



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

# DOCUMENTO TÉCNICO I

## ANTECEDENTES PARA APOYAR LA REVISIÓN Y REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

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 I

## ANTECEDENTES PARA APOYAR LA REVISIÓN Y REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES



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.....	05
1. La iniciativa de revisión y rediseño de programas de salud pública.....	08
2. La equidad en salud y los determinantes sociales.....	12
3. Consideraciones generales sobre la evaluación de programas.....	16
4. Evaluación de equidad en salud.....	19
4.1 Auditoría de Equidad en Salud.....	19
4.2 Evaluación desde la teoría: Estudio del Caso de Programa Cardíaco de Escocia.....	22
4.3 Red de Conocimiento de Condiciones Prioritarias de Salud Pública.....	25
4.4 Modelo de Cobertura Efectiva.....	27
5. Métodos para medir inequidades en salud.....	31
6. Referencias.....	33
7. Anexo.....	36
7.1 Ciclo de revisión del programa.....	36
7.2 Glosario de Términos.....	37



REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUITAD Y DETERMINANTES SOCIALES  
SUBSECRETARÍA DE EQUIDAD PÚBLICA

# 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 presente documento contiene conceptos y orientaciones metodológicos para el análisis de equidad en salud de los programas.
- El segundo 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 (DIREDA), Subsecretaría de Redes, Ministerio de Salud; Patricia Grau, Depto. Salud





REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES  
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 María 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. La iniciativa de revisión y rediseño de programas de salud pública

Reducir las inequidades en salud es una meta sanitaria vinculada al desarrollo social, ampliamente reconocida y cada vez más compartida en el mundo y en Chile. El gran desafío es transitar desde una declaración ética a acciones concretas, traducidas en políticas y programas de salud y desde otros sectores que reduzcan y eliminen las inequidades en salud. Para ello, es importante conocer y monitorear los resultados de equidad en salud, como asimismo evaluar las políticas y programas actuales y futuros en relación a su efecto específico sobre las inequidades. Desde esta perspectiva el marco conceptual de los determinantes sociales de salud y de inequidades en salud, impulsado por la Organización Mundial de la Salud constituye un marco teórico y analítico para identificar las causas de inequidades y los puntos de entrada de intervenciones específicas. Es en este contexto, que la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud impulsa desde Septiembre 2008 una agenda de determinantes sociales, consistente en 13 pasos hacia la equidad en salud<sup>(1)</sup>, con el objetivo 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 de la salud y la equidad en salud en las acciones de salud y otros sectores.

Una iniciativa de la agenda de determinantes sociales corresponde a la revisión y rediseño de los programas de salud, que aporta al objetivo de reducir las inequidades sociales que reducen y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud. Seis programas han liderado este proceso:

- 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)

La primera actividad de la iniciativa de revisión y rediseño de los programas fue la realización de una Reunión Internacional sobre “Estrategias para la integración de los Determinantes Sociales y Equidad en los Programas de Salud del Ministerio de Salud de Chile” entre el 25-27 de junio de 2008, con participantes de Gran Bretaña y la Organización Mundial de la Salud. En esta reunión se revisó la evidencia y la experiencia internacional y nacional, a fin de orientar el proceso chileno y generar una reflexión crítica respecto al ejercicio de la salud pública en el país. Asimismo, se identificaron las competencias necesarias para reformular e implementar programas más efectivos en el abordaje de las inequidades en salud. Meses después, con la iniciativa en

(1) Para obtener mayor información sobre los 13 pasos de la agenda de determinantes sociales, consulta el sitio Web: [www.equidad.cl](http://www.equidad.cl)



## REDISEÑO DE LOS PROGRAMAS DESDE LA PERSPECTIVA DE EQUITAD Y DETERMINANTES SOCIALES SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



marcha, en una segunda Reunión Internacional, llevada a cabo entre el 26-28 de noviembre de 2008, se profundizó el intercambio de experiencias internacionales con representantes de Canadá, Gran Bretaña, Noruega, Finlandia, Sri Lanka, Ecuador, Brasil y Cuba, así como de la OMS – OPS, quienes trabajaron con los equipos directivos y profesionales del Ministerio de Salud, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y encargados de los programas.

A la luz de estas experiencias, los(as) encargados(as) de los programas pioneros, junto con el Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública, los(as) Jefes(as) de División, y otros expertos del sector, incluyendo profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, conformaron el equipo coordinador de la iniciativa, a cargo de impulsar, diseñar, llevar a cabo y evaluar el proceso de revisión y rediseño de los programas. Los objetivos definidos por el equipo coordinador para el año 2009, son<sup>(2)</sup>:

- Definir un método de revisión y rediseño de los programas de salud, en conjunto con los encargados de los programas que inician el proceso en el año 2008, considerando la experiencia de la Red de Conocimiento de Condiciones Prioritarias de Salud Pública de OMS y la experiencia de otros países.
- Analizar la equidad en salud de los actuales programas de salud, usando el esquema de equidad de acceso y de resultados.
- Identificar para cada programa de salud los determinantes sociales que causan las inequidades en salud y aquellos que son comunes a todos los programas o grupos de programas.
- Identificar las prioridades y cambios necesarios de introducir en el rediseño.

(2) Ver documento Acuerdo sobre objetivos e hitos del proceso del 19 de noviembre de 2008.



- Identificar intervenciones y enfoques de acción que permiten mejorar la situación de equidad, con énfasis en intersectorialidad y participación social, en la perspectiva del rediseño.
- Avanzar en el rediseño de los programas de salud, de acuerdo al análisis de equidad, determinantes sociales y los cambios necesarios, desarrollando una experiencia piloto, que incorpore intersectorialidad y participación social.
- Establecer una modalidad de trabajo colaborativo permanente que integre al conjunto de instancias del sector salud, otros sectores y la sociedad civil; además de fortalecer los intercambios con otros países.
- Reforzar las competencias de los equipos de salud para consolidar una visión amplia del campo de la salud pública, intersectorial y participativa.

Una primera aproximación al ciclo de revisión de los programas se presenta en el anexo 7.1. La responsabilidad principal de desarrollar la revisión y rediseño recae en los programas, para lo cual cada uno de ellos convocó un grupo de trabajo interdisciplinario o “nodo”. Los integrantes del nodo fueron definidos por el equipo encargado del programa, considerando los actores que deben desempeñar un rol en el análisis y reformulación del programa por sus experticias, visiones y responsabilidades. Finalmente, cada nodo se conformó con un equipo nuclear de profesionales del propio programa -a cargo de coordinar, impulsar y documentar el trabajo y miembros de otros programas de salud, profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de los Servicios de Salud, de la atención primaria y las SEREMIS, entre otros.

La participación de profesionales de las SEREMIS y de algunos ejecutores directos de programas (profesionales de centros de salud: consultorios, CESFAM, CECOF y hospitales) en los nodos permitió conocer la “experiencia vivida” de quienes tienen en frente cotidianamente la expresión cotidiana de los determinantes sociales de salud. Además ayudó a ampliar el círculo de quienes están “hablando” del tema, facilitando la gestión del conocimiento en una perspectiva de aprendizaje organizacional en el máximo de niveles posibles. En algunos nodos desde el inicio se incorporó algunos representantes de otros sectores y/o de la sociedad civil. En otros, se decidió comenzar la revisión con integrantes del sector salud, con la idea de involucrar posteriormente al intersector y a la comunidad, antes de realizar la fase de rediseño.

Durante el mes de enero 2009 los nodos comenzaron el ciclo de revisión con un análisis preliminar de equidad de los programas, que consistió en responder un conjunto de preguntas (lista de chequeo<sup>(3)</sup>) que revisaron los fundamentos, objetivos, intervenciones, logros, desafíos, metas e indicadores del programa. 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 intersectorialidad. Para ello, los nodos revisaron algunas lecturas básicas (ver referencias) y se comenzó a compilar un glosario de términos, que sigue en desarrollo (ver anexo 7.2).

La finalidad de desarrollar la lista de chequeo fue de explorar, de manera preliminar, los conceptos e interpretaciones que manejaban cada uno los programas, así como explorar los posibles problemas de equidad

(3) Ver documento “Orientaciones para iniciar la revisión de los programas, Ciclo de revisión y lista de chequeo de equidad” del 21 de enero de 2009.



en su definición, estructura, organización, proceso de implementación y en los resultados. En marzo 2009 todos los nodos entregaron un informe que resumía las conclusiones de esta primera actividad. Las preguntas de la lista de chequeo, ejemplificados con algunos de los resultados de la reflexión de los nodos son presentadas en el segundo documento de la serie.

Luego de esta primera reflexión de los nodos, los encargados consideraron que el 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. Para fortalecer la comprensión operativa de los conceptos de equidad en salud y equidad de acceso y el manejo básico de conceptos y métodos de evaluación de equidad de los programas de salud, en abril 2009 se llevó a cabo un taller sobre evaluación desarrollado por Dr. Sanjeev Sridharan, Director del Programa de Evaluación del Centro de Investigación de Salud Urbana y Profesor Asociado de Política, Gestión y Evaluación Sanitaria de la Universidad de Toronto. Antes de su nombramiento en Toronto, fue el Jefe del Programa de Evaluación e Investigador Senior en la Unidad de Investigación en Salud, Conducta y Cambio de la Universidad de Edimburgo.

Tres integrantes de cada nodo participaron en el taller donde analizaron diez conceptos que ayudan a entender cómo funcionan intervenciones y cómo diseñar evaluaciones más influyentes. El foco fue definir los conceptos esenciales para entender cómo pueden funcionar los programas de salud, usando ejemplos reales desde la experiencia global.

