**La cobertura de Servicios de Salud y su Evaluación**

La cobertura del servicio de salud se considera como un concepto que expresa el grado de interacción entre el servicio y las personas a las que se les destina, no se limita a un aspecto particular de la prestación de servicios, si no que es el proceso de asignación de recursos para el logro de la objetivo deseado.

Para la medición de la cobertura, existen varias etapas claves, primero la identificación de los usuarios; la prestación del servicio; la relación entre el número de personas que asisten al servicio y la población objetivo, de modo que es una interacción entre el servicio y la población objetivo. Esta definición de la cobertura permite variaciones, que se llaman "cobertura específica", mediante la limitación de la población objetivo a subgrupos específicos diferenciados por ciertas condiciones relacionadas con la prestación de servicios o mediante factores demográficos o socioeconómicos.

La evaluación de la cobertura sobre la base de estos conceptos permite a la administración, identificar cuellos de botella en la operación del servicio, analizando los factores que los limitan o responsabilizan lo cual permitirá seleccionar medidas efectivas para el desarrollo del servicio.

En muchos países en desarrollo se ha dado alta prioridad al desarrollo de los servicios de salud básicos. Los primarios implican dos enfoques: uno es el desarrollo de nuevos recursos y tecnologías; el otro es el uso eficaz de lo disponible y tecnologias. En el contexto de este último enfoque, llama mucho la atención que se le ha dado a la gestión de servicios de salud.

Los cuestionamientos fundamentales en la gestión de un servicio básico de salud son:

(a) ¿Cómo se debe asignar recursos y un servicio organizado a tantas personas como sea posible?

(b) ¿El servicio de llegar solo a la gente beneficiaria?

(c) ¿El servicio es eficáz ante las necesidades de la población?

Aunque el conocimiento de la cobertura del servicio es esencial para responder a estas preguntas, la cobertura de la evaluación no ha sido una práctica común. Parece que hay tres razones principales para ello. Primero, ha habido cierta confusión sobre el concepto de cobertura, que se ha medido e interpretado de manera diferente para diversos fines y ocasiones. En segundo lugar, la medición de la cobertura invariablemente requiere una evaluación de la "población", situación que preocupa muy poco al personal que brinda el servicio. En tercer lugar, el uso de información sobre la cobertura rara vez ha sido considerado en la planificación o desarrollo de los servicios.

El propósito de este artículo es:

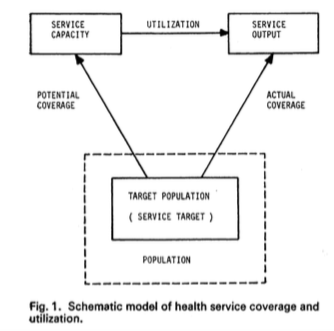
(i) Reexaminar y aclarar el concepto de la cobertura del servicio de salud;

(i) Proponer un enfoque para la evaluación de la cobertura;

(i) Ilustrar algunos usos de la información sobre la cobertura de la gestión del servicio.

**Un nuevo examen de COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD**

Visión integral de la cobertura de servicios de salud

La cobertura de servicios de salud depende de la capacidad de un servicio de salud de interactuar con las personas que deberían beneficiarse (población objetivo), es decir, la habilidad para transformar la intención de servir a la gente en una intervención exitosa para su proceso de transformación salud. Esto implica una variedad de factores, como la disponibilidad de recursos y mano de obra, la distribución de las instalaciones, la logística de suministro, y las actitudes de las personas a la atención de salud y el cuidado de la misma.

Es imposible observar la totalidad de un proceso de este tipo y evaluarlo en todos los detalles, pero es posible observar el número de personas a las que se les ha beneficiado cumpliendo con sus espectativas de la intervención de salud, y para compararlo habrá que revisar el número de población objetivo satisfecha. Esto ha dado lugar al concepto de la cobertura y su evaluación.

