prácticas • Sensibilizar al personal de primera línea sobre el contenido y las implicaciones del PNCOA para cada establecimiento • Organizar capacitaciones sobre COA para el personal del centro de salud • Coordinar actividades de sensibilización a la comunidad respecto a COA
Gobernanza a nivel del centro de salud	
Director General del Centro o Director Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar las actividades del PNCOA • Establecer actividades continuas de recolección de datos en el establecimiento • Identificar al campeón del PNCOA • Asignar un gerente de quirófano designado • Asignar y movilizar recursos para la agenda del PNCOA • Asegurar la inclusión del PNCOA en el plan de salud del establecimiento
Líder del PNCOA	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir, movilizar y motivar al equipo de COA del establecimiento (clínico y no clínico) • Asegurarse que el equipo quirúrgico trabaje en conjunto y se sienta valorado • Liderar el desarrollo de un plan de acción específico del PNCOA para el centro para su revisión por parte de los líderes hospitalarios • Coordinar la recolección de datos de seguimiento quirúrgico • Organizar conferencias internas del equipo quirúrgico para discutir la mortalidad y la morbilidad, revisar datos quirúrgicos mensualmente y discutir oportunidades para mejorar la calidad
Equipo quirúrgico PNCOA	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir al plan específico del PNCOA en el establecimiento • Participar durante la reunión de retroalimentación mensual • Recolectar datos relevantes para el seguimiento y la evaluación
Gerente de quirófano designado	<ul style="list-style-type: none"> • Actuar como secretario del equipo quirúrgico del PNCOA • Supervisar la actividad diaria de los quirófanos • Identificar cualquier problema para derivar al equipo del PNCOA • Representar al área de cirugía ante la dirección a cargo del PNCOA en el establecimiento
Organizaciones de la sociedad civil	
Sociedades profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar pautas basadas en evidencia para los servicios quirúrgicos y de anestesia. • Abogar en torno al PNCOA ante sus afiliados • Proporcionar control de calidad en torno a la educación y educación profesional continua. • Desarrollar currículos para programas de capacitación. • Participar en programas de desarrollo y soporte del programa de supervisión de apoyo
Socios de desarrollo y ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los proyectos estén alineados con las prioridades del PNCOA • Coordinar y comunicar los planes con el coordinador del PNCOA, el director y los equipos regionales o distritales para asegurar la coordinación entre los programas y evitar la duplicación • Asegurar que las prácticas cumplan con las prácticas efectivas de cooperación para el desarrollo²
Industria	<ul style="list-style-type: none"> • Crear valor compartido en la atención en COA a través de productos y sistemas de productos sostenibles, responsables y asequibles

ENT: enfermedad no transmisible; PNCOA: Manual de Planificación Nacional Cirugía, Obstetricia y Anestesia; SRMNI: salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; COA: cirugía, obstetricia y anestesia; GTT: grupo de trabajo técnico.

¹ La dirección apropiada puede incluir (según el contexto de cada país): la dirección específica de COA, ENT, SRMNI o servicios de calidad, curativos o preventivos.

² Concepto definido por UHC2030 (80).

Fuente: Burssa, et al. (81).



9.4 CAPACITACIÓN EN TORNO AL LIDERAZGO Y LA GOBERNANZA

Dadas las responsabilidades adicionales generadas por las estructuras de gobierno de los PNCOA, la capacitación formal en liderazgo y gestión puede ser muy valiosa. A nivel mundial, se están realizando esfuerzos considerables para formalizar la capacitación en gestión de la atención sanitaria a través de cualificaciones como diplomas y maestrías, y estas actividades figuran actualmente en muchos PENS. En el contexto de los PNCOA la capacitación en materia de liderazgo y trabajo en equipo en los quirófanos ha demostrado ser prometedora para mejorar la calidad y

la seguridad (82). La capacitación formal de los directores de quirófano, como un diploma o un título, es algo muy establecido en los países de ingresos altos, y el desarrollo de estos cursos, adaptados a entornos específicos de bajos recursos, ha demostrado ser beneficioso (83,84). La ampliación del liderazgo y la gestión formales para el personal de COA debería considerarse como una de las actividades del PNCOA. Véase en el cuadro 9.1 un resumen del compromiso de Etiopía con una sólida gobernanza en su PNCOA.



CUADRO 9.1

EL COMPROMISO DE ETIOPÍA CON UNA GOBERNANZA SÓLIDA

Etiopía, uno de los primeros países en desarrollar un PNCOA (la iniciativa SaLTS), se ha comprometido a establecer un marco de gobernanza sólido haciendo de la excelencia en el liderazgo, la gestión y la gobernanza el primero de los ocho pilares de su plan. Los otros siete pilares del plan son: infraestructura; suministros y logística; recursos humanos; promoción y colaboración; innovación; calidad de la atención y prestación de servicios en COA; y SyE.

El marco del PNCOA establece una clara rendición de cuentas, con personal nombrado en cada nivel jerárquico al que se le asigna la responsabilidad de la aplicación del SaLTS (véase la figura 9.2). El PNCOA forma parte de la dirección general y la dirección de calidad del servicio médico. Un comité ejecutivo supervisa el GTT de SaLTS, un grupo diverso de más de 19 agentes clave que incluye representantes de la Sociedad Quirúrgica de Etiopía, la Sociedad Etíope de Ginecólogos y Obstetras, la Sociedad Etíope de Anestesiólogos, la Asociación Etíope de Anestesiólogos, la Fundación Médica y de Investigación Africana, Safe Surgery 2020, la OMS y la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud.¹ La diversidad de la representación de los agentes clave tiene como objetivo garantizar que las estrategias de SaLTS reflejen las necesidades de los centros de primera línea; también consolida la colaboración cercana para garantizar un mayor apoyo a la implementación fuera del Ministerio de Salud de Etiopía. El equipo de gestión del proyecto dentro del GTT actúa como motor para la implementación de SaLTS. En el ámbito regional, cada ORS debería contar con asesores quirúrgicos regionales y cada centro debería tener un equipo multidisciplinario de coordinación del programa SaLTS, el cual es liderado por un contacto focal de SaLTS y reporta al director del centro que se encuentra comprometido al cumplimiento de la agenda SaLTS. El seguimiento y la evaluación del programa SaLTS se han integrado en el marco nacional de calidad, y los informes sistemáticos comenzarán en el 2018.

Reconociendo la necesidad de el desarrollo de capacidades formales para mantener la gobernanza en torno a SaLTS, el Ministerio de Salud de Etiopía ha desarrollado materiales de capacitación y ha implementado un entrenamiento en liderazgo a nivel nacional para los equipos de coordinación del programa SaLTS de los centros. La capacitación, que inicialmente se puso a prueba en dos regiones a cargo de Jhpiego, comienza con un entrenamiento intensivo de una semana, seguido de nueve meses de supervisión y tutoría comprensiva con el objetivo de mejorar el trabajo en equipo y las habilidades de resolución de problemas entre el equipo quirúrgico.² La capacitación se ha ampliado a 700 miembros del equipo quirúrgico y ha desplegado mentores clínicos en 38 centros hospitalarios hasta la fecha. Además de cursos cortos de formación en liderazgo, el Ministerio de Salud de Etiopía ha reconocido la necesidad de una formación más formal y ha propuesto el desarrollo de un título de director de quirófano a nivel de máster, que pretende graduar a 150 directores de quirófano para el final del plan en el 2020. Esto se encuentra bajo discusión por los agentes clave. Esta nueva titulación complementará el máster más general en administración de hospitales y atención sanitaria que se puso en marcha en Etiopía, en colaboración con la Facultad de Salud Pública de Yale (83).

¹ Otros agentes clave en SaLTS son: Safe Surgery 2020 (incluyendo la Fundación GE, Dalberg, Assist International, Jhpiego, G4 Alliance, y el Programa de la Universidad de Harvard en Cirugía Global y Cambio Social); instituciones académicas (incluyendo la Universidad de Stanford, la Universidad de Addis Abeba, el Colegio Politécnico de Addis Abeba Tegbare-ID, la Universidad de Bahir Dar, y la Universidad de Mekelle); socios (Sterile Processing Education Charitable Trust, Amref Health Africa, Engineering World Health y ALERT); y organizaciones profesionales y gubernamentales (como el Colegio de Cirujanos de África Oriental, Central y Meridional, la Asociación Panafricana de Cirujanos, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y la Federación Mundial de Anestesiólogos).

² Se puede obtener más información sobre la iniciativa Safe Surgery 2020 en <http://www.safesurgery2020.org/how/> (consultado el 19 de abril de 2019).



Fig. 9.2 Estructura de liderazgo de la iniciativa SaLTS en Etiopía



MdS: Ministerio de Salud Federal; SaLTS: Salvar vidas mediante una cirugía segura. Fuente: adaptado de Burssa, et al(81).

9.5 CONCLUSIÓN

La creación de una sólida estructura de gobernanza para el proceso del PNCOA proporcionará un liderazgo fuerte, una supervisión adecuada y credibilidad al programa. El MdS, como líder de la estructura de gobernanza del PNCOA, garantizará la participación de los agentes clave en cada nivel y aumentará las probabilidades de éxito de la implementación. La amplia inclusión de expertos en COA, líderes y agentes clave en la estructura de gobernanza del PNCOA, cada uno con funciones, responsabilidades, objetivos y estructuras de reportes claramente definidos, ayuda a garantizar que al final del proceso de planificación del PNCOA haya pasos claros para la implementación, a fin de garantizar que todos los agentes clave estén coordinadas para lograr un objetivo común.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 10

Financiamiento





10.1 INTRODUCCIÓN

El tema central de este capítulo es cómo financiar un PNCOA. Un país puede tener tanto un fuerte apoyo político como capacidad institucional para implementar un PNCOA, pero si carece de recursos para financiar la norma del PNCOA, no se priorizará la atención quirúrgica. Es necesario contar con una estrategia de financiación sistemática y coherente al inicio del proceso del PNCOA para evitar problemas de financiación durante la aplicación de la norma.

Nos basaremos tanto en las experiencias empíricas de los países que han formulado y comenzado a aplicar los PNCOA como en los conceptos y conocimientos clave sobre la financiación de los sistemas de salud para ofrecer una estrategia general, aunque práctica, para la financiación de los PNCOA. La primera parte sitúa la financiación de los PNCOA en el proceso político general de la elaboración de presupuestos para los sistemas nacionales de salud. La segunda parte introduce el concepto de espacio fiscal para ofrecer un enfoque sistemático para la movilización de recursos del sistema de salud para los PNCOA. Por último, en la tercera parte se analizan los agentes relevantes en la financiación de los PNCOA y un plan de participación para los agentes clave.

