

***Proceso formativo en equidad en salud en
España:
Integración del enfoque de determinantes
sociales de la salud y equidad en las
estrategias, programas y actividades de salud***

La traducción al español de este documento ha sido co-financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Unión Europea en el marco de la Equity Action.

Cita sugerida: Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Swift T. Proceso formativo en equidad en salud en España: Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las estrategias, programas y actividades de salud.

Este documento es parte de la Serie de Discussion Papers de la OMS sobre Determinantes Sociales en Salud (DSS). La versión en inglés está disponible como Discussion Paper 9 en: http://www.who.int/social_determinants/publications/en/
Edición en español en curso.

Proceso formativo en equidad en salud en España: Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las estrategias, programas y actividades de salud

Resumen Ejecutivo

Durante 2010-2011, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) de España llevó a cabo un proceso formativo para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPA) de salud. Este proceso se enmarca dentro de las líneas de acción de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud elaborada por el Ministerio y refleja el interés en promover y desarrollar herramientas para avanzar hacia el concepto de Salud en todas las Políticas.

La metodología utilizada en España se desarrolló basándose en la experiencia del Ministerio de Salud de Chile de 2008-2009 para la revisión y rediseño de los programas de salud hacia una mayor equidad en salud. Tanto la iniciativa chilena como la española han tenido en cuenta el trabajo realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. El proceso formativo recibió el apoyo técnico de la Oficina Regional europea de la OMS y del Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas.

El objetivo general del proceso formativo español fue capacitar a profesionales que trabajaban en áreas clave para la reducción de las desigualdades en salud del MSSSI (nivel nacional), de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (nivel regional) y de otras instituciones clave para la equidad en salud¹.

Los objetivos específicos del proceso formativo fueron:

- Proporcionar a los participantes conocimientos teóricos sobre equidad en salud, los determinantes sociales de la salud y los ciclos de revisión de programas.
- Capacitar metodológicamente a los participantes para la revisión y reformulación de las Estrategias, Programas y Actividades (EPA) de salud desde el enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud.
- Elaborar una guía que recogiera y sintetizara la metodología utilizada, el material de apoyo, las lecturas recomendadas y la propia experiencia de la formación.

La guía —titulada “Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud”— se publicó en 2012 con el objetivo de sensibilizar a los profesionales del sector salud y de otros sectores cuyas políticas tienen impacto en la salud de la población, sobre el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en salud, y proporcionar una herramienta

¹ Otras instituciones clave para la equidad incluidas en este proceso fueron los ayuntamientos y la sanidad penitenciaria.

práctica que facilitase la integración efectiva de la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPA) que se llevan a cabo. La guía está disponible en inglés y en español².

Este documento trata de describir los métodos y el proceso seguido en esta formación en equidad en salud destacando algunos de los resultados de la experiencia española y de las lecciones aprendidas durante la misma. Además, pretende contribuir a la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud respaldando específicamente el área prioritaria sobre *la reorientación del sector de la salud hacia la reducción de las desigualdades en salud, incluyendo el avance hacia una cobertura universal de la salud accesible, asequible y de buena calidad para todos*.

El proceso de revisión y rediseño de las EPA clave en salud constó de dos partes:

1. Análisis de conceptos clave, marcos y definiciones como por ejemplo: la producción social de la salud y la enfermedad, el marco de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, el sistema de salud como un determinante social de la salud, la intersectorialidad, la participación social, la equidad en salud, el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, y modelos teóricos para la revisión de programas, incluyendo la teoría del programa.

2. Integración del enfoque de los determinantes sociales de la salud y de equidad en salud en las EPA, que comprende, a su vez, tres actividades principales:

2.1 Lista de chequeo para el análisis preliminar de Equidad de la EPA que revisa nueve áreas: objetivos, población objetivo, evaluación de necesidades en salud de las personas, análisis de las intervenciones, implementación, intersectorialidad, participación social, resultados esperados y desafíos de equidad.

2.2 Ciclo de revisión en 5 pasos, definido en la Guía Metodológica española con el acrónimo **E-QU-I-D-A-(D)**

Paso E: Entender la EPA

Paso QU: Identificar QUIénes acceden y se benefician de la EPA

Paso I: Identificar barreras y facilitadores

Paso D: Asociar los Determinantes sociales de la salud

Paso A: Acordar el plan de rediseño

2.3 El último paso, reDiseño, (E-QU-I-D-A)-**D**

Paso Re-**D**: implementación del plan de revisión y rediseño

Este documento incluye un apartado con lecciones aprendidas, basadas en la experiencia de España, en el que se describen los aspectos más relevantes para la replicabilidad del proceso:

² Versión en español:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPA.pdf

Versión en inglés:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf

- Criterios para la selección de las EPA, participantes y equipos de trabajo;
- Organización del proceso formativo (presencial y *online*);
- Incluir la formación como parte integrada de las estrategias del gobierno para la reducción de las desigualdades en salud;
- Integrar el enfoque de equidad en los actuales procesos de evaluación, diseño y revisión de las EPA.
- Disponer de los recursos y herramientas necesarios, y asegurar su sostenibilidad.

Resumiendo los puntos clave de este apartado, es importante destacar:

- la utilidad de una metodología que combina el aprendizaje y la acción a través de presentaciones, lecturas, ejercicios, discusiones y foros de debate, lo cual promueve un aprendizaje progresivo de los conceptos;

- la importancia de la interdisciplinariedad, de la intersectorialidad y de la participación social en la composición de los equipos de trabajo, puesto que estos aspectos son necesarios para un proceso ideal de revisión de la equidad (en el proceso español, la integración de estos elementos fue un punto débil en la revisión y el rediseño de las EPA);

- el alto nivel de compromiso político requerido tanto para facilitar todo el proceso como para contribuir a su sostenibilidad y a que la equidad se incorpore transversalmente. No obstante, aunque no exista un alto nivel de apoyo político, el proceso también puede contribuir a la sensibilización, a crear una masa crítica para el cambio y a apoyar la transición desde un enfoque biomédico hacia un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud.

En conclusión, es importante poder disponer de metodologías prácticas y efectivas que permitan la integración de un enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en salud en las EPA, no sólo en la revisión y reorientación de las EPA ya existentes sino también en el diseño de las nuevas EPA. La metodología descrita en este documento puede apoyar estos objetivos y, por otra parte, es también útil como un proceso integral que contribuye a mejorar las EPA.

Uno de los valores principales de esta experiencia innovadora a nivel internacional es su transferibilidad: La experiencia española ha probado la transferibilidad de la metodología chilena, si bien es necesaria una adaptación al contexto nacional.

Además, basándose en la experiencia española, y siguiendo la *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*, la Oficina regional de la OMS para Europa, en colaboración con el Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz de la Universidad de Alicante (Centro Colaborador de la OMS sobre Inclusión Social y Salud) y con el Ministerio español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está llevando a cabo un proceso formativo en equidad para la reorientación de estrategias, programas y actividades relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, cuya finalidad es promover una mayor equidad en salud con una atención explícita pero no exclusiva a la población gitana.

