

GUÍA PRÁCTICA PARA EL MONITOREO DE LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD A NIVEL NACIONAL



OPS

Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud



GUÍA PRÁCTICA PARA EL MONITOREO DE LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD A NIVEL NACIONAL

Versión oficial en español de la obra original en inglés
National health inequality monitoring: a step-by-step manual
© World Health Organization, 2017
ISBN 978-92-4-151218-3

Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32442-4 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32443-1 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324431>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prefacio a la edición original	iv
Agradecimientos por la edición original	v
Prefacio a la edición en español.	vi
Agradecimientos por la edición en español	vii
Cómo usar este recurso	1
Panorama del monitoreo de las desigualdades en salud	3
PASO 1 Determinar el alcance del monitoreo	7
Aspectos generales	9
A. Seleccionar los temas de salud	10
B. Determinar los indicadores de salud pertinentes	11
C. Establecer las dimensiones de desigualdad pertinentes.	12
Ejemplos y recursos	14
PASO 2 Obtener datos	17
Aspectos generales	19
A. Realizar el mapeo de las fuentes de datos	20
B. Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes	21
Ejemplos y recursos	22
PASO 3 Analizar los datos	25
Aspectos generales	27
A. Preparar los datos desglosados	28
B. Calcular las métricas resumen de desigualdad	29
Ejemplos y recursos	30
PASO 4 Comunicar los resultados	33
Aspectos generales	35
A. Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación	36
B. Establecer el alcance de la comunicación	37
C. Definir el contenido técnico del informe	38
D. Decidir sobre los métodos de presentación de los datos	39
E. Seguir las mejores prácticas de comunicación	40
Ejemplos y recursos	41
Glosario.	42
Flujograma	45

Prefacio a la edición original

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio lograron reducir en muchos sentidos las brechas de desarrollo en cuanto a la pobreza entre los distintos países. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2016-2030), de las Naciones Unidas, lleva estos propósitos más allá a fin de promover una mayor equidad entre los países y dentro de ellos, en beneficio de las poblaciones y las personas de todas partes. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se han redactado en un lenguaje contundente e inequívoco acerca de la importancia de la equidad, y el ODS sobre la salud no es una excepción. La cobertura universal de salud se considera la meta clave para progresar de forma significativa hacia el ODS relativo a la salud y el bienestar de todos a todas las edades. La cobertura universal de salud consiste en llegar a todas las comunidades y personas con servicios de alta calidad, incluida la promoción, la prevención, el tratamiento y la atención, sin que nadie tenga que sufrir penurias financieras. Nadie puede dar por sentado el progreso hacia la dimensión de equidad de la cobertura universal de salud y la agenda de los ODS en general; el monitoreo de las desigualdades en la salud tanto dentro de los países como a nivel mundial es de suma importancia.

El monitoreo de la salud y de las intervenciones de salud en los grupos desfavorecidos de la población plantea retos para muchos países. Un reto difícil es el mejoramiento de las políticas y los programas sobre la base del monitoreo y la evaluación de políticas, prácticas y programas de salud dirigidos a subgrupos poblacionales desfavorecidos. Es necesario aplicar de manera exitosa los resultados del monitoreo y la evaluación para lograr un mejoramiento sostenido y, de esa forma, alcanzar las ambiciosas metas de los ODS.

El monitoreo de las desigualdades en la salud debe ser un componente central de los sistemas nacionales de información de salud. Por eso no deja de sorprender que dichos sistemas a menudo descuiden captar datos sobre las desigualdades dentro del país. En algunos casos, esto puede abordarse mediante una comunicación más eficaz de los análisis existentes y los datos desglosados subyacentes a los públicos destinatarios apropiados. En otros, se requiere ampliar el alcance o la rigurosidad del análisis de los datos existentes. Y a veces, es necesario mejorar la calidad, el alcance y la extensión de las iniciativas de recopilación de datos. Los países deben actuar de manera estratégica a la hora de planificar la forma de recopilar datos pertinentes con mayor eficacia por medio de sistemas de rutina, encuestas o estudios especiales para comprender las desigualdades en la salud a nivel poblacional.

