



EQUIDAD.cl
Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud
MINISTERIO DE SALUD



ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN LA AGENDA DE SALUD DE CHILE

DOCUMENTO TÉCNICO II

PAUTA PARA INICIAR LA REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS: LISTA DE CHEQUEO DE EQUIDAD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SERIE DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DEL REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS
DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES

La Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de mejorar el nivel de acceso a la salud y calidad de vida para todos y todas, es nuestra *Agenda de los trece pasos*. Una especial preocupación ha sido planificar y organizar nuestro trabajo pensando en los grupos sociales más necesitados, como aquellos que viven en comunas y barrios vulnerables, en las zonas rurales y apartadas, los trabajadores y trabajadoras, los niños y niñas, entre otros.

Queremos construir un país más justo que supere las inequidades y las exclusiones. Como expresó la Presidenta Bachelet en su programa de Gobierno:

“Para vencer las desigualdades no basta la determinación; es necesario, además, entender su origen. La desigualdad no empieza ni termina en los ingresos. Ella se manifiesta en los primeros años de vida de la persona, continúa con las oportunidades de educación, se profundiza con las discriminaciones y se consolida con la adversidad. La desigualdad se da en las oportunidades y en los resultados. Se reproduce diariamente y se profundiza cada vez que los más poderosos imponen sus intereses sobre el interés general, ya sea en la política, los negocios o las decisiones públicas. En Chile no hay una sola desigualdad; hay muchas desigualdades y todas están relacionadas entre sí”.

Esta serie de publicaciones pretende dar una visión del trabajo desarrollado durante el 2008-2009 desde esta Subsecretaría en la agenda de equidad, en ella han participado profesionales, técnicos, funcionarios, amigos, académicos, críticos, y por sobre todo, hemos tratado de incluir las visiones y propuestas de la ciudadanía.

Esperamos que este esfuerzo sirva para rescatar la experiencia desarrollada, los logros y dificultades, permitiendo así contribuir a la construcción de un país con mayor equidad, solidaridad y justicia social.



EQUIDAD.cl

Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud
MINISTERIO DE SALUD



ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN LA AGENDA DE SALUD DE CHILE

DOCUMENTO TÉCNICO II

PAUTA PARA INICIAR LA REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS: LISTA DE CHEQUEO DE EQUIDAD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SERIE DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DEL REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS
DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES



ÍNDICE

	Pág.
Presentación	03
1. Introducción.....	06
2. El papel de los programas de salud en reparar inequidades en salud.....	07
3. Etapa de revisión de los programas.....	08
4. Checklist para el perfil de equidad del programa.....	09
5. Referencias.....	26



PRESENTACIÓN

Este documento fue preparado por la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Este corresponde al paso 3 de la Agenda de Equidad: Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en los programas de salud pública

Corresponde al primero de una serie de tres documentos técnicos formulados para apoyar a los equipos de trabajo o “nodos” de los seis programas de salud pública que fueron pioneros del trabajo de revisión y rediseño para integrar el enfoque de los determinantes sociales y la equidad en salud.

- El primer documento de la serie contiene conceptos y orientaciones metodológicos para el análisis de equidad en salud de los programas.
- El presente documento contiene una pauta o lista de chequeo de preguntas para explorar el panorama general de equidad en el programa para sensibilizar o gatillar la motivación de profundizar en el análisis.
- El último texto de la serie corresponde a la guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los determinantes sociales de la salud, aspecto central a considerar en el rediseño que impacte efectivamente en la reducción de las inequidades en salud.

Las principales autoras de la serie, por orden alfabético, son Patricia Frenz y Orielle Solar, quienes coordinaron el trabajo de los equipos programáticos. Los principales co-autores son los encargados de los programas: Maria Cristina Escobar y Johanna Silva (Salud Cardiovascular), Olaya Fernández y María José Letelier (Salud Bucal), Silvia Baeza y Alejandra Vaquero (Marea Roja), Carlos Becerra (Salud de los/as Niños/as), Santiago Mansilla y Patricia Grau (Salud de los/as Trabajadores/as) y René Castro y Miriam González (Salud de la Mujer). También son co-autores Jaime Neira, Jaime Sepúlveda, Marisa Matamala, Lucy Poffald y Lorena Hoffmeister, todos integrantes de la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales. Aportes valiosos y apoyo técnico adicional en el tema de evaluación fueron proporcionados por Dr. Sanjeev Sridharan de St. Michael's Hospital de la Universidad de Toronto.

Colaboraron a través de la aplicación y validación de las orientaciones y métodos de los documentos técnicos los integrantes de los diferentes nodos que fueron liderados por los encargados de programas:

Salud Cardiovascular (PSCV):

Marina Soto, PSCV, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Ministerio de Salud; Ilta Lange, Centro de Colaboración OPS/OMS en atención primaria, Escuela de Enfermería Universidad Católica; Carolina Nazzari, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Susana Figueroa, Depto. Asesoría Jurídica, Ministerio de Salud; Judith Salinas, Depto. Promoción de la Salud-División de Políticas Públicas Saludables (DIPOL), Ministerio de Salud; Dra. Pamela Torres, Depto. de Atención Primaria y Redes Ambulatorias-División de Redes Asistenciales (DIRED), Subsecretaría de Redes, Ministerio de Salud; Patricia Grau, Depto. Salud



PAUTA PARA INICIAR LA REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Ocupacional-DIPOL; Dr. Manuel Nájera, Depto. Epidemiología, División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), Ministerio de Salud; Dra. Carmen López, Género-Depto. Ciclo Vital, DIPRECE; Irma Rojas, Depto. Salud Mental-DIPRECE; Laura Gajardo, Actividad física - Depto. Alimentos y Nutrición-DIPOL; Ljubica Richards, PSCV, Apoyo a la Gestión, Servicio de Salud Metropolitano Norte; Dra. Roxana Buscaglione, Depto. Alimentos y Nutrición-DIPOL Dr. René Castro, Salud de la Mujer, Depto. Ciclo Vital-DIPRECE; Alicia Villalobos, Salud Adulto Mayor, Depto. Ciclo Vital-DIPRECE; Marisol Ruiz, DIPRECE y Ximena Sgombich, DIPLAS.