La cobertura se expresa normalmente por la proporción de la población objetivo que puede recibir, o haya recibido el servicio. El número de personas para las que se puede proporcionar el servicio expresa la capacidad de servicio e indica el potencial del mismo. Por otra parte, el número de personas que han recibido el servicio expresa capacidad en la producción de servicios, e indica el rendimiento real. Podemos, por lo tanto, definir la cobertura relacionada con la capacidad de servicio como la cobertura potencial y la relacionada con el servicio de salida como cobertura real.

La relación entre la capacidad del servicio ofertado y el recibido es otro aspecto importante del servicio de salud, que se llama utilización de los servicios, expresa la relación entre la producción y la capacidad, o tasa de salida. La utilización se refiere sólo al servicio, y su medición es sólo indirectamente relacionada con el tamaño de la población objetivo; Por otra parte, la cobertura expresa una relación entre el servicio y la población objetivo. Por ejemplo, una alta utilización de las instalaciones de servicios no implica necesariamente una cobertura satisfactoria y podría, de hecho, implicar lo contrario.

Las definiciones anteriores de cobertura y utilización se ilustran en la figura 1, donde cada flecha representa la relación del componente en su extremo; las tres flechas indican, la cobertura real puede ser derivada de la combinación de la cobertura potencial y la utilización. La sección con una línea discontinua representa la población total, el ser población objetivo y un subgrupo dentro de la población total.

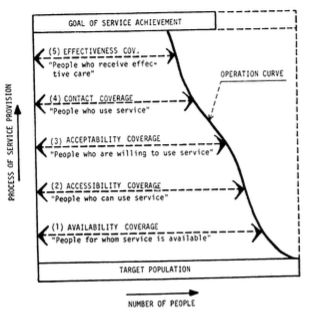
**Clasificación de las mediciones de cobertura**

Hay un número de maneras de describir la capacidad y la producción de un servicio; por lo tanto, hay un número de maneras de medir la cobertura. Es poco probable que una sola medición de la cobertura refleje satisfactoriamente la compleja interacción del servicio de salud y la población objetivo.

Con el fin de identificar la medición de la cobertura, imaginemos el proceso donde una persona en necesidad de un cierto tipo de atención médica obtiene el servicio adecuado. En primer lugar, busca un servicio en su área que resuelva su problema; cuando lo encuentra, puede usarlo si tiene los medios para llegar a el; si se lo puede permitir y decide utilizarlo es otra cosa; si lo hace, entonces él recibe el servicio; pero el servicio puede o no puede, resolver su problema, dependiendo de la calidad del servicio, así como la naturaleza de su condición.

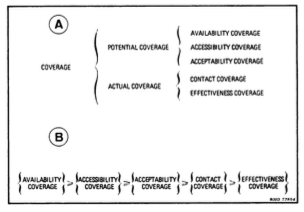
En cuanto a este proceso desde el punto de vista de la prestación de servicios, es posible para identificar etapas importantes que llevan sucesivamente a una intervención de salud deseada y definen las mediciones de cobertura adecuadas.

1. Hay, algunos recursos-mano de obra, instalaciones, medicamentos, etc., que siempre se requieren con el fin de prestar un servicio; la disponibilidad de dichos recursos limita la capacidad máxima de los servicios, que a su vez decide la cantidad de servicio que pueden ponerse a disposición de la población objetivo. La relación entre esta capacidad y el tamaño de la población objetivo da la medición de la cobertura de esta etapa, y puede ser llamada disponibilidad de cobertura.

2. Incluso si se dispone de todos los recursos necesarios, el servicio debe estar ubicado a una distancia razonable de las personas que deberían beneficiarse de ella. El cumplimiento de esta condición puede ser considerado como la siguiente etapa en el proceso de prestación de servicios que aquí, la capacidad del servicio está limitado por el número de personas que pueden alcanzar y utilizarlo. La medición de la cobertura en base a esta capacidad puede ser llamada cobertura de accesibilidad.

