ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

MARCO DE TRABAJO PARA FORTALECER SISTEMAS DE SALUD

AVANZAMOS HACIA ACCIONES QUE LOGRAN CAMBIOS SOSTENIBLES



AUTORÍA:

Este documento ha sido elaborado por Acción Contra el Hambre España y la aplicación de los principios y propuestas que aborda se restringe a los países en los que opera, coexistiendo con los enfoques de otras sedes de la organización.

El documento ha sido liderado por Bruno Abarca Tomás, Especialista Técnico de Salud y Nutrición de Acción Contra el Hambre España. Ha contado con la participación del grupo de trabajo técnico formado por: Carmen Inés González Díaz (Especialista Técnica de Salud y Nutrición), Menna Seged Abraha (Desk de Incidencia), Antonio Vargas (Senior Adv nutrición y salud / Responsable del departamento de Nutrición y Salud), Pablo Alcalde Castro (Responsable del Área de Agua y Saneamiento), Hélène Pasquier (Responsable del Área de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida), América Arias (Directora País Región Andina), Samson Wolderufael (Coordinador de Salud y Nutrición de Siria), Yahya Gnokane (Coordinador de Salud y Nutrición de Senegal), Zakaria Abou Diallo (Coordinador de Salud y Nutrición de Mauritania), , Miguel Ángel García Arias (Senior Advisor de Migraciones), Aida Muñoz Maqueda (Técnica de Seguridad Hídrica y Cambio Climático), Miriam Teresa Ramos (Especialista Técnica de Agua y Saneamiento) y Claudio Triani (Especialista Técnico de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida).

DIRECCIÓN TÉCNICA Y VALIDACIÓN:

Antonio Vargas Brizuela. Senior Advisor Nutrición y Salud / Responsable del Área de Nutrición y Salud del Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Luis González Muñoz. Director del Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Menna Seged Abraha. Desk de Incidencia del Departamento de Incidencia y Relaciones Institucionales. Acción Contra el Hambre España.

Primera edición: septiembre de 2025.

Fotografía de portada: Alexis Huguet, para Acción Contra el Hambre.

Información legal:

© Acción contra el Hambre Internacional 2025

A menos que se especifique lo contrario, se permite la reproducción siempre que se cite la fuente. Si la reproducción o el uso de datos textuales y multimedia (sonido, imágenes, software, etc.) requiere autorización previa, dicha autorización anulará la autorización general descrita anteriormente e indicará claramente cualquier restricción de uso.

Cláusula de descargo de responsabilidad:

Este documento proporciona acceso público a información sobre las acciones y políticas de Acción contra el Hambre Internacional. Nuestro objetivo es difundir información precisa y actualizada a partir de la fecha de su iniciación. Nos esforzaremos por corregir cualquier error que se nos señale. Sin embargo, Acción contra el Hambre no será responsable de la información contenida en este documento.

Esta información está destinada únicamente a brindar información general y no se centra en la situación particular de ningún individuo, ni en ninguna persona con una opinión moral específica; No necesariamente puede ser completa, exhaustiva, precisa o actualizada; En ocasiones hace referencia a documentos o sitios externos sobre los cuales Acción contra el Hambre no tiene control y por los cuales declina toda responsabilidad; No constituye asesoramiento legal. Esta cláusula de descargo de responsabilidad no tiene la intención de limitar la responsabilidad de Acción contra el Hambre frente a los requisitos de la legislación nacional aplicable, ni de negar responsabilidad en casos en los que no pueda excluirse bajo la misma legislación.

INTRODUCCIÓN

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE Y LA ACCIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

La nutrición y la salud están estrechamente relacionadas[1]. Por un lado, la malnutrición y las deficiencias de nutrientes pueden debilitar el sistema inmune y aumentar la susceptibilidad a infecciones, conducir a otros tipos de enfermedades y aumentar su morbimortalidad o interferir en el desarrollo físico e intelectual. Por otro, los problemas de salud física y mental y las enfermedades pueden interferir con las prácticas de alimentación y cuidados, y con la absorción y el metabolismo de nutrientes.

Del mismo modo, las acciones de nutrición y salud también se interconectan: la cobertura y calidad de las acciones esenciales de nutrición dependen de su integración en sistemas de salud completos, capaces de hacer la cobertura universal de salud una realidad.

Sin embargo, cuando el sistema de salud es débil, por tener una escasa o inadecuada financiación, o una débil gobernanza que no redirija los esfuerzos hacia los problemas de salud más importantes y que no implique y movilice a la comunidad, o un personal poco motivado o con insuficiente respaldo para un correcto ejercicio de sus funciones, por ejemplo, los servicios de salud y nutrición se resienten. Cuando un sistema de salud es frágil, resulta imposible que la población pueda acceder a servicios efectivos de apoyo a la lactancia y alimentación infantil, suplementación nutricional, prevención de la malnutrición en cualquiera de sus formas, o diagnóstico y manejo de la desnutrición aguda. Las causas pueden ser una cobertura insuficiente o sin permeabilidad comunitaria, una brecha de desconfianza entre comunidades y proveedores de servicios, barreras económicas de acceso, una baja calidad e impacto en el hambre y la malnutrición, o incapacidad del sistema para aguantar las fuertes sacudidas causadas por epidemias, desplazamientos forzosos de población, inestabilidad social o conflictos, en contextos de crisis humanitarias.

Por ello, trabajamos contra el hambre apostando por acciones que contribuyen al fortalecimiento de los sistemas de salud y la resiliencia de sus servicios de atención sanitaria y funciones de salud pública[2] con flexibilidad para combinar asistencia a corto plazo con objetivos a largo plazo y en paralelo con el fortalecimiento de los sistemas de protección social[3] y el apoyo a servicios de agua y saneamiento[4]. Para ello partimos del análisis de los sistemas de salud y la planificación de acciones coherentes de fortalecimiento, que integren acciones sensibles y específicas de nutrición[5].

[1] *Action Against Hunger (2017). Nutrition security policy. A common multi-sectoral understanding and approach to address undernutrition.*
[2] *Action Against Hunger (2021). International strategic plan 2021-2025.*
[3] *Action Against Hunger (2021). Social Protection Plan 2021-2025.*
[4] *Action Against Hunger (2021). WASH Strategy 2021>2025.*
[5] *Action Against Hunger (2017). ACF Health System Strengthening Approach Rationale.*

En los últimos años se ha avanzado en este compromiso por el fortalecimiento de los sistemas de salud en la red internacional pero aún enfrentamos importantes desafíos internos[6]. Se han desarrollado herramientas para el diagnóstico y planificación de acciones generales de fortalecimiento de sistemas de salud a nivel de distrito, pero no siempre es posible su aplicación; algunos contextos requieren herramientas más específicas que aborden un problema concreto. Se han empujado los enfoques de programas multisectoriales, pero continúa habiendo una visión segmentada de cómo cada sector persigue sus propias metas. Se han desarrollado guías para modalidades de intervención relacionadas con el apoyo y fortalecimiento de sistemas de salud, pero no cubren en profundidad la metodología para asistencias técnicas o la evaluación de sistemas y servicios, por ejemplo. Se ha trabajado en sistemas de salud desde el apoyo técnico, sin aprovechar el potencial de la organización para incorporar componentes de incidencia, y hay espacio para la sinergia entre ambas partes. Finalmente, estos avances se han producido de forma desigual entre las diferentes regiones y países de intervención, con importantes asimetrías en la capacidad, experiencia y preparación para las acciones de apoyo y fortalecimiento de sistemas de salud.

Hoy, sin embargo, se abren numerosas oportunidades para el desarrollo del fortalecimiento de sistemas de salud en el seno de Acción Contra el Hambre, bajo el paraguas de nuestras estrategias de salud y de la mano de la operacionalización del enfoque del nexo humanitario-desarrollo-paz.

Bajo este enfoque se vuelve prioritario incluir, en nuestros programas de acción humanitaria en salud, componentes de fortalecimiento de actores locales y del sistema público de salud para así abordar los problemas estructurales que subyacen a la crisis aguda. Una vez superada la transición a la recuperación temprana, podemos profundizar en enfoques transformadores y soluciones duraderas a las necesidades en salud.

UN OBJETIVO AMBICIOSO

Este documento tiene por objetivo facilitar que nuestros equipos de salud y nutrición se sientan con el suficiente poder y capacidad para introducir componentes de fortalecimiento de sistemas de salud en los programas de nutrición y salud en contextos estables, y muy especialmente en la transición desde las acciones de emergencia hacia las acciones de recuperación en crisis humanitarias prolongadas y cronificadas.

Para lograr este objetivo, este marco de trabajo se compone de:

Un 1. Marco conceptual (página 5) que establece las bases de nuestra lógica de intervención en sistemas de salud.

Un 2. Marco operacional (página 20) que propone acciones y posibilidades de monitoreo para aplicar la lógica de intervención.

[6] Muchos de estos desafíos y retos se discutieron durante un taller de tres días de capitalización de acciones de fortalecimiento de sistemas de salud organizado por *Action Contre la Faim* en Costa de Marfil del 25 al 27 de junio de 2024.



© Alexis Huguet para Acción contra el Hambre

1. MARCO CONCEPTUAL

PARA FORTALECER SISTEMAS DE SALUD

El Marco conceptual establece las bases teóricas y conceptuales de nuestra comprensión de la salud, la acción en salud, los sistemas de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Define los principios y conceptos clave que informan nuestro enfoque, incluyendo cómo entendemos la salud como un derecho humano, la interdependencia de los diferentes elementos de los sistemas de salud, y la importancia de un enfoque holístico para fortalecer estos sistemas.

A) Cómo entendemos la salud y los sistemas de salud 6

B) Cómo adaptamos nuestras acciones en salud al contexto 11

c) Nuestra lógica de intervención 14

A) CÓMO ENTENDEMOS LA SALUD Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Debemos establecer las bases teóricas y conceptuales de nuestra comprensión de la salud, la acción en salud, los sistemas de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Sobre esa base se construyen los principios y fundamentos clave que informan nuestro enfoque, incluyendo cómo entendemos la salud como un derecho humano, la interdependencia de los diferentes elementos de los sistemas de salud, y la importancia de un enfoque holístico para fortalecer estos sistemas.

SALUD

Desde Acción Contra el Hambre consideramos que la salud[7]:

- Es el mayor estado de bienestar y calidad de vida, conseguido de forma digna y respetuosa, tanto a nivel individual como comunitario, en armonía con el entorno.
- Se logra mediante la mejora de las condiciones sociales, el respeto a las diversidades culturales y la promoción de un entorno ambiental favorable. Estas acciones fomentan el desarrollo integral de las personas y de su entorno, permitiendo disfrutar de una vida saludable y satisfactoria.
- Es un derecho fundamental, que se nutre de la realización de otros derechos como el derecho al agua, a la alimentación o a un medio ambiente saludable.
- No solo se promueve y protege con servicios de asistencia sanitaria, sino con una acción multisectorial que aborda las necesidades de agua, saneamiento, alimentación, medios de vida, protección, etc.

SALUD PÚBLICA

Desde Acción Contra el Hambre entendemos la salud pública como un esfuerzo organizado por prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la población, con liderazgo de titulares de obligaciones, apoyo de titulares de responsabilidades, y participación y rendición de cuentas de titulares de derechos.

Este esfuerzo se aplica a través de funciones como asegurar el acceso a servicios preventivos y curativos de calidad, la vigilancia epidemiológica, el monitoreo de la equidad, la evaluación de los determinantes sociales de salud, la investigación, el análisis de la capacidad y desempeño del sistema de salud, o el desarrollo y aplicación de políticas, planes y leyes relacionadas con la atención sanitaria, los determinantes sociales de salud, el derecho a la salud, y la correcta gobernanza del sistema de salud[8,9].

[7] *Acción Contra el Hambre. (2024). Marco de trabajo en salud para el contexto de América Latina.*
[8] *World Health Organization (2024). Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health.*
[9] *PAHO, 2019. The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description.*

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Entendemos la atención primaria de salud como una estrategia ambiciosa para alcanzar la salud para todos y todas, construida sobre el consenso de la salud como derecho y la necesidad de una transformación socioeconómica global en favor de la justicia social y el poder de la comunidad. La atención primaria no es solo una mera puerta de entrada al sistema, sino la función central y núcleo principal de un sistema de salud que entienda la salud de forma holística y que da a la comunidad poder y control[10,11].

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Entendemos la cobertura universal de salud como la meta de que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten y cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas por ello[12].

Creemos que esta meta se debe entender como un determinante más de la salud y que se debe encuadrar bajo una estrategia basada en la atención primaria de salud y la inversión pública[13].

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Entendemos los determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, se reproducen, cuidan, trabajan y envejecen, así como la desigualdad en esas condiciones, a menudo resultado de políticas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y mala gestión política[14].

ACCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD

Desde Acción Contra el Hambre aplicamos líneas de trabajo en salud que se adaptan a las necesidades de las personas según la situación en la que se encuentran[7], incluyendo:

- La cobertura de las necesidades básicas y la prioridad de salvar vidas en emergencias y crisis humanitarias.
- La mejora de las capacidades de resiliencia y el acceso a servicios básicos de salud de calidad.
- La influencia en sistemas y el fortalecimiento de instituciones para lograr cambios sustanciales con impacto duradero.

Así, adaptamos el enfoque de nuestras acciones en salud para contribuir a aumentar la capacidad de resiliencia de los sistemas, aumentar la cobertura

[10] *WHO, 2018. Declaration of Astana.*
[11] *World Health Organization, 2024. Implementing the primary health care approach: a primer.*
[12] *World Health Organization, 2010. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage.*
[13] *People's Health Movement, 2023. The Universal Health Coverage / Primary Health Care divide.*
[14] *World Health Organization, 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health.*

de servicios y necesidades básicas en salud, promover oportunidades para desarrollar un estilo de vida saludable y aumentar la implicación y el liderazgo de la comunidad y los individuos.

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD

Todo esto lo hacemos bajo un marco de diez principios de intervención en salud[7], que constituyen el fundamento con el que intervenimos en salud, desde cualquier acción y en cualquier contexto:



SISTEMAS DE SALUD

Entendemos los sistemas de salud como un factor clave para la salud de las personas, conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos que tienen como intención principal producir acciones en salud y en nutrición, incluyendo atención sanitaria (curativa y preventiva), funciones de salud pública y acciones que inciden en el resto de los determinantes de salud.