10.2 INCORPORACIÓN DEL PNCOA PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

El desafío clave al que se enfrentan todos los gobiernos cuando se plantean una nueva norma de atención sanitaria es si la inversión puede justificarse, teniendo en cuenta diferentes prioridades de atención sanitaria y desarrollo nacional del Estado que compiten entre sí. Para conseguir que una PNCOA sea financiado e implementado, es necesario comprender lo siguiente 1) el proceso presupuestario nacional; 2) la construcción de un caso de inversión persuasivo y; 3) la movilización del apoyo político.

10.2.1 Alinear el PNCOA con el proceso presupuestario nacional

La elaboración del presupuesto nacional es un proceso político y deliberativo que determina el gasto público para el siguiente año fiscal. Cada país tiene un sistema de manejo de finanzas públicas (MFP) único, y es

esencial conocer estas especificidades, junto con los factores políticos internos que influyen en el proceso presupuestario. En general, el proceso es dirigido por la Oficina del Presidente, el Ministerio de Finanzas y los ministerios de planificación pertinentes.

Tras consultar con los ministerios sectoriales, por ejemplo, el Ministerio de Salud, el presupuesto es aprobado por un órgano político, generalmente el parlamento, después de un examen más detallado a través de comisiones parlamentarias más especializadas. Las funciones clave del manejo de finanzas públicas y del proceso presupuestario son garantizar la salud fiscal, promover la eficiencia del gasto y gestionar la deuda nacional. Comprender los principios y ciclos del sistema presupuestario central, junto con la dinámica política que afecta a las decisiones presupuestarias, es necesario para influir en la asignación presupuestaria final en los puntos críticos del proceso presupuestario. El proceso presupuestario y su orientación general están influidos por la visión general del desarrollo y los "intereses nacionales" del Estado, el cual está constituido ideológicamente. Los planes estratégicos nacionales sobre desarrollo económico, reparación social o reducción de la pobreza, por ejemplo, suelen articularse fiscalmente dentro de los marcos de gasto a medio plazo (MTEF) (85). De este modo, el MTEF limita el espacio de negociación de nuevas políticas como la PNCOA. Por lo tanto, la colaboración temprana y cercana entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas es fundamental para que ambas instituciones comprendan las diferentes perspectivas y lleguen a un consenso sobre la necesidad de financiar el PNCOA. El plan de financiación del PNCOA debería estar alineado con este proceso general de elaboración de presupuestos del gobierno.

10.2.2 Argumentar a favor de la inversión para informar la asignación y decisiones presupuestarias

Para justificar, en primer lugar, la inclusión de un PNCOA en el Plan Estratégico Nacional de Salud (PENS) y, en segundo lugar, para ampliar el gasto en los componentes quirúrgicos del PENS, debe haber evidencia suficiente para 1) movilizar apoyo político para el PNCOA dentro del Ministerio de Salud y 2) convencer al Ministerio de Finanzas de que un PNCOA es una inclusión rentable (con potencial de crecimiento del PIB) dentro del presupuesto nacional durante la consulta presupuestaria.



Este argumento debe analizarse y articularse cuidadosamente. Aunque éste es el tema central del capítulo dos de este manual, el argumento de la inversión debe reflejar ampliamente el contexto del sistema sanitario, las necesidades de salud y el programa general de desarrollo del Estado, dentro de los compromisos políticos globales ya asumidos. Entre los argumentos típicos a favor de la atención quirúrgica se incluye el aumento del rendimiento del sistema sanitario, la mejora del bienestar y la promoción del desarrollo macroeconómico (1,3,42). Dado el énfasis actual en la atención primaria en salud (86), la cobertura sanitaria universal y la salud materno-infantil (87,88), puede ser prudente examinar cómo la atención quirúrgica de calidad puede mejorar cada uno de estos aspectos como medio para fortalecer los sistemas de salud y responder mejor a las necesidades de atención sanitaria de la ciudadanía, así como para alcanzar las metas de los ODS.

10.2.3 Movilizar y mantener el apoyo político para la financiación del PNCOA

Conseguir que un PNCOA entre en la agenda política implica a múltiples agentes del sistema político, pero en última instancia depende de la persuasión efectiva de los altos cargos del Ministerio de Salud y, posteriormente, del Ministerio de Finanzas. Por esta razón, la movilización de recursos no puede estar aislada de los factores políticos necesarios para asegurar el apoyo financiero adecuado. Se requiere de un análisis exhaustivo del terreno político para conseguir apoyo político. Esto incluye comprender la política sanitaria y decisiones de planeamiento en el contexto de los valores fundamentales que sustentan las decisiones políticas que se toman a nivel central y que probablemente influyan en el apoyo político al PNCOA. Una estrategia para movilizar el apoyo político es la inclusión del PNCOA en el plan estratégico del sector sanitario, y en el MTEF, para destacarlo como una prioridad entre otros planes del sector sanitario. La integración permite al gobierno alinear la norma del PNCOA con todas las demás prioridades estratégicas de salud, lo que puede ayudar a minimizar gastos ineficientes. Este paso asegura el apoyo político y económico al plan y promueve una financiación pública sostenible al garantizar que el PNCOA sea considerado en los presupuestos anuales del gobierno.

Movilizar y mantener el apoyo político significa también comprender los intereses de la ciudadanía y las actitudes de la sociedad civil para galvanizar el apoyo popular. La pregunta acerca de cómo enmarcar mejor el PNCOA, teniendo en cuenta los agentes políticos clave del sistema, y de identificar las "ventanas de oportunidad" para influir en el comportamiento político en apoyo del PNCOA es un elemento crítico de una estrategia política. Según el modelo de corrientes múltiples de Kingdon, los gobiernos se toman en serio las normas durante las "ventanas de oportunidad" cuando confluyen tres "corrientes": la corriente normativa del problema (situación objetiva), la corriente de la situación política (disponibilidad de una solución política) y la corriente política (voluntad política y apoyo popular) (89). Estas oportunidades, que dependen en gran medida del contexto del país, suelen surgir en momentos de cambio (nuevo gobierno, crisis económica, crecimiento económico sostenido) o cuando hay un "defensor" local o mundial que impulsa una corriente de apoyo político. Se necesita una estrategia política coherente para evaluar estos factores en relación con las especificidades políticas, económicas y socioculturales, con el fin de que el PNCOA (y el plan financiero) sean políticamente viables.

10.3 MOVILIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA FINANCIACIÓN DE LA NORMA DEL PNCOA

10.3.1 El concepto de espacio fiscal

El espacio fiscal se ha definido formalmente como: "la capacidad de aumentar el gasto público pero haciéndolo de una manera fiscalmente sostenible que no amenace la solvencia del gobierno" (90). Al aumentar el espacio fiscal para el gasto sanitario, el gobierno puede proporcionar una forma de financiar un PNCOA. En la década del 2000, el enfoque se adaptó al sector sanitario para orientar el gasto sanitario del gobierno (91). Se suelen utilizar cinco componentes o pilares para evaluar las fuentes de espacio fiscal (tabla 10.1). En este manual, se incluye un sexto pilar en el marco para incorporar fuentes de financiación innovadoras, que están ganando cada vez más adeptos (92). Es posible llevar a cabo un análisis del espacio fiscal en salud a fin de evaluar la probabilidad de generar financiación para el PNCOA sobre la base de este marco.



Tabla 10.1: Enfoque del espacio fiscal para la financiación del sistema de salud: "pilares" a considerar al evaluar la movilización de recursos del PNCOA, ejemplos de indicadores y acciones para cada pilar

	Pilar del espacio fiscal	Ejemplos de indicadores	Medidas para evaluar el espacio fiscal
1	Condiciones macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas de crecimiento del PIB proyectadas • Reformas tributarias • Flexibilidad del gasto en salud al PIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar cómo las condiciones macroeconómicas y políticas pueden influenciar el espacio fiscal para la salud
2	Repriorización del presupuesto público	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto de salud como % del presupuesto del gobierno • Presupuesto de salud per cápita 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las discrepancias en los compromisos políticos a la salud y las asignaciones presupuestarias actuales • Evaluar la asignación presupuestaria a la salud en proporción a las necesidades de salud • Comparar la asignación presupuestaria a la salud en relación con países con niveles económicos similares
3	Aumentar los recursos específicos del sector de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas impositivas vigentes sobre el alcohol, el tabaco y otros "impuestos a consumos de lujo" • Cobertura de seguro médico obligatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el contexto político adicional en torno a los "impuestos a consumos de lujo" • Evaluar el potencial para la introducción del seguro de salud obligatorio
4	Eficiencia de los recursos existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura efectiva de intervenciones clave • Grado de corrupción • Tasa de ausentismo de los trabajadores de la salud • Variación en el financiamiento per cápita a través de las áreas geográficas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las fuentes de ineficiencia tanto técnica como de asignación como medio para mejorar la prestación de servicios • Evaluar los incentivos financieros y no financieros de los proveedores para mejorar el desempeño
5	Fuentes externas	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia al Desarrollo para la Salud (DAH) como % del Gasto Total en Salud (THE) y Gasto Público en Salud (GPS) • Tendencias en el flujo de ayuda y compromisos futuros • % de financiación externa destinada a programas de enfermedades específicas • % de ayuda como apoyo presupuestario directo 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la compatibilidad del flujo de ayuda con las necesidades/prioridades del país
6	Fuentes de financiación innovadoras	<ul style="list-style-type: none"> • % Financiación innovadora de THE y GPS • Número de mecanismos de financiación innovadores para la cirugía desarrollado a nivel mundial, nacional y niveles subnacionales • Monto de la financiación movilizado a través de financiación innovadora para la cirugía a nivel mundial y nacional 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué fuentes de financiamiento innovadoras existen o podrían adaptarse para crear espacio fiscal dadas las condiciones políticas del país • ¿Qué factores podrían afectar positiva o negativamente la adopción de estos mecanismos de financiación?

Adaptado de Tandon A., y Cashin C., Evaluación del gasto público en sanidad desde la perspectiva del espacio fiscal (93).

10.3.1.1 Condiciones macroeconómicas

Es importante considerar cómo las condiciones macrofiscales, como el crecimiento económico, la generación de ingresos y la deuda pública, afectarán al espacio fiscal para el PNCOA. Los planes macroeconómicos que promueven y sostienen el crecimiento económico y que mejoran la administración tributaria probablemente conducirán a un aumento del espacio fiscal total modificable para el gasto en salud. El crecimiento económico sostenido de muchos países les ha permitido invertir en nuevos programas de atención sanitaria, mientras que las economías que se han contraído suelen verse obligadas a reducir el gasto en salud (94-96).