Por último, señalar que es necesario contar con trabajos adicionales que desarrollen mecanismos concretos y herramientas de apoyo a la planificación y la evaluación de la equidad en salud, primero en el sector salud, y más adelante en otros sectores con impacto en la salud.

1. Introducción

Entre noviembre de 2010 y septiembre de 2011, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, llevó a cabo un proceso formativo para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPA) de salud. El objetivo principal de este proceso fue capacitar profesionales del MSSSI, Comunidades Autónomas y otras instituciones clave³ para integrar la equidad en salud y los determinantes sociales de salud en un conjunto de EPA seleccionadas. Las metodologías utilizadas en el proceso formativo de España se basaron en la experiencia del Ministerio de Salud de Chile de 2008-2009 para la revisión y rediseño de los programas de salud hacia una mayor equidad en salud. Tanto la iniciativa chilena como la española han tenido en cuenta el trabajo realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

El propósito de este documento es describir los métodos y el proceso utilizados en España para la capacitación sobre equidad en salud, resaltar algunos de sus resultados y describir las lecciones aprendidas en la experiencia española. El documento se divide en los siguientes apartados:

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Objetivo general y objetivos específicos del proceso español
4. Metodología: introducción y etapas
5. Metodología: contenidos
6. Lecciones aprendidas de la experiencia española
7. Conclusiones

Este documento pretende contribuir a la base de evidencia mundial y al intercambio de información entre países, constituyendo así un apoyo a la implementación de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud⁴. En concreto, la información contenida en este documento respalda el área prioritaria de la Declaración sobre *la reorientación del sector de la salud hacia la reducción de las desigualdades en salud, incluyendo el avance hacia una cobertura universal de la salud accesible, asequible y de buena calidad para todos*.

2. Antecedentes

El proceso formativo en España fue organizado, coordinado y financiado por el Área de Promoción de la Salud, dentro de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; esta iniciativa es fruto del trabajo, cada vez más

³ Otras instituciones clave para la equidad incluidas en este proceso fueron los ayuntamientos y la sanidad penitenciaria

⁴ Más información sobre la Declaración Política de Río disponible en: <http://www.who.int/sdhconference/background/en/>.

sistematizado, que se viene realizando en España en el área de determinantes sociales de la salud y equidad en salud y cuyos principales hitos incluyen:

- El nombramiento en 2008 de una Comisión nacional de expertos para la reducción de las desigualdades sociales⁵ en salud en España.
- La elaboración por la Comisión arriba mencionada de un informe de recomendaciones sobre las políticas y las intervenciones que deberían ponerse en marcha para reducir las desigualdades en salud en España, que contiene una propuesta de 166 recomendaciones específicas para el corto, medio y largo plazo (1).
- La priorización de la equidad en salud, bajo el título “Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud”, en la Presidencia Española de la Unión Europea que tuvo lugar en el primer semestre de 2010 y la adopción, respaldada por la Presidencia española, de las Conclusiones del Consejo sobre “Equidad y salud en todas las políticas: solidaridad en salud” (2).
- El desarrollo y adopción de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud por parte del Gobierno, y el posterior establecimiento de las líneas de acción prioritarias, acordadas con las Comunidades Autónomas, para implementar la estrategia a nivel nacional y regional.
- La incorporación de la “salud en todas las políticas” y de la “equidad” como principios generales en la primera Ley de Salud Pública de España (Ley 33/2011), que incluye la monitorización de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en el sistema de información de salud pública y convierte en obligatorias la evaluación de impacto en salud para “normas, programas y proyectos que tengan un impacto significativo sobre la salud”.
- El compromiso del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la mejora de la salud de la población en situación de exclusión social, a través de iniciativas como el estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y a población general (3), el Plan de Acción para el desarrollo de la población gitana en España 2010-2012 (4) y, más recientemente, la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la población gitana en España 2012-2020 (5).

El proceso formativo se desarrolló en el marco de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (tabla 1), dentro de la línea estratégica B: Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando en el concepto de “salud y equidad en todas las políticas”.

⁵ La palabra desigualdades se emplea aquí como sinónimo de inequidades y tiene, por tanto, la misma connotación: diferencias en salud que son injustas y evitables.

Tabla 1. Pilares de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud

A. Desarrollar sistemas de información sobre la equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas.

- Red estatal de vigilancia de equidad en salud
- Evaluación del impacto en salud de políticas públicas
- Informe sobre las desigualdades en salud en España

B. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando en el concepto de “ salud y equidad en todas las políticas”

- Creación de órganos intersectoriales
- Inclusión de objetivos específicos (relevantes para la equidad) en los planes de salud
- Formación en equidad en salud dentro del sector salud
- Sensibilización sobre la importancia de combatir las desigualdades en salud

C. Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños y niñas independientemente de las condiciones de sus padres o cuidadores

- Apoyo integral a la infancia (equidad desde el principio)

D. Desarrollar un plan de visibilización política de la Estrategia de Equidad en salud y los Determinantes Sociales de Salud (DSS)

- Plan de sensibilización y visibilización política

El proceso formativo español ha recibido el apoyo técnico de la Oficina Regional para Europa de la OMS y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la OMS para las Américas. Ambas iniciativas, tanto la chilena como la española, han tenido en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS para la integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en salud en las áreas de trabajo prioritarias de salud pública.

La OMS ha seguido el desarrollo e implementación de este proceso formativo documentando los principales aprendizajes para poder difundirlos a otros países en sus acciones de seguimiento.

3. Objetivos del proceso formativo español

El objetivo general del proceso formativo español en equidad en salud fue la capacitación de profesionales del MSSSI (nivel nacional), Consejerías de salud de las Comunidades Autónomas (nivel regional) y otras instituciones clave⁶ para la equidad en salud.

Los objetivos específicos del proceso fueron:

1. Proporcionar a los participantes conocimientos teóricos sobre equidad en salud, los determinantes sociales de la salud y ciclos de revisión de programas.

⁶ Otras instituciones clave para la equidad incluidas en este proceso fueron los ayuntamientos y la sanidad penitenciaria

2. Capacitar metodológicamente a los participantes para la revisión y reformulación de las Estrategias, Programas y Actividades (EPA) de salud desde el enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud.

3. Elaborar una guía que recogiera y sintetizara la metodología utilizada, el material de apoyo, las lecturas recomendadas y la propia experiencia de la formación.

La guía —titulada “Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud”— se publicó en 2012 y está disponible en inglés y español⁷.

4. Metodología: introducción y etapas

El proceso formativo español para integrar la equidad en salud fue llevado a cabo durante un periodo de 10 meses utilizando una metodología mixta de talleres presenciales y trabajo *online*. El equipo de coordinación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad planificó el proceso formativo y su adaptación al contexto español basándose en los métodos, enfoques y herramientas desarrolladas e implementadas por el Ministerio de Salud de Chile.

El proceso fue pensado para una selección de profesionales que trabajaban en áreas clave para la reducción de las desigualdades en salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (CCAA), y de otras instituciones clave. Los participantes fueron designados por las Direcciones Generales correspondientes, en el caso del MSSSI, y por las Direcciones Generales de Salud Pública a nivel regional y local.

