

3. Cómo establecer prioridades para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

John N Lavis^{1}, Andrew D Oxman², Simon Lewin³ y Atle Fretheim⁴*

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S3** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s3.pdf>

1. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor para correspondencia (lavisj@mcmaster.ca)

El presente documento es una traducción del artículo publicado en Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). Está permitido su uso, distribución y reproducción ilimitada en cualquier medio, siempre y cuando la fuente esté debidamente citada. En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a las traducciones de esta serie al chino, español, francés y portugués. Las sugerencias para correcciones y mejoras de las herramientas de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no.

Esta serie de artículos fue preparada como parte del Proyecto SUPPORT, respaldado por el programa INCO del 6º Programa Marco de la Comisión Europea, contrato 031939. Las siguientes organizaciones financiaron una reunión de revisión por pares donde se discutió una versión anterior de la serie: Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) y Milbank Memorial Fund. John Lavis recibió apoyo salarial por su condición de Jefe de Investigación de Canadá en Intercambio y Transferencia de Conocimiento (Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange). Las siguientes organizaciones respaldaron la traducción y la disseminación de los artículos: Norad, la sede noruega del Grupo de Revisión Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, EPOC); Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, AHPSR, Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ninguno de los financiadores participaron en la preparación del borrador, la revisión o la aprobación del contenido.

Este artículo fue traducido al español por el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) con el apoyo de Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) www.chsrf.ca, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.org.ar, y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (www.paho.org/researchportal).



Resumen

El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas cuentan con escasos recursos para desarrollar – o respaldar el desarrollo de – políticas y programas informados por la evidencia. Estos recursos requeridos incluyen tiempo de personal, necesidades de infraestructura para el personal (tales como accesos a bibliotecas o a artículos de revistas pagos) y desarrollo profesional permanente. Por lo tanto, ellos pueden optar por contratar dicho trabajo a unidades independientes que cuenten con personal debidamente capacitado y una infraestructura apropiada. Sin embargo, son muy limitados los recursos financieros con los que pueden contar los responsables de la toma de decisiones en políticas para hacer esto. Independientemente de que se cuente con respaldo para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia de manera interna, o se contrate en forma externa, o de que sea centralizado o descentralizado, siempre es necesario utilizar los recursos sensatamente para maximizar su impacto. Entre los ejemplos de las prácticas no deseadas en un enfoque de establecimiento de prioridades se encuentran los siguientes: plazos para que la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia se negocien sobre una base de caso por caso (en lugar de tener reglas claras acerca del nivel de respaldo que puede darse para cada plazo establecido), criterio implícito (en lugar de explícito) en el proceso de establecimiento de prioridades, proceso de establecimiento de prioridades ad-hoc (en lugar de sistemático y explícito), y la falta tanto de un plan de comunicaciones como de un plan de monitoreo y evaluación. En este artículo, sugerimos preguntas que pueden servir de guía en el proceso de establecimiento de prioridades para encontrar y utilizar evidencia de la investigación que respalde la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Estas son: 1. El enfoque de establecer un orden de prioridades, ¿deja claro cuáles son los plazos que se han establecido para abordar asuntos de alta prioridad de diferentes maneras? 2. Este enfoque, ¿incorpora un criterio explícito para determinar prioridades? 3. Este enfoque, ¿incorpora un proceso explícito para determinar prioridades? 4. Este enfoque, ¿incorpora una estrategia de comunicaciones y un plan de evaluación y monitoreo?

ACERCA DE LAS HERRAMIENTAS SUPPORT (STP)

El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan. El objetivo de esta serie de artículos es ayudar a que estas personas se aseguren de tomar las decisiones informándose por la mejor evidencia de investigación disponible. En la Introducción de esta serie [1], se describen con más detalle las Herramientas SUPPORT y las maneras en las cuales pueden ser utilizadas. Adjunto a cada artículo se encuentra un glosario que se aplica a toda la serie (ver Archivo adicional 1). En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a traducciones de esta serie al español, portugués, francés y chino. Las sugerencias para correcciones y mejoras de esta herramienta y otras de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no.

ESCENARIOS

Escenario 1: Usted es un funcionario público de alto rango, y va a presentar ante el Ministro un plan acerca de cómo asignar personal y otros recursos para asegurar la correcta administración de los programas existentes, la debida respuesta a los temas emergentes, y que la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia esté respaldada por asuntos de alta prioridad. En el pasado, usted se encontró con que la administración del programa y la gestión reactiva de los temas habían desplazado los esfuerzos proactivos de respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. En el plan, usted quiere incluir un enfoque para establecer un orden de prioridades que respalde la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia.

Escenario 2: Usted trabaja en el Ministerio de Salud y está preparando un breve informe acerca de cómo la unidad de respaldo de decisiones asistirá a otros miembros del personal del Ministerio. Este respaldo abarca desde la provisión de solicitudes de respuesta rápida sintetizada sobre la mejor evidencia disponible acerca de determinados temas hasta la evaluación más completa de los problemas basados en la evidencia, las opciones para abordar los problemas, y las consideraciones para la implementación que pueden llevar semanas o meses. El informe tendrá en cuenta el criterio de establecimiento de prioridades de la unidad en cuanto al respaldo que reciba cada tema.

Escenario 3: Usted trabaja en una unidad independiente que respalda al Ministerio de Salud en el uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas. Usted está preparando una propuesta detallada para el Ministerio de Salud acerca de cómo la unidad establecerá un orden de prioridades con respecto a esos temas que requieran resúmenes de políticas (policy briefs) y diálogos de políticas (policy dialogues) para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia (estos dos

temas son el foco de las Herramientas SUPPORT que se tratan en los Artículos 13 [2] y 14 [3]).