10.3.1.2 Alinear las prioridades del presupuesto gubernamental

Un aumento de la proporción del presupuesto nacional asignado al gasto sanitario puede abrir paso a la financiación del PNCOA. Un factor importante que indica el nivel de prioridad de la salud es la proporción de recursos públicos asignados a la salud. La declaración de Abuja de 2001 de los países de la Unión Africana estableció el objetivo de destinar al menos el 15% del presupuesto nacional a la salud (97), pero pocos países han mantenido este compromiso. Varios países están aumentando constantemente el gasto público en salud. Uganda, por ejemplo, aumentó su presupuesto en salud como porcentaje del presupuesto público del 7% en 1997-98 al 10% en 2002-03, cumpliendo con su compromiso de aumentar las cuotas en salud en el presupuesto público (93). Se puede argumentar



de forma convincente la necesidad de aumentar el presupuesto sanitario total para dar cabida a la financiación del PNCOA si 1) la proporción del gasto público en servicios quirúrgicos es inferior a la de países similares y; 2) el ministerio de salud puede demostrar el carácter de inversión rentable del gasto quirúrgico a largo plazo.

10.3.1.3 Aumentar los recursos específicos del sector de la salud

Las reformas fiscales de los impuestos directos e indirectos y la introducción de nuevos recursos específicos para el sector sanitario, como los impuestos asignados o el seguro sanitario obligatorio, pueden servir como otra fuente de espacio fiscal para el PNCOA. Los impuestos asignados, por ejemplo, pueden utilizarse para dirigir los ingresos fiscales hacia programas sanitarios específicos y asociados. El Fondo Fiduciario para el SIDA de Zimbabue recibió fondos de un impuesto del 3% aplicado a los empleadores y empleados del sector formal (98). También se han introducido impuestos al tabaco y el azúcar para generar ingresos para el sector sanitario (99,100). En Sudáfrica, por ejemplo, un gravamen de promoción de la salud moviliza fondos procedentes de un impuesto sobre el azúcar para ampliar el espacio fiscal de los servicios de atención sanitaria dirigidos a las enfermedades no transmisibles (101). Un análisis del espacio fiscal debe considerar cómo se pueden introducir recursos específicos del sector sanitario para financiar la implementación del PNCOA, teniendo en cuenta al mismo tiempo las condiciones políticas de la introducción de dichas medidas. Los impuestos sobre la gasolina, por ejemplo, podrían contribuir a un fondo para accidentes de tráfico que ayude a financiar la atención quirúrgica de emergencia en el nivel distrital del sistema sanitario.

10.3.1.4 Eficiencia de los recursos existentes

“La "eficiencia del gasto público en salud" puede definirse como el grado de niveles máximos de los productos de los sistemas de salud con respecto a los insumos de recursos (financieros) (93). La evaluación de las ineficiencias técnicas y de asignación de los recursos disponibles puede utilizarse para determinar el espacio fiscal para los PNCOA dentro de los presupuestos sanitarios. Entre las formas más comunes para mejorar la eficiencia se encuentran la mejora del gasto geográfico en las regiones, la modificación de la asignación de recursos entre las categorías de prestación de servicios clínicos dentro del sector de la salud, la focalización de programas costo-efectivos y la alineación del gasto

sanitario con las necesidades identificadas y los planes estratégicos. En Indonesia y la India, por ejemplo, un estudio descubrió que las tasas de absentismo entre los trabajadores de los centros de atención primaria llegaban al 40% (102). Abordar el absentismo de los trabajadores sanitarios y de los gestores de los centros en este contexto podría mejorar la prestación de servicios sanitarios y liberar espacio fiscal para otras prioridades sanitarias. Teniendo en cuenta los ejemplos establecidos dentro de la comunidad global de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, una revisión de las normas de salud reproductiva en ocho países de los cinco continentes y subcontinentes ilustra las formas en que se puede llevar a cabo una reasignación integrada y eficiente de la financiación sanitaria existente para fortalecer la prestación de servicios (103). Durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Namibia emprendió un análisis crítico de la financiación sanitaria existente para hacer frente a la creciente mortalidad materna (104).

10.3.1.5 Fuentes externas: el nivel global

Los PIBM deben a menudo buscar más allá de los recursos nacionales para financiar los programas de atención sanitaria. Sin embargo, desde la recesión económica del 2008, el crecimiento de la ayuda internacional ha disminuido gradualmente (105) (106). Los países que buscan aumentar el espacio fiscal utilizando fuentes internacionales pueden requerir adaptar el PNCOA a los requisitos de estos organismos de financiación para presentar un caso más sólido de apoyo. Por ejemplo, dado que una parte importante de la financiación internacional se destina a la salud materno-infantil (SMI) y a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), los países pueden hacer hincapié en los aspectos específicos del PNCOA que mejoran los resultados de SMI y SDSR mediante la atención quirúrgica. Si se determina que las fuentes mundiales serán una fuente importante de financiación para el PNCOA, es fundamental que estos financiadores participen en las primeras fases del proceso y que la estrategia de gestión de financiación de los agentes clave (capítulo 5) incorpore a estos agentes. El programa de Recursos Humanos para la Salud de Ruanda es un ejemplo de un programa que utilizó eficazmente la financiación externa para alcanzar los objetivos estratégicos nacionales de salud. A lo largo de siete años, se destinaron 150 millones de dólares al Gobierno ruandés en un programa de transferencia de competencias a nivel de todo el sistema que se encargó de formar a médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud (107).





10.3.1.6 Financiación innovadora

La financiación innovadora puede contribuir a aumentar el espacio fiscal y a reducir la necesidad de tomar prestado capital de fuentes externas. La financiación innovadora es un término general utilizado para describir varias formas "no tradicionales" de financiación del sistema sanitario. Al hablar de financiación innovadora, debemos distinguir entre los instrumentos de financiación innovadora utilizados para movilizar fondos y los mecanismos de financiación innovadora que se utilizan para reunir y canalizar fondos hacia los programas sanitarios. Entre los ejemplos de mecanismos de financiación innovadora que han alcanzado una escala global se encuentran el Fondo Mundial, GAVI y UNITAID para financiar el VIH, la tuberculosis y la malaria, las vacunas y la ampliación del acceso a nuevos diagnósticos y tratamientos al influir en la dinámica del mercado, respectivamente (92). La característica que define a los mecanismos de financiación innovadora es que la innovación se

produce en cada etapa del marco de la cadena de valor de la atención sanitaria (108). Aunque todavía no se han aprovechado para la atención quirúrgica, los mecanismos de financiación innovadora son un recurso sin explotar para la financiación de un PNCOA que ha sido utilizado con éxito en salud global para ayudar a cubrir los déficits de financiación (109). Los países y los bloques regionales intergubernamentales tienen la oportunidad de pensar de forma creativa y desarrollar mecanismos financieros innovadores para ampliar el espacio fiscal. Estos mecanismos también pueden alinearse con otras prioridades del sistema de salud que carecen de financiación. Los países pueden basar sus enfoques en aquellos mecanismos innovadores que se han ampliado con éxito. El Global Financing Facility (Cuadro 10.1) es un ejemplo de un mecanismo de financiación innovador que puede aprovecharse para la financiación del PNCOA.



CUADRO 10.1

FINANCIACIÓN INNOVADORA - GLOBAL FINANCING FACILITY

El Global Financing Facility (GFF) se creó en el 2015 para "acelerar los esfuerzos para poner fin a las muertes prevenibles de madres, recién nacidos, niños y adolescentes y mejorar su salud y calidad de vida." La Secretaría tiene su sede en el Banco Mundial y, junto con el Fondo Fiduciario del GFF, tiene como objetivo catalizar la financiación de casos de inversión impulsados por los países que abordan la salud materna e infantil. El mecanismo del GFF emplea las siguientes innovaciones:

- Movilización de recursos de múltiples fuentes: fondo fiduciario GFF, financiamiento nacional del BIRF (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento)/AIF (Asociación Internacional de Fomento), financiamiento externo alineado y recursos del sector privado.
- La financiación del fondo fiduciario GFF se utiliza principalmente para proporcionar financiación inicial, proporcionar asistencia técnica y trabajo preparatorio y, lo que es más importante, para ayudar a coordinar un enfoque de socios multisectorial.
- Cada dólar del fondo fiduciario se multiplica muchas veces a través de: 1) la atracción de fondos adicionales y; 2) la identificación y asignación de fondos a soluciones de alto impacto a través del mecanismo de canalización del GFF.
- Finalmente, una amplia gama de agentes clave presiden tanto el fondo fiduciario del GFF como los proyectos financiados por el GFF del país, lo que ayuda a promover el enfoque de financiamiento basado en el desempeño.

Aunque la cirugía, la obstetricia y la anestesia (COA) no están incluidas explícitamente en los objetivos programáticos del GFF, la COA tiene un papel crucial en la prevención de muertes y la mejora de la calidad de vida dentro del espectro de la RMNCH (salud reproductiva, materna, neonatal e infantil). Los equipos del PNCOA pueden colaborar con el equipo del GFF en el país para crear un caso de inversión impulsado por el país para la atención en COA. El proceso y el plan final del PNCOA proporcionan todos los elementos necesarios para presentar al GFF un caso de inversión a cargo del país: la evaluación base, las intervenciones necesarias, el costo y la estrategia para aumentar el espacio fiscal para el PNCOA a través de las fuentes nacionales y una mayor eficiencia del gasto.



10.4 ANÁLISIS DE LOS AGENTES CLAVE EN LA FINANCIACIÓN Y ESTRATEGIA DE COMPROMISO

Dos resultados clave del análisis de los agentes clave en la financiación son la identificación de todas las partes implicadas en la toma de decisiones de financiación y el desarrollo de una estrategia de participación para los agentes clave. Mientras que la primera es una actividad meramente descriptiva, la segunda es inherentemente un proceso político. Es necesario un compromiso continuo con los agentes clave a lo largo del proceso del PNCOA para garantizar la asignación de recursos para la implementación del PNCOA durante las decisiones presupuestarias y los desembolsos. En la tabla 10.2 se presentan los principales agentes clave a considerar cuando se elabora el plan de movilización de recursos. En el capítulo 5 de este manual se detalla más información sobre la realización de un análisis con los agentes clave y un plan de participación.

El Ministerio de Finanzas es el principal agente cuando se trata de recursos nacionales y suele ser también la principal institución estatal que interactúa con los financiadores externos. Por lo tanto, es el agente principal en lo que respecta a la financiación del PNCOA. Es necesario resaltar nuevamente la importancia de colaborar con el MdF temprano en el proceso de desarrollo del PNCOA. Aunque el Ministerio de Salud es responsable de elaborar normas sanitarias como el PNCOA, el MdS depende del MdF para garantizar la financiación para la implementación de estas normas. Las normas del Ministerio de Salud que se elaboran de forma aislada, sin la aportación del Ministerio de Finanzas, pueden no tener prioridad en las asignaciones

presupuestarias y corren el riesgo de no recibir la financiación necesaria. El comité del PNCOA dentro del Ministerio de Salud debe trabajar estrechamente con el MdF durante las negociaciones presupuestarias para garantizar que el PNCOA sea incorporado en las propuestas presupuestarias finales que se presenten y aprueben por el parlamento.