3. Una vez que el servicio es accesible, todavía tiene que ser aceptable para la población, de lo contrario la gente buscará atención alternativa.

Fig. 2 Relaciones entre el proceso de prestación de servicios y mediciones de cobertura 2. Cobertura diagrama que ilustra.

Esta "aceptación" puede estar influenciada por factores como el costo del servicio para el usuario. Si el servicio es aceptado por el usuario potencial, este es otro paso para el proceso del servicio disposición. En este caso, la capacidad de servicio está limitado por el número de personas que están dispuestos a utilizar el servicio de acceso, y la medición sobre la cobertura de aceptabilidad.

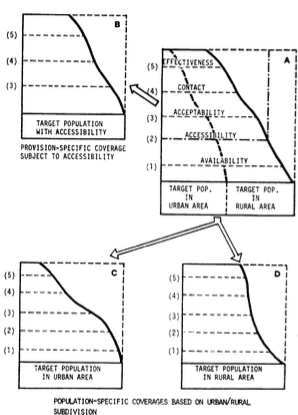
4. La siguiente etapa en el proceso de prestación de servicios, es el contacto real entre el prestador y el usuario. El número de personas que han contactado con el servicio es una medida de relación entre este y el tamaño de la población objetivo dando una medida de cobertura que puede ser llamada cobertura de contacto.

Fig. 3. Clasificación e interrelación de medida de cobertura. (A) la clasificación de la medición de la cobertura; (B) Las relaciones entre las mediciones de cobertura

5. El contacto entre el proveedor de servicios y el usuario no siempre garantiza una intervención exitosa relacionada con un problema de salud del usuario o de un servicio eficaz. Podemos, por lo tanto, considerar otra etapa en el proceso de prestación del servicio donde se logra un rendimiento del servicio que se aprecia como satisfactorios por criterios específicos. El número de personas que han recibido un servicio satisfactorio es, pues, otra medición de la producción de servicios, y la medición de la cobertura sobre la base de esta salida se llama cobertura de efectividad.

El concepto anterior de la cobertura relacionada con el proceso de prestación de servicios y las cinco mediciones de cobertura se ilustran en la Fig. 2, mientras que la clasificación de las mediciones de cobertura se resume en la Fig. 3 (A). Vale la pena señalar que en la Fig. 2 que el progreso en la prestación de un servicio significa que el servicio debe cumplir con más requisitos, por lo que el servicio satisface los requisitos de un menor número de personas. Las mediciones de cobertura correspondientes a las cinco etapas intermedias del proceso siguen la misma tendencia (figura 3B). Las distintas mediciones de cobertura son los factores clave en la evaluación de la cobertura, que se discutirá más adelante.

las diversas mediciones de cobertura se han definido anteriormente para los diferentes numeradores en el índice de cobertura, mientras se mantiene la población denominador u objetivo de la misma. Sin embargo, un subgrupo particular de la población objetivo puede ser elegido para el denominador, y resultante de la medición

de la cobertura representará un aspecto diferente de la interacción entre el servicio y la población. Para diferenciar la cobertura relacionada con un subgrupo de la relacionada con la totalidad de la población objetivo, su denominación debe ser específica.

Dos tipos de variación son importantes en la evaluación de la cobertura. Un tipo surge de tomar como denominador una parte de la población objetivo para el que se han cumplido determinados criterios relacionados con la prestación de servicios. La cobertura real entre las personas con acceso adecuado para el servicio es un ejemplo. La cobertura específica de este tipo puede ser llamado disposición específica.

Cobertura disposición específica es útil en la estimación de la cobertura o la cobertura de las alteraciones en cuando la extensión o métodos de prestación de servicios han cambiado; su aplicación se discutirá más adelante.

Fig.4.illustration coberturas específicas suaves. (A) La cobertura total; (B), Provisión específica cobertura sujeta a la accesibilidad; (C) la cobertura poblacional específico en un área urbana; (D) La cobertura poblacional específico en una zona rural.