Salud Bucal:

Hilda Olivares, DIPOL; Sergio Pezoa, Depto. de Promoción, DIPOL; Dra. Andrea Weitz, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNEAB); Nadra Fajardin, Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); Paulina Labra, JUNJI; Dra. Erika Ballas, Salud Bucal, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (SSMSO); María Teresa Valenzuela, Escuela de Salud Pública, U. de Chile; Dra. Elizabeth López, SEREMI Salud Región Metropolitana; Dr. Víctor Revello, Consultorio Lo Franco y SEREMI RM; Dr. Sebastián Godoy, DIREDD; Dr. Alfredo Silva, DIREDD; Dr. Francisco Prieto, Salud Bucal Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ); Dra. Alejandra García-Campo, Seremi de Salud Región de Valparaíso; Dra. Kira León, Seremi de Salud Región de O'Higgins; Dra. Claudia Carvajal, Salud Bucal, Minsal; Dra. Valeria Ramírez, U de los Andes, U Católica.

Marea Roja:

Verónica Pardo, DIPOL; Gabriela Núñez, Depto. de Promoción, DIPOL; Marcela Alvial, Programa de Salud Ocupacional, DIPOL; Pamela Bernales del Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública; Rolando Igor Cañoles, Oscar Oyarzo Muñoz, María Teresa Faure, Mónica Vera, Fabiola García y Alex Lucero de la SEREMI de Magallanes; Alejandro Roa y Cristina Hernández de la SEREMI de Los Lagos; Luis Hermosilla, Marco Acuña, Ximena Azurmendi, Héctor Tolosa, Manuel Álvarez, Claudio Durán, Claudio Coñecar, Alejandra Beltrán, Luis Garzo, Gloria Marcela Villegas, Moira Rodríguez, y Maria Angélica Tocornal de la SEREMI de Aysén y la consultora Pamela Bachmann.

Salud de los/as Niños/as:

Leonor Astroza, Depto. Ciclo Vital, DIPRECE Miriam González, Depto. Ciclo Vital, DIPRECE; María Angélica Caprile, Salud Mental, DIPRECE; Cecilia Moya, Pueblos Originarios, DIPOL; Dr. Juan Carlos Concha, Municipalidad Pedro Aguirre Cerda; Dr. Jaime Sepúlveda, DIPOL; Alejandra Burgos, DIPLAS; Nadra Fajardin, JUNJI; Dra. Carmen López, Depto. Ciclo Vital, DIPRECE; Derna Frinco, Depto. Ciclo Vital, DIPRECE; Cristian Palma, Salud Mental, DIPRECE; Roxana Buscaglione, Depto. Alimentos y Nutrición, DIPOL; Tania Alfaro, Depto. Epidemiología, DIPLAS; Carmen Gloria González de DIPOL; y Rosa Silva Servicio Salud Metropolitano Occidente.

Salud de los/as Trabajadores/as:

Santiago Mansilla, Patricia Grau, Mariela Ramos, Carolina de la Fuente, Marcela Alvial y Nella Marchetti del Depto. Salud Ocupacional, DIPOL; Gabriela Núñez, Depto. de Promoción, DIPOL; Dra. Clelia Vallebuona, Depto. Epidemiología, DIPLAS; Ximena Díaz, Centro de Estudios de la Mujer; Dr. Héctor Jaramillo, Instituto de Salud Laboral; Claudio Reyes, Subsecretaría de Previsión Social, Programa de Reforma Previsional; Soledad Bunger, DIREDD; Andrea Quiero, Depto. de APS y Redes Ambulatorias, DIREDD; y Inge Vogl, SEREMI Valparaíso y Pamela Bernales del gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública



Salud de la Mujer:

Dra. Paz Robledo y Juan Baeza, Programa del Adolescente, Ciclo Vital, DIPRECE; Dra. Carmen López, Ciclo Vital, DIPRECE; Patricia Narváez, Salud Mental, DIPRECE; Carolina Peredo, CONASIDA; María José Hinojosa, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales; Lucy Poffald, Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública; Marisa Matamala, Gabinete del Ministro; Nora Donoso, Participación Ciudadana, Subsecretaría de Redes Asistenciales; Celia Moya, Pueblos Originarios, DIPOL; Alejandra Burgos y Ximena Sgombich, DIPLAS; Ivelise Segovia, Servicio Salud Viña-Quillota; y Soledad Díaz, Magdalena Kleincsek y José Olavarría (representantes de la sociedad civil).

También aportaron los referentes de las SEREMIS de Salud del país:

Profesional	
Arica Parinacota	Silvia Zamorano
Tarapacá	Dolores Romero
Antofagasta	Jorge Cáceres Castro
Atacama	Omar Maldonado
Coquimbo	Iris Cazaux
Valparaíso	Thelma Raphael
Región Metropolitana	Elizabeth López
O'Higgins	Kira León
Maule	Julia Villalobos
Bío-Bío	Marcela Paz Contreras
Araucanía	Oriana Jara
Los Lagos	Katy Heise
Los Ríos	María Victoria Carrasco
Aysen	Marco Acuña
Magallanes	Maribel Bustos



1. Introducción

Enfrentar con éxito el desafío de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, que son los de disminuir las inequidades en salud, mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento y del cambio social, y de proveer servicios de calidad, requiere avanzar en las transformaciones de la Reforma Sanitaria y fortalecer el quehacer de la salud pública, integrando la contribución de otros sectores en los logros sanitarios y profundizando la participación social. Además, como parte del sistema de protección social y en el marco de implementación de la reforma, el sector salud ha asumido el debate sobre la producción social de la enfermedad y la definición de garantías y derechos exigibles por la ciudadanía.

Es en este contexto que la Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de “Mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población que vive en Chile mediante la integración del enfoque de los determinantes sociales y de equidad en salud.”

Este propósito se sustenta en el compromiso con la agenda de equidad y recoge las recomendaciones de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud, emitidas durante el año 2008, que instalan a nivel global la meta de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación.

Una de las acciones concretas definidas por el Ministerio en estos ámbitos es el plan de trabajo “Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”, entre las cuales figura como una de sus líneas de trabajo la revisión y rediseño de los programas de salud. Esto se enmarca dentro del objetivo de reducir las inequidades sociales que reducen y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud.

Seis programas pioneros iniciaron el proceso de rediseño, coordinados por un equipo de la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Subsecretaría de Salud Pública, convocando para la misma, un grupo de trabajo interdisciplinario o “nodo” para generar el análisis de equidad que culminaba en la definición de objetivos y prioridades para el rediseño y el desarrollo de una iniciativa piloto. Estos programas son:

- Salud Cardiovascular
- Salud Bucal
- Marea Roja
- Salud de los(as) Niños(as)
- Salud de los(as) Trabajadores(as)
- Salud de la Mujer(Salud Sexual y Reproductiva)

El presente documento presenta la lista de chequeo o “checklist” de equidad. Este instrumento fue la pauta de preguntas con que los programas comenzaron el trabajo a favor de la equidad.