Por último, el público y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) suelen desempeñar un papel fundamental en el proceso presupuestario, ya que influyen en las prioridades presupuestarias desde el nivel de base, abogan por la transparencia en los procesos presupuestarios y, a veces, incluso participan en los procesos de elaboración del presupuesto cuando dichas decisiones están descentralizadas a nivel local. En los países en los que el espacio de decisión para la financiación está descentralizado, los agentes locales (los ciudadanos de las OSC y las juntas/oficinas sanitarias locales) tienen una mayor capacidad de elección e influencia sobre la movilización de recursos locales y el gasto sanitario. La colaboración con estos agentes locales, incluidos los medios de comunicación, podría servir tanto para apoyar la financiación de los PNCOA a nivel local como para dar forma a la agenda política para mejorar la atención quirúrgica a nivel central. Aunque esto se traduce inevitablemente en un compromiso con un mayor número de agentes clave, este enfoque promueve intrínsecamente la participación desde los niveles basales, con un mayor potencial de sostenibilidad a largo plazo.

Tabla 10.2: Agentes clave a considerar cuando se desarrolla un plan de movilización de recursos

	Agentes clave	Rol en la financiación
1	Ministerio de Salud, Departamento de Normas y Organización	Autoridad que desarrolla las normas del MdS y formula los presupuestos anuales del MdS
2	Ministerio de Finanzas	Autoridad que aprueba y desembolsa los fondos públicos
3	Políticos/Autoridades normativas	Influyen en la agenda política y en la prioridad de las necesidades sanitarias que son financiadas
4	Público, organizaciones de la sociedad civil y medios de comunicación	Influyen a los políticos para que asignen fondos a las prioridades sanitarias
5	Financiadores bilaterales y multilaterales, por ejemplo, USAID, Banco Mundial, Fundación Bill y Melinda Gates	Proporcionan financiación adicional para cubrir los déficits de financiación pública a través de préstamos y subvenciones
6	Sector privado	Proporcionan financiación a través de asociaciones público-privadas, reducen las necesidades de financiación pública mediante la prestación de servicios sanitarios privados



10.5 CONCLUSIÓN

Podría decirse que el principal reto para mejorar la atención quirúrgica es la financiación. En este capítulo se destacan tres pasos fundamentales en el desarrollo de una estrategia para movilizar recursos para los PNCOA. En primer lugar, situar los PNCOA dentro de los procesos generales de financiación de los sistemas de salud, incluido el proceso presupuestario nacional mediante la articulación de un caso de inversión coherente para los PNCOA. El capítulo subrayó la importancia de movilizar el apoyo político para el PNCOA dentro de estos procesos presupuestarios. En segundo lugar, el capítulo proporcionó un enfoque para la movilización de recursos para los PNCOA a través del análisis del espacio fiscal. Por último, nos centramos en identificar y movilizar el apoyo de los principales inversionistas involucrados en el proceso del PNCOA.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 11

Implementación





11.1 INTRODUCCIÓN

La implementación de normas es el acto de utilizar los recursos, mecanismos y colaboraciones disponibles para llevarlas a la práctica y alcanzar sus objetivos (110). Como normas, los Planes Nacionales de Cirugía, Obstetricia y Anestesia (PNCOA) tienen el potencial de reducir las desigualdades sanitarias asociadas a las enfermedades quirúrgicas, mejorar los resultados sanitarios, aumentar la eficiencia de la prestación de servicios quirúrgicos en todas las especialidades, mejorar la salud general de la población y promover el crecimiento económico. Los países con PNCOA han comenzado a implementar sus planes (69,70,111-113). El éxito de cualquier norma pública o plan estratégico, como un PNCOA, depende del grado de implementación efectiva de la norma.

En este capítulo, destacamos algunas consideraciones

que garantizan el éxito de la implementación de un PNCOA, junto con las lecciones empíricas de los países que han comenzado la implementación del PNCOA. Dado que los PNCOA se encuentran en etapas iniciales, muchas de las lecciones que se destacan a continuación se han extraído de las primeras experiencias de implementación de los países con PNCOA, así como de las lecciones de implementación de normas de otros sectores que podrían aplicarse a los PNCOA. Si bien este capítulo pretende ofrecer recomendaciones para la implementación del PNCOA, los lectores deben tener en cuenta que la implementación de normas es específica del contexto y está muy influenciada por factores sociales, políticos, económicos y externos complejos que deben tenerse en cuenta durante la implementación del PNCOA. Por ejemplo, el contexto político, como el tipo de sistema político (estados muy centralizados frente a estados descentralizados con



participación política popular) y el grado de estabilidad política, tienen efectos diversos en como se desarrollan e implementan estas normas (114,115). Por ello, este capítulo debe leerse como una visión general y no como una recomendación final y debe ser adaptado al contexto social-político y económico de cada país. Sobre todo, pretende servir de guía pragmática para los problemas tangibles que pueden esperarse en el proceso de implementación del PNCOA.

En las siguientes secciones, se discutirán la diseminación y puesta en marcha de los recursos del PNCOA necesarios para la implementación, el establecimiento de un liderazgo para la implementación, y concluiremos con consideraciones para la creación de mecanismos de retroalimentación para el seguimiento de los avances en la implementación.

11.2 DISEMINACIÓN DEL PNCOA

Uno de los primeros pasos de la implementación del PNCOA es la diseminación del plan entre los agentes clave y un público más amplio, en particular los que financiarán e implementarán el plan. Además, los pacientes, la familia y la comunidad podrían beneficiarse de un plan plena y eficientemente implementado, ya que son votantes y también podrían exigirle cuentas al gobierno/liderazgo durante y después de la implementación. El nivel de diseminación de una política influirá en su grado de implementación (115). La diseminación sirve para informar a los agentes clave sobre el nuevo marco de prioridades del Ministerio de Salud y puede utilizarse para que participen en sus nuevas funciones y responsabilidades en la aplicación del PNCOA. Sin la diseminación, los proveedores de primera línea, que son los ejecutores finales, no conocerán el PNCOA y, por lo tanto, será menos probable que apoyen y contribuyan a su implementación, lo que resultará en resistencia a la norma. El apoyo de los clínicos de primera línea al PNCOA es mejor cuando la norma se difunde a los agentes clave justo después de su finalización. Idealmente, muchos de estos agentes clave ya estarían al tanto del PNCOA a través de su inclusión en el equipo normativo durante el proceso de formulación del PNCOA, como se discute en el capítulo cinco de este manual. Aunque la participación de los agentes clave en el proceso de desarrollo del PNCOA tiene como objetivo garantizar la representación de todos los grupos de agentes clave relevantes no es posible involucrar a cada agente clave, especialmente a los trabajadores sanitarios de primera línea, en el proceso de desarrollo de la norma. Una vez que el plan

está completamente desarrollado, la participación de los agentes clave pasa de ser representativa a ser integral.

El PNCOA puede difundirse a través de diferentes métodos, como los medios de comunicación tradicionales y las redes sociales, los talleres nacionales y regionales y las conferencias, dependiendo del público al que vaya dirigido. La diseminación del plan al público en general puede producirse a través de los medios de comunicación impresos, las redes sociales o reuniones comunitarias. Si hay un lanzamiento oficial del PNCOA, se podrían utilizar diferentes tipos de medios de comunicación tradicionales y las redes sociales para informar al público en general de la nueva estrategia, utilizando métodos disponibles a nivel local que aseguren llegar a los segmentos más amplios y remotos de la población. La diseminación a la población general ayuda a garantizar una mayor concienciación sobre cómo la nueva norma podría afectar el acceso a la atención quirúrgica y su rol como pacientes en la implementación. Un público informado puede exigirle cuentas a sus dirigentes, lo que garantiza el éxito de la implementación de la norma.



CUADRO 11.1

DISEMINACIÓN DEL PNCOA EN ZAMBIA

La diseminación del PNCOA de Zambia (2017-2021) se realizó a nivel mundial, regional y nacional. Se diseminó a nivel mundial a través de un lanzamiento oficial en la Asamblea Mundial de la Salud en el 2017, a nivel regional en África a través de la Comunidad de la Salud de África Centro-Oriental y Meridional (ECSA-HC) y la Comunidad de Desarrollo de África Meridional (SADC) y a nivel nacional a través de un foro quirúrgico nacional y en reuniones de asociaciones profesionales. La integración de la estrategia de implementación del PNCOA en el Plan Estratégico Nacional de Salud de Zambia 2017-2021 (ZNHSP) también sirve como medio de diseminación de la nueva norma sanitaria entre los socios estratégicos y otros agentes clave de los sectores de salud y no sanitario. Sin embargo, aún queda trabajo por hacer para garantizar una mayor concienciación entre los agentes clave a nivel subnacional, especialmente los pacientes y la población general, que están mejor situados para exigir cuentas a los responsables políticos.



Para los responsables de la implementación del plan, se puede realizar una diseminación dirigida a través de talleres y conferencias nacionales y regionales. Por ejemplo, el PNCOA podría presentarse y debatirse en los países en los que están institucionalizadas las reuniones periódicas de planificación de los gestores sanitarios. Las conferencias anuales de las sociedades profesionales también son lugares dinámicos a través de los cuales se puede involucrar a profesionales de la salud de distintos equipos quienes serán los ejecutores de primera línea del PNCOA. Independientemente de la estrategia de diseminación, es crucial que se incluya a todos los agentes clave de una manera productiva que les permita comprender mejor los objetivos y las ventajas innatas del PNCOA para determinar cómo pueden poner en marcha y ejecutar el plan.

11.3 PUESTA EN MARCHA DEL PNCOA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación operativa es el proceso mediante el cual los objetivos y metas estratégicas de una norma, estrategia o plan nacional de salud se transforman en actividades viables (116). La planificación operativa se distingue de la estratégica en que esta última se centra en objetivos y visiones a largo plazo, con una duración de entre cinco y diez años, mientras que la planificación operativa se ocupa de las actividades concretas del día a día que son necesarias para alcanzar los objetivos a largo plazo del plan estratégico. Los planes operativos suelen elaborarse anualmente, idealmente una vez que se conoce el presupuesto sanitario general.