En el sistema están, además de las autoridades y los proveedores de servicios (tanto públicos como privados), las personas que cuidan y promueven la salud, las comunidades que se organizan y las iniciativas colectivas que buscan mejorar la salud de las personas. En el centro del sistema de salud están las personas como protagonistas de su propia salud, la de su comunidad y la de su entorno.

SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES

En línea con los marcos conceptuales clásicos, como aquellos propuestos por la Organización Mundial de Salud[15] y el Banco Mundial[16], entendemos que un sistema de salud frágil es aquel que no consigue atender a la salud de la población de forma equitativa y sostenible, responder ante el deterioro del resto de sus determinantes sociales de salud, ni protegerla ante los riesgos para la salud pública. Esto ocurre como consecuencia de limitaciones en el acceso, cobertura, calidad o seguridad de los servicios.

[15] *World Health Organization, 2007. Everybody's business — strengthening health systems to improve health outcomes.*
[16] *World Bank, 2004. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.*

A su vez, estas limitaciones pueden deberse a diferentes causas. Estas incluyen recursos insuficientes (financieros, humanos y de equipamiento) o malgastados de forma ineficiente, una pobre planificación, organización y gestión de los servicios y los sistemas de información, y una mala gobernanza falta de transparencia, empoderamiento de las comunidades, o adecuadas políticas públicas en torno al conjunto de determinantes sociales de salud, enfermedad y hambre.

SISTEMAS DE SALUD DE CALIDAD

Entendemos que para que un sistema de salud pueda ser de calidad y así realmente impactar de manera positiva en la salud de la población, debe poner en el centro no solo la salud de las personas, sino también su beneficio económico y su confianza en el sistema[17].

Esto significa además que los recursos, procesos y gobernanza del sistema de salud deben poner en el centro a todas las personas: recursos adecuados a las necesidades de la población, procesos que resultan en atención sanitaria de calidad que la población experimenta de forma positiva, y un gobierno basado en la rendición de cuentas a una población conocedora de sus derechos y con oportunidades para participar de forma activa en el sistema. El resultado de esto es un sistema de salud eficiente, equitativo y resiliente ante crisis, capaz de adaptarse y responder en cualquier circunstancia a todas las cambiantes necesidades de salud de la población. Esta población, a su vez, usa y valora positivamente servicios que mejoran y mantienen su salud y confía en un sistema que le trata como titular de un derecho fundamental.

Desarrollar y mantener un sistema de salud de calidad es una decisión con una parte técnica y otra parte política. No basta con recursos y capacidad, sino que es necesario además un fuerte compromiso y una voluntad política coherente, lo que determina que nuestra acción en sistemas de salud deba incluir apoyo técnico y con recursos e incidencia.

FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

Desde Acción Contra el Hambre somos conscientes de que desarrollar y mantener un sistema de salud de calidad es una decisión con una parte técnica y otra parte política[17]. No basta con disponer de recursos y capacidad, sino que es necesario además un fuerte compromiso y voluntad política por perseguir el fin último de mejorar y mantener la salud de las personas.

Por eso entendemos que el fortalecimiento de sistemas de salud es una combinación de acciones técnicas y de incidencia para que las personas tengan poder de cambio en salud, cobertura universal de salud y condiciones dignas de vida.

[17] *Kruk, et al, 2018. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution.*

PERSONAS CON PODER DE CAMBIO EN SALUD

Entendemos que un sistema de salud no es solo el conjunto de sus servicios. Ante todo, un sistema de salud es el conjunto de personas titulares del derecho a la salud, que no solo usan los servicios de salud, sino que tienen (y deberían tener) una gran influencia sobre los servicios de salud, su propio estado de salud y el de sus comunidades.

Por ello entendemos que el fortalecimiento de sistemas de salud debe contribuir a desarrollar el potencial de las personas en la comunidad desde los principios y valores de la estrategia de atención primaria de la salud, fomentando una visión de la salud como derecho y creando un entorno propicio para el empoderamiento. Por ello contribuimos a otorgar a las personas capacidad, medios y reconocimiento para su participación en mecanismos de control y toma de decisiones, en el análisis de problemas e identificación de soluciones, y en la provisión de servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, al mismo tiempo que defendemos y promovemos el potencial transformador de los/as agentes de salud de la comunidad, con un apoyo, reconocimiento e incentivación adecuados.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Buscamos que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas por ello.

Creemos además que la única manera de alcanzar la meta de la cobertura universal de salud es mediante el fortalecimiento de un sistema de salud eminentemente público con enfoque de atención primaria de salud que pueda aprovechar recursos privados sin que estos impacten negativamente en su gobernanza, eficiencia y equidad. Por ello no solo damos apoyo para la mejora de los servicios, sino que además incidimos en que exista una inversión pública fuerte y estable en sistemas de salud que incluyan a todas las personas -también las más vulnerables-, que promuevan la solidaridad y la equidad, que generen incentivos positivos entre proveedores y aseguradores y que busquen responder a las necesidades de salud de las personas con alto balance de coste-efectividad.

CONDICIONES DIGNAS DE VIDA

Entendemos que la toma de decisiones de las personas acerca de su salud y la de sus comunidades depende en gran parte de cómo les afectan los determinantes sociales de salud, que a su vez están marcados por las injusticias sociales, la situación económica de las personas y las desigualdades de poder, dinero y acceso a recursos.

Por ello, y desde la visión multisectorial que caracteriza nuestro trabajo en la lucha contra el hambre, asumimos la responsabilidad de abordar, no solo la cobertura universal de salud o las posibilidades de participación comunitaria en salud, sino también la seguridad hídrica, alimentaria y de ingresos, la desigualdad de género, el medio ambiente, la protección social y las políticas que influyen en todos estos aspectos.

B) CÓMO ADAPTAMOS NUESTRAS ACCIONES EN SALUD AL CONTEXTO

Todas nuestras intervenciones en salud se realizan con una intencionalidad de fortalecimiento de los sistemas de salud, adaptada al contexto. Siempre intentamos que nuestras acciones puedan conducir a la restauración de un sistema de salud de calidad en cuanto sea posible.

Para ello, evaluamos continuamente la viabilidad de combinar acción humanitaria en emergencia con elementos de recuperación temprana de la capacidad y funcionalidad del sistema, y hacer una transición progresiva a la transformación y fortalecimiento sostenible, siempre en función de una adaptación estratégica al contexto, las necesidades y las oportunidades.

▸ NUESTRA PUERTA DE ENTRADA A LA SALUD SUELE SER LA ACCIÓN HUMANITARIA

Somos una organización humanitaria global que busca que no haya hambre en el mundo. Esto nos lleva a que la mayoría de nuestras acciones en salud y nutrición se concentren en contextos de crisis humanitarias, donde las consecuencias de los conflictos, el desplazamiento forzoso de personas, o la inestabilidad política y social en ocasiones se cronifican, persisten, y generan vulnerabilidad cíclica a la inseguridad alimentaria, y nutricional, el cambio climático y la desigualdad durante años.

Aunque también intervenimos en contextos estables con gran fragilidad estructural donde resulta viable y pertinente trabajar con un enfoque transformador para el fortalecimiento sostenible de sistemas de salud, aún es más habitual que comencemos y consolidemos intervenciones con propósito humanitario.

PROCURAMOS QUE NUESTRA ACCIÓN HUMANITARIA TENGA EFECTOS POSITIVOS EN SALUD Y EN SISTEMAS DE SALUD

En situaciones de emergencia humanitaria donde el sistema de salud no existe, no alcanza a las personas que lo necesitan, no tiene capacidad para ofrecer servicios esenciales o no tiene la disposición de hacerlo, asumimos la responsabilidad de establecer servicios de salud esenciales de forma temporal con un nivel mínimo de disponibilidad y acceso, y hacer incidencia sobre el acceso a la población y de ésta a los servicios, para así cubrir de forma inmediata las necesidades más urgentes y reducir los riesgos de salud pública.

Cuando las necesidades o el contexto lo permiten, buscamos la transición hacia el apoyo a la recuperación del sistema de salud. Esto contribuye a que restaure y mantenga la movilización comunitaria para la protección de la salud, la capacidad funcional de servicios esenciales de salud accesibles, una mejor protección ante los numerosos riesgos sociales, económicos y de salud pública aún existentes, y un mínimo nivel de preparación colectiva e institucional para responder mejor que antes ante nuevos choques o a la reaparición de las causas que provocaron la crisis humanitaria. Evitamos realizar acciones de salud independientes de servicios de salud públicos si existen y hay voluntad política de colaboración o posibilidad de buscarla.

INTEGRAMOS ACCIONES TRANSFORMADORAS CUANDO ES PERTINENTE, VIABLE Y RESPONSABLE

Para aumentar la resiliencia del sistema de salud y reducir su vulnerabilidad ante nuevos choques y factores de riesgo de deterioro agudo, las acciones de corto plazo con un fin eminentemente humanitario no bastan. Aunque estas acciones pueden tener un efecto positivo sobre los sistemas de salud, el mantenimiento de sus logros requiere de la incorporación, al menos parcial, de acciones de fortalecimiento sostenible, si se dan las condiciones necesarias para ello.

Por ello, una vez que los servicios esenciales están disponibles y son funcionales, tratamos de pasar a un enfoque transformador de medio y largo plazo que busca una mejora sostenible del desempeño, equidad, calidad y eficiencia del sistema de salud por medio de acciones sobre la gobernanza, liderazgo, políticas de salud, estrategias, planes, organización interna, procesos y funciones del sistema. Estas acciones refuerzan los cimientos del sistema, ayudan en la preparación ante nuevas emergencias de salud pública, e incluso contribuyen a generar estabilidad, paz y seguridad humana, reduciendo el riesgo de que sucedan nuevas crisis.

EMPLEAMOS CRITERIOS CLAVE PARA INTRODUCIR ACCIONES TRANSFORMADORAS EN INTERVENCIONES HUMANITARIAS

Para considerar la posibilidad de unir acciones de fortalecimiento a nuestras acciones humanitarias en sistemas de salud debemos evaluar el contexto y comprobar que se dan varias circunstancias.

LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El primer objetivo de una respuesta de salud durante una crisis humanitaria es prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas. En un entorno donde la tasa bruta de mortalidad supera el umbral de emergencia aguda se debe mantener de manera prioritaria un enfoque humanitario que, si bien debe tratar de contribuir por medio de apoyo técnico y financiero a sostener la capacidad, funcionalidad y acceso a los servicios de salud del país, no debe desviar sus escasos recursos hacia objetivos a largo plazo.

Sin embargo, una vez que el exceso de morbimortalidad se estabiliza, debemos comenzar a integrar componentes de fortalecimiento que permitan superar los problemas que impiden la recuperación del sistema.

LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Desde el momento en que se inicia la recuperación de la disponibilidad y funcionalidad del sistema de salud local resulta posible empezar a pensar en acciones que fortalezcan a largo plazo los elementos que se van estabilizando y recuperando. Es más, desarrollar solo acciones con efecto a corto plazo puede tener efectos negativos en la gobernanza y reconstrucción de un sistema de salud fragmentado. Cuando se interrumpa o disminuya el apoyo humanitario, la fragilidad del sistema de salud lo hará vulnerable a nuevos shocks e incapaz de recuperarse por completo.

LA SITUACIÓN DEL ENTORNO DE INTERVENCIÓN

Para poder introducir componentes de fortalecimiento a largo plazo del sistema de salud que se integren con nuestras acciones humanitarias debe existir un entorno adecuado que lo propicie. Esto significa, al menos, que:

a) Existe una voluntad política de las autoridades por fortalecer el sistema de salud nacional y recibir apoyo externo para ello.

b) Aumentar la intensidad del apoyo a las autoridades y servicios públicos no entra en conflicto con nuestros principios humanitarios de neutralidad e independencia. Es preciso asegurar que nuestras acciones no supongan tomar partido como favorables o contrarios a una parte implicada en hostilidades y que no nos fuercen a someternos a poderes políticos.

c) Las acciones de fortalecimiento a largo plazo contribuyen a hacer frente a las prioridades identificadas por el clúster de salud (u otros mecanismos sectoriales de coordinación) y los objetivos establecidos en los planes de respuesta humanitaria.

LAS OPORTUNIDADES DE FINANCIACIÓN

Un determinante clave es que las acciones de fortalecimiento a largo plazo, al menos de manera parcial, estén alineadas con nuestros potenciales donantes, y que por tanto existan posibilidades reales de que estén dispuestos a financiar estos componentes de nuestros programas.

En general, la mayoría de donantes están comprometidos con el nexo humanitario-desarrollo-paz y el fortalecimiento de sistemas de salud.

Por ejemplo, DG ECHO recomienda en sus guías sectoriales que los actores humanitarios identifiquen sistemáticamente, y cuando sea posible, actúen sobre las oportunidades para reducir la vulnerabilidad a futuras crisis humanitarias sin comprometer los principios humanitarios, que en crisis humanitarias prolongadas se identifiquen intervenciones de desarrollo y resiliencia antes de la retirada progresiva del apoyo internacional, y que las acciones humanitarias en salud se integren dentro de los servicios de salud ya existentes, contribuyendo a fortalecer la capacidad del sistema.

En ocasiones los donantes humanitarios valoran muy positivamente la inclusión de acciones que fortalecen al sistema de salud frente a shocks, y que reducen la necesidad de acción humanitaria a corto plazo de forma sostenida en el tiempo.