ANTECEDENTES

Los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas (stakeholders) cuentan con escasos recursos para desarrollar – o respaldar el desarrollo de – políticas y programas basados en la evidencia. Dichas limitaciones en los recursos incluyen el tiempo del personal, pero además hay limitaciones en cuanto a la capacidad de quienes pueden respaldar a los responsables de la toma de decisiones en políticas. Esto significa que es muy limitado el tiempo del personal capacitado que puede dedicarse a encontrar y utilizar evidencia de la investigación para definir un problema, encuadrar las opciones para abordarlo, y discutir cómo se implementará una opción (estos temas son el foco de las herramientas SUPPORT que se tratan en los Artículos 4-6 de esta serie [4-6]), así como el tiempo dedicado a otros esfuerzos que respalden la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Es necesario asignar la cantidad del tiempo del personal capacitado necesario para administrar los programas existentes y responder a los temas emergentes de otras maneras. La escasez de recursos, además, se pueden extender a las necesidades de infraestructura del personal (tales como accesos a bibliotecas o a artículos de revistas pagos), y a su desarrollo profesional continuo.

Al trabajar con tales limitaciones, los responsables de la toma de decisiones en políticas y otras partes interesadas pueden elegir agrupar a todo el personal que respalde la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia, o distribuirlos dentro de otras áreas del programa. La Figura 1 muestra la representación tanto de un enfoque centralizado como de uno descentralizado para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Un enfoque centralizado puede facilitar el desarrollo de un enfoque común para el establecimiento de prioridades y los procedimientos comunes, pero requiere de un vínculo muy fuerte con el personal del programa que conoce bien los temas y el contexto (esto puede lograrse potencialmente a través del uso de grupos de dirección de tiempo limitado para supervisar las evaluaciones específicas de la evidencia de la investigación disponible). Un enfoque descentralizado puede facilitar el desarrollo de una cultura de toma de decisiones en políticas informada por la evidencia dentro de cada programa, pero requerirá de los mismos vínculos estrechos con el personal que respalda las decisiones, ya que llevan a cabo funciones similares en otros programas.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas pueden decidir encargar parte o la totalidad del trabajo a unidades independientes con personal capacitado y una infraestructura adecuada. Si embargo, tales opciones también pueden verse limitadas por los recursos financieros disponibles. Como ocurre con un enfoque centralizado “interno”, los contratistas externos requerirán de vínculos

estrechos con los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas que conocen los temas y el contexto, a través del uso de posibles mecanismos como los grupos de dirección de duración limitada.

Independientemente de que se cuente con el respaldo para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia de manera interna, o se contrate en forma externa, o de que sea centralizado o descentralizado, siempre es necesario utilizar los recursos sensatamente para maximizar su impacto. Sólo una cantidad muy limitada de temas puede estar sujeta a una evaluación completa de la evidencia de la investigación disponible. Además, es importante observar que entran en juego las limitaciones de los recursos al momento de decidir qué opción de política o programa seguir, o qué estrategia de implementación seguir (estos temas son el centro de los Artículos 5 [5] y 6 [6] de esta serie. Este artículo se centra en utilizar recursos sensatamente para encontrar y usar la evidencia de la investigación para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia.

En la Figura 2, la segunda columna muestra ejemplos de posibles prácticas no deseadas que podrían ser utilizadas en un enfoque de establecimiento de prioridades. Por ejemplo, si los plazos para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia son negociados sobre una base de caso por caso, los responsables de la toma de decisiones en políticas no podrán ajustarse a las limitaciones de tiempo que afrontan (por ejemplo, un período de medio día, de cinco días o de dos meses) con el respaldo que podrían recibir (una búsqueda orientada a una revisión sistemática o una evaluación completa de la evidencia de la investigación disponible). Cuando se utilizan criterios implícitos para establecer prioridades o el proceso de establecimiento de prioridades es “ad-hoc”, aquellos responsables de la toma de decisiones en políticas que no ven satisfechas sus necesidades de evidencia de la investigación se desmoralizan por la falta de atención hacia su programa o se desilusionan con la retórica de la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Y si no disponen de un plan de comunicaciones o un plan de evaluación y monitoreo, los responsables de la toma de decisiones en políticas no sabrán *por qué* no encuentran respuestas a sus necesidades, y no podrán saber si sus enfoques existentes pueden mejorarse o cómo hacerlo.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas que tienen la responsabilidad de establecer prioridades para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia se encuentran con muchos desafíos.

- Deben combinar un enfoque *proactivo* para establecer prioridades (por ejemplo, ¿Qué prioridad se le debe dar a un tema dentro de un plan estratégico nacional para el sector de la salud?) junto con un enfoque *reactivo* que pueda responder a los temas urgentes del día (por ejemplo, ¿Qué prioridad debería recibir un tema que aparece en la primera página de los diarios o que es tratado por el Poder Legislativo?). Un enfoque de establecimiento de prioridades debe contribuir a planes futuros y a la vez responder a circunstancias existentes que puedan presentar alguna dificultad.