2. El papel de los programas de salud en reparar inequidades en salud

En Chile, como en todos los países donde se han examinado las inequidades en salud, se constata una gradiente social en salud, con diferencias marcadas en salud, según la posición en la jerarquía social. Así lo demuestran diversos estudios que han analizado diferencias entre grupos definidos según sexo, posición socioeconómica, escolaridad o territorialidad y edad, entre otros estratificadores sociales; ellos incluyen la evaluación de los Objetivos Sanitarios, la Encuesta CASEN, la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Los grupos sociales con más desventaja tienen tasas de mortalidad y morbilidad más altas, menores oportunidades de alcanzar condiciones de vida, trabajo y empleo adecuados y de recibir atención en salud de calidad en las etapas tempranas de una enfermedad. Aunque la salud de la población en su conjunto mejora, la salud de algunos grupos lo hace a un ritmo más lento o incluso empeora. Esto sugiere que, aun cuando muchas de las políticas e intervenciones funcionan, evidentemente no lo hacen en la misma medida para todos los grupos de la población.

Enfrentar y corregir esta situación a través de políticas y programas sociales es la raíz del compromiso del sistema sanitario con la equidad. Esto significa realizar un trabajo sistemático e integrado que abarca al conjunto de acciones del sector salud y la de otros sectores.

¿Por qué se mantienen inequidades en salud a pesar de las políticas y programas?

El enfoque de las intervenciones:

- Es definido desde aproximaciones biomédicas e individuales que no consideran que las condiciones sociales son causas fundamentales de los perfiles de salud colectivos.
- Busca mitigar los efectos de las inequidades más que actuar sobre sus causas.
- Se centra en la urgencia de responder al daño en salud, privilegiando la atención curativa por sobre la prevención y promoción.
- Es sectorial por cuanto no reconoce que el sistema de salud es un determinante social más y por si sólo no resuelve las inequidades; por ende requiere la acción de otros sectores.
- No coloca la participación y el empoderamiento de los ciudadanos a su centro.

El éxito de los indicadores promedios:

- Las diferencias sociales se esconden en los resultados promedios.
- La ausencia de objetivos y metas explícitas de equidad.

El sistema de salud sigue siendo muy jerarquizado en sus relaciones con la ciudadanía y en su interior.



Los programas de salud tienen un triple rol en el compromiso con la equidad:

- Mejorar la equidad en resultados y acceso de las intervenciones del sistema de salud.
- Abogar para la salud en otras políticas sociales, económicas y ambientales, para articular una respuesta intersectorial a favor de la salud y los determinantes sociales subyacentes.
- Contribuir al empoderamiento de la ciudadanía, facilitando la participación en las decisiones, monitoreo y evaluación de los programas.

Concretar estos roles es la base del trabajo de revisión y rediseño de los programas de salud para integrar el enfoque de determinantes sociales y equidad.

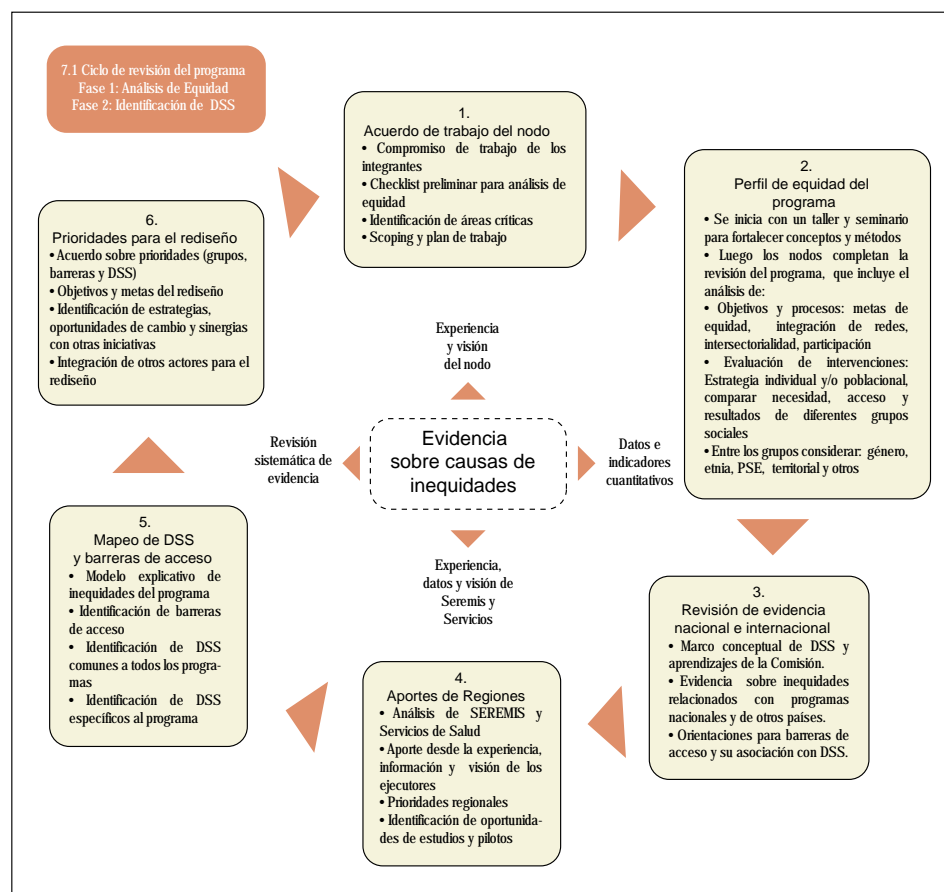


3. Etapa de revisión de los programas

La revisión de los programas es un proceso en que cada programa debe analizar de manera sistemática las inequidades sanitarias y sus causas desde las definiciones, acciones y resultados actuales del programa. Contempla dos fases:

- Una reflexión inicial sobre el perfil de equidad en las definiciones y resultados del programa, usando la pauta o checklist.
- Un análisis de equidad en el acceso y los resultados del programa, según los subgrupos de la población objetivo, la identificación de barreras y facilitadores y su relación con los determinantes sociales de la salud (ver el tercer documento técnico de la serie).

El producto de la etapa de revisión es la definición de prioridades, objetivos y metas en relación con la equidad para orientar la etapa de rediseño de las programas. La figura adjunta ilustra el ciclo de revisión de los programas.





4. Lista de Chequeo para el perfil de equidad del programa

La reflexión sobre la equidad del programa comenzó con la constitución de los nodos de cada programa. En la reunión de constitución cada nodo se proponía realizar una discusión inicial sobre la equidad, gatillada por la presentación de los objetivos del proceso de revisión y rediseño de los programas, y la descripción del programa actual y los desafíos de equidad.