El desarrollo de un plan operativo a corto plazo para el PNCOA ayuda a determinar las necesidades a corto plazo, dentro de las limitaciones de recursos existentes, para lograr las metas y los objetivos estratégicos del PNCOA. Si no se operativiza el PNCOA, las partes encargadas de la implementación no conocerán sus roles y responsabilidades en la implementación ni de los recursos disponibles ni de los plazos previstos. Por lo tanto, una de las primeras tareas de la implementación del PNCOA es la creación de un plan operativo anual que ilustre cómo se alcanzarán los objetivos del primer año del.



CUADRO 11.2

RESUMEN: PLANIFICACIÓN OPERATIVA DEL PNCOA

¿En qué consiste? El proceso por el cual los objetivos del PNCOA se transforman en actividades viables de corto plazo

¿Por qué hacerlo? La operacionalización es necesaria para concretar los PNCOA para que sean implementables

¿Cuándo debe hacerse? Anualmente, idealmente una vez que se conozca el límite presupuestario del sector

¿Quién debe participar? Todos los grupos de interesados que vayan a participar en la aplicación de los componentes del PNCOA.

¿Quién participa en la elaboración de un plan operativo?

Dado que la planificación operativa se centra intensamente en las actividades y depende de los recursos disponibles para su ejecución, los planes operativos suelen ser llevados a cabo por los centros presupuestarios del Ministerio de Salud y otras instituciones implementadoras. Dentro del Ministerio de Salud, esto podría ser realizado por el Departamento de Normas y Organización que supervisa el presupuesto anual del MdS. En los sistemas descentralizados, es posible que cada provincia, estado o región tenga que desarrollar sus propios planes operativos y establecer sus objetivos alineados con el PNCOA en función de los recursos disponibles en el gobierno local. Fuera del MdS, los departamentos de presupuesto y planificación de las universidades y los hospitales pueden desarrollar planes operativos para el PNCOA a nivel de los centros de salud, dentro de los recursos disponibles. Lo ideal es que todas las personas e instituciones, incluidos todos los departamentos dentro y fuera del MdS con responsabilidades relacionadas con el PNCOA, desarrollen un plan operativo para el PNCOA. El plan operativo debe alinearse con los ciclos presupuestarios de la institución financiadora. Por ejemplo, la planificación operativa del MdS puede alinearse con los ciclos presupuestarios del Ministerio de Finanzas.

La participación de los agentes clave en el proceso de planificación operativa es vital. Mientras que la participación de los agentes clave en la fase de establecimiento de prioridades del proceso del



PNCOA pretende establecer objetivos de alto nivel, la planificación operativa solicita la aportación de los agentes clave en actividades concretas con un impacto inmediato y directo en las actividades cotidianas. Sin la participación del personal clínico de primera línea, se corre el riesgo de que el plan operativo no se aplique correctamente. La puesta en marcha del PNCOA también puede garantizar la transparencia y la rendición de cuentas entre los agentes clave encargadas de la implementación. Por lo tanto, es crucial involucrar a los trabajadores sanitarios de primera línea (médicos y enfermeros quirúrgicos, directores de hospitales, personal auxiliar, personal de apoyo no clínico, educadores, etc.) en el proceso anual de puesta en marcha del PNCOA. La resistencia al PNCOA por parte de los clínicos de primera línea puede socavar la implementación e impedir el logro de los objetivos del PNCOA.

En el manual de la OMS hay información detallada adicional sobre la planificación operativa: *La estrategia de la salud nacional en el siglo XXI: un manual* (61).

11.4 RECURSOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PNCOA

La exploración de la disponibilidad de los diferentes tipos de recursos necesarios para la implementación del PNCOA se realiza durante las primeras etapas de desarrollo del PNCOA. Sin recursos financieros, humanos, de gobernanza y de infraestructura, la implementación del PNCOA no se realizará. Por lo tanto, es fundamental identificar los recursos disponibles y definir los recursos adicionales necesarios para implementar el PNCOA.

La disponibilidad de **recursos financieros** es fundamental para la implementación exitosa de cualquier norma. Se necesita financiamiento sostenible, suficiente y asignado para la mayoría de las actividades dentro del PNCOA. Sin financiamiento, un PNCOA seguirá siendo aspiracional y sin camino a seguir para su implementación. En muchos países de ingresos bajos y medianos (PIBM), el financiamiento del PNCOA probablemente será la principal barrera inicial (consulte el Capítulo 9). La naturaleza intersectorial inherente del PNCOA como una intervención integral y compleja del sistema de salud hace que el análisis de la financiación de la atención quirúrgica dentro de otras políticas preexistentes que no pertenecen al NSOAP sea un desafío. Una revisión específica de las asignaciones presupuestarias anuales anteriores podría ayudar a determinar los recursos financieros disponibles para la

implementación del PNCOA. Además, en las primeras etapas de la implementación del PNCOA, muchos Ministerios de Salud deberán dedicar un tiempo significativo a la promoción a fin de aumentar los recursos financieros disponibles para el PNCOA.

Aparte de los recursos financieros, se necesitarán **recursos humanos**. Se recomienda una evaluación de los recursos humanos disponibles y designados dentro del Ministerio de Salud que estén capacitados en la implementación de normas. Es posible que el personal existente del Ministerio de Salud deba asignar tiempo a la implementación del nuevo PNCOA. Sin embargo, esto puede convertirse en un desafío ya que el personal del Ministerio de Salud a menudo maneja varias responsabilidades y prioridades que pueden dar lugar a que se descuide el PNCOA. Para superar este desafío, el Ministerio de Salud de Tanzania optó por contratar coordinadores designados a tiempo completo para el PNCOA que supervisaron la implementación. Los coordinadores designados del PNCOA se asegurarán de que la implementación del PNCOA no se vea eclipsada por las prioridades contrapuestas del personal del Ministerio de Salud. De manera similar, en el escenario de Zambia, la responsabilidad de la implementación se colocó bajo la supervisión de un funcionario superior del Ministerio de Salud, el director de atención clínica, que cuenta con el apoyo de varios coordinadores nacionales en cirugía, obstetricia y ginecología, anestesia y enfermería.

Algunas veces, quienes desarrollan la norma no liderarán la implementación. La rotación de personal dentro del equipo de implementación y liderazgo pone en riesgo la paralización de la implementación. Las estrategias innovadoras y específicas regionales para retener al personal, así como para capacitar al nuevo personal, pueden ayudar a prevenir esto. Es posible que se requieran incentivos financieros y no financieros para reducir las tasas de rotación del personal. Será necesario capacitar al nuevo personal y definir claramente sus roles en la implementación del PNCOA. Un manual de capacitación y un curso podrían ser útiles para poner al día a todos los nuevos miembros del equipo de implementación del PNCOA sobre la implementación.



La **colaboración** también pueden considerarse recursos esenciales para la aplicación del PNCOA. Por ejemplo, una proporción significativa de la atención sanitaria en los países en desarrollo es proporcionada por instituciones religiosas y centros privados. El establecimiento de colaboraciones con estas instituciones con funciones y responsabilidades claras podría ayudar a acelerar la implementación del PNCOA. En la fase de planificación también deben tenerse en cuenta los recursos de **equipamiento, suministros e infraestructuras** necesarios. Las estrategias para movilizar estos recursos dependerán del contexto de cada país. Por ejemplo, en algunos países las colaboraciones con la industria biomédica podrían ayudar a conseguir el equipo necesario para la realización de cirugías seguras mediante alianzas público-privadas. También podría establecerse una colaboración con instituciones académicas para apoyar la recolección de datos y el estudio de la implementación.

Los PNCOA son un enfoque político relativamente nuevo para reforzar la capacidad del sistema sanitario de prestar atención quirúrgica multidisciplinaria. Es probable que la mayoría de los países, en particular los PIBM, necesiten de promoción continua incluso después de la elaboración y el lanzamiento del PNCOA para movilizar los recursos financieros, humanos, de liderazgo, de equipamiento y de infraestructura específicos necesarios para su implementación y para documentar los beneficios resultantes de la misma. Por lo tanto, la promoción tendrá que ser uno de los primeros y más importantes componentes de la implementación. El capítulo 10 ofrece algunas estrategias para financiar un PNCOA.

11.5 ESTABLECER EL LIDERAZGO Y LA ESTRUCTURA DE GOBERNANZA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PNCOA

Será beneficioso considerar aspectos de gobernanza, niveles de compromiso e ideologías que podrían impactar positiva o negativamente la implementación del PNCOA. La rendición de cuentas y la transparencia son importantes para la implementación efectiva del PNCOA. Una mala comprensión de las funciones y responsabilidades de los implementadores de la norma puede conducir a una implementación inadecuada. Por lo tanto, una de las primeras

actividades de la implementación del PNCOA debe ser el establecimiento de estructuras organizacionales y de gobernanza con funciones y responsabilidades claras desde el nivel nacional hasta el comunitario. Establecer una estructura de gobernanza clara puede ser útil para determinar qué individuos, organizaciones o colaboraciones son responsables de los diferentes aspectos del PNCOA y quién debe rendir cuentas por los diversos resultados. Esta estructura de gobernanza variará de un país a otro y debe estar claramente definida en el PNCOA formulado. El Capítulo 9 detalla las estructuras organizacionales y de gobernanza que deben considerarse durante el desarrollo del PNCOA e implementarse posteriormente. El cuadro 11.3 describe un ejemplo de una estrategia emprendida en Tanzania para establecer una estructura de gobernanza a nivel nacional.

El liderazgo en todos los niveles es crucial para la implementación efectiva del PNCOA. A nivel nacional, los funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud y los agentes influyentes pueden defender la implementación, abogar por los recursos y comunicar fundamentos y mecanismos claros para la implementación. Se necesita la participación y orientación continuas de los líderes a nivel nacional, regional y local del gobierno durante todo el proceso de implementación. Se necesita de un liderazgo efectivo a nivel del Ministerio de Salud para guiar la implementación y garantizar que todos los agentes clave encargados de la implementación participen adecuadamente durante todo el período del plan. El liderazgo del Ministerio de Salud también es necesario para movilizar recursos adicionales. Los líderes a nivel regional y local también deben tener un compromiso sostenido durante la implementación del PNCOA. Los líderes dentro de las sociedades profesionales, las facultades de medicina y las organizaciones académicas también tienen un papel importante que desempeñar en la defensa de la implementación, el asesoramiento sobre la implementación y la implementación de secciones relevantes del plan. A nivel de la comunidad, los líderes religiosos y otros líderes de la sociedad civil pueden ser incluidos como líderes del PNCOA, además desempeñarán un papel importante en exigir cuentas a otros grupos por la implementación equitativa del PNCOA.