NUESTRAS CAPACIDADES

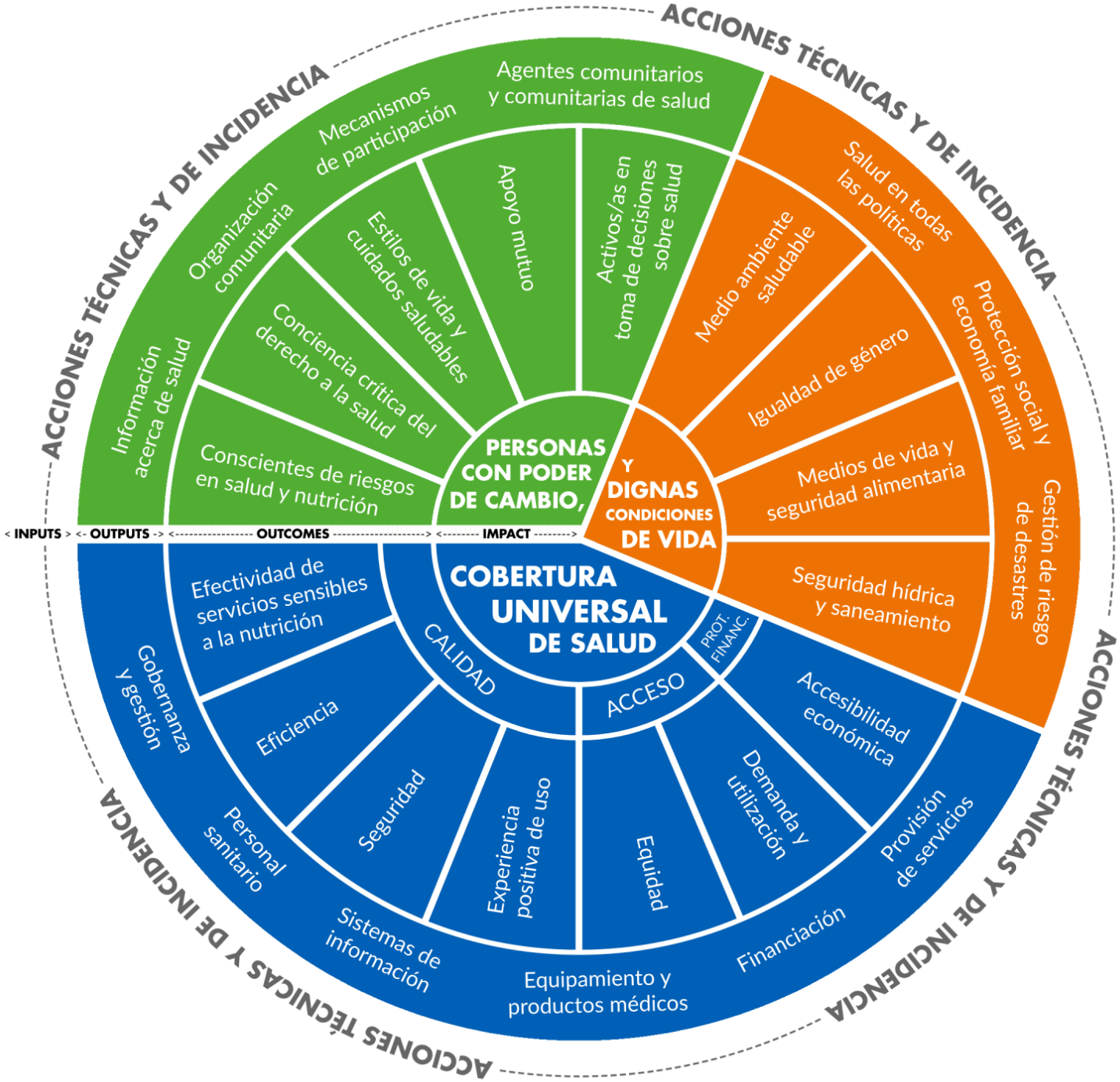
Para abordar la introducción de componentes de fortalecimiento y transformación en nuestras intervenciones humanitarias con efecto en los sistemas de salud, debemos estar seguros de contar con: una buena relación establecida con el Ministerio de Salud y autoridades relevantes; un adecuado conocimiento del funcionamiento y las necesidades del sistema de salud, la situación de los determinantes sociales de salud y el marco normativo de políticas públicas relevantes; personal local competente con experiencia de trabajo en servicios públicos de salud y comunidades; y capacidad de reclutar personal especializado en asistencia técnica e incidencia para el fortalecimiento de sistemas de salud al menos a nivel distrital.

El estudio del contexto nos permitirá realizar un análisis que facilite la toma de decisiones de cómo abordar la potencial inclusión de acciones transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud, o una posible transición progresiva hacia un enfoque coherente, en línea con nuestra lógica de intervención.

C) NUESTRA LÓGICA DE INTERVENCIÓN

Nuestra lógica de intervención se basa, fundamentalmente, en los resultados que buscamos al intervenir en un sistema de salud, en tres niveles: a) El primer nivel se refiere a la capacidad del sistema de salud y sus individuos (OUTPUTS). c) Esta capacidad, aumentada, contribuye a producir cambios (OUTCOMES) en los comportamientos y actitudes de las personas y sus comunidades, en las condiciones físicas y ambientales del entorno donde viven, y en el desempeño y resiliencia de los servicios de salud. c) Esto resulta en una mejoría sostenible (IMPACTO) de nuestros tres objetivos y la salud de las personas.

En el marco operativo se detallan las acciones que, según el contexto, contribuyen a producir estos resultados, y la manera de caracterizar y monitorear cada una de estas dimensiones (OUTPUTS y OUTCOMES).



OBJETIVO 1: PERSONAS CON PODER DE CAMBIO

OUTPUTS:

Información sobre salud. Las personas disponen de acceso ampliado a información de calidad sobre salud y bienestar, determinantes sociales, organización del sistema de salud, servicios disponibles, determinantes sociales, mitos, creencias y prácticas saludables.

Organización comunitaria. La comunidad fortalece sus sistemas de colaboración, con grupos de mujeres, jóvenes y asociaciones locales que se convierten en actores clave para promover la salud, normas sociales y roles de género saludables, y cohesión social.

Mecanismos de participación. Las personas pueden expresar su derecho a la salud y participan en la recogida y seguimiento de quejas y peticiones o en mecanismos formales de concertación en salud como comités o foros de consulta ciudadana.



Agentes comunitarios y comunitarias de salud. Las comunidades cuentan con personas capacitadas, reconocidas, motivadas y comprometidas, que lideran la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y el manejo (identificación, tratamiento básico y referencia) de problemas y necesidades clave de salud.

OUTCOMES:

Conciencia de los riesgos de salud y nutrición. Las personas tienen un conocimiento suficiente acerca de sus propias necesidades de salud y de las del resto de personas de su familia y comunidad, así como acerca de los factores que pueden ponerlas en riesgo, incluyendo aspectos relacionados con la nutrición, la salud reproductiva y sexual, la salud materna, la salud infantil, la salud mental y la higiene.

Conciencia crítica del derecho a la salud. Las personas conocen aspectos básicos acerca de sus derechos en materia de salud y prestación sanitaria, establecidas en políticas públicas. Esto es el primer paso para poder reconocer injusticias, desigualdades y deficiencias de los sistemas de protección social y salud, así como para poder exigir cambios y mejoras de manera activa y participativa.

Estilos de vida y cuidados saludables. Las personas pueden optar de forma consciente y sin barreras por comportamientos, prácticas y actitudes saludables durante la adolescencia, el embarazo, el parto y el posparto, así como durante la crianza infantil, con una paternidad y maternidad respetuosas que incluyan apoyo emocional, higiene, alimentación y cuidados adecuados en general.

Apoyo mutuo. Las personas de la comunidad (incluyendo a agentes de salud) generan y mantienen redes de soporte social, una cultura de solidaridad, esfuerzos colectivos por el bien común (como la protección

frente a epidemias), un sistema comunitario de protección de las personas más vulnerables, e incluso iniciativas de mutualización de fondos y riesgos de salud como seguros comunitarios de salud.

Personas activas en la toma de decisiones en salud. Los mecanismos existentes deben garantizar una representación equitativa y efectiva de hombres, mujeres, niños, niñas y grupos con necesidades especiales (incluyendo personas con diversidad funcional, minorías, LGTBIQ+ y migrantes, entre otras), en las decisiones que se tomen acerca del desarrollo de políticas de salud, el sistema de salud y el acceso a recursos.

OBJETIVO 2: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

OUTPUTS:

Gobernanza y gestión. Una buena gobernanza tiene marcos estratégicos y normativas sólidas para la provisión de servicios de salud y las funciones de salud pública, así como mecanismos que permiten la participación comunitaria, la rendición de cuentas y la transparencia; además, tiene sistemas y procedimientos para gestionar los recursos disponibles, organizar la prestación de servicios, monitorear el desempeño y mejorarlo.

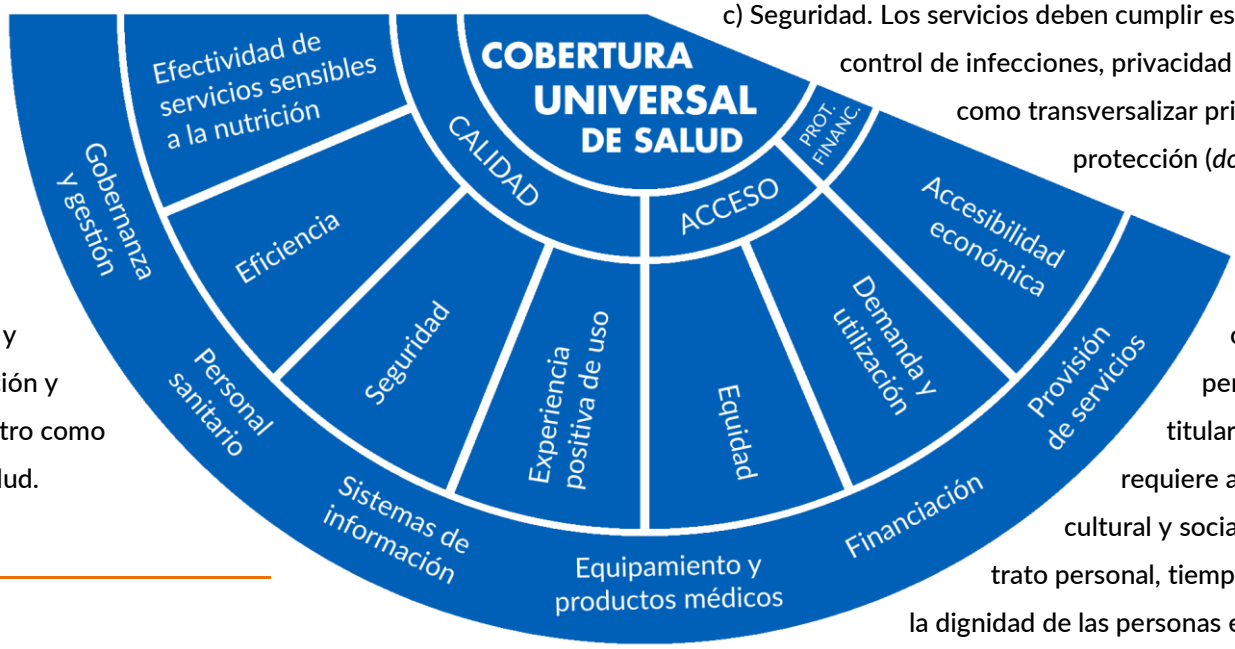
Personal sanitario. El personal sanitario, incluyendo agentes comunitarios/as de salud, debe ser suficiente y estar bien distribuido, además de bien remunerado, preparado para el desempeño de sus funciones, suficientemente apoyado técnica y emocionalmente, satisfecho, motivado y con oportunidades de participación en la mejora del funcionamiento del sistema.

Sistemas de información. Existen funciones clave del sistema de salud que dependen de una adecuada vigilancia epidemiológica (en la comunidad y unidades de salud) y de riesgos, en coordinación con la vigilancia y control de la salud animal y ambiental, y de un buen uso de herramientas (digitales o no) para el registro, reporte y análisis de datos.

Equipamiento y productos médicos. La funcionalidad de los servicios de salud depende en gran parte de la instalación y el mantenimiento de infraestructura y equipamientos no médicos disponibles (electricidad - sostenible si es posible-, agua, saneamiento, distribución de salas y habitaciones con privacidad, comunicaciones, tecnologías digitales, transporte y equipos de protección), así como de una adecuada gestión de productos médicos como medicamentos esenciales, suministros desechables, equipamiento médico y material antropométrico, desde su adquisición al almacenamiento, distribución y manejo de residuos.

Financiación. El acceso equitativo a servicios de salud depende de forma significativa de los gastos directos de bolsillo, las fuentes de financiación y la inversión pública, el presupuesto disponible y su administración, modalidades de aseguramiento, sistemas de gratuidad y copago, la compra estratégica de servicios o el establecimiento de medidas para el control del gasto.

Provisión de servicios. El sistema debe estar diseñado para que los servicios tengan la capacidad de cubrir las necesidades de salud de toda la población (con elementos clave como nutrición, planificación familiar, atención prenatal, asistencia al parto y postparto, asistencia neonatal, manejo de la malnutrición aguda en la comunidad, promoción de la alimentación del lactante y el niño pequeño, atención preventiva y curativa a niños que incluya vacunación, atención a la violencia de género, salud del adulto, salud mental, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, derivaciones y referencias), de manera integrada y sectorizada (*empanelment*), adaptada a las variaciones climáticas, estacionales y demográficas, basada en la atención primaria de salud, y con una adecuada distribución y cobertura, tanto desde dentro como fuera de las unidades de salud.



OUTCOMES:

Calidad, a través de:

a) Efectividad de servicios de salud sensibles a la nutrición. Los servicios que consideramos fundamentales por su sensibilidad a la nutrición deben seguir protocolos clínicos y recomendaciones basadas en evidencia, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, así como transversalización de aspectos ligados al género y salud mental.

b) Eficiencia. Los servicios y el personal que los presta deben estar disponibles según la planificación acordada, haciendo un uso racional de productos médicos y otros recursos que permita garantizar lo mejor posible la sostenibilidad financiera (especialmente importante en modelos basados en la recuperación descentralizada de costes).

c) Seguridad. Los servicios deben cumplir estándares de prevención y control de infecciones, privacidad y confidencialidad, así como transversalizar principios básicos de protección (*do no harm*).

d) Experiencia positiva de uso. Un enfoque centrado en las personas persigue la satisfacción de titulares de derechos. Esto requiere asegurar la aceptabilidad cultural y social de los servicios (p.ej. trato personal, tiempos de espera, respeto de la dignidad de las personas en la toma de decisiones sobre su salud) y la confianza en proveedores y autoridades (p.ej. comunicación clara de información, coherencia en las decisiones, resolución de problemas), y un uso efectivo de los mecanismos existentes para emitir quejas y recomendaciones.

Acceso, a través de:

a) Equidad. El sistema debe garantizar la ausencia de discriminación por género, edad, etnia, creencias, ingresos, aseguramiento o lugar de residencia y origen en la provisión de servicios o la posibilidad de adherirse a planes de seguro sanitario, así como reconocer de forma práctica su derecho a la asistencia sanitaria. Es necesario eliminar las barreras para el acceso a servicios de salud y para la prestación de servicios a la población.

b) Demanda y utilización. No basta con que los servicios estén disponibles o que sean teóricamente accesibles. Esto son medios para una mayor demanda y utilización de servicios de salud que resuelven problemas de salud y necesidades de las personas. Esto se refleja en el número de visitas ambulatorias, la conducta de búsqueda de atención médica, o la experiencia de titulares de derechos superando barreras o aprovechando facilitadores para el uso de dichos servicios.