Para poder precisar el alcance del trabajo (scoping) y su plan de trabajo, en reuniones posteriores y a través de otros mecanismos de trabajo, cada nodo discutía y respondió al listado de chequeo o pauta preliminar de análisis de equidad, que permitió identificar áreas críticas del perfil de equidad del programa.

Esta pauta es una herramienta para facilitar el trabajo del nodo en identificar aspectos críticos a profundizar en el análisis de equidad y determinantes sociales. Considera 10 áreas de reflexión sobre los fundamentos, objetivos, intervenciones, logros, desafíos, metas e indicadores del programa.

LISTADO DE CHEQUEO DE EQUIDAD DEL PROGRAMA (Pauta inicial de análisis de equidad)

Nombre del Programa:.....

Participantes en la discusión:.....

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

Organización y funcionamiento del nodo:

1. Periodicidad de reuniones. Número de reuniones realizadas a la fecha.....

2. Mecanismos de trabajo.....

3. Registro de discusión.....

Listar y adjuntar actas y/o otros documentos.....



Ejemplo: Observaciones generales de los nodos sobre el desarrollo del checklist

Todos los nodos se organizaron con un equipo nuclear con los encargados del programa, responsables de preparar los informes e insumos para el debate que se desarrolló en varias reuniones.

En general, valoraban la panorama general sobre la equidad en los definiciones y funcionamiento del programa que proporciona el checklist, que permite sensibilizar y gatillar el compromiso de profundizar en el análisis. No obstante, en opinión de los nodos este trabajo no fue ausente de dificultades: logísticas, conceptuales y propias de los equipos que integran personas de diversas instituciones con diferentes culturales organizacionales y visiones.

Al iniciar este trabajo, surgió inmediatamente la necesidad de construir un entendimiento común sobre conceptos básicos de equidad en salud, determinantes sociales, y otros temas claves, tales como la participación y la intersectoralidad. Para ello, los nodos revisaron algunas lecturas básicas y se comenzó a compilar un glosario de términos. Asimismo, se llevó a cabo un taller y un seminario en abril 2009 para fortalecer el conocimiento y acuerdo sobre los conceptos de equidad y determinantes sociales y el manejo de métodos de evaluación.

El nodo de Marea Roja, un programa de alimentos, no resultó fácil aplicar la pauta, dado que está dirigida a programas asistenciales de salud de las personas.

Para responder las siguientes preguntas se debe tomar en cuenta las siguientes definiciones:

Equidad en Salud:

La ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales, consideradas innecesarias, evitables e injustas (Whitehead 1991).

Determinantes Sociales de Salud:

Son aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud, siendo posible intervenir en ellos a través de políticas sociales y de salud (CSDH 2007).

Grupos sociales:

Los factores societales estructurales determinan una jerarquía social en que diferentes grupos ocupan posiciones desiguales. Los grupos sociales pueden ser definidos por género, etnia, sexualidad, clase social, posición socioeconómica (ingreso, ocupación), territorio, discapacidad y/o edad. Debido a que la posición social del grupo define el acceso a los recursos sociales, como las oportunidades para la salud y su exposición a riesgos, su asociación con la salud es duradera a lo largo del ciclo vital e incluso entre generaciones (Krieger 2002). El nodo debe identificar los grupos sociales más relevantes para el análisis de equidad.



Programa de Salud:

El conjunto de acciones organizadas en torno a objetivos y metas con el fin de mejorar la salud de la población, definido por el Ministerio de Salud para operacionalizar una política, y ejecutado por la Autoridad Sanitaria Regional y/o las Redes Asistenciales, y a veces por otros sectores o actores. El análisis de equidad abarca el programa en su formulación, proceso de implementación, acceso de servicios y resultados.

Intersectorialidad:

La acción intersectorial para la salud se define como una relación reconocida entre salud y otro sector, establecida para resolver un problema o para lograr resultados, en forma más efectiva, eficiente y sustentable, que lo que se alcanzaría si salud actuara por sí sólo. Si las causas de las inequidades en salud tienen su origen en determinantes de salud que están fuera del ámbito de acción del sector, es importante poder articular la respuesta de otros sectores (CSDH 2007).

Participación:

El protagonismo, poder y control de los grupos sociales en las decisiones y acciones que moldean su propia salud. En relación a los programas, la participación puede tomar diferentes formas: informativa, consultiva, deliberativa o de empoderamiento. Se puede distinguir también si la participación se motiva por las reivindicaciones de intereses propios, individual es o por asuntos colectivos en el plano de la justicia social. Es decir, si la participación contribuye a la redistribución de poder o no (CSDH 2007).

1. ¿Cuáles son los objetivos del programa? Listar

Objetivos	No	Si	¿Cuál (es)?
¿Existe un objetivo explícito sobre la equidad?			

Ejemplo: Existencia de objetivo explícito de equidad

Ninguno de los programas tiene un objetivo explícito sobre la equidad en salud.

El programa de Marea Roja identificó dos objetivos específicos del programa relacionados con la equidad:

- Establecer un programa de educación para la salud sistemático, dirigido a los grupos más vulnerables y orientado a la adopción de conductas responsables, específicamente dirigido a pescadores artesanales.
- Desarrollar estrategias intersectoriales orientadas al control, prevención, promoción y medidas de mitigación.

Según el programa de Salud de los Trabajadores: No hay un objetivo explícito sobre la equidad, sin embargo, esta contenido implícitamente.



2. ¿Cuál es la población objetivo? Describir

¿Qué grupos sociales son importantes a diferenciar en opinión de los integrantes del nodo? Fundamentar.

Población objetivo	No	Si	¿Cuál (es)?
¿Hay grupos sociales que el programa no considera en su definición?			
¿Considera acciones adicionales para algunos grupos sociales?			
¿Respecto a la formulación del programa, hay grupos sociales que se benefician más que otros?			
¿Respecto a los resultados del programa, hay grupos sociales que se benefician más que otros?			
¿Las intervenciones del programa afectan negativamente a algún grupo social?			

Fuentes de información que sustentan las respuestas:

Ejemplo: Población objetivo y grupos sociales prioritarios

En general, los programas definen la población objetivo en términos amplios. Sólo algunos programas consideran acciones adicionales para algunos grupos sociales (Salud de los/as Trabajadores/as; parcialmente Marea Roja; Salud Bucal (focalización en algunos grupos).

El programa de Salud de los Trabajadores reconoce que la definición actual de población objetivo, como trabajadores y trabajadoras en edad adulta y adolescentes, dependientes y remunerados, no considera algunos grupos sociales: Independientes, niños, trabajadoras de casa particular, mujeres trabajadoras en el espacio doméstico no remuneradas, trabajadores (as) sexuales, pueblos originarios, migrantes, trabajadores con discapacidad, trabajadores temporales y trabajadores independientes ficticios. Dentro de la población objetivo el programa considera acciones adicionales para algunos grupos sociales: mujeres trabajadores temporeras agrícolas, mujeres jefas de hogar, buzos, pesca artesanal, y pirquineros entre otros.