Los materiales del taller son accesibles en el link: <http://www.torontoevaluation.ca/chile2009/index.html>

El taller fue seguido por un seminario “Herramientas para analizar la equidad de acceso y los resultados de los programas en salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud”, con un público más amplio, incluyendo a todos los integrantes de los nodos y otros profesionales del sector salud. En dos días los participantes discutieron los conceptos de equidad, necesidad, acceso y barreras en salud, en miras a lograr consenso. Asimismo revisaron algunas herramientas y metodologías útiles para la evaluación de programas desde la perspectiva de equidad en salud, incluyendo algunos modelos de análisis de equidad en el acceso y la relación de equidad de acceso y barreras con los Determinantes Sociales de la Salud. Con los conocimientos adquiridos en estas actividades y el apoyo técnico de Dr. Sridharan, y reconociendo que la revisión del programa es en efecto una evaluación, el equipo coordinador confeccionó una guía para el análisis rápido de equidad de los programas. El último documento de esta serie, “Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los determinantes sociales de la salud”, presenta este instrumento, ilustrando sus pasos con ejemplos surgidos del trabajo realizados por los nodos.

El presente documento tiene por objeto sistematizar los principales conceptos y métodos para la revisión del programa, con el objeto de apoyar y orientar el trabajo de los nodos y otros programas en el desarrollo de la guía.

Los conceptos y métodos de evaluación resumidos fueron examinados por el equipo coordinador y los integrantes de los nodos entre noviembre 2008 y abril 2009, en particular durante las dos reuniones sobre evaluación.





## 2. La equidad en salud y los determinantes sociales

La iniciativa de revisión y rediseño de los programas es una de las acciones concretas de la agenda de determinantes sociales de la Subsecretaría de Salud Pública, la cual es sustentada en el compromiso con la equidad en salud. La definición más consensuada de equidad en salud es la de Margaret Whitehead (1991), quien la conceptualiza como la ausencia de diferencias en salud innecesarias y evitables, y por ende son consideradas injustas. Este último aspecto le da al trabajo de equidad en salud la inclusión de la justicia social como un valor central.

La equidad en salud significa que todas las personas deben tener la oportunidad de alcanzar todo su potencial en salud y que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarla, abarcando dos dimensiones:

Equidad en salud:

Que todas las personas alcanzan su potencial de salud independiente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Es decir, sin diferencias en salud atribuibles a estas condiciones.

Equidad en sistemas de salud:

Que todas las personas tienen acceso a atención de salud de acuerdo a necesidad e independiente de su capacidad de pago, estrato social o nivel educacional.

El origen de las inequidades en salud y los mecanismos de su producción se plasman en el concepto de determinantes sociales de la salud. La definición más general se resume en la frase de Tarlov (1996), los determinantes sociales de la salud son “las características sociales en que la vida transcurre”.

Krieger (2002:480)) explica que la:

- Expresión biológica de la desigualdad social se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud.

Graham (2004) observa que el concepto de determinantes sociales de la salud ha adquirido un sentido dual:

- Se refiere a las condiciones materiales, conductuales y/o psicosociales, incluyendo el sistema de salud, que pueden promover o minar la salud de los individuos y las poblaciones, también llamados determinantes sociales de la salud.





- Y por otro lado se refiere a los procesos sociales que subyacen la distribución desigual de dichos factores entre grupos o territorios que ocupan posiciones desiguales en la sociedad, o también llamados determinantes sociales de las inequidades en salud.

Por lo tanto, solo el abordaje de los determinantes sociales de las inequidades en salud permite promover la salud y enfrentar las inequidades, en forma simultánea.

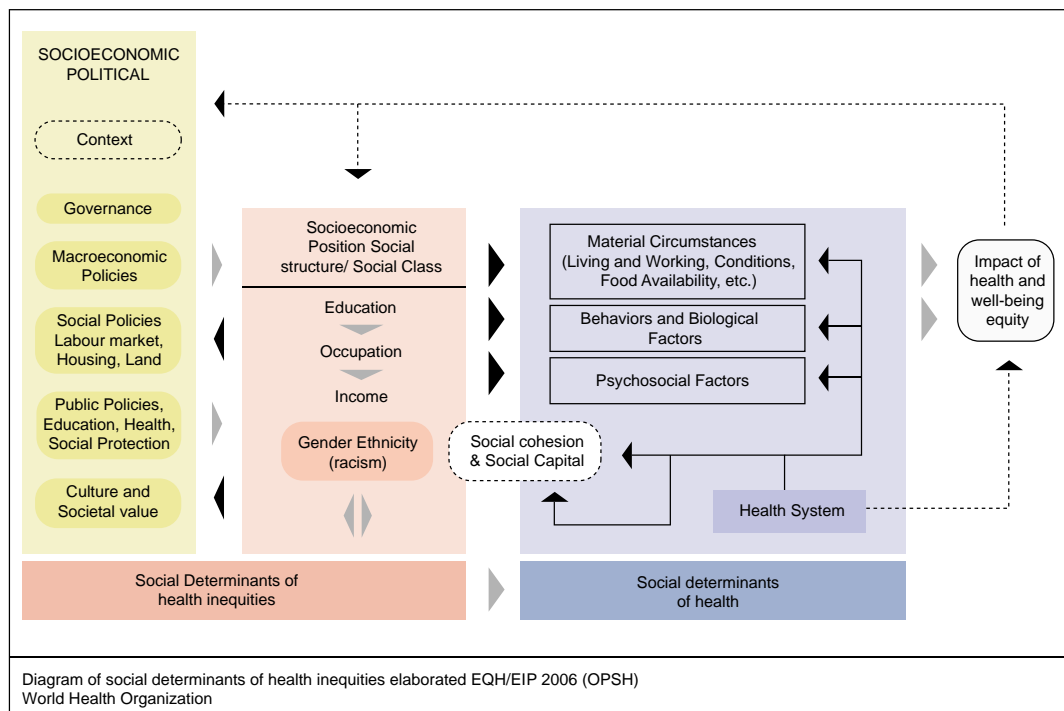
El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS, describe los factores y mecanismos mediante los cuales las condiciones sociales afectan la salud de las personas. Explica que existen un conjunto de condiciones del contexto de los países en el ámbito social, económico y político que da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas en las sociedades, en virtud del cual la población se estratifica. Entender la estratificación social es central para entender los mecanismos que generan las inequidades en salud. Esta estratificación se basa en la distribución desigual de poder en las sociedades, dado por los recursos o riqueza y el prestigio, entre otros. El contexto social que incluye el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socioculturales crea y mantiene una jerarquía social, que asigna a los grupos y los individuos diferentes posiciones, que implica acceso y exposición diferentes a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociadas a la salud, que llevan a diferenciales a la vez a vulnerabilidades sociales e individuales, distintas según la posición en la jerarquía social, y por ende, se traduce en consecuencias en la salud distinta, según la ubicación en la escala social. Una sociedad habitualmente se estratifica en función de los ingresos, educación, ocupación, sexo, etnia y otros factores, variando el peso de cada uno de ellos según las realidades de cada una de las sociedades; estas posiciones socioeconómicas, a su vez, definen y modelan a un conjunto de factores determinantes del estado de salud, es decir, de los determinantes intermediarios de la salud para dar forma a los resultados de salud. Las principales categorías de factores determinantes intermediarios de la salud son:

- Las circunstancias materiales que abarcan determinantes vinculados a los ambientes físicos, como la vivienda (incluyendo las condiciones de ella misma, como la localización de ella, y el tipo de vecindario), el consumo potencial, por ejemplo se ve en el financiamiento para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo, así como las condiciones de trabajo y el ambiente físico del vecindario. Dependiendo de la calidad de estos aspectos, estas circunstancias llegan a constituirse en recursos para el acceso a salud o por el contrario constituirse en riesgo para la salud;
- Las circunstancias psicosociales que incluyen estresores psicosociales (por ejemplo, eventos negativos en la vida, puestos de trabajo agobiantes, condiciones de vida estresantes (por ejemplo altas deudas) y carencias de soporte social, “coping styles”, etc. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes grados de experiencias y situaciones en sus vidas que son percibidas como experiencias, amenazantes, de difícil manejo y de impotencia de posible intervención sobre ellas. Esto explica principalmente los patrones que se dan a largo plazo asociados a las inequidades en salud.
- Los hábitos o tipos de comportamiento que incluyen fumar, la dieta, el consumo del alcohol y la escasez de ejercicio físico, según el patrón de exposición y vulnerabilidad estos pueden constituirse en factores protectores o realzar la salud, como en el ejercicio físico, o por el contrario ser dañino para la salud, como el fumar cigarrillo y la obesidad. Entre los factores biológicos podríamos estar incluyendo los factores genéticos. Un elemento a destacar es que los hábitos o “estilo de vida” son el resultado



de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja. Ellos son la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de comportamientos.

- El sistema de salud propiamente tal, puede directamente intervenir sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad a través de acceso equitativo al sistema de salud y la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud. También, el sistema de salud actúa como mediador o buffer de las consecuencias de una enfermedad o incapacidades en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en un deterioro en su status social y a la vez facilite la reintegración social de las personas con discapacidad o enfermas.

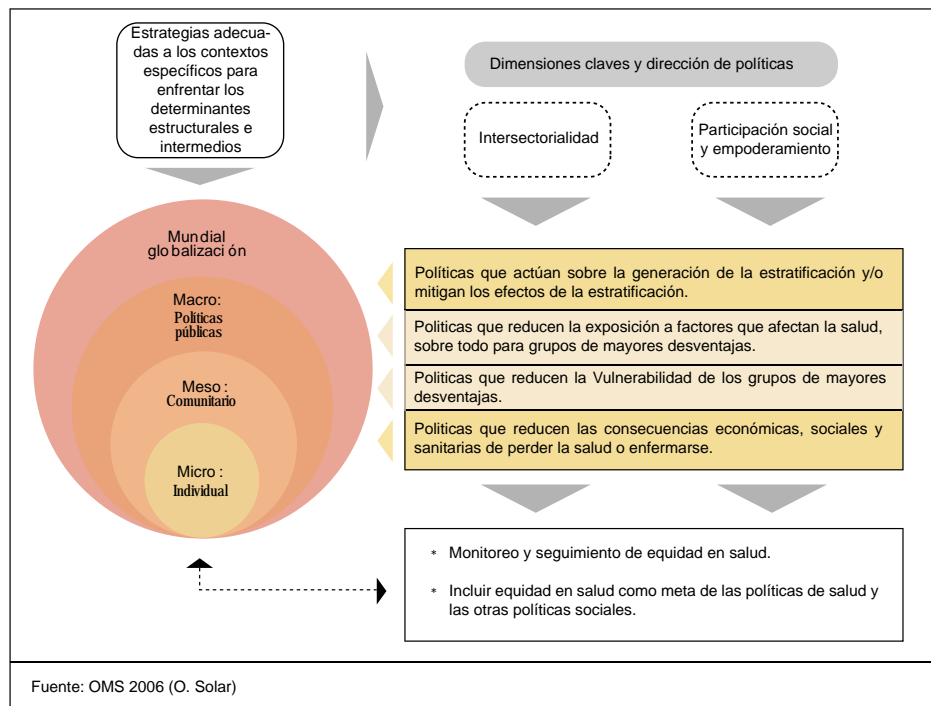


La figura del marco conceptual de los determinantes sociales de las inequidades de salud propuesta por la Comisión de OMS pretende mostrar los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. La primera columna se refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del Estado. La estratificación social que este contexto socioeconómico y social genera, define a su vez, una exposición diferencial de los distintos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud. La situación de diferencial exposición en el curso de la vida de las sociedades, modela distintas vulnerabilidades en la población. La diferencial exposición y vulnerabilidad de los grupos sociales se acumula en el curso de la vida. Este modelo propone que también las consecuencias sociales son diferenciales y los mecanismos como se interviene sobre contener o aliviar estas diferenciales consecuencias, son relevantes desde una perspectiva de equidad en salud. Las consecuencias sociales se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo debido a sus distintas circunstancias y posición social.



El entendimiento de los mecanismos que generan las inequidades en salud permite discutir las políticas y programas necesarios para su abordaje, como por ejemplo:

- Políticas que actúan sobre la generación de la estratificación y/o mitigan sus efectos. Por ejemplo: Estado de bienestar, Política de Educación, Reforma Laboral, Reforma Tributaria.
- Políticas que reducen la exposición a factores que afectan a la salud, sobre todo de los grupos etarios o sociales de mayores desventajas. Por ejemplo: Chile Crece Contigo.
- Políticas que reducen la vulnerabilidad de los grupos de mayores desventajas. Por ejemplo: Chile Solidario.
- Políticas que reducen las consecuencias económicas, sociales y sanitarias de perder la salud. Por ejemplo: Atención de salud gratuita, subsidios del desempleo, etc.



Junto con abordar los niveles o puntos de entradas para las intervenciones, es necesario destacar dos aspectos centrales que cruzan transversalmente las acciones o programa pro equidad, uno es el trabajo intersectorial y el otro es la participación social. Hay dos fundamentos centrales; en relación a la intersectorialidad: es que la mayoría de los factores que tienen un mayor peso o generan las inequidades están fuera del sector salud, de ahí que el trabajo de salud es demandar a los otros sectores por la inclusión de salud en sus políticas y a la vez dar visibilidad a la inequidades en salud y la responsabilidad de los otros sectores en sus causas y sus soluciones. Lo segundo, es que si la base de las inequidades está en la distribución del poder, la participación real se constituye como uno de los mecanismos de redistribución de poder.

### 3. Consideraciones generales sobre la evaluación de programas

La iniciativa de revisar y rediseñar los programas de salud pública reconoce la importancia de la evaluación, es decir, el análisis sistemático que juzga la pertinencia, progresos y resultados de políticas, planes y programas, guiado por un marco conceptual y metodológico. “Su objetivo es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado” (Marín 2006:3). Comprende, además, la formulación de conclusiones y de propuestas de acción para el futuro.

En efecto, la revisión de los programas desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales es una evaluación desde el marco conceptual de los determinantes sociales. Tiene por objetivo entender las diferencias en los logros sanitarios alcanzados por diferentes grupos sociales y/o territorios, así como, explorar las explicaciones de estas diferencias. Las conclusiones de esta evaluación permiten definir objetivos y prioridades de equidad para orientar el rediseño donde se formularán nuevas propuestas de acción para abordar estos desafíos. Luego se pondrá en marcha el programa rediseñado, incorporando debidamente mecanismos e indicadores de monitoreo y evaluación.

Por ello, es importante comprender el concepto de evaluación, sus usos y fundamentos básicos. En primer lugar, es necesario definir el concepto de evaluación, teniendo presente que muchos términos son usados para referirse a procesos de evaluación, incluyendo “análisis”, “revisión”, “valoración”, “examen”, “auditoría”, “diagnóstico”, “medición”, “testeo”, “investigación” o “estudio”.

Una definición de evaluación, ampliamente reconocida por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial y la literatura internacional, es la desarrollada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE u OECD en inglés):

“Evaluación es el proceso de determinar el valor o significado de una actividad, política o programa. Es una valoración, lo más sistemática y objetiva como sea posible, de un proyecto, programa o política planificado, en ejecución o finalizado, su diseño, implementación y resultados. El fin es determinar la relevancia y logro de los objetivos, la eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad del desarrollo”. (OECD 1986).

También se debe distinguir el concepto de monitoreo, una función continua, de evaluación, que es periódica, aun cuando ambos analizan el rendimiento del programa. Según la OCDE el monitoreo es:

Una función continua que utiliza la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos para proporcionar indicios del grado de progreso y logro de objetivos y avance en el uso de recursos asignados.



La evaluación es un análisis periódico del desempeño. Según el momento en que se realiza, se distingue entre la evaluación formativa, que busca mejorar el rendimiento o cumplimiento del programa, realizada generalmente durante la implementación, y la evaluación sumatoria o de resultado, hecha al finalizar la intervención para determinar la medida en que los resultados anticipados se lograron, es decir el mérito e impacto del programa (OECD 1986). La evaluación formativa es orientada al proceso, mirando las formas en que se implementa el programa, si la implementación corresponde a la lógica operacional y las consecuencias inmediatas producidas para mejorar la implementación y eliminar las barreras al cumplimiento. Por su parte, la evaluación sumatoria intenta responder preguntas sobre el valor e impacto del programa, al término de las acciones del programa o en un ciclo de intervención, tales como su relevancia, rendimiento, impactos, sustentabilidad, y lecciones aprendidas. Crecientemente, se reconoce que ambos tipos de evaluaciones son complementarias y necesarias; y, por lo mismo, son incorporadas en la práctica de evaluación de las organizaciones.

Los últimos 50 años se han visto discusiones sobre la práctica y roles de la evaluación, que tienen implicancias para los métodos usados. Desde un foco inicial en la eficiencia y la gestión de recursos con métodos cuantitativos, se ha ido ampliando los propósitos de evaluación, incorporando los aspectos ético, educativo y motivacional y, por ende, el mayor uso de las metodologías cualitativas. Asimismo, otro aspecto relevante que la práctica de evaluación ha impulsado es la utilidad e influencia de la evaluación en sí misma.

Según Mark, Henry y Julnes (2000) la evaluación ayuda a darles sentido de las políticas y programas, mediante la realización de un estudio sistemático para describir y explicar operaciones, efectos, justificaciones, e implicancias sociales de los mismos, debiendo considerar las necesidades e intereses de todos los individuos y grupos. Estos autores afirman que la evaluación puede influir en el progreso hacia la mejora social. Incluso se dice que la evaluación es en sí misma una intervención social, porque genera cambios tanto individuales como interpersonales y colectivos (Mark y Henry 2000, Sridharan 2003).

Los propósitos de la evaluación, según evaluadores reconocidos:

1. Mejora social
2. Fomento de la democracia deliberativa
3. Supervisión y cumplimiento
4. Rendición de cuentas y transparencia
5. Desarrollo y gestión del conocimiento
6. Mejoramiento organizacional
7. Promoción de diálogo y cooperación entre actores claves
8. Relevancia del programa, implementación, eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad
9. Generar aprendizajes y lecciones.

(IEG 2008: Modulo 1)

Una evaluación que responde a estos propósitos –que sea de “utilidad”– puede traer múltiples beneficios potenciales para diversos actores: el gobierno, los planificadores, gestores y ejecutores de programas, los ciudadanos, organismos de la sociedad civil, y la academia, entre otros. Cómo influirá la evaluación y quienes se beneficiarán de sus hallazgos y conclusiones tiene que ver con quiénes participan, como participan, qué





se hace, como se hace y como se disemina y se aplica, es decir, la teoría o las bases en que se sustenta dicha evaluación. En este marco podemos identificar las siguientes corrientes:

- El modelo teórico experimental, en que el investigador externo busca testear una hipótesis del efecto del programa.
- La teoría de constructivismo social, en que el evaluador es un negociador que busca facilitar la construcción de la teoría del programa a través de las representaciones de los actores.
- El enfoque de evaluación desde la teoría, incluyendo en esta el del realismo crítico, que se centra en desarrollar explicaciones de las consecuencias de acciones sociales que contribuyen al mayor conocimiento del porqué, dónde y para quienes los programas funcionan o fracasan. Con este fin, colocan mucho énfasis en a) identificar los mecanismos que producen efectos observables del programa, b) testear dichos mecanismos y otras variables de contexto que pueden tener impactos sobre los efectos observados (Pawson & Tilley 2004: 359). Reconoce también la complejidad de los procesos de transformación que buscan los programas, la importancia del contexto y de otros programas sectoriales y de otros sectores.

La revisión y rediseño de los programas desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales pretende ubicarse en este último enfoque, con una evaluación que busca explicar los éxitos y fracasos más que enjuiciar las intervenciones. Para ello se organiza una reflexión interna, llevada a cabo por los equipos programáticos y directivos del Ministerio de Salud, pero que también busca ser más participativa, porque integra otros grupos de actores, tales como los ejecutores regionales y locales, el intersector y la sociedad civil. De tal modo que se puede decir que este proceso se ha inspirado en los conceptos de evaluación crítica y realista, en particular en las orientaciones de Sridharan, que dice relación con la evaluación desde la teoría y con los 10 conceptos que un(a) buen(a) evaluador(a) debe dominar, que fueron revisados por los nodos durante las reuniones de la primera quincena de abril 2009.

#### 10 conceptos para un(a) buen(a) evaluador(a) de Sridharan

1. Marco de aprendizaje: entender los aprendizajes que se quiere lograr con la evaluación
2. Complejidad de la intervención: su importancia y qué significa para el diseño de la evaluación
3. Teorías de programa y teorías de cambio: las conexiones entre las actividades, contexto, outputs y resultados
4. Cronograma del cambio: tener presente cuando el programa debe tener el impacto esperado
5. Validez interna: ¿puede haber otra explicación para los efectos observados?
6. Validez externa: ¿es posible extrapolar los resultados a otros contextos?
7. Diseño de la evaluación: plantear las preguntas desde la teoría del programa y usar una mezcla de enfoques. Rigurosidad con pragmatismo.
8. Contexto y mecanismos: ¿varían los resultados en diferentes contextos?
9. Heterogeneidad: Los requerimientos de diferentes grupos.
10. Modelos de causalidad





## 4. Evaluación de equidad en salud

La evaluación que valore el proceso y los resultados de un programa respecto a objetivos de equidad, se hace cada vez más necesaria en la medida que cobra fuerza el compromiso de reducir y eliminar las inequidades en el acceso, en los resultados e impactos en salud. Como señala Pawson y Sridharan, el desafío para las intervenciones que buscan abordar las inequidades en salud es de identificar específicamente como llegar y beneficiar a los grupos más desaventajados, de acuerdo a sus necesidades. Pero llegar a los grupos más desaventajados no implica solo la focalización de las acciones, sino, analizar las causas de ello para su intervención, reconocer la heterogeneidad de las necesidades.

En el mundo existen algunas experiencias relevantes que fueron consideradas para orientar el proceso chileno de revisión y rediseño de los programas de salud:

- la auditoría de equidad en salud de Gran Bretaña (Health Equity Audit) que plantea que la equidad en relación a los servicios sociales y de salud debe distribuirse según las necesidades de las personas.
- la evaluación desde la teoría, impulsada por Pawson y Sridharan (Theory-driven evaluation) que parte con el entendimiento de los cambios que persigue el programa para precisar las preguntas de la evaluación.
- el trabajo de la red de conocimiento de condiciones prioritarias de salud pública de la OMS, ligada a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que utilizó el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud para analizar los programas globales de la organización y,
- respecto a equidad de acceso, el modelo de cobertura de efectiva de Tanahashi, que proporciona un esquema analítico para identificar a los grupos que no contactan o no se benefician de los servicios de salud. Basado en el trabajo realizado por OMS en el departamento de equidad, pobreza y determinantes sociales.

Todas estas experiencias aportan enfoques y métodos que han sido extraídos e incorporados a la guía de análisis de para guiar el trabajo de los nodos en la evaluación de equidad, cuyo objetivo y pasos se describen a continuación. A continuación se describe brevemente estas experiencias.

### 4.1 Auditoría de Equidad en Salud

En Gran Bretaña, desde 2002 la auditoría de equidad en salud es una exigencia obligatoria para las instituciones locales de salud, cuyo objeto es asegurar que los planes de salud y desarrollo comunitario se dirigieran en forma prioritaria a aquellos grupos con mayores necesidades, como un mecanismo para abordar las inequidades en salud.

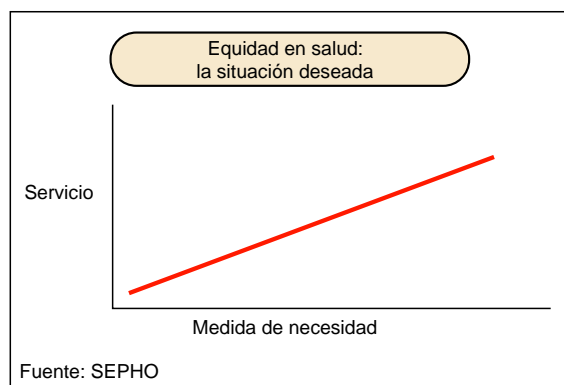


→ Auditoría de Equidad en Salud es un proceso, mediante lo cual los actores locales:

Revisan, de manera sistemática, las inequidades en las causas de la mala salud, y en el acceso a servicios efectivos y sus resultados, para una población determinada. Aseguran que la acción requerida es acordada e incorporada en los planes, servicios y prácticas locales. Evalúan el impacto de las acciones en la reducción de inequidades.

(Hamer y col. 2003)

El punto de partida de la auditoría es la comprensión del concepto de equidad en salud, conceptualizado para describir las diferencias en oportunidades para diferentes grupos de la población que resultan en circunstancias vitales desiguales, tales como el acceso a la salud, vivienda, nutrición, entre otros determinantes, que significan diferenciales en exposiciones, vulnerabilidades y consecuencias, llevando a desigualdades en salud. Consecuentemente, el foco de la auditoría de equidad en salud es en la equidad en la distribución de recursos, incluyendo servicios y determinantes, en relación a las necesidades en salud de los diferentes grupos, ilustrado por la figura a continuación.



El resultado buscado por la auditoría es producir cambios en inversiones y servicios con el objeto de reducir las inequidades evitables y promover la igualdad de oportunidades respecto a los determinantes de la buena salud y el acceso a servicios de salud y sociales.

Según el Departamento de Salud, las preguntas que la auditoría debe responder incluyen:

- ¿Cuáles son las desigualdades en salud que afectan a un grupo específico o área particular de la población?
- ¿Cuáles son los temas importantes de equidad en relación a la provisión/acceso a servicios y determinantes de salud?
- ¿Cuáles de ellos son prioridades de acción?
- ¿Qué programas existentes pueden contribuir a la reducción de desigualdades?

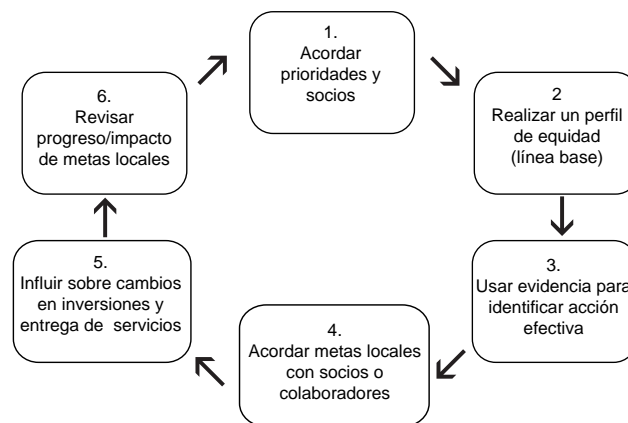


- ¿Existen metas nacionales relevantes?
- ¿Se debe establecer una meta local?
- ¿Qué otras acciones puede realizar el sistema público de salud, incluyendo intervenciones focalizadas a grupos y áreas específicos?
- ¿Se ha reasignado recursos para tomar la acción más efectiva?
- ¿Se ha logrado impactar en las inequidades abordadas?

Si bien la auditoría de equidad se vincula con otros procesos de revisión de desempeño, como la auditoría clínica, existen diferencias importantes, que vale la pena revisar en la perspectiva del proceso chileno.

Similitudes y diferencias entre Auditoría de Equidad en Salud y Auditoría Clínica		
<p>Son similares:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Involucran procesos cíclicos para mejorar servicios de salud.</li><li>-Incluye la fijación de metas o estándares para grupos o servicios.</li><li>-Son desarrollados por socios involucrados en la entrega de servicios.</li><li>-Intentan facilitar aprendizajes positivos sobre prácticas basadas en evidencia.</li></ul>		<p>Son diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-La Auditoría de Equidad considera la población residente y no sólo los usuarios de servicios.</li><li>-Se focaliza en poblaciones locales definidas por PSE, género, etnia, área o edad.</li><li>-Su objetivo principal es de mejorar resultados en salud para grupos en desventaja.</li><li>-Su alcance son los determinantes más profundos de la salud, junto con los aspectos de atención y servicios sociales y de salud.</li></ul>
Fuente: Hamer L. et al. 2003		

El proceso de Auditoría de Equidad en Salud exige una combinación de capacidades técnicas para analizar un amplio rango de bases de datos de salud y habilidades de negociación para sumar voluntades, trabajar en sociedad, lograr acuerdos y asegurar los cambios en la asignación de recursos y prácticas. Contempla 6 fases:



Fuente: NHS 2003



Entre los ejemplos de temas que han sido auditados se incluyen los servicios de cesación de fumar, servicios de salud mental infantil y del adulto, screening de cáncer cervicouterino, embarazo adolescente, prevención y tratamiento de enfermedad coronaria. Muchos de estos reportes son accesibles a través de los observatorios de salud pública o en los sitios de organismos gubernamentales de salud del Reino Unido.