CUADRO 11.3

ESTABLECIMIENTO DE UNA UNIDAD DE GOBERNANZA PARA EL PNCOA: EL CASO DE TANZANIA

En reconocimiento de la necesidad de una unidad de gobernanza para liderar y guiar la implementación del PNCOA de Tanzania, el Ministerio de Salud de Tanzania tomó medidas deliberadas para establecer dicha unidad dentro del Ministerio de Salud. La Unidad de Gobernanza del PNCOA en el Ministerio de Salud está compuesta por coordinadores del PNCOA, una unidad de coordinación del PNCOA ministerial y un grupo de trabajo técnico externo.

Coordinadores del PNCOA

El PNCOA es una norma integral y compleja que requiere personal dedicado para coordinar actividades y numerosos agentes que son responsables de implementar diferentes partes del plan. Con esto en mente, uno de los primeros pasos en la implementación del PNCOA de Tanzania fue el establecimiento de un puesto de coordinador del PNCOA de tiempo completo dentro del Ministerio de Salud para liderar la implementación. Una ventaja adicional de establecer una posición de este tipo al principio del proceso de implementación del PNCOA es que pudieron abogar por recursos adicionales para la implementación del PNCOA. En Tanzania, la implementación de normas en los niveles de salud primario y secundario está coordinada por la Oficina del Presidente, la Administración Regional y el Gobierno Local (PORALG), que trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud. Se establecerá un puesto adicional de coordinador de PNCOA en PORALG para coordinar la implementación del PNCOA en los niveles primario y secundario de salud con el coordinador del PNCOA del Ministerio de Salud.

Unidad Coordinadora Ministerial del PNCOA

El PNCOA abarca múltiples pilares del sistema de salud y la implementación requiere coordinación entre múltiples departamentos del Ministerio de Salud. El PNCOA de Tanzania se encuentra principalmente bajo la dirección de servicios curativos dentro del Ministerio de Salud. Para garantizar que la implementación del PNCOA sea coordinada por todos los departamentos relevantes del Ministerio de Salud y que las actividades no se lleven a cabo de forma aislada, se establecerá una unidad de coordinación del PNCOA compuesta por varios departamentos dentro del Ministerio de Salud. La unidad coordinadora estará compuesta por al menos un representante de cada departamento del Ministerio de Salud.

Grupo de Trabajo Técnico del PNCOA

Además de la unidad de coordinación ministerial del PNCOA, se creó un grupo de trabajo técnico del PNCOA que incluye representantes de grupos de agentes clave fuera del Ministerio de Salud. El objetivo del grupo de trabajo técnico es asesorar al Ministerio de Salud en la implementación del PNCOA. Está integrado por representantes de sociedades profesionales, organizaciones no gubernamentales, investigadores y universidades.





11.6 INICIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PNCOA - PILOTO

Iniciar la implementación de un PNCOA desde cero en un PIBM es imprudente y poco realista debido a los recursos limitados. La implementación del PNCOA debe apoyar y complementar otros programas y normas de salud preexistentes como lo es con las políticas de salud. Por lo tanto, es necesario identificar **puntos de entrada** para el inicio de la implementación del PNCOA dentro de los programas de salud existentes del sistema de salud. En el caso de Zambia, el punto de entrada para iniciar la implementación del PNCOA fue abordar la hemorragia como causa de mortalidad materna a través de una mejor atención médica quirúrgica obstétrica. La hemorragia es la principal causa de mortalidad materna en Zambia y en muchos otros PIBM y puede tratarse adecuadamente con atención médica quirúrgica. La mortalidad materna ha sido declarada una emergencia de salud pública por el Jefe de Estado de Zambia (2019). Por lo tanto, la provisión de cirugía obstétrica mejorada y segura para una maternidad segura se utilizó como primer punto de entrada, luego el llamado a todos los agentes clave fue el segundo punto de entrada para responder a la emergencia sanitaria declarada de mortalidad materna con medidas innovadoras y poco ortodoxas (en este caso, la implementación del PNCOA) fue el segundo punto de entrada para iniciar la implementación del PNCOA en Zambia.

Una vez que se han identificado los puntos de entrada, es necesario iniciar la implementación del PNCOA con un **programa piloto** de la norma innovadora en un distrito o provincia/estado. El objetivo de este programa es generar evidencia, demostrar el impacto (sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de los resultados de salud) y obtener conocimientos que serán fundamentales para escalar a nivel nacional la implementación de dicho PNCOA y compartir las mejores prácticas entre países.

11.7 RETROALIMENTACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

A lo largo de la implementación del PNCOA, se debe realizar un seguimiento del progreso en el logro de los objetivos del PNCOA a través del monitoreo y la evaluación, como se detalla en el Capítulo 7. Se necesita una retroalimentación frecuente y habitual

de los implementadores de primera línea para ajustar las metas, modificar las estrategias e identificar los recursos adicionales necesarios. Establecer los mecanismos adecuados para monitorear el progreso es una de las principales prioridades de cualquier implementación de normas. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Federal de Etiopía desarrolló una herramienta integral de monitoreo y evaluación utilizando 15 indicadores clave de rendimiento (KPI) y una herramienta integral de evaluación de la capacidad quirúrgica para monitorear la implementación del PNCOA del país a nivel de centro de salud. Desarrollaron KPIs de largo plazo para informar la toma de decisiones a nivel nacional y KPIs de corto plazo para informar la toma de decisiones a nivel de centro de salud, junto con mecanismos claros de reporte.

Se necesita de investigación para comprender mejor los factores contribuyentes que afectan el proceso de implementación del PNCOA y el impacto de la implementación. Dicha investigación sobre el proceso de desarrollo e implementación del PNCOA arrojará luz sobre los facilitadores y las barreras para lograr las metas del PNCOA y determinará los factores que contribuyen a una implementación exitosa.

11.8 CONCLUSIÓN

El proceso de implementación del PNCOA debe ser adaptable. La implementación de normas no suele ser un proceso lineal. Los objetivos a largo plazo pueden cambiar con el tiempo, a menudo por razones que escapan al control de los implementadores. Si bien este capítulo proporciona algunas consideraciones generales para la implementación del PNCOA, es necesaria una cuidadosa consideración de los factores contextuales locales que podrían afectar positiva o negativamente la implementación efectiva de este PNCOA desde el comienzo y durante todo el proceso de implementación.



SUS

Anotaciones

Area for handwritten notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.



SUS

Anotaciones

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

CAPÍTULO 12

Lista de referencias





- 1 Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2015 Ago 8 [citado en 2019 Sep 19];386(9993):569–624. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25924834>
- 2 Farmer PE, Kim JY. Surgery and Global Health: A View from Beyond the OR. *World J Surg* [Internet]. 2008 Abr 3 [citado en 2019 Sep 19];32(4):533–6. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00268-008-9525-9>
- 3 Debas H, Donkor P, Gawande A, Jamison D, Kruk M, Mock C, et al. *Essential Surgery*. Disease Control Priorities, third edition, volume 1. Washington, DC: Banco Mundial. [Internet]. The Banco Mundial; 2015 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <http://dcp-3.org/surgery>
- 4 WHA68.15 | Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage [Internet]. Geneva, Sixty Eighth World Health Assembly; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R15-en.pdf
- 5 Roa L, Jumbam DT, Makasa E, Meara JG. Global surgery and the sustainable development goals. *BJS* [Internet]. 2019 Ene 8 [citado en 2020 Abr 25];106(2):e44–52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30620060>
- 6 Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2012 Sep 22 [citado en 2019 Sep 19];380(9847):1075–81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612609908>
- 7 Hansen D, Gausi SC, Merikebu M. Anaesthesia in Malawi: Complications and Deaths. *Trop Doct* [Internet]. 2000 Jul 25 [citado en 2019 Sep 19];30(3):146–9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/004947550003000311>
- 8 Heywood AJ, Wilson IH, Sinclair JR. Perioperative mortality in Zambia. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 1989 Nov [citado en 2019 Sep 19];71(6):354–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2604342>
- 9 Walker IA, Wilson IH. Anaesthesia in developing countries--a risk for patients. *Lancet* (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2008 Mar 22 [citado en 2019 Sep 19];371(9617):968–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18358913>
- 10 Bickler S, Weiser T, Kassebaum N, Higashi H, Chang D, Barendregt J, et al. Global burden of surgical conditions. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. *Essential Surgery*. Disease Control Priorities, third edition, volume 1. Washington, DC: Banco Mundial; Vol. 1. 2015.
- 11 Bickler SW, Rode H. Surgical services for children in developing countries. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2002 [citado en 2019 Sep 19];80:829–35. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862002001000013&script=sci_arttext&tIng=es
- 12 Shrime MG, Bickler SW, Alkire BC, Mock C. Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015 Abr 27 [citado en 2019 Sep 19];3 Suppl 2:S8-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926322>
- 13 WHO. OMS Statement on caesarean section rates. Organización Mundial de la Salud Human Reproduction Programme., *Reprod Health Matters* [Internet]. 2015 Jan 27 [citado en 2019 Sep 19];23(45):149–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278843>



- 14 Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA* [Internet]. 2015 Dic 1 [citado en 2019 Sep 19];314(21):2263. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2015.15553>
- 15 Tunçalp Ö, Tripathi V, Landry E, Stanton CK, Ahmed S. Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015 Jan 1 [citado en 2019 Sep 19];93(1):60–2. Disponible en: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/93/1/14-141473.pdf>
- 16 Campbell SM, Corcoran P, Manning E, Greene RA, Irish Maternal Morbidity Advisory Group. Peripartum hysterectomy incidence, risk factors and clinical characteristics in Ireland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016 Dic [citado en 2019 Sep 19];207:56–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825028>
- 17 Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2018 Jun 30 [citado en 2019 Sep 19];391(10140):2642–92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29753597>
- 18 Sobhy S, Zamora J, Dharmarajah K, Arroyo-Manzano D, Wilson M, Navaratnarajah R, et al. Anaesthesia-related maternal mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2016 May 1 [citado en 2019 Sep 19];4(5):e320–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X16300031>
- 19 OMS | Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016 [Internet]. WHO. Geneva, Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado en 2019 Sep 25]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
- 20 The Lancet. GLOBOCAN 2018: counting the toll of cancer. *Lancet* [Internet]. 2018 Sep 22 [citado en 2019 Sep 19];392(10152):985. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618322529?via%3Dihub>
- 21 Rossi L, Stevens D, Pierga J-Y, Lerebours F, Reyat F, Robain M, et al. Impact of Adjuvant Chemotherapy on Breast Cancer Survival: A Real-World Population. Bathen TF, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015 Jul 27 [citado en 2019 Sep 19];10(7):e0132853. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0132853>
- 22 Atun R, Jaffray DA, Barton MB, Bray F, Baumann M, Vikram B, et al. Expanding global access to radiotherapy. *Lancet Oncol* [Internet]. 2015 Sep 1 [citado en 2019 Sep 19];16(10):1153–86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204515002223>
- 23 Krishnamurthi R V., Moran AE, Forouzanfar MH, Bennett DA, Mensah GA, Lawes CMM, et al. The Global Burden of Hemorrhagic Stroke. *Glob Heart* [Internet]. 2014 Mar [citado en 2019 Sep 19];9(1):101–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432119>
- 24 OMS | Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2018 [citado en 2019 Sep 25]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en
- 25 Cameron PA, Gabbe BJ, Cooper DJ, Walker T, Judson R, McNeil J. A statewide system of trauma care in Victoria: effect on patient survival. *Med J Aust* [Internet]. 2008 Nov 1 [citado en 2019 Sep 19];189(10):546–50. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02176.x>