El programa de Salud Bucal establece un perfil epidemiológico de la población, priorizando en los grupos de mayor riesgo con consideraciones de costo efectividad y alto impacto de las intervenciones. Debido a la gran brecha existente entre la oferta de servicios odontológicos y la demanda real y potencial de atención a toda la población, sólo se puede garantizar la atención de urgencia odontológica. Las acciones promocionales y preventivas deben ser prioritarias, dirigidas hacia los grupos más susceptibles y focalizados principalmente en población infantil y adolescente.



El programa de Marea Roja define la población objetivo como toda la población que extrae y consume mariscos a nivel nacional y regional (autoconsumo y comercialización). Identifica a algunos grupos en situación de desventaja respecto de las intervenciones del programa: los grupos que adquieren y consumen mariscos y habita en zonas apartadas y de difícil acceso, ej. Puerto Edén y Puerto Williams; grupos que se distinguen por su actividad laboral, pescadores artesanales, buzo mariscador, microempresarios; y comunidades con raíces originarias de etnia Kaweskar, que subsisten casi exclusivamente de la extracción de mariscos. El programa proporciona programas de educación dirigidos a la población vulnerable por riesgo y trabajo con sindicato de pescadores.

El programa de Salud Cardiovascular opina que ciertos grupos deben ser considerados en forma especial: los varones por el mayor riesgo cardiovascular, las personas jóvenes entre 20 – 44 años por el enfoque preventivo, grupos étnicos e inmigrantes por mayores dificultades de acceso, personas que viven en comunidades rurales y personas con un nivel socioeconómico bajo. No obstante, reconoce que el programa no considera acciones adicionales o diferenciadas para estos grupos sociales.

El programa de Salud de los/las Niños/as se dirige a todos los menores de 0 – 14 años, pero con mayor énfasis en el grupo menor de un año. No describe ningún grupo social ni menciona acciones adicionales para algunos grupos.

El programa de Salud de la Mujer se enfoca en las mujeres en edad fértil, 15 – 49 años, dejando a fuera las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres. Entre los grupos importantes a diferenciar identifican a aquellos de ingreso bajo porque presentan dificultades de acceso a una atención en salud de calidad, la población rural por dificultades de acceso, las madres de baja escolaridad por la mayor mortalidad infantil; temporeras por las condiciones de empleo y trabajo, grupos étnicos por problemas de aceptabilidad; personas con discapacidad; grupos definidos según su orientación sexual, y los grupos trans.

3. Evaluación de necesidades en salud de las personas:

Base de evidencia	No	Sí	¿Cuál (es)?
¿El programa realiza regularmente un análisis de necesidades de salud de las personas?			
Fecha de la última evaluación:			



¿Cuál(es) de las definiciones de necesidades es más cercana a la que utiliza el programa? (Marcar una alternativa de 1 a 5 para cada definición, siendo 1 = muy cercana y 5= muy lejos)

Tipología de necesidades de Bradshaw	1 = Muy cercana	2	3	4	5 =Muy lejos
Necesidad normativa: en que un experto define necesidad mediante la definición de un estándar deseado					
Necesidad sentida: se pregunta a las personas					
Necesidad expresada: como las personas usan los servicios o transforman necesidad en acción					
Necesidad comparativa: en que se consideran las características de la población que recibe un servicio y las personas de características similares que no reciben el servicio son las que tienen necesidad					

¿Si el programa no realiza un análisis de necesidades, en qué tipo de evidencia se sustenta?

Ejemplo: Evaluación de necesidades en salud de las personas

Todos los programas informan que el enfoque de necesidades que utilizan es la normativa, siendo más distantes el análisis de necesidades sentidas, expresadas y comparativas. Salud Bucal, el programa de la Mujer y Marea Roja informan que realizan regularmente un análisis de necesidades en salud de las personas.

El programa de Salud Bucal ha utilizado para su definición y programación un criterio basado en la necesidad normativa, donde un grupo de expertos ha definido la necesidad de la población mediante la definición de un estándar deseado. Basándose fundamentalmente en estudios epidemiológicos de la morbilidad bucal a los 2, 4, 6 y 12 años, análisis de la literatura existente, estudios de costo efectividad, experiencia de otros países y presentando la propuesta a la autoridad ministerial. La necesidad expresada de la población, es decir, como las personas usan los servicios o transforman necesidad en acción, ha sido utilizada fundamentalmente en el diseño de las canastas de prestaciones GES y no GES.

El programa de Marea Roja indica que realiza el análisis de necesidades basado en la evidencia científica del daño que ocasionan las toxinas y el establecimiento de estándares y normativas. Las estaciones de monitoreo cubiertas por el Programa IFOP son establecidas anualmente en conjunto con las SEREMIS de Salud, en base al conocimiento de los bancos a explotar, e información entregada por los pescadores artesanales.

Según el programa de la Mujer, analiza regularmente las necesidades a través de los planes de salud comunal, con atisbos de metodología participativa, pero predominando un enfoque



epidemiológico (experto ‘técnico’) sobre necesidades de las personas (‘experto vivencial’), en los espacios en que ellas están.

En general los programas se sustentan en evidencia de investigaciones científicas, estudios epidemiológicos y encuestas de salud y calidad de vida. Las tesis son identificadas como fuente de información por el programa de Salud Cardiovascular.

Respecto a las necesidades expresadas, Salud de los/as Trabajadores/as señala que ha habido respuestas a necesidades expresadas por trabajadores organizados, especialmente a nivel local, abriendo líneas de trabajo que responden a grupos específicos.

4. Análisis de intervenciones:

Lista todas las intervenciones del programa:

- Intervención 1
- Intervención 2
- Etc.

Después de listar las intervenciones, indica cuales corresponden a estrategias individuales y cuales a estrategias poblacionales:

Estrategia	No	Si	¿Cuál (es)?
Individual			
Poblacional			
¿Las estrategias responden a las necesidades de salud de las personas?			Fundamentar:

Ejemplo: Estrategias Poblacionales

El programa de Salud de los/as Trabajadores/as identifican las siguientes estrategias poblacionales: la regulación, monitoreo y vigilancia en salud ocupacional, y la gestión intersectorial. También señala la promoción de la salud como estrategia poblacional.