Durante el proceso, los participantes fueron divididos en dos grupos: un grupo con los profesionales del MSSSI (nivel nacional) y otro grupo con los profesionales de CCAA y otras instituciones clave (nivel regional y local). Los participantes se organizaron en equipos de trabajo; cada equipo, compuesto por un mínimo de dos personas y un máximo de nueve, fue animado a consultar con otros grupos más interdisciplinarios e intersectoriales relacionados con su área de trabajo. Finalmente, de los trece grupos de trabajo formados, diez completaron todo el proceso trabajando en las siguientes áreas temáticas: infancia, VIH/sida, cáncer, alimentación saludable y actividad física, colectivos vulnerables, cribado de cáncer colorrectal, jóvenes, tabaco, escuela y ciudades saludables. Estas áreas temáticas fueron seleccionadas en función de varios factores, incluyendo a) su relevancia para la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, b) el interés manifestado para la revisión de un determinado programa por parte de los responsables del mismo y c) la oportunidad de realizar paralelamente el re-diseño de un programa cuya revisión estuviera en marcha en ese momento.

⁷

Versión en español:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPA.pdf

Versión en inglés:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf

El proceso de formación fue planificado en tres etapas, comenzando en agosto de 2010 y finalizando en junio de 2012.

1) La primera etapa conllevó, por un lado, la planificación y la definición conjunta de las actividades específicas y del cronograma por parte de las expertas chilenas y del equipo coordinador del MSSSI y, por otro, la elaboración de los materiales formativos adaptados al contexto español, que utilizarían los participantes en el proceso.

2) Durante la segunda etapa, tuvo lugar el proceso formativo en sí, que se desarrolló a través de un método de enseñanza que combinó cuatro talleres presenciales con aprendizaje *online* (*e-learning*) entre los talleres, lecturas recomendadas, tareas, tutorías y asesoría *online*.

3) La tercera etapa comprendió la elaboración de la documentación, evaluación y retroalimentación del proceso por parte de los equipos participantes. En esta etapa se elaboró también la guía metodológica para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades en salud.

5. Metodología: contenidos

La metodología para la revisión y el rediseño de las EPA clave en salud consta de dos partes:

- 1) Revisión de los conceptos clave
- 2) Integración del enfoque de los Determinantes Sociales de Salud y la equidad en salud en las EPA, que comprende, a su vez, tres actividades principales:
 - 2.1 Lista de chequeo para el análisis inicial de Equidad
 - 2.2 Ciclo de revisión en 5 pasos, definido en la Guía Metodológica española con el acrónimo **E-Qu-I-D-A-(D)**
 - 2.3 El último paso, rediseño: Re-**D**, la última “D” de EQUIDAD: (E-Qu-I-D-A) **D**

Estas dos partes se explican en mayor detalle a continuación.

5.1 Revisión de los conceptos clave (parte 1)

Durante el primer taller, los participantes revisaron los marcos, conceptos clave y definiciones relacionadas con la equidad en salud, los determinantes sociales de la salud y los modelos de revisión de programas. La parte inicial de la formación proporcionó una visión general de:

- La producción social de la salud y de la enfermedad
- El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS
- El sistema de salud como un determinante social de la salud
- La intersectorialidad
- La participación social
- La equidad en salud y la atención médica
- El modelo de Tanahashi para la cobertura efectiva

- Los modelos teóricos de revisión de programas, incluida la teoría del programa.

La teoría de programa ha sido descrita por Rogers como la representación de los mecanismos por los cuales se entiende que las actividades de un programa contribuyen a los resultados esperados, en el corto, medio y largo plazo (8). En otras palabras, la teoría del programa responde a las preguntas de por qué y cómo un programa marca la diferencia. Durante el primer taller, se discutió extensamente sobre la teoría del programa (abarcando la relación existente entre las diferentes actividades, el contexto, los *inputs*, productos y resultados). Dado que cada EPA tiene una teoría subyacente en la que está basada y que, habitualmente, esta no se explicita ni de forma escrita ni con figuras o gráficos, en la mayoría de los casos, la teoría de una EPA sólo puede deducirse parcialmente de sus metas y objetivos, lo que implica un importante proceso de reflexión. Al mismo tiempo, desde la perspectiva de equidad en salud y de los determinantes sociales de la salud, la construcción de una nueva teoría de las EPA sólida y que incorpore explícitamente la equidad es crucial porque, de lo contrario, las EPA pueden, en sí mismas, contribuir a mantener o incluso a aumentar las desigualdades a lo largo de todo el gradiente social afectando, sobre todo, a los subgrupos más desfavorecidos.

5.2 Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en salud en las EPA (parte 2)

5.2.1 Lista de chequeo para el análisis de Equidad

Entre el primer y el segundo taller los equipos de trabajo cumplieron una lista de chequeo para sus respectivas EPA (tabla 2). Esto consistía en responder a una batería de preguntas sobre la inclusión de la equidad en la lógica, metas, objetivos, *inputs*, productos, resultados, impacto e indicadores de las EPA. La finalidad de utilizar la lista de chequeo es examinar, de manera preliminar, los potenciales problemas de equidad que pudieran darse en la definición, estructura, organización, proceso de implementación, seguimiento y evaluación de las EPA. La tarea fue desarrollada por los equipos de trabajo, combinando análisis individuales y debates de grupo con *tutorías* online para cada equipo con la docente asignada.

Tabla 2. Principales áreas de la lista de chequeo de equidad

- Objetivos
- Población objetivo
- Evaluación de necesidades en salud
- Análisis de las intervenciones
- Implementación
- Intersectorialidad
- Participación social
- Resultados esperados y evaluación
- Desafíos en equidad

Durante el segundo taller cada equipo finalizó el análisis de sus EPA utilizando la lista de chequeo de equidad e identificando potenciales cambios que pudieran mejorar la equidad en salud de su EPA. Los equipos intercambiaron experiencias, compartiendo sus análisis y retroalimentándose entre ellos con el apoyo de las docentes.

La puesta en común de las listas de chequeo dio lugar a interacciones dinámicas entre los miembros de los equipos, en su mayoría relacionadas con diferencias en el pensamiento conceptual de los participantes por sus diversos perfiles y experiencias previas. Este proceso requiere cambios en la mentalidad, creencias y actitudes ya que supone cambiar una visión más biomédica y tecnologicista a favor de comprender mejor los contextos sociopolíticos en los cuales las EPA se desarrollan.

Algunas de las conclusiones principales que resultaron tras aplicar la lista de chequeo de equidad se mencionan a continuación:

En la mayor parte de las EPA no había metas u objetivos de equidad explícitos ni se priorizaban subgrupos vulnerables basándose en indicadores de equidad.

La “equidad en salud” fue entendida por los participantes que habían aplicado la lista de chequeo como igualdad en el acceso a los servicios de prevención o de atención médica (equidad horizontal); es decir, no se consideró que la igualdad de acceso a los servicios médicos no se correlaciona necesariamente con la equidad en salud dado que, dentro de la población diana, existen grupos heterogéneos con necesidades diferenciales. Esta comprensión más profunda de la equidad en salud no se reflejó en este análisis preliminar de las EPA.