- Los responsables de la toma de decisiones en políticas deben tener un equilibrio entre una *orientación a una patología o a una enfermedad* (por ejemplo, ¿Qué prioridad se le debe dar al VIH/SIDA o a la diabetes?), una *orientación a un programa, servicio o medicamento* (por ejemplo, ¿Qué prioridad se le debe dar a un programa de detección, a un servicio de asesoramiento o a un nuevo tipo de fármaco?), y una *orientación a los arreglos del sistema de salud* (por ejemplo, ¿Qué prioridad se le debe dar a un cambio regulatorio en el ámbito de la práctica de enfermería, o a un cambio en los arreglos financieros que determinan lo que cobran los médicos, o a un cambio en los arreglos de entrega que determinan si algunos tipos de atención se brindan sólo en centros de salud importantes?). Un enfoque de establecimiento de prioridades debe funcionar al mismo tiempo con múltiples orientaciones que a menudo interactúan entre sí.
- Deben poder equilibrar los temas de confidencialidad a corto plazo y los compromisos con la transparencia y la responsabilidad pública a largo plazo. Esto ocurre especialmente con los responsables de la toma de decisiones en políticas que confían excesivamente en los funcionarios públicos para que evalúen los temas por ellos. Con frecuencia se establecen acuerdos de confidencialidad estrictos para garantizar que no se traten temas que aún no han sido examinados por los responsables de la toma de decisiones en políticas. Esto es importante dado que los responsables de la toma de decisiones en políticas son responsables de manera pública (a través de elecciones periódicas) de las decisiones que toman. Un enfoque de establecimiento de prioridades, al menos uno en el contexto del gobierno, necesita adecuar una combinación de confidencialidad y acuerdos de transparencia.

Algunas prácticas recomendadas que se utilizan en un enfoque de establecimiento de prioridades para la toma de decisiones surgen de herramientas y recursos disponibles utilizados para respaldar el orden de prioridades en otras áreas. Estas herramientas y recursos pueden dividirse en tres tipos principales:

- Muchas herramientas y recursos abordan cómo darle prioridad a las enfermedades y lesiones. Éstas tienden a puntualizar el uso de la información disponible sobre la prevalencia o incidencia de enfermedades o lesiones [7-10].
- La mayoría de las herramientas o recursos se centran en cómo darle prioridad a los programas, servicios y medicamentos que están orientados a enfermedades y lesiones, o al estado de salud en general. Muchas de estas herramientas y recursos se centran tanto en la información sobre prevalencia o incidencia, como en la evidencia de la investigación acerca de la efectividad o la relación costo-efectividad de la prevención y las opciones de tratamiento [11-13]. Son pocas las que manejan un criterio más amplio o que tienen un enfoque más holístico para establecer prioridades [14-16].

- Casi ninguna herramienta o recurso aborda el tema de cómo darle prioridad a los arreglos en el sistema de salud (o a los cambios en los arreglos del sistema de salud) que respaldan la provisión de programas, servicios y medicamentos costo-efectivos, [17] o cómo darle prioridad a las acciones que tratan los determinantes sociales de la salud.

Las herramientas y los recursos también están disponibles para respaldar el establecimiento de prioridades tanto para la investigación primaria y las revisiones sistemáticas en el sector de la investigación [18-22], como así también para las recomendaciones del sector de la salud (por ejemplo guías de práctica clínica) [23].

Los elementos de las herramientas y los recursos mencionados anteriormente pueden utilizarse para delinear un enfoque de establecimiento de prioridades para aquellos temas que serán el centro de la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Por ejemplo, la información de la carga de la enfermedad puede utilizarse para aportar datos a las evaluaciones acerca de la contribución de una enfermedad particular a la carga general de la mala salud. La evidencia de la investigación acerca de la efectividad de los programas, servicios y medicamentos puede ayudar a brindar información a las evaluaciones acerca de las opciones para tratar la mala salud. De manera similar, los enfoques para establecer prioridades para la investigación básica (en un plazo de tiempo de 5 a 25 años), para la investigación primaria aplicada (en un plazo de tiempo de 2 a 5 años) y para revisiones sistemáticas (en un plazo de tiempo de 6 a 18 meses) pueden servir de ayuda al momento de establecer prioridades para resúmenes de políticas que se produzcan en un plazo de tiempo de 1 a 6 meses. (El Artículo 13 de esta serie aborda la preparación y el uso de resúmenes de políticas en mayor detalle) [2]. Los enfoques para establecer prioridades en cuanto a las recomendaciones también pueden servir de ayuda para poder encontrar y utilizar la evidencia de la investigación para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Sin embargo, una reciente revisión del establecimiento de prioridades de las recomendaciones concluyó que había “poca evidencia empírica para guiar la elección de criterios y los procesos para establecer prioridades” [23].

La Tabla 1 brinda ejemplos de organizaciones en las cuales un enfoque de establecimiento de prioridades puede resultar beneficioso.

PREGUNTAS A TENER EN CUENTA

Las siguientes preguntas pueden orientar de qué manera establecer prioridades para encontrar y utilizar evidencia de la investigación que respalde la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia.

1. El enfoque de establecer un orden de prioridades, ¿deja claro cuáles son los plazos que se han establecido para abordar asuntos de alta prioridad de diferentes maneras?

2. Este enfoque, ¿incorpora un criterio explícito para determinar prioridades?
3. Este enfoque, ¿incorpora un proceso explícito para determinar prioridades?
4. Este enfoque, ¿incorpora una estrategia de comunicaciones y un plan de evaluación y monitoreo?

1. El enfoque de establecer un orden de prioridades, ¿deja claro cuáles son los plazos que se han establecido para abordar asuntos de alta prioridad de diferentes maneras?