Protección financiera frente al gasto en salud, a través de accesibilidad económica. El acceso a servicios de salud está enormemente determinado por los costes directos (pagos directos de bolsillo y copagos) e indirectos (transporte, cuidados de personas dependientes, pagos de servicios y productos médicos cubiertos, pero no disponibles, pagos informales o ilegales a prestadores de atención médica). El sistema debe ofrecer una asistencia sanitaria que las familias se puedan permitir, tanto en su volumen (costes subvencionados) como en el formato de pago (prepago y seguros de salud sostenibles y accesibles).

OBJETIVO 3: CONDICIONES DIGNAS DE VIDA

OUTPUTS:

Salud en todas las políticas. La salud de las personas no solo depende de la atención sanitaria. La política pública en vivienda, relaciones exteriores, comercio, fiscalidad, protección social, alimentación, educación, transporte, agua o medio ambiente, por ejemplo, puede tener un profundo efecto en los determinantes de la salud, las barreras para desarrollar hábitos saludables y los resultados en salud de la población. La política pública, por tanto, debe formularse tomando en cuenta sus implicaciones en salud y evitando efectos negativos sobre ella. Para garantizarlo, es necesario que existan mecanismos de participación y rendición de cuentas con la sociedad civil, así como planes para su implementación y desarrollo que cuenten con una adecuada asignación de recursos.

Protección social y economía familiar[18]. La protección social se articula a través de normas y leyes, planes de prestaciones sociales y servicios públicos básicos y ayuda a proteger a las personas frente a los riesgos que enfrentan a lo largo del ciclo vital y los riesgos relacionados con sus medios de vida, abordando la pobreza y garantizando el acceso universal a servicios esenciales y el ejercicio de sus derechos.

[18] Esto se enmarca bajo Acción Contra el Hambre, 2021. Plan de Protección Social 2021-2025, documento que determina cómo entendemos la protección social en Acción Contra el Hambre, y cómo enmarcamos, bajo su paraguas, la cobertura sanitaria universal.

Gestión de riesgo de desastres. La existencia de estrategias y planes para la prevención y la gestión del riesgo de desastres naturales y conflictos armados, con una adecuada asignación de recursos, es clave para mitigar el impacto de estos desastres en los riesgos epidémicos, vidas y recursos de las personas y sus comunidades.

OUTCOMES:

Medio ambiente saludable. El freno a la degradación del medio ambiente, la adecuada gestión de los recursos naturales y la regeneración sostenible de sistemas agrícolas son claves para la salud (entendida desde un enfoque *One Health* en el que la salud humana, la salud animal y la salud del ecosistema se interconectan) y sus determinantes, como la seguridad alimentaria, la sostenibilidad del desarrollo socioeconómico e incluso la paz.

Igualdad de género. La igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres, hombres, niñas y niños en cuanto al acceso a medios de vida, educación y poder, así como la existencia de políticas y medidas contra la violencia de género constituye un determinante clave para la salud y el bienestar de todas las personas y sus comunidades. Además, es fundamental tener un enfoque interseccional y reconocer que el género interactúa con otros determinantes sociales de la salud, como la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad y la orientación sexual, potenciando o mitigando sus efectos sobre la salud.



Medios de vida y seguridad alimentaria. La seguridad alimentaria y de los ingresos, a través de empleo, emprendimiento, protección social -incluyendo transferencias monetarias-, constituyen un determinante clave de la alimentación, nutrición, cuidados, salud y acceso a servicios.

Seguridad hídrica y saneamiento. La falta de acceso a fuentes seguras de agua potable e instalaciones seguras de saneamiento en hogares, comunidades e instalaciones públicas, con una adecuada gestión, es un determinante de enfermedades de transmisión feco-hídrica, de la piel y transmitidas por vectores, entre otras, y una causa fundamental de malnutrición y morbimortalidad.



© Gonzalo Hohr, para Acción contra el Hambre

2. MARCO OPERACIONAL

PARA FORTALECER SISTEMAS DE SALUD

El Marco operacional traduce los principios, enfoques y lógica de intervención definidos en el Marco conceptual en un conjunto de acciones y posibilidades para el monitoreo.

Así, se facilita la implementación efectiva de intervenciones que contribuyan al fortalecimiento de sistemas de salud en contextos diversos, especialmente en crisis humanitarias prolongadas, en la transición de la post-emergencia a la recuperación de la capacidad del sistema de salud.

A) Acciones técnicas y de incidencia 21

B) Monitoreo, evaluación y aprendizaje 32

A) ACCIONES TÉCNICAS Y DE INCIDENCIA

Este Marco operacional propone una lógica de intervención general, adaptable a cada contexto. Según las necesidades de la población, el contexto general de intervención, las capacidades del propio sistema, y nuestros medios y posibilidades, podemos abordar el fortalecimiento del sistema de salud empleando diferentes acciones dentro del abanico del que disponemos, para desarrollar determinados *outputs*.

OBJETIVO 1: PERSONAS CON PODER DE CAMBIO

OUTPUTS	Información sobre salud
	Organización comunitaria
	Mecanismos de participación
	Agentes comunitarios y comunitarias de salud

ACCIONES PARA INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Podemos implementar acciones[19] técnicas[20] y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud[21]:

- Encuesta cuantitativa básica de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prioridades de salud pública, atendiendo a necesidades de hombres, niños, mujeres y niñas[22].
- Comunicación general con carteles, panfletos y mensajes cortos de vídeo o audio sobre temáticas clave de salud pública y nutrición, incluyendo información sobre servicios de salud disponibles.
- Comunicación dirigida puntual sobre riesgos y recomendaciones de salud pública y nutrición a personas de alta vulnerabilidad a través de búsqueda activa en la comunidad.
- Distribución de kits básicos para la promoción de la higiene y la salud personal y familiar[23]. Por ejemplo, kits de higiene infantil o kits de higiene menstrual.

[19] No se incluyen, ni para este *output* ni para ningún otro, acciones que se consideren básicas para la evaluación de necesidades e identificación de intervenciones.
[20] Al hablar de acciones técnicas, generalmente nos referimos a apoyo técnico (por ejemplo, asistencia técnica de personal especializado), logístico (por ejemplo, movilización de vehículos o cesión de almacenes), o financiero (contribución a un fondo para un programa o cubrir el coste de servicios seleccionados).
[21] Todas las acciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud, para todos los *outputs*, se deben realizar, en la medida de lo posible, en colaboración con autoridades distritales de salud y organizaciones locales de la sociedad civil que trabajen en salud, buscando generar capacidades y resultados que permanezcan en la comunidad y el sistema de salud tras el fin de las actividades.
[22] Las encuestas y otros estudios realizados en contextos de acción humanitaria pueden tener un efecto positivo en sistemas de salud si se implica a autoridades y organizaciones locales en su diseño y ejecución, o si se realiza con ellas la comunicación de resultados, con un análisis conjunto de medidas de respuesta.
[23] La distribución de kits u otros bienes (incluyendo materiales de comunicación) en contextos humanitarios puede tener un efecto positivo en sistemas de salud si su contenido se diseña con la participación de la comunidad, y si se implica a autoridades locales y organizaciones locales en su diseño y distribución, dándoles visibilidad para la mejora de su aceptación y confianza por el público.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Estudios de base cualitativa e investigación-acción participativa sobre prioridades de salud pública, para enfoques de cambio de comportamiento.
- Asistencia con cash y cupones condicionada a la asistencia a servicios preventivos de salud (como atención prenatal) para el fomento de estas prácticas en contextos donde no hay barreras significativas de acceso.
- Comunicación dirigida repetida y completa a grupos poblacionales segmentados, con mensajes digitales periódicos, sesiones grupales, o reuniones puntuales y periódicas de grupo. Por ejemplo, programación en centros públicos de "clases de preparación al parto" o programación de recordatorios del calendario vacunal infantil.
- Apoyo a programas de promoción de salud escolar.
- Promoción de la lactancia materna y la correcta alimentación y cuidados del lactante y el niño pequeño.

ACCIONES PARA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Campañas de movilización comunitaria para la respuesta y control de epidemias.
- Acciones de sensibilización, promoción de la salud y movilización comunitaria con líderes comunitarios/as y religiosos/as, y en espacios de encuentro comunitario.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Fomento, creación y mantenimiento de grupos presenciales o digitales de apoyo entre pares sobre promoción de salud. Por ejemplo, grupos presenciales de adolescentes y adultos/as jóvenes (sobre derechos y salud sexual y reproductiva), o grupos vía mensajería digital de apoyo a la lactancia y el cuidado infantil, entre otros.
- Participación de personas expertas en grupos de apoyo entre pares para aclarar dudas, desmentir mitos que puedan generar daño, e identificar casos que requieran apoyo individualizado externo.
- Promoción de actividades generadoras de ingresos de base comunitaria para el sostén de programas de salud comunitaria.
- Apoyo técnico y financiero a organizaciones sociales de base que promuevan la salud y defiendan el derecho a la salud.

- Fomento de espacios de diálogo nuevos o existentes en la comunidad en los que se pueda discutir acerca de los problemas de salud, el derecho a la salud, el acceso a servicios de salud, o las políticas públicas de salud.

ACCIONES PARA MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Creación o apoyo a sistemas de recogidas de feedback y quejas acerca de la calidad, el trato y la aceptabilidad de los servicios de salud disponibles.
- Apoyo a comités de salud rural y comités de gestión de centros de salud, y a sus canales de interlocución con autoridades subnacionales de salud.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Análisis y evaluación de la experiencia de uso y recomendaciones para la mejora de los servicios de salud de personas usuarias, con métodos cualitativos y recolección de narrativas de pacientes.
- Fomento de espacios de diálogo y consulta ciudadana para la evaluación participativa de servicios de salud y para la elaboración y revisión de políticas públicas de salud y planes de acción.
- Fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones sociales de base que participan en consultas y espacios para el análisis y el diseño de políticas públicas de salud.
- Apoyo a movimientos y colectivos de la sociedad civil en la reivindicación de compromisos hacia metas subnacionales, nacionales y globales de salud y nutrición.
- Sesiones comunitarias y talleres participativos para fomentar las capacidades de liderazgo de personas infrarrepresentadas en espacios de poder.

ACCIONES PARA AGENTES COMUNITARIOS Y COMUNITARIAS DE SALUD

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Identificación y selección de agentes comunitarios/as de salud[24].
- Formación básica en promoción de salud, higiene y nutrición de agentes comunitarios/as de salud.

[24] Esta acción puede tener un efecto positivo en el sistema de salud si se desarrolla junto a las autoridades de salud, integrando desde el inicio a los/as agentes comunitarios/as de salud en los programas públicos de salud comunitaria, o planificando su integración futura cuando las autoridades tengan la capacidad suficiente para ello.

- Formación a agentes comunitarios/as de salud en el manejo de la desnutrición aguda, enfermedades comunes de la infancia, seguimiento del bienestar de la mujer embarazada, consejo individualizado sobre alimentación del lactante y el niño pequeño, o vigilancia comunitaria de riesgos epidemiológicos y de salud pública.

- Movilización de agentes comunitarios/as de salud con programas estructurados que incluyen planificación de actividades, dotación de recursos y equipamientos, incentivación, supervisión del desempeño y monitoreo.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Desarrollo y mejora de la supervisión de agentes comunitarios/as de salud por responsables distritales.

- Integración bajo el paraguas del Ministerio de Salud y las autoridades subnacionales de los/as agentes comunitarios/as de salud que trabajan con diferentes organizaciones independientes, con mecanismos de coordinación para la armonización de los programas.

- Investigación y aprendizaje vinculados con la evaluación de experiencias piloto de movilización de agentes comunitarios/as de salud para el manejo de la desnutrición aguda u otras acciones innovadoras.

- Evaluación de la estrategia de salud comunitaria o el programa de agentes comunitarios/as de salud distrital o nacional e identificación de mejoras, recomendaciones y guía para su aplicación.

- Evaluación de la política de salud comunitaria nacional e identificación de recomendaciones basadas en evidencia para la inclusión del reconocimiento formal y el sostén financiero público de agentes comunitarios/as de salud.

- Fomento de espacios de diálogo, dinamización de alianzas y redacción de informes para promover que las autoridades desarrollen planes operativos de implementación de sus políticas y programas de agentes comunitarios/as de salud, con la correspondiente asignación presupuestaria nacional y subnacional.

- Promoción y apoyo para la creación de asociaciones de agentes comunitarios/as de salud que defiendan sus derechos laborales, reconocimiento institucional y participación en procesos de toma de decisiones.

OBJETIVO 2: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

OUTPUTS	
	Gobernanza y gestión
	Personal sanitario
	Sistemas de información
	Equipamiento y productos médicos
	Financiación
	Provisión de servicios

ACCIONES PARA GOBERNANZA Y GESTIÓN

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Desarrollo de acuerdos de colaboración y mecanismos de coordinación con autoridades distritales y centros de salud (en los que haya adecuada representación de mujeres) para la ejecución de acciones de apoyo[25].
- Apoyo a comités de gestión de centros de salud.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Desarrollo y aplicación con autoridades de planes de contingencia y gestión de crisis de salud pública.
- Desarrollo de programas de formación y apoyo al personal administrativo y de gestión de autoridades subnacionales de salud y centros de salud.
- Apoyo al desarrollo e implementación de políticas, espacios y mecanismos para la coordinación pública de organizaciones independientes que trabajen en salud y de proveedores privados de servicios de salud.
- Desarrollo, junto con autoridades distritales de salud, de ejercicios conjuntos de diagnóstico y planificación[26].
- Apoyo a planes de descentralización regional y distrital de competencias de salud.
- Apoyo en evaluaciones del progreso hacia metas subnacionales, nacionales y globales de salud y nutrición, con identificación de medidas correctivas.

[25] Para un mayor efecto positivo en el sistema de salud, estos mecanismos pueden contemplar, no solo los planes de acción y los derechos y responsabilidades de cada parte en la ejecución de actividades, sino también aspectos relacionados con el monitoreo, la transición a una estrategia de salida y una evaluación que permita extraer lecciones aprendidas.
[26] Disponemos, para esto, de *Action Against Hunger, 2017. Health System Strengthening Guide: From Diagnosis to Planning*, con una metodología para ejercicios de varias semanas o meses de duración.