- 26** MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Frey KP, Egleston BL, et al. A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 Jan 26 [citado en 2019 Sep 19];354(4):366–78. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa052049>
- 27** WHO. Organización Mundial de la Salud. Burns. [Internet]. [citado en 2020 Abr 25]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- 28** Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* [Internet]. 2011 Nov 1 [citado en 2019 Sep 19];37(7):1087–100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417911001914>
- 29** Mullapudi B, Grabski D, Ameh E, Ozgediz D, Thangarajah H, Kling K, et al. Estimates of number of children and adolescents without access to surgical care. *OMS Bull* [Internet]. 2019 [citado en 2019 Sep 25];4(97):254–8. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/4/18-216028.pdf>
- 30** WBG. Banco Mundial. Population ages 0-14 (% of total population) - Sub-Saharan Africa | Data [Internet]. [citado en 2020 Abr 25]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS?locations=ZG>
- 31** Butler EK, Tran TM, Nagarajan N, Canner J, Fuller AT, Kushner A, et al. Epidemiology of pediatric surgical needs in low-income countries. Arez AP, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Mar 3 [citado en 2019 Sep 19];12(3):e0170968. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0170968>
- 32** Khan UR, Sengoelge M, Zia N, Razzak JA, Hasselberg M, Laflamme L. Country level economic disparities in child injury mortality. *Arch Dis Child* [Internet]. 2015 Feb 1 [citado en 2019 Sep 19];100 Suppl 1(Suppl 1):S29-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25613964>
- 33** Holmer H, Lantz A, Kunjumen T, Finlayson S, Hoyler M, Siyam A, et al. Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015 Abr 27 [citado en 2019 Sep 19];3:S9–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926323>
- 34** Verguet S, Alkire BC, Bickler SW, Lauer JA, Uribe-Leitz T, Molina G, et al. Timing and cost of scaling up surgical services in low-income and middle-income countries from 2012 to 2030: a modelling study. *Lancet Glob. Health* [Internet]. 2015 Abr 27 [citado en 2019 Sep 19];3:S28–37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926318>
- 35** Saluja S, Mukhopadhyay S, Amundson JR, Silverstein A, Gelman J, Jenny H, et al. Quality of essential surgical care in low- and middle-income countries: a systematic review of the literature. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2019 Abr 1 [citado en 2019 Sep 19];31(3):166–72. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/31/3/166/5055360>
- 36** Ng-Kamstra JS, Arya S, Greenberg SLM, Kotagal M, Arsenault C, Ljungman D, et al. Perioperative mortality rates in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2018 Jun 22 [citado en 2019 Sep 19];3(3):e000810. Disponible en: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000810>
- 37** Biccard BM, Madiba TE, Kluyts H-L, Munlemvo DM, Madzimbamuto FD, Basenero A, et al. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet* [Internet]. 2018 Abr 21 [citado en 2019 Sep 19];391(10130):1589–98. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618300011?via%3Dihub>



- 38** Kempthorne P, Morriss WW, Mellin-Olsen J, Gore-Booth J. The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. *Anesth Analg* [Internet]. 2017 [citado en 2019 Sep 19];125(3):981–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28753173>
- 39** Groen RS, Leow JJ, Kushner AL. Non-communicable diseases and surgery at the UN? “Fugetaboutit!” *Lancet* [Internet]. 2011 Nov 19 [citado en 2019 Sep 19];378(9805):e8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611617790?via%3Dihub>
- 40** Citron I, Chokocho L, Lavy C. Prioritisation of Surgery in the National Health Strategic Plans of Africa: A Systematic Review. *World J Surg* [Internet]. 2016 Abr 28 [citado en 2019 Sep 19];40(4):779–83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26711637>
- 41** Gutnik L, Dieleman J, Dare AJ, Ramos MS, Riviello R, Meara JG, et al. Funding allocation to surgery in low and middle-income countries: a retrospective analysis of contributions from the USA. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Nov 9 [citado en 2019 Sep 19];5(11):e008780. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553831>
- 42** Alkire BC, Shrimme MG, Dare AJ, Vincent JR, Meara JG. Global economic consequences of selected surgical diseases: a modelling study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015 Abr 27 [citado en 2019 Sep 19];3:S21–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926317>
- 43** Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health* [Internet]. 2015 Dic 21 [citado en 2019 Sep 19];12(1):57. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0043-6>
- 44** Dumont A, de Bernis L, Bouvier-olle M-H, Bréart G. Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 2001 Oct 20 [citado en 2019 Sep 19];358(9290):1328–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601064145?via%3Dihub>
- 45** Venkatesh P, Thulasiraj R, Srinivasan S. Cataract surgery. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. *Essential Surgery Disease Control Priorities*, third edition Washington, DC: Banco Mundial. 2015.
- 46** Editors TPIM. A Crucial Role for Surgery in Reaching the UN Millennium Development Goals. *PLoS Med* [Internet]. 2008 Ago 26 [citado en 2019 Sep 19];5(8):e182. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0050182>
- 47** Chao TE, Sharma K, Mandigo M, Hagander L, Resch SC, Weiser TG, et al. Cost-effectiveness of surgery and its policy implications for global health: a systematic review and analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2014 Jun [citado en 2019 Sep 19];2(6):e334–45. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103302>
- 48** Grimes CE, Henry JA, Maraka J, Mkandawire NC, Cotton M. Cost-effectiveness of Surgery in Low- and Middle income Countries: A Systematic Review. *World J Surg* [Internet]. 2014 Jan 8 [citado en 2019 Sep 19];38(1):252–63. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00268-013-2243-y>
- 49** Saxton AT, Poenaru D, Ozgediz D, Ameh EA, Farmer D, Smith ER, et al. Economic Analysis of Children’s Surgical Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Analysis. Zhang L, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Oct 28 [citado en 2019 Sep 19];11(10):e0165480. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0165480>



- 50** Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2007 Oct 13 [citado en 2019 Sep 19];370(9595):1370–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933652>
- 51** WHO. Surgical care systems strengthening: developing national surgical, obstetric and anaesthesia plans. Geneva: Organización Mundial de la Salud; [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255566/9789241512244-eng.pdf;jsessionid=4E652D4BDFEFBFA98BD9A36B881B1749?sequence=1>
- 52** Mukhopadhyay S, Lin Y, Mwaba P, Kachimba J, Makasa E, Lishimpi K, et al. Implementing World Health Assembly Resolution 68.15: National surgical, obstetric and anesthesia strategic plan development—the Zambian experience | *The Bulletin*. *Bull Am Coll Surg* [Internet]. 2017 [citado en 2019 Sep 19];6(102):28–35. Disponible en: <http://bulletin.facs.org/2017/06/implementing-world-health-assembly-resolution-68-15/>
- 53** PGSSC. National Surgical, Obstetric and Anesthesia Planning. Program in Global Surgery and Social Change [Internet]. [citado en 2019 Sep 26]. Disponible en: <https://www.pgssc.org/national-surgical-planning>
- 54** Rajan D. OMS | Situation analysis of the health sector [Internet]. Chapter 3 in *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch3/en/>
- 55** G4Alliance,PGSSC,GGSA.Globalsurgeryandanaesthesiastatistics:theimportanceofdatacollection[Internet].New York;2018[citadoen2019Sep19].Disponibleen:<https://static1.squarespace.com/static/5435b2b9e4b0e1fd29fa9d26/t/5aa2b3374192023932fb6690/1520612157567/Surgical%26AnaesthesiaDataReport.pdf>
- 56** ZSA ZSA-, MOH M of H-, UTH-VL UTHVL-, ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018 [Internet]. 2020 [citado en 2020 Abr 25]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr361-dhs-final-reports.cfm>
- 57** Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial 2017 [Internet]. Washington DC: Banco Mundial. Washington, DC; 2017 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26447>
- 58** Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial 2016 [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial. The Banco Mundial; 2016 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0683-4>
- 59** McQueen KA, Coonan T, Derbew M, Tangi V, Bickler S, Banguti P, et al. The 2015 Bangkok Global Surgery Declaration: A Call to the Global Health Community to Promote Implementation of the World Health Assembly Resolution for Surgery and Anaesthesia Care. *World J Surg* [Internet]. 2017 Jan 6 [citado en 2019 Sep 19];41(1):7–9. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00268-016-3697-5>
- 60** Guest GD, McLeod E, Perry WRG, Tangi V, Pedro J, Ponifasio P, et al. Recopilación de datos para indicadores quirúrgicos globales: un enfoque colaborativo en la región del Pacífico. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 25 de noviembre de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2019];2(4):e000376. Disponible en: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2017-000376>
- 61** Terwindt F, Rajan D. Strategic planning: transforming priorities into plans [Internet]. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* Chapter 5; Geneva, WHO; 2016 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter5-eng.pdf?sequence=17&isAllowed=y>