Los procesos de toma de decisiones pueden agotarse con el transcurso de días, semanas o años inclusive. Los procesos sistemáticos y explícitos para establecer prioridades no son generalmente adecuados para plazos de tiempo muy cortos (es decir horas y días) dado que el proceso de establecimiento de prioridades podría llevar más tiempo que el que lleva tomar una decisión. Sin embargo, los criterios explícitos sí pueden ayudar a aportar información con respecto a las evaluaciones acerca de qué temas requieren de un enfoque “todos manos a la obra” para encontrar y utilizar evidencia de la investigación (por ejemplo, para esos momentos en los que un Ministro dice “¡Lo necesitamos ahora!”). En cambio, también sirven para identificar qué temas puede resolverse en un marco de tiempo más amplio, o deben dejarse de lado por completo, y determinar qué temas quedan en un plano intermedio.

Los criterios explícitos de establecimiento de prioridades y los procesos sistemáticos y explícitos de establecimiento de prioridades pueden servir de gran ayuda a los procesos de toma de decisiones que se agotan con el transcurso de semanas o meses. Esto ocurre en especial cuando los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas están dispuestos a buscar una evaluación independiente de la evidencia de la investigación (tales como resúmenes de políticas) (ver Artículo 13 para más detalles acerca de cómo preparar y utilizar resúmenes de políticas para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia) o están dispuestos a buscar el aporte basado en la evidencia de las partes interesadas a través de un diálogo de políticas (*policy dialogues*) (el Artículo 14 de esta serie trata acerca de cómo organizar y utilizar los diálogos para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia) [2,3]. Dicho enfoque de establecimiento de prioridades necesitará ser dinámico y estar sujeto a revisiones cada pocas semanas o meses, si su objetivo es brindar un equilibrio significativo entre los enfoques proactivos y reactivos.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas y otras partes interesadas pueden adoptar un enfoque más estratégico para establecer las prioridades en cuanto a esos temas de políticas “permanentes”, y para aquellos procesos de toma de decisiones que se desgastan con el transcurso de meses y años inclusive. Esto puede incluir investigadores designados para llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura de la investigación sobre una política o pregunta específica de un programa, o para llevar a

cabo una evaluación del impacto de una política o programa (este tema es el centro del Artículo 18 de esta serie) [24].

Un enfoque de establecimiento de prioridades dejaría perfectamente claro cuáles son los plazos establecidos para abordar asuntos de alta prioridad de diferentes maneras. Los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas podrían así equilibrar las limitaciones de tiempo que tienen para trabajar (un período de medio día, cinco días o dos meses) con el tipo de respaldo que podrían recibir, como por ejemplo para:

- Una búsqueda de revisiones sistemáticas que aborda un tema
- Un resumen de lo aprendido de las revisiones sistemáticas de calidad evaluadas que abordan muchas facetas de un tema
- Una evaluación completa de la evidencia de la investigación disponible que definirá un problema, encuadrará las opciones para abordarlo, y discutirá la implementación de una opción (es decir un resumen de políticas (policy brief), como se describe en el Artículo 13 [2])

La columna final de la Figura 2 resalta prácticas convenientes que pueden aplicarse en un enfoque de establecimiento de prioridades, y que incluyen el uso de normas acerca de los plazos para diferentes tipos de respaldo. Las otras prácticas resaltadas en esta figura conforman el foco de las Preguntas 2-4 que se presentan a continuación. La Tabla 2 muestra un ejemplo de plazos para (y la capacidad de brindar) los distintos tipos de respaldo, así como también aplicaciones de lo que se comprende de las preguntas 2-4, en cuanto al enfoque de establecimiento de prioridades utilizado en el Ministerio de Salud.

2. Este enfoque, ¿incorpora un proceso explícito para determinar prioridades?

El criterio explícito puede servir de guía para aquellos involucrados en un *proceso* de establecimiento de prioridades y, si las restricciones de confidencialidad lo permiten, para comunicar a otros responsables de la toma de decisiones en políticas y partes interesadas los fundamentos de las decisiones acerca de las prioridades. Entre los tres criterios posibles para establecer las prioridades de un tema determinado, se incluyen:

- El o los problemas subyacentes que, abordados de manera adecuada, podrían conducir a beneficios en la salud, mejoras en la equidad de la salud u otros impactos positivos, ahora o en el futuro
- Las opciones viables que, implementadas de manera adecuada, podrían afectar a el o los problemas subyacentes y, por lo tanto, conducir a beneficios en la salud, mejoras en la equidad de la salud u otros impactos positivos, o podrían llevar a la reducción de daños, ahorro de costos o valor incrementado del dinero
- Los hechos políticos que podrían abrir (o los hechos políticos que quizás ya hayan abierto) “ventanas de oportunidad” para el cambio. Por ejemplo, en 1993, el Presidente de Taiwán presentó al Parlamento un proyecto de ley nacional de seguro

de salud para adelantarse a un desafío del partido opositor [25]. El desafío pendiente abrió una ventana significativa de oportunidad para el cambio, y para encontrar y utilizar evidencia de la investigación para respaldar la toma de decisiones acerca del seguro de salud nacional.

La aplicación de estos criterios requiere de información y evidencia de investigación disponible al instante, así como de juicio colectivo (basado en estas y otras consideraciones) acerca de si un tema garantiza el establecimiento de prioridades. Sólo se necesitaría una evaluación exhaustiva para una limitada variedad de temas considerados de alta prioridad.

El primer criterio que se menciona anteriormente se refiere, en parte, a preocupaciones tales como la carga de enfermedades y la probable gravedad de enfermedades nuevas o emergentes. Pero también se relaciona con juicios acerca de la probabilidad de abordar el o los problemas subyacentes. Estos problemas subyacentes pueden variar en cuanto a alcance, abarcar desde un enfoque limitado de las características específicas de enfermedades y lesiones hasta programas, servicios y medicamentos utilizados para prevenir o tratar estas enfermedades o lesiones, y/o en cuanto a los arreglos del sistema de salud que respaldan la provisión de programas, servicios o medicamentos. Puede llegar a ser necesario implementar otras consideraciones, dado que la información y la evidencia de la investigación acerca de los problemas subyacentes quizás no estén disponibles al instante o falten por completo. (El Artículo 4 de esta serie brinda una descripción general de los procesos involucrados al utilizar evidencia de la investigación para definir problemas) [4].