Un ejemplo de cobertura de provisiones específicas, se ilustra en la figura 4 (B), que se refiere a la cobertura específica sujeta a la accesibilidad. Una comparación entre el diagrama de cobertura (B) y el diagrama original (A) muestra que el primero es una representación parcial; esto es debido a que el denominador de cobertura disposición específica representa la parte de la población objetivo original que goza de la accesibilidad al servicio.

Otro tipo de variación es la subdivisión de la población objetivo por un factor relacionado con la prestación de servicios. El factor diferenciador se puede elegir para adaptarse a propósitos específicos; subdivisión por la edad o por zonas urbanas y rurales es un ejemplo típico. La cobertura específica es útil en el análisis de acciones interrelacionadas entre la prestación de servicios y los factores que afectan a la población objetivo.

Una ilustración de la cobertura poblacional específica se muestra en la figura 4 (C) y (D). La población objetivo representada en el diagrama de la cobertura original (A) se compone de las personas de la zona urbana y los de la zona rural es más o menos de igual proporciones, y las porciones de la cobertura (o servicio) en relación con estos dos grupos están separados por la línea de trazos. La cobertura poblacional específico para cada grupo (figura 4. c y d) expresa a la población objetivo en la zona en cuestión. Las diferencias entre las curvas de operación implican diferencias significativas en la prestación de servicios serán entre las dos poblaciones.

Hay otras coberturas específicas, pero al pertenecen a uno u otro de los dos tipos anteriores o una combinación de ellos. Un ejemplo del tipo de combinación es la cobertura específica sujeta a la accesibilidad de las poblaciones rurales.

MEDICIÓN DE COBERTURA

Descripción de los servicios

Fundamental para la medición de la cobertura es la descripción, en términos observables o medibles, del servicio cuya cobertura se va a medir. La descripción debe al menos responder a las siguientes preguntas:

(a) ¿Cuál es el objetivo de la prestación del servicio?

(b) ¿Qué hace el servicio?

(c) ¿Para quién o qué es destinado al servicio?

(d) ¿Qué se requiere de los recursos esenciales para el servicio?

(e) ¿Cuánto de los recursos esenciales se requieren?

(f) ¿Cómo puede medirse la prestación del servicio?

(g) ¿Cuáles son los criterios para la actuación satisfactoria del servicio?

Veremos en las siguientes secciones cómo la medición de la cobertura depende de las respuestas a estas preguntas.

**La unidad de medida**

Hasta ahora, la cobertura se expresa en términos de la capacidad de servicio de salida como proporción de la población objetivo y que su unidad de medida común es la persona. Esto se ha hecho simplemente para facilitar la discusión del concepto de la cobertura; la medición real exige un examen más riguroso.

Aquí es necesario volver a la población objetivo, que se definió anteriormente como el pueblo para los que el servicio da respuesta. Esta definición esta basada en dos simplificaciones, a saber, que el servicio se proporciona a los individuos y que su número indica la necesidad o la demanda de una población por el servicio. Una definición más apropiada y general de el denominador de la razón de cobertura es la cantidad de necesidad tal como fue concebido por el proveedor de servicios, que puede llamarse la unidad objetivo. El servicio utilizado para medir esta cantidad también se puede aplicar a la medición de capacidad de servicio y de salida y por lo tanto, debe ser la unidad de medida para la cobertura.

La mayoría de los servicios de salud se destinan a la gente, y la persona sigue siendo la unidad más utilizada para la medición de la cobertura. Sin embargo, hay, servicios cuyos objetivos son mejores expresado en otras unidades. Por ejemplo, actividades de saneamiento a menudo se dirigen a los hogares; para los servicios de este tipo, la bodega de la casa puede ser una mas apropiada unidad de medición.