Esta guía sirve de referencia práctica y apoyo a los países para aumentar su capacidad de integrar el monitoreo de las desigualdades en la salud a sus sistemas de información de salud. Contiene una variedad de herramientas y recursos elaborados por la Organización Mundial de la Salud para medir e informar sobre la desigualdad en torno a la salud. A tal efecto, su propósito es contribuir con el mejoramiento en los países del monitoreo de las desigualdades en la salud, una práctica esencial para asegurar la rendición de cuentas sobre los objetivos y las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Flavia Bustreo

Subdirectora General
Salud de la Familia, la Mujer y el Niño
Organización Mundial de la Salud

Marie-Paule Kieny

Subdirectora General
Sistemas de Salud e Innovación
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos por la edición original

Ahmad Reza Hosseinpoor (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza) y Nicole Bergen (Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ottawa, Ottawa, Canadá) tuvieron a su cargo la conceptualización y elaboración de esta guía práctica.

Las versiones preliminares de esta guía se beneficiaron de las contribuciones de los siguientes revisores:

Aluisio JD Barros, Cesar Victora (Centro Internacional para la Equidad en Salud, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil)

Nunik Kusumawardani (Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Ministerio de Salud, Yakarta, Indonesia), Mahlil Ruby (Centro de Estudios Económicos y de Política sobre la Salud, Universidad de Indonesia, Depok, Indonesia), Sabarinah (Facultad de Salud Pública, Universidad de Indonesia, Depok, Indonesia)

Theadora Swift Koller, Verónica Magar, Frank Pega, Anne Schlottheuber, Nicole Valentine (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza)

Oscar Mujica (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Washington, D.C., Estados Unidos)

Christine Brown, Tina Dannemann Purnat, Claudia Stein (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Copenhague, Dinamarca)

Hala Abou-Taleb, Arash Rashidian, Zafar Ullah Mirza (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental, El Cairo, Egipto)

AvisAnne Julien trabajó en la revisión y corrección de pruebas del documento.

El proyecto fue parcialmente financiado por la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la Oficina de la OMS en Indonesia.

Este trabajo es el producto de una colaboración entre el departamento de Información, Evidencias e Investigación y el equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud.

Prefacio a la edición en español

*Hoy, más que nunca, debemos trabajar juntos
con un compromiso por el Panamericanismo¹*

Carissa F. Etienne
Directora OPS

La actual pandemia de COVID-19 ha golpeado con fuerza inusitada la Región de las Américas y sus devastadores efectos a corto, mediano y largo plazos –sanitarios, sociales, económicos– se dejan sentir ya de manera aguda y profundamente inequitativa. Retomar la senda del desarrollo sostenible exige, inevitable y urgentemente, mayor solidaridad, respaldada por mayor inversión en salud y mayor resiliencia de los sistemas de salud; en palabras de nuestra Directora: un mayor compromiso por el Panamericanismo. En una Región marcada históricamente por la desigualdad, este compromiso solidario se traduce inequívocamente en la lucha por la equidad en salud.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, *Transformar Nuestro Mundo*, es el plan de acción global por la equidad más relevante y universal de nuestro tiempo: su propuesta transformadora de 17 objetivos, 169 metas y 247 indicadores en favor de las personas, el planeta, la prosperidad y la paz, se fundamenta en el solemne compromiso por *no dejar a nadie atrás*. Para la Organización Panamericana de la Salud, la promesa de colocar a la equidad en el centro de las acciones por el desarrollo sostenible y, en especial, de aquellas que contribuyen directamente a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades –el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible– tiene que acompañarse de un esfuerzo explícito por generar y fortalecer la rendición de cuentas sobre su efectivo cumplimiento: *no dejar a nadie atrás*.