El segundo criterio requiere opinión acerca de la posibilidad de que las opciones tengan costos razonables y consecuencias esperadas (es decir, si existe la posibilidad de que sean consideradas viables). Encuadrar las opciones para abordar un problema – el centro del Artículo 5 de esta serie – requiere de revisiones sistemáticas de estudios que evalúen los daños y beneficios, así como la información o evidencia de la investigación acerca de costos y rentabilidad. Dos desarrollos recientes, el crecimiento de bases de datos que contienen revisiones sistemáticas y el aumento de la disponibilidad de resúmenes fáciles de usar para el responsable de la toma de decisiones en políticas a los que se puede acceder desde estas bases de datos (que son el foco del Artículo 7), han posibilitado que evaluaciones preliminares de este tipo sean cada vez más factibles [26]. Sin embargo, se deberán implementar otras consideraciones en los casos en que la evidencia de la investigación acerca de la viabilidad de opciones no esté disponible al instante.

El tercer criterio requiere de juicios acerca de si una ventana de oportunidad para la acción podría abrirse, o ya ha sido abierta [27]. A medida que examinamos en detalle el Artículo 4, vemos que tales oportunidades pueden darse debido a la atención que se le da a un problema en determinados momentos [4]. Por ejemplo, los medios de comunicación pueden darle una cobertura importante a los casos documentados de

fallas significativas en cuanto a la calidad y acceso de la atención del cáncer. Estas ventanas, sin embargo, pueden cerrarse con la misma rapidez, ya que la atención de los medios cambia constantemente. Las ventanas de oportunidad también pueden abrirse por hechos políticos, tales como, por ejemplo, la formación de una coalición de partes interesadas que ha elegido tomar medidas acerca de un tema en particular, o cuando un político con algún interés personal sobre un tema es designado Ministro de Salud. Algunos hechos relacionados a problemas o políticas pueden preverse, tales como la publicación de informes periódicos de agencias de estadística nacionales, el desarrollo de un plan estratégico nacional del sector sanitario, y la definición de presupuestos anuales, así como también las elecciones. Pero no siempre puede predecirse la *naturaleza* específica de la oportunidad.

3. Este enfoque, ¿incorpora un proceso explícito para determinar prioridades?

No son los criterios explícitos los que toman las decisiones, son las personas. Y un proceso sistemático y explícito puede ayudarlos a tomar decisiones de manera justificable. Entre las cuatro posibles características que se esperan de un proceso de establecimiento de prioridades, se incluyen:

- Que se informe mediante un resumen acerca de la información y la evidencia disponible previamente distribuido y mediante sesiones de discusión acerca de la aplicación de criterios explícitos a temas que se consideran prioritarios
- Que se asegure la representación justa de aquellos que participan, o se ven afectados por, las decisiones futuras de los temas que se consideran prioritarios.
- Que se contrate a un facilitador que haga preguntas bien formuladas para obtener puntos de vista acerca de la prioridad que se debe acordar para ciertos temas, así como los fundamentos en cuanto al orden prioritario
- Que se contrate a un equipo experimentado de responsables de la toma de decisiones en políticas e investigadores para convertir los asuntos de alta prioridad en problemas bien definidos y opciones viables que serán el foco de evaluaciones más detalladas

Una manera muy eficaz de preparar participantes para un proceso de establecimiento de prioridades es a través de la elaboración de un resumen que circule previamente con información disponible y evidencia acerca de posibles temas prioritarios. Describir lo que está faltando es tan importante como describir lo que se encuentra disponible en cuanto a información y evidencia de la investigación. Tales resúmenes pueden proporcionar puntos en común para las discusiones.

Un enfoque de establecimiento de prioridades debería idealmente reunir a la perfección a todas las partes involucradas en, o afectadas por, cualquier decisión futura relacionada con los asuntos que están siendo considerados como posibles prioridades. Hacer esto requiere de un cuidadoso análisis de la totalidad de las partes interesadas para luego seleccionar individuos adecuados de los diferentes grupos de partes

interesadas. Los acuerdos de confidencialidad pueden ser particularmente desafiantes en este proceso si excluyen la participación de aquellos que se verán afectados por futuras decisiones en relación a los temas afectados. Entonces, se les solicitará a los funcionarios públicos, y a los políticos en particular, que participen en su nombre.

Se le solicitará a un facilitador capacitado, informado y neutral que se asegure de que el proceso de establecimiento de prioridades se lleve a cabo sin inconvenientes. En el Artículo 14 de esta serie, describimos los fundamentos para la combinación de estos atributos [3]. Para un proceso de establecimiento de prioridades que sea completamente interno para el gobierno, lo ideal sería designar al facilitador que provenga de una unidad de respaldo de decisiones, en lugar de sectores a cargo de dominios de políticas particulares (por ejemplo, políticas de recursos humanos) o programas especiales (por ejemplo, atención de la diabetes).