Desde el punto de vista de necesidades, hay dos tipos de servicios de salud que pueden ser identificados; 1) para satisfacer la necesidad intrínseca de las personas, y el otro tipo 2) en respuesta a la necesidad o demanda del individuo incidental. Un ejemplo del primer tipo es la vacunación contra una determinada enfermedad, “sarampión” la necesidad de que no dependan de la condición de salud de los individuos es incidental. La mayoría de las formas de atención médica son de este último tipo, la atención hospitalaria es un ejemplo característico. Para diferenciar entre estos dos tipos de servicio, pueden ser llamados orientado a la prevención y el cuidado orientado a la atención médica, respectivamente.

El objetivo del servicio de prevención está determinado por las características demográficas de una población, y la unidad de medida es también demográfica, como la persona o la familia.

El objetivo del servicio de un servicio de atención orientada está determinada no sólo por las características demográficas, sino también por las características epidemiológicas que afectan a la "tasa de prevalencia" de necesidad de servicio. La unidad de medida apropiada para el servicio de atención orientada es así el episodio o el caso, y el objetivo de servicio puede ser varias veces mayor que, o sólo una fracción de, el objetivo de servicio, dependiendo de la frecuencia del episodio.

Medición en la práctica

La medición de la meta de servicio requiere información sobre las características de la población y las respuestas a las tres primeras preguntas de la página anterior servirán para indicar la información requerida. Esto puede estar disponible a partir de fuentes existentes, como los datos del censo, o se puede obtener a partir de encuestas.

Las respuestas a las siguientes dos preguntas constituyen una base para la determinación de la disponibilidad del servicio. Es fácil reconocer la mano de obra clave e instalaciones como recursos esenciales, pero los costos a veces obstaculizan el funcionamiento de un servicio. Esto también deben tomarse en consideración; de lo contrario, uno puede terminar la instalación de rayos X sin la electricidad para ejecutarlos.

Los registros de la prestación de servicios constituyen la fuente más importante de información para la evaluación de la accesibilidad y aceptabilidad, e incluso los registros de los servicios similares a menudo son útiles en este sentido. Si no se dispone de datos relevantes de un estudio piloto o de investigación se debe iniciar (emprender) para obtenerlos.

Las respuestas a las dos últimas preguntas- (f) y (g) anteriores, son pertinentes para la medición de la producción de servicios. En la medición de la producción de servicios, es necesario utilizar la misma unidad de medida como para el destinatario de servicio: por ejemplo, si el objetivo de un servicio de salud se expresa en términos de hogares, entonces su producción de servicios para la medición de la cobertura de contacto debe ser expresado como el número de hogares a los que el servicio ha sido prestado. La producción de servicios para el tema de la cobertura medición de la eficacia, es similar debe expresarse en términos de hogares, pero en este caso se trata de los hogares para los que el servicio prestado cumple con los criterios de eficacia.

Los criterios de eficacia se proporcionan de la respuesta a la pregunta (g). Criterios simples que faciliten la medición y la mayor información puede obtenerse en la cobertura.

**COBERTURA DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN**

Identificación de los cuellos de botella del servicio (problemática).

Supongamos que se obtienen cinco mediciones de cobertura. Las etapas de la prestación de servicios se han definido de tal manera que existen ciertas desigualdades (figura 3b). Una gran diferencia entre un par adyacente de la medición de la cobertura implica que, para que una proporción significativa de la población objetivo, el servicio no está cumpliendo con los requisitos para el progreso en la prestación de servicios. En otras palabras, una gran diferencia implica la existencia de un problema o un cuello de botella en la prestación de servicios. En el diagrama de la cobertura, el cuello de botella aparece como un cambio de la curva de operación a la izquierda.