Institucionalizar el monitoreo de las desigualdades en salud es el primer paso para construir esa necesaria capacidad institucional: tanto para rastrear sistemáticamente la magnitud y los cambios en el tiempo de las desigualdades –y no solamente los promedios– con que se distribuyen las oportunidades para la salud al interior de cada país entre sus distintos grupos sociales, como para informar de manera oportuna y efectiva las decisiones en materia de política sanitaria dirigidas a eliminar las inequidades en salud y promover la equidad en salud.

La presente *Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional* es un excelente recurso metodológico dirigido, precisamente, a consolidar ese ineludible primer paso, expandiendo instrumentalmente el marco operacional delineado en el *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.² Confiamos en que su efectiva puesta en práctica enriquecerá el ejercicio de la primera función esencial de la salud pública y contribuirá a consolidar las aspiraciones compartidas de universalidad y equidad en salud que inspiran la Agenda 2030, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-30, el Plan Estratégico de la OPS 2019-2025 y, sobre todo, las prioridades sanitarias nacionales.

Dr. Oscar J. Mújica
Asesor Regional, Epidemiología Social
Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud
Organización Panamericana de la Salud

¹ Etienne CF. Lancet 2021;398:951-2

² disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>

Agradecimientos por la edición en español

La preparación y revisión técnica de esta guía en su edición en lengua española fue coordinada por Oscar J. Mújica (Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC).

María Fernanda Lozano (Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC) supervisó la traducción al español.

Los participantes de cinco talleres metodológicos en Lima (noviembre 2017), Bogotá (enero 2018), Cuernavaca (julio 2018), ciudad de Panamá (octubre 2018) y Buenos Aires (julio 2019) colaboraron en la validación de pruebas de traducción de distintos contenidos de la guía en español y a ellos va nuestro más sincero agradecimiento.

Oscar J. Mújica, Claudia M. Moreno y Patricia N. Soliz (Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC) apoyaron en la revisión técnica y corrección de pruebas editoriales.

La diagramación y cuidado de la edición digital estuvo a cargo de Juan Velasco (5W Infographic, LLC).

Se agradece en especial el apoyo de Julia Aymerich y María Fernanda Lozano del Servicio de Traducciones; Beatriz Fernández, Ana Barboza y Elisa Acevedo del Equipo de Publicaciones (Organización Panamericana de la Salud, Washington DC), así como Ahmad Hosseinpour y Anne Schlottheuber (Organización Mundial de la Salud) y Adrienne Cox y Sebastián García-Saisó del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la Organización Panamericana de la Salud.



Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la importancia del monitoreo de las desigualdades en salud

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de las Naciones Unidas, aspira a no dejar a nadie atrás. Este compromiso se refleja en sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que están integrados y son indivisibles. La reducción de las desigualdades se establece explícitamente en el ODS 10 (reducir la desigualdad en los países y entre ellos) y de manera implícita en el ODS 1 (poner fin a la pobreza), el ODS 4 (garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad), el ODS 5 (lograr la igualdad de género) y otros. El ODS 3 es un llamamiento a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, lo que implica enfrentar las desigualdades en torno a la salud.

Es fundamental que los países cuenten con un sistema sólido de monitoreo de las desigualdades en salud para poder asumir la responsabilidad de que nadie se quede rezagado en el camino hacia el desarrollo sostenible. El monitoreo de las desigualdades en salud es una práctica que se nutre del sistema nacional de información de salud; sirve para determinar los subgrupos de la población que están desfavorecidos y para hacer un seguimiento del progreso de las mejoras (o cambios) en la salud. Por ejemplo, el monitoreo de las desigualdades en la salud tiene una función que cumplir en el logro de la cobertura universal de salud (meta 3.8 de los ODS), que busca proporcionar a las personas la atención de salud que necesitan sin que sufran penurias financieras. El logro progresivo de la cobertura universal de salud se vigila mediante el monitoreo de las desigualdades en la salud; en condiciones óptimas, se registran avances acelerados a nivel de los grupos desfavorecidos, reduciendo de esta forma las brechas de cobertura a medida que mejora la salud de la población en general.

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se reconoce la importancia de contar con sistemas sólidos de datos e información. El ODS 17, que se centra en fortalecer los medios para aplicar las iniciativas de desarrollo sostenible, subraya la importancia de aumentar la disponibilidad de datos desglosados que sean oportunos, fiables y de gran calidad (meta 17.18 de los ODS).

Cómo usar este recurso

Esta *Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional* ha sido pensada como una referencia práctica y sumamente accesible para monitorear las desigualdades en salud. Estructurada siguiendo un flujograma, esta guía ayuda a los lectores a prever y recorrer las consideraciones prácticas que son la base del monitoreo de estas desigualdades.

Los objetivos generales de esta guía práctica son ayudar a establecer sistemas de monitoreo de las desigualdades en la salud en aquellos países donde no existe esta práctica, fortalecerla en los países donde sí existe, y alentar a todos los países a integrar el monitoreo regular de las desigualdades en la salud en sus sistemas nacionales de información de salud. Mediante este recurso procuramos fortalecer la capacidad de monitoreo de las desigualdades en la salud en todos los contextos, aunque puedan ser diferentes las prioridades, las capacidades, los recursos o la disponibilidad de datos. Además, esperamos que esta guía contribuya a fomentar la comunicación regular de las desigualdades en diversos temas de salud y a promover una mayor integración de los resultados del monitoreo de dichas desigualdades en las políticas, los programas y las prácticas

Si bien esta guía se centra en la salud a nivel nacional, el mismo enfoque puede aplicarse al monitoreo de las desigualdades en cualquier población definida, desde un contexto comunitario hasta un ámbito multinacional.

Tras una breve introducción al tema del monitoreo de las desigualdades en la salud, la guía está organizada en cuatro secciones principales, cada una de ellas dedicada a un paso del monitoreo. Los pasos constituyen la base de un flujograma de la práctica del monitoreo de las desigualdades en la salud. En cada sección figura una versión ampliada del flujograma (cuya versión completa aparece al final de la guía) que contiene subpasos, preguntas clave y listas de verificación detalladas sobre los requisitos de datos, las actividades de análisis y comunicación, y los puntos de decisión. El quinto paso, en el que se aborda la ejecución de los cambios con base en los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud, se trata en la sección siguiente titulada "Panorama del monitoreo de las desigualdades en salud".

Se proporciona orientación por medio de textos breves de tipo práctico y, si procede, plantillas modelo. Además, en la guía se describen ejemplos y recursos pertinentes en cada uno de los pasos, y se recomiendan referencias para una exploración más exhaustiva de otras cuestiones afines al monitoreo de las desigualdades en la salud. Un glosario proporciona una referencia rápida a los términos clave que se utilizan a lo largo del documento.

La guía fue concebida para ser leída de forma secuencial e íntegra; sin embargo, es posible que para algunos lectores resulte más útil consultar las distintas secciones según sus necesidades. Se alienta a los lectores a que complementen la información de la guía con otras lecturas y materiales didácticos que aporten más detalles sobre los aspectos teóricos del monitoreo de las desigualdades en salud. Se recomienda en particular la lectura del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos* como el primer recurso para complementar el contenido de esta guía. Dirigido a un amplio público interesado en aumentar su conocimiento general sobre la práctica del monitoreo de las desigualdades en salud, dicho manual sigue los mismos pasos que esta guía y ahonda en los aspectos teóricos que sustentan cada paso e incorpora ejemplos prácticos. A lo largo de esta guía práctica, las referencias a secciones específicas del mencionado manual remitirán a los lectores a material pertinente contenido en ese recurso complementario. Es importante notar que el manual también se ha adaptado a un formato de aprendizaje en línea para facilitar una experiencia de aprendizaje dinámica.

Para consultar las versiones en línea de estos recursos, véanse:

- Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Versión en inglés: www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/. Versión en español: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31211>.
- Módulo de aprendizaje en línea sobre las desigualdades en salud: extranet.who.int/elearn/course/category.php?id=15.

Panorama del monitoreo de las desigualdades en salud

El monitoreo de las desigualdades en salud puede explicarse al descomponer el término en sus dos partes constituyentes: las desigualdades en salud y el monitoreo. Las **desigualdades en salud** se definen como las diferencias de salud observables entre subgrupos de una población, y el **monitoreo** es un proceso que consiste en observar de manera reiterada una situación para advertir cambios con el transcurso del tiempo. El monitoreo de las desigualdades en salud permite determinar dónde existen desigualdades y dónde se encuentran los subgrupos desfavorecidos (demográfica, económica, geográfica o socialmente) en cuanto a la salud. Cuando se determina que las desigualdades en la salud son arbitrarias, injustas y evitables, se las denomina **inequidades en salud**.

El monitoreo de las desigualdades en salud requiere de dos tipos de datos: datos sobre la salud y datos sobre las **dimensiones de desigualdad**. El concepto de salud se interpreta en términos amplios a los fines del monitoreo. Según el alcance deseado del monitoreo, el concepto puede abarcar los indicadores de todos los aspectos medibles de la salud o del sector de la salud (como el personal de salud, el financiamiento de la salud, la información de salud y la prestación de servicios de salud, así como determinantes relacionados como el agua y saneamiento, la contaminación del aire, etc.). En un determinado tema de salud, los distintos **subgrupos de población** pueden tener diferentes experiencias según la edad, la situación económica, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, la raza o etnicidad, el sexo, la condición social u otros factores. Estas características, conocidas como dimensiones de desigualdad o **estratificadores de equidad**, reflejan los aspectos sociales, económicos, geográficos, demográficos o de otro tipo que pueden servir de base para la discriminación dentro de una población.

Cuando se lo realiza regularmente, el monitoreo de las desigualdades en salud puede ayudar a determinar la repercusión de las políticas, los programas y las prácticas, y servir de sustento de los cambios necesarios para reducir la desigualdad. El monitoreo de las desigualdades en la salud es un componente importante de los análisis de la situación de salud, y puede ayudar además a los países y territorios a dar seguimiento a las medidas relacionadas con los determinantes sociales de la salud. El monitoreo cumple entonces una función esencial de salud pública, por lo que debería institucionalizarse como práctica regular de los sistemas nacionales de información de salud.

Desde un punto de vista conceptual, el monitoreo de las desigualdades en salud puede entenderse como un ciclo de cinco pasos: :

- 1 El proceso comienza al seleccionarse los temas de salud pertinentes (que puede abarcar todos los aspectos medibles de la salud o del sector de la salud), para luego determinar una amplia gama de indicadores de salud y dimensiones de desigualdad que son pertinentes para esos temas y la población de que se trate.
- 2 El segundo paso consiste en obtener datos acerca de dichos indicadores de salud y dimensiones de desigualdad a partir de una o varias fuentes de datos.
- 3 Luego se analizan los datos para generar información, evidencia y conocimiento. El proceso de análisis de los datos de salud puede incluir hacer estimaciones sobre la salud de subgrupos de población (o sea, **estimaciones desglosadas**) y **métricas resumen de desigualdad**.

- 4 Tras el análisis, es esencial presentar y difundir los resultados. La meta de este paso es que los resultados del proceso de monitoreo se comuniquen eficazmente y puedan usarse para fundamentar las políticas, los programas y las prácticas.
- 5 Sobre la base de los resultados del monitoreo se pueden hacer cambios que tengan un impacto y mejoren la salud. A fin de monitorear los efectos de estos cambios, habrá que recopilar más datos que describan la evolución del estado de salud; por lo tanto, el ciclo de monitoreo es continuo.



Para mayor información acerca del ciclo de monitoreo de las desigualdades en la salud y lecturas adicionales recomendadas, véase la sección 1 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*, de la Organización Mundial de la Salud.

Figura 1. Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud

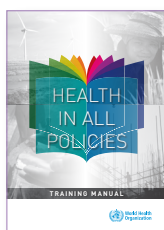


Esta guía se centra principalmente en los cuatro primeros pasos del ciclo de monitoreo, cada uno de los cuales se ha desglosado en una serie de subpasos (figura 1). La progresión de los pasos 1 al 4 es una tarea compleja que obliga a considerar temas conceptuales importantes; sin embargo, la naturaleza general de esta progresión puede presentarse siguiendo el diseño lógico y lineal de un flujograma. El quinto paso del ciclo de monitoreo de las desigualdades en la salud, que se refiere a la ejecución de los cambios, depende en gran medida del contexto y es sumamente iterativo. Requiere de múltiples tipos de insumos para lograr los cambios en las políticas, los programas y las prácticas. El examen exhaustivo de este quinto paso no está dentro del alcance de esta guía. Afortunadamente, existe todo un conjunto de recursos sobre la complejidad de la priorización a partir de los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud y la aplicación de los resultados en los contextos de las políticas y los programas.

☞ Véase

En el recuadro a continuación, "Cómo ejecutar los cambios a partir de los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud".

Cómo ejecutar los cambios a partir de los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud



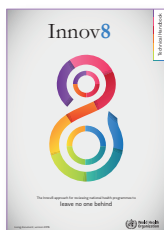
Los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud conforman uno de varios elementos que pueden ayudar a los responsables de formular políticas a determinar las áreas prioritarias de acción futura, o a sustentar la agenda nacional de políticas de salud. Los interesados directos con conocimientos sobre datos y estadísticas de salud deben examinar los informes sobre las desigualdades en la salud y, con la incorporación de otras fuentes de datos cuantitativos y cualitativos, hacer recomendaciones basadas en la evidencia. Dado que las desigualdades en la salud con frecuencia responden a factores ajenos al sistema de salud, la atención de estas desigualdades puede requerir una acción intersectorial, como el enfoque de la salud en todas las políticas.

- Más información sobre la salud en todas las políticas disponible [aquí](#).



La ejecución de los cambios para abordar las desigualdades en la salud requiere de medidas a todos los niveles del sistema de salud y en todos los niveles del gobierno. Un punto de acceso estratégico son las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, que deberían promover la reducción de las desigualdades en la salud, especialmente mediante la planificación y ejecución de los programas, así como la asignación presupuestaria. Además, los resultados del monitoreo deben incorporarse a las evaluaciones de la situación, los procesos de definición de prioridades y los enfoques de monitoreo, evaluación y análisis. Las metas relacionadas con direcciones estratégicas y objetivos clave para el sector de la salud deben estar orientadas a la equidad.

- Más información sobre las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud disponible [aquí](#).



El manual técnico del enfoque Innov8 para el examen de programas nacionales de salud para no dejar a nadie atrás, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, es una guía para aplicar los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud a la programación de salud a nivel nacional. El enfoque Innov8 es una metodología de examen secuencial estructurada en ocho pasos que ayuda a los países a orientar, de forma sistemática e integral, el diseño y la ejecución de los programas de salud de manera de no dejar a nadie atrás. Con base en los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud, este enfoque guía a los equipos multidisciplinarios de análisis a lo largo de un extenso proceso que permite comprender mejor las causas de las inequidades en materia de salud.