- Apoyo en ejercicios de transparencia y rendición de cuentas de las autoridades de salud.
- Creación de espacios de participación ciudadana y comunitaria en evaluación de necesidades y análisis de desafíos del sistema de salud y avances en resultados en salud y nutrición.

ACCIONES PARA PERSONAL SANITARIO

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Formación corta (menor a una semana) de personal sanitario y no sanitario de servicios de salud en temas prioritarios.
- Supervisión, acompañamiento directo y formación en servicio a personal sanitario.
- Pago de salarios, complementos salariales e incentivos ligados al desempeño (o la prestación de servicios seleccionados) al personal sanitario.
- Apoyo psicosocial y de salud mental a personal sanitario.
- Acciones de incidencia en contra de ataques dirigidos contra el personal sanitario.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Formación corta (menor a una semana) en habilidades de comunicación, atención sanitaria humanizada (y trato respetuoso) y promoción de salud.
- Formación corta (menor a una semana) sobre seguridad del paciente y medidas de prevención de la transmisión de infecciones en entornos sanitarios.
- Comunicación dirigida con herramientas digitales a proveedores de salud con mensajes clave y recordatorios sobre protocolos de atención sanitaria y recomendaciones de guías clínicas.
- Evaluación de la satisfacción del personal sanitario y promoción e implantación de medidas para la mejora del bienestar laboral.
- Desarrollo e implantación de políticas para el respeto y la protección de los derechos laborales del personal sanitario (incluyendo agentes comunitarios/as de salud).
- Desarrollo y mejora de herramientas y procedimientos de gestión de recursos humanos, incluyendo términos de referencia de personal, procesos de selección, inducción de personal a nuevos puestos, evaluaciones periódicas de desempeño, programas de promoción interna, y desarrollo de la carrera profesional, entre otros.
- Desarrollo o actualización de programas formativos acreditados y currículos académicos para personal del sistema de salud.

- Desarrollo de programas de acreditación de personal en el sistema de salud.
- Apoyo a la creación y el mantenimiento de mecanismos de colaboración y coordinación entre agentes comunitarios/as de salud y el personal de salud de unidades de salud y autoridades subnacionales[27].

ACCIONES PARA SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Apoyo en la recogida de datos de rutina en centros de salud y por equipos móviles, y su reporte a las autoridades de salud.
- Encuestas SMART y de cobertura de servicios de salud y nutrición.
- Apoyo a sistemas de alerta temprana para la detección de posibles eventos y gestión de alertas y respuestas de salud pública.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Apoyo a la digitalización de los sistemas de información de salud y al desarrollo o implantación de otras herramientas digitales (como aquellas empleadas en el apoyo a toma de decisiones de proveedores de servicios de salud).
- Apoyo a los sistemas de acciones de vigilancia epidemiológica, investigación de brotes epidémicos y búsqueda de casos.
- Apoyo a autoridades de salud y personal de gestión de centros de salud en ejercicios de análisis periódico de los datos recogidos por el sistema de información de salud, y de análisis puntual de encuestas y evaluaciones especiales, para la identificación de prioridades, problemas y soluciones.

ACCIONES PARA EQUIPAMIENTO Y PRODUCTOS MÉDICOS[28]

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Aprovisionamiento[29] de equipamientos médicos, suministros médicos y medicamentos[30] para equipos móviles, unidades de

[27] En ocasiones, durante crisis humanitarias más o menos prolongadas, hay personal que ha sido formado por organizaciones independientes o que ha desarrollado una experiencia profesional que puede estar no reconocida por el sistema de salud que existía antes de la crisis.
[28] Dentro de la categoría de productos médicos incluimos los alimentos para fines médicos especiales (como el alimento terapéutico listo para su uso).
[29] Según el *Procedimiento Operativo Estándar de Acción Contra el Hambre para el aprovisionamiento de productos médicos*.
[30] En raras ocasiones, es posible que podamos realizar aprovisionamiento de vacunas, aunque estos productos suelen estar suministrados directamente por el Ministerio de Salud o UNICEF.

salud, vehículos de transporte de pacientes y agentes comunitarios/as de salud[31].

- Habilitación y equipamiento de las farmacias de distritos sanitarios, de unidades de salud y de equipos móviles apoyados con aprovisionamiento.
- Control de stock de productos médicos.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Formación y supervisión en gestión de productos médicos en almacenes y farmacias distritales, de unidades de salud y de equipos móviles.
- Desarrollo e implementación de estrategias, sistemas, guías y procedimientos para la adquisición, almacenamiento, distribución, monitoreo y gestión general de productos médicos.
- Desarrollo y aplicación de planes formativos y sistemas de monitoreo de la prescripción racional de medicamentos.
- Desarrollo y aplicación de estrategias y planes para la reducción de los residuos médicos y de su impacto medioambiental.
- Incidencia para el desarrollo, mejora y aplicación de políticas y planes de acción para el acceso a medicamentos y la inversión pública eficiente en productos médicos.
- Incidencia para la inclusión de determinados productos en listas nacionales de medicamentos esenciales.
- Apoyo a las autoridades nacionales reguladoras de productos médicos en el control de su fabricación, compraventa y distribución.

ACCIONES PARA FINANCIACIÓN

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Inclusión de personas vulnerables y refugiadas en seguros públicos y comunitarios existentes de salud.
- Contribución al pago o reembolso de costes ligados a la prestación de servicios de salud prioritarios, para asegurar la gratuidad de estos servicios (o el mínimo copago posible).

[31] Generalmente, nuestro trabajo se centra en servicios de salud comunitaria y de atención primaria, limitando el equipamiento de hospitales y centros de niveles secundarios y terciarios a algunos servicios de rehabilitación nutricional y manejo de desnutrición infantil aguda con complicaciones, en línea con *Acción Contra el Hambre, 2022. Nutrition-sensitive health services and related medical products* y con la *Lista Modelo Estándar de Productos Médicos de Acción Contra el Hambre*.

- Asistencia con transferencias incondicionales de efectivo (cash) y cupones, restringidas a servicios (como la atención al parto o el transporte de emergencia de pacientes) o a bienes específicos (como un mosquitero) o con enfoque multipropósito para la cobertura de costes indirectos de la atención sanitaria.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Evaluaciones de coste-efectividad de intervenciones en salud o modelos innovadores de provisión de servicios, y evaluaciones de impacto socioeconómico de problemas de salud y epidemias.
- Implantación de modelos de financiación o incentivación de proveedores de servicios de salud ligados al desempeño, que generen incentivos positivos para el aumento de la productividad y la calidad asistencial.
- Apoyo para la creación y el mantenimiento de modelos de seguros de salud con base comunitaria.
- Fomento de espacios de diálogo, dinamización de alianzas y redacción de informes para promover aumentos de la cantidad y calidad de la inversión pública en servicios de salud y nutrición.
- Incidencia a favor de la cobertura universal de salud con una fuerte base de gobernanza e inversión pública, y fuertes principios de atención primaria y equidad en salud.
- Apoyo a evaluaciones del espacio fiscal y de análisis de modelos innovadores de financiación para la salud.

ACCIONES PARA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Selección y priorización de un paquete de servicios esenciales de salud para apoyar o proveer, que integran servicios esenciales de nutrición.
- Organización y despliegue de equipos móviles de salud para atender a poblaciones sin acceso continuo a servicios estáticos de salud[32].
- Apoyo a autoridades en el desarrollo de campañas de vacunación, acciones de prevención y respuesta a epidemias, y otras campañas de salud pública (como distribución de mosquiteros impregnados con insecticida).
- Apoyo a sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.

[32] Esta acción puede tener un efecto positivo en sistemas de salud si se desarrolla de forma coordinada con las autoridades de salud a modo de extensión de los servicios públicos de salud existentes, con un modelo que pueda permanecer como parte de un plan de contingencia tras el fin del proyecto.

- Estudios de análisis de barreras y facilitadores de acceso y uso de servicios de salud.
- Rehabilitación y mantenimiento de infraestructuras sanitarias esenciales dañadas o en mal estado, incluyendo edificios, accesos, vehículos, mobiliario, la red eléctrica, infraestructura de comunicación o infraestructura de agua y saneamiento.
- Establecimiento de infraestructuras temporales para la provisión de servicios esenciales de salud hasta disponer de infraestructuras permanentes rehabilitadas o en buenas condiciones.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Ampliación del paquete de servicios de salud sensibles a la nutrición y específicos de nutrición que cubran todas las necesidades de mujeres, hombres, niñas y niños.
- Desarrollo de estrategias y planes distritales o nacionales de comunicación de riesgos y promoción de salud en centros sanitarios y en la comunidad.
- Implantación de sistemas de acreditación de proveedores autorizados de servicios de salud.
- Apoyo a planes de desarrollo y mejora de la red de servicios de salud.
- Apoyo a acciones de certificación de unidades y servicios de salud (por ejemplo, “hospital amigo del bebé”).

OBJETIVO 3: CONDICIONES DIGNAS DE VIDA

OUTPUTS	
	Salud en todas las políticas
	Protección social y economía familiar
	Gestión de riesgo de desastres

ACCIONES PARA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Incidencia para el acceso humanitario a las poblaciones en situación de necesidad y para el acceso de éstas a servicios de salud esenciales.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Promoción de espacios interministeriales de coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública.
- Incidencia para la integración del análisis de género y de una visión transformadora de género en políticas de múltiples sectores con impacto en la salud pública (por ejemplo, para la lucha contra la

violencia de género, la promoción de la corresponsabilidad en los cuidados, la mejora en el acceso a agua y energía que liberen cargas para mujeres y niñas, o fomento del acceso a la educación para mujeres y niñas, entre otras).

ACCIONES PARA PROTECCIÓN SOCIAL Y ECONOMÍA FAMILIAR

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Rehabilitación de infraestructura esencial de agua y saneamiento, incluyendo trabajos comunitarios.
- Asistencia con transferencias de efectivo multipropósito.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Apoyo a las autoridades en la mejora de la red de agua y saneamiento.
- Iniciativas para la creación de empleo.
- Desarrollo de asociaciones rurales de ahorro y préstamo.
- Incidencia para el desarrollo, mejora e implementación de políticas de protección social.
- Incidencia para la integración de una visión transformadora de género en políticas de protección social (por ejemplo, a favor de un mejor acceso a guarderías y escuelas infantiles que permitan la incorporación de la mujer al mercado laboral, sistemas de pensiones y seguros sociales y sanitarios que no dependan de la contribución laboral individual, políticas de empleo inclusivas, o licencias y permisos laborales para padres y madres).
- Sesiones grupales y talleres comunitarios para abordar diferencias de poder de género en la toma de decisiones en el hogar.

ACCIONES PARA GESTIÓN DE RIESGO DE DESASTRES

Podemos implementar acciones técnicas y de incidencia en intervenciones humanitarias con efecto positivo en sistemas de salud:

- Apoyo a municipios en la vigilancia y gestión de riesgos geológicos y climáticos.

Cuando sea pertinente, viable y responsable, debemos integrar acciones técnicas y de incidencia transformadoras para el fortalecimiento del sistema de salud:

- Análisis comunitario participativo de eventos potenciales y movilización para la gestión de riesgos.
- Apoyo a mecanismos públicos multisectoriales de contingencia y respuesta ante crisis.
- Gestión comunitaria de los sistemas silvopastorales mediante una gestión holística.

- Desarrollo, mejora y construcción de infraestructura de agua y saneamiento resistente al clima.
- Fortalecimiento de los servicios veterinarios.

B) MONITOREO, EVALUACIÓN Y APRENDIZAJE

Necesitamos evaluar la situación de los sistemas de salud, monitorear el progreso y los logros de nuestras acciones, evaluar los resultados alcanzados, y aprender de nuestra experiencia e intervenciones.

UN MODELO FLEXIBLE Y ADAPTABLE

Nuestro modelo nos permite concentrarnos en los *outputs* y *outcomes* en que intervenimos, y que por tanto es necesario analizar. La forma de caracterizarlos y medirlos debe responder también a las particularidades del contexto y a la etapa del ciclo del proyecto en que nos encontremos:

- En la etapa de evaluación de necesidades necesitamos entender la situación en la que se encuentra, al menos en general, cada *output* y *outcome* del sistema de salud.
- En la etapa de identificación de intervenciones debemos poder identificar *outputs* y *outcomes* prioritarios, entender las causas y factores determinantes de su estado actual, y las acciones más viables que pueden contribuir a un cambio.
- Durante la ejecución del proyecto debemos poder entender cómo se avanza en el logro de *outputs* y *outcomes*, y qué es lo que facilita o bloquea el avance.
- Para la evaluación y aprendizaje, debemos poder analizar qué acciones han logrado los cambios esperados y cuáles no lo han hecho, entender por qué, e identificar posibles áreas de mejora e innovación para intervenciones futuras y alternativas.

CARACTERIZACIÓN Y MEDICIÓN

Para cada *output* y *outcome* se sugiere la manera de caracterizarlo, analizarlo y entenderlo, y la manera de medirlo con un indicador.

- Una buena caracterización es clave para poder entender el contexto en que se produce un indicador, que de otro modo puede ser difícil de interpretar correctamente. Puede requerir observación directa, revisión bibliográfica y documental, o la aplicación de herramientas de recogida y análisis de datos cualitativos y cuantitativos como entrevistas o encuestas.
- El cálculo y análisis de indicadores es necesario para facilitar la comparación y comunicación de la información. Dependiendo del indicador, se recomienda el uso de cuestionarios, escalas ordinales (del 1 al 4) cualitativas (basadas en criterios preestablecidos evaluados con metodología cualitativa) basadas en juicio experto (de al menos tres evaluadores/as), y el análisis de los registros estadísticos de los centros de salud, principalmente, que sean útiles, fáciles de calcular y orientados a la acción.

Tabla 1: Resumen de los indicadores para el objetivo 1: personas con poder de cambio.