Algunas EPA fueron elaboradas e implementadas sin una evaluación sistemática previa de las necesidades. En los casos donde hubo una evaluación, esta se centró en las necesidades normativas. En otros casos, las necesidades sentidas por la población sí fueron incluidas. En general, hubo un uso mínimo o nulo de la evaluación comparativa de necesidades.

El análisis de las listas de chequeo mostró que las intervenciones llevadas a cabo a través de las EPA fueron en su mayoría individuales. Hubo muy pocas intervenciones poblacionales.

La mayoría de los participantes consideró que realizar intervenciones universales a través de las EPA era suficiente para abordar las desigualdades en salud. Prácticamente no se cuestionó el hecho de que, en algunos casos, las intervenciones universales pueden conllevar un aumento de la brecha de equidad si no se consideran medidas específicas para adaptar los servicios a las diferentes necesidades de los grupos y a la heterogeneidad de la población; no se tenía conciencia sobre este tema.

El análisis de las listas de chequeo pone de relieve las dificultades asociadas al trabajo intersectorial: diferencias en los objetivos dependiendo de los sectores, dificultad en encontrar un terreno común, barreras administrativas, presupuestos verticales y rendición de cuentas verticales.

Al responder a la lista de chequeo, los participantes señalaron que la participación social en las EPA era escasa. Hubo muy pocos ejemplos de participación para cualquiera de las fases de análisis, planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las EPA. Respecto a la escala de niveles crecientes de participación y compromiso —a) información, b) consulta, c) colaboración, d) delegación de poder y e) control por la comunidad (empoderamiento)—, el compromiso se situaba en el nivel más bajo (información).

Los resultados de la lista de chequeo también evidenciaron una escasez de datos estratificados por ejes de equidad, los cuales podrían ser de gran utilidad para el control y el seguimiento. En general, se utilizaban indicadores agregados más tradicionales y no indicadores específicos de equidad para el seguimiento de los avances.

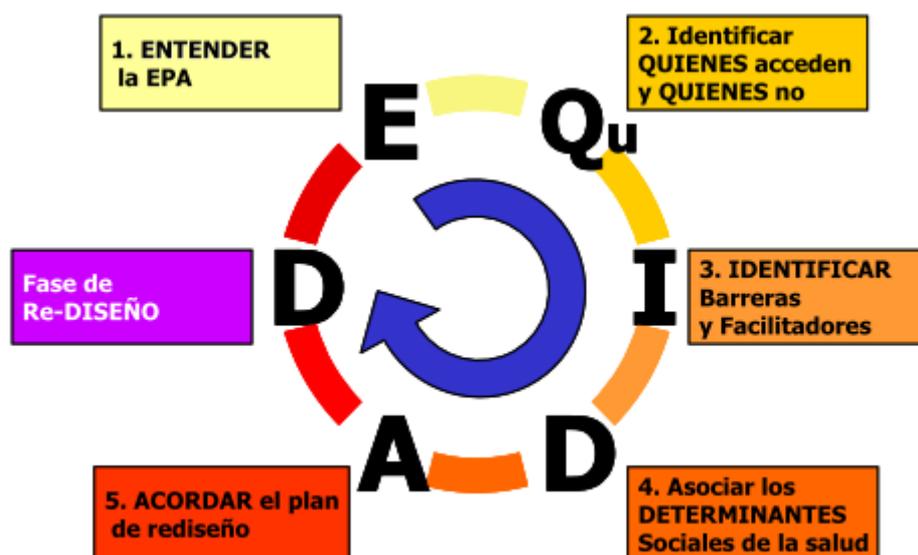
Conforme al análisis de los resultados de las listas de chequeo, se puso de manifiesto que las evaluaciones de las EPA normalmente no consideran el impacto en equidad y que no se manejan datos desagregados para el análisis del impacto de la EPA en la equidad en salud, por lo que resulta muy difícil priorizar los grupos que padecen situaciones de desigualdad.

Los participantes señalaron que, en muchos casos, la limitación de recursos económicos era un factor clave para entender la situación y el alcance de la EPA en el momento del análisis. Asimismo, consideraron indispensable la necesidad de mantener un compromiso político con el área la que se apliquen y que de garantizar una adecuada asignación de recursos.

5.2.2 Ciclo de revisión

La figura 1 muestra el ciclo de revisión en cinco pasos para analizar cómo una EPA está abordando la equidad en salud y los determinantes sociales de salud. Antes y durante el tercer y el cuarto taller, los equipos emplearon los conocimientos adquiridos hasta ese momento para poder aplicarlos a los diferentes pasos que se recogen en la figura 1.

Figura 1: Ciclo de revisión en cinco pasos

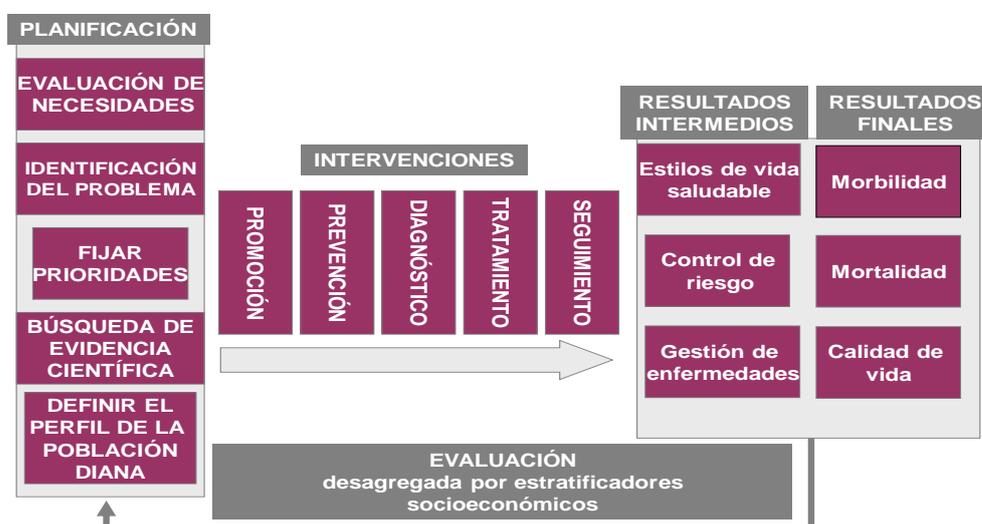


Nota: el acrónimo E-Qu-I-D-A-D surgió durante el desarrollo de la guía metodológica.

El primer paso consiste en un análisis general para definir y comprender la teoría implícita o explícita de la EPA con el fin de identificar los factores clave para el cambio. Las preguntas principales para el debate fueron: cuál era la teoría subyacente de la EPA y cuáles eran las etapas clave para conseguir

los resultados y el impacto esperado. La información final se presentó en un diagrama de las etapas clave de la EPA, siguiendo el esquema que se muestra en la figura 2.