- 62** Selection of Indicators — MEASURE Evaluation [Internet]. [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/overview/rationale2
- 63** Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. Health Policy Plan [Internet]. 2000 Sep 1 [citado en 2019 Sep 19];15(3):239–46. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/15.3.239>
- 64** Lin Y, Citron I, Sonderman K, Mukhopadhyay S. National Surgical, Obstetric and Anaesthesia Planning (NSOAP) Discussion Framework [Internet]. Program in Global Surgery and Social Change, Harvard Medical School; [citado en 2019 Sep 25]. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/d9a674_b2f8cb82a09f449b91ad0ee75dd81dbb.pdf
- 65** PGSSC. National Surgical, Obstetric and Anaesthesia Planning (NSOAP) Semi-structured Hospital Interview Tool [Internet]. Program in Global Surgery and Social Change; [citado en 2019 Sep 25]. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/346076_91d903ad9bd74869bc04502579430d5d.pdf
- 66** SimpleMind [Internet]. Disponible en: <https://simplemind.eu/>
- 67** OMS | Supporting people-centred, integrated health service delivery [Internet]. Organización Mundial de la Salud - Western Pacific. [citado en 2019 Sep 27]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/activities/supporting-people-centred-integrated-health-service-delivery>
- 68** OMS | Health Systems Strengthening Glossary [Internet]. Organización Mundial de la Salud; [citado en 2019 Sep 27]. Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- 69** Ministry of Health - Republic of Zambia. National Surgical, Obstetric and Anaesthesia Strategic Plan (NSOASP) 2017-2021 [Internet]. [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: http://www.cosecsa.org/sites/default/files/NSOAP_May2017.pdf
- 70** FederalMinistryofHealthofEthiopia. NationalFiveYearsSafeSurgeryStrategicPlan2016- 2020[Internet]. [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/d9a674_2ee52716f17f4ac4b1152f3b06aec61b.pdf
- 71** O’Neil K, Viswanathan K, Celades E, Boerma T. OMS | Monitoring and evaluation of national health policies, strategies and plans. Chapter 9 Strateg Natl Heal 21st century a Handb [Internet]. 2016 [citado en 2019 Sep 19]; Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch9/en/>
- 72** Raykar NP, Ng-Kamstra JS, Bickler S, Davies J, Greenberg SLM, Hagander L, et al. New global surgical and anaesthesia indicators in the Indicadores de Desarrollo Mundial dataset. BMJ Glob Heal [Internet]. 2017 [citado en 2019 Sep 19];2(2):e000265. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29225929>
- 73** Interagency Working Group on Indicators and Reporting Burden. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: Organización Mundial de la Salud. 2015 [citado en 2019 Sep 19]; Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/GlobalRefListCoreIndicators_V5_17Nov2014_WithoutAnnexes.pdf
- 74** The Lancet Commission on Global Surgery | Indicators [Internet]. [citado en 2019 Sep 26]. Disponible en: <https://www.lancetglobalsurgery.org/indicators>
- 75** Canada. Treasury Board. Guidelines on costing. [Internet]. [citado en 2019 Sep 26]. 15 p. Disponible en: <https://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=30375>



- 76** OMS | Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE). OneHealth Tool [Internet]. World Health Organization; 2017 [citado en 2019 Sep 27]. Disponible en: <https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>
- 77** WHO, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA. Inter-agency Steering Committee and the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Final Reports of Technical Review Of Costing Tools [Internet]. [citado en 2019 Sep 27]. Disponible en: <https://www.who.int/pmnch/topics/economics/costoolsreviewpack.pdf>
- 78** Organización Mundial de la Salud. Health systems governance [Internet]. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization; 2013 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>
- 79** Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa [Internet]. 2012 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- 80** Accountability - UHC2030 [Internet]. [citado en 2019 Sep 25]. Disponible en: <https://www.uhc2030.org/whatwe-do/accountability/>
- 81** Burssa D, Teshome A, Iverson K, Ahearn O, Ashengo T, Barash D, et al. Safe Surgery for All: Early Lessons from Implementing a National Government-Driven Surgical Plan in Ethiopia. *World J Surg* [Internet]. 2017 Dic 13 [citado en 2019 Sep 19];41(12):3038–45. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00268-017-4271-5>
- 82** Cultie T, Mengistu A, Skeels A. Leading the steps for change: 5 Key Steps Toward Safer Surgeries [Internet]. *Jhpiego*. [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://www.jhpiego.org/story/leading-the-charge-for-change-5-key-steps-toward-safer-surgeries/>
- 83** Kebede S, Abebe Y, Wolde M, Bekele B, Mantopoulos J, Bradley EH. Educating leaders in hospital management: a new model in Sub-Saharan Africa. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2010 Feb 1 [citado en 2019 Sep 19];22(1):39–43. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzp051>
- 84** Kebede S, Mantopoulos J, Ramanadhan S, Cherlin E, Gebeyehu M, Lawson R, et al. Educating leaders in hospital management: A pre-post study in Ethiopian hospitals. *Glob Public Health* [Internet]. 2012 Feb [citado en 2019 Sep 19];7(2):164–74. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2010.542171>
- 85** Gray CW, Banco Mundial., Banco Mundial. Poverty Reduction and Economic Management. Public expenditure management handbook. Banco Mundial; 1998. 177 p.
- 86** WHO, UNICEF. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care - From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. 2018 [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- 87** Sustainable Development Goals | UNDP [Internet]. [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
- 88** OMS | World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs [Internet]. OMS. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
- 89** Kingdon J. Agendas, alternatives, and public policies, second edition. New York: Addison, Wesley, Longman [Internet]. 1995 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: https://www.academia.edu/31665627/Agendas_Alternatives_and_Public_Policies_Second_Edition_With_new_foreword_by



- 90** Burnside C. Fiscal sustainability in theory and practice: a handbook. Washington, DC: Banco Mundial [Internet]. Banco Mundial. 2005 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/982251468160776282/Fiscal-sustainability-in-theory-and-practice>
- 91** Heller PS. The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. Health Policy Plan [Internet]. 2006 Mar 1 [citado en 2019 Sep 19];21(2):75–9. Disponible en: <http://academic.oup.com/heapol/article/21/2/75/554947/The-prospects-of-creating-fiscal-space-for-the>
- 92** Atun R, Silva S, Knaul FM. Innovative financing instruments for global health 2002–15: a systematic analysis. Lancet Glob Heal [Internet]. 2017 Jul [citado en 2019 Sep 19];5(7):e720–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28619230>
- 93** Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington DC: Banco Mundial [Internet]. 2010 [citado en 2019 Sep 19]. p. 1–84. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/333671468330890417/Assessing-public-expenditure-on-health-from-a-fiscal-spaceperspective>
- 94** Bedir S. Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries. Adv Econ Bus [Internet]. 2016 Feb [citado en 2019 Sep 19];4(2):76–86. Disponible en: http://www.hrpub.org/journals/article_info.php?aid=3418
- 95** Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2013 Jul 6 [citado en 2019 Sep 24];382(9886):65–99. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810020>
- 96** Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. Lancet (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2016 Ago 27 [citado en 2019 Sep 24];388(10047):867–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27597461>
- 97** Organización Mundial de la Salud. The Abuja declaration: ten years on. Geneva: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2011 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1
- 98** Atun R, Silva S, Ncube M, Vassall A. Innovative financing for HIV response in sub-Saharan Africa. J Glob Health [Internet]. 2016 Jun [citado en 2019 Sep 19];6(1):010407. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27231543>
- 99** Smith T, Lin B, Lee J. Taxing caloric sweetened beverages: potential effects on beverage consumption, calorie intake, and obesity. Washington, DC: United States Department of Agriculture, Economic Research Service [Internet]. 2010 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/6459809.pdf>
- 100** Organización Mundial de la Salud. OMS report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2015 [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178574/9789240694606_eng.pdf?sequence=1
- 101** Organización Mundial de la Salud. OMS commends South African parliament decision to pass tax bill on sugary drinks | OMS | Regional Office for Africa [Internet]. 2017. [citado en 2019 Sep 19]. Disponible en: <https://www.afro.who.int/news/who-commends-south-african-parliament-decision-pass-tax-bill-sugary-drinks>
- 102** Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. J Econ Perspect [Internet]. 2006 [citado en 2019 Sep 19];20(1):91–116. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162836>



- 103** Hardee K, Agarwal K, Luke N, Wilson E, Pendzich M, Farrell M, et al. Reproductive Health Policies and Programs in Eight Countries: Progress Since Cairo. *Int Fam Plan Perspect* [Internet]. 1999 [citado en 2020 Abr 8];25. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/25s0299.pdf>
- 104** Mbeeli T, Samahiya M, Ravishankar N, Zere E, Kirigia JM. Resource flows for health care: Namibia reproductive health sub-accounts. *Int Arch Med* [Internet]. 2011 Dic 24 [citado en 2020 Abr 8];4(1):41. Available from: <http://www.intarchmed.com/content/4/1/41>
- 105** Barroy H, Kutzin J, Tandon A, Kurowski C, Lie G, Borowitz M, et al. Assessing Fiscal Space for Health in the SDG Era: A Different Story. *Heal Syst Reform* [Internet]. 2018 Jan 2 [citado en 2019 Sep 19];4(1):4–7. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1395503>
- 106** Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network J, Campbell M, Chapin A, Eldrenkamp E, Fan VY, Haakenstad A, et al. Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet (Londres, Inglaterra)* [Internet]. 2017 May 20 [citado en 2019 Sep 24];389(10083):1981–2004. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28433256>
- 107** Binagwaho A, Kyamanywa P, Farmer PE, Nuthulaganti T, Umubyeyi B, Nyemazi JP, et al. The Human Resources for Health Program in Rwanda — A New Partnership. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 Nov 21 [citado en 2019 Sep 19];369(21):2054–9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1302176>
- 108** Atun R, Knaul FM, Akachi Y, Frenk J. Innovative financing for health: what is truly innovative? *Lancet* [Internet]. 2012 Dic 8 [citado en 2019 Sep 19];380(9858):2044–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612614603?via%3Dihub>
- 109** Le Gargasson J, Salome B. OMS | The role of innovative financing mechanisms for health, *World Health Report (2010) Background paper, Number 12* [Internet]. WHO. Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/documents/innovative_financing/en/
- 110** Problems of Policy Implementation | Health Knowledge [Internet]. [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4cequality-equity-policy/principle-approaches-policy-formation>
- 111** Ministry of Health in Rwanda. National Surgical, Obstetrics and Anesthesia Plan 2018 - 2024 [Internet]. [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/d9a674_c5c36059456a416480fd58fd553ef302.pdf
- 112** Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children - The United Republic of Tanzania. National Surgical, Obstetric and Anaesthesia Plan (NSOAP) 2018-2025. [citado en 2019 Sep 24]; Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/d9a674_4daa353b73064f70ab6a53a96bb84ace.pdf
- 113** Federal Ministry of Health of Nigeria - National Surgical, Obstetrics Anaesthesia & Nursing Plan (NSOANP) for Nigeria. [citado en 2019 Sep 25]; Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/d9a674_1f7aa8161c954e2dbf23751213bc6f52.pdf
- 114** Gómez EJ. Political party ambitions and type-2 diabetes policy in Brazil and Mexico. *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2018 Nov 5 [citado en 2019 Sep 24];1–16. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1744133118000415/type/journal_article



- 115** Smith SL. Political contexts and maternal health policy: insights from a comparison of south Indian states. Soc Sci Med [Internet]. 2014 Jan [citado en 2019 Sep 24];100:46–53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444838>
- 116** OMS | Operational planning: transforming plans into action. Chapter 6 in Strategizing national health in the 21st century: a handbook [Internet]. WHO. Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado en 2019 Sep 24]. Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch6/en/>



**PROGRAMA DE CIRUGÍA GLOBAL
Y CAMBIO SOCIAL**

Facultad de Medicina de Harvard



unitar

Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones



**THE
GLOBAL
SURGERY
FOUNDATION**



9 782970 142805 >

www.unitar.org

www.pgssc.org