	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
OUTPUTS	Información sobre salud	Índice de conocimiento básico en salud y nutrición	Cuestionario
	Organización comunitaria	Proporción de personas adultas y jóvenes que participa en iniciativas comunitarias con impacto en salud	Cuestionario
	Mecanismos de participación	Índice de la inclusividad y calidad deliberativa de los procesos de participación ciudadana en salud	Evaluación experta
	Agentes comunitarios y comunitarias de salud	Índice de funcionalidad del programa de agentes comunitarios/as de salud	Evaluación experta
OUTCOMES	Conciencia de riesgos en salud y nutrición	Índice de conciencia de riesgos de salud y nutrición	Cuestionario
	Conciencia crítica de derecho a la salud	Porcentaje de personas que pueden identificar al menos tres derechos fundamentales relacionados con la salud y describir cómo ejercer uno de ellos	Cuestionario
	Estilos de vida y cuidados saludables	Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida	Cuestionario
	Apoyo mutuo	Índice de capital social y cohesión social	Cuestionario
	Participación en toma de decisiones sobre salud	Índice de la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre salud y en la implementación de cambios y mejoras	Evaluación experta

OBJETIVO 1: PERSONAS CON PODER DE CAMBIO

MONITOREO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar el conocimiento sobre salud y nutrición que tienen las personas de la comunidad. Ello requiere estudiar qué nivel educativo aproximado tienen estas personas, a qué fuentes de información sobre salud tienen acceso (desde materiales educativos distribuidos por actores de salud y nutrición, a medios de comunicación, redes sociales, y el contacto directo con pares, agentes comunitarios/as o con personal sanitario, por ejemplo), la facilidad o barreras que encuentran para encontrar respuestas a dudas específicas sobre salud y nutrición, la capacidad para entender la información de salud a la que acceden (por ejemplo un informe médico de atención primaria, o las instrucciones del envase de los suplementos nutricionales), la confianza que tienen en su propio conocimiento y capacidad de cuidar de su propia salud y la de sus dependientes, o la capacidad que sienten que tienen para explicar con claridad un problema de salud en una consulta médica.

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de un índice de conocimiento básico en salud y nutrición. Este debe construirse a partir de un cuestionario con preguntas sobre temas como el conocimiento sobre los beneficios de servicios preventivos de salud como la atención prenatal o la vacunación infantil, sobre prácticas como el espaciamiento del embarazo, el inicio temprano de la lactancia materna, o el uso del condón en las relaciones sexuales, o el conocimiento de qué servicios de salud relevantes existen a su disposición (como la disponibilidad de una consulta

semanal sobre salud sexual y reproductiva, el número de teléfono de atención a casos de violencia de género, o el nombre y la manera de contactar con el/la agente comunitario/a de salud de su área)[33].

Este abordaje es complementario al empleado para evaluar la conciencia de riesgos en salud y nutrición (más centrado en el conocimiento y manera de reaccionar ante un problema o riesgo agudo de salud), o al empleado para evaluar los estilos de vida y cuidados saludables (más centrado en las prácticas, actitudes y comportamientos)

MONITOREO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar las diferentes iniciativas y actividades colectivas por la salud que se desarrollan en la comunidad, la manera en la que las diferentes personas participan en ellas, la satisfacción con el modo en que son coordinadas o dirigidas, y la satisfacción con los logros alcanzados y su impacto en la salud pública.

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de una escala del 1 (muy bajo) al 4 (muy alto) para la estimación de la proporción de personas adultas y jóvenes que participa en iniciativas comunitarias con impacto en salud (como asociaciones de mujeres y jóvenes, o voluntariado como promotor/a de salud). Para el cálculo del indicador se pueden emplear varias preguntas en un cuestionario poblacional cuantitativo desagregado por género y edad, adaptada a partir de las siguientes: *"¿Participa usted en alguna asociación, iniciativa o actividades comunitarias que sea útil para mejorar la salud de las personas en su comunidad? (Sí / no)"*, *"¿En qué consisten estas actividades y su participación? (Respuesta abierta o con caracterización múltiple)"*, y *"¿Con qué intensidad está usted implicado/a, en general, en estas actividades que menciona? (Muy poca / alguna / bastante / mucha)"*[34].

MONITOREO DE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar aspectos relacionados con la existencia de mecanismos y vías de participación ciudadana en el análisis de resultados del sistema de salud, sus políticas y sus servicios, así como la identificación y monitoreo de aplicaciones para la mejora. Se debe estudiar también la inclusividad de estos mecanismos (y la representación de personas especialmente afectadas por los problemas de salud o que están tradicionalmente excluidas), la calidad del flujo de información (que las personas participantes dispongan realmente de información adaptada a su comprensión sobre los temas de discusión, el proceso de consulta o participación y su alcance esperado real), la calidad deliberativa y de análisis de viabilidad de las propuestas, la satisfacción con en estos mecanismos, y el nivel de confianza que hay en las autoridades de salud[35].

[33] La herramienta *Indikit.net* de la organización humanitaria checa *People In Need* incluye una base de datos en múltiples idiomas con recomendaciones de preguntas (y métodos de evaluación de las posibles respuestas) acerca de estas y otras temáticas relevantes.
[34] En casos en que este sea un *outcome* prioritario, se pueden explorar otras posibilidades más avanzadas de evaluación, como una escala ordinal (del 1 al 4) cualitativa (basada en criterios preestablecidos evaluados con metodología cualitativa) basada en juicio experto (al menos tres evaluadores analizan la información disponible y consensúan por escrito su juicio sobre cada criterio).
[35] Para el desarrollo y la adaptación de esta escala al contexto de intervención se puede emplear como referencia *Francés-García y La Parra-Casado, 2022. Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud*.

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de una escala ordinal cualitativa basada en juicio experto para la cuantificación de un índice de la inclusividad y calidad deliberativa de los procesos de participación ciudadana en salud de un área de salud.

Este abordaje es complementario al empleado para monitorear la participación en toma de decisiones sobre salud (más centrado en la manera de alcanzar acuerdos y el compromiso institucional por asumirlos e implementarlos con una adecuada asignación de recursos), y con el empleado para monitorear la gobernanza y la gestión (que entre otros aspectos incluye la rendición de cuentas y la transparencia en la mejora del sistema de salud y sus servicios).

MONITOREO DE AGENTES COMUNITARIOS Y COMUNITARIAS DE SALUD

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar qué factores determinan el grado de funcionalidad de un programa de agentes comunitarios/as de salud[36] (desde sus roles, a la manera en que son equipados/as, supervisados/as e incentivados/as), y especialmente de qué manera el sistema de salud les sostiene[37] (con recursos, procedimientos de gestión y buena gobernanza).

Se sugiere como indicador el empleo del índice de funcionalidad del programa de agentes comunitarios/as de salud, calculado como promedio de los resultados obtenidos para diez dimensiones con una escala ordinal cualitativa de funcionalidad (del 1 al 4), evaluada por personas expertas[36].

EVALUACIÓN DE CONCIENCIA DE RIESGOS EN SALUD Y NUTRICIÓN

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar conocimientos, comportamientos, prácticas y actitudes clave relacionadas con la reacción ante problemas agudos y riesgos importantes para la salud. Es importante adaptar la caracterización a los riesgos epidemiológicos de cada contexto. Así evitaremos preguntar por temas genéricos o poco importantes, para centrarnos en comportamientos (individuales y colectivos) relevantes para abordar un problema real de salud en ese contexto (como la búsqueda de atención sanitaria ante una señal de gravedad en el embarazo y primera infancia), o ante un riesgo real de salud pública (como la violencia de género intrafamiliar o brotes infecciosos posibles y en curso).

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de un índice de conciencia de riesgos de salud y nutrición. Este debe construirse a partir de un cuestionario individual a una muestra representativa, en la que la persona entrevistadora pregunta una serie preestablecida de preguntas relacionadas con su conocimiento sobre diferentes temas relevantes al contexto, y registra la calidad de la respuesta, de modo dicotómico (correcto/incorrecto) o continuo (por ejemplo, en una escala del 1 al 4 entre completamente incorrecto a completamente correcto). Las

[36] Para ello disponemos de una herramienta muy completa: *Community Health Impact Coalition, 2018. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs*.
[37] Para ello disponemos de una herramienta que complementa a la anterior: *World Vision International, 2023. Health Systems Assessment and Improvement Matrix (S-AIM): A tool for assessing and improving health systems in support of community health worker programmes*.

preguntas pueden abordar temas como el conocimiento sobre los signos de gravedad en el embarazo, recién nacido[33], y niños menores de cinco años con desnutrición aguda severa, así como acerca de la importancia epidemiológica (por frecuencia y gravedad) de enfermedades infecciosas endémicas, y de la importancia y manera correcta de aplicación de medidas de control de estas y otras enfermedades con potencial epidémico, dependiendo del contexto.

Este abordaje es complementario al empleado para monitorear la información sobre salud (más centrado en la información y conocimiento general sobre salud y nutrición), o al empleado para evaluar los estilos de vida y cuidados saludables (más centrado en las prácticas, actitudes y comportamientos)

EVALUACIÓN DE CONCIENCIA CRÍTICA DE DERECHO A LA SALUD

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar el conocimiento que las personas poseen sobre sus derechos fundamentales relacionados con la salud (derecho a la información, bienes y servicios de salud, a la participación en salud, a no sufrir discriminación, a la toma de decisiones informadas sobre su propia salud, a la privacidad y la confidencialidad, y a la rendición de cuentas de autoridades), el marco nacional y local específico para su ejercicio, su percepción acerca del acceso equitativo a servicios de calidad, las fuentes de información sobre derecho a la salud a las que tienen acceso, las barreras que enfrentan para acceder y comprender dicha información, y la confianza que tienen en su capacidad y poder para ejercer esos derechos, o para actuar frente a violaciones de los mismos.

Dada la falta de otros indicadores estandarizados para abordar un concepto tan complejo, se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de personas que pueden identificar al menos tres derechos fundamentales relacionados con la salud y describir cómo ejercer uno de ellos. Este indicador, evaluado con una pregunta en una encuesta (*"¿Podría mencionar algún derecho relacionado con la salud que considere importante?, ¿alguno más?, ¿y cómo cree que podría ejercer este derecho en su comunidad?"*) y con una valoración bien informada de la persona entrevistadora (que debe tener una guía clara sobre el tema que le permita valorar si la respuesta es satisfactoria o no), es sencillo, relevante, y fácilmente adaptable con éxito a cada contexto de intervención.

EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA Y CUIDADOS SALUDABLES

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar prácticas y comportamientos considerados clave para una buena salud. Estas prácticas incluyen las relacionadas con la alimentación del lactante y el niño pequeño[38], las prácticas de cuidado infantil[39], y otras muchas posibles, como las relacionadas con la higiene personal, las prácticas sexuales

[38] Existen varias herramientas recomendadas para la evaluación de diferentes aspectos y con diferentes enfoques de la alimentación del lactante y el niño pequeño en las páginas de las modalidades correspondientes del Marco Técnico de Programación.
[39] Puede ser de utilidad la guía *WHO and UNICEF, 2022. Nurturing care handbook. Strategic action 4: monitor progress. How to monitor populations, implementation and individual children's development*, que aborda diferentes dimensiones del cuidado cariñoso, así como la herramienta para evaluación de las interacciones cuidador/a-bebé de *ACF, 2013. Manual for the integration of child care practices and mental health into nutrition programs* (página 56).

seguras, la adherencia terapéutica, la conducta de búsqueda de atención sanitaria y manejo domiciliario de problemas comunes de salud (como la terapia de rehidratación oral en caso de diarrea aguda infantil), la práctica de ejercicio, el consumo de sustancias, el manejo del estrés y las emociones, y la prevención de riesgos ambientales en el hogar y su entorno, por ejemplo. La caracterización se puede completar, para ciertos comportamientos y prácticas identificados como clave, con investigación formativa y estudios de análisis de barreras para el cambio de comportamiento, si se considera especialmente relevante[40].

Se sugiere como indicador el empleo de la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida[41]. Pese a ser un indicador que se limita a una práctica concreta y que por tanto no cubre la totalidad de los estilos de vida y cuidados saludables, tiene varias ventajas. Estas incluyen ser un instrumento de uso común, fácilmente comparable en diferentes poblaciones, referirse a una prioridad para Acción Contra el Hambre, y estar relacionado con numerosas barreras socioeconómicas y culturales que lo afectan. En determinados contextos, podría ser recomendable reemplazar este indicador por un índice de varios indicadores que midan otras prácticas y comportamientos saludables más.

Este abordaje es complementario al empleado para monitorear la información sobre salud (más centrado en la información y conocimiento general sobre salud y nutrición), o al empleado para evaluar la conciencia de riesgos en salud y nutrición (más centrado en el conocimiento y manera de reaccionar ante un problema o riesgo agudo de salud).

EVALUACIÓN DE APOYO MUTUO

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar aspectos vinculados con el capital social y la cohesión social de la comunidad. Estos aspectos van más allá de la mera existencia de asociaciones y redes de organización comunitaria o de mecanismos de participación, para centrarse en la visión de los/as individuos/as acerca de dimensiones complejas, que incluyen la cohesión social (el sentimiento de que la comunidad comparte un propósito común y la voluntad de cooperar juntos para lograrlo), la confianza en que en la comunidad no hay una intención de hacerse daño, la existencia de normas morales aceptadas colectivamente, el sentimiento común de identidad y pertenencia a un grupo (incluyendo a personas con diferentes valores, identidades y formas de vida), o el compromiso cívico colectivo[42].

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de capital social y cohesión social, elaborado a partir de una adaptación local de un cuestionario preexistente de 15 preguntas relacionadas con la percepción

[40] Disponemos para ello de un completo manual propio, con numerosas orientaciones (*Action Against Hunger, 2020. Behaviour change: A step-by-step guide for interventions*), además de la guía de la modalidad de cambio de comportamiento de nuestro marco técnico de programación.
[41] La metodología correcta para el uso de indicador queda bien explicada en WHO and UNICEF, 2021. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods.
[42] Tanto para esta caracterización, como para el cálculo del indicador relacionado, se recomienda el uso de *Mercy Corps, 2020. Social capital and social cohesion measurement toolkit for community-driven development operations*.

individual de la cohesión social, confianza, normas, pertenencia, identidad y compromiso cívico en la comunidad de estudio[42].

EVALUACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN TOMA DE DECISIONES SOBRE SALUD

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar aspectos relacionados con la manera en creen que instituciones y representantes de las comunidades acuerdan decisiones que afectan a la salud de la población y los servicios de salud, acerca del compromiso institucional por asumirlos e implementarlos con una adecuada asignación de recursos, y acerca de los cambios efectivos en políticas de salud o en el funcionamiento del sistema de salud que han sido influenciados o catalizados (al menos parcial) desde la comunidad, y cuáles han sido los determinantes de éxito o fracaso de esto en el pasado[35].

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de una escala ordinal cualitativa basada en juicio experto para la cuantificación de un índice de la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre salud y en la implementación de cambios y mejoras de un área de salud.

Este abordaje es complementario al empleado para monitorear los mecanismos de participación (más centrado en las oportunidades y vías de participación que existen, y el nivel de inclusividad, flujo de información y calidad deliberativa que hay en ellas), y con el empleado para monitorear la gobernanza y la gestión (que entre otros aspectos incluye la rendición de cuentas y la transparencia en la mejora del sistema de salud y sus servicios).