Asimismo, los programas de Salud Bucal y Salud de la Mujer también identifican a la promoción y la educación; como una estrategia poblacional mencionada por los programas es la educación, pero el enfoque es más bien el cambio de conductas individuales.



La fluoración de las aguas y la alimentación escolar fluorada son estrategias poblacionales identificadas por el programa de Salud Bucal, junto con el programa de promoción a pre-escolares en los jardines infantiles.

El monitoreo intersectorial de de biotoxinas en las áreas de extracción por parte de la Seremi, IFOP, Sernapesca, Universidad Austral, y la Universidad de Valparaíso y el control de productos previo al consumo son las estrategias poblacionales del programa de Marea Roja. El programa de Salud de los/as Niños/as señala que la estrategia poblacional es el programa de inmunizaciones.

Por su parte, el programa de Salud Cardiovascular reconoce que todas las intervenciones son individuales.

5. ¿Quiénes ejecutan las intervenciones?

Intervención	Ejecutor

- ¿Qué dificultades de ejecución existen?
- ¿Qué tipo de supervisión y/o coordinación existe entre el programa y los ejecutores?
- ¿Qué tipo de participación tienen los ejecutores en la formulación del programa?

Ejemplo: Ejecutores de los programas y dificultades

Los programas de salud de las personas, Salud Cardiovascular, Salud de los/as Niños/as, Salud de la Mujer y en gran medida Salud Bucal son ejecutados por los equipos de atención primaria. Salud Bucal desarrolla actividades relacionadas con la fluoración con las empresas sanitarias y otros actores intersectoriales, con participación de las SEREMIS. Marea Roja y Salud de los Trabajadores son ejecutados por los equipos de SEREMIS, siendo importante la ejecución intersectorial, especialmente concretada por Marea Roja.

Todos los programas, excepto SSR que no informa al respecto, reportan dificultades en la ejecución de los programas y la necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación con los ejecutores.

El programa de Salud Cardiovascular identifica a las siguientes dificultades de ejecución:

- Falta de motivación para adherir al tratamiento de las personas ingresadas al Programa.
- Inflexibilidad horaria.



PAUTA PARA INICIAR LA REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

- Alta rotación del personal.
- Actividades programadas pierden importancia frente a la contingencia.
- Dificil acceso a evaluación especialista
- Falta una atención más integral
- Falta apoyo para el autocuidado.
- Modelo biomédico imperante, poco trabajo “fuera del box”.

Por su parte el programa de Marea Roja señala:

- Frecuencia y/o cobertura del monitoreo insuficiente; por escasos RRHH, de transporte e insumos de laboratorios.
- Resistencia del gobierno regional, por el impacto político de la medida de prohibición de extracción.
- Resistencia y pérdida de credibilidad a la ASR, de los pescadores artesanales al cierre prolongado (en la XII zona específica de Puerto Edén).
- Grandes extensiones geográficas de regiones amagadas
- Condiciones climáticas adversas.
- Acciones educativas poco frecuentes y no continuas.
- Recursos del programa de marea Roja se utilizan para otros fines.
- Retraso en firma de convenio IFOP y demora en el traspaso de recursos, produce retraso en monitoreos.
- Diferencias culturales en la percepción del riesgo.
- Ausencia de visión y compromiso intersectorial para hacerse co-responsable de la salud de las personas y para generar estrategias de mitigación.

6. Intersectorialidad

Responda las preguntas según la experiencia del programa (en la formulación y ejecución) hasta la fecha.

Preguntas	No	Si	¿Cuál (es)?
¿El programa incluye acción intersectorial?			
¿Existen mecanismos de coordinación entre el programa y otros sectores (mesa de trabajo permanente, programación conjunta, contacto puntual)?			
¿Existen un presupuesto y un plan intersectorial específico?			
¿Responden las acciones intersectoriales a las necesidades de las personas?			Fundamentar:



Si han realizado acciones intersectoriales, ¿Cuál(es) es el principal motivo? Marcar la o las alternativas que corresponden.

Alternativa	Si corresponde marcar
Lograr mayor cobertura	
Consulta para la definición de una política o regulación	
Realización de una campaña	
Resolver un tema puntual	
Planificación conjunta en torno a objetivos comunes	
Otra	

¿Desde su experiencia, cuáles son las principales dificultades para realizar el trabajo intersectorial?

Ejemplo: Intersectorialidad en los programas

Respecto a la intersectorialidad, el programa de Marea Roja y el Programa de SSR (a través de Chile Crece Contigo) son los únicos que dicen tener un presupuesto y plan intersectorial específico. (Curiosamente, Salud de los/as Niños/as no menciona a Chile Crece Contigo, respondiendo que no realiza trabajo intersectorial).

Los mecanismos de intersectorialidad del programa de Marea Roja son: los Comités de Marea Roja Regionales y/o Comunes; la Mesa técnica del nivel central, conformado por el Minsal, SERNAPESCA, ISP, Universidades; Convenio MINSAL – IFOP; Comité de Fiscalización en Puerto Aysén: Secretaria técnica a cargo de SERNAPESCA y participan: aduana, BIDEMA, Impuestos Internos, Salud. El objetivo del trabajo intersectorial de este programa es el de lograr mayor cobertura del programa, realización de Campañas, Planificación conjunta de algunas acciones, ej. Semana santa y contingencias, además del abordaje de temas puntuales.

Salud Bucal trabaja con múltiples sectores (organismos de Educación, Empresas Sanitarias en la fluoruración, SERNAM y MIDEPLAN) principalmente mediante mesas de trabajos. Los motivos para realizar un trabajo intersectorial han sido diversos, entre estos están el lograr una mayor cobertura (SERNAM, MIDEPLAN, JUNAEB), la necesidad de definir una política o regulación específica (Sociedades Científicas, Universidades), para una planificación conjunta en torno a objetivos comunes (JUNJI, Integra, JUNAEB), para la vigilancia sanitaria y monitoreo (empresas sanitarias, empresas elaboradoras de productos lácteos) y para resolver temas puntuales. De las iniciativas intersectoriales desarrolladas, sólo se ha contado con presupuesto ministerial para implementar medios educativos e insumos preventivos para el Programa de



Promoción y Prevención en Salud Bucal en niños y niñas preescolares, y para la ejecución de los programas como es el caso de los hombres y mujeres de escasos recursos, gestionado y trabajado con MIDEPLAN y el SERNAM. El resto de las acciones, tanto a nivel nacional como regional, no cuenta con presupuesto realizándose sólo por las buenas voluntades de las personas como recursos.

Salud de los/as Trabajadores/as informa que realiza trabajo intersectorial sin especificar los sectores.

El Programa de Salud CV no incorpora otros sectores en la formulación a nivel central, pero si en la gestión local con los municipios.