Fig.5 ilustra tres ejemplos de los cuellos de botella de servicio, indicado por el sombreado en la curva de operación. Ejemplo (a) muestra los cuellos de botella en la disponibilidad y accesibilidad del servicio, lo que implica mala asignación y el despliegue de recursos e instalaciones. Ejemplo (b) muestra los cuellos de botella en la aceptabilidad y contacto. Baja aceptabilidad implica mala apreciación del servicio por parte del público; mientras que la razón de cobertura inadecuada por contacto puede ser una falta de demanda pública para el servicio o por no prestar el servicio a algunas personas a causa de un funcionamiento defectuoso. Ejemplo (c) muestra un cuello de botella en la eficacia, lo que implica un mal servicio de calidad.

Análisis de las restricciones

Un cuello de botella muestra dónde se encuentra la dificultad en la prestación de servicios, pero no identifica el factor responsable de la mala cobertura. Por ejemplo, el servicio de mala calidad puede deberse a la utilización de medicamentos ineficaces o la administración incorrecta de ellos. Un buen conocimiento de los servicios de salud y de la situación de la población objetivo requiere analizar los factores restrictivos.

La recopilación de la información más relevante para el análisis, es una parte integral de la evaluación de la cobertura. El personal de salud, así como clientes y usuarios potenciales son importantes fuentes de información y consulta para identificar los cuellos de botella.

Suponiendo que el conocimiento existente o la información disponible sobre el servicio es insuficiente para identificar cualquier causa particular para el cuello de botella, otros enfoques están disponibles. Un método consiste en comparar las coberturas de las tareas diferenciando las áreas, la situación y los procesos de prestación de servicios como responsables del cuello de botella. Si una alta correlación se encontró entre el grado de cobertura y las circunstancias que implican el factor, es probable que pueda justificarse o explicarse.

Otro enfoque consiste en comparar las coberturas específicas de la población mediante la subdivisión de la población objetivo. En la subdivisión, el factor que parece con mayor frecuencia es probable que sea responsable del cuello de botella (factor diferenciador).

Sin embargo, otro enfoque es cambiar las condiciones asociadas con el factor de sospecha experimentalmente y comparar la cobertura antes y después del cambio. Si se observa una diferencia significativa, la sospecha muy bien puede estar justificada.

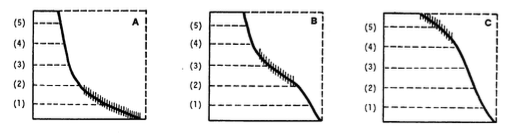
Esto no agota los diferentes enfoques para el análisis. Tampoco puede sugerirse que uno sea mejor que otro. La selección del mejor enfoque tiene que ser hecho cuando y donde el análisis se requiera, es decir, en la situación real. 

Fig. 5. Ejemplos de explotación del servicio y los cuellos de botella. Los cuellos de botella (A) en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios debido a la mala asignación y el despliegue de recursos e instalaciones; (B) Los cuellos de botella en la aceptabilidad de los servicios debido a la mala apreciación del servicio por el pueblo; (C) Los cuellos de botella en la efectividad del servicio debido a la mala calidad del servicio.

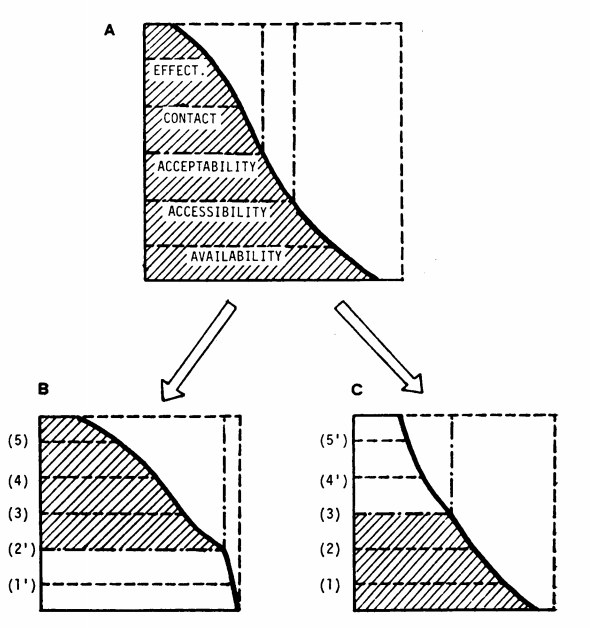
**Análisis coste-efectividad para el desarrollo de servicios**