Tabla 2: Resumen de los indicadores para el objetivo 2: cobertura universal de salud.

	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
OUTPUTS	Gobernanza y gestión	Índice de liderazgo, gestión, rendición de cuentas, transparencia y respeto institucional a los principios de la atención primaria	Evaluación experta
	Personal sanitario	Densidad del personal de salud (por 10 000 habitantes)	Análisis de registros oficiales
	Sistemas de información	Porcentaje de informes semanales de vigilancia epidemiológica para alerta temprana y respuesta, remitidos a tiempo de un nivel al inmediato superior	Análisis de registros oficiales
	Equipamiento y productos médicos	Porcentaje de días en el último mes en que los medicamentos esenciales no estuvieron disponibles	Análisis de registros oficiales
	Financiación	Volumen medio de gasto directo de bolsillo por consulta de atención primaria de salud	Encuestas a pacientes a la salida del centro
	Provisión de servicios	Índice de disponibilidad de servicios de salud y funciones de salud pública en la unidad de salud	Análisis de registros oficiales y cuestionarios
OUTCOMES	Efectividad de servicios sensibles a la nutrición	Porcentaje de niños/as con un adecuado control y seguimiento de su crecimiento, entre todos los niños y niñas que han recibido la tercera dosis de vacuna DTP (DTP3)	Análisis de registros oficiales
	Eficiencia	Número promedio de medicamentos prescritos en cada consulta médica	Análisis de registros oficiales
	Seguridad	Porcentaje de pacientes que conocen la correcta dosificación y forma de uso de los medicamentos que han recibido	Encuestas a pacientes a la salida del centro
	Experiencia positiva de uso	Índice de satisfacción de personas usuarias de servicios de salud	Encuestas a pacientes a la salida del centro
	Equidad	Diferencia en el gasto de bolsillo medio en salud entre personas aseguradas y no aseguradas	Encuestas a pacientes a la salida del centro
	Demanda y utilización	Demanda de planificación familiar satisfecha con medios modernos	Encuestas a pacientes
	Accesibilidad económica y protección financiera	Porcentaje de hogares que han pospuesto o evitado consultas de atención primaria debido a sus costes en los últimos 3 meses	Encuestas a pacientes

OBJETIVO 2: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

MONITOREO DE GOBERNANZA Y GESTIÓN

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar las políticas y planes de acción en salud, la gestión y administración cotidiana de los centros de salud, los esfuerzos para la mejora del desempeño, y la existencia y funcionamiento de comités de gestión con participación ciudadana.

Dada la ausencia de indicador estandarizado, se sugiere el empleo de una escala ordinal cualitativa basada en juicio experto para la cuantificación de un índice de liderazgo, gestión, rendición de cuentas, transparencia y

respeto institucional a los principios de la atención primaria de un área administrativa de salud[43].

Este abordaje es complementario al empleado para monitorear los mecanismos de participación (más centrado en las oportunidades y vías de participación que existen, y el nivel de inclusividad, flujo de información y calidad deliberativa que hay en ellas), y al empleado para monitorear la participación en toma de decisiones sobre salud (más centrado en la manera de alcanzar acuerdos y el compromiso institucional por asumirlos e implementarlos con una adecuada asignación de recursos),

MONITOREO DE PERSONAL SANITARIO

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar durante una visita a cada centro aspectos básicos como el número de profesionales de salud que trabajan en el centro, desagregados por ocupación, sexo y personal permanente o visitante[44]. Es además recomendable completar el análisis con una revisión bibliográfica y entrevistas cualitativas individuales o grupales con personal sanitario que permita explorar en profundidad aspectos clave y complejos como sus percepciones acerca del riesgo y protección que tienen (ante peligros relacionados con la atención sanitaria, violencia, acoso, conflicto, estrés laboral y salud mental), inclusión (igualdad de derechos y trato justo sin discriminación por sexo, edad u otros motivos), apoyo recibido (incluyendo formación y acompañamiento técnico, compensación económica, condiciones laborales y factores no económicos, protección social y la satisfacción con el entorno laboral), y derechos laborales (incluyendo el derecho a la libertad de asociación para la negociación colectiva, la protección ante el reporte de irregularidades y violaciones de derechos, o la posibilidad de participación en toma de decisiones sobre aspectos que les atañen del sistema de salud)[45]. Es también importante entender si los centros están preparados para aumentar su personal con rapidez en los picos estacionales de enfermedad, y las razones de la falta de personal (permanente o estacional) si es que se produce.

Se sugiere como indicador el empleo de la densidad del personal de salud (por 10 000 habitantes), desagregado por ocupación (personal médico, de enfermería y matronas, odontología y farmacia) y sexo. Se ha establecido un umbral mínimo de 23 para alcanzar una cobertura sanitaria adecuada, pero se deben emplear las ocupaciones y umbrales determinados por las diferentes oficinas regionales de la OMS. Este indicador está incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (3.c.1.).

MONITOREO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Para la caracterización de este *output* se recomienda estudiar los recursos, herramientas y capacidad del sistema para generar información acerca de la salud de la población y el desempeño de los servicios de salud, cuyo análisis

[43] Tanto para el monitoreo de este output como para el resto de *outputs* de este objetivo se puede emplear de referencia *World Health Organization y UNICEF, 2022. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*.
[44] Entre las muchas herramientas existentes que pueden servir de orientación, recomendamos el empleo del capítulo 3 (*health workforce*) de *World Health Organization, 2023. Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) Module 1: Service availability*.
[45] Se recomienda como marco de análisis el *World Health Organization, 2023. Global health and care workers compact: technical guidance compilation*.

permita reaccionar a las amenazas de salud pública y generar conocimiento que permita tomar mejores decisiones en salud[46]. En concreto, resulta particularmente relevante entender cómo, sobre qué, y con qué nivel de calidad se recoge información acerca de los centros de salud, los problemas de salud de la población y la vigilancia epidemiológica que permite gestionar riesgos y emergencias para la salud pública. En contextos humanitarios y con escasos recursos, en los que no todas las funciones habituales de vigilancia epidemiológica son posibles, lo esencial puede ser implementar y mantener un sistema de alerta temprana y respuesta en emergencias, que permita al menos identificar posibles eventos de salud pública, gestionar alertas y guiar medidas de control de brotes[47].

Se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de informes semanales de vigilancia epidemiológica para alerta temprana y respuesta, remitidos a tiempo de un nivel al inmediato superior. Este es un indicador recomendado en los estándares *Sphere*, con un objetivo recomendado del 80%. Su cálculo requiere establecer el periodo de validez (permitiendo por ejemplo como máximo 24 horas desde el fin del periodo de reporte) y los niveles desde los que se reporta al nivel superior.

MONITOREO DE EQUIPAMIENTO Y PRODUCTOS MÉDICOS

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar el estado de todas las posibles categorías de equipamiento. Estas incluyen la infraestructura y servicios básicos (comunicaciones, equipos informáticos y red de internet, suministro eléctrico, habitaciones y salas, accesos, zonas de espera, transporte de personal y pacientes, limpieza y mantenimiento), la infraestructura de agua y saneamiento, las condiciones para la prevención y el control de infecciones (eliminación de residuos generales, eliminación de residuos biosanitarios, y desinfección y esterilización de los productos médicos reutilizables), y los productos médicos (vacunas, medicamentos, suministros y equipamientos médicos)[48]. Además, es preciso estudiar y conocer cómo funciona y se gestiona la cadena de suministro de productos médicos (incluyendo la selección, a la cuantificación de necesidades, el aprovisionamiento, la estrategia de inventario, el almacenamiento y control de stock, la distribución entre farmacias y microfarmacias, y la dispensación a pacientes), así como el desempeño de las personas responsables de ello, las guías y procedimientos, las guías terapéuticas, y las listas de medicamentos esenciales, entre otros muchos aspectos.

Se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de días en el último mes en que los medicamentos esenciales no estuvieron disponibles. Este indicador se debe calcular utilizando como referencia un listado de al menos diez medicamentos prioritarios, seleccionados entre los existentes en el listado nacional de medicamentos esenciales, y que correspondan con el tipo de unidad de salud que se evalúa. Es un indicador muy habitual y recomendado en el manual Esfera (con una meta de menos de 4 días en los

[46] Se recomienda como marco de análisis el *World Health Organization, 2012. Framework and Standards for Country Health Information Systems*.
[47] Se recomienda como marco de análisis el *World Health Organization, 2023. Early warning alert and response (EWAR) in emergencies: an operational guide*.
[48] Entre las muchas herramientas existentes que pueden servir de orientación, recomendamos el empleo de *World Health Organization, 2023. Harmonized Health Facility Assessment (HHFA)*.

últimos 30). Según el contexto y la intervención, se puede incluir algún suministro prioritario o alimento terapéutico.

MONITOREO DE FINANCIACIÓN

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar el modelo de financiación de atención primaria de salud, incluyendo la existencia y funcionamiento de esquemas de protección social y aseguramiento, la inversión pública y sus mecanismos, los copagos, los sistemas de recuperación de costes, el presupuesto disponible y su administración, la compra estratégica de servicios de salud, las medidas en marcha para el control del gasto y la sostenibilidad del modelo[49]. Muchos de estos aspectos deben analizarse primero a escala nacional, antes de bajar a la escala regional, municipal o de cada unidad de salud.

Dada la falta de indicadores estandarizados de fácil uso a nivel de centro de salud, se sugiere como indicador el empleo del volumen medio de gasto directo de bolsillo por consulta de atención primaria de salud. Este indicador se puede medir con una encuesta a pacientes que salen de consultas curativas.

MONITOREO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar la disponibilidad, preparación, capacidad y funcionamiento de los servicios esenciales que se ofrecen en ellos. Esta evaluación debe además considerar la integración de los servicios, entender de qué manera y con qué alcance cubren las necesidades de salud de toda la población, la relación que se establece entre los diferentes niveles asistenciales, la distribución y cobertura de los servicios, su capacidad de adaptación a las variaciones climáticas y demográficas, y la existencia de protocolos para garantizar la continuidad de servicios de atención primaria de salud en caso de crisis o emergencia[50].

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de disponibilidad de servicios de salud y funciones de salud pública en la unidad de salud. Este índice debe calcularse en base a una lista predefinida y adaptada al contexto local de: a) servicios de salud considerados esenciales; b) funciones esenciales de salud pública. El primer grupo puede incluir, por ejemplo, manejo inicial de urgencias, manejo de desnutrición aguda severa, atención prenatal de rutina, atención de rutina al parto, salud mental, planificación familiar y anticoncepción, manejo de casos de violencia de género, manejo de malaria, y administración general de vacunas, por ejemplo[51]. El segundo grupo debe incluir funciones esenciales de salud pública, como la promoción de salud, la vigilancia epidemiológica, la investigación de alertas epidemiológicas, o el propio seguimiento de la

[49] Aunque comprender bien la financiación de la salud en ocasiones requiere un análisis especializado, se recomienda el empleo, como marco de referencia, de *WHO, 2020. Country assessment guide: the Health Financing Progress Matrix*.
[50] Para la planificación de la continuidad de servicios esenciales en emergencias de salud pública, se recomienda como marco de referencia *WHO, 2021. Health service continuity planning for public health emergencies. A handbook for health facilities*.
[51] Para la selección de servicios prioritarios de salud a incluir en este índice se recomienda el empleo de *WHO, Global Health Cluster, 2024. Preliminary guidance for a package of high-priority health services for humanitarian response (H3 package)*.

capacidad y la calidad del desempeño de los servicios de salud[52]. Para su cálculo, es preciso definir previamente el paquete esencial, y los criterios según los cuales se determina el nivel de disponibilidad, preparación, capacidad y funcionamiento de cada servicio seleccionado[48].

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE SERVICIOS SENSIBLES A LA NUTRICIÓN

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar, durante una visita de al menos dos evaluadores/as a cada centro, cómo son ciertos servicios de salud clave que deberían integrar la sensibilidad a la nutrición, como los servicios de salud materno-infantil. El objetivo no es tanto observar si los recursos y medios para los servicios están disponibles, sino si estos se proporcionan de manera correcta, contribuyendo a la resolución de problemas de salud y la mejoría del bienestar de los y las pacientes.

Se sugiere como indicador el porcentaje de niños/as con un adecuado control y seguimiento de su crecimiento, entre todos los niños y niñas que han recibido la tercera dosis de vacuna DTP (DTP3). El empleo de este indicador, nada habitual, nos permite conocer si los servicios de salud infantil (como la vacunación de rutina) integran correctamente servicios esenciales de nutrición (como el seguimiento del crecimiento infantil). Por "adecuado control y seguimiento de su crecimiento" se entiende un registro claro y correcto de la edad, el peso y la talla en la ficha correspondiente, evidencia de inicio de tratamiento o consejo nutricional en caso de insuficiencia ponderal o desnutrición aguda, y esfuerzos para superar problemas si la recuperación no se produce.

EVALUACIÓN DE EFICIENCIA

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar el uso racional de recursos (presupuestos, personal y productos médicos). Un aspecto esencial de este análisis es el relacionado con la calidad de las prescripciones y el uso racional de medicamentos (la administración de las medicinas correctas a los pacientes correctos, en las dosis correctas, durante el tiempo correcto, y al precio correcto). El uso excesivo e inadecuado de medicamentos, particularmente antibióticos, no solo lleva a un aumento de morbimortalidad y del riesgo de la resistencia a antimicrobianos, sino que además supone una importante causa de desperdicio de recursos. Los problemas de polimedicación o uso inadecuado de medicamentos y sus versiones genéricas, además, suponen un importante coste para el sistema de salud y las familias, especialmente cuando se concentran en gastos directo de bolsillo[53].