Todos identifican dificultades para la intersectorialidad especialmente la falta de objetivos comunes, voluntad, la demanda de las prioridades sectoriales, culturas diferentes, entre otras.

7. Participación

Preguntas	No	Si	¿Cuál (es)?
¿El programa incluye mecanismos de participación?			
¿Existen un presupuesto y un plan específico para la participación?			

¿Cuáles grupos y/o organizaciones están contemplados en la participación?

¿Cómo participan (mecanismos)?

¿Para qué participan?

¿Desde su experiencia, cuáles son las principales dificultades para concretar la participación?

Ejemplo: Participación en los programas

Respecto a la participación, Salud de los/as Trabajadores/as ha realizado actividades de participación y Marea Roja incorpora mecanismos permanentes. Todos los programas indican dificultades para incorporar la participación, partiendo con la falta de valoración, desconocimiento, y en el caso del Programa de Salud de los/as Niños/as, la ausencia del enfoque de derechos y deberes.

Para Salud de los/as Trabajadores/as se han realizado actividades de participación que no están descritas en un programa, pero si en orientaciones programáticas hay programas específicos con trabajadores. No existen un presupuesto y un plan específico para la participación. Entre los grupos y organizaciones civiles con que tienen relación se incluyen ANAMURI, Confederación Minera, Buzos artesanales, Pirquineros en el Norte, Fundaciones como TERRAM,



ONGs como CEDEM y CEM. Estas organizaciones participan a través de mesas intersectoriales, cuando se les convoca, o en grupos de trabajo ad hoc (erradicación de silicosis, formación de trabajadores monitores, elaboración de reglamentos).

El mecanismo de participación y sobre todo intersectorial de Marea Roja es el Comité Regional y/o Comunal de Marea Roja, integrado por la Intendencia, Salud, Economía, Pesca, Educación, Gobernación Marítima, Carabineros, Sector Académico, representantes de los pescadores artesanales y de las industrias del área. Los Objetivos de los CMR son: Desarrollar un modelo de intervención social aplicable a la población afectada cuando se adopte la medida de prohibición de extracción; recabar antecedentes sobre los sectores del litoral con potencial productivo en faena, con el objetivo de evaluar la cobertura del monitoreo de biotoxinas; definir y diseñar programa de educación sanitaria sistemático, adaptado a la realidad local, con participación de las organizaciones comunitarias, educación, pescadores artesanales, entre otros; promover y coordinar esfuerzos locales de investigación orientada hacia la salud pública; coordinar los programas de control de productos al desembarque, especialmente cuando existan zonas bajo prohibición de extracción, y establecer alianzas estratégicas para el monitoreo y control de las toxinas marinas.

8. ¿Cuáles son los resultados esperados del programa? Describe.

¿Cuáles son los principales logros del programa?

¿Cuáles son los temas pendientes (qué falta hacer)?

¿Hay metas de los Objetivos Sanitarios de la Década asociadas al programa?

Meta	Avance a la fecha

¿Qué indicadores son relevantes para el programa?

	Listar
Indicadores de proceso	
Indicadores de impacto	
Indicadores de equidad	

Definiciones:

- Los indicadores de proceso relacionan los instrumentos de políticas o programas con hitos que se culminan en los resultados. Monitorean el progreso de los esfuerzos.
- Los indicadores de impacto reflejan el impacto en la población de las acciones del programa.



- Los indicadores de equidad, que pueden ser de proceso pero generalmente son de impacto, mide y diferencia la situación de los grupos sociales relevantes respecto al promedio u otra referencia.

Otras preguntas sobre resultados	No	Si	Fundamentar:
¿El programa ha contribuido al mejoramiento de la salud de la población objetivo?			
¿El mejoramiento ha sido igual para todos los grupos sociales?			
¿El programa ha permitido mejorar el acceso a la atención de salud?			
¿El mejoramiento del acceso ha sido igual para todos los grupos?			

¿Cuál fue la última evaluación del programa? (adjunta evaluación)

Fecha de la evaluación	
Tipo de evaluación: objetivo y método	
¿Quién hizo la evaluación?	
Conclusiones	
Fecha de la próxima evaluación (objetivo y método)	

Fuentes de información que sustentan las respuestas:

Ejemplo: Resultados y Evaluaciones

Todos los programas identifican los resultados esperados, los principales logros y los temas pendientes. Todos los programas tienen objetivos y metas de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010, indicando que no ha habido avances en todos ellos, según la evaluación de mitad del período.

Todos los programas utilizan indicadores para dar seguimiento al funcionamiento del programa, especialmente de coberturas. Marea Roja y Salud Bucal han realizado evaluaciones en los últimos años. Salud CV y SSR han evaluado algunas actividades del programa.

Todos los programas consideran que han contribuido a mejorar la salud de la población objetivo, pero que el mejoramiento no ha sido igual para todos (excepto Marea Roja en este último punto).

Todos los programas (excepto Salud de los/as Trabajadores/as, que no lo ha evaluado) consideran que han mejorado el acceso para la población objetivo, pero el mejoramiento en el acceso no ha sido igual para todos los grupos.



9. Considerando la experiencia y conocimiento del grupo, ¿cuáles son los principales desafíos de equidad que debe abordar el programa?

Ejemplo: Desafíos de Equidad

Todos los programas identifican desafíos de equidad.

Salud Cardiovascular se refiere a la importancia de lograr equidad de acceso por edad y sexo al PSCV (varones y personas adultas jóvenes que trabajan) y equidad en los resultados del PSCV según grupos de edad y sexo.

Salud Bucal propone incorporar indicadores de equidad: cobertura de hombres y mujeres de escasos recursos (Chile Solidario); cobertura de terceros turnos en APS; cobertura de atención en población vulnerable de difícil acceso a través de clínicas móviles odontológicas; cobertura de niños/as rurales con PAE/F; Cobertura del programa del Adulto Mayor; Indicadores epidemiológicos de severidad de daño por ruralidad y NSE.

Para Marea Roja los desafíos de equidad son: Lograr establecer compromisos formalizados con las autoridades regionales y/o locales, para enfrentar situaciones complejas desde una mirada integral e intersectorial; medir el impacto social y económico de la medida sanitaria de prohibición de extracción, a fin de proponer y apoyar la gestión de estrategias de mitigación del impacto socioeconómico de estas medidas; reforzar el trabajo conjunto con programa de trabajadores/as vulnerables: participación de los trabajadores/as en el monitoreo, evaluar condiciones de seguridad en el trabajo, etc.; propender al acceso igualitario de las intervenciones del programa; lo cual implica incrementar presupuestos, RRHH y otros, a fin de asegurar cobertura en zonas de difícil acceso; desarrollar programa educativo de prevención comunitaria, de carácter permanente, con participación de los diferentes actores de la comunidad (extractores y sus familias, comunidad educativa, organizaciones comunitarias territoriales y funcionales) y que tenga pertinencia cultural.