Se necesita un equipo experimentado de responsables de la toma de decisiones en políticas e investigadores para convertir los asuntos de alta prioridad en problemas bien definidos, así como opciones viables que serán el foco de evaluaciones más detalladas. El equipo establecería preferentemente plazos claros para cada tema que necesita ser abordado. Además, el equipo podría brindar asesoramiento acerca de qué temas pueden tratarse internamente, y cuáles pueden ser encargados a terceros. Si determinados temas son considerados confidenciales, estos también podrían ser tratados internamente o encargados a terceros, con cláusulas claras en cuanto a confidencialidad en los contratos de trabajo.

Aunque este proceso pueda parecer complejo, como se describe en la Tabla 2, puede ser realizado de un modo muy práctico en un determinado contexto.

4. Este enfoque, ¿incorpora una estrategia de comunicaciones y un plan de evaluación y monitoreo?

Se necesita una estrategia de comunicaciones que garantice que los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas estén informados acerca de los asuntos de alta prioridad, de manera de poder hacer aportes para una mejor definición de los problemas, el encuadre de las opciones, y la decisión de cómo se implementará una opción. En el mejor de los casos, una variedad de materiales, bien adaptada para las diferentes partes interesadas, sería el resultado de una estrategia de comunicación. Sin embargo, en algunos contextos o para algunos temas, las cláusulas de confidencialidad pueden no permitir la comunicación con determinadas partes interesadas.

Aun con la mejor estrategia de comunicaciones es imposible llegar a todo el mundo, y se puede no provocar el compromiso esperado para abordar los asuntos de alta prioridad. Un plan de monitoreo puede ayudar en este aspecto, ya que identifica cuándo los asuntos de alta prioridad no están siendo tratados dentro del marco de

tiempo establecido. Se puede utilizar un plan adjunto de evaluación para examinar temas en particular de un modo más sistemático, tales como los impactos de los procesos de establecimiento de prioridades sobre el proceso de toma de decisiones, y cómo y por qué las partes interesadas responden a las prioridades identificadas.

CONCLUSIÓN

El establecimiento de prioridades para encontrar y utilizar evidencia de la investigación que respalde la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia puede pasarse por alto completamente o hacerse muy rápidamente o de manera muy superficial. Es más, puede no implementarse el enfoque elegido para el establecimiento de prioridades o implementarse en parte. Puede suceder que un enfoque en particular no se pueda repetir periódicamente dado que las ventanas de oportunidad pueden abrirse y cerrarse en tiempos distintos. Cualquiera de estas fallas en el establecimiento de prioridades podría significar la pérdida de las oportunidades significativas que respaldan la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia y el desgaste de la cultura de toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Por lo tanto, se debe prestar mucha atención a que los plazos para abordar asuntos de alta prioridad de distintas maneras se cumplan y sean realistas, a que los criterios y procesos elegidos para determinar prioridades sean realistas y se utilicen, y a que un plan de evaluación y monitoreo y una estrategia de comunicación se desarrolle y se implemente. Aun en las condiciones de mayor falta de recursos, es probable que la atención brindada a estos temas garantice que los recursos existentes que respaldan la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia sean utilizados para lograr los mejores resultados.

RECURSOS

Documentos útiles y lectura complementaria

Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries*. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2007 [28]. – Fuente de lecciones aprendidas acerca de organizaciones que respaldan la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia, pero prestan poca atención al modo en que estas organizaciones establecieron las prioridades.

(www.who.int/alliance-hpsr/RespondingRequests_HS_AsianCountries_Healy.pdf)

Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: Learning from other countries: An on-call facility for health care policy. *Journal of Health Services Research and Policy* 2008, 13 (supp 2): 58-64 [29]. – Fuente de lecciones aprendidas por una organización independiente que respalda la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia, teniendo relativamente en cuenta de qué manera las organizaciones establecen las prioridades

Enlaces a sitios web

Carga mundial de morbilidad: www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en – Fuente de información y evidencia de la investigación acerca de la carga mundial de morbilidad. Esta información puede ser uno de los tantos aportes de establecimiento de prioridades para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

Disease Control Priorities Project: www.dcp2.org/main/Home.html – Fuente de evidencia de la investigación y recomendaciones de programas, servicios y medicamentos que deberían tener prioridad en los diferentes tipos de países. Esta información puede ser uno de los tantos aportes de establecimiento de prioridades para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

CHOosing Interventions that are Cost-Effective (CHOICE): www.who.int/choice/en – Fuente de información, evidencia de la investigación y herramienta acerca de los programas, servicios y medicamentos que deberían tener prioridad en diferentes regiones y países. Esta información puede ser uno de los tantos aportes de establecimiento de prioridades para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

Canadian Priority Setting Research Network: www.canadianprioritysetting.ca – Fuente de artículos publicados acerca del establecimiento de prioridades en la atención de la salud, que brinda lecciones para el establecimiento de prioridades en la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JNL preparó el primer borrador. ADO, SL y AF contribuyeron en la elaboración y revisión de este artículo.

AGRADECIMIENTOS

Consulte la Introducción de esta serie para ver los agradecimientos a los financiadores y los colaboradores. Además, queremos agradecer la participación de Bob Nakagawa, Duff Montgomerie, Kent Ranson, Knut-Inge Klepp, Wija Oortwijn, Martin McKee, y Ole Frithjof Norheim por sus valiosos comentarios a una versión anterior de este artículo.