Una vez que los factores que limitan el desarrollo de servicios son conocidos, la acción correctiva adecuada tiene que ser tomada en cuenta. Una preocupación importante en esta etapa es la selección de una forma efectiva de la acción, y el costo / análisis de la eficacia proporciona un enfoque básico para este propósito. Para este tipo de análisis es esencial saber la producción de servicios o cobertura real, sobre todo la cobertura eficacia, que se espera de la aplicación de las medidas correctivas. Como se muestra en Fig. 2, el servicio eficaz es la consecuencia de la prestación de servicios de éxito y la eficacia cobertura sólo puede evaluarse en conjunto con las otras mediciones de la cobertura. Por tanto, el análisis de costo / efectividad de un recurso de servicio desarrollado requiere de la evaluación de su probable impacto en todo el proceso de prestación de servicios o sobre la cobertura en general, que puede no ser una tarea fácil.

Sin embargo, una acción correctiva normalmente cambia sólo ciertos aspectos de la prestación de servicios, y es posible tomar ventaja de esto en la evaluación de la cobertura prospectiva. Esta es otra aplicación de el concepto de cobertura específica.

Para ilustrar esto, consideremos una expansión de servicio. La expansión aumenta la disponibilidad y la accesibilidad del servicio, pero no puede cambiar su aceptabilidad o eficacia. Podemos estimar el aumenta a partir de los detalles de los recursos e instalaciones involucrado en la expansión. Si asumimos que las personas que tienen acceso al servicio de esta expansión tienen condiciones y actitudes de salud similares

hacia el servicio, podemos esperar la misma cobertura para ellos como para las personas que ya tienen acceso para el servicio (es decir, la misma cobertura-disposición específica sujeto a la accesibilidad). Combinando estos dos resultados que pueden calcular la cobertura esperada bajo la expansión.

Fig. 6 (b) muestra el nuevo diagrama de cobertura derivada de este modo. La parte no sombreada muestra el cobertura disponibilidad estimada y la cobertura de la accesibilidad (1 'y 2'), y la parte sombreada de la específica prestación cobertura que incluye las otras medidas (3), (4) y (5). Como suponemos que la específica prestación

la cobertura siga siendo la misma después de la expansión, el parte correspondiente (área sombreada) de la operativa curva en el nuevo diagrama es homóloga en forma a

el diagrama original.

Para ilustrar otra aplicación específica de prestación de cobertura, consideremos la adaptación de un nueva tecnología de otro servicio de acción común para desarrollo de servicios. A diferencia de la expansión del servicio, esta acción es probable que afecte al personal del servicio, así como a la población objetivo, en la cobertura real y probablemente incluso en la aceptabilidad del servicio. Estos cambios son difíciles de evaluar sin una estimación de juicio.

Fig. 6. La aplicación del concepto de prestación específica la cobertura en la evaluación de los aspectos de desarrollo de servicios.

(A) La cobertura de servicio existente; (B) Ampliación de la cobertura del servicio, disponibilidad y cambio de cobertura accesibilidad sino-disposición específica cobertura sujeta a la accesibilidad sigue siendo el mismo; (C) La adaptación de cobertura nueva tecnología potencial sigue siendo el mismo, pero reales cobertura cambia.

Para facilitar la discusión, vamos a suponer que la servicio con la nueva tecnología se proporciona a través del mismo canal de distribución como el servicio existente, y que entre los dos servicios no hay diferencia significativa en las necesidades de recursos y disponibilidad o incluso en la aceptabilidad debido a su aparente similitud en los ojos del usuario. En resumen, estos condiciones llevan a la misma prestación de servicios, pero sólo hasta la etapa de aceptabilidad, y la misma la cobertura se puede esperar con respecto a la correspondiente medidas.