Para salud de los Niños/as los desafíos de equidad son: diseñar acciones para contribuir a reducir la vulnerabilidad de los grupos sociales más desfavorecidos con el objeto de mejorar sus resultados en salud; potenciar acciones con el objetivo de conseguir el máximo potencial de los niños y niñas de 0 a 3 años de edad; actuar sobre entornos sociales relevantes: familia, comunidad y sociedad. Chile Crece Contigo se considera una gran oportunidad y se propone integrar el Programa de salud Biopsicosocial del niño y la niña, basado en necesidades de salud de los grupos sociales, mejorando acceso y calidad de las prestaciones, requiere sistemas de registro e información, evaluación continua y fortalecer competencias; identificar las familias más vulnerables y con mayor exposición a riesgos en cada Comuna; formular un plan de intervención sobre las variables económicas y sociales en que se desenvuelven esas familias; y coordinar con el intersector el tipo de intervenciones.



Para Salud de los/as Trabajadores/as, los desafíos de equidad incluyen: mejorar acciones preventivas y de vigilancia y las prestaciones médicas y de rehabilitación de los trabajadores y trabajadoras: (afiliados al INP, de empresas medianas y pequeñas afiliadas a Mutualidades, de trabajadores de zonas con dificultad de acceso; incorporar a la Ley 16744 a trabajadores informales y otros grupos vulnerables y eliminar la diferencia entre obreros y empleados; establecer políticas que mejoren el acceso a las necesidades integrales de salud laboral, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación sin discriminar a grupos más vulnerables; establecer mecanismos de gestión para asegurar los recursos para los que efectivamente lo necesitan; y desde la perspectiva del género, considerar la doble carga de trabajo y desigualdades ocupacionales entre hombres y mujeres (tareas domésticas y de cuidado en el hogar).

Salud de la Mujer señala que el principal desafío de equidad es la incorporación de masculinidad, interculturalidad, salud rural, participación social y la realización de acciones concretas para realizar un trabajo intersectorial.

10. Definición del programa

El programa se define de acuerdo a:

Definición	Marque si corresponde
Ciclo Vital	
Enfermedad	
Sistema del cuerpo	
Riesgo ambiental u otro (especificar)	
Determinante social	
Otra (especificar)	

¿Esta definición facilita o dificulta el logro de objetivos de equidad?

Ejemplo: Definición del programa y logro de objetivos de equidad

Respecto a la definición del programa, sólo Salud de los/as Trabajadores/as y SSR consideran que la definición actual facilita el logro de objetivos de equidad.

Las principales dificultades que identifican los otros programas es que esta definición no convoca a otros sectores y no considera los determinantes sociales.



11. Observaciones adicionales:

Ejemplo: Observaciones adicionales

Marea Roja:

- Es posible concluir que el programa de marea roja no tiene el enfoque de DSS y equidad.
- No resulto fácil responder la lista de chequeo dado que está dirigida a programas asistenciales de salud de las personas.
- La falta de capacitación en DSS y equidad dificultaron que sea un trabajo fluido y reflexivo.

Salud de los/as Niños/as:

- El gran desafío es potenciar el desarrollo del modelo de atención donde el cambio cultural desde salud debe ser enfatizado desde la formación de pregrado. "El equipo de salud infantil, ocupa un lugar estratégico, de privilegio y de responsabilidad en la promoción del desarrollo y la salud de la niñez, acompañándolo en su contexto familiar y sociocultural. La actividad médica excede el simple control de parámetros antropométricos o de la vigilancia de las inmunizaciones. La salud humana ya no es más definida como la mera ausencia de enfermedad." (Landres,C; Mercer,R; Molina,H; Eming,M 2006 pág. 14)
- Es necesario destacar el fortalecimiento de competencias en los equipos con miras a implementar un modelo de salud más inclusivo y de calidad.
- Se requieren sistemas de información apropiados capaces de entregar información oportuna y adecuada para la retroalimentación y las correcciones necesarias.
- La participación de los actores involucrados en las decisiones con espacios reales de participación, es fundamental para una mejor equidad, además por cierto, de aspectos como los señalados anteriormente.
- Esto requiere políticas integradas, de un rol del estado en al ámbito de la protección social regulador y evaluador que explicita incentivos para el logro de la calidad de la atención sin distinción de clases sociales, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto discriminatorio de los derechos humanos.



5. Referencias

Action for Sustainability Board.

Implementing Action for Sustainability. An Integrated Appraisal Toolkit for the North West. 2003.

Bradshaw J.

The contextualization and measurement of need: a social policy perspective. *Researching the People's Health*. (Edited by Popay J. and Williams G.) London. Routledge. 1994.

Dent M.

Hughs A and colleagues. *Coronary Heart Disease in the West of Berkshire: A Health Equity Audit*. Berkshire Public Health Information Team. 2005.

CDSH.

A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft. April 2007.

DOH.

Health Equity Audit: A guide for the NHS. 2003.

FSA.

Checklist for Evaluating Government Policy. Family Service Association of Toronto.

Graham H, Kelly M.

Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Health Development Agency. NHS. London. 2004. www.hda.nhs.uk

Goddard M.

Equity of Access to Health Care. Powerpoint Presentation. Centre for Health Economics. University of York. 2006.

Goodrich J. Pottle M.

Making the case: Health Equity Audit. Health Development Agency. NHS. 2005.

Hamer L, Jacobson B, Flowers J, Johnstone F.

Health Equity Audit Made Simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships. Health Development Agency. London. 2003.

Krieger N.

Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.



NHMRC.

Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council. Australia. 2003.

NICE.

Health equity audit – learning from practice briefing. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Health Service. 2006.

Poundstone KE, Stathdee SA, Celentano DD.

The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemiologic Reviews 2004;26: 22-35.

Quigley R, Cavanagh S, Harrison D, Taylor L.

Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment. Health Development Agency. NHS. 2004.

Tarlov A. 1996.

Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: Routledge. 71-93.

UNRISD.

Equitable Access to Health Care and Infectious Disease Control. Concepts, Measurement and Interventions. Report of an International Symposium. Rio de Janeiro, Brazil. 2006.

Whitehead M.

The concepts and principles of equity. Copenhagen. WHO. 1991.

WHO.

Guidelines Working Groups. Project on Promoting Equity and a Health Systems Approach towards Treatment, Access and Responses to HIV and AIDS in Southern Africa. 2006.