## 4.2 Evaluación desde la teoría: Estudio del Caso de Programa Cardíaco de Escocia

“¿En qué sentido pueden ser consideradas teorías las intervenciones en salud pública? Para captar la idea, es útil considerar el tránsito de una intervención desde su concepción hasta su “adultez”. Estalla en las cabezas de los arquitectos de políticas, pasa a las manos de los ejecutores, y con optimismo, se introduce en los corazones y mentes de los sujetos del programa. Ese viaje es una propuesta de “si – entonces”.....: la idea preliminar, ambición, expectativa, hipótesis o “teoría del programa” es si ciertos recursos (a veces materiales, a veces sociales y a veces cognitivos) son proporcionados entonces se insinuarán en el razonamiento de las personas hasta un punto suficiente para que ocurra un cambio a conductas más saludables.”

Pawson y Sridharan

El enfoque de evaluación desde la teoría para evaluar programas de salud pública es ilustrado por el estudio de caso de la evaluación de un programa de cuidado anticipatorio de Escocia, “Have a Heart Paisley”, desarrollado por Sridharan y otros evaluadores. Esta evaluación parte de la premisa que los evaluadores necesitan conocer en detalle lo que debe estar ocurriendo en el programa, para lo cual deben construir una representación o modelo teórico. La teoría del programa puede definirse como el conjunto de supuestos sobre las relaciones entre las estrategias y tácticas del programa y los beneficios sociales esperados. Se considera que la teoría del programa es el motor del programa, pero es falible, y la evaluación puede identificar las fallas y sugerir los cambios que permite afinar la teoría. Es especialmente válida para intervenciones complejas con múltiples componentes, donde se debe precisar “los ingredientes activos”, donde la línea de tiempo en la que se puede esperar los impactos no es clara, y se deben tomar en cuenta la heterogeneidad de los grupos. Los pasos de la evaluación desde la teoría son:

1. Identificar la teoría del programa.
2. Mapear y seleccionar la teoría a investigar
3. Formalizar la teoría a testear, frecuentemente con su diagramación y las preguntas a analizar
4. Recolección de datos
5. Análisis de datos

Se puede diferenciar dos aproximaciones en este enfoque de evaluación: la teoría del cambio que dice que las acciones tienen consecuencias e intenta construir la lógica de los pasos que llevan al cambio, y el enfoque



realista, que identifica el mecanismo del cambio, postulando que el mismo proceso no siempre tiene los mismos resultados. Ellas convergen en considerar que la evaluación de la práctica permite afinar la teoría: confirmándola en algunos aspectos, en otros no y el producto final del análisis es un mayor entendimiento de la eficacia e ineficacia del programa. Es un proceso de especificación contextual que permite entender para quienes, en qué circunstancias, en qué tiempo y en qué aspectos el programa funciona o no y porqué. En efecto, de la evaluación surge mayor comprensión de “las ingredientes básicas y activas del cambio social” (Pawson y Sridharan).

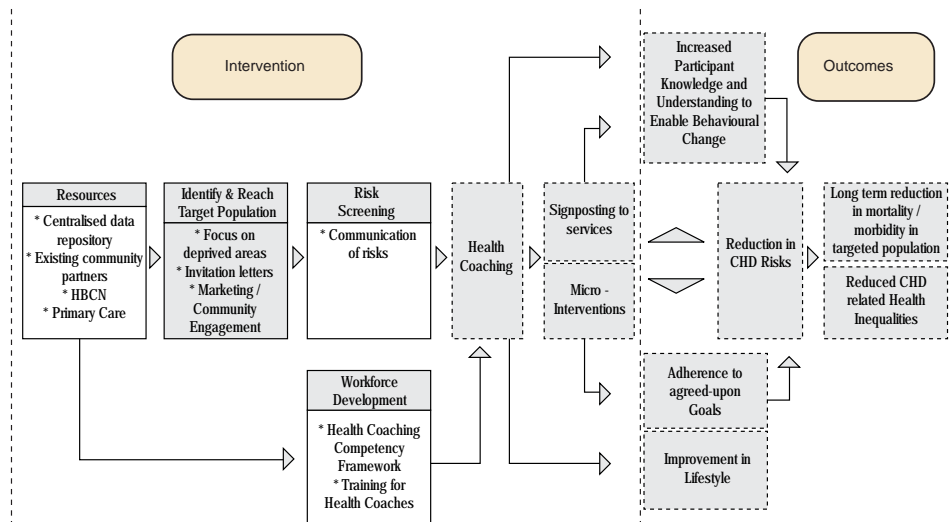
Respecto a los métodos, este tipo de evaluación conjuga lo cuantitativo, lo cualitativo y el análisis comparativo: en términos generales, los métodos cualitativos informan los procesos, los resultados son medidos por enfoques cuantitativos y los contextos exige la observación y medición comparativa.

En el ejemplo de Escocia, -que también fue analizado por Sridharan en el taller- el programa “Have a Heart Paisley” del Servicio Nacional de Salud planteó el objetivo de reducir las inequidades en salud cardiovasculares, focalizando los servicios de promoción de la salud en áreas con carencias sociales para romper el vínculo entre pobreza y mala salud. El programa se organizó para adicionar servicios de promoción y apoyo para adoptar conductas saludables en las comunidades más desfavorecidas con la idea de transferir las lecciones aprendidas a otras localidades. La teoría detrás del planteamiento fue la ley de cuidado inverso: la disponibilidad de servicios de salud de calidad tiene una relación inversa con las necesidades de salud de la población objetivo (mejores servicios en las comunidades de mayor posición socioeconómica). El primer paso de la evaluación, trabajado con los planificadores y gestores del programa, fue la extracción de su teoría o lógica, comenzando con el planteamiento del “ABC” del programa, de la siguiente manera:

- Los individuos en situación de múltiples desventajas frecuentemente no utilizan servicios disponibles para monitorear y prevenir enfermedades crónicas.
- La solución consiste en un conjunto complejo de servicios que incluyen detección, “coaching”, e intervenciones adicionales para informar y empoderar a los individuos en áreas vulnerables.
- Un programa que combina información de detección y el apoyo de un “coach” con servicios adicionales de otras intervenciones debía conducir al mejoramiento de los estilos de vida, resultando en la reducción de riesgos cardiovasculares en la población objetivo. Asimismo, de impactar logrando mayor equidad en salud.

La clarificación de la teoría del programa y sus etapas claves emergió en varias etapas de reflexión, hasta identificar los pasos desde el input-acciones-resultados-impactos.





El esquema de la teoría de "Have a Heart Paisley"

Luego se analizó cada uno de los pasos de esta intervención compleja, considerando que en cada eslabón de la cadena existía el potencial de una respuesta diferencial. El primero de ellos fue el mecanismo usado para llegar a la población objetivo: el envío de una carta, sustentada en la hipótesis cuestionable que sería una manera efectiva de comunicarse, que llegaría a los destinatarios, que ellos lo tomaría en cuenta, y que se motivarían a contactar los servicios.

Fue necesario priorizar los aspectos a evaluar, quedando finalmente, en tres preguntas: la visión de los gestores respecto a la capacidad del programa para enfrentar inequidades, la reacción de la población objetivo a los esfuerzos de contacto y el éxito del programa en contactar a las personas más desfavorecidas. Los métodos de evaluación combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas y la comparación entre grupos. El análisis fue multinivel, mirando el involucramiento de individuos y de áreas, definidos por su nivel de carencia. La conclusión fue que las personas de áreas más desfavorecidas tenían la misma probabilidad de participar en el programa que las de áreas de mayor ventaja, mientras que los individuos más desfavorecidos tenían menor probabilidad de hacerlo que aquellos de mejor situación. Es decir, no se cumplía la teoría del programa. No obstante, el análisis permitió explicar el fracaso y proporcionó valiosas lecciones sobre estrategias para contactar a los grupos en situación de desventaja que fueron útiles para la formulación de un nuevo programa.

Se estima que la ventaja del enfoque basado en la teoría para evaluar inequidades en salud es su foco en quiénes se involucran con el programa y quiénes no lo hacen. En este respecto, en el caso analizado se cuestionó el uso de cartas para estimular a las personas a tomar contacto con los servicios, pero también se señaló que las metas cortoplacistas sobre coberturas del programa constituyen un fuerte incentivo para atender a los "sanos preocupados" y otros grupos fáciles de alcanzar, en desmedro de los objetivos más difíciles de atender a las personas más desfavorecidas y más necesitadas. Para más información sobre la evaluación del programa de Paisley pueden consultar el sitio Web: <http://www.chs.med.ed.ac.uk/ruhbc/evaluation/hahpfinal/>





## 4.3 Red de Conocimiento de Condiciones Prioritarias de Salud Pública

Las Redes de Conocimiento (Knowledge Networks), organizadas en torno a temas prioritarios, constituyeron una de las vertientes de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para recopilar, analizar y promover el conocimiento global sobre modelos, intervenciones y prácticas efectivas y basadas en evidencia para informar acción sobre los determinantes sociales de la salud. La Red de Conocimiento sobre Condiciones Prioritarias de Salud (PPHC-KN), fue concebida como un proceso institucional de la propia Organización Mundial de la Salud. Surgió del reconocimiento de que algunos programas relacionados con materias importantes de salud no lograban llegar a los grupos más desfavorecidos. La PPHC-KN fue vista como una manera de sensibilizar e influir sobre dichos programas respecto a materias de equidad, especialmente de la salud de los más pobres.

El objetivo de la Red fue de mejorar el nivel y la distribución de salud en poblaciones mediante el fortalecimiento del enfoque de los determinantes sociales de la salud. Adicionalmente, la PPHC-KN apuntó a ampliar la definición de intervenciones de salud pública y la manera de organizar los servicios y programas. De modo que, se trató de innovar en el trabajo colaborativo dentro de OMS, promoviendo la gestión del conocimiento entre programas y las estructuras organizacionales; asimismo el involucramiento de la comunidad de salud pública. Es más proporcionó un portal de participación para los expertos que no podía formar para de los equipos de trabajo, llamados los nodos de la red. (PPHC-KN 2007).

Los objetivos específicos de la red fueron:

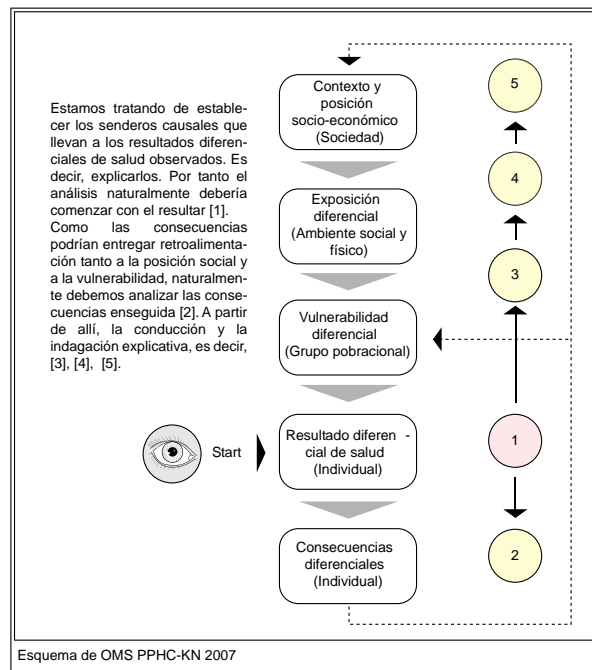
- Analizar un grupo de condiciones prioritarias de salud pública con el fin de identificar los determinantes sociales causantes de inequidades en los resultados de salud de la población.
- Proponer intervenciones y enfoques de implementación para mejorar las inequidades, incluyendo posibles cambios en la organización de los programas de salud pública.
- Integrar los productos del trabajo en las políticas y programación de la salud pública en general, y de OMS en particular.

El proceso de trabajo, en particular la posibilidad de trabajar en red, compartiendo información y conocimiento, fue provechoso y valorado como una experiencia positiva, logrando resultados diferentes y mejores que los obtenidos tradicionalmente. También permitió enfocarse en temas como la equidad y los determinantes sociales, relevantes para todos los programas, pero no fue posible analizarlos en profundidad en relación a los programas específicos.

En términos de contenido, los nodos apoyados por un secretariado técnico, utilizó un método de análisis que comenzó con las condiciones de salud para examinar la manera en que son influenciados por los determinantes sociales de la salud. Con ello, fue posible desarrollar un conjunto de ejemplos para mostrar las interconexiones entre programas.

Los programas participantes incluyen Alcohol, Enfermedades Cardiovasculares, Salud Infantil, Diabetes, Condiciones asociadas a alimentos, VIH/SIDA, Accidentes, Salud Maternal, Salud Mental, Enfermedades Tropicales, Salud Oral, Salud Sexual y Reproductiva, Tuberculosis y Tabaco.

El esquema a continuación representa las fases del análisis que se inicia con la identificación de los resultados diferentes en la salud, para luego revisar diferenciales en las consecuencias, antes de ir atrás a considerar las vulnerabilidades, exposiciones y finalmente el contexto y posición socio-económico. Con ello se busca establecer la cadena causal y los puntos de entrada para intervenciones.



En el curso del análisis, los programas de OMS resaltaron las limitaciones de la información actualmente disponible para el estudio de inequidades, a la vez de enfatizar la importancia del monitoreo y evaluación para el desarrollo de políticas y programas. El producto de esta reflexión fue un conjunto de recomendaciones para mejorar la base de evidencia para la formulación de políticas:

- Encuestas poblacionales diseñadas a capturar un rango más amplio de determinantes sociales, mayor número de condiciones y en particular información sobre las personas que no contactan a los servicios de salud.
- Los registros y procedimientos de recolección de datos deben ser diseñados para vincular determinantes sociales, incluyendo contexto, posición, exposición, vulnerabilidad, resultados de tratamientos y consecuencias.
- Procesamiento y presentación de datos para mostrar gradientes y no solo promedios o razones entre ricos y pobres.



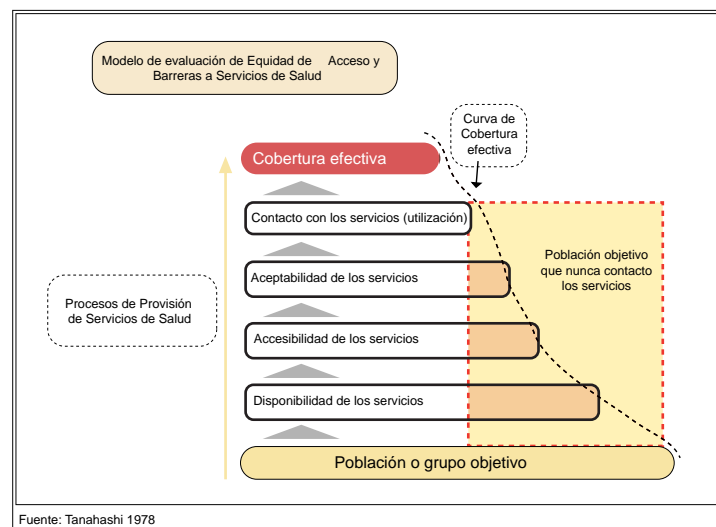
- Recursos para estudios epidemiológicos, sociales y operativos para llenar gaps en información y para responder las preguntas de “porqué” y “cómo” junto con las habituales sobre “qué” y “cuánto”.
- Significa reconocer la investigación multi-disciplinaria y la necesidad de fortalecer capacidades para asegurar la alta calidad.

Actualmente, los diferentes nodos continúan su trabajo y se espera la próxima publicación de un libro que recopila los reportes y que constituirá una herramienta importante para seguir y ampliar esta discusión en la comunidad de la salud pública, a la vez de iniciar una fase para accionar sobre los hallazgos.

## 4.4 Modelo de Cobertura Efectiva

Los servicios de salud que proporcionan los programas pueden ser analizados desde el modelo de cobertura efectiva, que se define como la fracción del máximo posible de ganancia en salud que un individuo con una necesidad en salud puede esperar recibir del sistema de salud. Este modelo busca identificar barreras y facilitadores del acceso, los aportes del análisis de equidad de acceso han incluido también el caracterizar aquella parte de la población objetivo que nunca contacta o utiliza los servicios y aquella que contacta pero no se beneficia y las causas de esta situación. Examinar las causas significa identificar las barreras para los grupos que no acceden y vincularlas a los determinantes sociales.

El modelo de cobertura efectiva fue descrito por Tanahashi en 1978, como una pirámide de cobertura con 5 peldaños a recorrer para asegurar a la población beneficiaria nominal los beneficios de los servicios (la cobertura efectiva). Fue retomado el 2005 por la OMS, en el Departamento de pobreza, equidad y determinantes Sociales, para estudios de equidad en el acceso a tratamientos anti-retrovirales para VIH en el África. Este modelo de análisis también fue integrada en otras líneas de trabajo de la agenda de equidad en salud, tales como comunas vulnerables y barrios vulnerables: equidad en el acceso.





Una primera dimensión a analizar es la **DISPONIBILIDAD** de los Servicios (oferta disponible). Ésta expresa qué recursos y en qué cantidad están disponibles para entregar o realizar una determinada prestación a la población objetivo. (Incluye el número de Centros de Salud, los profesionales y personal asociado a ellos, las tecnologías, ya sea equipamiento, fármacos, entre otros). En otras palabras, está relacionada con la capacidad del sistema de salud para responder a un determinado grupo que requiere dichos servicios. Los indicadores utilizados para medir esta dimensión incluyen la concentración de recursos en relación a la población, tales como la relación entre centros de salud y población, o médicos y enfermeras según población, y/o determinadas acciones o entrega de fármacos o lentes según población. En general, una primera brecha tiene que ver con las restricciones de recursos para cubrir toda la población objetivo. Pero también, estos indicadores de concentración de recursos son medidas teóricas, no dan cuenta de lo que ocurre en la realidad. Por ejemplo, lo entregado por el centro en fármacos u otras acciones, no asegura que esta distribución sea a todos los que lo requieren.

Una segunda dimensión, es la de la **ACCESIBILIDAD** de los Servicios. Ésta se refiere a la forma en que estos recursos están accesibles para la población. Ya que puede existir disponibilidad de recursos, infraestructura, y recursos humanos, pero no necesariamente la población accede a ellos. Hay tres dimensiones relevantes de accesibilidad: Accesibilidad física, Accesibilidad financiera y Accesibilidad administrativa -organizacional. Desde la accesibilidad física, nos estamos refiriendo a la distancia de los centros de salud y/o postas rurales; junto a ella debemos considerar el tiempo de transporte real, que está asociado a la disponibilidad y tipo de transporte, calidad de las rutas y caminos, entre otros. Se ha visto que el tiempo de transporte, sumado al tiempo de espera en el centro de salud para ser atendido presenta una gran correlación con la percepción de la población del estado de accesibilidad real y de satisfacción. Uno de los indicadores más usado en esta materia ha sido el tiempo de transporte real asociado a la distancia. Sin embargo, el “valor del tiempo” (oportunidad del costo del tiempo) será diferente para los distintos grupos sociales, dependiendo de su autonomía, responsabilidad con terceros, empleo-desempleo, aspectos familiares y sociales, entre otros.

Los problemas de accesibilidad financiera tienen que ver con las barreras asociadas a la disponibilidad de recursos y los gastos asociados a ellos, tales como los del transporte, gastos de bolsillo (por ejemplo, compra de exámenes que no estuvieron disponibles en los tiempos requeridos dentro del sector público o compra de medicamentos), entre otros.

Desde la accesibilidad administrativa-organizacional, se refiere a aspectos tales como la inscripción, la acreditación de beneficiario FONASA, los procedimientos establecidos para el otorgamiento de horas, exámenes u otros beneficios sociales requeridos.

Una tercera dimensión se refiere a la **ACEPTABILIDAD** por parte de la población de las prestaciones ofrecidas y del modelo de atención, es decir, que a pesar de que los recursos estén disponibles y accesibles para la población, estos no son usados por ellos. Esto tiene una estrecha relación con la aceptación de la población sobre todo en los temas de acciones preventivas, promocionales y de continuidad de la atención (adherencia).

Las barreras de aceptación están principalmente basadas en aspectos no financieros, tales como aspectos culturales, creencias, religión, género, redes sociales y también hay un elemento valórico asociado al pago. Además, existen herramientas de satisfacción al usuario que sería útil incorporar en esta área, pero lamentablemente gran parte de ellas se circunscriben a la población que contacta el servicio, y por ende,



seguimos desconociendo las razones de no aceptación de quienes nunca contactaron o demandaron los servicios. En esta dimensión se puede considerar la satisfacción de los usuarios con respecto a la organización de los servicios, en lo que se refiere a distribución de horarios, privacidad, trato digno y relaciones, entre otros. Para explorar y entender las barreras y facilitadores asociados a la aceptabilidad y satisfacción de la población con el sector, sería adecuada la utilización de metodologías cualitativas y participativas, debiendo considerar la heterogeneidad de las realidades e intereses de los diferentes grupos objetivos.

La cuarta dimensión está referida a CONTACTO con el servicio, algo similar a lo conocido como utilización de servicios, que dice relación con la proporción de la población que toma contacto con los servicios. Pero tomar contacto con el servicio no implica necesariamente “cobertura efectiva.” Se entiende por cobertura efectiva como la proporción de la población que completan totalmente la recomendación a un tratamiento, programa (o estándar definido para un conjunto de actividades). Por ejemplo, en el caso de tratamiento a TBC, se refiere a las personas que han completado la totalidad del tratamiento. Esta definición es útil tanto para las acciones de salud sobre las personas, así como para las acciones de salud pública o de base poblacional.

A la vez un tema central a analizar desde la perspectiva de las personas y acceso, es la resolutivez real de su problema, que implica en muchas ocasiones la derivación a otros centros, en otros lugares, y para esto el análisis de barreras debe considerar el análisis de cada una de las dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto, cobertura efectiva) para dicha instancia específica.

Como se evidencia en el esquema del modelo de cobertura efectiva, hay grupos importantes de la población objetivo que se pierden en “el proceso de acceso”, esto se ve reflejado en el recuadro sombreado, que corresponde a los grupos que no toman contacto con el servicio o lo hacen en forma infrecuente. Estos corresponden habitualmente a los grupos socialmente excluidos. Ellos generalmente no participan en las actividades del sistema de salud, ni en las actividades de vigilancia y promoción de la salud.

Desde la perspectiva de equidad, la principal tarea es identificar la población que no toma contacto, la “no visible”: Saber Quiénes son; Dónde están; Por qué no acceden; Cuáles son sus barreras y facilitadores de acceso. Este saber requiere de herramientas metodológicas complementarias cuantitativas, cualitativas y participativas, en particular que involucren a los equipos locales.

El modelo de cobertura efectiva de Tanahashi es útil para poder identificar para cada etapa clave del programa, las explicaciones de por qué algunos grupos acceden y se benefician y otros no lo hacen, es decir las diferentes barreras y facilitadores operantes.

**Barreras:** bajo este modelo se entiende por barreras aquellos factores que obstaculizan que la población objetivo del programa o el servicio de salud ofrecido haga uso apropiado del mismo (o un segmento de ella). Tienen como efecto que disminuye la cobertura efectiva teórica de un servicio, o el resultado solo se concreta para algunos grupos. En consecuencia, el impacto del programa en la población es menor que lo esperado y existen situaciones de inequidad.

**Facilitadores:** Aquellos factores que ayuden a que la población objetivo haga uso apropiado del programa, incluyendo los que permiten superar las barreras de acceso y el uso efectivo.





Tipo de barrera	Definición	Ejemplos
Disponibilidad	La relación entre el volumen y tipo de servicios existentes y el volumen y necesidades de la población objetivo.	Inexistencia de servicios del programa o insuficiencia de recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura. Requiere generar recursos suficientes.
Accesibilidad	Factores que obstaculizan que los individuos o grupos poblacionales específicos utilicen la oferta programática. Se agrupan en accesibilidad física, accesibilidad financiera, accesibilidad organizacional o administrativa.	Física: distancia, existencia de transporte, tiempo de transporte real, conectividad, distancia Financiera: Costo de transporte, gasto de bolsillo (co-pagos, medicamentos), pérdida de ganancia (perder un día de trabajo) Organizacional/Administrativa: Horarios de atención, requisitos administrativos para atención, modalidad de obtener horas, quien ofrece o entrega el servicio.
Aceptabilidad	El grado en que la población o grupos sociales específicos aceptan los servicios, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que hagan uso de ellos. Para conocerlas hay que preguntar a la propia comunidad.	Asociados a factores sociales, culturales e históricos, religiosas, redes sociales, a las creencias, normas y valores existentes. Trato. Por ejemplo, respecto a los servicios de salud sexual los adolescentes piden privacidad, anonimato y autonomía.
Utilización adecuada	Estas barreras tienen que ver con el “contacto” del individuo o grupo con el servicio o programa. Se debe indagar en los factores que influyen en este contacto y afectan la adherencia.	Respecto a la adherencia: falta de conciencia de enfermedad, indicaciones pocas claras, mala relación con el equipo de salud, percepción sobre la eficacia del tratamiento.



## 5. Métodos para medir inequidades en salud

Es importante tener presente que por los tiempos breves del proceso, los métodos de revisión de los programas consideran el uso de información cuantitativa actualmente disponible en estadísticas, registros, estudios, y de encuestas, además de datos cualitativos provenientes de la experiencia de los integrantes del nodo y de la consulta a otros actores. En esta sección se resume algunas medidas epidemiológicas simples para especificar para quienes el programa resulta y para quienes no, es decir las diferencias en la utilización y resultados del programa, según los subgrupos prioritarios. Corresponden a medidas de inequidades en salud que requiere una medida de salud y una medida de posición socioeconómica, etnia o género. La medición de desigualdades involucra la comparación de un indicador de salud o un factor en uno o más grupos en desventaja con el mismo indicador en grupo (o grupos) más favorecido. El cuadro a continuación describe algunas medidas simples que los nodos pueden usar en el análisis de los subgrupos.

Medida	Fórmula de Cálculo	Interpretación	Fortalezas
Distribución % de casos y población por grupo social	Distribución % de casos según grupo social y en la población. Ej. % de muertes infantiles y % de nacimientos, según grupos de escolaridad.	Las diferencias en proporciones de los que acceden y de ellos los que se benefician deben considerar las diferencias en necesidades. Si es menor que lo esperado según el nivel de necesidad, probablemente existe una situación de inequidad.	Presentación simple de desproporciones que reflejan cargas desiguales de problemas de salud en los diferentes grupos sociales y las barreras diferentes que enfrentan para acceder o beneficiarse. Permite ver el tamaño del grupo social en la población.
Tasas específicas por grupo social	Casos de cada grupo social en la población en riesgo de cada grupo social x amplificador. Ej. muertes infantiles de cada grupo de escolaridad materna por mil nacidos vivos de cada grupo de escolaridad materna.	La tasa específica de cada grupo social representa la probabilidad del evento (el riesgo) de ese grupo social.	Las tasas específicas, especialmente su presentación gráfica, permiten observar la gradiente social en salud.
Razón casos observados y casos esperados	Se estima los casos esperados de cada grupo social (considerando su necesidad) y se relaciona con los casos observados.	La relación de casos observados /casos esperados permite ver si el acceso o los resultados de los servicios corresponde a lo esperado según la necesidad del grupo. Si la razón es 1 lo observado es = a lo esperado.	Comparación simple de las diferencias con lo esperado en el programa.
Riesgo Absoluto	Tasa del grupo social bajo – Tasa del grupo social alta (o la tasa promedio)	La diferencia absoluta mide el tamaño de las diferencias en las tasas debido a la “exposición” de pertenecer al grupo social.	Es un indicador de la magnitud del problema, que refleja su importancia para la salud pública.
Riesgo Relativo	Tasa del grupo social específico/ Tasa del grupo social en mejor situación (o la tasa promedio)	La diferencia relativa mide la magnitud del efecto de la exposición en la probabilidad del fenómeno medido (cuantas veces aumenta o baja en relación al grupo de referencia)	Es considerado un mejor indicador del efecto causal que la diferencia absoluta.



Las fuentes de información existentes con datos cuantitativos relativos a cada etapa clave del programa pueden incluir:

- Población
- REM de programas
- Otros registros de programas (indicadores)
- Hospitalizaciones
- Estadísticas de morbilidad y mortalidad
- Encuestas que analizan el uso de servicios, incluyendo la Encuesta CASEN
- Encuestas que reportan sobre el estado de salud y calidad de vida, como la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud

Para poder hacer el análisis por subgrupo esta información debe ser posible de desagregar según subgrupo. En general la información del sector permite analizar diferencias por sexo y territorio. De manera que la información disponible puede ser insuficiente para comparar el los subgrupos de interés, especialmente por posición socioeconómica o etnia.

- Alternativa de Análisis: Comparaciones entre comunas seleccionadas según vulnerabilidad u otra medida de posición social

Una alternativa de análisis consiste hacer la comparación entre grupos de comunas seleccionadas según grados de vulnerabilidad o posición social de la población de la comuna. Se agrupan las comunas que representan de alguna manera los diferentes subgrupos a analizar, sea por vulnerabilidad, ingreso, o etnia.

Por ejemplo, se puede elegir una comuna con una alta presencia indígena y compararla con otra donde está grupo es menos prevalente. O se puede elegir aquellas comunas caracterizadas por nivel bajo de ingreso y compararlas con aquellas de mayores ingresos. Esto es factible realizarlo a partir de la Encuesta CASEN 2006. Además la encuesta presenta los datos educación, pobreza, ingresos, etnias, mortalidad infantil, entre otros por comunas.

Actualmente, la Subsecretaría de Salud Pública ha desarrollado un índice de vulnerabilidad, para ordenar las comunas según vulnerabilidad social, con el cual se identificaron las 92 comunas vulnerables. Con ello se podrá seleccionar un grupo de comunas con diferentes niveles de vulnerabilidad y comparar el funcionamiento del programa en ellas. El equipo de comunas vulnerables de la Subsecretaría de Salud Pública puede orientar el nodo respecto a la selección de las comunas.

De hacer el análisis comparando comunas, los equipos de las SEREMIS y las mismas comunas pueden apoyar al nodo en el análisis. Si la información cuantitativa del nivel local lo permite, se podrá intentar diferenciar los subgrupos sociales considerados prioritarios por el programa y calcular las medidas siguiendo las orientaciones de la guía. Si no es posible se compararán las diferencias comunales en acceso, resultados y los indicadores del programa. En la interpretación de los resultados es fundamental la participación de los equipos locales.

## 6. Referencias

Avendaño M.

Measuring Inequalities in health. Presentation. Residential course on Health Inequalities in Europe. European Educational Programme in Epidemiology. Florence. Italy. June 2008.

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.

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](http://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.



#### IEG

International Program for Development Evaluation Training (IPDET)

Course Modules. Independent Evaluation Group at the World Bank, in partnership with the Faculty of Public Affairs and Management at Carleton University. 2008.  
<http://www.ipdet.org/page.aspx?pageld=programInfo>

Krieger N.

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

Mackenbach J. and Kunst A.

Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. . ): 757-771, March 1997.

Mackenbach J.

Residential course on Health Inequalities in Europe. European Educational Programme in Epidemiology. Florence. Italy. June 2008.

Mark, Henry, Julnes G.

Evaluation: an Integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Policies and Programs. Jossey-Bass. San Francisco. 2000

Marín F. Delgado I. Guerra M. y Jadue L.

Consultoría Revisión de literatura y experiencias nacionales e internacionales en evaluación de políticas en salud. División de Planificación Sanitaria. MINSAL. 2006.

#### 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.

#### OECD DAC

Principles for Evaluation of Development Assistance. Paris. 1986.  
[www.oecd.org/dataoecd/31/12/2755284.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/31/12/2755284.pdf)

Orientaciones metodológicas para el trabajo de comunas Vulnerables: equidad de acceso y superación de barreras. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud 2009.

Pawson R, Sridharan S.

Theory-driven Evaluation.



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.

Rogers, PJ.

Program theory: Not whether programs work but how they work. In DL. Stufflebeam, GF. Madaus, & T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation models* (pp. 209-232). Boston: Kluwer Academic. 2000.

Shaw M. Galobardes B. Lawlor DA. Lynch J. Wheeler B. Davey Smith G.

The handbook of inequality and socioeconomic position. The Policy Press. Bristol. 2007.

Sridharan S, Gnich W, Moffat V, Bolton J, Harkins C, Hume M, Nakaima A, MacDougall I, and Docherty, P. (2008)

Evaluation of Primary Prevention Intervention: Have a Heart Paisley Phase 2. Glasgow : NHS Health Scotland. 2008. [www.chs.med.ed.ac.uk/ruhbc/evaluation/hahpfinal](http://www.chs.med.ed.ac.uk/ruhbc/evaluation/hahpfinal)

Sridharan S.

Making Evaluation Matter. ScotCen Seminar. 24 April 2008.

[www.natcen.ac.uk/natcen/pages/news\\_and\\_media\\_docs/SS\\_Scotcen\\_1.pps](http://www.natcen.ac.uk/natcen/pages/news_and_media_docs/SS_Scotcen_1.pps)

Solar O. Irwin A. 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.

Tanahashi T.

Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295-303

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.

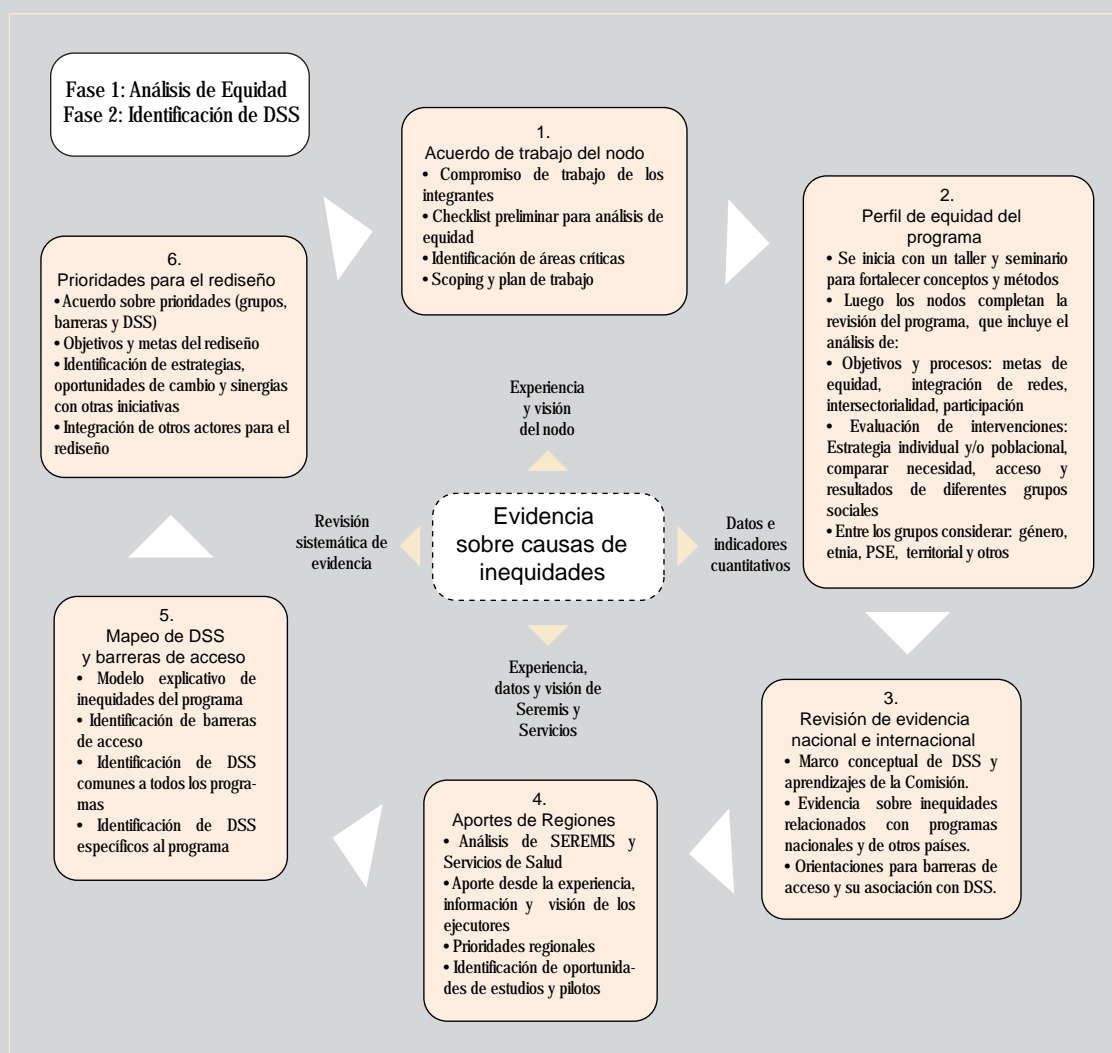
White 1978

Whitehead M.

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

## 7. Anexo

### 7.1 Ciclo de revisión del programa







## 7.2 Glosario de términos

**Barreras de acceso:** En el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi se entiende por barreras aquellos factores que obstaculizan que la población objetivo de un servicio de salud ofrecido o de una garantía social haga uso apropiado del mismo y que disminuyen la cobertura efectiva de un servicio de salud o prestación.

**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).

**Equidad en Salud:** La ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales, consideradas innecesarias, evitables e injustas (Whitehead 1991). Dado que el sector salud debe velar porque todas las personas alcancen su potencial de salud, toda diferencia en este ámbito entre grupos de la población o territorios, que sean innecesarias y evitables, se constituye una situación injusta. Por ende, la intervención de estas situaciones para reducirlas y eliminarlas se constituye en un mandato ético.

**Evaluación:** "Evaluación es el proceso de determinar el valor o significado de una actividad, política o programa." Es una valoración, lo más sistemática y objetiva como sea posible, de un proyecto, programa o política planificado, en ejecución o finalizado, su diseño, implementación y resultados. El fin es determinar la relevancia y logro de los objetivos, la eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad del desarrollo" (OECD 1986)

**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.

**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 salud, es importante poder articular la respuesta de otros sectores (CSDH 2007).

**Monitoreo:** Una función continua que utiliza la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos para proporcionar indicios del grado de progreso y logro de objetivos y avance en el uso de recursos asignados (OECD).

**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).

Población objetivo: se refiere a la población candidata a hacer uso ya sea de un servicio de salud o de garantías sociales de otros sectores, se trata de la población para quien está destinado el servicio o la garantía.

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