Figura 2: Secuencia de etapas de un programa hipotético



Fuente: Elaborada ad hoc por las autoras para este documento

Nota: Si bien no se ha explicitado en la figura anterior, un paso clave en el proceso de planificación es considerar la capacidad del sistema de salud para apoyarse en intervenciones basadas en la evidencia. Esto exige tener en cuenta cuestiones relacionadas con elementos básicos del sistema de salud como son: la prestación de servicios; el personal sanitario; el sistema de información sanitaria; la financiación del sistema de salud; los productos médicos; las vacunas y la tecnología; y la dirección y gestión.

Después de diagramar la teoría y las etapas clave de la EPA, los equipos desarrollaron el paso 2: análisis de los subgrupos por estratificadores de equidad (por ejemplo, nivel socioeconómico, sexo, origen étnico, ubicación geográfica) para identificar quienes accedían y se beneficiaban en cada etapa clave de la EPA y quienes no.

El tercer paso consiste en identificar, utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, las barreras y facilitadores de cada etapa de la EPA en relación a cada subgrupo (en situación de desigualdad). Las barreras analizadas incluyeron determinantes sociales estructurales tales como el empleo, las condiciones de trabajo, la educación, los ingresos y la exclusión social, y determinantes sociales intermedios como los factores de riesgo, las conductas en salud y aquellos relacionados con el acceso a servicios de promoción de la salud y preventivos así como a los servicios asistenciales. El modelo de Tanahashi también fue utilizado para identificar los facilitadores que podrían ayudar a los grupos priorizados a tener acceso en cada etapa clave de la EPA.

El modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (figura 3) proporciona un esquema analítico para identificar los grupos necesitados que no tienen acceso o no obtienen beneficios de los servicios de salud que proporciona la EPA. El modelo busca identificar y definir la parte de la población diana que no contacta o no utiliza los servicios de salud y aquellos que sí los utilizan pero no se benefician plenamente de ello; además, el modelo trata de mostrar las causas por las que esto ocurre y cuáles son los aspectos clave.

El cuarto paso del ciclo de revisión tiene como finalidad la identificación de los determinantes sociales que explican por qué algunas barreras se concentran en determinados grupos o subgrupos. Preguntas clave:

¿Cómo se relacionan las barreras y los facilitadores de acceso a la EPA (en cada etapa clave) con las condiciones sociales de los subgrupos?

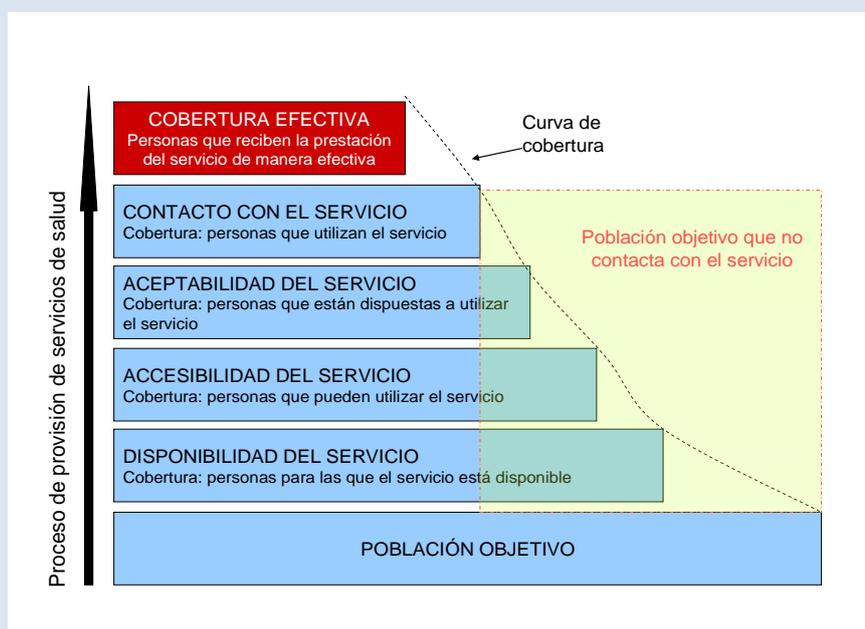
¿Qué intervenciones son necesarias para abordar las barreras y mejorar los facilitadores teniendo en cuenta los resultados de este análisis?

¿Cómo podrían contribuir la participación social y las acciones intersectoriales a estas intervenciones, y cómo asegurar su sostenibilidad?

Basándose en el análisis realizado durante los pasos previos, todos los equipos completaron el paso 5; se definieron objetivos y prioridades para el rediseño de la EPA de forma que ésta pudiera abordar mejor la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud.

Figura 3. El Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi

El modelo de Tanahashi tiene cinco dimensiones –disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización del servicio y cobertura efectiva– descritos brevemente abajo.



Fuente: adaptado de Tanahashi 1978, (9).

Ejemplos de temas abordados en cada dimensión:

- **Disponibilidad:** Volumen y tipos de recursos existentes para prestar servicios a la población diana.
- **Accesibilidad:** accesibilidad física, económica a y organizativa.
- **Aceptabilidad:** aceptación por los usuarios de los servicios en virtud de los factores culturales y religiosos, género, relaciones sociales, confidencialidad, años, pertinencia del servicio.
- **Utilización del servicio:** Proporción de la población que contacta con los servicios.
- **Cobertura efectiva:** Proporción de la población que completa en su totalidad un tratamiento recomendado (o una serie de actividades), abordando así la adhesión, la conformidad de los pacientes y de los proveedores del servicio, la derivación efectiva y el seguimiento.

5.2.3 El último paso: el rediseño

El último paso del proceso de integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad es el re-diseño de la EPA. No todos los grupos llevaron a cabo el rediseño en el proceso español. Mientras algunos equipos reorientaron sus EPA, otros optaron por presentar una propuesta de rediseño o recomendaciones para integrar la equidad. El principal motivo, en estos casos, era que los miembros del equipo no eran los responsables directos de las EPA analizadas. Además, para aquellos equipos que revisaban estrategias, una reorientación en ese momento hubiese implicado un alto nivel de compromiso político. En el cuadro 3 se muestran ejemplos de los resultados del proceso en España.

Cuadro 3. Ejemplos de resultados del proceso formativo en España

Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia

En España, el equipo de nivel nacional que revisó el objetivo de salud del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) identificó varias formas a través de las cuales se podría adaptar el Plan para integrar mejor la equidad. Por ejemplo, el análisis puso de manifiesto que las necesidades específicas de diferentes grupos de edad no se habían considerado en la formulación inicial del plan estratégico, y por lo tanto, no se habían incluido acciones específicas para abordar las diversas etapas de la infancia. Otros resultados apuntaron a que se necesitaban mecanismos para asegurar tanto una acción intersectorial efectiva como la coordinación entre los niveles nacionales, regionales y locales, y que la evaluación en curso debía reflejar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. En la propuesta de reorientación, el equipo priorizó la equidad desde el principio (con intervenciones durante el desarrollo infantil temprano) y el grupo de edad de 0-3, a la luz de la importancia de este período de edad para la equidad en salud. El PENIA II (el nuevo plan que cubre el período 2012-2015) incluye la equidad entre sus principios y un objetivo de “equidad en salud desde el principio”, que involucra al sector educativo, social y sanitario.

Programa de cribado del cáncer colorrectal del Gobierno Vasco

El equipo del gobierno vasco (nivel regional) se centró en el programa de control del cáncer colorrectal. En su revisión de esta EPA, encontraron que—aunque la EPA estaba enfocada a personas entre 50 y 69 años— no consideraba las diferencias de género, edad o nivel socioeconómico. Los resultados del análisis de equidad demostraron que los hombres tenían una tasa de participación más baja en el programa respecto a las mujeres, aunque tenían un porcentaje más alto de pruebas (sangre oculta en heces) positivas respecto a las mujeres. Además, los centros de salud que presentaban peores resultados se encontraban en las áreas socioeconómicas más desfavorecidas. Se desarrollaron recomendaciones para cada etapa del programa, considerando las desigualdades socioeconómicas en el acceso y los factores relacionados con el género alrededor de la “masculinidad”, lo que había influido, en mayor medida, en que la participación fuera más baja en la población masculina en el programa de cribado.

Para concluir el proceso y consolidar el trabajo y para intercambiar experiencias entre los equipos nacionales y regionales, en Septiembre de 2011 se celebró un encuentro en la Escuela de Salud Pública de Menorca. Cada equipo presentó el análisis de equidad de su EPA y se hicieron propuestas de reorientación de las mismas. Las acciones intersectoriales y los mecanismos de participación cobraron una atención especial. Durante el encuentro, se desarrolló una evaluación de todo el proceso, utilizando una encuesta específicamente elaborada para ello y cuyos resultados fueron debatidos con los participantes.

En relación con los contenidos del proceso formativo, la evaluación mostró que los conocimientos adquiridos más valorados fueron aquellos referidos a la elaboración de la teoría de la EPA y a la relación entre los determinantes sociales de la salud y la EPA. Durante la evaluación, los participantes evaluaron positivamente los contenidos del proceso formativo así como su aplicabilidad en el trabajo diario.

Una recomendación compartida entre todos los participantes fue la importancia de ofrecer una visión de conjunto de todo el proceso y proporcionar más información sobre los conceptos clave y el ciclo de revisión antes de aplicarlos a las EPA. La calidad de la enseñanza y el trabajo del equipo de coordinación recibieron una retroalimentación positiva con la evaluación, aunque algunos participantes manifestaron que habían tenido dificultades para seguir los componentes *online* del proceso formativo.

Además de la evaluación, se realizó un análisis de las lecciones aprendidas para mejorar la organización de futuros procesos formativos. Algunas de las conclusiones se comparten en los siguientes apartados del documento.

6. Lecciones aprendidas de la experiencia española

Este apartado recoge las principales lecciones aprendidas en el desarrollo del proceso formativo para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las EPA; para una mejor comprensión de las mismas, es importante conocer las características y el contexto en el que se llevó cabo este proceso (tabla 1).

Tabla 1. Características del proceso formativo español

Criterio	Observaciones
Contexto político en el cual se realizó el proceso	
Grado de descentralización de las políticas de salud pública	Descentralizada (a través de las Comunidades Autónomas)
Prioridad política asignada al proceso formativo	Media
Estructura de coordinación específica para la equidad en salud	No. Dentro de las funciones del área de promoción de la salud
Agenda política en equidad	Sí. Estrategia Nacional sobre Equidad en Salud, Nivel estratégico
Características del proceso formativo	
Objetivo principal	Sensibilizar a los participantes sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad, y proporcionarles conocimientos teóricos para revisar las EPA con el fin de aumentar la equidad.
Metodología	Presencial y <i>online</i> Dos grupos (nacional y regional-local) Equipos de trabajo por cada EPA
Presupuesto y recursos específicos	Sí
Participantes en el proceso formativo	
¿Tenían los participantes conocimientos previos sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad?	No (grupo de nivel nacional) Sí (grupo de nivel regional y local)
¿Se ha involucrado en el proceso a los	Solo se han involucrado responsables técnicos de

Criterio	Observaciones
responsables de las EPA seleccionadas y/o a los técnicos que trabajan en ellas?	las EPA y no en todos los equipos de trabajo
¿Se involucró en los equipos de trabajo a representantes de otros sectores y/o de la sociedad civil?	No, pero algunos equipos de trabajo realizaron consultas externas con otros sectores
EPA seleccionadas	
Tipo de EPA	Programas y Estrategias Nacionales, regionales y locales
EPA con rediseño implementado a fecha Junio 2012	5 de 13

Teniendo en cuenta la experiencia de España, este apartado analiza los siguientes aspectos considerados relevantes para futuras adaptaciones de este proceso:

- Criterios para la selección de las EPA, participantes y equipos de trabajo;
- Organización del proceso formativo (presencial y *online*);
- Incluir la formación como parte integrada de las estrategias del gobierno para la reducción de las desigualdades en salud;
- Integrar el enfoque de equidad en los actuales procesos de evaluación, diseño y revisión de las EPA ;
- Disponer de los recursos y herramientas necesarios, y asegurar su sostenibilidad.

6.1 Criterios de selección de las EPA, participantes y equipos de trabajo

Uno de los aspectos clave identificados en el proceso es la necesidad de seleccionar EPA en fase de implementación. Es particularmente relevante saber aprovechar que una EPA, al margen del proceso formativo, vaya a ser evaluada, reformulada o actualizada. En cuanto al tipo de EPA, la metodología utilizada funciona mejor y se ajusta más a programas y actividades (que tienen una planificación más concreta y operativa en un horizonte de tiempo más corto) que a estrategias.

La composición de los equipos de trabajo es esencial, puesto que es en ellos donde se establece, de forma consensuada, el mecanismo de validación de las etapas clave del proceso de revisión y la definición de las prioridades para el rediseño.

Respecto a los participantes en sí, deberían incluirse profesionales con experiencia en la gestión de las EPA seleccionadas y, si es posible, con capacidad de decisión en sus áreas de trabajo. Además, resulta importante tener representación tanto del nivel nacional como del subnacional, de modo que la implementación pueda revisarse desde diferentes perspectivas. Los equipos deberían estar formados por participantes con diferentes experiencias y de distintos sectores pero que compartan expectativas y necesidades comunes. Los participantes trabajarán juntos a lo largo de las distintas fases, por lo que deben construir expectativas comunes desde el principio, sin embargo, durante el proceso deben integrarse las necesidades específicas y las expectativas concretas de cada EPA. Partiendo de la experiencia adquirida en el desarrollo de equipos de trabajo, es muy recomendable incluir un facilitador por grupo o establecer un liderazgo rotativo entre los propios miembros del grupo. Al principio, es útil debatir las expectativas ligadas al proceso formativo y evidenciar la

potencial utilidad de los resultados del proceso en las tareas y responsabilidades concretas del trabajo diario de los participantes.

Es importante resaltar la relevancia de la interdisciplinariedad, de la intersectorialidad y de la participación social en la composición de los equipos de trabajo ya que estos aspectos serían imprescindibles en un proceso ideal de revisión de equidad. En el proceso español, estos elementos no se dieron debido a que el proceso fue concebido inicialmente como un mero proceso de capacitación; la mayoría de los equipos de trabajo se crearon con el objetivo de realizar un ejercicio práctico y estaban formados fundamentalmente por profesionales de salud. La ausencia de intersectorialidad y de participación social fue un punto débil para la revisión y el rediseño de las EPA. Sin embargo, gracias al proceso formativo español, los participantes adquirieron conocimientos que, en un futuro, podrían ayudarles a implicar a otros sectores y a la sociedad civil en la revisión y la reorientación de sus propias EPA. De todos modos, tal como se ha mencionado anteriormente, para integrar la intersectorialidad y la participación social en los procesos, es necesario un alto nivel de compromiso político.

6.2 Organización del proceso formativo (presencial y *online*)

Es importante utilizar una metodología que combine aprendizaje y acción a través de presentaciones, lecturas, ejercicios, discusiones y foros de debate. Este formato mixto facilita la revisión concreta y la reorientación hacia una mayor equidad de cada una de las EPA.

En España, generar suficientes espacios de debate y de intercambio entre todos los participantes no era factible utilizando sólo metodología presencial, debido a la dispersión geográfica de los participantes y a la duración del proceso. Por ello, los talleres fueron complementados por la formación y la asesoría *online*, usando Moodle (Entorno Modular de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetivos) como sistema de gestión del curso. Esto permitió facilitar a través de asesoría *online* el aprendizaje, el desarrollo de habilidades y competencias, el trabajo en equipo, la realización de ejercicios, debates virtuales y foros entre los talleres. De la misma forma, permitió validar el aprendizaje y los avances durante los talleres.

La información sobre el trabajo de los equipos estuvo disponible para todos los participantes en la plataforma virtual y también se puso en común en los talleres presenciales; en cada taller se presentaban los avances de cada equipo y se debatían con los demás participantes. Cada equipo tuvo la posibilidad de presentar mediante diapositivas el trabajo realizado, compartir sus progresos, plantear y responder preguntas, expresar dudas y analizar conjuntamente aspectos relevantes para el trabajo. Además, se realizaron mensualmente videoconferencias o encuentros virtuales (a través de la herramienta web Elluminate, de conferencias *online*); estos foros virtuales facilitaron la puesta en común de los avances entre talleres presenciales. Esta metodología mixta generó un ciclo de mejora continua y permitió relacionar el aprendizaje con las experiencias de trabajo concretas.

6.3 Incluir la formación como parte integrada de las estrategias del gobierno para la reducción de las desigualdades en salud

Una de las lecciones principales del trabajo en España es que, para mantener la agenda de equidad en salud, es indispensable un compromiso político de alto nivel, tanto por el propio Ministerio de Sanidad como por parte del Gobierno, que se traduzca en un cambio en la planificación y la financiación que impulse este enfoque y sienta las bases para su sostenibilidad y su integración

transversal. El tipo de revisión de equidad efectuada durante el proceso formativo puede representar un importante paso para construir este compromiso allí donde no existe, o fortalecerlo donde ya existe.

El liderazgo necesario para iniciar y mantener acciones que mejoren la equidad en salud implica construir redes de apoyo con actores tanto dentro como fuera del sector salud y del gobierno. Este tipo de formación contribuye a este proceso a través del desarrollo de una serie de conocimientos y aptitudes en los participantes:

- Comprensión de conceptos teóricos clave como las causas sociales de la salud y la enfermedad, los determinantes sociales de la salud, la equidad en salud, la teoría de cambio y la teoría del programa.
- Sensibilización sobre las diferencias en el estado de salud entre diferentes subgrupos (por estratificadores sociales y por ubicación geográfica).
- Capacidad para definir barreras y facilitadores para el acceso a las EPA en relación a disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva.
- Saber reconocer las puertas de entrada para la inclusión de otros sectores y de la sociedad civil en el apoyo a la agenda de equidad.
- Capacidad para identificar los obstáculos que están haciendo que la EPA no esté más orientada hacia la equidad y definir un plan para abordarlos de forma estratégica.

La agenda de equidad en salud en cualquier país debe incluir una estrategia clara para movilizar otros sectores. La sensibilización a gran escala es un proceso político complejo en el que los factores de contexto y estructurales relativos a la organización y asignación de presupuestos dentro y entre los sectores actúan frecuentemente como obstáculos.

La reorientación de determinadas EPA hacia la equidad implica compartir responsabilidades con otros sectores para conseguir abordar las barreras de acceso al sistema de salud y los resultados en salud, ambos socialmente determinados.

Cuando la intervención conjunta no es posible, el sector salud juega un papel clave en abogar por la equidad en salud como una meta social transversal.

6.4 Integrar el enfoque de equidad en los procesos ya en marcha de evaluación, diseño y revisión de las EPA

El proceso formativo proporciona un mecanismo participativo para integrar el enfoque de equidad en la evaluación, revisión y rediseño de las EPA. Uno de los mecanismos para incorporar ampliamente el uso de toda esta metodología o parte de ella es integrarla en los procesos sistemáticos de evaluación que ya se están llevando a cabo, de modo que esto contribuya a que todas las EPA garanticen mejor la equidad. Otra posible vía sería implementar un proceso de formación de formadores seguido de una capacitación en cascada por los equipos de las EPA a nivel nacional y subnacional bajo la supervisión del grupo formado inicialmente.

6.5 Disponer de los recursos y herramientas necesarios, y asegurar su sostenibilidad

Hay algunos pre-requisitos necesarios para garantizar la sostenibilidad y el éxito de los procesos formativos de revisión de las EPA desde el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad.

Estos deberían implementarse antes de comenzar cualquier proceso e incluyen:

- Un mandato directo de la autoridad más alta posible dentro del Ministerio de Sanidad.
- Un equipo coordinador nombrado *ad hoc* para facilitar el proceso.
- Una línea presupuestaria específica.
- Un plan de trabajo detallado para la implementación del proceso formativo y la revisión de las EPA, así como el apoyo real al proceso de reorientación.
- Un plan de trabajo para sistematizar el aprendizaje desde la experiencia y su seguimiento.
- Una plataforma virtual para proporcionar apoyo y facilitar la interacción, en concreto si el proceso formativo se desarrolla durante un periodo de tiempo prolongado.
- Un grupo motivado que abogue por la equidad y desarrolle el proceso de aprendizaje en cascada.

La implementación de una agenda planificada de equidad en salud tiene que ser mantenida en el tiempo de tal manera que se convierta en una práctica plenamente incluida en el sistema de salud. Para conseguir este objetivo, la cultura organizacional del sistema de salud (incluyendo los valores de base, la gestión y las interacciones entre los diferentes actores del sistema de salud) necesita ser reformulada para promover la equidad en salud. Los responsables de las EPA pueden ser empoderados para liderar este cambio a través de procesos formativos que promuevan y desarrollen las habilidades y los valores necesarios para ello. Esto es una parte importante de una estrategia más amplia del sistema de salud para abordar las desigualdades en salud.

6.6 Resumen de lecciones aprendidas y próximos pasos

Las lecciones aprendidas del proceso formativo español han sido tenidas en cuenta en el diseño y el desarrollo de un nuevo proceso formativo de equidad que la Oficina Regional para Europa de la OMS está llevando a cabo, en colaboración con el Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz de la Universidad de Alicante (Centro colaborador de la OMS sobre Inclusión Social y Salud) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

Este proceso formativo de equidad para reorientar estrategias, programas y actividades relacionados con los Objetivos del Milenio 4 y 5, tiene como finalidad promover una mayor equidad en salud y se centra, explícita pero no exclusivamente, en la población gitana. Ha sido organizado en el marco de la Iniciativa de coordinación interinstitucional “Intensificar la acción hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, en el contexto de la Década para la Inclusión de la población gitana y en apoyo a las Estrategias Nacionales para la integración de la población gitana”, que está siendo facilitada por la OMS y que involucra también al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Este proceso formativo se basa en la

experiencia española, y sigue la *“Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud”*.

Cuatro países (Bulgaria, Montenegro, Serbia y la Antigua República Yugoslava de Macedonia) incluyeron este proceso formativo en sus Acuerdos de Colaboración con la Oficina Regional de OMS para el bienio 2012-2013 y están participando en él.

En el futuro será necesario incluir nuevas lecciones aprendidas de este proceso formativo, actualmente en desarrollo, para mejorar los criterios y las condiciones para su transferibilidad.

7. Conclusiones

La integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las estrategias, planes y actividades del sector salud se encuentra aún en una fase relativamente temprana. En la última década, la equidad en salud ha cobrado mayor relevancia como concepto en las agendas nacionales e internacionales. Sin embargo, se necesitan más trabajos que desarrollen mecanismos específicos y herramientas de apoyo para integrar la equidad en la planificación y la evaluación del sector salud. Es importante disponer de metodologías prácticas y efectivas que permitan la integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las EPA, no solamente en el diseño de nuevas EPA sino también en la revisión y reorientación de aquellas ya existentes. La metodología descrita en este documento, si bien es susceptible de mejoras, puede apoyar la consecución de los objetivos planteados más arriba y resulta, además, útil como un proceso integral de mejora de las EPA.

El proceso formativo descrito en este documento constituye una experiencia innovadora a nivel internacional. La experiencia española ha probado que la metodología chilena es transferible si bien necesita una profunda adaptación al contexto nacional, y que los resultados del proceso reflejan los factores propios del contexto y los objetivos revisados en la adaptación.

La intersectorialidad y la participación social son elementos clave para seguir avanzando hacia la equidad en salud. Ambos elementos deberían analizarse en profundidad, y posteriormente incorporarse e integrarse en todos los procesos de planificación.

En España, el próximo paso previsto, a fecha de julio de 2012, es la difusión de la guía metodológica para animar a los profesionales a implementar este proceso a nivel local, regional y nacional. Con este fin, el equipo de coordinación español proporcionará apoyo técnico para facilitar este proceso. Otro paso a desarrollar a más largo plazo, es la revisión continua, la actualización y la mejora de la guía metodológica, diseñada como un documento abierto y dinámico.

Agradecimientos

Las autoras de este documento son Begoña Merino Merino, Pilar Campos Esteban, María Santaolaya Cesteros, y Ana Gil Luciano del Área de Promoción de la Salud de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España; Jeanette Vega Morales, Directora del Centro de Epidemiología y Políticas Públicas de Salud de la Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo de Chile y, desde abril de 2012, Directora Gerente de la Fundación Rockefeller; Theadora Swift Koller, Técnica de la Oficina Europea de Inversión para la Salud y el Desarrollo de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa y, desde mayo de 2012, Técnica de Sistemas de Salud en la Oficina de País de OMS para India.

Las autoras quieren expresar su especial agradecimiento por su asesoría y apoyo técnico a Orielle Sola Hormazábal, Profesora Adjunta de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Miembro del Grupo de Investigación de Equidad en Salud-Red de condiciones de empleo e inequidad en salud (GREDS-EMCONET), Chile.

La producción de este documento ha sido facilitada por la Oficina Europea de Inversión para la Salud y el Desarrollo de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de una colaboración más amplia entre OMS y el Gobierno de España en los bienios 2010-2011 y 2012-2013 para la Estrategia Nacional Española de Equidad en Salud. El apoyo a la publicación final del estudio de caso, incluyendo el facilitar la evaluación por pares, fue proporcionado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de OMS, Ginebra, y por el Programa sobre Vulnerabilidad y Salud de la Oficina Regional de la OMS, Copenhague.

Referencias y otras lecturas recomendadas

Referencias

1. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Informe comisionado por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, Comisión para la reducción de las Desigualdades en salud en España, 2010
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
2. *Council conclusions on equity and health in all policies: solidarity in health*. 3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 8 June 2010. Brussels, Council of the European Union, 2010.
http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf.
3. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006.
http://www.mspsj.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf
4. Plan de Acción para el Desarrollo de la población gitana 2010-2012. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010.
<http://www.msssi.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PlanaccionPoblacionGitana.htm>
5. Estrategia para la Inclusión de la población gitana en España 2012-2020
<https://www.msssi.gob.es//ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/EstrategiaNacionalEs.pdf>
6. Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
7. *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm
English version:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf.
8. Rogers P. *Methodology to assess equity in PPHCP: five guidelines that were developed for review and redesign of PPHCP*. Santiago, Chile, Secretariat for Health Equity and Social Determinants of Health, Ministry of Health, 2009.
9. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295-303. [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56\(2\)_295-303.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56(2)_295-303.pdf).

Otras lecturas recomendadas

- Graham H, Kelly M. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Briefing Paper. London, NHS Health Development Agency, 2004. http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/health_inequalities_policy_graham.pdf.
- Irwin A, Solar O, Vega J. Overview and framework of determinants of health and disease. In: Detels R et al., eds. *Oxford textbook of public health*, 5th ed., three volumes. Oxford, Oxford University Press, 2009.
- Ministerio 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*. Santiago, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2010.
- Ministerio de Salud de Chile . *Documento técnico II. Pauta para iniciar la revisión de los programas: Lista de chequeo de Equidad*. Santiago, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2010.
- Ministerio de Salud de Chile . *Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los determinantes sociales de la salud*. Santiago, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2010.
- Pawson R, Sridharan S. Theory-driven evaluation of public health programmes. In: Killoran A, Kelly M, eds. *Evidence-based public health: effectiveness and efficiency*. Oxford, Oxford University Press, 2010:43–60.
- Public Health Agency of Canada. *Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2008. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf.
- Public Health Agency of Canada and World Health Organization. *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada and World Health Organization, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>.
- Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud [Epidemiological Bulletin of the Pan American Health Organization]*, 1985, 6(3):1–8. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v6n3.pdf (in Spanish).
- Vega, J. *Steps towards the health equity agenda in Chile*. Background Paper 25. Center for Epidemiology and Public Health Policy, Universidad del Desarrollo de Chile, 2011. http://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper25_chile.pdf.