REFERENCIAS

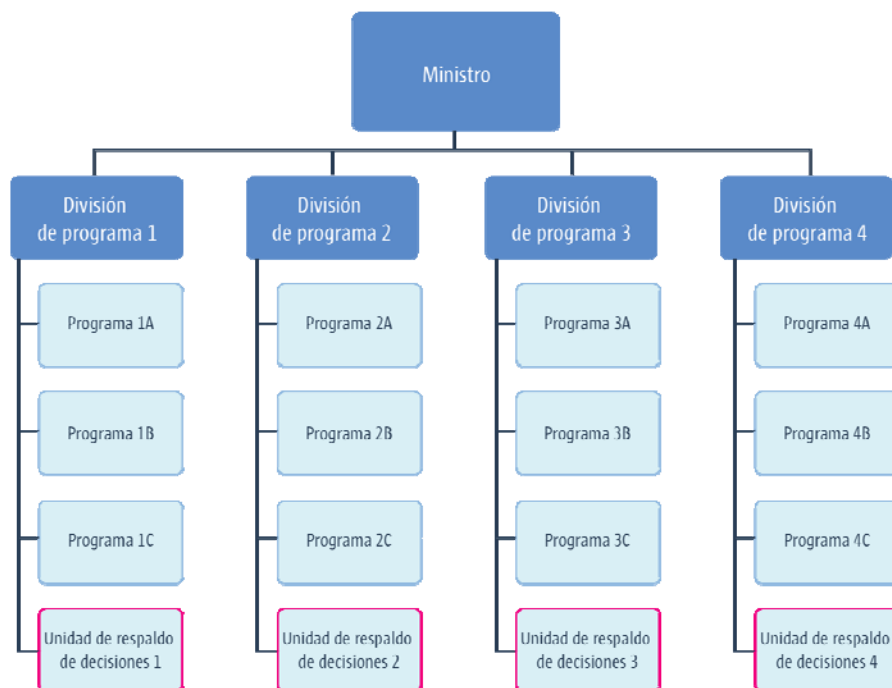
1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:I1).
2. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S13).
3. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S14).
4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S4).
5. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S5).
6. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S6).
7. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K: **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** *Lancet* 2007, 370:1929-38.
8. DeSavigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G: *In Focus: Fixing Health Systems.* Ottawa, Canada, International Development Research Centre. 2004.
9. Rudan I, Lawn J, Cousens S, Rowe AK, Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, *et al*: **Gaps in policy-relevant information on burden of disease in children: a systematic review.** *Lancet* 2005, 365:2031-40.
10. Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M: **WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis.** *Lancet* 2008, 372:1563-9.
11. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT: **Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector.** *Cost Eff Resour Alloc* 2003, 1:8.
12. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, *et al*: **Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project.** *Lancet* 2006, 367:1193-208.
13. Mitton C, Donaldson C: **Health care priority setting: principles, practice and challenges.** *Cost Eff Resour Alloc* 2004, 2:3.
14. Daniels N, Sabin J: *Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources?* Cambridge: Oxford University Press; 2002.

15. Gibson JL, Martin DK, Singer PA: **Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations.** *Healthc Q* 2005, **8**:50-9, 4.
16. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K: **Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda.** *Soc Sci Med* 2003, **56**:2433-41.
17. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK: **Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda.** *Health Policy* 2007, **82**:78-94.
18. Ali N, Bhutta ZA, Bruce N, de Francisco A, Ghaffar A, Gulbinat W, et al: *The Combined Approach Matrix: A Priority-Setting Tool for Health Research.* Geneva, Global Forum for Health Research. 2004.
19. Gross CP, Anderson GF, Powe NR: **The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease.** *N Engl J Med* 1999, **340**:1881-7.
20. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: **On being a good listener: setting priorities for applied health services research.** *Milbank Q* 2003, **81**:363-88.
21. Nuyens Y: **Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries.** *Bull World Health Organ* 2007, **85**:319-21.
22. The Working Group on Priority Setting: **Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting.** *Health Policy Plan* 2000, **15**:130-6.
23. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:14.
24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S18).
25. Cheng TM: **Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far.** *Health Aff (Millwood)* 2003, **22**:61-76.
26. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, et al: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S7).
27. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.
28. Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries.* Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 2007.
29. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: **Learning from other countries: an on-call facility for health care policy.** *J Health Serv Res Policy* 2008, **13** Suppl 2:58-64.

Figura 1. Enfoques centralizados y descentralizados para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia



Respaldo de decisiones centralizado



Respaldo de decisiones descentralizado

Figura 2. Características esperadas y no esperadas de un enfoque de establecimiento de prioridades

<i>Elementos de un enfoque de establecimiento de prioridades</i>	<i>Características no deseadas</i>	<i>Características deseadas</i>
Plazo	Negociado sobre una base de caso por caso	Normas para cada nivel de respaldo
Criterios	Implícitos	Explícitos
Proceso	Ad-hoc	Sistemático y explícito
Comunicaciones/ monitoreo y evaluación	Ausentes	Planificadas

Tabla 1. Ejemplos de organizaciones en las cuales puede resultar beneficioso un enfoque de establecimiento de prioridades para la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

Son varios los tipos de organizaciones que han surgido para respaldar la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. Por ejemplo:

- La Unidad de Política Estratégica (Strategic Policy Unit), que forma parte del Departamento de Salud del Reino Unido, fue creada para evaluar los asuntos de alta prioridad que necesitan ser abordados dentro de un plazo de tiempo de semanas a meses
- La Agencia Canadiense para la Tecnología y Drogas en la Salud (Canadian Agency for Drugs and Therapeutics in Healthcare) (www.cadth.ca), una agencia nacional financiada por el gobierno, tiene una función de respuesta rápida (denominada Servicio de Indagación de Tecnología Sanitaria, Health Technology Inquiry Service) para los Ministerios de Salud que buscan información acerca de qué tecnologías sanitarias se pueden introducir, cubrir o financiar. Los plazos de tiempo varían de 1 a 30 días
- La Red de Políticas Informadas por la Evidencia (Evidence-Informed Policy Network, EVIPNet) (www.evipnet.org) de Vietnam obtuvo fondos para producir dos resúmenes de políticas (*policy briefs*) y convocar a dos diálogos de políticas (*policy dialogues*) en el año entrante para responder a las prioridades de los responsables de la toma de decisiones en políticas y las partes interesadas
- El Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (European Observatory on Health Systems and Policies) (www.euro.who.int/observatory) convoca a una variedad de diálogos de políticas, que incluyen seminarios de reacción rápida, los cuales pueden organizarse con muy poco tiempo de anticipación
- El Centro de Salud de Guardia para las Comparaciones Internacionales del Cuidado de la Salud (On-call Facility for International Healthcare Comparisons) (www.lshtm.ac.uk/ihc/index.html), ubicado dentro de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine), responde a solicitudes directas del Departamento de Salud del Reino Unido acerca de cómo los sistemas de salud de otros países de altos recursos abordan determinados temas

Cada una de estas organizaciones debe, implícita o explícitamente, disponer de plazos de tiempo dentro de los cuales estén preparados para trabajar. Además, necesitan establecer un criterio para decidir qué temas justifican períodos importantes de su tiempo o qué temas justifican menos tiempo, o nada de tiempo en absoluto. También se necesitan procesos para tomar estas decisiones.

Tabla 2. Ejemplo de un enfoque de establecimiento de prioridades

La unidad de respaldo de decisiones de un Ministerio ofrece la siguiente variedad de respaldos para el personal de otro Ministerio:

1. Una búsqueda de revisiones sistemáticas que aborda un tema (Plazo: 1 día; Número que puede proveerse por trimestre: 24)
2. Un resumen de lo aprendido de las revisiones sistemáticas de calidad evaluadas que abordan muchas facetas de un tema (Plazo: 1 semana; Número que puede proveerse por trimestre: 12)
3. Una evaluación completa de la evidencia de la investigación disponible para definir un problema, encuadrar opciones para tratarlo, y discutir cómo se implementará una opción (Plazo: 1 mes; Número que puede proveerse por trimestre: 3)

La unidad guarda un inventario de solicitudes, en el cual se le da un puntaje de 0 a 56 a cada solicitud. Al ser recibida, la solicitud es revisada por dos miembros de la unidad quienes le asignan un puntaje de 1 a 7 (donde 1 indica “Completamente en desacuerdo” y 7 significa “Completamente de acuerdo” para cada uno de los siguientes criterios):

- El o los problemas subyacentes, abordados de manera adecuada, podrían conducir a beneficios en la salud, mejoras en la equidad de la salud u otros impactos positivos, ahora o en el futuro
- Las opciones viables, implementadas de manera adecuada, podrían afectar al o a los problemas subyacentes, y por lo tanto conducir a beneficios en la salud, mejoras en la equidad de la salud u otros impactos positivos, o podrían llevar a la reducción de daños, ahorro de costos o mayor valor del dinero
- Los eventos políticos podrían abrir (o quizás ya hayan abierto) ventanas de oportunidad para el cambio

La puntuación individual para el tercer criterio se duplica, ya que este se considera el doble de importante que los otros dos (como un modo de asegurar que se le dé la importancia debida a las prioridades del Ministro). Al criterio 1 se le puede asignar un máximo de 14 puntos; al criterio 2, 14 puntos, y 28 puntos al criterio 3. Uno de los dos miembros de la unidad anotará el tipo de respaldo solicitado (tipos de respaldo 1, 2 o 3 mencionados anteriormente). Las bases para estas evaluaciones son la descripción de la solicitud y la justificación presentada por personal de otro Ministerio (luego de la aprobación de su director de división respectivo). La solicitud debe tratar cada uno de los tres criterios utilizando información y evidencia disponible (cuando esté disponible) y una discusión acerca de la aplicación del criterio explícito para los temas que son considerados como prioritarios.

Al comienzo de cada semana, el gerente de la unidad, junto con todos los directores de división, revisa la lista ordenada por puntuación de las prioridades para cada tipo de respaldo, 1, 2 y 3. En conjunto, confirman que las dos solicitudes con mayor puntuación para el tipo de respaldo 1 sean procesadas esa semana y que la solicitud de mayor puntuación para el tipo de respaldo 2 también se procese. También confirman que la

solicitud con mayor puntuación para el tipo de respaldo 3 esté en curso y que se estén haciendo los preparativos para comenzar una nueva evaluación para la segunda solicitud clasificada del tipo 3, tan pronto como se complete la evaluación actual. El gerente de la unidad (quien está capacitado en investigación de políticas de salud) facilita las reuniones, ocupándose de obtener los fundamentos ante cualquier cambio de clasificación y asegurándose de que cualquier solicitud para evaluaciones completas esté bien pensada en términos de la definición momentánea del problema, el encuadre de las opciones, y las consideraciones de implementación. El gerente de la unidad luego publica las decisiones y clasificaciones en la intranet del Ministerio y les indica a los miembros del personal del Ministerio cuyas solicitudes no hayan sido tratadas dentro del mes de entrega que presenten una solicitud actualizada.

Una vez al mes, el gerente de la unidad revisa la información de monitoreo de la unidad con los directores de las divisiones. La información de monitoreo incluye el número de pedidos entregados al personal de Ministerio y su resolución. Una vez al año, la unidad vuelve a evaluar la escala de sus resultados para determinar si se puede proveer mayor respaldo en plazos de tiempo más limitados. Una vez cada tres años, la unidad encomienda una evaluación de sus impactos en el proceso de toma de decisiones.