El método experimental de obtener las dos mediciones de cobertura real se basa en las personas que han sido usuarios del servicio existente. El método es eficiente porque la población es más fácil de identificar y de menor tamaño que la población objetivo en su conjunto. Este ensayo estima la disposición específica, la cobertura temática y la aceptabilidad. Sustituyendo la cobertura estimada.

Fig. 6 (C) es un diagrama de la cobertura. Como en la Fig. 6 (B), la parte no sombreada muestra la prevista-en este caso la cobertura de las mediciones de cobertura (4 ') y (5') - y la parte sombreada muestra la cobertura del sistema de prestación de servicios existente.

A partir del número de personas que obtienen el beneficio de un nuevo servicio, se puede estimar la comparación de los beneficios y costos en una evaluación de los méritos de la acción tomada.

Estos son ejemplos de aplicaciones típicas de desarrollo del servicio. Otras aplicaciones de cobertura específica que se puede hacer. Por ejemplo, si algunos acciones implican cambios en la población objetivo, la aplicación de la cobertura poblacional específica será de utilidad. Un ejemplo de ello puede ser el crecimiento (expansión) de un servicio dirigido específicamente a las poblaciones rurales. Como se discutió anteriormente, los cambios en la cobertura debido a la expansión puede ser estimado aplicando el concepto de la cobertura de provisiones específicas.

Podemos mejorar la exactitud de tales estimaciones aplicándolo sólo a la cobertura poblacional específico para la población rural que se trate.

HACIA EL DESARROLLO DE UNA COBERTURA ESQUEMA DE EVALUACIÓN

Hasta ahora, sólo un marco conceptual de la cobertura evaluación se ha discutido; Algunos pensamientos en el desarrollo de la evaluación de cobertura puede estar en orden. En resumen, se requieren tres cosas:

(a), información demográfica, epidemiológica, y socioeconómica de la población ala que está dirigido el servicio.

(b) el conocimiento del problema de salud que el servicio está destinado a tratar.

(c) la capacidad para reunir información sobre la operación del servicio. Obviamente, no todos los sistemas de salud de los países puede cumplir estos requisitos: puede que no haya los datos suficientes del censo de la información; puede que no haya suficientes expertos con los conocimientos, o puede no ser una infraestructura de servicios adecuada. Bajo tales-problemas-circunstancias comunes, el esquema de evaluación puede ser desarrollado primero para un área piloto limitado y luego expandirlo como métodos prácticos que se establezcan.

Este enfoque tiene muchas ventajas, pues considera la cobertura, la evaluación, la demográfica y la información epidemiológica sobre la población; pero rara vez está disponible. El enfoque facilita la recopilación de la información por centrar la atención en una población de tamaño manejable. A veces, conociendo el problema de salud y las formas en las que el servicio interviene se obtiene mejores resultados y experiencia; una operación piloto da una oportunidad para esto, facilitando de este modo la selección de la población objetivo y la cobertura de las medidas adecuadas. Si la avaluación de la cobertura está destinada a la gestión de servicios, la recolección continua de información de la operación del servicio es necesaria; por lo tanto es importante hacer esta actividad tan simple y práctica como sea posible. Para ello, hay que aplicar indicadores sencillos y apropiados para la operación del servicio identificando métodos prácticos para recoger la información.

Una vez más, una operación piloto dará una oportunidad para hacerlo antes de la plena aplicación de la evaluación completa.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera reconocer discusiones estimulantes con varios de mis colegas de la OMS y útil

comentarios, en particular de A. Rossi-Espagnet, R. Pibouleau, Y. Watanabe, G. Lavoipierre, S. Brogger, y E. Liisberg, en los primeros borradores de este documento.