Se sugiere como indicador el empleo del número promedio de medicamentos prescritos en cada consulta médica. Este indicador, que se puede completar y contextualizar con otros (como el porcentaje de medicamentos prescritos con su nombre genérico, el porcentaje de consultas en la que se prescribe un antibiótico o medicamento inyectable, o porcentaje de medicamentos prescritos que están en la lista nacional de

[52] Para la identificación de funciones de salud pública a evaluar a nivel distrital, se recomienda el empleo de *WHO, 2022. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), third edition.*

[53] Para el estudio de este *output*, y en particular de lo relacionado con la prescripción racional de medicamentos, se recomienda el empleo de *WHO, 1993. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators.*

medicamentos esenciales), es fácil de calcular y ofrece información fácilmente comparable entre diferentes centros de salud, o antes y después de una intervención en la que se mejora la calidad y la racionalidad de las prescripciones. Debe calcularse revisando todas las prescripciones de una serie temporal de consultas, dividiendo por el número de consultas. Puede referirse a cualquier motivo de consulta, o especificar uno específico (por ejemplo, diarrea aguda en niños/as). Es independiente de si los/as pacientes finalmente adquirieron o no los medicamentos (lo cual puede sesgar encuestas a personas usuarias). Requiere una cierta adaptación local, para asegurar su comparabilidad antes-después o entre centros, para aclarar cómo contar ciertos productos (por ejemplo, los medicamentos combinados deben contar como uno), o para establecer las metas y objetivos de cambio.

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar el cumplimiento de estándares de prevención y control de infecciones, la claridad en la comunicación de información acerca del uso seguro de medicamentos, la privacidad y confidencialidad, y la manera en la que se transversalizan principios básicos de protección.

Se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de pacientes que conocen la correcta dosificación y forma de uso de los medicamentos que han recibido[53]. Este indicador va más allá de la de la medición de la capacidad de un centro de salud para garantizar la seguridad de las personas usuarias, y permite evaluar su desempeño en la calidad de las consultas médicas, en parte relacionadas con el tiempo dedicado a ellas, el esfuerzo por informar y asegurar el buen entendimiento de la información, e incluso la privacidad y tranquilidad en la que se ha producido el diálogo entre paciente y prestador de servicios[54].

EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA POSITIVA DE USO

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar con personas usuarias (idealmente a la salida del centro de salud), sus percepciones y opiniones acerca de los recursos (como el personal, las instalaciones, o los productos médicos disponibles), los procesos (como los tiempos de espera, calidad del trato recibido, claridad de la información recibida, las oportunidades para preguntar dudas y recibir información fiable y comprensible, o los mecanismos existentes para presentar quejas) y los resultados obtenidos (como la satisfacción de sus expectativas, resolución de problemas de salud, y la contribución a la prevención de problemas futuros de salud), así como la voluntad de volver a usar los servicios de salud o recomendárselos a otra persona[55].

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de satisfacción de personas usuarias de servicios de salud, obtenido en una encuesta

[54] Existen otros indicadores alternativos que se pueden considerar, como el porcentaje de adecuado cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos (que requiere observación directa por personas con formación específica y es, por tanto, más susceptible a errores de medición) o porcentaje de consultas en las que se pregunta por la medicación que se usa actualmente (que también requiere observación directa).

[55] Para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias de servicios de salud se recomienda como referencia *WHO, 2021. Patient satisfaction and experience at migrant health centres in Turkey*, que a su vez emplea herramientas diseñadas inicialmente para Yemen.

cuantitativa a una muestra de personas usuarias de los servicios de salud, tras su uso.

EVALUACIÓN DE EQUIDAD

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar la discriminación y barreras de acceso, especialmente las financieras. En este sentido, cobra especial importancia caracterizar adecuadamente el volumen de costes económicos pagados del bolsillo (fuera de aseguramiento, modelos pre-pago y otros sistemas de protección social), tanto directos (por ejemplo cuota oficial de la consulta, pagos no oficiales a proveedores, medicación, costes de laboratorio, pruebas diagnósticas, y costes relacionados con procedimientos médicos) como indirectos (por ejemplo transporte, oportunidades perdidas de ingresos, alimento, alojamiento, cuidados infantiles, y comunicaciones). La mera estimación de estos gastos de bolsillo reales (y no meramente teóricos) ya da una medida de lo equitativo o inequitativo que es el sistema de salud y su modelo de financiación. Además, su desagregación por sexo, tipo de consulta, grupo étnico, afiliación a algún esquema de seguro, estatus legal u origen geográfico, permite identificar los factores determinantes de inequidad.

Se sugiere como indicador el empleo de la diferencia en el gasto de bolsillo medio en salud entre personas aseguradas y no aseguradas. Este indicador se apoya en el cálculo del volumen medio de gasto directo de bolsillo por consulta de atención primaria de salud (para el *output* de financiación de la salud), y mide la diferencia en este indicador entre las personas más vulnerables y las menos vulnerables. Dependiendo del contexto, y de la posibilidad para obtener información, la desagregación se puede adaptar, comparando así población refugiada con población de la comunidad huésped, población de zonas rurales con población de zonas urbanas, población cubierta por el seguro no contributivo de salud con población cubierta por el sistema contributivo, o población cubierta por un seguro comunitario con población cubierta con un seguro público estatal, por ejemplo.

EVALUACIÓN DE DEMANDA Y UTILIZACIÓN

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar qué determina la demanda de atención sanitaria en qué grupos poblacionales, y según qué servicios. Para esto, además, es preciso estudiar y entender las conductas de búsqueda de atención sanitaria, los factores que actúan como barreras o facilitadores para el acceso y la utilización de los servicios de salud, y las intervenciones que pueden influir positivamente sobre ellos.

Se sugiere como indicador el empleo de la demanda de planificación familiar satisfecha con medios modernos. Este indicador, ampliamente utilizado en numerosos contextos y encuestas demográficas, e incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, nos puede ayudar a monitorear la demanda y utilización de servicios de salud sensibles a la nutrición, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Se calcula dividiendo el número de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) que usan un método anticonceptivo moderno, entre el total de mujeres de la misma franja de edad que usan cualquier método (moderno o no) y aquellas que tienen necesidades no satisfechas (mujeres en pareja o sexualmente activas, que no usan ningún medio anticonceptivo al mismo tiempo que expresan un deseo de no tener más hijos o querer retrasar su próximo

embarazo, así como mujeres cuyo actual o pasado embarazo fue no deseado).

EVALUACIÓN DE ACCESIBILIDAD ECONÓMICA Y PROTECCIÓN FINANCIERA

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar, el nivel percibido y sentido de protección financiera frente a gastos de salud ofrecido por el sistema, y la capacidad efectiva de las personas para afrontar los gastos en salud.

Debido a los posibles problemas para calcular indicadores como los relacionados con el gasto catastrófico en salud (que requiere preguntas complejas en un cuestionario, y se refiere sobre todo a servicios secundarios y terciarios de salud, que no son aquellos en los que centramos nuestros esfuerzos, se propone una alternativa. Se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de hogares que han pospuesto o evitado consultas de atención primaria debido a sus costes en los últimos 3 meses. Este indicador, fácilmente medible en una encuesta en la comunidad, ofrece información de la percepción de las personas usuarias de los servicios de salud, y su experiencia real de protección financiera para los gastos relacionados con la atención sanitaria, resultando complementario a los indicadores de equidad y financiación de la salud.

Tabla 3: Resumen de los indicadores para el objetivo 3: condiciones dignas de vida.

	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
OUTPUTS	Salud en todas las políticas	Índice de compromiso político orientado a la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud	Evaluación experta
	Protección social y economía familiar	Índice de diversidad de la dieta en las mujeres	Encuestas
	Gestión de riesgo de desastres	Porcentaje de áreas subnacionales en las que se ha realizado un análisis y mapeo de vulnerabilidad y riesgo en salud	Registros
OUTCOMES	Medio ambiente saludable	Índice de percepción de salud medioambiental	Encuestas
	Igualdad de género	Índice de participación igualitaria en toma de decisiones en el hogar para la salud familiar	Encuestas
	Medios de vida y seguridad alimentaria	Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (*Food Insecurity Experience Scale* o FIES)	Encuestas
	Seguridad hídrica y saneamiento	Índice de seguridad hídrica, saneamiento e higiene en la comunidad	Evaluación experta

OBJETIVO 3: CONDICIONES DIGNAS DE VIDA

MONITOREO DE SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar la política pública en salud (políticas, estrategias, planes, e informes de seguimiento que permitan evaluar su asignación efectiva de recursos, implementación, avances y logros), así como la integración de resultados en salud de la población de políticas de otros sectores como vivienda, comercio, fiscalidad, protección social, agua, o medio ambiente, por ejemplo.

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de compromiso político orientado a la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud.

Este indicador se puede medir con una escala ordinal cualitativa evaluada por personas expertas tomando como base de análisis criterios predefinidos relacionados con la existencia de políticas nacionales de salud, la orientación hacia la cobertura universal de salud de estas políticas, la existencia de una visión estratégica coherente, su implementación, la existencia de planes para el monitoreo y evaluación de avances, la asignación de recursos a nivel subnacional, la visión de estas políticas acerca de los principios de atención primaria de salud y equidad, y la transversalidad de la salud en otras políticas[56].

[56] Se recomienda, como marco de referencia de partida, el capítulo dedicado a la evaluación de la visión y políticas, en el marco de la gobernanza en salud, de *WHO, 2022. Health system performance assessment: a framework for policy analysis*.

MONITOREO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y ECONOMÍA FAMILIAR

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar con revisión bibliográfica y entrevistas las normas, leyes, planes, presupuestos y cobertura de las prestaciones sociales y servicios públicos básicos, que les protegen frente a la pobreza y las crisis, así como las estrategias de afrontamiento empleadas por los hogares[57] y la diversidad de la dieta de diferentes grupos poblacionales.

Se sugiere como indicador el empleo de la diversidad de la dieta en las mujeres. Este indicador ofrece una medida de los efectos de la inseguridad alimentaria en la calidad de la dieta y la diversidad de grupos de alimentos consumidos por mujeres en edad reproductiva.

MONITOREO DE GESTIÓN DE RIESGO DE DESASTRES

Para la caracterización de este *output* se recomienda explorar la capacidad local existente, en las divisiones administrativas subnacionales (provincias, estados, municipios o distritos) para anticipar y responder a riesgos y amenazas para la salud que se hayan identificado con anterioridad.

Se sugiere como indicador el empleo del porcentaje de áreas subnacionales en las que se ha realizado un análisis y mapeo de vulnerabilidad y riesgo en salud. Este indicador va estrechamente vinculado a la realización previa de una evaluación integral de riesgos para emergencias sanitarias, facilitando así la implementación de medidas de preparación y respuesta[58].

EVALUACIÓN DE MEDIO AMBIENTE SALUDABLE

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar la situación del medio ambiente, los recursos naturales y su sostenibilidad.

Dada la ausencia de un indicador estándar, se sugiere como indicador el empleo de un índice de percepción de salud medioambiental. Este índice podría calcularse con una encuesta cuantitativa dirigida a población general, con una pregunta como *"¿Cómo evaluaría la calidad de los siguientes factores ambientales en su entorno, en una escala del 1 (muy pobre) al 5 (excelente)?"*, enumerando a continuación factores adaptados al contexto, como los siguientes: calidad del agua (mal sabor, turbidez, olores extraños, y desconfianza de su origen o seguridad), calidad del aire (malos olores, y humo, polvo o neblina por contaminación que causa tos o irritación en los ojos), estabilidad del clima (aumento en olas de calor, sequías, lluvias intensas, tormentas, o cambios en las fechas de inicio y fin de las estaciones), exposición a basura o sustancias químicas y tóxicas (como pesticidas o desechos peligrosos provenientes de industria, minas o basureros), seguridad y producción de alimentos (deterioro de la calidad del suelo y la disponibilidad de agua o tierras para cultivo, y contaminación de los alimentos), y preservación del entorno natural y la biodiversidad.

[57] Se recomienda, como marco de referencia para el uso de este indicador, de *WFP, 2008. The coping strategies index – field methods manual.*
[58] Este indicador, recomendado en *WHO, 2024. Health system resilience indicators: an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries*, se basa en la aplicación de herramientas equivalentes a *WHO, 2021. Strategic toolkit for assessing risks: a comprehensive toolkit for all-hazards health emergency risk assessment*.

EVALUACIÓN DE IGUALDAD DE GÉNERO

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar las dinámicas de género existentes en la comunidad, la desigualdad de derechos y oportunidades entre mujeres, hombres, niñas y niños, y las diferencias en acceso y control de los recursos, tomas de decisiones, conductas de búsqueda de atención sanitaria o roles relacionados con los cuidados, por ejemplo. Estas diferencias y desigualdades son un determinante clave para la salud y el bienestar de todas las personas.

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de participación igualitaria en toma de decisiones en el hogar para la salud familiar. Este índice permite evaluar, al menos en parte, el poder de las mujeres y su participación en toma de decisiones en el hogar en relación con aspectos tan importantes como el consumo de productos, la gestión de los recursos económicos, el cuidado de las personas dependientes y enfermas, o las decisiones reproductivas, que tienen un impacto claro sobre la salud[59].

EVALUACIÓN DE MEDIOS DE VIDA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar el nivel de seguridad alimentaria y de los ingresos de las familias, gracias a empleo, emprendimiento, protección social y transferencias monetarias, y cómo esto contribuye a una mejor dieta, nutrición y salud.

Se sugiere como indicador el empleo de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (*Food Insecurity Experience Scale* o FIES). Este indicador permite estudiar la frecuencia y severidad de cinco estrategias de afrontamiento que el hogar ha empleado en la última semana: usar alimentos más baratos que no son los preferidos, pedir ayuda de amigos y familiares, limitar la cantidad de las porciones, restringir el consumo de los adultos, y reducir el número de comidas diarias.

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD HÍDRICA Y SANEAMIENTO

Para la caracterización de este *outcome* se recomienda explorar el acceso a instalaciones seguras de agua potable y para otros usos, y de saneamiento, así como su gestión, así como otras condiciones de higiene del entorno y el hogar, como determinante del riesgo de la transmisión de enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores y de transmisión feco-hídrica.

Se sugiere como indicador el empleo de un índice de seguridad hídrica, saneamiento e higiene en la comunidad, calculado con una escala ordinal cualitativa que permita cuantificar el nivel de diferentes dimensiones, como el acceso a agua segura, acceso a saneamiento mejorado, gestión de residuos sólidos, disponibilidad de medios para la higiene, desempeño de la gestión comunitaria en la operación y el mantenimiento de las instalaciones y servicios, y las condiciones del entorno que suponen riesgos significativos para la salud.

[59] Se recomienda, como marco de referencia para la adaptación del método de cálculo de este indicador, la guía de la modalidad "Household Decision Making" del Marco Técnico de Programación de Acción Contra el Hambre, y en concreto el "*Household Decision-Making Index Kit*", y la guía de la que se ha extraído: *Oxfam, 2017. A 'how to' guide to measuring women's empowerment*.



© Alexis Huguet para Acción contra el Hambre

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE