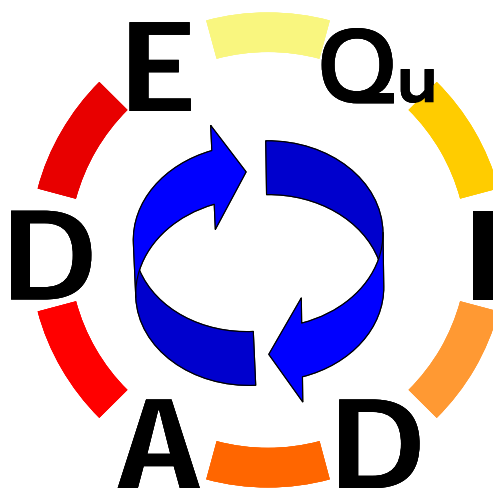


Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud

Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud



©Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

Cita recomendada:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

Grupo coordinador del Área de Promoción de la Salud

Begoña Merino Merino. Jefa de Área. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Pilar Campos Esteban. Jefa de Servicio. Área de Promoción de la Salud, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

María Santaolaya Cesteros. Técnico Externo. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ana Gil Luciano. Técnico Externo. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Con la asesoría y apoyo técnico de

Jeanette Vega Morales. Directora del Centro de Epidemiología y Políticas Públicas de Salud de la Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo. Chile. Desde abril de 2012, Directora Gerente. Fundación Rockefeller. Nueva York. Estados Unidos.

Orielle Solar Hormazábal. Profesor Adjunto. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Miembro del Grupo de Investigación de Equidad en Salud-Red de condiciones de empleo e inequidad en salud (GREDS-EMCONET), Chile.

Theadora Swift Koller. Técnico 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. Desde mayo de 2012, Técnico de Sistemas de Salud en la Oficina de País de la OMS para India.

Diseño y Maquetación

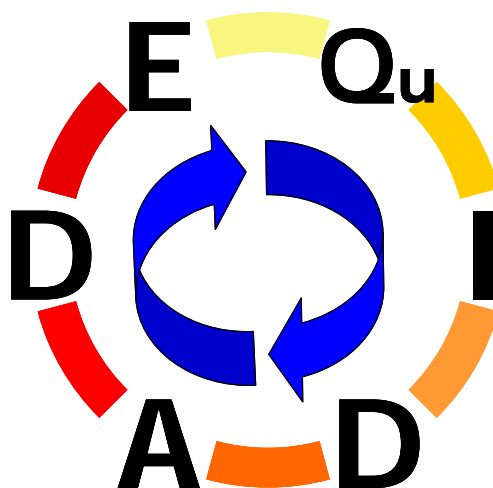
Pedro Borrego Márquez. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 MADRID

NIPO: 680-12-039-4

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud



*Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.*

Antonio Machado

ÍNDICE

Presentación.....	7
Objetivos de la guía.....	8
1. Contextualización y antecedentes de la guía.....	10
2. Conceptos básicos sobre equidad en salud	14
3. Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.....	27
4. Panorámica del proceso para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud (EPA)	38
5. Proceso para integrar la equidad en las EPAs de Salud	43
5.1. Checklist: Lista de chequeo para el análisis inicial de Equidad de la EPA	44
5.2. Ciclo de revisión: Pasos E-Qu-I-D-A-D	54
5.2.1. Paso E: ENTENDER la Estrategia, Programa o Actividad.....	55
5.2.2. Paso Qu : Identificar QUIÉNES acceden y QUIÉNES no	69
5.2.3. Paso I: IDENTIFICAR las barreras y los facilitadores en cada etapa clave	83
5.2.4. Paso D : Asociar la EPA a los DETERMINANTES Sociales de la Salud	91
5.2.5. Paso A: ACORDAR el plan de rediseño	100
5.3. Re-DISEÑO (Paso Re-D): Recomendaciones para la implementación, seguimiento y evaluación del rediseño de la EPA	113
6. Glosario	115
7. Lecturas recomendadas	120
8. Participantes en el proceso formativo	123
9. Anexos.....	130

PRESENTACIÓN

La presente guía ha sido elaborada por el 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, como producto del proceso formativo para la “Integración del Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades relacionadas con la Salud” que se llevó a cabo entre noviembre de 2010 y septiembre de 2011, basándose en la experiencia y los documentos técnicos del Ministerio de Salud de Chile para la revisión y rediseño de los programas de salud. La iniciativa chilena se desarrolló durante 2008-2009 dentro de la agenda de Determinantes Sociales y Equidad coordinada por la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Subsecretaría de Salud Pública.

El proceso formativo de España se enmarca en la [Estrategia Nacional de Equidad en Salud](#), dentro de la línea: “Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando hacia el concepto de Equidad y Salud en todas las Políticas”.

El objetivo de la guía es sensibilizar a los profesionales del sector salud, y de los sectores con mayor impacto en la salud de la población, sobre el enfoque de equidad en salud y los determinantes sociales de la salud, y proporcionar una herramienta que facilite la integración de la equidad, de una forma práctica, en las Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de salud. El fin último que se pretende alcanzar es que la Equidad en Salud sea eje transversal, explícito y práctico de todas las actividades y planes de salud pública, de los servicios sanitarios y de otras políticas con impacto sobre los Determinantes Sociales de la Salud para garantizar las mismas oportunidades y resultados de salud a la población.

Los ejemplos que se incluyen en esta guía provienen del trabajo realizado por los profesionales que participaron en el proceso formativo en España. Este proceso se ha llevado a cabo con la asesoría y docencia de la Dra. Jeanette Vega y la Dra. Orielle Solar, ambas expertas en el campo de la Equidad en Salud, responsables de la experiencia chilena, y miembros de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

La guía ha sido enriquecida con las aportaciones que hicieron los participantes del proceso formativo durante el Encuentro “Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en las Estrategias, Programas y Actividades relacionadas con la salud: Conclusiones del proceso de revisión y avances” en el marco de la XXII Escuela de Salud Pública de Menorca 2011; y sus sugerencias posteriores al mismo.

Se pretende que esta guía sea un documento dinámico en constante revisión y mejora que dará lugar a versiones posteriores.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivos generales:

- Sensibilizar a los profesionales del sector salud y de los sectores con mayor impacto en la salud de la población sobre el enfoque de equidad en salud y de los determinantes sociales de la salud.
- Proporcionar una herramienta para la integración de equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de salud.

A quién va dirigida la guía:

Esta guía va dirigida a profesionales que trabajen en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de salud que estén interesados en aplicar un proceso de reorientación hacia la equidad en una EPA o EPAs seleccionadas.

¿Cómo usar la guía?:

El proceso global para integrar la equidad en las EPAs consta de tres fases, que pueden completarse de manera secuencial o no, en función del grado de profundización que se pretenda acometer en el proceso:

1. *Análisis preliminar* de la equidad de la EPA mediante la aplicación de un checklist o lista de chequeo.
2. *Ciclo de revisión* mediante cinco pasos para incluir la equidad en la EPA.
3. *Rediseño*: implementación de los cambios acordados en el ciclo de revisión.

Se recomienda comenzar con la lectura del capítulo 1 que recoge una visión general del contexto en el que se ha desarrollado esta guía y, posteriormente, leer en profundidad los capítulos 2 y 3 para asentar conceptos básicos sobre equidad en salud y el marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

El capítulo 4 describe una panorámica general del proceso y recoge algunos criterios para organizar el mismo, por lo que se recomienda su lectura antes de empezar con el análisis preliminar (checklist).

El capítulo 5 incluye una descripción detallada de la metodología de las tres fases del proceso para integrar la equidad en las EPAs.

Para facilitar este proceso de integración, además del contenido de esta guía, los profesionales pueden complementar su aprendizaje con:

- Un listado de [lecturas recomendadas](#) en la página 120 de esta guía.
- Materiales de apoyo del proceso formativo, disponibles mediante petición vía formulario en apartado de Equidad en Salud de la página Web del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

- Posibilidad de asesoría en el proceso por parte del Área de Promoción de la Salud (promocionsalud@msssi.es) y del grupo capacitado durante el proceso formativo (ver [participantes del proceso formativo](#) en el capítulo 8).

1. Contextualización y antecedentes de la guía

1. Contextualización y antecedentes de la guía

Estrategia Nacional de Equidad en Salud

En los últimos años, la Equidad en Salud ha ido ocupando cada vez mayor espacio y prioridad en las agendas internacionales. Instituciones como la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) o Naciones Unidas, han introducido la equidad en sus agendas y líneas de trabajo estratégico.

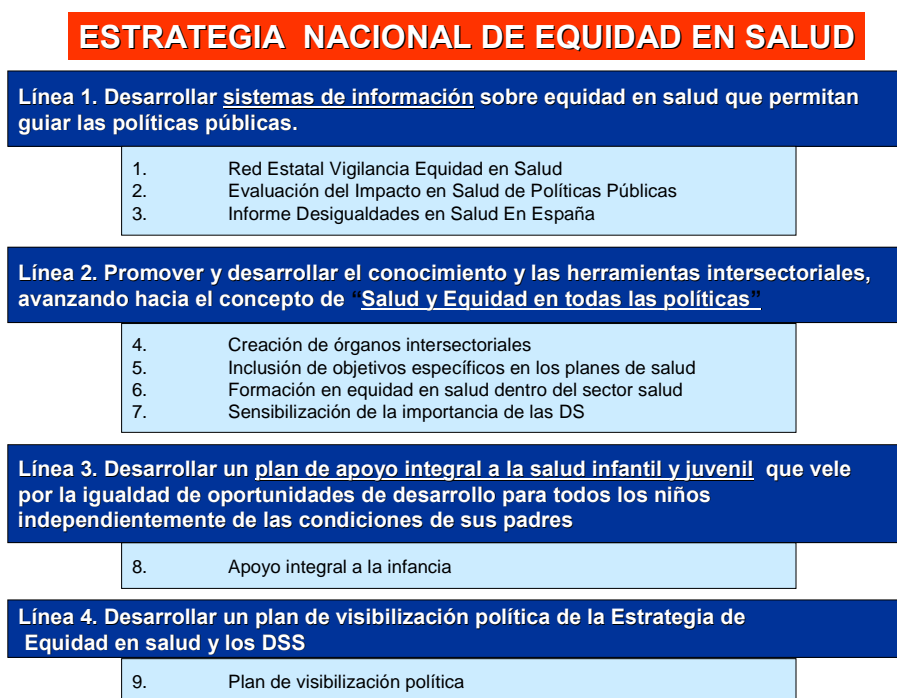
Este desarrollo internacional ha influido en la agenda nacional, que se ha nutrido de importantes trabajos de investigación sobre el alcance y magnitud de las desigualdades en nuestro país y que ha posibilitado la paulatina consideración del abordaje de la equidad en salud en leyes y documentos estratégicos como la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que contemplan la equidad como eje transversal. Recientemente, la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública ha incluido las bases para el desarrollo del principio de equidad y salud en todas las políticas como mecanismo para garantizar la equidad que nuestra Constitución promulga y que hasta ahora no había sido suficientemente desarrollada.

En octubre de 2008, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, formada por expertos nacionales con reconocida experiencia, con el mandato de realizar una propuesta de recomendaciones sobre las políticas estratégicas que, desde los distintos niveles y sectores de la administración, deberían ponerse en marcha o potenciarse para reducir las desigualdades en salud en España.

En mayo de 2010, la Comisión presentó un documento con 27 recomendaciones principales y 166 específicas¹. De este conjunto de recomendaciones se priorizaron 20 políticas cuyo desarrollo implica en primer término a los servicios de Salud Pública. Dentro de ellas, el Ministerio ha priorizado 9 medidas que se enmarcan en cuatro líneas estratégicas y constituyen el inicio de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud:

¹http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Figura 1. Líneas estratégicas de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud.



La priorización de estas 9 medidas ha sido refrendada por el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud el 16 de septiembre de 2010 y por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 30 de septiembre de 2010. El Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud es el grupo promotor de la Estrategia de Equidad en Salud con el respaldo de la Comisión de Salud Pública.

La Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología está realizando actividades para avanzar en estas líneas estratégicas y coordinando el proceso de priorización, concreción y puesta en marcha de estas 20 recomendaciones en cada una de las Comunidades Autónomas.

El proceso formativo para la integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en las Estrategias, Programas y Actividades relacionadas con la salud, que esta guía describe y sistematiza, se enmarca dentro de la línea estratégica 2: "Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales para avanzando hacia el concepto de Equidad y Salud en todas las Políticas", y está concebido como proceso interno vinculado a las instituciones promotoras de la Estrategia para sensibilizar, capacitar y formar a los propios profesionales para que inicien el proceso de incorporación de la Equidad en Salud en sus actividades e instituciones.

Proceso formativo: descripción general

El proceso formativo se llevó a cabo en España entre noviembre de 2010 y septiembre de 2011, con una metodología mixta de talleres presenciales y trabajo online a través de una plataforma virtual, alojada en el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud. El proceso ha contado además con el apoyo técnico de OMS-Europa.

La coordinación del proceso ha sido liderada por el Área de Promoción de la Salud, contando con la asesoría y docencia de la Dra. Jeanette Vega y la Dra. Orielle Solar, ambas expertas en el campo de la Equidad en Salud y responsables del proceso chileno.

Los participantes fueron profesionales técnicos que trabajan 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 para la equidad en salud como los Ayuntamientos; y fueron designados por las Direcciones Generales correspondientes en el caso del MSSSI, y por las Direcciones Generales de Salud Pública de cada CCAA o institución. Se dividieron en dos grupos, uno de profesionales del MSSSI y otro de profesionales de CCAA y otros ámbitos clave de la salud pública. Durante el proceso formativo se formaron trece equipos de trabajo (nodos), de los que diez finalizaron el proceso. Para concluir el proceso, consolidar el trabajo e intercambiar experiencias de ambos grupos, se llevó a cabo conjuntamente un Encuentro en la XXII Escuela de Salud Pública de Menorca, en el que además se presentó un borrador de esta guía para recibir aportaciones de los participantes en el proceso.

Una descripción más detallada puede encontrarse en el [Anexo I](#) de esta guía.

2. Conceptos básicos sobre equidad en salud

2. Conceptos básicos sobre equidad en salud

¿Qué es la equidad en salud?

Equidad en Salud significa que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Y, asegurar la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales.

La equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”².

El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, abarca también la responsabilidad por los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos de la ciudadanía y el más alto nivel de salud alcanzable. Hay que destacar que la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud.

¿Qué son los determinantes sociales de la salud?

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.

Disfrutar de una mejor o peor salud depende de distintos factores. Cada vez existe mayor evidencia de que los factores de tipo social son los que más influyen en la salud, frente a otros como los genéticos o los biológicos, que además de tener un menor peso, no pueden ser modificados.

Se sabe que la contribución a la salud del ambiente social y económico en que las personas viven y trabajan es aproximadamente del 50%, mientras que el sistema

² Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud Publica. 2002 June; 11 (5-6): 302-309.

sanitario contribuye alrededor de un 25%³. Por tanto, el peso relativo que ejercen en la salud determinantes como: dónde vivimos, nuestro nivel educativo, las relaciones sociales, el tipo de trabajo que desempeñamos, el nivel de ingresos, el acceso a los servicios, las políticas, la cultura o las leyes de mercado, es mucho mayor que el peso del propio sistema sanitario.

Existen distintos modelos para explicar los DSS y entender cómo se generan las desigualdades sociales en salud. Uno de los más utilizados ha sido el de Dalghren y Whitehead (figura 2), que sitúa los factores que influyen en la salud en capas de cebolla:

- Los factores que no pueden modificarse, como la edad, el sexo y otros factores constitucionales (en el centro en color blanco).
- Los factores relacionados con los estilos de vida individuales (en amarillo claro), que a su vez se ven influidos por su contexto social y comunitario (en amarillo oscuro), y por las condiciones de vida y de trabajo (en naranja).
- Finalmente, el entorno macropolítico (en marrón), comprende las condiciones generales a nivel socioeconómico, cultural y ambiental de la sociedad en la que vivimos.

Figura 2. Marco de determinantes sociales de la salud de Dalghren y Whitehead (1991).

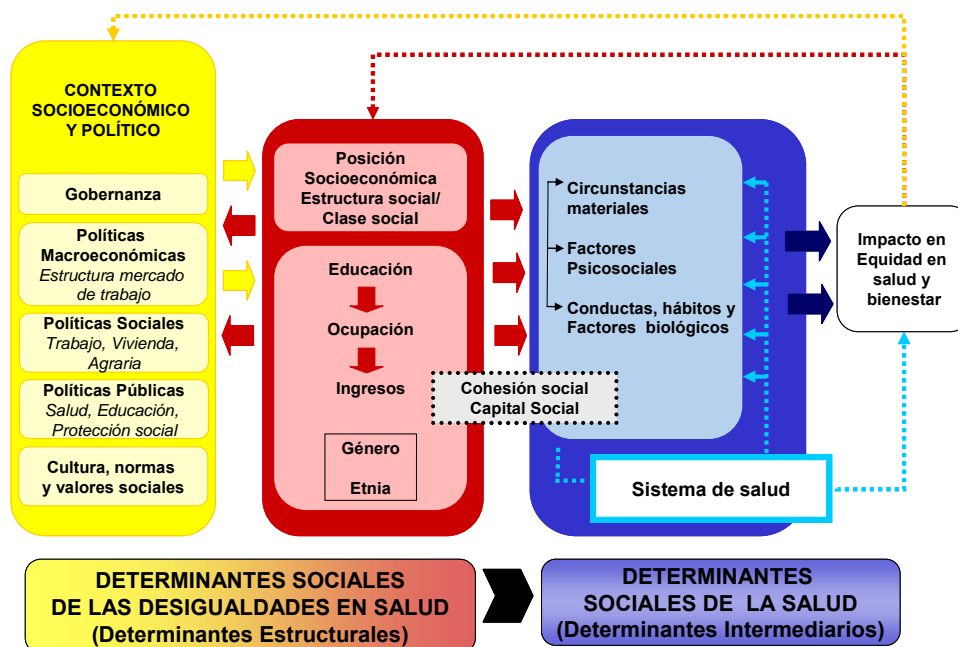


Fuente: Dalghren y Whitehead (1991).

³ O'Hara P. Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework. Discussion Paper. Edmonton Social Planning Council. 2005. Disponible en: http://edmontonsocialplanning.ca/images/stories/pdf/sdoh_discussion_paper.pdf

Para los propósitos de este proceso formativo se ha trabajado con el marco desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (figura 3), que se explica en detalle en el capítulo 3 de la guía.

Figura 3. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

¿Qué son las desigualdades sociales en salud?

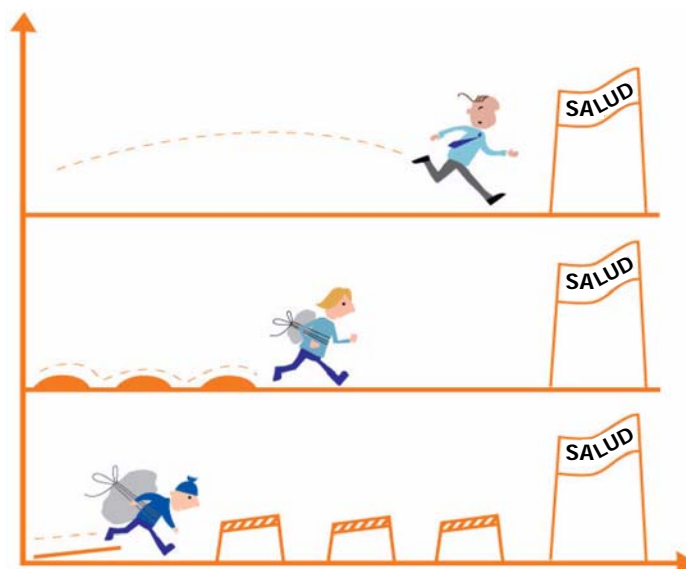
Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los DSS a lo largo de la escala social.

Las personas con más ingresos, mayor nivel educativo o mejor situación ocupacional tienden a vivir más y a tener menos problemas de salud. Esto es injusto para los que no tienen las mismas oportunidades sociales, y puede evitarse modificando determinadas políticas, sobre todo aquellas que afectan a los factores más estructurales.

Existen desigualdades sociales en salud tanto entre países como dentro de cada país o región. Los datos muestran que, de forma genérica, cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. La relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente a lo largo de toda la escala social, es decir, aunque las diferencias en salud sean mayores entre los grupos extremos de la escala social, existen diferencias entre todos los grupos sociales, siendo peor la salud a medida que bajamos “escalones” en la posición socioeconómica.

La figura 4 ilustra de forma clara este concepto de gradiente social de la salud y cómo, para alcanzar la salud, los distintos grupos sociales se enfrentan a diferentes barreras: algunas personas nacen con mayores oportunidades y es más fácil para ellos lograr buena salud, “tienen la carrera ganada”, mientras que otros nacen con cargas o desventajas adicionales y tienen que “saltar obstáculos” durante toda su vida y acumulan desventajas a lo largo de la misma.

Figura 4. Esquema explicativo de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.

Al hablar de desigualdades sociales en salud, es necesario recalcar que estas diferencias en salud no son el resultado de factores biológicos o de las elecciones individuales de las personas, sino que dependen de factores que se acumulan en las personas en razón del grupo socioeconómico al que pertenecen y son susceptibles de modificarse con políticas públicas efectivas que aborden los DSS.

¿DESIGUALDADES O INEQUIDADES?

En España, así como en el marco de la Unión Europea, se utiliza el término “desigualdades” mientras que en otros países, fundamentalmente de América Latina y organismos internacionales como la OMS, se emplea el término “inequidades”. Es importante aclarar que el concepto al que se refieren ambas, en este área de trabajo, es el mismo; el término desigualdades, por tanto, se utiliza como sinónimo de inequidades y se refiere a las diferencias injustas, sistemáticas y evitables y no a meras diferencias en salud.

¿A QUIÉNES AFECTAN LAS DESIGUALDADES?

Las desigualdades sociales en salud afectan a todas las personas de todos los países aunque en mayor medida a quienes disponen de menos recursos.

Los DSS tienen una distribución desigual en la población y, como se ha señalado anteriormente, siguen un gradiente social: influyen más a medida que la clase social es más baja, por lo que existen mayores desigualdades sociales cuanto más descendemos en la escala social.

Existen además grupos de población especialmente vulnerables como las personas con bajos ingresos, las que no tienen empleo, las mujeres, las personas con problemas mentales, las personas con discapacidad, algunos migrantes o minorías étnicas como la población gitana.

¿Por qué intervenir en la reducción de las desigualdades sociales en salud?

Un peor estado de salud de la población en su conjunto, y la existencia de desigualdades en salud, tienen repercusiones negativas para toda la sociedad, para el desarrollo social y para la economía de un país o región.

Las sociedades menos equitativas se traducen en sociedades con menor rendimiento en todos los sentidos:

- Menor cohesión y sostenibilidad social.
- Peores indicadores de bienestar, desarrollo económico y salud.

Además, las previsiones de salud asociadas a la actual crisis económica sugieren una tendencia al aumento de las desigualdades en salud si no se realizan intervenciones adecuadas para evitarlo.

Algunos datos sobre el impacto de las desigualdades en salud se describen a continuación:

- En el Reino Unido, el grupo social con estudios universitarios tiene la tasa más baja de mortalidad de toda la población. Si todas las personas mayores de 30 años tuvieran la misma tasa de mortalidad que los que tienen estudios universitarios se evitarían 202.000 muertes prematuras al año⁴.
- La salud contribuye al desarrollo económico. Un estudio de la Universidad de Harvard⁵ calcula que cada año que aumenta la esperanza de vida de la población, aumenta la renta per capita una media de un 4%.
- La carga económica anual que suponen las enfermedades fuertemente relacionadas con los DSS, como son las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psíquicos, se estima que es un 1%⁶ y un 3-4%⁷ del PIB respectivamente.

⁴ Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review 2010.

⁵ Bloom, David E., David Canning, and J. Sevilla, 2004, "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach," World Development, Vol. 32 (January), pp. 1-13.

⁶ M. Suhrcke, M. McKee, R. Sauto Arce, S. Tsoolova y J. Mortensen: The contribution of health to the economy in the EU, Bruselas, 2005.

⁷ Gabriel, P. y Liimatainen, M. R. Mental Health in the Workplace. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 2000.

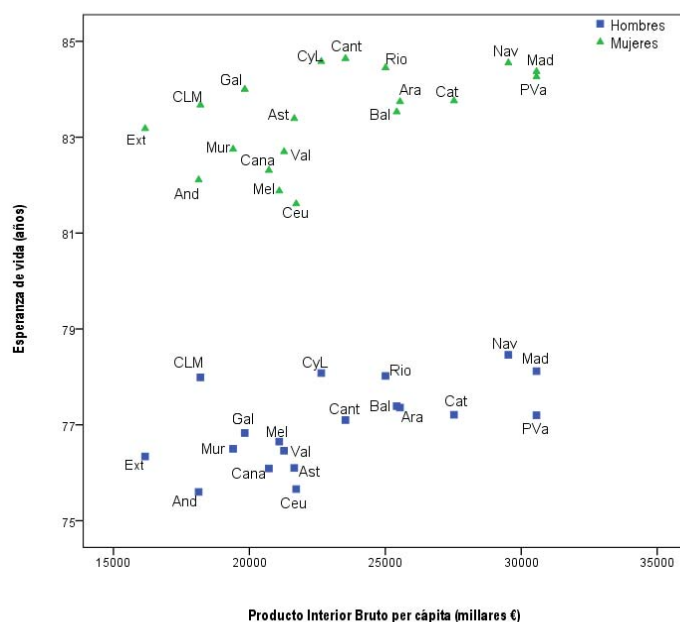
¿Cuál es la situación en España?

La población española vive, de media, más tiempo y con mejor salud que las generaciones anteriores gracias a los avances en las condiciones de vida de la población y a un mejor acceso a bienes y servicios. Sin embargo, el estudio de las desigualdades en salud ha evidenciado cómo la posición socioeconómica, el género, la etnia o el territorio son ejes de desigualdad con un gran impacto en la salud de la población. En este sentido, se presentan algunos datos sobre el impacto en salud de las desigualdades en España:

- Entre las comunidades autónomas más ricas y las más pobres hay una diferencia de esperanza de vida de 3 años (Figura 5). Estas diferencias pueden ser aún mayores al comparar unidades geográficas pequeñas de una misma ciudad⁸.
- Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, y entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud. Por ejemplo, solo un 55% de las mujeres de clase social V (ocupaciones no cualificadas) declaran un buen estado de salud frente al 85% de los hombres de clase social I (directivos y profesionales) (Figura 6).
- Además, se observa que, en lugar de disminuir con el paso del tiempo, las desigualdades sociales están aumentando para algunas enfermedades y factores de riesgo. Por ejemplo, en obesidad (Figura 7), las desigualdades han aumentado en los últimos años, fundamentalmente en detrimento de las mujeres.

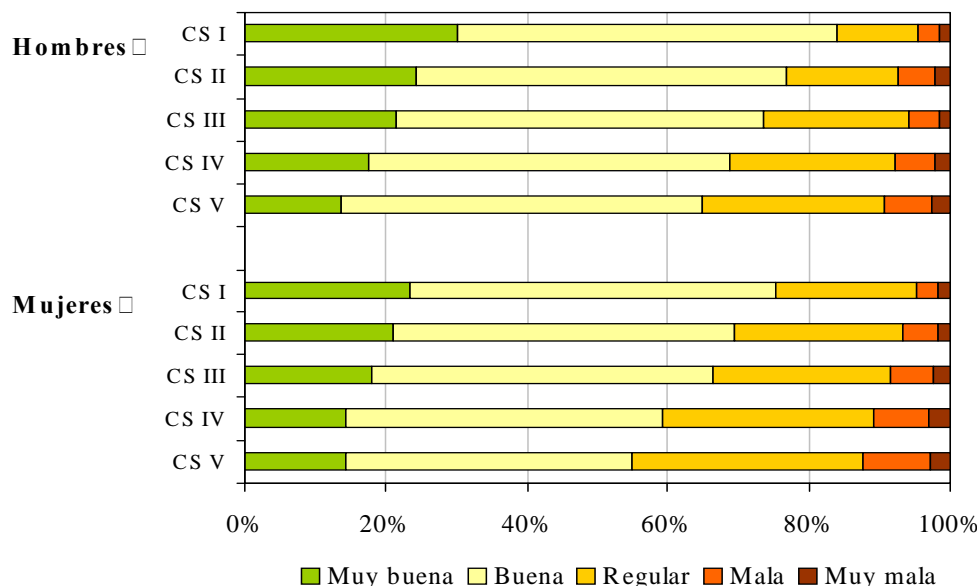
⁸ Proyecto MEDEA. <http://www.proyectomedea.org/>

Figura 5. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según el producto interior bruto por cápita en las Comunidades Autónomas. España 2007.



Fuente: Elaboración de la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística. En: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

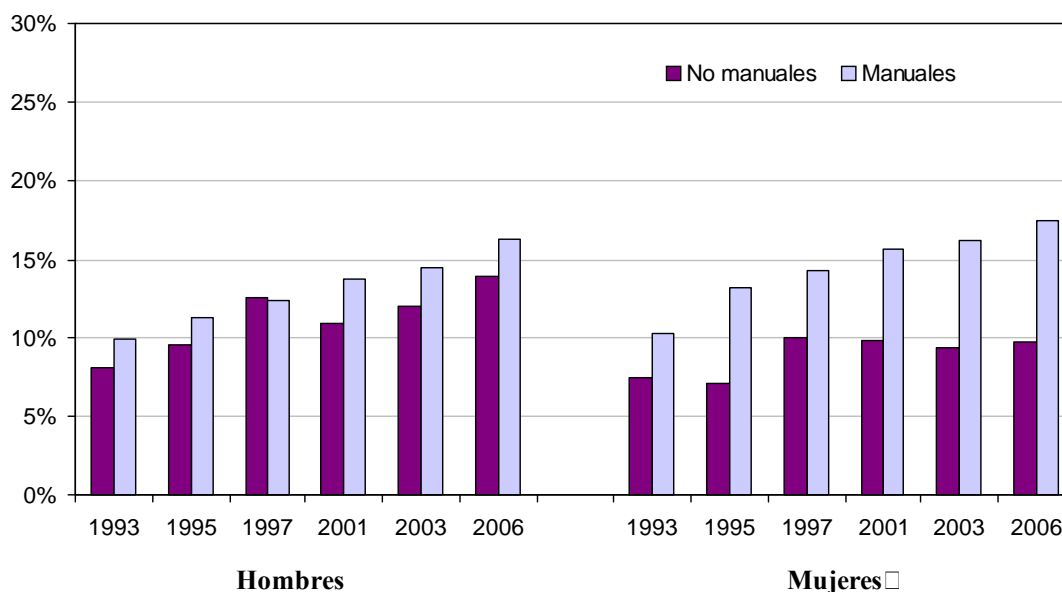
Figura 6. Distribución del estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



CS: Clase social basada en la ocupación, siendo la I (directivos y profesionales) la más favorecida y la V (ocupaciones manuales no cualificadas) la menos favorecida.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. En: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Figura 7. Evolución de la prevalencia de obesidad (índice de masa corporal ≥ 30) según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



Clase social basada en la ocupación, agrupándose en “no manuales” las clases I-III y en “manuales” las IV-V (clase social I-V según la clasificación de la SEE). El índice de masa corporal se obtiene a partir del peso y la talla declarados por las personas entrevistadas.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. En: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

¿Qué acciones se pueden llevar a cabo para reducir las desigualdades sociales en salud?

Las desigualdades sociales en salud tienen una naturaleza estructural, es decir, afectan a todo el gradiente social de la población, pero especialmente a aquellos que se encuentran peor situados en la escala social. Por ello, las acciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud deben necesariamente ser integrales y tener un doble enfoque:

- Es necesario realizar estrategias poblacionales (medidas universales) y no solo estrategias dirigidas a los grupos considerados de riesgo o más vulnerables (medidas selectivas).
- Las medidas deben dirigirse a toda la cadena causal, lo que incluye medidas para modificar el contexto y/o la estratificación social (upstream), medidas para modificar las condiciones y los estilos de vida (midstream) y medidas para reducir las consecuencias de las desigualdades en salud (downstream)[☞].

[☞] Ver las definiciones de tipos de intervenciones en el Glosario.

Figura 8: Cadena causal subyacente a las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Torgersen TP, Ø. Giæver and Stigen OT. Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health-The Norwegian Case. Oslo, 2007.

LÍNEAS PRIORITARIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA

En línea con la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, consideramos acciones prioritarias:

- **Información para la acción**

Para actuar de forma eficaz necesitamos información adecuada sobre las desigualdades en salud y conocer cuáles son sus causas.

Es necesario disponer de datos desagregados por DSS para conocer la magnitud y la distribución de las desigualdades en salud, así como para dirigir adecuadamente las intervenciones para reducirlas. Además, la disponibilidad de datos puede potenciar la visibilización de las desigualdades sociales en salud y contribuir a la concienciación social y política sobre el problema.

Por otro lado, las políticas públicas, tanto de salud como de otros sectores, necesitan conocer cómo influyen sus resultados en la salud y el bienestar de la población -evaluar su impacto en salud-, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando) sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

- **Salud en todas las políticas**

Actualmente, el concepto de salud y el modelo de sistema de salud que de él se deriva están centrados en las enfermedades, siendo el sector sanitario el principal responsable de la salud de la población. Sin embargo, la mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura,

están condicionados por otros DSS, que afectan desigualmente a la población y que van más allá del sector sanitario.

Para alcanzar una equidad efectiva en salud es, por tanto, necesaria la implicación de otros sectores que desarrollan políticas con impacto en salud como educación, política social, medioambiente, trabajo e inmigración, urbanismo y planificación del territorio, transporte y movilidad activa, o economía y hacienda. El papel del sector salud no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo compartido para el abordaje intersectorial de la salud, abogando y sensibilizando a estos otros sectores para actuar conjuntamente y realizar los cambios necesarios para reducir las desigualdades en salud. Es necesario potenciar la acción intersectorial basada en la definición conjunta entre los sectores de lo que hay que hacer y de las intervenciones a realizar entre todos. Para ello, se hace imprescindible el desarrollo de mecanismos de cooperación intersectorial, en todos los niveles territoriales y especialmente en el ámbito local (ver el apartado de [intersectorialidad](#) en el capítulo 3).

- **Reorientación del sistema de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**

Desde los años 70, con la aparición del Informe Lalonde⁹, sabemos que los estilos de vida y las condiciones ambientales influyen más en la promoción y mantenimiento de la salud que los servicios sanitarios a los que acceden los ciudadanos cuando enferman. Sin embargo, los recursos económicos en salud se destinan mayoritariamente a la asistencia sanitaria, fundamentalmente a la atención especializada, relegando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a una inversión anecdótica. En España, según los datos de 2007¹⁰, el 54% del gasto sanitario público se destina a los servicios hospitalarios y especializados, un 19,8% a la prestación farmacéutica, un 15,7% a los servicios de atención primaria de salud y un 1,4% a servicios de salud pública. Para reducir las desigualdades sociales en salud, es imprescindible priorizar la inversión en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- **Visibilización, sensibilización y formación**

Es prioritario que exista un compromiso político con la equidad, y asumir que su garantía es una responsabilidad institucional. Tanto los decisores políticos como la sociedad civil deben ser conscientes de que existen diferencias injustas y evitables en salud condicionadas socialmente. Se les debe dar visibilidad en todos los niveles y abogar por la reducción de las desigualdades

⁹ Lalonde M. Minister of National Health and Welfare. Government of Canada. A new perspective on the health of Canadians. 1974. Disponible en:

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

¹⁰ Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

con acciones concretas que contribuyan a la equidad como una cuestión de justicia social y desde el enfoque de los Derechos Humanos.

Por otro lado, y más allá de la sensibilización, la formación a los profesionales del sector salud y de otros sectores es necesaria para propiciar un cambio hacia la equidad que garantice de forma efectiva el derecho a la salud de toda la población. Se debe introducir este enfoque de DSS y equidad en los currícula formativos de pregrado, grado y postgrado y apostar por un abordaje integral de la salud asumiendo que ésta se encuentra socialmente determinada. El proceso formativo que se describe en la presente guía forma parte de esta línea de acción.

■ **Priorizar la equidad en la infancia**

La reducción de las desigualdades en salud infantil es un área clave para potenciar la equidad en salud. Existe una amplia evidencia de la importancia de los primeros años de vida en la reducción de las desigualdades sociales en salud; las desigualdades en la etapa de desarrollo infantil darán lugar a desigualdades en la vida adulta, y en consecuencia a la creación de un círculo de desventaja intergeneracional.

Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta como problemas de salud mental, obesidad o enfermedades cardíacas, tienen sus raíces en la primera infancia. Las intervenciones en los primeros años suponen una ganancia en salud que dura toda la vida y las sociedades que invierten en la infancia y sus familias en los primeros años de vida tienen mayor nivel educativo, mejor estado de salud y menores desigualdades en salud¹¹.

Por todo ello, es necesario avanzar de forma prioritaria en la puesta en marcha de acciones y políticas integrales que aseguren un buen comienzo en la vida desde los diferentes niveles de gobierno promoviendo la igualdad de oportunidades de desarrollo para los niños y niñas.

■ **Participación**

En la Carta de Ottawa para la promoción de la salud¹² (1986) ya se ponía de manifiesto la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad para establecer las prioridades de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorar la salud.

La participación comunitaria es un medio y un instrumento necesario para mejorar la salud de la población, y aumentar la capacidad de intervención sobre los DSS. La participación en salud no debe centrarse exclusivamente en los servicios sanitarios, sino también abarcar otros sectores y condiciones

¹¹ Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. 2007. En: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf

¹² <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida.

Construir una mejor gobernanza no es posible sin una nueva cultura de participación que asegure la responsabilidad sobre la salud y la equidad en salud. Facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas, en el seguimiento de su implantación y en su evaluación es esencial para fortalecer la sostenibilidad de las intervenciones y para asegurar que las mismas responden a las necesidades de la población.

Para ello es necesario recorrer el camino desde la provisión de información a la población hasta la transferencia de poder en la toma de decisiones (ver el apartado de [Participación Social](#) del capítulo 3).

3.

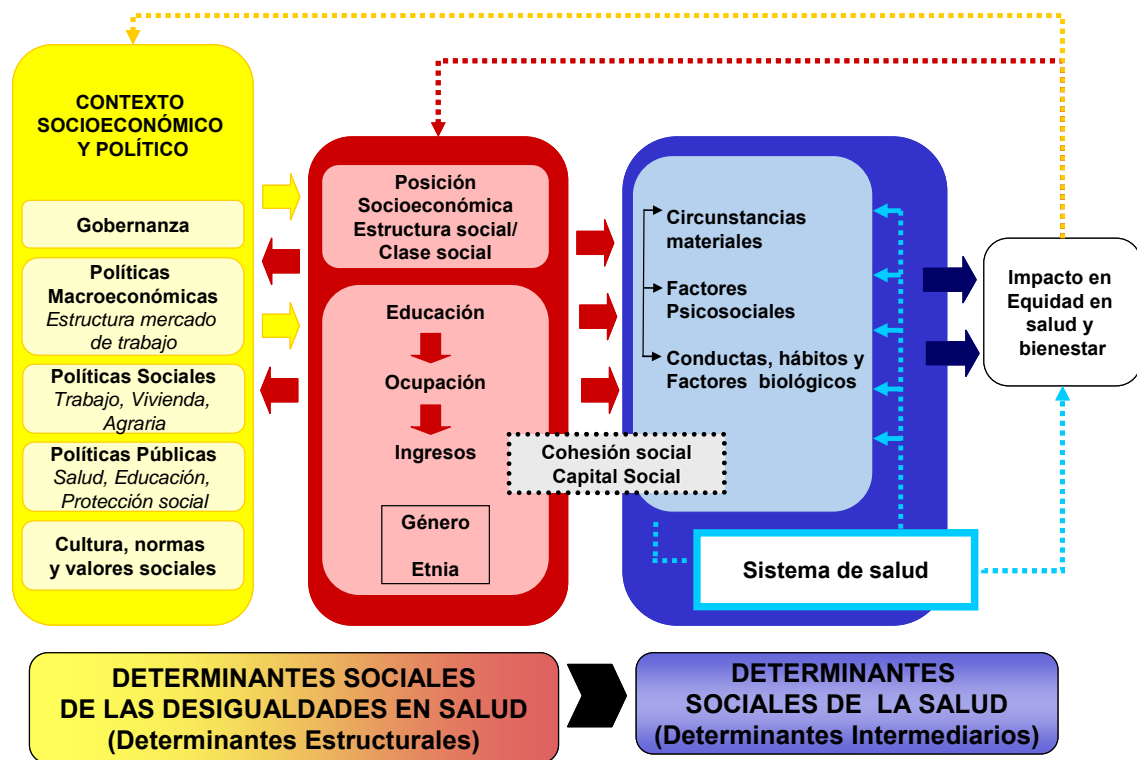
Marco conceptual
de la Comisión sobre
Determinantes Sociales
de la Salud de la OMS

3. Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

En este capítulo se va a analizar el marco de los DSS de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y el papel de la intersectorialidad y la participación social en su abordaje.

En la figura 9, se puede observar el esquema de este marco. La descripción del mismo se realiza en los apartados siguientes. Para ampliar la información de este capítulo, se puede consultar el documento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS¹³.

Figura 9: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

¹³ WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS incluye dos categorías principales de determinantes sociales:

1. Determinantes intermediarios de la salud (cuadro azul):

Los determinantes intermediarios son los factores que influyen directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales (cuadro azul de la figura 9). Integran los siguientes elementos:

- Las circunstancias materiales. Incluyen determinantes relacionados con los entornos físicos, como la vivienda (incluyendo las condiciones de la misma, como la localización y el tipo de vecindario), el consumo potencial (por ejemplo, el presupuesto para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo...), las condiciones de trabajo y las características físicas del barrio en el que se vive. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la salud.
- Las circunstancias psicosociales. Incluyen factores de estrés psicosocial, como por ejemplo, eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes o, por el contrario, factores psicosociales positivos, como las redes y el apoyo social, entre otros. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo asociados a las desigualdades en salud.
- Los hábitos o conductas relacionadas con la salud, que incluyen, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Según el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la actividad física, o por el contrario ser perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Un elemento a destacar es que los hábitos o “estilos de vida” son el resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta.
- El sistema de salud[☞] propiamente dicho, puede intervenir directamente sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad, a través de un 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 amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad 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. El sistema de salud, por

[☞] Ver definición de sistema de salud en el Glosario

tanto, contribuiría potencialmente a disminuir las consecuencias que las desigualdades sociales tienen en la salud, sobre todo, un sistema de salud universal como el español. No obstante, es necesario recalcar que el sistema de salud es un determinante más y, como tal, no puede por sí solo disminuir las desigualdades sociales en salud aunque contribuya a paliarlas.

- Cohesión social y capital social. El concepto de cohesión social considera, por un lado, el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, y por otro las percepciones de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social por parte de los grupos que lo conforman. Se puede afirmar que la discriminación es un determinante de la cohesión social que justifica la intervención del Estado para enfrentarla. No existe una definición única de capital social. Sin embargo, más allá de la variedad de definiciones, hay cierto consenso en considerar que se trata de un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

2. Determinantes estructurales: Posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político

Los determinantes estructurales influyen en la salud a través de los determinantes intermedios, constituyendo las “causas de las causas” de las desigualdades en salud. Incluyen:

- La posición socioeconómica (PSE, cuadro rojo de las figuras 9 y 10). Se refiere a los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de una sociedad. La PSE se entiende como un concepto agregado que incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social (Marx; Weber; Krieger, Williams y Moss). De forma general hablamos de dos principales mediciones asociadas a la PSE:
 - a) Medición basada en recursos: se refiere al acceso a recursos materiales y sociales, incluyendo ingresos y salario. Los términos que se usan cuando dichos recursos son insuficientes e inadecuados incluyen pobreza y privación.
 - b) Medición basada en prestigio: se refiere a un ranking individual o de estatus en la jerarquía social, típicamente evaluado en referencia a la calidad de acceso y consumo de bienes, servicios y conocimiento. Para su medición nos referimos al prestigio asociado a la ocupación, ingreso y nivel educacional dado por las redes sociales, y los beneficios asociados a la ubicación en dicho estatus.

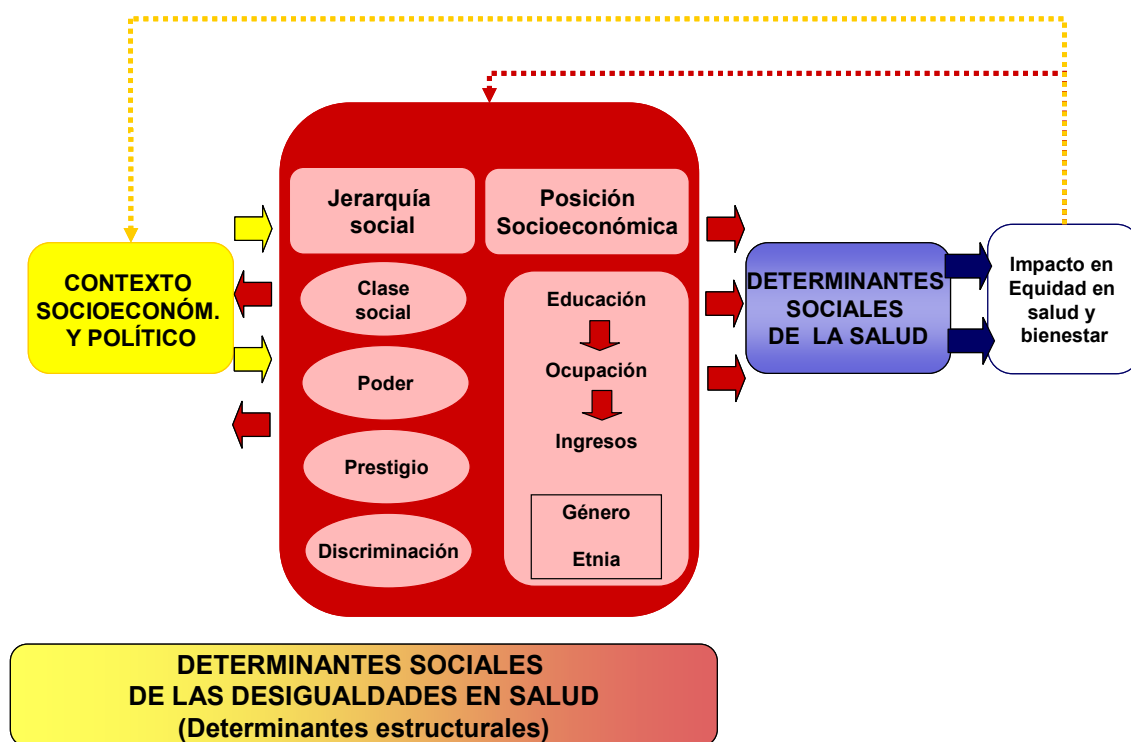
Para el análisis de la PSE se utilizan aproximaciones (proxies) para medir la estratificación social, como son ingresos, educación u ocupación:

- **Ingresos:** es el indicador de PSE que mide de manera más directa el componente de recursos materiales. Presenta un efecto acumulativo a lo largo del curso vital y es el indicador de PSE que puede variar más en un corto periodo de tiempo. Los ingresos pueden afectar a la salud mediante: (1) el acceso a recursos materiales de mejor calidad, (2) acceso a servicios que mejoran la salud directa (como los servicios de salud) o indirectamente (como la educación), (3) provisión de características materiales externas relevantes para la participación social, (4) selección por salud[☞], ya que el nivel de ingresos puede afectarse por el estado de salud.
- **Educación:** es un indicador utilizado frecuentemente, como variable continua (años de educación completa) o categórica (marcando metas educacionales). La educación engloba la transición desde la PSE de los padres a la propia PSE en la vida adulta, y es un determinante de los ingresos y empleos futuros. A su vez, los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la educación pueden afectar a las funciones cognitivas de la persona y hacer que sea más receptiva a mensajes de educación para la salud, o que tenga mayor capacidad de comunicarse con los servicios de salud. Por otro lado, una situación de mala salud durante la infancia puede limitar la asistencia y los logros educativos.
- **Ocupación:** los indicadores de PSE basados en la ocupación se utilizan también de manera frecuente. La ocupación refleja la posición dentro de la jerarquía social y puede estar relacionada con resultados en salud debido a determinados privilegios que presentan aquellos con una posición más elevada; a su vez, está relacionada con los ingresos, por lo que la asociación con la salud puede ser directa a través de los recursos materiales que se tienen. La ocupación también está en relación con redes sociales, estrés laboral, control y autonomía, por lo que puede afectar a la salud a través de estos procesos psicosociales, al igual que a través de las condiciones físicas y ambientales del trabajo.

Dentro del marco, el **género** y la **etnia** tienen un papel relevante en los campos del prestigio y de la discriminación.

[☞] Para más información sobre el concepto de selección por salud, consultar Ki, M. Health selection and Health Inequalities. Doctoral thesis, UCL (University College London). 2009. Disponible en: <http://discovery.ucl.ac.uk/18913/>

Figura 10: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Determinantes estructurales: jerarquía social y posición socioeconómica.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

■ Contexto socioeconómico y político (cuadro amarillo de la figura 9).

Llamamos contexto socioeconómico y político a las diversas realidades en las que está inmersa una sociedad, el marco en el que se desarrolla.

La posición socioeconómica está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico. Estos contextos modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social.

El contexto incluye:

- Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
- Políticas Macroeconómicas, incluyendo balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etc.
- Políticas Sociales que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; así como las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.

- Políticas Públicas en áreas como educación, bienestar social, salud, urbanismo, etc.
- Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad.

En síntesis, el contexto económico, político y 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 una diferente posición socioeconómica. Esto implica un acceso y una exposición diferentes por parte de ciertos grupos a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociadas a la salud, que llevan además a diferencias en la vulnerabilidad social e individual, así como, a distintas consecuencias sociales, económicas y de salud frente a un determinado evento negativo, que por ende, se traduce en distintas consecuencias en la salud, según sea la ubicación en la escala social.

INTERSECTORIALIDAD

Tal y como se ha visto en el modelo, los determinantes estructurales de las desigualdades en salud requieren un trabajo desde políticas que van más allá del sector salud. Si se pretende trabajar desde la raíz de las desigualdades en salud, por tanto, es necesario un enfoque intersectorial.

La mayoría de los factores que generan las desigualdades se sitúan fuera del sector salud, por lo que el trabajo del sector salud es dar visibilidad a estas desigualdades en salud asociadas a las acciones de los otros sectores para que se sensibilicen e impliquen en el abordaje de la DSS.

Se deberá priorizar aquellos sectores con los que se requiere un trabajo estratégico, caracterizar el tipo de relación o implicación que existe con ellos y las posibles acciones concretas a realizar para la construcción de intersectorialidad con dichos sectores.

Para que el trabajo con otros sectores sea posible, debe existir evidencia de que la solución del problema no puede ser alcanzada por un solo sector y debe percibirse que los beneficios de la coordinación o cooperación superan los costes. Aplicada en la planificación de políticas o programas, la intersectorialidad debe contar con acuerdos institucionales ad hoc que condicionen cambios en la estructura o en la gestión de las instituciones. Es importante señalar que la coordinación tiene como resultado una pérdida de autonomía organizativa, por lo que puede generar resistencia.

Existen distintos modelos de trabajo con otros sectores o tipos de acción intersectorial¹⁴ ([ver figura 11](#)):

¹⁴ Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009) Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. In: 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, Kenya.

- **Informativa:** Presentación de los resultados del análisis o problema a otros sectores. Relación unidireccional que normalmente está asociada con recomendaciones por parte del sector salud a otros sectores. Se puede concebir como primer acercamiento para la construcción de un lenguaje común y un entendimiento por parte de cada sector de la lógica y las prioridades del otro, de cara a identificar los puntos en común y los aspectos clave para el desarrollo de un proceso de trabajo conjunto.
- **De Cooperación:** Interacción entre sectores para lograr mayor eficiencia de las acciones de cada sector sobre un tema que supone interés y beneficios para los sectores implicados. Pretende optimizar los recursos de los distintos sectores, establecer cierta formalidad en la relación de trabajo y tiene como resultado una pérdida de autonomía de cada sector. Está fundamentalmente presente en la ejecución e implementación de políticas pero no en su formulación.
- **De Coordinación:** Trabajo conjunto que implica el ajuste de las políticas de cada sector en búsqueda de mayor eficiencia y efectividad, y apunta a un trabajo horizontal en red. Normalmente existe una financiación común, lo que es de gran importancia ya que para crear sinergias en la administración pública (o al menos evitar influencias negativas) es necesario ampliar la perspectiva de los temas o problemas que se están abordando para desarrollar un marco lógico inclusivo. Esto se traduce en una mayor dependencia entre los sectores y por tanto en una pérdida de autonomía de cada uno de ellos.
- **De Integración:** Trabajo integrado que implica definir de forma conjunta una política o programa único que involucra a más de un sector. La integración de políticas puede ir acompañada de autonomía de los sectores implicados, ya que su formulación, diseño y financiación son pactados y adaptados en función de un objetivo social común y no de los requerimientos específicos de los sectores. El trabajo intersectorial integrado requiere frecuentemente la existencia de una función de gestión transversal.
- **Salud en todas las políticas:** Estrategia gubernamental que busca mejorar la salud a través de estructuras, mecanismos y acciones planeadas y gestionadas principalmente por sectores distintos de salud, que se sustenta en el abordaje de determinantes sociales como un puente entre políticas y resultados en salud, y en donde la reducción de las desigualdades es en salud es uno de los productos principales y centrales¹⁵. Es un paso adicional o complementario a la integración. En este sentido, la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas¹⁶ plantea que este enfoque funciona mejor cuando existe: un mandato claro que haga imperativo un

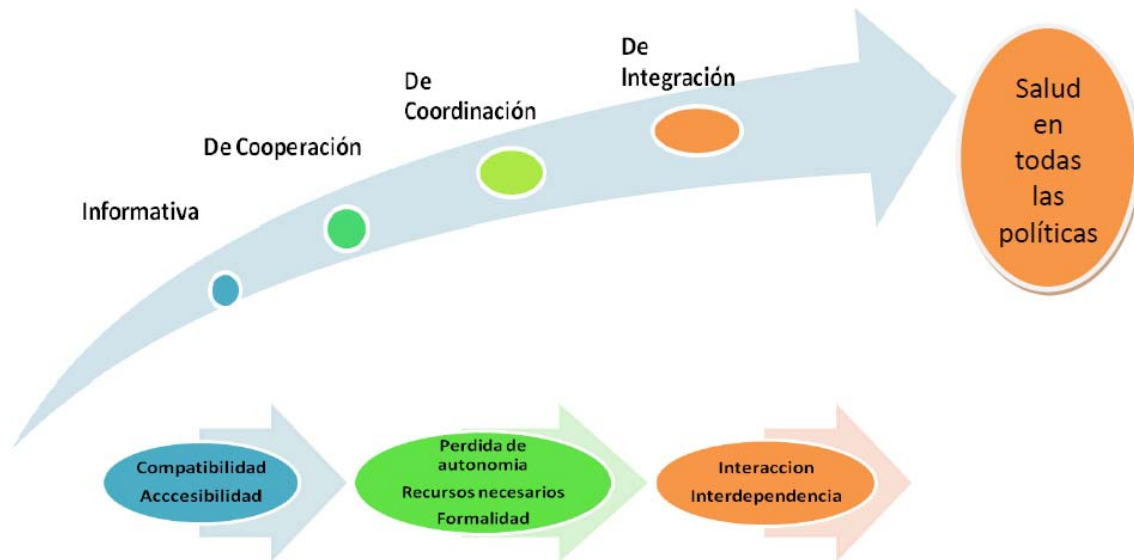
¹⁵ Adapted from Ståhl et al. Ministry of Social Affairs and Health. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland 2006. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

¹⁶ Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

gobierno conjunto, procesos sistemáticos que tengan en cuenta las interacciones entre los distintos sectores, mediación entre los diferentes intereses, rendición de cuentas, transparencia y procesos de participación, compromiso de partes interesadas ajenas al gobierno, e iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza.

Figura 11: Modelos de trabajo con otros sectores o tipologías de intersectorialidad.



Fuente: Solar O., Valentine N., Netherland Adaptado de Policy Integration. E. Meijers¹⁷

Es importante resaltar que estas distintas tipologías de relación entre sectores coexisten en el tiempo, tanto en las relaciones con un determinado sector como en los diferentes niveles de organización y gobierno (nacional, regional, local y comunitario), y no necesariamente representan etapas progresivas de desarrollo. Pueden darse ventanas de oportunidad y condiciones políticas que permitan el salto a la integración o a la salud en todas las políticas desde por ejemplo, una relación previa de coordinación.

El tipo de práctica intersectorial que se lleva a cabo en un país o región está relacionada con la visión de la salud que tiene una determinada sociedad, y cuál es el foco de las intervenciones de salud pública asociado a esta visión. En la siguiente tabla se muestra un esquema de las tres principales tendencias de acción actuales de la salud pública -a) intervenciones enfocadas a la enfermedad, b) a la prevención de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables, principalmente mediante estrategias individuales, y c) a la producción social de la salud, teniendo en cuenta los DSS- poniéndolas en relación con los patrones predominantes de las relaciones que establece el sector salud con otros sectores.

¹⁷ Meijers E., Stead D. (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration

Foco de acción de las intervenciones	Enfermedades	Prevención y promoción de estilos de vida saludables	DSS: enfoque de producción social de la salud *
Patrón predominante de relación con otros sectores	Información- Cooperación	Cooperación- Coordinación	Integración- Salud en todas las políticas
Resultados de la acción intersectorial	Acciones conjuntas sobre un determinado problema o enfermedad. Ej. campaña informativa	Intervenciones para el control o la eliminación de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables. Ej. regulación tabaco	Planes conjuntos con presupuesto compartido. Ej. Intervenciones estructurales

Fuente: Adaptado de Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009) Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed?. An approach to an intersectoral typology.

- * Las actividades de promoción de la salud deberían recoger siempre el tercer enfoque, que ya estaba presente en la carta de Ottawa¹⁸ como una de las cinco estrategias recomendadas para promocionar la salud “la creación de políticas públicas saludables”. Por otro lado, la equidad ha estado desde el inicio, en el centro de las actividades de promoción de la salud pero en la práctica no siempre se ha conseguido un abordaje real. La existencia del enfoque de salud en todas las políticas no garantiza que la ganancia en salud se distribuya equitativamente en toda la población; por ello, las metodologías y prácticas de reorientación hacia la equidad son imprescindibles para conseguir la máxima efectividad de las acciones.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

En relación a la participación social, el fundamento de su importancia es que si la base de las desigualdades está en la distribución desigual del poder, la participación real constituye uno de los mecanismos de redistribución de poder, y por ende contribuiría a modificar las desigualdades, al darle mayor espacio de acción e intervención en la jerarquía social existente, tanto a nivel global como a nivel de la EPA. La participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones es vital para asegurar el poder y control de las personas en el desarrollo de las políticas.

Existen distintos mecanismos y modalidades de participación:

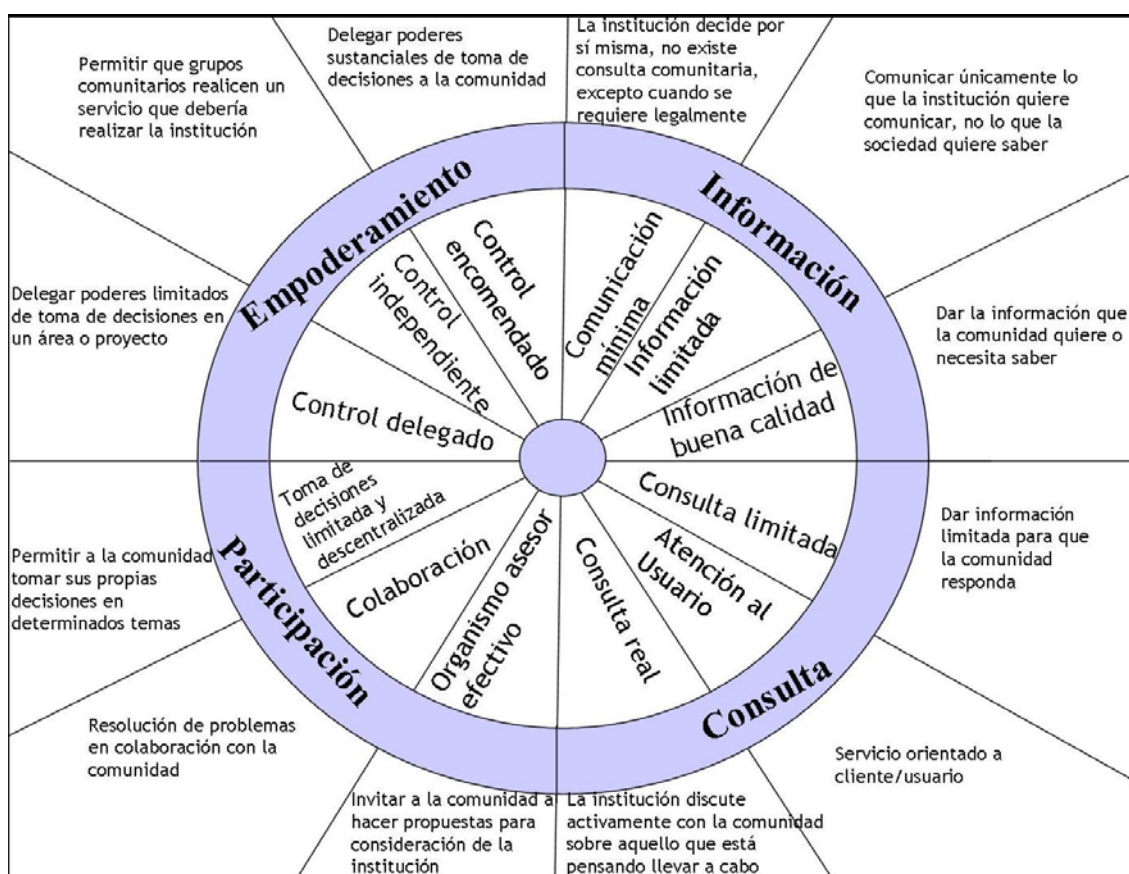
- **Informativa:** Dar información equilibrada y objetiva a las personas para ayudarlas a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y / o soluciones.

¹⁸ OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, 1986.

- **Consultiva:** Obtener retroalimentación de las comunidades afectadas en el análisis, alternativas y / o decisiones.
- **Participativa:** Trabajar directamente con las comunidades durante el proceso, para garantizar que las preocupaciones y aspiraciones públicas sean bien entendidas y consideradas.
- **Colaborativa:** Asociarse con las comunidades afectadas en cada uno de los aspectos de la decisión, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida.
- **Empoderamiento:** Con el fin de garantizar que las comunidades tengan “la última palabra” y, en última instancia, el control sobre las decisiones clave que afectan a su bienestar.

Es necesario planificar la participación social para que ésta sea efectiva. En este sentido, South Lanarkshire Council desarrolló una rueda de participación que muestra como determinadas técnicas de participación permiten alcanzar distintos objetivos (figura 12)¹⁹.

Figura 12. Rueda de la participación.



Fuente: Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1998; 1262: 14–15.

¹⁹ Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1998; 1262: 14–15.

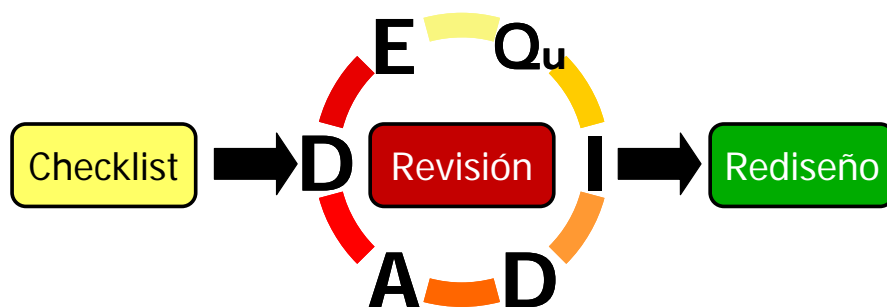
4.

Panorámica del proceso
para integrar la equidad
en las Estrategias,
Programas y Actividades
de Salud

4. Panorámica del proceso para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de salud

El proceso global de integración de la equidad en las (EPAs) consta de tres fases, que pueden completarse de manera secuencial o no, en función del grado de profundización que se pretenda acometer en el proceso.

Figura 13. Esquema global del proceso de integración de la equidad en las EPAs de salud.



1. *Análisis preliminar* de la equidad de la EPA mediante la aplicación de un checklist o lista de chequeo.
2. *Ciclo de revisión* mediante cinco pasos para incluir la equidad en la EPA.
3. *Rediseño*: implementación de los cambios acordados en el ciclo de revisión.

1. ANÁLISIS PRELIMINAR: CHECKLIST

La primera fase del proceso consiste en estimular una reflexión global preliminar sobre la equidad y el enfoque de DSS en la EPA en base a una lista de chequeo.

Se puede plantear como un primer análisis de la EPA, y considerarse un primer paso exploratorio para valorar la necesidad y capacidad de continuar con el ciclo de revisión de la EPA para incluir la equidad y el enfoque de DSS.

El desarrollo de la lista de chequeo se recoge en el apartado 5.1 del capítulo 5 de la guía.

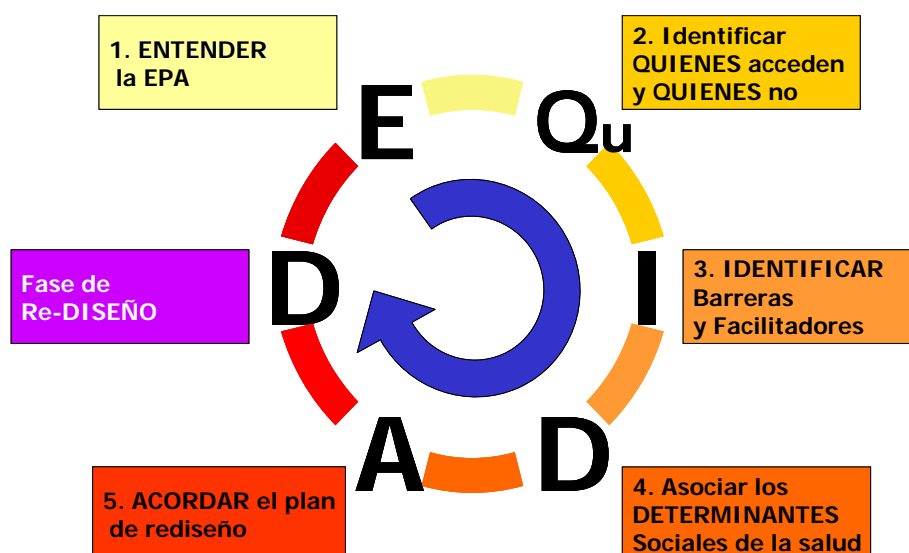
2. CICLO DE REVISIÓN

Tras un análisis preliminar guiado por la lista de chequeo, se puede comenzar el ciclo de revisión. Éste pretende analizar en qué medida la EPA (o parte de ella) funciona para uno o más subgrupos prioritarios de la población objetivo, así como las razones

por las que aparecen diferencias en el acceso y en los resultados en salud obtenidos para dichos grupos respecto a los esperados por la EPA.

El ciclo consta de cinco pasos que siguen el acrónimo EQUIDAD, y termina en la fase de rediseño:

Figura 14. Pasos del ciclo de revisión.



La siguiente tabla recoge de forma sintética los distintos pasos del ciclo de revisión, y sus objetivos.

Paso	Título	Objetivos
E	ENTENDER la Estrategia, Programa o Actividad (EPA)	Analizar las características generales de la EPA, identificando cuáles son sus intervenciones y etapas clave. Entender la teoría de la EPA y analizar si incluye un enfoque de equidad y DSS. Identificar y seleccionar el alcance de la revisión.
Qu	Identificar QUIÉNES acceden y QUIÉNES no	Analizar qué grupos de la población objetivo acceden y se benefician en cada etapa clave de la EPA, y cuáles no. Identificar y priorizar qué grupo/s se encuentran en situación de desigualdad.
I	IDENTIFICAR las barreras y los facilitadores en cada etapa clave	Identificar las barreras que dificultan el acceso y la obtención de beneficios en cada etapa clave de la EPA. Identificar los facilitadores del acceso y la obtención de beneficios en cada etapa clave de la EPA.
D	Asociar la EPA a los DETERMINANTES Sociales de la Salud	Asociar el análisis realizado de la EPA en los pasos previos (E-Qu-I) a los DSS. Analizar la intersectorialidad y la participación social en el desarrollo de la EPA y su papel en el abordaje de las barreras identificadas.
A	ACORDAR el plan de rediseño	Identificar las prioridades y objetivos del rediseño. Integrar la intersectorialidad y la participación social en el rediseño de la EPA.

En el apartado 5.2 del capítulo 5 de esta guía se recoge el desarrollo de cada paso del ciclo y las actividades que lo componen.

3. REDISEÑO DE LA EPA

La fase de rediseño es la parte final del proceso de integración de la equidad y DSS, en la que se implementa el plan de rediseño acordado en el ciclo de revisión, introduciendo los cambios necesarios en la EPA para lograr una mayor equidad.

Paso	Título	Objetivo
Re-D	Fase de re-DISEÑO	Implementar y desarrollar el rediseño de la EPA.

El apartado 5.3 del capítulo 5 de esta guía recoge este apartado.

CRITERIOS PARA ORGANIZAR EL TRABAJO

Antes de comenzar el proceso de integración de la equidad en la EPA, es necesario constituir un grupo de trabajo, y posteriormente seleccionar la EPA que se va a analizar. Para llevar a cabo estos pasos previos, se exponen a continuación algunos aspectos a tener en cuenta que corresponden a las lecciones aprendidas tras la experiencia de los grupos de trabajo del proceso formativo.

Constitución de un grupo de trabajo

Para el análisis de una EPA bajo el enfoque de equidad y DSS y la integración de este enfoque en la misma, se recomienda establecer un grupo de trabajo. Según la experiencia en el proceso formativo, algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de constituir este grupo son los siguientes:

- En primer lugar, el grupo de trabajo debe ser operativo, por lo que es importante tener en cuenta aspectos prácticos como el número de personas que lo van a constituir, la disponibilidad de tiempo de las mismas y las facilidades logísticas para poder realizar reuniones de discusión entre sus integrantes.
- En relación a la selección de los integrantes del grupo de trabajo, la experiencia durante el proceso formativo sugiere que es recomendable que formen parte del mismo: profesionales con experiencia en la EPA a analizar y profesionales con capacidad de control sobre la EPA. Se recomienda así mismo incluir un facilitador en el grupo o establecer turnos de liderazgo entre los miembros del grupo de trabajo.
- Como hemos visto anteriormente, la intersectorialidad y la participación social son elementos clave para el trabajo sobre los DSS, por lo que otro aspecto a valorar es la posibilidad de que otros sectores diferentes al sector salud y con impacto en la EPA estén involucrados en el proceso formando parte del grupo o como asesores del mismo.

- En caso de no poder establecer un grupo de trabajo para realizar el proceso, éste se podría hacer de manera individual. No obstante, en este caso sería importante poder contar con la asesoría, revisión y comentarios de otros profesionales, y llevar a cabo las consultas necesarias sobre aquellos aspectos que puedan tener un desarrollo más débil por parte de la persona encargada de realizar el proceso de análisis.

Selección de la EPA a analizar:

En el caso de que existan dudas sobre qué EPA elegir para aplicar el proceso de integración de la equidad, la experiencia de los distintos grupos durante el proceso formativo sugiere algunos aspectos críticos para facilitar la elección:

- Selección de una EPA ya implementada en lugar de EPAs “jóvenes” en fase de diseño, y sobre la que se tenga información sobre cómo está funcionando la implementación.
- Selección de una EPA sobre la que se tenga control, para posibilitar una mayor capacidad de implementación del rediseño.
- Selección de un Programa o Actividad: La metodología del proceso es más sencilla de aplicar a Programas o Actividades (que tienen una planificación más concreta y operativa) que a Estrategias.

Además, para facilitar la selección, se ha incluido un breve resumen de los principales criterios utilizados en diferentes metodologías de priorización en Salud Pública en el [Anexo III](#).

5.

Proceso para integrar
la equidad en las
EPAs de Salud

5. Fases del proceso para integrar la equidad en las EPAs de Salud

Tal y como acabamos de ver en el capítulo anterior, el proceso completo consta de tres fases, que veremos en detalle a continuación:

1. **Checklist:** lista de chequeo para el análisis preliminar de Equidad de la EPA.
2. **Ciclo de Revisión:** pasos **E-Qu-I-D-A-D**.
3. **Fase de rediseño: Re-D.** Recomendaciones para la implementación, seguimiento y evaluación del rediseño de la EPA.

5.1. Checklist: Lista de chequeo para el análisis inicial de Equidad de la EPA

La primera fase del proceso consiste en estimular una reflexión global preliminar sobre la EPA para valorar si esta incluye el enfoque de equidad y DSS.

Para ello, una vez constituido el grupo de trabajo y seleccionada la EPA, el grupo comenzará la reflexión y el análisis de los distintos puntos de la lista de chequeo. Como visión general, la lista de chequeo analiza las siguientes áreas de la EPA:

1. Objetivos de la EPA.
2. Población objetivo de la EPA.
3. Evaluación de necesidades en salud de las personas.
4. Análisis de las intervenciones de la EPA.
5. Implementación de las intervenciones.
6. Intersectorialidad.
7. Participación.
8. Resultados esperados de la EPA.
9. Desafíos de equidad.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- El grupo de trabajo debe cumplimentar la lista de chequeo sobre la EPA seleccionada

LISTA DE CHEQUEO PARA EL ANÁLISIS INICIAL DE EQUIDAD DE LA EPA



NOMBRE DE LA EPA SELECCIONADA (Señalar si se corresponde con una Estrategia, un Programa o una Actividad)	
PARTICIPANTES EN LA DISCUSIÓN Y CUMPLIMENTACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO	1 2 3 4 5

1. ¿Cuáles son los objetivos de la EPA?

Enumere los objetivos de la EPA.

¿Existe un objetivo explícito sobre equidad?

2. ¿Cuál es la población objetivo?

Describir: las características socio demográficas, su ubicación, otros.

Según su experiencia, ¿qué grupos sociales es importante diferenciar en la EPA para avanzar en equidad en salud?

Responda a la pregunta y complete la tabla.

Población objetivo	No	Sí	¿Cuál(es)?
¿Hay grupos sociales que la EPA no considera en su definición?			
¿Considera acciones adicionales para algunos grupos sociales específicos?			
Respecto a la <u>formulación</u> de la EPA, ¿Hay grupos sociales que se benefician más que otros?			
Respecto a los <u>resultados</u> de la EPA ¿Hay grupos sociales que se benefician más que otros? Por ejemplo: ¿hay grupos que acceden primero a un nuevo programa o acción?			
¿Las intervenciones de la EPA afectan negativamente a algún grupo social? Por ejemplo: un grupo excluido o acción que aumente las desigualdades			

3. Evaluación de necesidades en salud de las personas

¿La EPA realiza regularmente un análisis de necesidades de salud de la población objetivo? Fundamental.

Existen diversas definiciones de necesidad en salud. ¿Cuál(es) de las definiciones de necesidades es más parecida a la que utiliza la EPA? (Marcar una alternativa de 1 a 5 para cada definición, siendo 1 = muy parecida y 5= muy diferente).

Tipología de necesidades de Bradshaw	1	2	3	4	5
Necesidad normativa: un experto define la necesidad mediante la definición de normas o criterios o estándar que quiere ser alcanzado					
Necesidad sentida: se pregunta a las personas para conocer sus necesidades, traducidas en problemas o expectativas por parte de dicho grupo o comunidad					
Necesidad expresada: se basa en la información de la utilización de servicios preventivos, curativos o promocionales, es decir, equivale a la demanda de los servicios de salud, cómo las personas usan los servicios o transforman la necesidad en acción					
Necesidad comparativa: es aquella que corresponde a una población que reúne las mismas características que otra que está recibiendo determinada cobertura o servicio. Cuando no se recurre a criterios normativos para definir la necesidad, se suele comparar la situación de salud de diferentes áreas o entornos para establecer cuáles presentan mayores carencias (necesidades) en términos comparativos					

Si el programa no realiza un análisis de necesidades, ¿en qué tipo de evidencia se basa para su formulación y evaluación?

4. Análisis de intervenciones

Enumerar todas las intervenciones de la EPA. En el caso de una estrategia, si no existen intervenciones explícitas, detallar las acciones que se realizan en el desarrollo de la misma:

→ Intervención 1: _____

→ Intervención 2: _____

→ _____

En el caso de detallar intervenciones, indicar cuáles corresponden a abordajes individuales y cuales a abordajes poblacionales. En el caso de no haber detallado intervenciones, indicar cuál es la orientación de la EPA en su conjunto, es decir, si es principalmente una estrategia individual o poblacional:

Intervención	Individual	Poblacional
Intervención 1	Si/No	Si/No
Intervención 2	Si/No	Si/No

5. Implementación de las intervenciones

Describir los actores que implementan las intervenciones dentro de la EPA analizada.

Intervención	Actores

¿Qué dificultades ha identificado en la implementación de la EPA?

¿Qué tipo de supervisión o coordinación existe entre la EPA y los actores que implementan las intervenciones?

¿Qué tipo de participación tienen los actores en la formulación de la EPA?

6. Intersectorialidad

Responda las preguntas según su experiencia con la EPA (en la formulación y/o ejecución) hasta la fecha.

EPA	No	Sí	¿Cuál (es)?, descríbala
¿La EPA incluye alguna acción intersectorial? ¿Con qué sectores?			
Si incluye acción intersectorial, ¿qué mecanismos de coordinación existen entre la EPA y otros sectores (mesa de trabajo permanente, programación conjunta, sólo evaluación conjunta o algún contacto puntual)?			
¿Existen un presupuesto y un plan intersectorial definido?			

Si han realizado acciones intersectoriales, ¿cuál ha sido el principal motivo/s de su desarrollo por parte del sector salud? Marcar la/s alternativa/s que corresponde/n.

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

¿Cuál cree usted que ha sido el principal motivo/s de desarrollo de estas acciones intersectoriales por parte de los otros sectores (excluyendo salud)?

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

¿Responden las acciones intersectoriales a las necesidades de las personas?

7. Participación

Como se ha visto en el capítulo 3, existen distintos mecanismos o modalidades de participación. En base a la discusión sobre la Rueda de Participación, responda las siguientes cuestiones:

Preguntas	No	Sí	¿Cuál (es)?
¿La EPA incluye mecanismos de participación?			
¿Hay un presupuesto y un plan específico para la participación?			
¿Qué grupos y/o organizaciones están contemplados en la participación?			
¿Cómo participan? Mecanismos y tipos de participación: <ul style="list-style-type: none"> – Informativa – Consultiva – Participativa – Colaborativa – Empoderamiento 			
¿Para qué participan?			
¿Desde su experiencia, cuáles son las principales dificultades para concretar la participación?			

8. ¿Cuáles son los resultados esperados de la EPA?

Describir cuáles son los resultados esperados de la EPA.

Identificar cuáles son los principales logros de la EPA.

¿Cuáles son los temas o aspectos de la EPA que considera que están pendientes de realizar y que son relevantes? (qué falta por hacer).

¿Qué indicadores son relevantes para la EPA?

¿Qué indicadores [☞] son relevantes para la EPA?	Enumerar
Indicadores de proceso	
Indicadores de resultado	
Indicadores de equidad	

¿Cuál fue la última evaluación de la EPA?

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

[☞] Ver definiciones de indicadores en el Glosario.

Responda las siguientes preguntas sobre los resultados de la EPA:

¿Puede demostrar que la EPA ha contribuido a mejorar la salud de la población objetivo?

¿La mejoría ha sido igual para todos los grupos sociales?

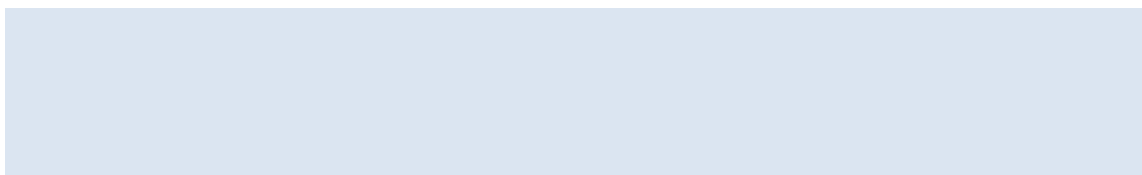
¿La EPA ha permitido mejorar el acceso a la atención de salud o a las acciones preventivas o de promoción de la salud definidas en la EPA?

¿La mejora en el acceso ha sido igual para todos los grupos sociales?

9. Desafíos de equidad

Considerando su experiencia y conocimiento, ¿cuáles son los principales desafíos de equidad que debe abordar la EPA?

Teniendo en cuenta el marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, reflexione sobre qué Determinantes (intermediarios y estructurales) pueden estar relacionados con su EPA.

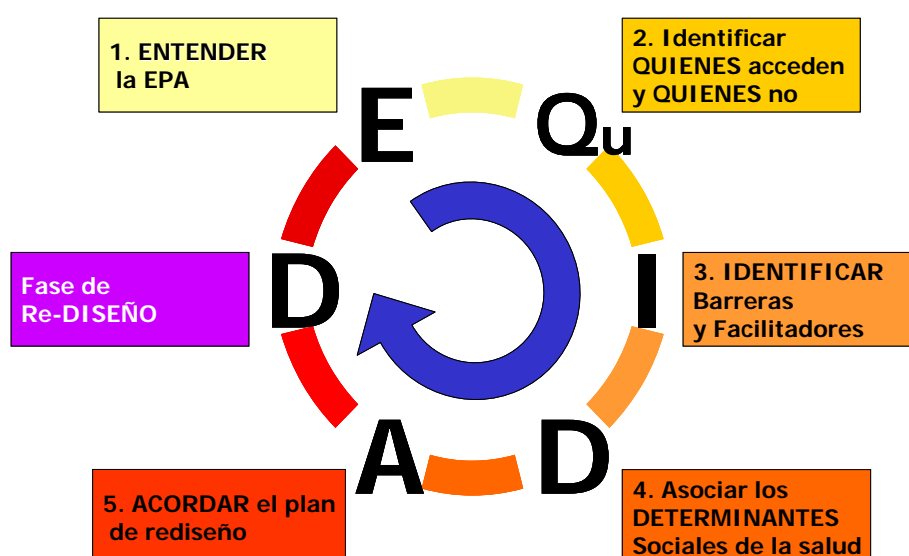


5.2 Ciclo de revisión: Pasos E-Qu-I-D-A-D

Tras un primer análisis guiado por la lista de chequeo, se puede comenzar el ciclo de revisión. Éste pretende analizar en qué medida la EPA (o parte de ella) funciona para uno o más subgrupos prioritarios de la población objetivo, así como por qué se producen diferencias en el acceso y en los resultados en salud obtenidos para dichos grupos respecto a los esperados por la EPA.

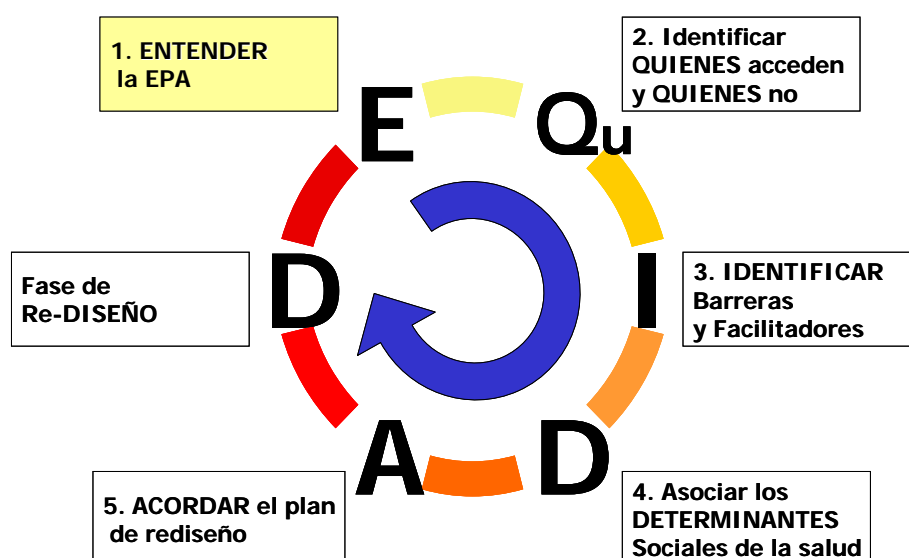
El ciclo consta de cinco pasos que siguen el acrónimo EQUIDA(D); la D final corresponde ya a la fase de rediseño ([capítulo 5.3](#) de esta guía):

Figura 15: Pasos del ciclo de revisión.



A continuación vamos a estudiar cada uno de estos cinco pasos. La estructura general de los pasos está formada por distintas actividades, y al final de la explicación de cada actividad se resumen en un cuadro azul las tareas que hay que hacer para completarla. Se aportan ejemplos de las distintas actividades, que forman parte del trabajo que realizaron los nodos durante el proceso formativo de “Integración de determinantes sociales y equidad en las Estrategias, Programas o Actividades relacionadas con la salud”. Para facilitar la comprensión de los ejemplos, en el [Anexo II](#) se presenta información básica sobre la EPA analizada por cada nodo.

5.2.1. Paso E: ENTENDER la Estrategia, Programa o Actividad



Objetivos

1. Analizar las características generales de la EPA, identificando cuáles son sus intervenciones y etapas clave.
2. Entender la teoría de la EPA y analizar si incluye un enfoque de equidad y DSS.
3. Identificar y seleccionar el alcance de la revisión.

Desarrollo

En esta tabla se resume el desarrollo del **paso E**, que se divide en seis actividades:

Paso	Actividad	Objetivo
Paso E: ENTENDER la Estrategia, Programa o Actividad	Actividad 1	Analizar cuál es el objetivo de la EPA
	Actividad 2	Identificar y clasificar las intervenciones o acciones incluidas en la EPA
	Actividad 3	Identificar y diagramar las etapas clave de la EPA
	Actividad 4	Definir la teoría de la EPA
	Actividad 5	Valorar si la teoría de la EPA incluye un enfoque de equidad y DSS
	Actividad 6	Delimitar la revisión, si procede

Actividad 1: Analizar cuál es el objetivo de la EPA

Para iniciar el ciclo de revisión, lo primero que se debe hacer es un análisis general para comprender qué pretende conseguir la EPA, y cuál es el contexto en el que se desarrolló inicialmente, es decir, el por qué y para qué de la EPA.

Revisar el objetivo de la EPA ayuda a precisar la conceptualización del problema o tema que ésta aborda. En muchas ocasiones una EPA incluye varios objetivos, lo que hace que revisar la EPA sea un proceso complejo.

Revisar el apartado de objetivos del checklist elaborado previamente ayudará al desarrollo de esta actividad.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

Se deberá realizar una síntesis que incluya las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema o tema que aborda la EPA?
- ¿Cuál es el objetivo/s general de la EPA?
- Justificación de la importancia de la EPA, es decir, ¿por qué la existencia de la EPA marca una diferencia?
- ¿En qué contexto surge y se desarrolla la EPA?
- Resuma brevemente en qué consiste a grandes rasgos su EPA (cómo se estructura, a quién se dirige -destinatarios intermedios y finales-, qué niveles de implementación tiene, etc.)
- ¿Con qué recursos (humanos, económicos, materiales...) cuenta?
- ¿Quiénes participan en su diseño?
- ¿Quiénes participan en su implementación?
- ¿Quiénes participan en su evaluación?

Ejemplo 1: paso E actividad 1.

Análisis de algunos aspectos de la EPA realizado por el nodo que analiza el Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias.

¿Cuál es el problema que aborda la EPA?

El Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias, trata de dar respuesta especializada e integral a los problemas de salud de la población consumidora de sustancias tóxicas, así como contribuir a disminuir o retrasar el inicio de consumo en población infanto-juvenil y en el ámbito comunitario.

¿Qué hace la EPA?

- Informa – educa, sensibiliza y asesora sobre drogodependencias y su prevención: desarrolla programas de Educación para la salud en la escuela.
- Evalúa el impacto del consumo sobre la salud del drogodependiente desde una perspectiva bio-psico-social.
- Elabora propuesta terapéutica y/o de derivación a otro recurso.
- Realiza tratamiento y evalúa resultados terapéuticos.

¿Cómo lo hace?

- Elabora propuestas de intervención informativa-educativa para Centros Escolares.
- Desarrolla intervenciones de Educación para la salud con alumnado, padres y profesores.
- Desarrolla intervenciones de Educación para la salud en ámbito comunitario (formación mediadores juveniles).
- Realiza intervención clínicas ambulatorias (terapias) en el CAID en colaboración con el equipo terapéutico.
- Verifica abstinencias con apoyo controles toxicológicos.
- Prescribe fármacos y sustitutivos opiáceos.
- Elabora propuestas de derivación a otros recursos.

Elabora informes clínicos para Juzgados y otras instancias Jurídicas.

CAID: Centro de Atención Integral a Drogodependientes.

Actividad 2: Identificar y clasificar las intervenciones o acciones incluidas en la EPA

En primer lugar, es necesario identificar las intervenciones incluidas en la EPA, apoyándose en la siguiente pregunta: ¿Qué hace o recomienda concretamente la EPA para abordar el problema identificado? (describir las acciones e intervenciones incluidas en la EPA)

Una vez identificada la totalidad de las intervenciones, se clasificarán como se señala en la tabla. Esto nos dará una visión más global de la EPA.

Tipo Intervención/ Cobertura [☞]	Universal	Focalizada o selectiva	Mixta
Intervenciones dirigidas al acceso a servicios de atención curativa o de prevención secundaria (Downstream)			
Intervenciones dirigidas a producir cambios de conductas y estilos de vida (Midstream)			
Intervenciones dirigidas a las condiciones de vida y de trabajo (Midstream)			
Intervenciones dirigidas a modificar el contexto y/o la estratificación social (Upstream)			

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Hacer un listado con todas las intervenciones de la EPA
- Clasificar las intervenciones según la tabla

[☞] Ver las definiciones de tipos de intervenciones y cobertura en el Glosario.

Ejemplo 2: paso E actividad 2.

Tipos de intervenciones identificadas por el nodo que analiza el Programa de Información sobre Tabaquismo de la Región de Murcia:

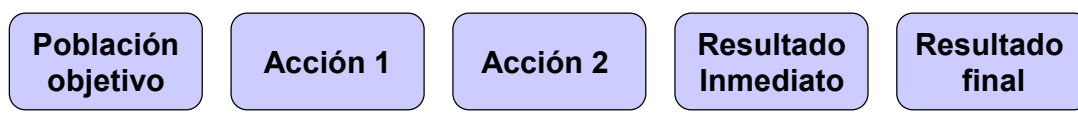
Tipo de Intervención /cobertura	Universal	Focalizada o selectiva	Mixta
Downstream (Intervenciones sobre acceso a servicios de atención curativa o de prevención secundaria)		8. Incrementar la capacitación de profesionales sanitarios en prevención del tabaquismo	
Midstream (Intervenciones sobre cambios de conductas y estilos de vida)	2. Proporcionar recursos para ayudar a personas fumadoras a dejar de fumar. 3. Realizar intervenciones en los medios de comunicación para sensibilizar a la población sobre el problema del tabaquismo.		1. Elaborar y distribuir materiales informativos y educativos dirigidos a diferentes colectivos. 5. Difundir la evidencia científica entre profesionales socio-sanitarios y en los medios de comunicación.
Midstream (Intervenciones sobre condiciones de vida y de trabajo)	3. Realizar intervenciones en los medios de comunicación para sensibilizar a la población sobre el problema del tabaquismo.		
Upstream (Intervenciones que buscan modificar el contexto y/o la estratificación social)		4. Implicar a líderes sociales de la Región de Murcia en la prevención del tabaquismo. 6. Intervenciones de abogacía de la salud para buscar alianzas en la prevención del tabaquismo entre distintos sectores sociales. 7. Impulsar la participación activa de diferentes sectores poblacionales.	

Actividad 3: Identificar y diagramar las etapas clave de la EPA

Es necesario identificar las etapas clave[☞] de la EPA, es decir, secuenciar el proceso de desarrollo de la EPA, diferenciando las distintas fases que sigue hasta llegar al resultado final. Una vez identificadas estas fases o etapas clave, construir un diagrama ayudará a representar de una forma sencilla la EPA y a realizar las actividades posteriores.

Es importante tener presente que esta actividad considera la EPA tal y como es en la actualidad (y no como nos gustaría que fuera).

La manera más simple de representar las etapas clave de la EPA es siguiendo el esquema que aparece a continuación, si bien puede resultar más útil a la hora de trabajar con programas o acciones que en el caso de una estrategia:



El proceso de diagramación debe ser flexible y dinámico, no existiendo una forma única o verdadera de representar las etapas clave. La mejor opción será aquella que se adapte mejor a la situación concreta de cada EPA y a las necesidades del grupo de trabajo. De hecho, es posible que según se avanza en la revisión esta diagramación se vaya modificando.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

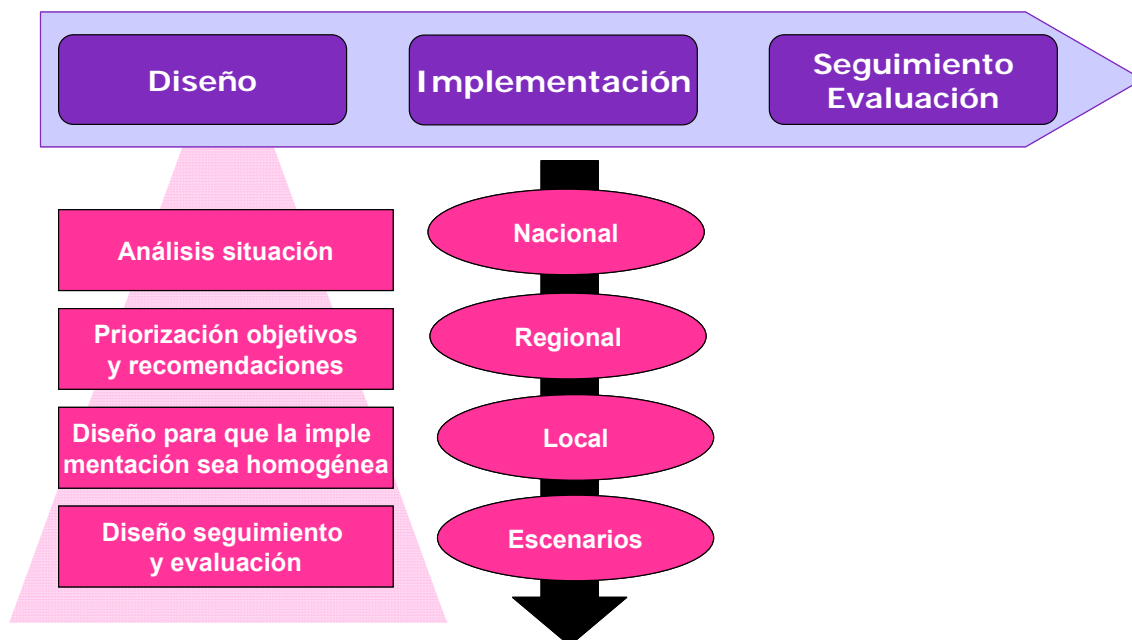
- Realizar el diagrama de etapas clave de la EPA

A continuación se presentan ejemplos de diagramas de etapas clave que pueden ser de utilidad para ver diferentes formas de representación:

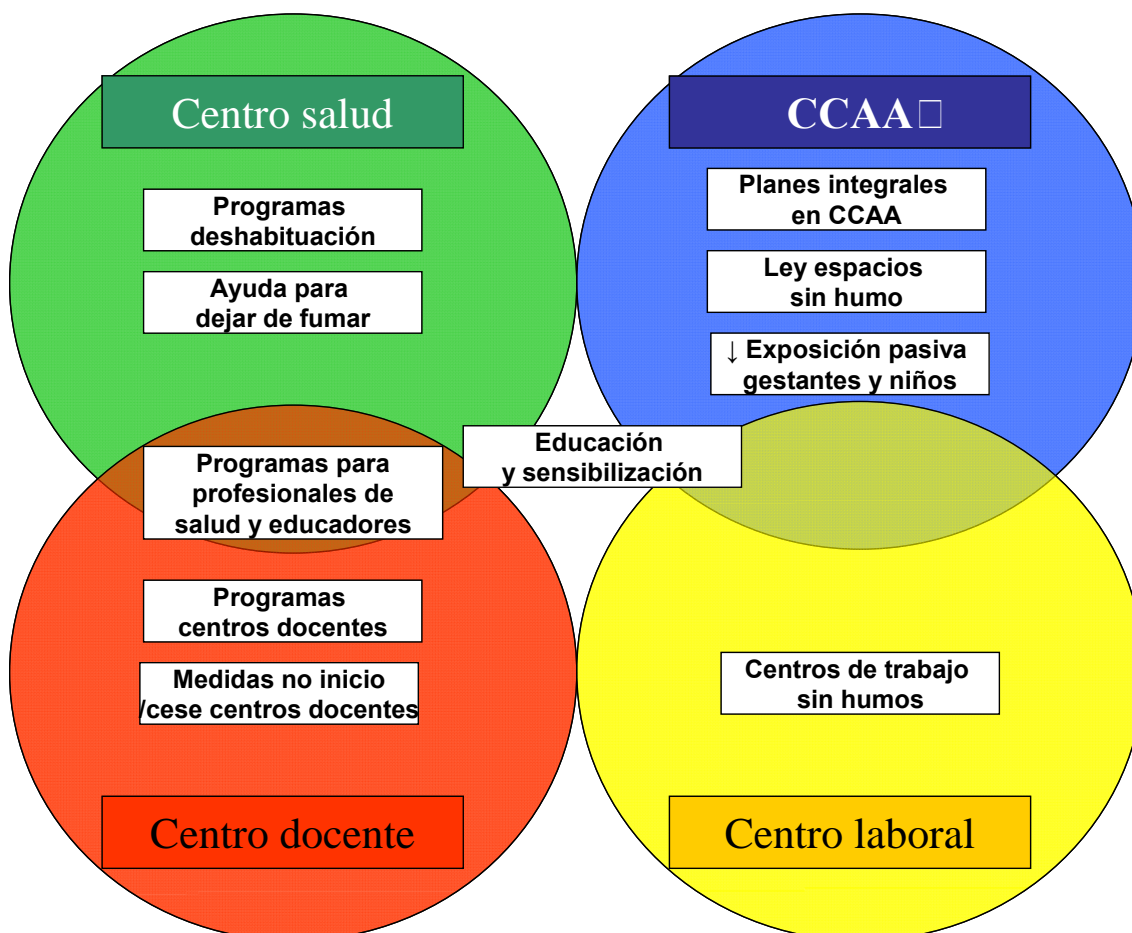
[☞] Ver la definición de etapa clave en el Glosario

Ejemplo 3: paso E actividad 3.

Diagrama de etapas clave (y sub-diagrama de escenarios) realizado por el nodo que analiza la línea estratégica de Promoción y Protección de la salud de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud.



ESCENARIOS:



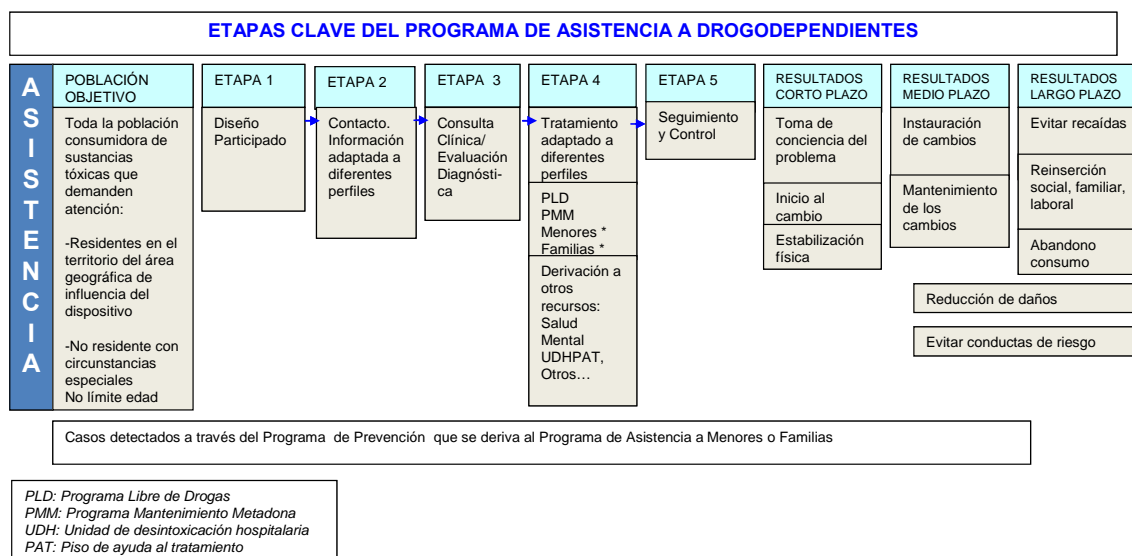
Ejemplo 4: paso E actividad 3.

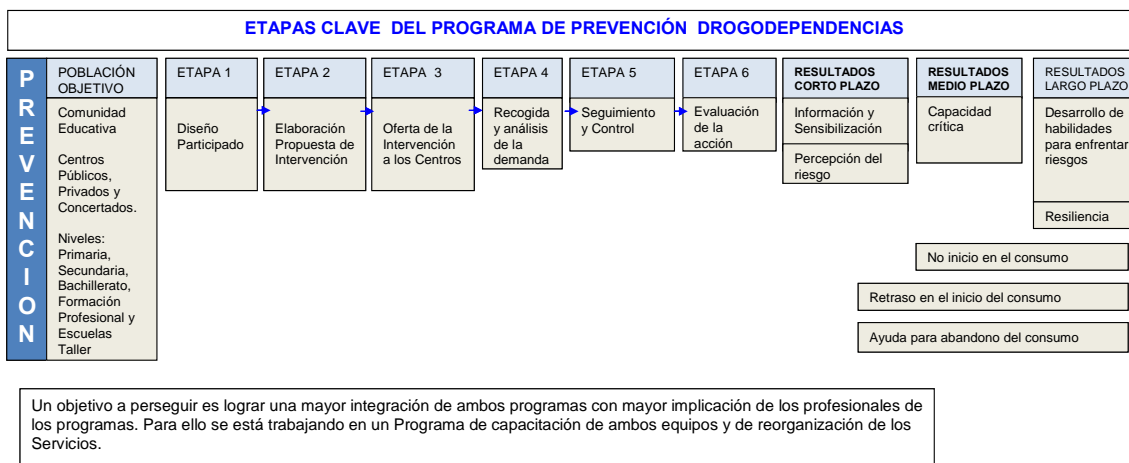
Diagrama de etapas clave elaborado por el nodo que analiza el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.



Ejemplo 5: paso E actividad 3.

Diagrama de etapas clave elaborado por el nodo que analiza el Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias.





Actividad 4: Definir la teoría de la EPA

La *teoría de la EPA* es el conjunto de fundamentos, evidencias e hipótesis en el que se basa la EPA, es decir, su marco conceptual teórico. Reflexionar sobre la teoría de la EPA nos ayudará a profundizar acerca de las premisas teóricas sobre las que se construye la EPA, y que la justifican como medio para alcanzar los resultados esperados. En muchas ocasiones la teoría de la EPA no se explicita, por lo que puede ser útil analizar cómo se organiza la EPA y las intervenciones que incluye, así como sus objetivos y resultados obtenidos²⁰.

Se deberá reflexionar y analizar cuál es la teoría de la EPA. Las siguientes preguntas pueden servir de base para ello:

1. ¿Cuál es la situación general del problema que aborda la EPA?
2. ¿De qué manera la implementación de la EPA mejorará el problema?
3. ¿Qué fundamentos, evidencias e hipótesis justifican la implementación de la EPA?
4. ¿Qué resultados esperamos que sucedan con cada intervención de la EPA?

²⁰ Como apoyo para llevar a cabo este análisis, se puede consultar: Pawson R and Sridharan S. Theory-driven evaluation of public health programmes. Chapter 4 in Evidence-based Public Health, Effectiveness and Efficiency. Oxford University Press 2010.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Definir la teoría de la EPA
- Puede realizarse de dos modos:
 - Redactar la teoría de la EPA de forma sintética
 - Realizar un diagrama de esta teoría

A continuación se presentan algunos ejemplos de teorías de distintas EPAs:

Ejemplo 6: paso E actividad 4.

Redacción de la teoría de la EPA del nodo que analiza el Programa Forma Joven de la Junta de Andalucía.

Teoría de la EPA

Tanto explícita como implícitamente la **teoría de la EPA** parte de la concepción y fundamento de que los jóvenes tienen una exposición alta a conductas de riesgo, además poseen poca información y formación en temas de salud y en general no contactan con los centros sanitarios porque los consideran poco accesibles y con falta de intimidad para consultar sus dudas.

Por otro lado, los profesionales tienen pocos conocimientos y habilidades para abordar los temas relacionados con la salud de los jóvenes.

Por ello, si se acerca la información a los espacios frecuentados por jóvenes, por profesionales motivados para hacer este trabajo, se conseguirá dotar de recursos y capacidades para afrontar riesgos, incentivar la posibilidad de compatibilizar salud y diversión y favorecer la elección de conductas más saludables.

La concepción del Programa parte de la idea de que si se forma a los profesionales y jóvenes mediadores y éstos adquieren conocimientos y desarrollan habilidades se posibilitará que esta información pueda llegar a los chicos y chicas en aquellos espacios donde se constituyan los Puntos Forma Joven, para así trabajar en áreas de estilos de vida saludables, área afectivo sexual, salud mental, etc., de forma individualizada mediante asesorías y de forma grupal a través de talleres. El modelo en el que se fundamentan estas áreas se refiere al modelo de activos y de las competencias promotoras de salud que a diferencia del modelo del déficit tratan de promover los recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarios para la promoción del desarrollo positivo durante la adolescencia¹.

Concluyendo, la teoría de la EPA se fundamenta en que al mejorar la información y formación de los jóvenes se aumentarán sus capacidades para afrontar riesgos y así se favorecerán conductas más saludables.

^[1] **Modelo del Déficit versus Modelo de Activos**

La imagen relativa de la adolescencia, presente en el mundo occidental a lo largo de las últimas décadas ha propiciado un modelo de atención a la salud adolescente centrado en el déficit y en los factores de riesgo. Sin embargo, durante los últimos años este modelo ha empezado a ser cuestionado por enfoques que enfatizan la competencia y el desarrollo positivo de jóvenes y adolescentes.

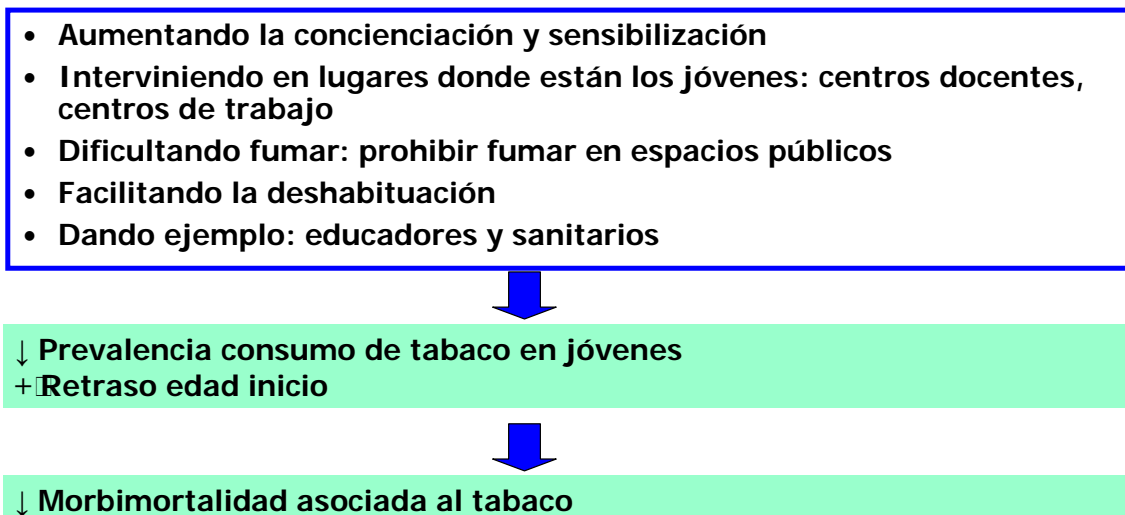
Tanto profesionales como población general confunden desarrollo saludable con ausencia de problemas. Esta visión lleva a un énfasis excesivo en el déficit y cierta negligencia con respecto a los valores y destrezas que deberían promoverse entre jóvenes y adolescentes.

El modelo o paradigma centrado **en el déficit** se centra en los riesgos, enfermedad, la patología y sus síntomas, con escasas referencias a competencias, optimismo, expectativas de futuro o relaciones significativas, está centrado en identificar los problemas y desajustes, **el modelo del desarrollo positivo** adolescente, además de definir las competencias que configuran el desarrollo saludable lleva asociado el concepto de recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarios para la promoción del desarrollo positivo durante la adolescencia.

Ejemplo 7: paso E actividad 4.

Diagrama de la teoría de la EPA realizado por el nodo que analiza la línea estratégica de Promoción y Protección de la salud de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

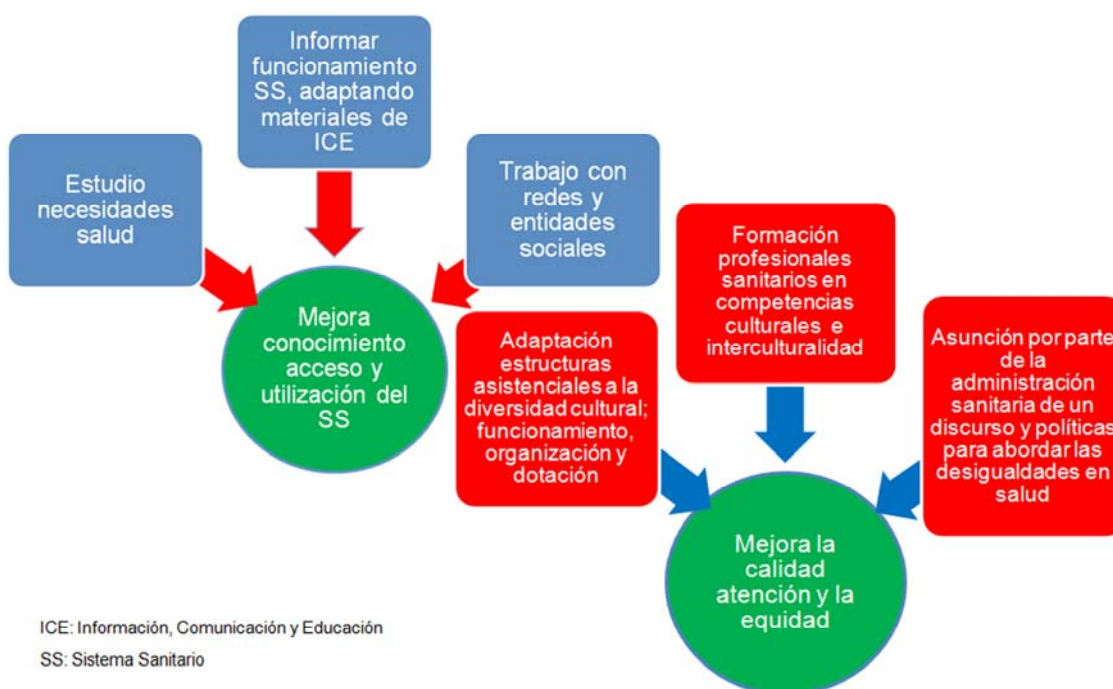
Teoría inicial



Ejemplo 8: paso E actividad 4.

Diagrama de la teoría de la EPA realizado por el nodo que analiza el programa dirigido a Inmigrantes vulnerables de la línea Colectivos Vulnerables del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013.

Diagrama teoría de la EPA



Actividad 5: Valorar si la teoría de la EPA incluye un enfoque de equidad y DSS

En esta actividad el grupo de trabajo debe plantearse si el enfoque de equidad y DSS está incluido en la teoría de la EPA, es decir, **¿cómo conceptualiza la teoría de la EPA el problema de las desigualdades en salud?**. Para precisar la respuesta, se deberán revisar dos aspectos:

a. HETEROGENEIDAD: ¿el diseño de la EPA contempla en sus intervenciones la heterogeneidad de la población objetivo?

En este apartado se propone reflexionar sobre si en el diseño de la EPA se han tenido en cuenta las necesidades específicas de los diferentes segmentos de la población, tanto en los contenidos como en la intensidad de las acciones; es decir, ¿reconoce la EPA las necesidades diversas y por ende propone intervenciones o acciones diferenciadas?, ¿se plantea en la EPA un funcionamiento de manera distinta para distintos grupos sociales, territorios o individuos?, ¿qué acciones se plantean para abordar estas diferencias?

b. EQUIDAD EN SALUD: ¿se ha definido explícitamente en el diseño qué impacto en equidad en salud tiene la EPA?

El grupo de trabajo debe analizar si en el diseño de la EPA se ha planteado cómo se generan las desigualdades en salud, cuál es su origen y qué impacto tiene la EPA sobre ellas. En este sentido, no es suficiente que la EPA incluya indicadores u objetivos asociados a equidad. Es necesario preguntarse si los mecanismos, acciones e intervenciones apuntan o no a la reducción de las desigualdades y si abordan o no los DSS y, si es así, sobre cuáles interviene y de qué manera son abordados.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

El nodo deberá realizar una reflexión inicial que incluya los siguientes aspectos:

▪ **Heterogeneidad:**

¿Cómo contempla la EPA la heterogeneidad?

¿Se diferencian las intervenciones según distintos grupos objetivo?

▪ **Equidad en salud:**

¿Genera la EPA desigualdades?, ¿De qué forma?

¿La EPA apunta a lograr una mayor equidad efectiva en salud?

Estas preguntas se plantean como inicio de la reflexión sobre las desigualdades en la EPA, y no con el objetivo de un análisis detallado, que se llevará a cabo en pasos posteriores

Ejemplo 9: paso E actividad 5.a.

Análisis de la heterogeneidad realizado por el nodo que analiza la convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida.

La EPA reconoce explícitamente la heterogeneidad de las poblaciones diana y tiene en cuenta la dispersión geográfica, por lo que se trata de identificar desigualdades en la distribución de las ayudas. No obstante, muchas de estas poblaciones son, en sí, heterogéneas y estratificables en términos de desigualdades, y esto no siempre queda recogido por las intervenciones. Para evitarlo, se trata de favorecer la difusión de la convocatoria a entidades que no suelen participar y que puedan tener mayor acceso a subpoblaciones y se reconocieron las UTE (Uniones Temporales de Entidades) para favorecer intervenciones en todo el territorio estatal y siempre que se trate de entidades de titularidad estatal.

Ejemplo 10: paso E actividad 5.b.

Análisis de la equidad en salud realizado por el nodo que analiza el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.

No existen intervenciones en el programa que realmente apunten a lograr de manera efectiva una mayor equidad en salud.

El programa no considera en su definición ningún grupo social específico: la población objetivo es la comprendida entre 50 y 69 años de edad, no realizándose ninguna acción adicional atendiendo a la edad o sexo a pesar de que la tasa de incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en hombres es el doble que en mujeres y que en ambos sexos la incidencia de CCR se triplica en la franja de 65-69 años con respecto al programa no considera en la de 50-54 años.

El programa tampoco tiene en cuenta el nivel socioeconómico de la población diana. En una revisión de 51 estudios publicados en Canadá se evidencia que el acceso al cribado de CCR está influenciado por el nivel de ingresos, mientras que la edad y el lugar geográfico de residencia son factores que influyen en el acceso a los tratamientos. (André R. Maddison, Yukiko Asada and Robin Urquhart).

En relación a la implantación del programa hay que señalar que el hecho de realizarse de forma progresiva y no alcanzar al 100% de la población objetivo, lleva una desigualdad asociada, que en estos momentos está condicionada por la falta de profesionales y de salas adecuadas para la realización de las colonoscopias.

Un pequeño porcentaje de personas, menos del 3%, no es invitada al programa por carecer de tarjeta de identificación sanitaria (TIS).

Actividad 6: Delimitar la revisión, si procede

En muchos casos la EPA es compleja y consta de varios sub-programas por lo que puede resultar difícil revisar la EPA en su totalidad. El grupo de trabajo debe decidir antes de continuar con el siguiente paso si es viable revisar toda la EPA o si es preferible priorizar una o varias partes de la misma.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Precisar qué objetivos de la EPA serán incluidos en la revisión

*Nota: si el objetivo/objetivos incluidos finalmente para la revisión no coinciden con el planteamiento inicial, será necesario revisar y adaptar el diagrama de etapas clave de la EPA (actividad 3) y valorar si se debe adaptar la Teoría de la EPA (actividad 4) de acuerdo con la nueva propuesta.

Ejemplo 11: paso E actividad 6.

Delimitación hecha por el nodo de infancia del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia al objetivo relacionado principalmente con la salud.

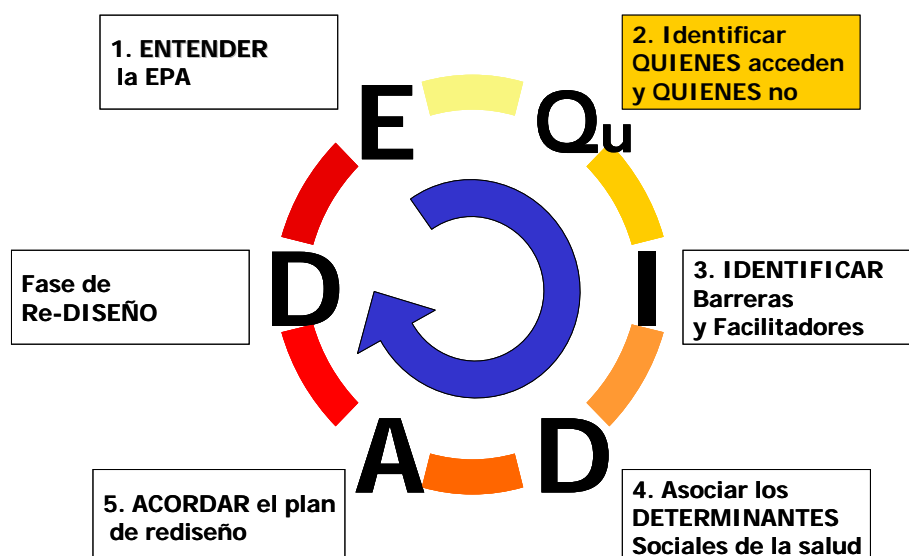
El nodo de infancia decidió aplicar el ciclo de revisión al Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) analizándolo desde un enfoque de equidad en salud puesto que al ser el PENIA un plan de alcance nacional este trabajo podría resultar de interés.

En un primer momento el nodo se planteó realizar la revisión a todo el plan pero, dado que éste consta de 11 objetivos estratégicos y analizar cada uno en profundidad con sus respectivas medidas iba a resultar de una gran complejidad, el nodo decidió delimitar la revisión al objetivo de salud, que es el siguiente:

Objetivo 9. Fomentar el desarrollo de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud dirigidas a la infancia y adolescencia, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad, incluyendo aspectos de educación afectivo-sexual y educación para el consumo responsable y prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias y a la salud mental de la infancia y adolescencia.

Como nodo, nos parece importante señalar que, aunque el objetivo elegido es el que se relaciona más directamente con la salud, somos conscientes de que los demás objetivos pueden contribuir también a la salud.

5.2.2. Paso Qu: Identificar QUIÉNES acceden y QUIÉNES no



Objetivo

1. Analizar qué grupos/subgrupos de la población objetivo acceden y se benefician en cada etapa clave de la EPA, y cuáles no.
2. Identificar y priorizar qué grupo/s o subgrupo/s se encuentran en situación de desigualdad.

Desarrollo

Una vez que en el *Paso E* se han estudiado las características generales de la EPA, entendido su teoría, identificado las etapas clave y las intervenciones de la misma, y se ha decidido el objetivo de la revisión; el siguiente **paso Qu** consiste en analizar la EPA desde el punto de vista del acceso y el beneficio de la población.

En la siguiente tabla se resume el desarrollo del paso Qu, que se divide en cuatro actividades:

Paso	Actividad	Objetivo
Paso Qu: Identificar QUIÉNES acceden y QUIÉNES no	Actividad 1	Identificar los grupos/subgrupos objetivo de la EPA
	Actividad 2	Valoración preliminar de grupos/subgrupos en cada etapa clave
	Actividad 3	Análisis de grupos/subgrupos en cada etapa clave de la EPA
	Actividad 4	Identificar y priorizar el grupo/s o subgrupo/s en situación de desigualdad

La [figura 4](#) ilustra muy bien que, para alcanzar la salud, los distintos grupos sociales se enfrentan a diferentes barreras: Algunas personas nacen con mayores oportunidades y es más fácil para ellos lograr buena salud -“tienen la carrera ganada”-, mientras que otros tienen que “saltar” obstáculos durante su vida y acumulan desventajas a lo largo de la misma, y algunos incluso nacen con cargas o desventajas adicionales.

Parece evidente que las EPAs de salud deben considerar esta heterogeneidad si se espera que todos los segmentos de la población objetivo puedan obtener los máximos resultados en salud.

En este paso se deben intentar diferenciar grupos/subgrupos dentro de la población a la que potencialmente se dirige la EPA (población objetivo) y entender la manera en que sus circunstancias o contextos determinan sus resultados en salud. En otras palabras, las intervenciones de la EPA pueden tener diferentes resultados para los diferentes grupos o subgrupos, y al mismo tiempo diferente resultado en cada etapa clave, lo que está a su vez determinado por las características, contextos y circunstancias de estos grupos o subgrupos. Analizar estas diferencias permite estudiar cómo la EPA funciona en cada grupo o subgrupo de población, posibilitando abordar con éxito las necesidades específicas de los grupos o subgrupos y por tanto contribuir a la equidad.

Actividad 1: Identificar los grupos/subgrupos objetivo de la EPA

La primera actividad de este paso es identificar qué grupos o subgrupos de la población objetivo deben ser considerados para analizar sus diferencias en relación a la EPA.

Los grupos/subgrupos pueden definirse por:

- Nivel de ingreso, educación, ocupación, clase social u otra medida de posición socioeconómica.
- Género.
- Grupos de edad (adultos, tercera edad, adolescentes, etc).
- Situación laboral (empleado-desempleado).
- Grupo étnico.
- Discapacidad.
- Por territorio:
 - Urbano – rural.
 - Comunidad Autónoma, provincia, localidad, etc.
- Otros.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

Mediante un debate y reflexión inicial, identificar de manera preliminar los grupos/subgrupos de población que deben ser considerados para analizar sus diferencias en relación a la EPA. Para ello, completar la siguiente tabla:

Identifique el grupo/subgrupo a analizar	Tiene mayores necesidades en salud ¿Cuáles? ¿Por qué?	Tiene mayores dificultades en acceder/ beneficiarse ¿Cuáles? ¿Por qué?	Otra razón ¿Cuál? ¿Por qué?

Ejemplo 12: paso Qu actividad 1.

Identificación preliminar de grupos objetivo realizada por el nodo que analiza el Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010.

Identifique el grupo(s) a analizar	Tiene mayores necesidades en salud ¿por qué?	Tiene mayores dificultades en acceder/beneficiarse ¿por qué?	Otra razón ¿cuál?
Mujer (abarca a todos los subgrupos)	Sí, porque la mujer sigue estando en situación desfavorecida	Sí, social y culturalmente continúan en vigor determinados estereotipos	<ul style="list-style-type: none"> ○ La educación recibida ○ Falta de recursos en la escuela: humanos, estructurales...
Población inmigrante (se contempla en el análisis de la situación, aunque no plantea intervenciones directas sobre esta población)	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ La procedencia de países subdesarrollados con peores situaciones sanitarias ○ La situación de desarraigo 	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ El idioma ○ Situación irregular ○ Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel socioeconómico ○ Nivel educativo ○ Falta de habilidades sociales ○ Falta de recursos en la escuela: humanos, estructurales...
Disfunción familiar: (exclusión social, desempleo, familias monoparentales...)	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ Situaciones de estrés y ansiedad ○ Pobreza ○ Conductas disruptivas 	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ Absentismo escolar ○ Dejación de funciones por parte de los progenitores 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de habilidades sociales ○ Falta de recursos en la escuela: humanos, estructurales...
Etnias	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinadas etnias están asociadas a situaciones de exclusión social que conlleva disminución de la salud 	Sí <ul style="list-style-type: none"> ○ Por su propia cultura ○ Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel socioeconómico ○ Nivel educativo ○ Falta de habilidades sociales ○ Falta de recursos en la escuela: humanos, estructurales...

Ejemplo 13: paso Q actividad 1.

Identificación preliminar de grupos objetivo realizada por el nodo que analiza el programa dirigido a Inmigrantes vulnerables de la línea Colectivos Vulnerables del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013.

Grupos a analizar	Tienen > necesidades salud ¿Cuáles? ¿Por qué?	Tienen > dificultades en acceder/ beneficiarse ¿Cuáles? ¿Por qué?	Otra razón ¿cuál? ¿Por qué?
Mujeres y hombres que no hablan español	Igual población autóctona edad y sexo/ > necesidad en planificación familiar y salud mental	Problemas de comunicación	
Mujeres y hombres sin documentación (problema por carecer DNI)	Probablemente > vulnerabilidad social y también de salud Hábitat / condiciones laborales adversas	Problemas para acceder a Tarjeta Sanitaria Individual de acceso al sistema sanitario	Trabajos economía sumergida
Mujeres marroquíes y chinas, países del Este	Idioma, barreras atención profesionales hombres	Concepciones de salud-enfermedad diferentes	Aislamiento, desconocimiento idioma, rol género
Mujeres inmigrantes embarazadas Niños	Falta seguimiento embarazo Falta red social apoyo Red familiar transnacional cuidados a distancia / stress	Cuidado/ seguimiento embarazo diferente mediatizado por cómo se hace en país de origen y programa seguimiento del niño sano	Emprendedoras proyecto migratorio >>exigencias Envío remesas/ mantenimiento economía/cuidado familiar
Mujeres embarazadas en cárceles	Red familiar no presente Falta Atención especializada	Atención sanitaria insuficiente	Decisión hijos en cárcel supervigilancia/ estigma
Mujeres asalariadas con bajos salarios, jornadas extensas, en servicio doméstico y/o cuidadoras de personas dependientes	Salud precaria por problemas lumbares y osteo-articulares por tipo de trabajo Falta relación social/ red de apoyo	Dificultades de acceder a consultas sanitarias debido a largas jornadas de trabajo	Bajos salarios, muchas obligaciones
Hombres asalariados con bajos salarios, jornadas extensas Mujeres y hombres en paro	Problemas como accidentes laborales si trabajan en la construcción Dificultades cubrir necesidades básicas	Sin tiempo para acudir al médico, solo cuando es grave	Desconocimiento derechos y medidas seguridad laboral

Actividad 2: Valoración preliminar de grupos/subgrupos en cada etapa clave

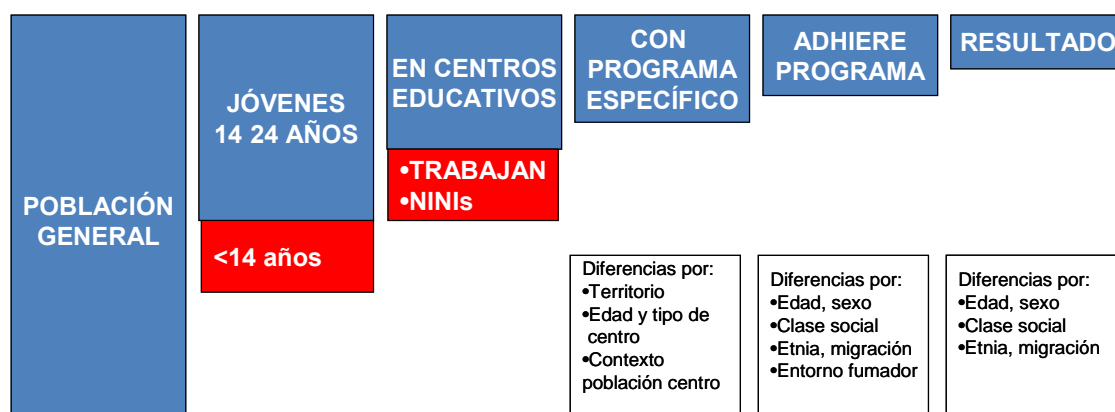
Una vez identificados los grupos o subgrupos de interés para el análisis, el grupo de trabajo debe examinar las etapas clave de la EPA y desde su experiencia describir quiénes piensan que acceden y se benefician en cada etapa.



Ejemplo 14: paso Qu actividad 2.

Valoración preliminar de quiénes acceden y se benefician y quiénes no, realizada por el nodo que analiza la línea estratégica de Promoción y Protección de la Salud de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Prevención del tabaquismo en centros educativos



* NINIs: Jóvenes que ni estudian ni trabajan

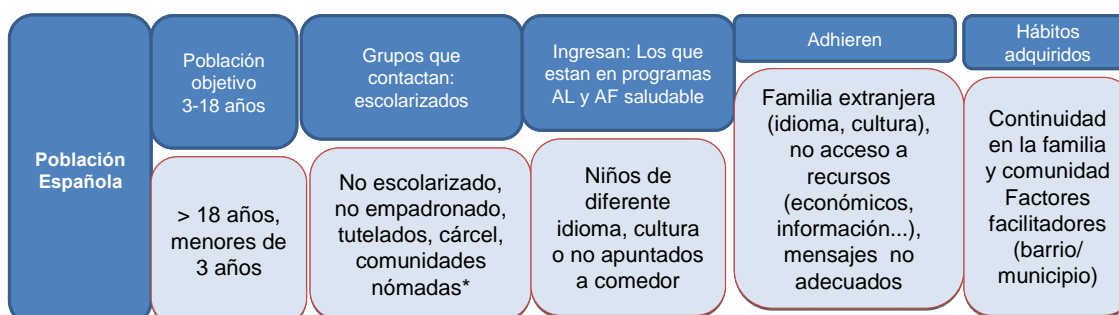
Ejemplo 15: paso Qu actividad 2.

Valoración preliminar de quiénes acceden y se benefician y quiénes no, realizada por el nodo que analiza la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).

SUBGRUPOS ESCUELAS



SUBGRUPOS POBLACIÓN



* Esta diferenciación no se presenta en todas las situaciones ni Comunidades Autónomas.

AMPA: Asociación de Madres y Padres de Alumnos.

AL y AF: Alimentación y Actividad Física.

Actividad 3: Análisis de grupos/subgrupos en cada etapa clave de la EPA

Una vez realizada la valoración preliminar de cómo los distintos grupos o subgrupos acceden y se benefician de la EPA según la experiencia del grupo de trabajo, es importante realizar un análisis de esta valoración, contando para ello con las fuentes de información disponibles, tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, que permitan completar y adaptar el análisis realizado en la actividad 2.

Para ello, se realizará lo siguiente:

- Identificación de información disponible.
- Extracción de datos y análisis de los mismos.
- Interpretación de los datos.

A. Identificación de información disponible

El grupo de trabajo debe identificar las fuentes de información existentes con datos cuantitativos relativos a cada etapa clave de la EPA. Se deben buscar tanto fuentes de datos primarias como secundarias. Por ejemplo:

- Registros de actividades de la EPA.
- Indicadores de seguimiento o evaluación de la EPA.
- Datos demográficos de la población.
- Estadísticas de morbilidad y mortalidad.
- Encuestas que analizan acceso y utilización de servicios.
- Encuestas sobre el estado de salud y calidad de vida, como Encuestas Nacionales o locales de Salud o de Calidad de Vida y Salud.
- Estudios nacionales, regionales o locales relevantes.

A su vez se deben considerar las fuentes de información cualitativa: estudios, reflexiones del equipo de trabajo, consultas a actores clave, así como a los planificadores y/o ejecutores de la EPA y otros informantes claves.

La siguiente tabla puede ayudar a sistematizar la información disponible y las posibilidades de analizar las diferencias por grupos/subgrupos en cada etapa clave de la EPA:

Etapa clave	Fuentes de datos cuantitativos	Fuentes de información cualitativa	Grupos/Subgrupos posibles de analizar
1			
2			
3			

B. Extracción de datos y análisis de los mismos

Se llevará a cabo de distinta manera dependiendo de los datos de los que se disponga:

- Si se dispone de fuentes primarias de datos cuantitativos: se realizará un análisis de los datos según la desagregación que sea posible o interese y con las medidas que se consideren relevantes para estudiar la EPA. Las preguntas clave son: ¿es posible desagregar la información para cada grupo social o usar estratificadores?, es decir, ¿se pueden analizar los resultados de la EPA por grupos/subgrupos?

- Si se dispone de fuentes secundarias de datos cuantitativos: se realizará una recopilación de la información que se considere de utilidad para analizar los distintos grupos/subgrupos de población en relación a la EPA.
- Además, se debe analizar también la información cualitativa. Para ello, al igual que en el caso de la información cuantitativa, se debe estudiar las fuentes de información primarias y secundarias que se tengan, y por otro lado se puede contrastar la experiencia del grupo de trabajo con consultas a otras personas, especialmente con los operadores locales y ejecutores de la EPA. Para ello, el grupo de trabajo puede utilizar distintas metodologías de investigación cualitativa: entrevistas, discusiones grupales, etc.

Alternativa de análisis por áreas territoriales:

Comparaciones entre áreas territoriales seleccionadas según vulnerabilidad u otra medida de posición social.

Otra alternativa es hacer el análisis usando la información territorial disponible para estimar la situación del grupo de interés. Por ejemplo, si el grupo de trabajo ha priorizado los grupos de mayor vulnerabilidad social, de menores ingresos, o de menor educación, podría extraer dicha información de manera indirecta, analizando por CCAA, ayuntamientos u otros.

Es decir, realizar el análisis comparando el funcionamiento de las etapas clave en diferentes territorios. Se deben seleccionar territorios que representen de alguna manera los diferentes subgrupos a analizar, sea por vulnerabilidad, ingreso, o etnia. Por ejemplo, se pueden elegir territorios caracterizados por nivel bajo de ingreso salarial y familiar y compararlos con aquellos de mayores ingresos. Esto es factible hacerlo a partir de encuestas de caracterización socioeconómica o condiciones de vida por ejemplo.

Si la información cuantitativa del nivel local lo permite, se podrán intentar diferenciar los subgrupos en cada etapa y calcular proporciones, tasas u otras medidas relevantes para la EPA en cuanto a diferencias de acceso o resultados.

C. Interpretación de los datos²¹

Respecto a la interpretación y las limitaciones del análisis de acceso a la EPA, es importante considerar la conceptualización de la necesidad existente en la población y la expresión de la demanda, ya que se presentan diferencias según la realidad educacional, ingresos, etnia, clase social, entre otros. Algunos estudios internacionales sobre el tema señalan que aunque las brechas de acceso son mayores entre los quintiles socioeconómicos; las personas con menor nivel de ingresos utilizan más la Atención Primaria, y son hospitalizadas más frecuentemente que las personas de mayores ingresos, a igual necesidad de salud. Se ha observado asimismo que la utilización de la Atención Especializada funciona a la inversa, ya que se utiliza más por personas de mayores ingresos. La utilización de los servicios de odontología es mayor en las personas de mayores ingresos, hecho relacionado con la exclusión de la financiación pública de la salud bucal en la mayoría de los países. También se ha visto

²¹Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno 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.

que los servicios preventivos y de screening, suelen favorecer a las personas de clases sociales más privilegiadas. Esto implica que al analizar sólo la utilización de servicios podemos sacar conclusiones equivocadas, porque una mayor utilización no siempre implica mayor necesidad, a la vez que ésta no sólo está mediada por la oferta sino también por la conceptualización de necesidad.

Para poder interpretar los resultados es importante tener en cuenta que las necesidades son diferenciales y por lo tanto se esperaría que se expresen en tasas de utilización diferenciales, incluso las actividades contenidas en cada etapa debieran ser diferenciales. Es decir, a mayor necesidad en salud la respuesta no es sólo intensificar acciones sino generar acciones diferenciadas en sus contenidos.

El siguiente esquema general podría ayudar a la discusión considerando las limitaciones señaladas:

		NECESIDAD	
		ALTA	BAJA
UTILIZACIÓN	ALTA	Acceso apropiado	Sobreutilización
	BAJA	Acceso deficiente	Acceso apropiado

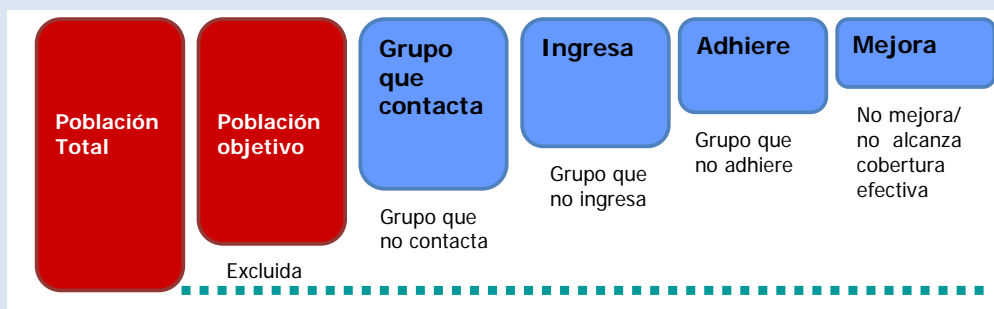
Fuente: White 1978.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

Realizar un análisis de subgrupos y de cómo acceden y se benefician de la EPA:

- Identificar la información disponible
- Extraer los datos y analizarlos
- Interpretar los datos

Como producto final de esta actividad, el nodo completará y adaptará el esquema comenzado en la actividad 2 de este paso Q:



Ejemplo 16: paso Q actividad 3.a.

Identificación de la información disponible por parte del nodo que analiza el Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010.

EPA: PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Etapa clave	Fuentes y tipo de datos CUANTITATIVOS	Subgrupos posibles de analizar en cada etapa
Población objetivo	<ul style="list-style-type: none"> *Estudio sobre las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia *Encuesta Nacional de Salud *HBSC (Health Behaviour in School-aged Children-Murcia) *Informe sobre el estado del Sistema educativo Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> *Mujer *Disfunción familiar *Alumnado
Acción 1: Puesta en marcha del Plan en los centros docentes	<ul style="list-style-type: none"> *Informe del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia *Cuestionario de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia *Memoria de las Dotaciones para gastos de centros no universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela 	<ul style="list-style-type: none"> *Alumnado *Profesorado *Profesionales sociosanitarios *Familia
Acción 2: Formación	<ul style="list-style-type: none"> *Memorias de cursos a docentes *Memorias de cursos a sociosanitarios *Ediciones Máster Salud Pública *Memoria de Subvenciones a Asociaciones de Padres y Madres de alumnos de centros no universitarios sostenidos con fondos públicos, para financiar proyectos de Escuelas de Madres y Padres en educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> *Docentes *Profesionales sociosanitarios *Familia
Acción 3: Puesta en marcha de Grupos de Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> *Informe del Plan de Educación para la Salud en la Escuela *Actas de los Grupos de Participación Social 	<ul style="list-style-type: none"> *Docentes *Profesionales .sanitarios *Familia *Técnicos municipales
Acción 4: Apoyo al Currículo	<ul style="list-style-type: none"> *Memoria del Servicio de Promoción y Educación para la salud: materiales educativos elaborados, distribuidos *Memoria Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> *Docentes *Sanitarios *Familia *Alumnado
Acción 5: Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> *Cuestionario de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> *Etapas educativas: centros de infantil, primaria, secundaria *Tipo de centro: público, privado, concertado *Ubicación geográfica: rural o urbana *Formación: docentes que han recibido formación/no han recibido formación
Resultado inmediato	<ul style="list-style-type: none"> *Cuestionario de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> *Alumnado *Docentes *Familia *Sanitarios
Resultado intermedio	<ul style="list-style-type: none"> *Estudio de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> *Mujer *Disfunción familiar *Alumnado *Docentes *Familia

Etapa clave	Fuentes y tipo de datos CUALITATIVOS	Subgrupos posibles de analizar en cada etapa
Población objetivo Escolares de centros docentes no universitarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de integración de los escolares marroquíes en la Región de Murcia. 2000 - La escuela intercultural, I Encuentro del Consejo Escolar de la Región de Murcia... 2000 - Estudio de Juventud y Salud en la Región de Murcia. 2008 - Los planes de convivencia escolar en los centros docentes. 2009 	- Inmigración, etnias. Género
Acción 1 Puesta en marcha del Plan en los centros docentes	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio Necesidades y Problemas para el desarrollo de la EpS en centros docentes. 2003 - Estudio Necesidades y Problemas para el desarrollo de la EpS en Atención Primaria 2010 (pte. Publicación) - Percepciones sobre la EpS en la Escuela del profesorado de la Región de Murcia. Constructos y metodología educativa. 2007 - Cuestionarios de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 	- Comunidad educativa: alumnado, profesorado, personal no docente, familias - Profesionales Sociosanitarios
Acción 2 Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones sobre la EpS en la Escuela del profesorado de la Región de Murcia. Constructos y metodología educativa. 2007 - Registros de actividades formativas de los Centros de Profesores y Recursos - Memorias de Actividades de Formación de las Gerencias Únicas de Área - Memorias de Las Escuelas de Madres y Padres en Educación para la Salud creadas a partir de las subvenciones convocadas a tal efecto 	- Docentes - Sociosanitarios - Familias
Acción 5 Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 	- Docentes - En menor medida, sociosanitarios y familias
Resultado inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios de Evaluación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 	- Alumnado - Docentes - Familia - Sanitarios

* EpS: Educación para la Salud

Ejemplo 17: paso Q actividad 3.a.

Identificación de fuentes de datos realizada por el nodo que analiza la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).

- Cualitativas: Grupos focales con diferentes subgrupos sobre hábitos.
- Cuantitativas:
 - Datos de hábitos, uso de recursos, IMC (por CCAA, género, clase social, Nivel educativo...).
 - Encuesta Nacional de Salud y de cada CCAA .
 - Estudios de prevalencia de obesidad y de hábitos (ENRICA, ENKID...).
 - Datos de prevalencia de obesidad (por CCAA y municipio, barrio, género, clase social, Nivel educativo...).
 - Otros datos: Políticas de transporte activo (datos de utilización de transporte público, del sistema de bicicletas municipal si lo hay etc.), políticas agrarias, legislación, convenios...

Ejemplo 18: paso Q actividad 3.

Esquema del análisis de subgrupos realizado por el nodo que analiza el Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias - Programa de Asistencia.

PROGRAMA DE ASISTENCIA

DIFICULTADES DE ACCESO Y DIFICULTADES PARA OBTENER BENEFICIOS POR ETAPA CLAVE

Población total 190.000 habitantes San Sebastián de los Reyes y los 15 municipios que comparten dispositivo asistencial	Población objetivo Población entre 18 y 64 años 130.000 En función de la prevalencia se estima entre 570-727	Grupo que contacta 543	Ingresa en el Programa 478	Adhiere *PLD 305- 87% *PMM 153-98.6% MENORES 12-60%	Cobertura efectiva *PLD 83-27,2% *PMM 11- 7% MENORES 2-10%
			2.	3.	4.
	1. Se excluyen la población no drogodependiente	1.			

* PLD: Programa Libre de Drogas
* PMM: Programa Mantenimiento con Metadona

1. No contactan: inmigrantes, especialmente las mujeres. Etnia gitana. Mujeres con bajo nivel educativo, con dedicación a tareas del hogar. Parados. Jóvenes entre 18-30 años. Personas sin estudios, con nivel socioeconómico bajo, con escaso apoyo familiar y social y sin residencia estable. Dificultades de accesibilidad física.
2. Las personas con problemas psicosociales, recaídas e ingresan varias veces al año, después de la desintoxicación abandonan. Procesos de encarcelación.
3. El subgrupo del PMM más adherencia porque la metadona es sustitutivo de la sustancia a la que es adicto. La necesita. El subgrupo PLD, recaídas. El subgrupo menores menor sensación de riesgo.
4. Por las razones anteriores.

REFLEXIONES: Carecemos de estudios sobre la efectividad de los diferentes tratamientos. Los exitosos deberían hacerse extensivos. El PMM es el más estudiado y resulta efectivo a la hora de reducir el consumo de drogas ilegales, las conductas de riesgo y los delitos, aunque no hay constancia de mejora en la salud de los pacientes. La oferta de tratamientos en instituciones penitenciarias no cubre toda la demanda. Los programas deben adaptarse más a las características o perfiles de los subgrupos y es necesario motivar más a los equipos para llevar a cabo tratamientos diferenciales.

Actividad 4: Identificar y priorizar el grupo/s o subgrupo/s en situación de desigualdad

Se deben revisar los resultados del análisis anterior, y reflexionar sobre:

- ¿Qué grupos tienen menor probabilidad de acceder o de beneficiarse en cada etapa? Si se trabaja con territorios, identificar aquellos con mayores diferencias e interpretar las implicaciones para los grupos sociales de interés.
- ¿En qué etapa son mayores las diferencias?
- ¿Hay algún otro grupo perjudicado por la intervención (externalidades negativas)?
- ¿Hay consecuencias para otros sectores?

Hay que analizar si las acciones o intervenciones de la EPA generan consecuencias para ciertos grupos o sectores. Por ejemplo, una recomendación de restricción del consumo de atún, podría tener un impacto económico negativo sobre los pescadores y la industria asociada al atún. Es así como una acción sanitaria protectora puede tener un impacto social relevante para otros sectores, sobre todo en grupos o territorios de mayor vulnerabilidad.

Una vez caracterizados los grupos, éstos se deben clasificar por orden de prioridad en función de su situación de desigualdad. Si se decide que no es factible realizar la revisión para todos los grupos identificados, se elegirá el grupo o grupos en los que centrar la revisión y rediseño de la EPA en función de la priorización realizada. Es importante justificar los criterios de priorización que se han utilizado. Para facilitar el proceso, se ha incluido un breve resumen de los principales criterios utilizados en diferentes metodologías de priorización en Salud Pública en el [Anexo III](#).

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Caracterizar los grupos en situación de desigualdad
- Priorizar el grupo o grupos en situación de desigualdad a considerar en la revisión y rediseño de la EPA

Ejemplo 19: paso Qu actividad 4.

Priorización del nodo que analiza el Programa Forma Joven de la Junta de Andalucía.

Grupo Prioritario:

Jóvenes mayores de 16 años (edad en la que acaba la Educación Secundaria Obligatoria) y que no se continúa su formación, bien en el sistema formal o informal.

Justificación de la elección:

Forma Joven se dirige a la población adolescente y juvenil de edades comprendidas entre los 12 y 25 años, 1.600.000 habitantes. Lo que supone el 25 % de la población andaluza.

Por la propia dinámica y desarrollo del programa, la mayoría de los Puntos Forma Joven constituidos desde el 2001 hasta el 2011 se encuentran en centros de Enseñanza Secundaria.

El Programa se ha desarrollado de forma muy escasa en los espacios comunitarios, hecho que nos hace pensar que el objetivo de acercarnos a los espacios que frecuentan los jóvenes se ha cumplido de forma sesgada ya que podríamos decir que se ha extendido en los espacios formales (centros educativos) con una sistemática organizada y una fórmula de éxito pero no se ha conseguido llegar a la población que no está dentro del sistema educativo o que ya ha salido y que probablemente necesite con mayor intensidad encontrar recursos, asesorías, puntos de información y de formación sobre los aspectos ligados a los estilos de vida.

La población mayor de 16 años en Andalucía sufre de forma más directa la problemática del paro y del desempleo, circunstancia que afecta en mayor medida a la población que no tiene formación básica.

Unido a este perfil habría que señalar que según la Encuesta Andaluza de Salud (2007) y el HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) en Andalucía 2007, los jóvenes de menor formación, procedentes de familias de más bajos recursos económicos y menor nivel de instrucción son los que más bajos niveles de hábitos de salud presentan.

Entendiendo por ello que el contexto educativo es un elemento que garantiza en cierta manera la oportunidad de formación y que los jóvenes escolarizados multiplican las ocasiones de construcción de un modelo individual y colectivo de salud (Sentido de Coherencia) más saludable en el marco formativo, pensamos que la población que no está en el sistema educativo, que sale prematuramente de él o no continúa se encuentra con menor posibilidad de construir este modelo teniendo en cuenta las oportunidades que la escuela les brinda.

Ejemplo 20: paso Qu actividad 4.

Priorización realizada por el nodo que analiza el objetivo de salud del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia.

GRUPO PRIORIZADO: El nodo ha priorizado el grupo de 0-3 años. Se sabe que todo aquello que acontece en los primeros años de vida es crucial para la trayectoria de desarrollo y el ciclo vital de cada una de las personas. Existe evidencia internacional de que las desigualdades en la etapa de desarrollo infantil van a contribuir de manera inequívoca a las desigualdades en la vida adulta, y en consecuencia a la creación de un círculo de desventaja intergeneracional. Por tanto, intervenir en equidad en los primeros años va a incidir en una mayor equidad en la edad adulta.

No obstante, aunque se haya priorizado el grupo de 0-3, creemos que, además de para este grupo, el plan debería reorientarse a la equidad para todos los grupos de edad y contemplar las necesidades específicas de cada etapa vital.

Ejemplo 21: paso Qu actividad 4.

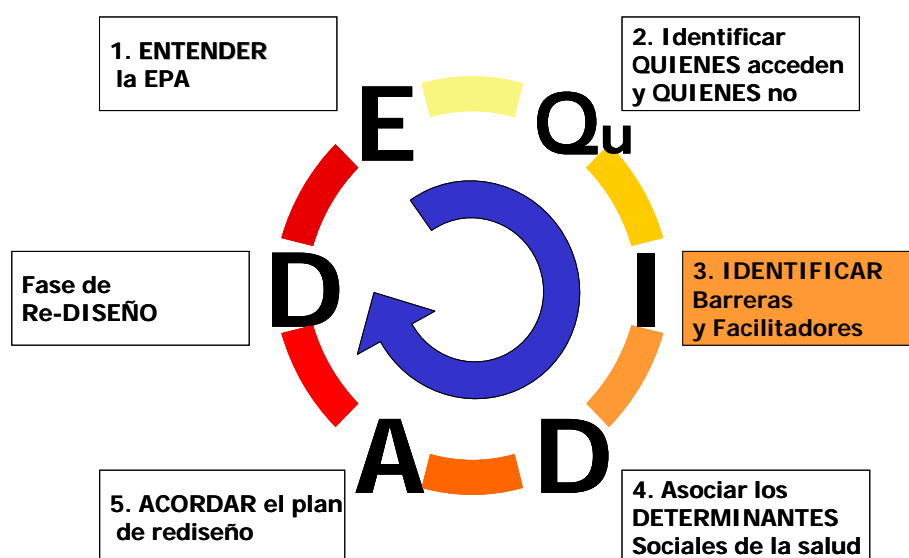
Priorización realizada por el nodo que analiza el Programa de Información sobre Tabaquismo de la Región de Murcia.

Tras analizar los grupos con mayores necesidades y por tanto vulnerables, se decide dar prioridad al colectivo gitano por su mayor desigualdad en salud y elevada prevalencia tabáquica.

Grupo(s) priorizados	Tiene mayores necesidades en salud ¿por qué?	Tiene mayores dificultades en acceder/beneficiarse ¿por qué?	Otra razón ¿cuál?
- Etnia Gitana	<ul style="list-style-type: none">- Elevada prevalencia tabáquica en varones- Elevada desinformación sobre el riesgo del consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none">- No acceden a los servicios socio-sanitarios, debido principalmente a una insuficiente integración en la sociedad- Baja aceptabilidad de servicios socio-sanitarios- Poca utilización de servicios preventivos	<ul style="list-style-type: none">- No hay disponibilidad de materiales específicos para este colectivo adaptados a sus necesidades culturales

Para el presente rediseño nos hemos centrado específicamente en el grupo de etnia gitana tal y como a continuación detallamos. Posteriormente se procederá a la revisión y rediseño de toda la EPA tendiendo en cuenta a todos los grupos vulnerables.

5.2.3. Paso I: IDENTIFICAR las barreras y los facilitadores en cada etapa clave



Objetivos

1. Identificar las barreras que dificultan el acceso y la obtención de beneficios en cada etapa clave de la EPA.
2. Identificar los facilitadores del acceso y de la obtención de beneficios en cada etapa clave de la EPA.

Desarrollo

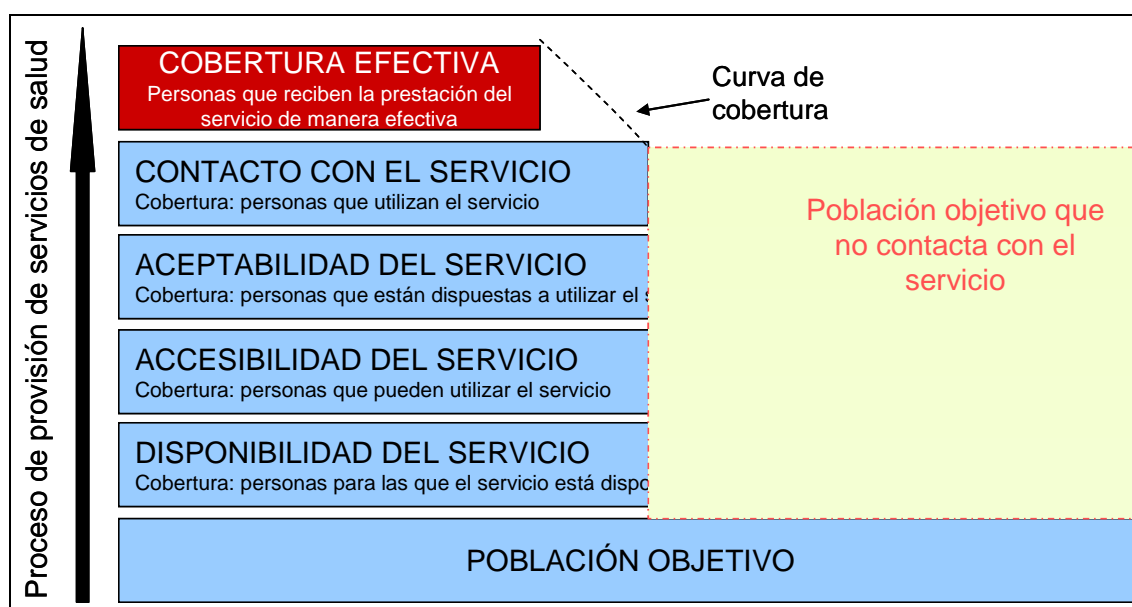
En la siguiente tabla se resume el desarrollo del **paso I** que consta solo de una actividad, si bien dicha actividad es amplia y compleja:

Paso	Actividad	Objetivo
Paso I: Identificar barreras y facilitadores	Actividad 1	Analizar las principales dificultades y apoyos que encuentra el subgrupo priorizado en cada etapa clave de la EPA

Actividad 1: Analizar las principales dificultades y apoyos que encuentra el subgrupo priorizado en cada etapa clave de la EPA

Una vez priorizado el/los grupo/s que no accede o no obtiene los resultados esperados en la EPA (actividad final del *Paso Qu*), en este paso se busca identificar las principales dificultades que enfrenta este grupo/s y los principales apoyos con los que cuenta en cada etapa clave. Usando el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (Ver figura 16)²², se debe plantear en cada etapa clave de la EPA si el problema del no acceso o no obtención de beneficio por parte del grupo priorizado tiene relación con la presencia o no de barreras y facilitadores y el peso relativo de éstos.

Figura 16. Modelo de cobertura de Servicios de Salud.



Fuente: Adaptado de Tanahashi T, 1978

El modelo de cobertura efectiva de Tanahashi es útil para poder identificar para cada etapa clave del programa por qué algunos grupos acceden y se benefician y otros no lo hacen.

Se entiende por **barreras** aquellos factores que obstaculizan que la población objetivo (o un segmento de ella) haga uso apropiado del programa o el servicio de salud ofrecido. Disminuyen la cobertura efectiva teórica de un servicio, o hacen que el resultado sólo se concrete para algunos grupos. En consecuencia, el impacto del programa en la población es menor que lo esperado y generan y perpetúan situaciones de desigualdad.

²² Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1978, 56(2): 295-303.

Se entiende por **facilitadores** aquellos factores que ayudan a que la población objetivo haga un uso apropiado del programa, incluyendo los que permiten superar las barreras de acceso y conseguir un uso efectivo.

Para aquellas **EPAs de provisión de servicios** a personas, las barreras y facilitadores se pueden ordenar y definir de la siguiente manera:

Tipo de barrera o facilitador	Definición	Factores asociados
Disponibilidad	Relación entre el volumen y tipo de recursos existentes en la EPA, y los que necesita la población diana para lograr los objetivos de la EPA	Inexistencia de servicios, o insuficiencia de recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura. Requiere generar recursos suficientes para cumplir los objetivos de la EPA
Accesibilidad	Factores que obstaculizan o facilitan que los individuos o poblaciones diana logren acceder a contactar los servicios de la EPA. Se agrupan en accesibilidad física, financiera, organizativa o administrativa	<u>Física:</u> distancia, existencia de transporte, tiempo de transporte real, conectividad, distancia <u>Financiera:</u> Coste de transporte, gastos directos, gastos indirectos, pérdida de ganancia (ej: perder un día de trabajo) <u>Organizativa/Administrativa:</u> Horarios de atención o acceso, requisitos administrativos para acceso atención, modalidad de acceso
Aceptabilidad	Factores que obstaculizan o facilitan que la población diana o grupos sociales específicos acepten los servicios de la EPA, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que hagan uso de ellos. Para conocerlos habitualmente hay que preguntar a la propia población diana	Asociados a factores sociales, culturales e históricos, religiosos, redes sociales, creencias, normas y valores existentes. Calidad del trato. Por ejemplo, a los servicios de salud sexual los adolescentes les piden privacidad, anonimato y autonomía
Contacto o utilización de servicio	Factores que determinan el cumplimiento de los objetivos de la EPA, la adherencia o abandono. Tienen que ver específicamente con el “contacto” del individuo o grupo con el servicio o programa. De la manera en que se produce este contacto depende en gran parte, la adherencia o el abandono a la EPA	Implica analizar el proceso de entrega del servicio, por ejemplo la calidad, la efectividad, el tiempo de demora, etc.
Cobertura efectiva	La proporción de la población diana que alcanza una provisión del servicio de acuerdo a los estándares definidos en los objetivos de la EPA	

Si existen datos para la información específica de disponibilidad, de accesibilidad, aceptabilidad y utilización, el análisis puede ser cuantitativo; si no, deben buscarse otras metodologías, como por ejemplo la reflexión del grupo, la consulta a informantes claves, etc. La experiencia del grupo de trabajo es central en este análisis, junto con la consulta a gestores directos y la recopilación y análisis de información de estudios existentes locales o nacionales.

Ejemplo 22: paso I.

Barreras y facilitadores identificados por el nodo que analiza el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.

Etapa clave	Barreras	Facilitadores
Entrega de la muestra para TSOH en el centro de salud	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad física/horaria: <ul style="list-style-type: none"> Lejanía del centro de salud respecto al lugar de residencia y lugar de trabajo Dificultades para la compatibilización con el horario laboral Accesibilidad social/cultural: <ul style="list-style-type: none"> Dificultades para la comprensión de la carta de invitación y su interpretación en grupos desfavorecidos o que no dominen el euskera/castellano Falta de prioridad de posibles problemas (futuros) relacionados con la salud frente a otros problemas reales (actuales) de mayor envergadura <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor percepción del riesgo y menor autocuidado general de la salud entre los hombres Falta de conocimiento y conciencia de la enfermedad El programa interviene en aspectos que pueden interferir en valores que definen la identidad masculina y la concepción del cuerpo de los hombres y su manejo Temor a un posible resultado positivo y desconocimiento de su gestión 	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay necesidad de pedir cita Horarios amplios en la mayoría de los centros de salud (horario continuo de mañana y tarde) La entrega no debe ser personal Se realizan recordatorios a las personas que no entregan la prueba Existe un teléfono gratuito de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Los envíos de las cartas se organizan por áreas geográficas, lo cual puede potenciar la comunicación entre vecinos/as sobre el programa y aumentar su aceptabilidad Existe un teléfono gratuito de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa
Consulta médica y de enfermería con TSOH positivo	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad física/horaria: <ul style="list-style-type: none"> Lejanía del centro de salud respecto al lugar de residencia y lugar de trabajo Dificultades para la compatibilización con el horario laboral de una cita médica y otra de enfermería <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Temor a la prueba diagnóstica y a un resultado confirmatorio positivo Aunque actuaría en menor medida que en la fase anterior, es relevante considerar: <ul style="list-style-type: none"> La menor percepción del riesgo y menor autocuidado general de la salud entre los hombres Rechazo a la colonoscopia por el tipo de intervención que supone 	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de elección de horario para la consulta médica y de enfermería <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe un teléfono de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa El Programa pivota en el Centro de Salud, pudiendo tanto médico como enfermera atender las dudas y dar consejo sanitario
Colonos-copia	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad física: <ul style="list-style-type: none"> Lejanía del hospital desde determinadas áreas geográficas Importantes dificultades para la compatibilización con el horario laboral debido a la necesidad de solicitar permisos <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechazo al tipo de intervención que supone 	
EPA completa	<p>Disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> El programa sólo está disponible, de momento en el 33% de los centros de salud de la CAPV 	<p>Disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> El programa se irá implantando paulatinamente durante los próximos años en el conjunto de CS de la CAPV

* TSOH: Test de Sangre Oculta en Heces.
 CS: Centro de salud.
 CAPV: Comunidad Autónoma del País Vasco.

Si bien este modelo fue desarrollado pensando en el acceso a servicios o prestaciones de salud desde un centro asistencial, es posible readecuar dichos términos a la realidad de otros programas o estrategias. A continuación se presenta un ejemplo que

trata de hacer una analogía para **EPAs no asociadas a prestaciones de servicios individuales**.

Ejemplo 23: paso I.

Barreras identificadas en la etapa de Publicación y difusión de la convocatoria, por el nodo que analiza la convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida.

El ejemplo forma parte del trabajo que realizó el nodo del programa de Subvenciones para programas de prevención y control de la infección por VIH y sida. Una de las etapas clave de este programa es la “Publicación y difusión de la convocatoria de subvenciones”; en la siguiente tabla se muestran las barreras identificadas por el nodo para el grupo priorizado (inmigrantes de origen subsahariano):

Tipo barrera	Explicación de barrera y ejemplo
Disponibilidad	<p>Serían todos aquellos factores que influyen en que se lleve a cabo la publicación y difusión de la convocatoria de subvenciones:</p> <p>(El nodo no identificó ninguna barrera de este tipo)</p>
Accesibilidad	<p>Todas las variables relacionadas con acceder a conocer información, por ejemplo ciertos grupos que trabajan con HSH pueden no saber que existe esta subvención:</p> <p>Ejemplo: Las entidades que trabajan con esta población no acceden a las fuentes de difusión de la convocatoria, probablemente por desconocimiento y por no ser el VIH un tema prioritario de trabajo en estas entidades</p>
Aceptabilidad	<p>Todas aquellas variables relacionadas con aceptar elaborar una propuesta en base al marco de las subvenciones:</p> <p>Ejemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los problemas de salud en general y el VIH en particular, no suelen ser temas prioritarios para las personas inmigrantes subsaharianas cuando llegan al país de destino, por lo que las entidades que trabajan con las mismas no lo ven como prioritario 2. Difusión no adaptada a la cultura o valores de la población/entidad

* HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Ejemplo 24: paso I.

Barreras identificadas por el nodo que analiza el Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010.

Como hemos priorizado el grupo de los centros no adscritos, nuestro análisis se basa únicamente en la primera etapa clave, la adscripción. Fundamentalmente hemos detectado en esta etapa cinco grandes barreras, todas ellas de aceptabilidad:

- I. “Distintos conceptos de la Educación para la Salud (EpS)”. Este problema, puede producir desinterés por el tema, así como desencuentros entre los intereses del profesorado y la propuesta del Plan y su metodología. Y es importante recalcar además, que este problema se produce a todos los niveles, desde la propia Comisión de Coordinación, a los representantes políticos, altos cargos de las Consejerías y todos aquellos que son responsables de la toma de decisiones.
- II. “El Plan de Educación para la Salud en la Escuela, no es más que otro plan que llega a la escuela”. A la escuela llega una oferta ingente de proyectos, planes o programas, muchos de ellos impulsados y promovidos desde la propia Administración, que sobrecarga la actividad docente. Desde el momento en que se aplican todos como planes individuales sin asumir que la EpS incluye buena parte de sus componentes, se trabaja de manera disgregada y sin sinergia. Lo que en un momento podría convertirse en una ventaja y potenciar las actuaciones, se convierte en un aumento de la carga de trabajo, duplicidad en las responsabilidades y compromisos y por lo tanto, una influencia negativa. La desmesurada oferta de este tipo de intervenciones en los centros, reduce la implicación de los profesionales a la intervención de la que son responsables, desconociendo en muchas ocasiones otras iniciativas que se llevan a cabo en el propio centro, y por lo tanto, con escaso peso en los resultados finales. A través de la Comisión conjunta de Educación y Sanidad habrá que evidenciar la necesidad de reorganizar la oferta a los centros y racionalizarla.
- III. “El Plan, no exige un proyecto o memoria”. Esta decisión se toma, en un principio, tratando de facilitar y descargar el trabajo de los docentes, lo que en teoría animaría a su adscripción. Sin embargo no ha resultado siempre así, ya que el docente, acostumbrado a plasmar por escrito cualquiera de sus actividades, precisa de un documento que recoja el proyecto o el programa que lleva a cabo. Por otra parte, la no exigencia de un proyecto formal, se puede interpretar como una falta de seriedad en la propuesta (“puedes hacer lo que quieras, no te exigen nada”). No se puede olvidar tampoco la “necesidad” de prestigiar o validar nuestro trabajo. Si no existe esa posibilidad, dado que no hay una memoria o documento que lo recoja, el esfuerzo realizado queda en el aire y no solamente no se valora ni se refuerza, sino que tampoco se corrige y los errores se perpetúan en el tiempo. Mención aparte, la pérdida de datos que supone no conocer qué hacen los centros. Se pedirá a los centros la elaboración de un proyecto de EpS, que refleje los resultados del análisis de la situación efectuado, el progreso en la puesta en marcha del Plan en el centro, los temas de EpS priorizados, las decisiones de EpS que se vayan tomando, las actividades propuestas o realizadas, las dificultades que han surgido y propuestas de mejora.
- IV. “El acceso a los posibles beneficios que el Plan oferta, existe para todos los centros, adscritos o no”. Esta decisión, que se toma tratando de igualar a todos los centros, es desmotivadora. Si un centro va a obtener los mismos beneficios (oferta de formación, materiales, red de coordinación, asesoramiento, convocatoria de subvenciones para financiar proyectos para la creación de escuelas de madres y padres, convocatoria de dotaciones para gastos en el desarrollo de la educación para la salud en los centros docentes...), tanto si se adscribe como si no, ¿para qué adscribirse? Por otra parte, la brecha de la inequidad aumenta, ya que no se contemplan las distintas necesidades de cada centro. A partir del intercambio de información que se tenga con los equipos directivos de los centros no adscritos, se conocerán sus necesidades y programar la formación e incluso la elaboración de materiales adaptados.

V. “El Plan no ofrece recursos económicos a los centros que se adscriben”. Sin entrar en juzgar si esta medida es acertada o no, lo cierto es que una propuesta de trabajo tan ambiciosa como la que el Plan propone que no va acompañada de dotación económica no estimula la adscripción. Lo ideal sería aportar algún presupuesto económico a la adscripción. La situación actual no es la más propicia, pero es algo a tener en cuenta.

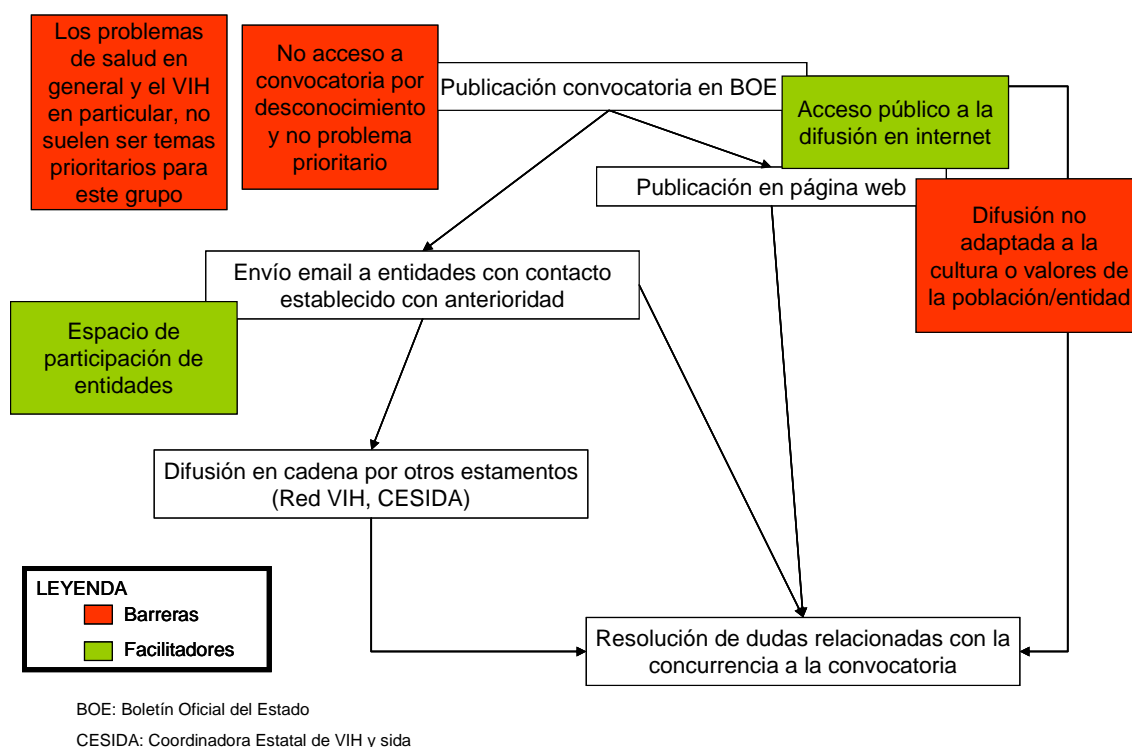
Una vez identificadas las barreras y facilitadores, se deberán **incluir éstos en el diagrama de las etapas clave**.

Para ello, debemos preguntarnos para cada barrera identificada: ¿Qué etapa clave se limita o se dificulta su desarrollo o implementación al estar presente o actuar dicha barrera?

Al mismo tiempo, revisaremos los facilitadores identificados y nos preguntaremos: ¿Qué etapa clave se potencia o se desarrolla mejor al estar presente o actuar dicho facilitador?

Ejemplo 25: paso I.

Inclusión de las barreras y facilitadores identificados en el diagrama de etapas clave, por el nodo que analiza la convocatoria de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida. Se observa el diagrama de etapas clave de una parte de la EPA (sub-etapa de Publicación y difusión de la EPA) y en qué etapas clave están situadas las distintas barreras y facilitadores.



¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Definir las etapas clave de la EPA para el subgrupo prioritario elegido en el paso Qu, en base a la teoría del programa. No todas las etapas clave tienen que aplicarse a todos los subgrupos.
- Para cada etapa clave: determinar las barreras que dificultan el acceso y la obtención de beneficios de la EPA, utilizando el marco conceptual de barreras y facilitadores de Tanahashi, completando la siguiente tabla:

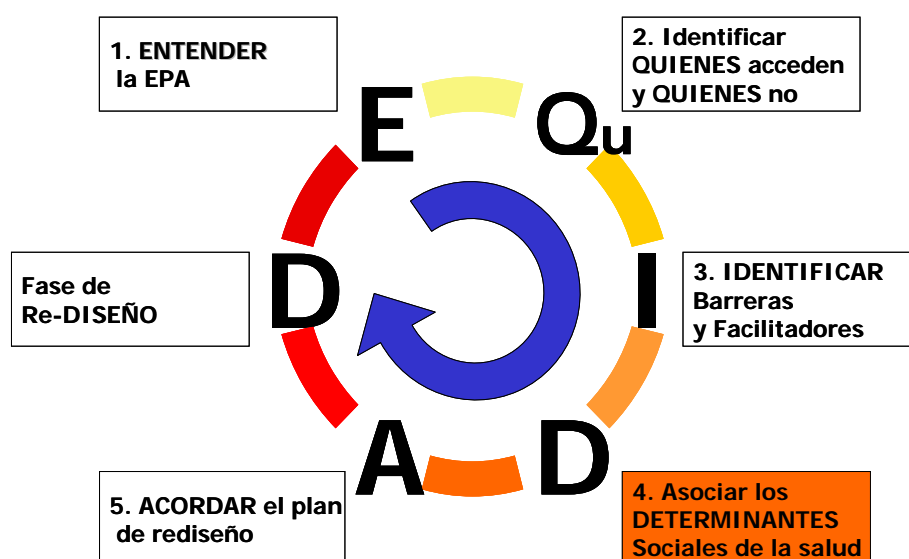
Etapa clave de la EPA	Barrera (especificar tipo)	Evidencia (citar)
1.	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad Contacto Cobertura efectiva	
...	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad Contacto Cobertura efectiva	

- Para cada etapa clave se deberán determinar los facilitadores de acceso y obtención de beneficios de la EPA para el subgrupo prioritario seleccionado, utilizando el marco conceptual de barreras y facilitadores de Tanahashi. Para ello, se deberá completar la siguiente tabla:

Etapa clave de la EPA	Facilitador (especificar tipo)	Evidencia (citar)
1.	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad Contacto Cobertura efectiva	
...	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad Contacto Cobertura efectiva	

- **Incluir las barreras y facilitadores en el diagrama de las etapas clave**

5.2.4. Paso D: Asociar la EPA a los DETERMINANTES Sociales de la Salud



Objetivos

1. Asociar el análisis realizado de la EPA en los pasos previos (E-Qu-I) a los DSS.
2. Analizar la intersectorialidad y la participación social en el desarrollo de la EPA y su papel en el abordaje de las barreras identificadas.

Desarrollo

En este paso, el grupo de trabajo debe analizar los resultados de los pasos previos, principalmente revisar la teoría de la EPA, el/los grupo/s priorizado/s y las barreras y facilitadores identificados; y vincularlos a los DSS. Para ello, debemos considerar en nuestra reflexión el marco conceptual de los DSS de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Este paso es importante porque permite identificar los puntos de entrada de intervenciones para abordar las desigualdades, ubicando la EPA y el sistema de salud dentro de este marco conceptual.

Este paso está formado por 3 actividades:

Paso	Actividad	Objetivo
Paso D: Asociar la EPA a los DETERMINANTES Sociales de la Salud	Actividad 1	Asociar las barreras y facilitadores a los determinantes sociales de la salud (Determinantes intermediarios)
	Actividad 2	Asociar el análisis de la EPA a los determinantes sociales de las desigualdades en salud (Determinantes estructurales)
	Actividad 3	Intersectorialidad y participación social en el desarrollo de EPA

Actividad 1: Asociar las barreras y facilitadores a los Determinantes Sociales de la Salud (Determinantes Intermediarios)

Analizar qué determinantes de la salud o intermediarios están asociados a las distintas barreras y facilitadores.

Siguiendo la siguiente tabla, asociar las barreras y facilitadores identificados con los determinantes intermediarios. Marque con una X a cuál/es de ellos se asocia.

EPA		Determinantes de la salud (determinantes sociales intermediarios)				
Etapa clave	Barrera o facilitador	Circunstancias materiales (Condiciones de vida y trabajo)	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud propiamente dicho	Cohesión Social

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Asociar las barreras y facilitadores con los determinantes intermediarios

Ejemplo 26: paso D actividad 1.

Asociación de barreras y facilitadores con los determinantes intermediarios realizada por el nodo que analiza el programa dirigido a Inmigrantes vulnerables de la línea Colectivos Vulnerables del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013.

Asociación a determinantes de la salud						
Descripción de la barrera	Etapa clave de EPA asociada: Diseño de la EPA	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
No se dispone de información sobre las dificultades de acceso de las MICIED a las actividades de la EPA: - disponibilidad de tiempo libre y cuando	- Elección del horario y de los recursos necesarios para realizar los talleres	X				
Necesidad de completar la información sobre las barreras administrativas de acceso al sistema de salud: - dificultades para el empadronamiento y/o para conseguir la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	- Elección de los contenidos sobre los que insistir en los talleres				X	
Necesidad de completar la información sobre: - su estado de salud físico y psicosocial - los riesgos laborales específicos		X	X	X	X	X
Necesidad de completar la información sobre: - las concepciones de salud y de los servicios sanitarios en función del país de origen - el conocimiento que tiene cada colectivo sobre temas de salud (utilización de servicios, prácticas preventivas...)	- Adaptar los contenidos de los talleres a los conocimientos y concepciones de cada colectivo				X	X
Descripción de la barrera	Etapa clave de EPA asociada: Implementación	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
Escasez de profesionales sanitarios disponibles para llevar los talleres por presión asistencial y falta de costumbre	Identificación de los docentes				X	
Escasez de formación en competencia cultural de los profesionales sanitarios					X	
Dificultades para contactar con las mujeres destinatarias de la intervención	Convocatoria de los talleres	X				
Falta de recursos para: - la interpretación a los idiomas rumano, árabe, variantes de berebere... - distribuir folletos y carteles	Organización de los talleres				X	
Descripción de la barrera	Etapa clave de EPA a la que está asociada: Seguimiento y evaluación	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
Dificultad para establecer indicadores cuantitativos al no disponer de datos numéricos sobre las MICIED	Monitorización de las actividades				X	
Carencia de registro de las actividades de educación para la salud en Atención Primaria					X	
Dificultades para realizar evaluaciones relacionadas con la presión asistencial y la falta de cultura de la evaluación de los profesionales sanitarios	Evaluación de las actividades				X	

Síntesis de Facilitadores						
Descripción del facilitador	Etapa clave de EPA asociada: Diseño	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
Existencia de estudios cualitativos sobre las concepciones de salud de las mujeres inmigrantes que trabajan como empleadas del hogar	Definición del problema Estudio del contexto		X	X	X	
Existencia de una red de asociaciones: ONGs, centros de servicios sociales.	Diseño de los talleres		X			X
Descripción del facilitador	Etapa clave de EPA asociada: Implementación	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
Se conocen: - puntos donde contactar con la población destinataria de los talleres: peluquerías, locutorios, parques - vías de comunicación: medios de comunicación propios, prensa gratuita	Convocatoria de los talleres		X			X
Existencia de una red de Centros de Salud muy extensa disponible para personas en situación administrativa regular o simplemente empadronadas cuyos servicios son gratuitos	Celebración de los talleres				X	
Existencia de material adaptado culturalmente y traducido a varios idiomas sobre acceso y utilización del sistema de salud					X	X
La mayoría de las mujeres que conforman el colectivo destinatario de los talleres son latinoamericanas	Organización y celebración de los talleres					X
Descripción del facilitador	Etapa clave de EPA asociada: Seguimiento y evaluación	Circunstancias materiales	Factores psicosociales	Conductas y hábitos	Sistema de Salud	Cohesión social
Existencia de una red de asociaciones: ONGs, centros de servicios sociales	Evaluación				X	

*MICIED: Mujeres Inmigrantes Cuidadoras, Internas, de renta Económica baja, y/o realizando tareas domésticas.

Actividad 2: Asociar el análisis de la EPA a los Determinantes Sociales de las desigualdades en salud (Determinantes estructurales)

Dentro de los determinantes estructurales, debemos analizar por un lado la posición socioeconómica, y por otro lado los contextos. Para ello, esta actividad está formada por dos apartados:

a) Caracterización del grupo/s social priorizado en relación a su posición socioeconómica

El/los grupo/s priorizado/s en el paso Qu se ubica/n en un determinado estrato de la sociedad. En esta actividad buscamos caracterizar al grupo en relación a su **posición socioeconómica**.

Teniendo en cuenta el marco conceptual de los DSS de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, deberá realizar lo siguiente:

a.1) Descripción del grupo social priorizado desde la perspectiva de recursos y prestigio.

Resuma en un párrafo cómo caracterizaría al grupo social priorizado por el grupo de trabajo desde la perspectiva de recursos, prestigio, impacto de pertenecer a un determinado grupo a lo largo de la vida, especialmente en los primeros años; etc.

a.2) Análisis de la presencia de barreras en dicho grupo social.

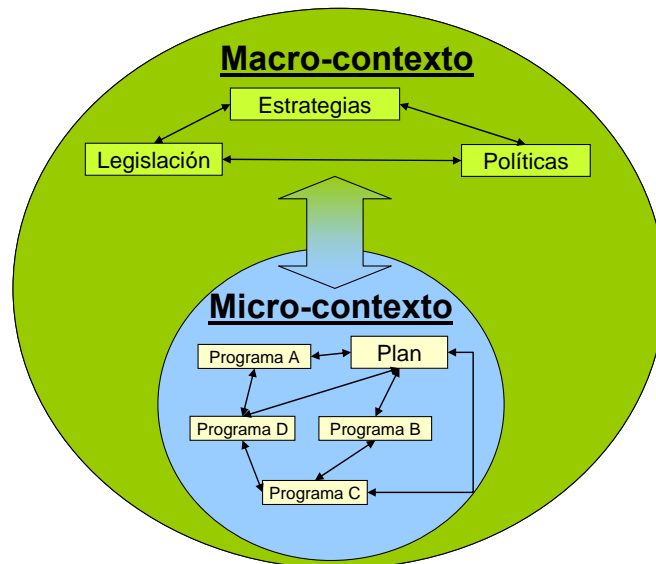
El grupo debe discutir y reflexionar sobre la hipótesis de por qué en el grupo social priorizado están presentes las barreras y por qué son de mayor magnitud en dicho grupo, y resumirlo en un párrafo. Las siguientes preguntas pueden guiar esta discusión:

- ¿Cómo vincularía usted la posición socio-económica del grupo social priorizado con las barreras y facilitadores identificados?
- ¿Por qué se presentan en estos grupos y no en otros?
- ¿Por qué las barreras son de mayor magnitud en el grupo social priorizado por el grupo de trabajo?

b) Análisis del contexto de la EPA

El análisis del contexto se puede estructurar de la siguiente manera:

b.1) **Análisis del micro-contexto:** Se puede valorar el micro-contexto en el que se desarrolla la EPA como la influencia positiva o negativa de otros programas e intervenciones en el desarrollo de la EPA que se está revisando, tal y como muestra el siguiente diagrama.



Detalle en la siguiente tabla qué programas e intervenciones están influyendo, ya sea positiva o negativamente (sinergia o barrera), en la EPA que se está revisando.

Programas e intervenciones que influyen en EPA		
Nombre del programa o intervención	Descripción	Cómo interactúa con la EPA (sinergia o barrera)

b.2) Análisis del macro-contexto: Seleccione una o dos políticas o estrategias vinculadas al contexto socioeconómico y político descrito en el marco conceptual que estarían impactando en la EPA analizada, y complete la siguiente tabla:

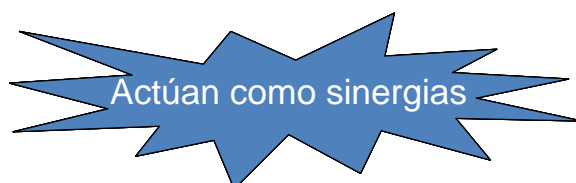
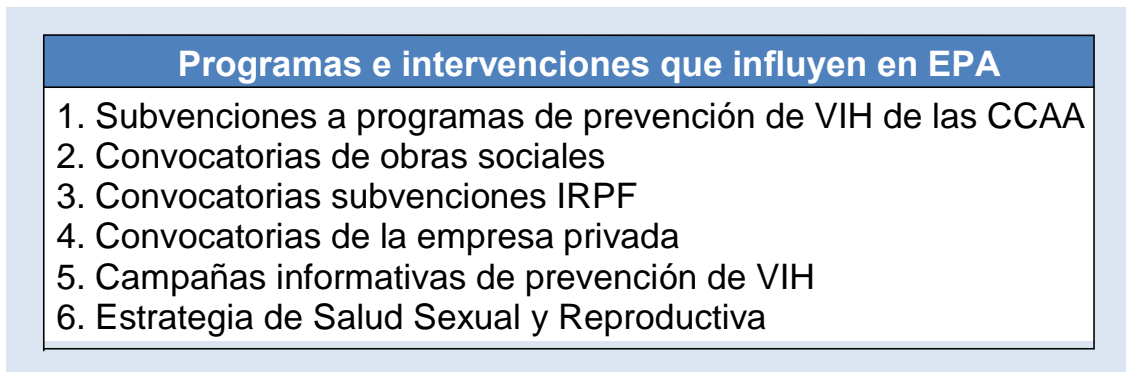
Nombre de la política pública o estrategia	
De qué manera esta política pública afecta o influye en la EPA	
Identifique el mecanismo de acción o cómo actúa, según el marco conceptual analizado	

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Identificar las características del grupo/s social priorizado en relación a su posición socioeconómica
- Analizar los contextos de la EPA: análisis de micro y macro-contexto de la EPA

Ejemplo 27: paso D actividad 2.b.1.

Análisis del micro-contexto realizado por el nodo que analiza la convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida.



* Los 6 programas identificados actúan como sinergias para la EPA analizada.

Ejemplo 28: paso D actividades 2.b.1 y 2.b.2.

Análisis del micro-contexto (y macro-contexto) realizado por el nodo que analiza el objetivo de salud del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia.

Otras EPAs que influyen en el objetivo de salud del PENIA



Ejemplo 29: paso D actividad 2.b.2.

Análisis del macro-contexto realizado por el nodo que analiza la convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida. (Se realizó teniendo en cuenta que el grupo priorizado para el análisis fue la población inmigrante de origen subsahariano).

Nombre de la política pública o estrategia	Ley de extranjería, LO 4/2000, de 11 de Enero Y modificaciones posteriores: LO 8/2000, 14/2003 y 2/2009. Reglamento Real Decreto 557/2011, de 20 de abril (BOE de 30 de abril).
De qué manera esta política pública afecta o influye en la EPA	Los derechos y obligaciones contenidas en esta ley pueden facilitar o dificultar la integración socio económica y la situación administrativa de la población inmigrante, de forma que existan más o menos dificultades para cubrir las necesidades básicas de una persona que inicia su proceso migratorio en el país de acogida. Cuantas menos barreras se encuentren para satisfacer sus necesidades más básicas (trabajo, vivienda, etc.), más fácil será que el cuidado de la salud entre dentro de sus prioridades.
Identifique el mecanismo de acción o cómo actúa, según el marco conceptual analizado	Es una política que actúa sobre la generación de la estratificación y que influye en la vulnerabilidad de los grupos ante el VIH y en las consecuencias de la infección en términos de diagnóstico y pronóstico.

Actividad 3: Intersectorialidad y participación social en el desarrollo de EPA

La intersectorialidad y la participación son dos ejes estratégicos claves para el abordaje de los determinantes sociales y las desigualdades en salud. Para analizar cómo la EPA integra estos aspectos estratégicos, realizaremos las siguientes actividades:

a) Identificación del papel de la intersectorialidad en el abordaje de las barreras encontradas en la EPA:

Identificar, en los casos que corresponda, cuáles son los **otros sectores (distintos al sector salud) involucrados en las barreras**, ya sea por su origen o por ser necesarios para su abordaje o solución. Completar la siguiente tabla:

Etapa clave de EPA en donde se presenta la barrera	Nombre de la Barrera	Sectores que están involucrados en la generación o abordaje de la barrera

b) Identificación de los aspectos de participación social en el abordaje de las barreras encontradas en la EPA:

Identificar los aspectos de **participación social** que sería importante incluir en la EPA para reducir o eliminar las barreras. Completar la siguiente tabla:

Etapa clave de EPA en donde se presenta la barrera	Nombre de la Barrera	Identifique el papel de la participación social para el abordaje de la barrera

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Identificar el papel de la intersectorialidad en el abordaje de las barreras encontradas en la EPA
- Identificar el rol de la participación social en el abordaje de las barreras encontradas en la EPA

Ejemplo 30: paso D actividad 3.a.

Identificación del papel de la intersectorialidad en el abordaje de las barreras realizado por el nodo que analiza el objetivo de salud del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia.

Los sectores más relacionados con la consecución del objetivo de un desarrollo saludable en la infancia serían salud, educación y servicios sociales. También el sector empleo está fuertemente implicado. Todos estos sectores deberían trabajar conjuntamente y de forma coordinada para ofrecer un abordaje integral de la infancia y no parcelado. Esta intersectorialidad debería darse a todos los niveles: nacional, regional y local.

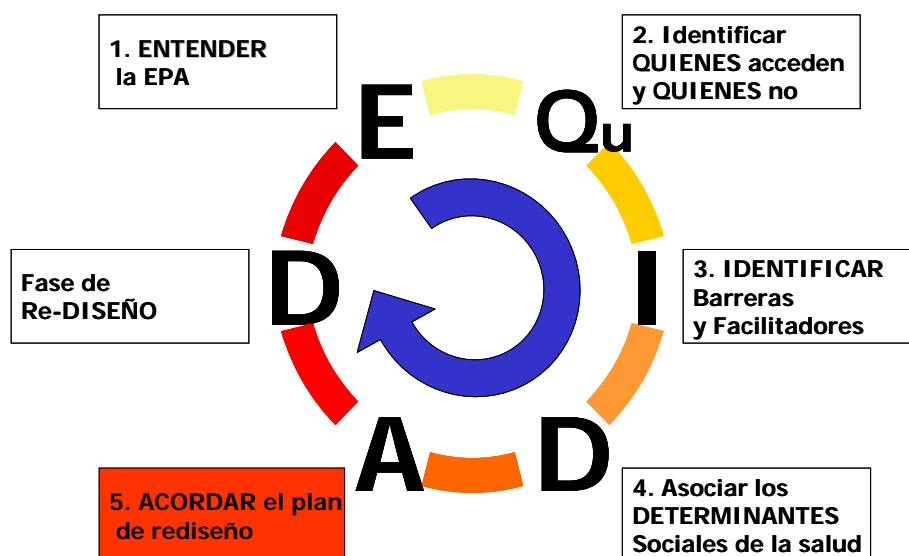
Además, todos aquellos actores de los sectores ya mencionados u otros que intervengan en estrategias, programas y actividades sinérgicas con el PENIA deberían estar mejor coordinados para potenciar dichas sinergias.

Ejemplo 31: paso D actividad 3.b.

Identificación del papel de la participación social en el abordaje de las barreras realizado por el nodo que analiza la convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida.

Nivel o etapa clave de EPA en donde se presenta la barrera	Nombre de la Barrera	Identifique el rol de la participación para el abordaje de la barrera identificada
DIFUSIÓN	No acceso a convocatoria por desconocimiento y no problema prioritario.	Identificar necesidades de esta población relacionadas con el VIH. Identificar canales de comunicación de las entidades que trabajan con esta población. Fortalecimiento de la organización social de las entidades. Desarrollo de las bases de la convocatoria y el establecimiento de prioridades de la misma.
DIFUSIÓN	Los problemas de salud en general y el VIH en particular, no suelen ser temas prioritarios para este grupo.	Identificar necesidades de esta población relacionadas con el VIH.
DIFUSIÓN	Difusión no adaptada a la cultura o valores de la población/entidad.	Facilitar la adaptación cultural y lingüística de la difusión de la convocatoria.
EVALUACIÓN	Incumplimiento requisitos.	Facilitar información sobre como poder optar a la convocatoria de subvenciones (requisitos necesarios y como cumplirlos: agrupaciones de entidades, etc.).
EVALUACIÓN	Proyectos que no están línea con las prioridades de la EPA.	Identificación de entidades que trabajan con inmigrantes para reunirnos con los que estén interesados y capacitados para ejecutar proyectos de prevención de VIH en esta población para dar a conocer la existencia de la convocatoria.
EVALUACIÓN	Escasez de proyectos.	Identificación de entidades que trabajan con inmigrantes para reunirnos con ellos y proporcionarles asesoramiento técnico sobre el procedimiento.
EVALUACIÓN	Baja calidad de proyectos.	Identificación de entidades que trabajan con inmigrantes para reunirnos con ellos y proporcionarles asesoramiento técnico sobre el procedimiento.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Retraso en la publicación y resolución, disponibilidad del dinero concedido.	Acortar al máximo posible los tiempos destinados a la publicación de la convocatoria para hacerla coincidir con el inicio del ejercicio o publicarla de forma previa a su inicio (ej, a ejecutar en el siguiente año). Acortar al máximo posible los tiempos destinados a la evaluación, tanto de las entidades como de los proyectos. Generar mecanismos que reduzcan la dependencia de las intervenciones de la financiación pública y que favorezcan la cofinanciación privada para dar mayor autonomía a las entidades.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Falta de cultura de evaluación.	El nodo no ha identificado ningún rol.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Evaluación centrada en procesos y no en resultados.	El nodo no ha identificado ningún rol.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Criterios de distribución de proyectos a personal técnico para su seguimiento.	Valorar la adecuación de la persona encargada de realizar el seguimiento y evaluación del proyecto (formación, sensibilización con la población/temática, interés, experiencia...).

5.2.5. Paso A: ACORDAR el plan de rediseño



Objetivos

1. Identificar los objetivos y las prioridades del rediseño.
2. Integrar la intersectorialidad y la participación social en el rediseño de la EPA.

Desarrollo

El **paso A** cierra el ciclo de revisión, y da paso al rediseño de la EPA. Habrá casos en los que no sea factible implementar el rediseño dentro del proceso de revisión, pero la realización de este paso permitirá extraer conclusiones y recomendaciones para su rediseño aunque su aplicación sea posterior.

La fase de rediseño es la parte más creativa y crítica del proceso, en la que los grupos de trabajo deben combinar los aprendizajes de la revisión y la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones, complementándolos con su experiencia y conocimiento, de modo que como producto final del proceso se elabore una propuesta de rediseño para la EPA, que incluya, entre otros, qué hacer, en qué nivel, cómo hacerlo y quiénes deben participar.

El paso se organiza en 3 actividades:

Paso	Actividad	Objetivo
Paso A: Acordar el plan de rediseño	Actividad 1	Identificación de objetivos y prioridades para el rediseño
	Actividad 2	Identificación de las áreas y niveles de acción del rediseño
	Actividad 3	Integración de la intersectorialidad y la participación social en la EPA

Actividad 1: Identificación de objetivos y prioridades para el rediseño

Para esta actividad se desarrollan los siguientes aspectos:

a) **Definir una nueva teoría de la EPA que incluya la perspectiva de equidad y DSS:**

El grupo de trabajo deberá revisar los materiales de los cuatros pasos previos de la revisión y consensuar la nueva teoría de la EPA: basándose en la teoría de la EPA realizada inicialmente por el grupo, valorar qué modificaciones son necesarias incluir para integrar en ella la perspectiva de la teoría de las desigualdades en salud.

Ejemplo 32: paso A actividad 1.a.

Diagrama de la nueva teoría de la EPA realizado por el nodo que analiza la línea estratégica de Promoción y Protección de la salud de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Teoría final

- Promoviendo hábitos de vida saludables
- Aumentando la concienciación y sensibilización de forma adaptada por segmentos poblacionales
- Interviniendo en escenarios donde están los jóvenes
- Dificultando fumar: prohibir fumar en espacios públicos + control cumplimiento norma+ política impositiva y de precios
- Facilitando la deshabituación (adaptación a jóvenes)
- Dando ejemplo: educadores, sanitarios y referentes juveniles



↓ Prevalencia consumo de tabaco en jóvenes
+ Retraso edad inicio



↓ Morbimortalidad asociada al tabaco

En el nodo, se discutió la necesidad de ampliar el enfoque de promoción de la salud, y de adaptar las acciones al contexto de la población joven (en azul).

Ejemplo 33: paso A actividad 1.a.

Nueva teoría de la EPA realizado por el nodo que analiza el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.

El acceso equitativo del conjunto de la población al que va dirigido el programa de cribado será efectivo si sus diferentes etapas toman en consideración que no todos los grupos sociales acceden de forma homogénea, sino que muestran un comportamiento desigual debido a sus condicionamientos socioeconómicos y de género. Por ello, el mero envío de un tríptico informativo y una carta a todas las personas de 50-69 años del País Vasco invitándolas a participar en el programa de cribado únicamente garantizará una respuesta de alrededor del 60%, variando tal porcentaje de forma relevante entre los diferentes grupos sociales.

Es necesario que el programa de cribado se inserte en una estrategia más general de prevención del cáncer colorrectal y de promoción de la salud. Promover una alimentación saludable o la práctica de ejercicio físico requiere de actuaciones que incidan en sectores no sanitarios como el transporte, el urbanismo o la regulación de la industria alimentaria, tal y como propone la estrategia de Salud en Todas las Políticas (SeTP).

Incidir sobre estos determinantes de los determinantes, o causas de las causas, permitirá atajar las causas subyacentes que influyen en el diferente grado de exposición y vulnerabilidad de los diversos grupos sociales ante determinados factores de riesgo, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

b) Revisar las etapas clave e intervenciones de la EPA y proponer la inclusión de nuevas etapas e intervenciones para abordar los DSS:

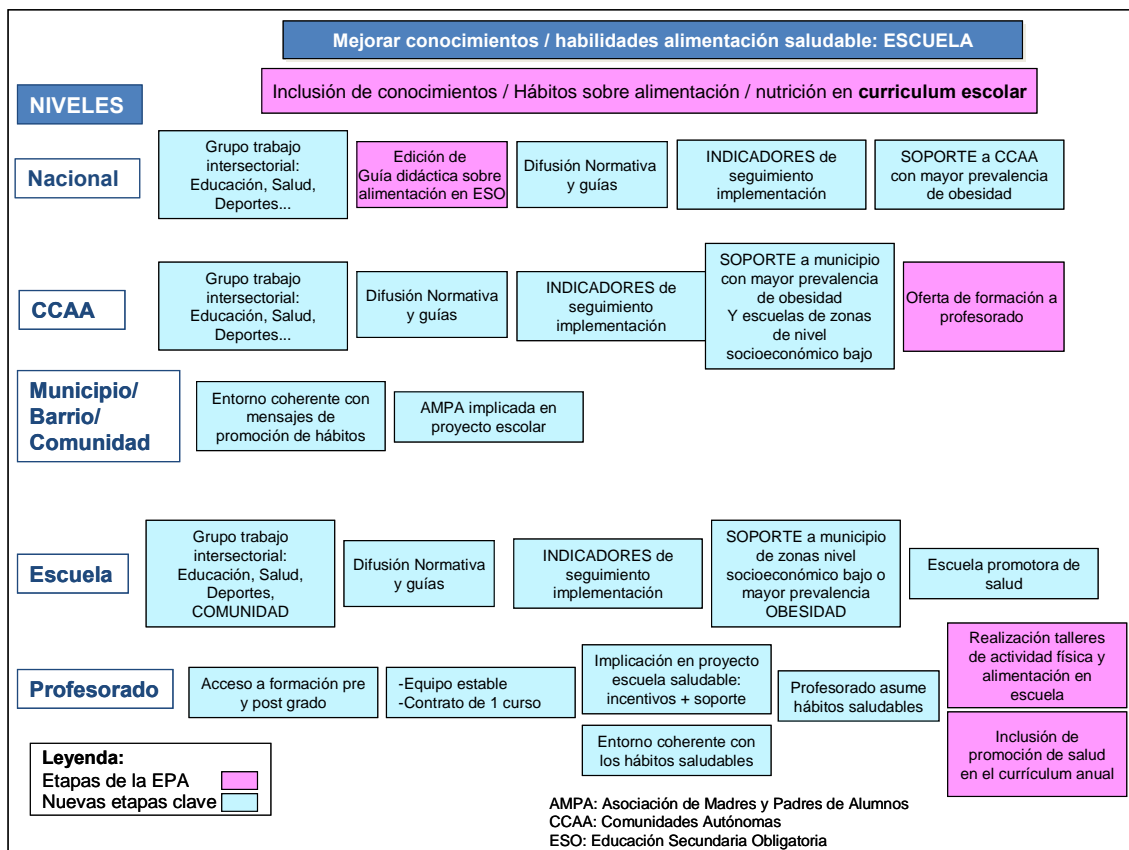
Discutir en el grupo las siguientes preguntas:

- ¿Qué barreras de acceso son las más importantes?, ¿en qué etapa clave de la EPA?
- ¿Qué facilitadores de acceso son los más importantes?, ¿en qué etapa clave de la EPA?
- ¿Están incluidas todas las intervenciones necesarias?, ¿hay intervenciones que aborden las barreras identificadas en el proceso de revisión? Si no existen, proponer intervenciones para actuar sobre las barreras.
- ¿Hay intervenciones para potenciar los facilitadores identificados? Si no existen, proponer intervenciones para potenciar los facilitadores.
- ¿Hay intervenciones que aborden aspectos incluidos en la nueva teoría de la EPA, en relación al logro de equidad y abordaje de los determinantes sociales? Si no existen, señalar cuáles podrían ser factibles o recomendables.

Esta reflexión deberá traducirse en una nueva versión del diagrama de las etapas clave, en la que se deberán remarcar las nuevas etapas incluidas, para diferenciarlas de las elaboradas de manera inicial. También se deberá recoger el conjunto de intervenciones nuevas que surjan de la revisión.

Ejemplo 34: paso A actividad 1.b.

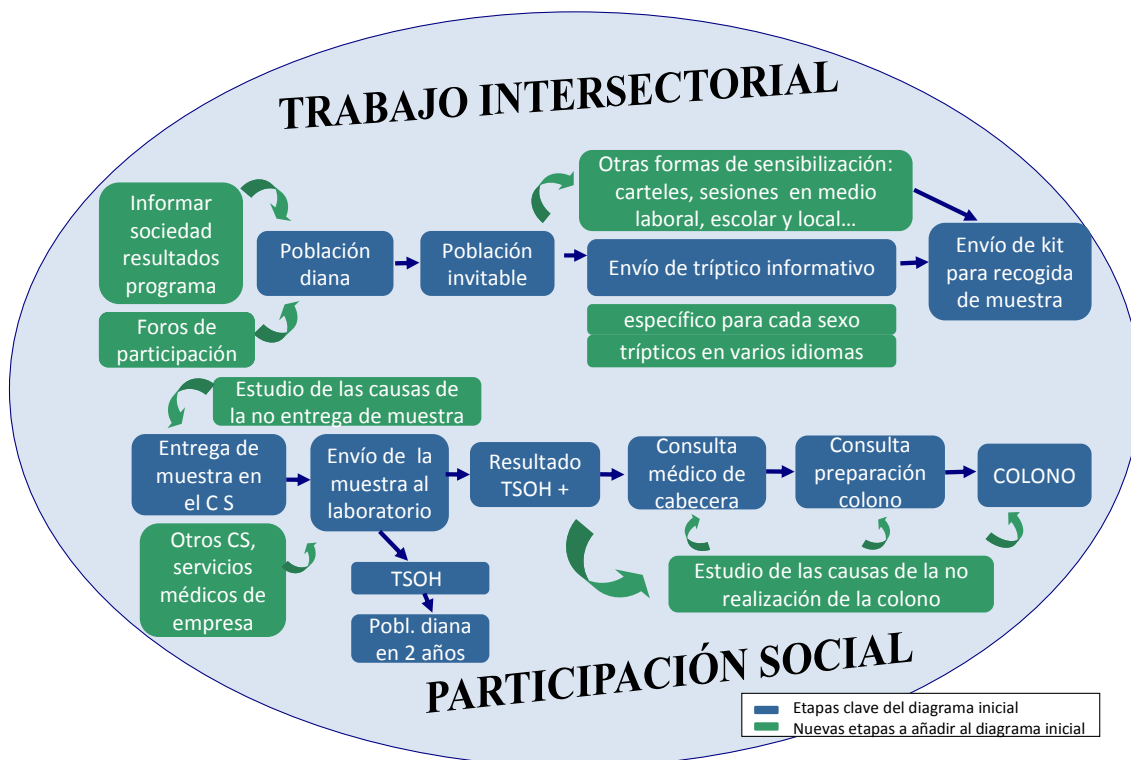
Diagrama de las nuevas etapas clave realizado por el nodo que analiza la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).



Ejemplo 35: paso A actividad 1.b.

Diagrama de las nuevas etapas clave realizado por el nodo que analiza el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.

Nuevo diagrama de etapas clave propuesto para el programa.



CS: Centro de Salud
TSOH: Test de sangre oculta en heces

c) Definir con claridad los objetivos y prioridades del rediseño:

Es importante revisar la base de evidencia para abordar de forma efectiva las desigualdades en salud, pero ésta frecuentemente es escasa, lo que obliga a combinar la evidencia con el conocimiento sistemático y la experiencia práctica de los tomadores de decisiones²³, integrando diversas fuentes de conocimiento y transformando el conocimiento en recomendaciones y prácticas. En resumen, las intervenciones o recomendaciones adoptadas deben reflejar el conocimiento generado por el grupo de trabajo sobre las causas sociales de las desigualdades de acceso y resultados, su interrelación y mediación, usando los marcos teóricos de las desigualdades de Tanahashi (1978)²⁴ y de los DSS, y lograr la integración de toda la otra información disponible.

²³ Speller V, Kelly MP. Getting evidence into practice to reduce health inequalities. Context and progress on HDA implementation. Health Development Agency. 2003. Disponible en: http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/EIP_March03.pdf

²⁴ Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1978, 56(2): 295-303.

El grupo deberá proponer qué objetivos del rediseño de la EPA se proponen realizar, y si es necesario, priorizarlos de forma fundamentada. Para facilitar la priorización, se ha incluido un breve resumen de los principales criterios utilizados en diferentes metodologías de priorización en Salud Pública en el [Anexo III](#).

Ejemplo 36: paso A actividad 1.c.

Objetivos para el rediseño del nodo que analiza el programa dirigido a Inmigrantes vulnerables de la línea Colectivos Vulnerables del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013.

Prioridades y objetivos para la fase de rediseño:

Teniendo en cuenta las cuestiones señaladas en relación a las acciones a llevar a cabo con el grupo seleccionado de MICIED, la nueva redacción de objetivos y prioridades del rediseño de la EPA, podría quedar del siguiente modo:

Objetivo general:

Mejorar la equidad propiciando a la población inmigrante particularmente vulnerable, instrumentos para mejorar su control y gestión de su salud.

Objetivos específicos:

- Facilitar información adaptada sobre la legislación, los derechos laborales y los sistemas de protección social en vigor en España y en la Comunidad de Madrid.
- Facilitar información sobre recursos y asesoría jurídica en el ámbito administrativo y laboral.
- Facilitar información sobre recursos y prestaciones sociales existentes (formación para el empleo, para cuidadores, educación infantil, idioma...).
- Potenciar la creación de redes de apoyo – agentes de salud que fomenten el empoderamiento de estos colectivos, colaborando con los recursos sociosanitarios en el desarrollo de los aspectos mencionados.
- Mejorar la situación de salud de las mujeres inmigrantes económicas procedentes de países con renta baja, dedicadas al servicio doméstico y al cuidado de ancianos o niños.
- Mejorar el conocimiento de cómo funciona el sistema sanitario y la calidad de la información que reciben en relación a las prestaciones y asistencia sanitaria en las diferentes fases del proceso de atención.
- Mejorar el acceso a los servicios socio-sanitarios de estas mujeres.
- Propiciar el encuentro de administración y técnicos responsables de los diferentes ámbitos implicados en los DSS, a fin de mejorar la coordinación intersectorial en lo relativo a la atención efectiva a las necesidades socio-sanitaria de este grupo diana.
- Mejorar las competencias culturales de los profesionales socio-sanitarios implicados en la atención a estas mujeres.
- Promover y propiciar la participación de asociaciones y entidades sociales, así como de la sociedad civil relacionada con la atención a estas mujeres, en las diferentes fases de la EPA.

*MICIED: Mujeres Inmigrantes Cuidadoras, Internas, de renta Económica baja, y/o realizando tareas domésticas.

Ejemplo 37: paso A actividad 1.c.

Objetivos para el rediseño del nodo que analiza el Programa de Información sobre Tabaquismo (PiT) de la Región de Murcia.

Objetivos del rediseño

Incorporar la perspectiva de equidad en el PiT para disminuir la brecha en salud entre distintos grupos de población, realizando énfasis en poblaciones con mayor vulnerabilidad debida a sus características sociales.

Por etapas:

1. En la etapa de elaboración de materiales contar con la participación de mediadores de los grupos vulnerables para adaptar los materiales existentes a estos colectivos.
2. En la etapa de difusión:
 - Identificar estos colectivos y puntos de difusión, solicitar su participación activa con el PiT mediante el establecimiento de un acuerdo de colaboración que garantice su desarrollo. Para ello se debe aprovechar los grupos de trabajo ya establecidos, las actuaciones contempladas en el Plan de Salud regional y en los planes de salud municipales. En algunas ocasiones se pueden establecer subvenciones, ayudas, proyectos de colaboración con otros sectores (entidades locales, ONGs, asociaciones...).
 - Crear canales de distribución específicos para estos colectivos, que incrementen la accesibilidad a los recursos incluyéndolos en la lista de distribución empleada para la difusión de los materiales del PiT.
3. En la etapa de formación, incorporar la perspectiva de equidad en las acciones formativas que se organicen desde la Consejería de Sanidad y Política Social y especialmente dirigidas a profesionales sanitarios y docentes. Por ejemplo en los cursos sobre atención al tabaquismo, o de Educación para la Salud en la Escuela.
4. Avanzar en la etapa de evaluación del programa:
 - Realizar ciclos de mejora del PiT.
 - Proponer estudios cualitativos que proporcionen información sobre la comprensión de los materiales, su utilidad y eficacia, además de estudios que evalúen los resultados en salud conseguidos mediante la utilización de estos materiales. Para ello es necesario realizar proyectos de investigación en esta línea y buscar financiación específica para su desarrollo. Por ejemplo: Se podría aprovechar las relaciones con el Departamento de ciencias sociosanitarias de la Universidad de Murcia para que incluyan una línea de investigación en este sentido, así como para que los proyectos de investigación que se desarrollan desde el Servicio de Promoción y Educación para la Salud con Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública o con estudiantes de post-grado y doctorado estén dirigidos en esta línea.
 - Garantizar la evaluación de proceso de distribución de los materiales sistematizando la evaluación del mismo, por ejemplo incluyéndolo en el proyecto del Día Mundial sin Tabaco.
 - Reservar unos fondos para la evaluación de la EPA.
 - Incluir en los diferentes cuestionarios utilizados para realizar investigaciones relacionadas con la salud (Ej. en escolares y universitarios) ítems que permita realizar un análisis por nivel socio-económico, así como por otros determinantes sociales y el conocimiento y utilización de los folletos del PiT y las intervenciones en medios de comunicación realizadas sobre tabaquismo.

- Incorporar indicadores para evaluar el progreso de la EPA en relación a la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad. Por ejemplo: número de grupos de trabajo intersectoriales establecidos para impulsar el PiT, número de centros educativos que solicitan y utilizan materiales educativos del PiT, número de asociaciones de población gitana que utilizan materiales del PiT y número de mediadores que participan en la adaptación de los materiales.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

Revisar los cuatros pasos previos de la revisión y consensuar y desarrollar:

- La nueva teoría de la EPA
- La nueva versión del diagrama de las etapas clave, con las nuevas etapas que el grupo propone incluir en el rediseño
- La inclusión de nuevas intervenciones que surjan de la revisión
- Los objetivos del rediseño de la EPA o de las recomendaciones que proponen realizar

Actividad 2: Identificación de las áreas y niveles de acción del rediseño

El grupo de trabajo deberá identificar las áreas y niveles de acción necesarios para cumplir los objetivos y recomendaciones del rediseño. Se debe considerar el área de las acciones necesarias en el rediseño, y precisar las acciones (el cambio o recomendación) específicas que espera realizar en la EPA. A modo de ejemplo, las áreas de rediseño podrían incluir:

- *Modificación de los contenidos de la EPA:* incorporación de un nuevo servicio, o ajuste de un servicio.
- *Cambios estructurales y organizativos.*
- *Mejora de la gestión e implementación en los niveles locales, regionales y nacionales:* capacitación, supervisión y control de la gestión.
- *Acciones a nivel central para mejorar la implementación:* normas, guías, sistemas de seguimiento y monitorización (indicadores).
- *Mejora del conocimiento, capacidades e implicación del grupo social priorizado respecto al programa.*

Una vez establecidas las acciones que se deben llevar a cabo y a qué área corresponden, se debe establecer el nivel o niveles de implementación de la acción propuesta: nacional, regional o local.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

El grupo de trabajo deberá identificar las áreas y niveles de acción necesarios para cumplir los objetivos y recomendaciones señaladas

La siguiente tabla puede servir de ayuda para resumir las conclusiones:

Área de la acción	Acción (cambio específico)	Nivel del acción (nacional, regional o local)
Modificación de los contenidos de la EPA		
Cambios estructurales y organizativos		
Mejora de la gestión por parte de los ejecutores locales, regionales y nacionales		
Acciones a nivel central para mejorar la implementación		
Otro área de rediseño		

Actividad 3: Integración de la intersectorialidad y la participación social en la EPA

Para dar efectividad y sostenibilidad a los resultados, es importante integrar la participación social y la intersectorialidad en el rediseño de la EPA.

De la misma manera que las desigualdades son el resultado de una compleja acumulación de desventajas, las intervenciones suelen requerir una red de acciones de múltiples sectores y a múltiples niveles para abordarlas. La secuencia y coordinación de la implicación de otros sectores y el nivel y el tipo de participación social deben ser parte del rediseño.

Desde esta perspectiva, la **intersectorialidad** se constituye en un requisito ineludible para abordar las desigualdades y los DSS.

En este paso, el abordaje de la intersectorialidad requiere que el grupo de trabajo analice los sectores relacionados que ya fueron identificados previamente ([Página 98: Paso D, actividad 3](#)).

El grupo debe dar respuesta a la pregunta: ¿Qué acciones o intervenciones es necesario realizar desde otros sectores para abordar las barreras identificadas y las desigualdades en salud y para conseguir los objetivos del rediseño?

En relación a la **participación social**, es necesario crear espacios y condiciones de participación que permitan a las comunidades vulnerables lograr mayor control sobre los determinantes materiales, sociales y políticos de su propio bienestar. El empoderamiento, tal como se entiende desde la Promoción de la Salud, está inseparablemente ligado a que las comunidades obtengan un control efectivo sobre los procesos políticos y económicos que afectan a su bienestar. La participación por sí sola no puede considerarse realmente empoderamiento, sin prestar atención a los resultados de los procesos políticos, es decir, a la redistribución de los recursos y el poder. Es necesario ir más allá de la participación en la toma de decisiones, dando énfasis al control y a la transparencia. El aumento de capacidad de las comunidades para controlar los procesos clave que afectan a sus vidas y la información de calidad es la esencia del empoderamiento.

En los pasos previos ya se ha discutido sobre el tipo de participación que predominaba en la EPA y en qué etapa clave de la EPA estaba presente o ausente. También se ha analizado, en base a las barreras identificadas, el papel de la participación social en la superación de éstas. En este paso, se definirá el tipo de participación que el grupo impulsaría en el rediseño o de la EPA, y qué acciones y espacios serían necesarios para su desarrollo.

Para ello, el grupo responderá a la siguiente pregunta: ¿Qué mecanismos, acciones o recomendaciones podría establecer la EPA para redistribuir poder desde los espacios de participación (dar mayor participación a las personas a las que se dirige la EPA y otras organizaciones civiles)?

¿QUÉ HAY QUE HACER?

El grupo de trabajo deberá definir la inclusión de la intersectorialidad y de la participación social en el rediseño de la EPA

Las siguientes tablas pueden servir de ayuda para resumir las conclusiones:

Sectores identificados diferentes a Salud	¿Qué se recomienda “CONCRETAMENTE” que sea realizado desde los otros sectores?	¿Qué debería hacer el sector salud para que esto ocurra?

Recomendación “CONCRETA” para la inclusión de participación en el rediseño o recomendaciones de la EPA	¿Qué debería hacer el sector salud para que esto ocurra?

Ejemplo 38: paso A actividad 3.

Integración de la intersectorialidad realizada por el nodo que analiza el Programa Forma Joven de la Junta de Andalucía.

Se han identificado distintos sectores importantes en el desarrollo e implementación del programa a los que se recomienda lo siguiente:

- **Instituto de la Juventud:** Definición Plan de actuación para mejora de la calidad de vida de jóvenes mayores de 16 años sin formación ni empleo.
- **Consejería de Empleo:** Realización de políticas activas de empleo para jóvenes con penalizaciones ante el despido.
- **Consejería de Vivienda:** Políticas activas de primera vivienda para jóvenes en desempleo.
- **Consejería de Educación:** Desarrollo de estrategias de apoyo para impedir el fracaso escolar, un programa de parentalidad positiva y programas de conciliación Familiar para casos de conflicto generacional.
- **Consejería para la Igualdad y Bienestar Social:** Desarrollo de programas integrados de conciliación y consolidación familiar, y estrategias integradas de actuación en grupos de exclusión social.
- **Consejería de Gobernación y Justicia:** Integración de actividades de promoción de la salud en jóvenes institucionalizados privados de libertad y otros.
- **Ayuntamientos:** Análisis de situación de las necesidades en este ámbito. Coordinación con otras administraciones. Habilitación de puntos forma joven fuera del espacio educativo.

La responsabilidad de **Salud** será la de evidenciar el problema, sensibilizar de la trascendencia y de su importancia y compartir la responsabilidad pública e institucional.

Para el Grupo B, Jóvenes de 16 a 25 años en espacios formativos no reglados e institucionalizados, el nivel de trabajo podría ser de coordinación, es decir, un trabajo conjunto ajustando las políticas a una mayor eficiencia y efectividad, siendo deseable llegar a un nivel de integración.

Para el Grupo A, Jóvenes de 16 a 25 años que no estudian ni trabajan, el nivel de relación entre sectores debe ser claramente de integración, desde el enfoque de **Salud en todas las políticas**, una política única involucrando a los sectores indicados con un programa conjunto y objetivos comunes.

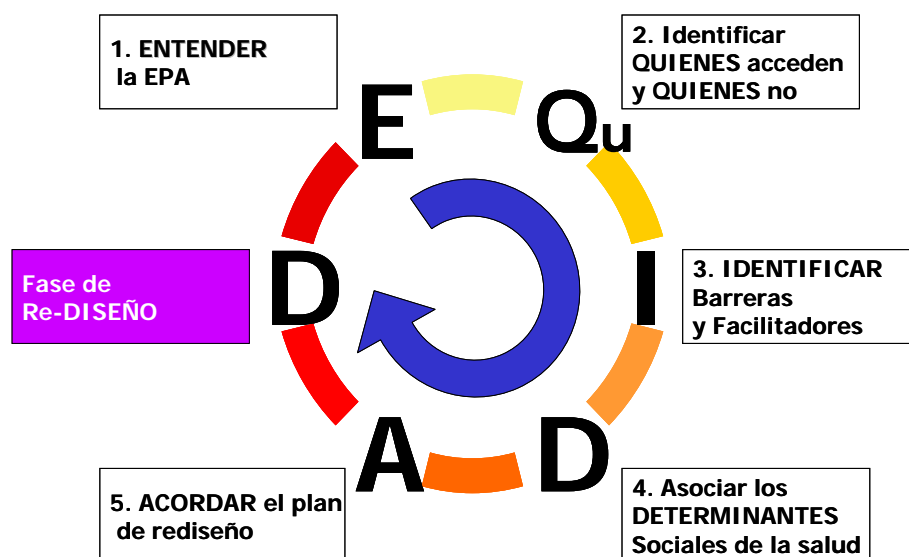
Ejemplo 39: paso A actividad 3.

Integración de la participación social realizada por el nodo que analiza la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).

Recomendación “concreta” para la inclusión de participación en el rediseño o recomendaciones de la EPA	Qué debería hacer Salud para que ello ocurra
<p>REDISEÑO ESTRATEGIA NAOS CON PARTICIPACION</p> <p>Profesionales de salud, educación, urbanismo, deportes, agricultura, economía, asuntos sociales y ciudadanos (incluyendo grupos con obesidad mas prevalente, minorías culturales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Impulsar este rediseño facilitando los mecanismos de participación por CCAA -Recoger los resultados en un documento estrategia “nuevo”
<p>Espacios de participación municipal y CCAA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre las diferentes tasas de obesidad en los distintos territorios o CCAA y de la importancia de estrategias comunes y de inequidades - Búsqueda de alianzas para favorecer creación de políticas, programas, estrategias
<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre la importancia de la promoción de la salud y de las inequidades al profesorado -Recoger ejemplos de buenas practicas y fomentar participación de profesorado en diseño de posibles actuaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre obesidad y las inequidades y de la importancia de estrategias en la escuela -Búsqueda de alianzas -Programas de promoción de la salud dirigidos a profesorado (AF, AL, dejar de fumar) -Incorporar profesores en creación de formación adecuada sobre programas de promoción de la salud para diferentes colectivos...
<p>Espacios de participación comunitaria locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -promover los diagnósticos de salud y la priorización de acciones dirigidas a prevenir y promover sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en espacios de Participación Comunitaria -Informar de datos de obesidad de comunidad y patrón de inequidades -Ayudar a diagnostico y priorización de acciones -Ayudar a plantear acciones concretas -Recursos humanos (APS) y económicos en zonas con NSE bajo o elevada prevalencia de obesidad

* AF: Actividad física.
 AL: Alimentación.
 APS: Atención Primaria de Salud.
 NSE: Nivel socioeconómico.

5.3. Re-Diseño (Paso Re-D): Recomendaciones para la implementación, seguimiento y evaluación del rediseño de la EPA



Como última fase del proceso, se debe planificar cómo se realizará la implementación de los objetivos del rediseño, tanto si su realización es factible dentro del mismo proceso de revisión o no. Cada grupo de trabajo determinará qué pasos puede tomar en lo que respecta a la propuesta de rediseño y cómo los llevará a cabo.

Se deberán identificar las dificultades y facilitadores de la implementación de la fase de rediseño, para proponer anticipadamente acciones para su resolución o potenciación.

Elementos básicos de la planificación del rediseño de la EPA	
QUÉ	Intervenciones prioritarias Objetivos Indicadores de seguimiento (de proceso, de resultados y de equidad)
QUIÉN	Responsables Otros sectores Población diana Otros
CÓMO	Actividades Recursos Herramientas e instrumentos Estrategia de participación e intersectorialidad
CUÁNDO	Cronograma

La evaluación y el seguimiento de los cambios introducidos en el rediseño es parte integral del proceso. Los objetivos y preguntas de evaluación abren un nuevo ciclo de revisión: ¿Los cambios lograron mayor equidad en el acceso y en los resultados esperados de la EPA?, ¿Por qué? Para ello, la evaluación y seguimiento de la EPA incluirá aquellos aspectos que se consideren necesarios para valorar estos cambios, como por ejemplo nuevos indicadores, herramientas necesarias para evaluarlos, etc.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

- Planificar la implementación del rediseño de la EPA
- Incluir en la evaluación y seguimiento de la EPA aquellos aspectos que se consideren necesarios para la valoración de los cambios introducidos en el rediseño

Es importante entender que la revisión y reformulación del programa es un proceso continuo, que no finaliza con la entrega de un informe o una propuesta de rediseño.

6.

Glosario

6. Glosario

Actividades: Es el conjunto de procesos o tareas que se llevan a cabo para cumplir los objetivos de un programa mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados.

Barreras: Aquellos factores que obstaculizan que la población objetivo (o un segmento de ella) se beneficie de los resultados esperados del programa o el servicio de salud ofrecido. Tienen como efecto que disminuyen la cobertura efectiva teórica de un servicio, o el resultado sólo se concreta para algunos grupos. En consecuencia, el impacto del programa en la población es menor que lo esperado y generan y perpetúan situaciones de desigualdad (Referencia: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los DSS).

Capital social: Grado de cohesión social que existe en las comunidades. Se refiere a los procesos entre personas que establecen redes, normas y compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación para su beneficio mutuo (Referencia: Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>)

Contexto: Entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el cual se considera un hecho. (Referencia: Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima segunda edición, 2001).

Cultura: Conjunto de significados y comportamientos compartidos, desarrollados a través del tiempo por grupos de personas como consecuencia de sus experiencias comunes, sus interacciones sociales y sus intercambios con el mundo natural. Constituye patrones de significados codificados en símbolos, que se transmiten y con los que la gente se comunica, perpetua y desarrolla conocimientos y actitudes sobre la vida. (Referencia: Freud S. El porvenir de la ilusión, 1927. Obras Completas, vol. XXI).

Empoderamiento para la salud: En Promoción de la Salud, es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (Referencia: Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>)

Estrategia de salud: Instrumento de planificación estratégica a largo plazo en el que se recogen las orientaciones, objetivos y prioridades para abordar de forma integrada un tema de salud con el fin de promover, mantener y mejorar la salud de la población.

Etapas clave de una EPA: Fases esenciales del proceso de desarrollo de una EPA que son necesarias para la consecución de los objetivos previstos en la misma.

Evaluación de necesidades: Proceso sistemático para determinar la naturaleza y extensión de las necesidades de salud de una población, las causas y los factores que contribuyen a esas necesidades y los recursos humanos, organizativos y comunitarios que hay disponibles para responder a las necesidades (Referencia: Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International 2006, consultado el 16 de abril de 2012

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HP%20Glossay%20in%20HPI.pdf>).

Facilitadores: Aquellos factores que ayudan a que la población objetivo se beneficie de los resultados esperados del programa, incluyendo los que permiten superar las barreras de acceso y el uso efectivo (Referencia: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los DSS.

Gobernanza: Acción o efecto de gobernar. Dirigir una colectividad dictando las disposiciones para su marcha ordenada y haciéndolas cumplir (Referencia: Diccionario de uso del español. 3ª ed. María Moliner. Editorial Gredos).

Indicador: Factor o variable cuantitativa o cualitativa que proporciona un medio simple y fiable para medir los logros, ayudar a evaluar los resultados o reflejar los cambios relacionados con una intervención. (Adaptado de OCDE (2002). Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados).

Indicadores de proceso: Indicadores que miden aspectos relacionados con la ejecución de las actividades de una EPA.

Indicadores de resultado: Indicadores que miden la consecución de los objetivos de un proceso.

Indicadores de equidad: Indicadores de proceso o resultado, que miden y diferencian la situación de los grupos sociales relevantes respecto al promedio u otra referencia.

Intersectorialidad: Relación reconocida entre el sector salud y otro sector, que se establece para actuar en un problema o alcanzar resultados en salud de un modo que más efectivo, eficiente o sostenible que el que se conseguiría si el sector salud trabajara por sí solo (Referencia: WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

Intervención de cobertura universal: Intervención dirigida a toda la población afectada por la problemática o la temática objeto de dicha intervención.

Intervención de cobertura focalizada o selectiva: Intervención dirigida de forma específica a un segmento o segmentos concretos de la población afectada por la problemática objeto de dicha intervención.

Intervenciones downstream, midstream, upstream:

1. Intervenciones sobre las **consecuencias que genera el problema (Downstream)**, principalmente asociadas al sistema asistencial sanitario: servicios de atención curativa o de prevención secundaria.
2. Intervenciones que buscan disminuir la **magnitud de las exposiciones y/o dar mayor soporte a los de una mayor vulnerabilidad (Midstream)**; se distinguen:
 - Intervenciones sobre cambios de conductas y estilos de vida.
 - Intervenciones sobre condiciones de vida y de trabajo.
3. Intervenciones que buscan modificar el **contexto y/o la estratificación social (Upstream)**, es decir, la distribución de poder que lleva a que ciertos grupos sociales presenten una mayor exposición y vulnerabilidad.

Ejemplo de intervenciones:

	Reforma social Upstream	Reducción del riesgo Midstream	Reducción de los efectos Downstream
Medidas universales	Sistema educativo público, impuestos, políticas de mercado laboral, etc.	Medidas sobre el medioambiente, el entorno laboral, principales estilos de vida	Sistema de salud
Medidas selectivas	Prestaciones sociales en función del nivel de ingresos	Medidas de estilos de vida específicas para ciertos grupos sociales	Servicios de salud específicos para ciertos grupos sociales

Fuente: Torgersen TP, Ø. Giæver and Stigen OT. Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health-The Norwegian Case. Oslo, 2007.

Macroeconomía: Expresión de la literatura económica moderna que caracteriza un enfoque del análisis económico fundado en el estudio y percepción de cantidades globales o agregados (producto nacional, la renta nacional, el gasto nacional, el ahorro, la inversión, etc. Son las magnitudes que se deducen del estudio macroeconómico). Consiste en el estudio de los fenómenos económicos colectivamente, se apoya esencialmente en las mediciones científicas y en la construcción de modelos que puedan explicar las realidades funcionales entre los agregados así medidos. Se distingue de la microeconomía, que esta fundada sobre el análisis de la unidad elemental de la vida económica (la empresa productora, el consumidor u otras unidades de consumo como la familia, etc.). (Referencia: Diccionario Económico y financiero. Y. Bernard-J.C. Colli. 4ª edición).

Prevención primaria: Intervenciones que intentan evitar el inicio o la incidencia de la enfermedad (Referencia: Piédrola Gil (2008). Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª edición. Elsevier, España).

Prevención secundaria: Intervenciones que intentan evitar la progresión de la lesión biológica o enfermedad (Referencia: Piédrola Gil (2008). Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª edición. Elsevier, España).

Prevención terciaria: Intervenciones que prevenir las discapacidades en los pacientes que presentan una enfermedad en fase sintomática (Referencia: Piédrola Gil (2008). Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª edición. Elsevier, España).

Programa de salud: Conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos para una población definida (Referencia: Pienault y Daveluy (1987). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Masson, Barcelona).

Promoción de la Salud: Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. (Referencia: Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>)

Sistema de salud: Conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados cuya principal finalidad es promover, mantener o reestablecer la salud. Los sistemas de salud engloban tanto los servicios individuales como los prestados a la población, así como actividades que influyen en las políticas y acciones de otros sectores destinadas a abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud. (Referencia: Oficina Regional de la OMS para Europa (2008). Carta de Tallin sobre los sistemas de salud para la salud y la riqueza).

Valores sociales: Conjunto de ideas y creencias propias de una sociedad que condicionan el comportamiento humano y el sistema de normas sociales. El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

7.

Lecturas

Recomendadas

7. Lecturas recomendadas

1. CDSS (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
2. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: Concepts, frameworks and policy. Briefing paper. NHS, Health Development Agency, 2004.
3. OMS (2003). Los Hechos Probados. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
4. Pawson R and Sridharan S. Theory - driven evaluation of public health programmes. Chapter 4 in Evidence-based Public Health, Effectiveness and Efciciency. Oxford University Press 2010.
5. Rose G (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Boletín Epidemiológico de la OPS Vol 6 N° 3.
6. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno 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.
7. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Documento técnico II. Pauta para iniciar la revisión de los programas: Lista de chequeo de Equidad.
8. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno 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.
9. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1978, 56(2): 295-303.
10. Whitehead M, Dahlgren G. Oficina Regional para Europa de la OMS (2006). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Partes 1 y 2. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Disponible en: <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/estrategias.htm>
11. WHO Commission on Social Determinants of Health (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007.

Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

12. WHO European Region (2011). Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Disponible en: <http://www.instituteoftheequity.org/projects/who-european-review>

8.

Participantes en el proceso formativo

8. Participantes en el proceso formativo

NODO QUE ANALIZA LA ESTRATEGIA PARA LA NUTRICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD (NAOS)

- Guillem Artigues Vives. Plan de Salud. Dirección General de Salud Pública de las Illes Balears.
- Purificación Echeverría Cubillas. Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Angelina González Viana. Subdirección de Promoción de la Salud. Agencia de Salud Pública de Catalunya. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
- José María Sánchez Romero. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Consumo de Ceuta.
- Pilar Sáenz Ortiz. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de La Rioja.

NODO QUE ANALIZA EL PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

- María Teresa Amor López. Jefa de Sección Servicios de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Leganés (Madrid).
- María Dolores Gerez Valls. Directora del Centro Municipal de Salud. Ayuntamiento de San Fernando de Henares (Madrid).
- Ángel García García. Jefe de Sección Servicios de Salud. Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes (Madrid).
- Francisco Gómez Pérez de Mendiola. Jefe de la Unidad de Salud Pública. Departamento de Medioambiente y Espacio Público. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Isabel Sánchez Sánchez. Responsable Técnica de Salud Pública. Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca (Barcelona).

NODO QUE ANALIZA EL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

- Elena Aldasoro Unamuno. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.

- Amaia Bacigalupe de Hera. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.
- Beatriz Nuin González. Unidad de Promoción de la Salud. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.
- Isabel Portillo Villares. Coordinación del Programa de Detección Precoz del Cáncer colorrectal del País Vasco. Osakidetza. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.
- Juan Zuazagoitia Nubla. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.

NODO PLAN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN 2011 – 2013. LÍNEA COLECTIVOS VULNERABLES; PROGRAMA DIRIGIDO A INMIGRANTES VULNERABLES

- Ramón Aguirre Martín-Gil. Jefe del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Nicole Aerny Perreten. Unidad de Evaluación. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Sonsoles Garabato González. Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Milagros Ramasco Gutiérrez. Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

NODO QUE ANALIZA EL PROGRAMA FORMA JOVEN

- Pilar Barroso García. Jefa de Servicio de Salud. Delegación Provincial de Almería.
- Isabel Escalona Labella. Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

NODO QUE ANALIZA EL PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2005-2010

- Aránzazu Lozano Olivar. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.
- Fuensanta Martínez Moreno. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.

- Manuel Galán Cuesta. Jefe de Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

NODO QUE ANALIZA EL PROGRAMA DE INFORMACIÓN SOBRE TABAQUISMO (PiT) DE LA REGIÓN DE MURCIA

- Aranzazu Lozano Olivar. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.
- Adelaida Lozano Polo. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.
- Ángeles Velasco Soria. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.

NODO QUE ANALIZA EL OBJETIVO DE SALUD DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Cristina Alfaro Allona. Consejera Técnica. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mercedes Benito Revillas. Jefa de Servicio de Primera Infancia y Conciliación. Subdirección General de Familias. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Pilar Campos Esteban. Jefa de Servicio. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Celia Juárez Rojo. Técnica superior. Observatorio de Salud de las Mujeres. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- María Vicenta Labrador Cañadas. Jefa de Sección. Área de Prevención. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Begoña Merino Merino. Jefa de Área. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Félix Miguel García. Jefe de Servicio. Instituto de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- José Manuel Morales González. Jefe de Área de Estudios y Formación. Subdirección General de Programas Sociales. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Víctor Sancha Mata. Jefe de Servicio. Subdirección General de infancia. Dirección General de Servicios para las familias y la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NODO QUE ANALIZA LAS SUBVENCIONES A ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO PARA LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

- Enrique Acín García. Área de Salud Pública. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Instituciones Penitenciarias -Servicios Centrales. Ministerio del Interior.
- Ana Gil Luciano. Técnico Externo. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Alberto Martín-Pérez Rodríguez. Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autonómica. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Montserrat Neira León. Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autonómica. Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ángela Ma Tapia Raya. Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autonómica. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NODO QUE ANALIZA LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA ESTRATEGIA DE CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- María Carmen Álvarez González. Jefa de Servicio. Unidad de Acreditación y Auditorías. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Covadonga Caballo Diéguez. Jefa de Área de Biocidas y Productos Químicos. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Ana Giménez Maroto. Jefa de Servicio. Servicio de Enfermería. Subdirección General de Ordenación Profesional. Dirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Vicenta Lizarbe Alonso. Jefa de Área. Área de Prevención. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- María Angeles López Orive. Jefa de Servicio. Área de Estrategias en Salud. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Asunción Ruiz de la Sierra Martín-Gil. Jefa de Servicio. Servicio de Coordinación de Niveles Asistenciales y Programas de Salud. Subdirección General de Atención Sanitaria. Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- María Santaolaya Cesteros. Técnico externo. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NODO QUE ANALIZA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y LA ESTRATEGIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*

- Julio Bruno Bárcena. Agente Coordinador de Área. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias.
- Mercedes García Ruiz. Jefa de Área de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias.
- José Antonio García Vázquez. Área de Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
- Carles Josep Barres Giménez. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.

* Nodos de trabajo que no completaron el proceso.

NODO QUE ANALIZA EL PLAN NACIONAL DE ACTUACIONES PREVENTIVAS DE LOS EFECTOS DEL EXCESO DE TEMPERATURAS SOBRE LA SALUD *

- María José Sierra Moros. Jefa de Área. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Margarita Alonso Capitán. Consejera Técnica. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Margarita Palau Miguel. Jefa del Área. Área de Calidad Sanitaria de las Aguas. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rosa Ramírez Fernández. Subdirectora General. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, durante el proceso formativo.

NODO QUE ANALIZA EL PLAN DE UNIVERSIDAD SALUDABLE DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA (UPNA)*

- Pilar Marín Palacios. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública de Navarra.

* Nodos de trabajo que no completaron el proceso.

9.

Anexos

9. Anexos

Anexo I: Resumen del proceso formativo “Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en las Estrategias, Programas o Actividades relacionadas con la salud”

Objetivos:

1. Definir un método de revisión y reformulación de las Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) relacionadas con la salud.
2. Realizar un ejercicio de análisis de la equidad en salud en algunas de las actuales EPAs relacionados con la salud.
3. Identificar para cada EPA los determinantes sociales que causan las desigualdades en salud y aquellos que son comunes a todos los programas o grupos de programas.
4. Identificar intervenciones y enfoques de acción que permiten mejorar la situación de equidad, incluyendo posibles cambios en la organización de las EPAS.
5. Reformular las EPAs, de acuerdo al análisis de equidad, determinantes sociales y posibles intervenciones.
6. Fomentar el trabajo colaborativo y la gestión de conocimiento en el interior de la estructura organizativa del MSSSI y las CCAA y otras instituciones.
7. Consolidar una visión amplia del campo de la salud pública, la intersectorialidad y los procesos participativos, reforzando las competencias y habilidades para su realización.
8. Fortalecer el intercambio de experiencias sobre intervenciones en DSS y a favor de la equidad entre diferentes administraciones, así como con otros países.

Coordinación

Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El proceso ha contado, además, con el apoyo técnico de la Oficina Regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Participantes

El proceso se dirigió a una selección de profesionales técnicos que trabajan en áreas clave para la reducción de las desigualdades en salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y de otras instituciones clave para la equidad en salud, como Ayuntamientos y Sanidad Penitenciaria. Los participantes fueron designados por las Direcciones Generales correspondientes en el caso del MSSSI y por las Direcciones Generales de Salud Pública de cada CCAA o institución.

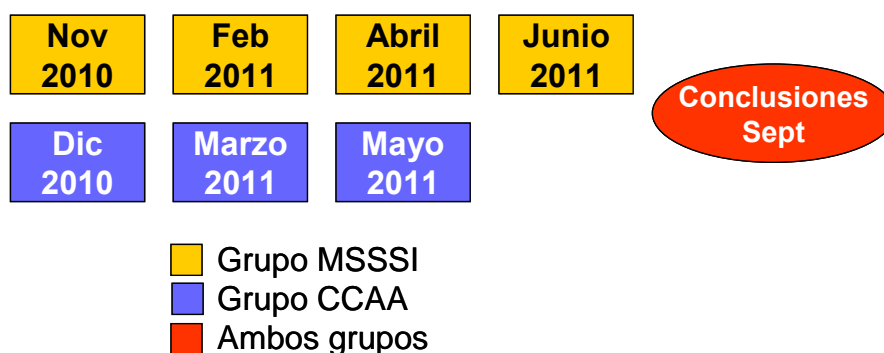
Como resultado final, completaron el proceso 25 profesionales del Ministerio y 20 de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y otras áreas clave, además de otros 18 profesionales que participaron en algunos aspectos concretos a lo largo del proceso.

Metodología

El proceso formativo de España se ha desarrollado basándose en la experiencia y los documentos técnicos[☞] del Ministerio de Salud de Chile para la revisión y rediseño de los programas de salud que se llevó a cabo en 2008-2009 dentro del plan de trabajo “Determinantes sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile” coordinado por la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Subsecretaría de Salud Pública.

En España, el proceso se estructuró en dos grupos, un grupo con los profesionales del MSSSI, y otro grupo con los profesionales de CCAA y otras instituciones clave. Dentro de cada grupo, los participantes se organizaron en equipos de trabajo (llamados nodos de trabajo) para el proceso de análisis y revisión.

Cronograma (Noviembre 2010 – Septiembre 2011)



El proceso estuvo compuesto por:

- Una parte presencial consistente en talleres de capacitación presenciales, que se desarrollaron en cuatro momentos formativos para el grupo del Ministerio y tres para el grupo de las CCAA (los programas de cada taller se encuentran al final de este anexo).
- Una parte de actividades a distancia entre talleres, con trabajo de los participantes y asesoría online mediante una plataforma virtual, alojada en el

[☞] Ver los documentos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile en el capítulo de lecturas recomendadas.

Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud, que permitió realizar intercambios, reuniones y foros entre participantes y docentes.

Finalmente, con el objetivo de valorar los resultados y avances del proceso y proponer actividades conjuntas para reducir las desigualdades sociales en salud, se organizó un encuentro en el contexto de la XXII Escuela de Salud Pública de Menorca en septiembre de 2011.

Docentes

Dra. Jeanette Vega - Dra. Orielle Solar, ambas expertas en el campo de la Equidad en Salud, responsables de la experiencia chilena y miembros de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Nodos de trabajo y EPAs analizadas

Durante el proceso formativo se constituyeron en total trece nodos de trabajo, con temáticas muy diversas, recogidas en la siguiente tabla:

Temática nodo de trabajo	EPA/s analizada/s	Grupo
Infancia	Objetivo de Salud del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia	MSSSI
VIH	Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida	MSSSI
Altas temperaturas*	Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud	MSSSI
Cáncer	Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud	MSSSI
Alimentación saludable y actividad física	Estrategia NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad	CCAA
Colectivos vulnerables	Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013. Línea Colectivos Vulnerables; programa dirigido a Inmigrantes vulnerables. Comunidad de Madrid	CCAA
Cribado de cáncer Colorrectal	Programa de Cribado Poblacional de Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco	CCAA
Jóvenes	Programa Forma Joven. Junta de Andalucía	CCAA
Tabaco	Programa de Información sobre Tabaquismo (PIT) de la Región de Murcia	CCAA
Escuela	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010	CCAA
Universidades saludables*	Plan Universidad Saludable de la Universidad Pública de Navarra (UPNA)	CCAA
Ciudades saludables	Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias. Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes	CCAA
Salud sexual y reproductiva*	Programa de Educación Sexual en el ámbito comunitario Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva	CCAA

*Nodos de trabajo que no completaron el proceso.

Resultados esperados para cada nodo y EPA

- Análisis de equidad para cada EPA.
- Identificación de determinantes sociales y puntos de entrada de las intervenciones de cada EPA.
- Identificación de alternativas de intervención para cada EPA.
- Propuesta de rediseño total o parcial de las EPAs analizadas.

Productos finales del proceso

- Guía metodológica para integrar la equidad en las EPAs de salud.
- Documentos de síntesis de los nodos.
- Documento técnico del desarrollo del proceso formativo para la integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en las EPAs relacionadas con la salud.

Programas del proceso formativo

- a) Programa MSSSI (64 horas presenciales y 126 horas de participación a distancia*):

Primer taller presencial: 29 y 30 noviembre 2010 (16 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción a los marcos conceptuales de los DSS. ■ Reflexiones Sobre la aplicabilidad real del los DSS en el área de salud. ■ Objetivos y fundamentos del proceso de revisión y reformulación de estrategias, programas y actividades (EPAs) con enfoque de equidad. ■ Primera fase: revisión de la lista de chequeo inicial.
Trabajo a distancia: Diciembre 2010 - Febrero 2011 (30 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de grupos de trabajo para llevar a cabo el análisis de las EPAs. • Desarrollo de lista de chequeo por estrategia, programa o actividad. • Asesoría para participantes.
Segundo taller presencial: 28 Febrero y 1 Marzo 2011 (16 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de los avances de la lista de chequeo. ■ Capacitación en análisis de equidad: pasos 1 y 2 del proceso de revisión. ■ Acuerdo con los participantes de los instrumentos de apoyo para pasos 1 y 2.
Trabajo a distancia: Marzo - Abril 2011 (24 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de pasos 1 y 2 por los participantes. • Asesoría para participantes.
Tercer taller presencial: 27 y 28 Abril 2011 (16 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de los avances en pasos 1 y 2. ■ Capacitación en análisis de equidad: pasos 3 y 4 del proceso de revisión. ■ Acuerdo con los participantes de los instrumentos de apoyo para los pasos 3 y 4.
Trabajo a distancia: Mayo -Junio 2011 (18 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de pasos 3 y 4 por los participantes. • Asesoría para participantes.
Cuarto taller presencial: 15 y 16 Junio 2011 (16 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de avances en pasos 3 y 4. ■ Capacitación en análisis de equidad: paso 5 del proceso de revisión. ■ Discusión de orientaciones para la reformulación.
Trabajo a distancia: Junio - Septiembre 2011 (54 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de paso 5. • Asesoría a las propuestas de reformulación de cada EPA. • Propuesta de implementación de rediseño y definición de posibles compromisos asociados.
Encuentro Menorca: 21 - 23 septiembre 2011	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conclusiones y evaluación de los resultados del proceso formativo.

* El proceso fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con 11,3 créditos de formación continuada para el grupo ministerial.

b) Programa CCAA (56 horas presenciales y 126 horas de participación a distancia*):

<p>Primer taller presencial: 1 y 2 diciembre 2010 (16 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción a los marcos conceptuales de los DSS. ■ Reflexiones Sobre la aplicabilidad real del los DSS en el área de salud. ■ Objetivos y fundamentos del proceso de revisión y reformulación de estrategias, programas y actividades (EPAs) con enfoque de equidad. ■ Primera fase: revisión de la lista de chequeo inicial.
<p>Trabajo a distancia: Diciembre 2010 - Febrero 2011 (30 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conformación de grupos de trabajo para llevar a cabo el análisis de las EPAs. ● Desarrollo de lista de chequeo por estrategia, programa o actividad. ● Asesoría para participantes.
<p>Segundo taller presencial: 2 - 4 Marzo 2011 (20 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de los avances de la lista de chequeo. ■ Capacitación en análisis de equidad: pasos 1, 2 y 3 del proceso de revisión. ■ Acuerdo con los participantes de los instrumentos de apoyo para pasos 1, 2 y 3 del proceso de revisión.
<p>Trabajo a distancia: Marzo - Abril 2011 (48 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo de pasos 1, 2 y 3 por los participantes. ● Asesoría para participantes.
<p>Tercer taller presencial: 4 - 6 mayo 2011 (20 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de los avances en pasos 1, 2 y 3. ■ Capacitación en análisis de equidad: paso 4 del proceso de revisión. ■ Acuerdo con los participantes de los instrumentos de apoyo para los pasos 4 y 5.
<p>Trabajo a distancia: Mayo - Septiembre 2011 (48 horas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacitación en análisis de equidad: paso 5 del proceso de revisión. ● Desarrollo de pasos 4 y 5 por los participantes. ● Asesoría a las propuestas de reformulación de cada EPA. ● Propuesta de implementación de rediseño y definición de posibles compromisos asociados.
<p>Encuentro Menorca: 21 - 23 septiembre 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conclusiones y evaluación de los resultados del proceso formativo.

* El proceso fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con 9,7 créditos de formación continuada para el grupo de las Comunidades Autónomas.

Anexo II: Información de las EPAs analizadas por cada nodo durante el proceso formativo

El Programa de Información sobre Tabaquismo de la Región de Murcia pretende informar y sensibilizar a la población de los efectos nocivos para la salud del consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental de tabaco. Su principal cometido es elaborar, editar y distribuir material informativo-educativo destinado a colectivos diferentes (personas fumadoras y no fumadoras, padres y madres, mujeres, jóvenes, embarazadas, profesiones docentes y sanitarias), que sirva como recurso educativo a profesionales socio-sanitarios para prevenir el inicio al consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como promover la deshabituación tabáquica.

La línea estratégica de Promoción y Protección de la salud de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). La Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud presenta como objetivo general detectar las necesidades para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, así como establecer objetivos de trabajo y recomendaciones de atención consensuadas y de aplicación en todo el SNS. Este nodo, dada la gran extensión y complejidad de la Estrategia, concretó su trabajo en la prevención del tabaquismo, dentro de la línea estratégica de Promoción y Protección de la salud de la Estrategia.

La Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tiene como meta reducir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad a través del fomento de una alimentación saludable y la promoción de la actividad física.

El programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal por medio del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, tiene como objetivo principal la detección temprana (población diana a los hombres y mujeres asintomáticos entre 50 y 69 años) y extirpación de lesiones adenomas de alto riesgo y cáncer en estadios iniciales para reducir la incidencia y la mortalidad del CCR en la población de la Comunidad Autónoma.

La convocatoria de Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y el control de la infección por VIH y sida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) se dirige a ONGs que juegan un papel importante como agentes encargados de proporcionar información, educación y apoyo a sectores de población especialmente expuestos a la infección por el VIH y menos accesibles desde la red socio sanitaria, así como para contribuir al cambio de normas y valores que inciden en la vulnerabilidad tanto de estos colectivos como de la sociedad en general.

El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) tiene como finalidad promover e impulsar desde los poderes públicos, con la colaboración de las familias, los propios niños y niñas y todos los agentes e instituciones implicadas, el bienestar de la infancia y un entorno social favorable y seguro para satisfacer sus necesidades y conseguir el pleno desarrollo de sus capacidades como sujetos activos

de sus derechos, fundamentalmente a través del desarrollo de políticas y actuaciones integrales y transversales. En este Plan se definen las grandes líneas estratégicas de las políticas de infancia que guiarán la actuación de las diferentes Administraciones y que fueron consensuadas en el seno del Observatorio de la Infancia por las instituciones competentes y por las organizaciones de protección de la infancia.

El Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010 es un plan marco, global, integral, basado en principios de multisectorialidad, multidisciplinaridad y participación, que determina la filosofía y metodología, basada en el concepto de “Escuela Promotora de Salud”, para el desarrollo de la Educación para la Salud en los centros docentes no universitarios.

Los programas que integran la línea estratégica dedicada a la Promoción de la salud en colectivos vulnerables del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013 de la Comunidad de Madrid pretenden contribuir a prevenir la exclusión social, en el ámbito sanitario y atendiendo al riesgo social sobre la salud, mediante actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidos en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Dentro de esta línea estratégica, el nodo analizó el programa dedicado a inmigrantes vulnerables.

El Plan Municipal de Prevención y Atención de Drogodependencias del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes tiene como objetivos dar una respuesta especializada e integral a los problemas de salud de la población consumidora de sustancias tóxicas, contribuir a retrasar la edad de inicio en el consumo en la población infanto-juvenil, y elaborar y desarrollar programas de prevención en los ámbitos educativo y comunitario. El nodo analizó por un lado el Programa de Atención a Drogodependientes y por otro el Programa de Prevención.

El Programa Intersectorial Forma Joven de la Junta de Andalucía promovido por la Consejería de Salud en el que participan además la Consejería de Educación, Igualdad y Bienestar Social (Instituto y Consejo de la Juventud y de la Mujer) la Federación Andaluza de Municipios y Provincias y la Confederación Andaluza de Asociaciones de Padres y Madres, presenta como objetivo general contribuir al desarrollo en la población joven y adolescente de 12 a 25 años de las competencias básicas necesarias para su crecimiento personal y social, especialmente en los aspectos relacionados con su salud física, psíquica y social y con la salud del entorno, contribuyendo a detectar problemas de salud o situaciones de riesgo.

Anexo III: Proceso de Priorización

Se denomina proceso de priorización al conjunto de actividades mediante las cuales se busca establecer un ranking de los principales problemas de salud, con el fin de orientar los recursos y definir acciones programáticas o estrategias de acción.

Este proceso, que se encuentra en el seno de la planificación sanitaria, está compuesto por distintas etapas, cuyo resultado final es un listado de problemas de salud (o de los programas para abordarlos) prioritarios:

1. Definición de los criterios y herramientas de decisión.
2. Preselección de los problemas/programas.
3. Análisis y comparación de los problemas/programas a la luz de los criterios seleccionados.

Existen múltiples instrumentos para cada una de las fases anteriores. Para los propósitos de esta guía, y puesto que es necesario realizar una priorización en varias actividades (en la selección de la EPA a analizar por el nodo, de los grupos en situación de desigualdad y de las recomendaciones para el rediseño de la EPA), se ha incluido un breve resumen de los principales criterios utilizados en diferentes metodologías de priorización en Salud Pública teniendo en cuenta tanto la carga del problema como las características de la intervención:

Carga del problema:

- **Magnitud:** número de personas afectadas o posiblemente afectadas por el problema. Se mide a través de la prevalencia o incidencia.
- **Gravedad:** el problema de salud provoca muertes, discapacidad, afecta a grupos especialmente vulnerables (por ejemplo niños) se utiliza indicadores como mortalidad, estudios de carga de enfermedad, etc.
- **Trascendencia:** impacto social que los problemas a seleccionar tienen para la población, por ejemplo en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP) o años de vida saludables perdidos (AVISA).
- **Urgencia:** grado de inmediatez necesaria para la resolución del problema.

Características de la intervención:

- **Vulnerabilidad:** refleja la sensibilidad del problema frente a la intervención y está íntimamente ligado al concepto de eficacia de las intervenciones para reducir o solucionar el problema. Para su cuantificación se utiliza la evidencia científica.
- **Efectividad económica:** relación entre los costes de la intervención y los resultados positivos derivados de ella. En función de cómo se mida los resultados de la intervención se pueden utilizar análisis coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio.
- **Factibilidad:** capacidad de intervenir con los recursos humanos y financieros disponibles.

- **Interés social:** desde el punto de vista de la población, o grupos de la sociedad interesados. Ej. prioridades sociales establecidas por encuestas, diagnósticos participativos, foros regionales, etc.
- **Interés institucional:** Alineamiento con prioridades estratégicas de la institución.
- **Equidad:** Intervenciones dirigidas a paliar situaciones de desigualdad en salud.
- **Intersectorialidad:** Intervenciones que posibilitan las alianzas estratégicas con otros sectores para mejorar la salud de la población.

Puntuación:

Para cada criterio es necesario establecer un baremo de puntuación, normalmente mediante escala Likert (por ejemplo del 1 al 3: 1-Baja; 2-Media; 3-Alta).

Ponderación:

Una vez seleccionado el total de criterios que se van a utilizar, y en caso de que consideremos unos criterios más importantes que otros, se puede asignar un peso relativo a cada criterio. En el ejemplo de la matriz, se han seleccionado 6 criterios (A-F), a los que se les ha dado distintos pesos.

Problema de Salud	Criterio A Peso A=20%	Criterio B Peso B=15%	Criterio C Peso C=20%	Criterio D Peso D=10%	Criterio E Peso E=25%	Criterio F Peso F=10%	Total Puntos*
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
...							

*La puntuación final de cada problema de salud se obtiene sumando las ponderaciones de cada criterio (puntuación asignada en la escala Likert x factor de ponderación).



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es