Ayuda a establecer los puntos de acceso en los programas para hacer que estén más orientados a la equidad, se basen en los derechos y respondan a las cuestiones de género; al mismo tiempo, contribuye a abordar otros determinantes sociales fundamentales. Por otra parte, esta metodología alienta a los interesados directos a integrar medidas dirigidas a lograr un cambio sostenido y mejorar la gobernanza y la rendición de cuentas. El enfoque Innov8 puede adaptarse y aplicarse en diversos entornos y a diferentes niveles de gobernanza.

- Más información sobre el manual técnico del enfoque Innov8 disponible [aquí](#).

PASO

1

Determinar el alcance
del monitoreo

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

PASO 2

Obtener datos

PASO 3

Analizar los datos

PASO 4

Comunicar los resultados

PASO 5

Ejecutar los cambios

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

A

Seleccionar los temas de salud

PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los temas de salud prioritarios actualmente?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ ¿Cuáles son los objetivos señalados en la planificación del sector de la salud con respecto a los temas de salud prioritarios u otros aspectos más generales de este sector que requieren evaluación?
- ☐ ¿Cómo están invirtiéndose los recursos para mejorar la salud?
- ☐ ¿Qué temas de salud no están siendo monitoreados actualmente, pero deberían serlo?

B

Determinar los indicadores de salud pertinentes

PREGUNTA CLAVE

¿Qué conjunto de indicadores de salud refleja adecuadamente los temas de salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Seleccionar un conjunto de indicadores tanto para las intervenciones de salud como para los resultados de salud
- ☐ Determinar los indicadores que cubren los componentes del marco de monitoreo, evaluación y análisis:
 - ☐ insumos y procesos
 - ☐ productos
 - ☐ resultados
 - ☐ impacto
- ☐ Considerar la posibilidad de incluir indicadores trazadores (o sustitutos) y, de ser factible, indicadores compuestos

C

Establecer las dimensiones pertinentes de la desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Qué dimensiones de la desigualdad son pertinentes para esta población, dados los temas de salud seleccionados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Considerar factores comunes que favorecen las desventajas:
 - ☐ situación económica
 - ☐ nivel de escolaridad
 - ☐ lugar de residencia
 - ☐ sexo
 - ☐ edad
 - ☐ otros factores dependientes del país o el contexto.
- ☐ Considerar si hay intersección entre las dimensiones de desigualdad y si debería hacerse doble estratificación
- ☐ Determinar criterios de medición para cada dimensión de desigualdad establecida previamente

Aspectos generales

El **PASO 1** del monitoreo de las desigualdades en la salud comienza por la selección de uno o varios temas de salud pertinentes (que pueden ser temas bien delimitados o aspectos más amplios del sector de la salud), para luego definir los indicadores de salud y las dimensiones de desigualdad que son pertinentes para esos temas y la población de que se trate. Este paso puede ser político, pues entraña consultas con diversos interesados directos del campo de la salud y sus determinantes. Estos interesados directos pueden ser el personal técnico de ministerios de salud y oficinas de estadística, los responsables de formular políticas, los investigadores, los profesionales de la salud, los grupos de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de financiamiento y otros. Para documentar este paso, haga un inventario de los informes y la bibliografía existentes —para lo cual podría utilizar, como base, los informes sobre el progreso y desempeño del sector de la salud y los informes anuales sobre estadísticas de salud, de haberlos— así como de las actividades relacionadas con las desigualdades en la salud. Estas fuentes pueden aportar la evidencia que sustentaría la selección de los temas de salud, los indicadores de salud y las dimensiones de desigualdad.



Para mayor información sobre el primer paso del monitoreo de las desigualdades en la salud, véase la sección 1 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en los países de ingresos medianos y bajos*.

A. Seleccionar los temas de salud

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

A

Seleccionar los temas de salud

B

Determinar los indicadores de salud pertinentes

C

Establecer las dimensiones pertinentes de la desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los temas de salud prioritarios actualmente?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ ¿Cuáles son los objetivos señalados en la planificación del sector de la salud con respecto a los temas de salud prioritarios u otros aspectos más generales de este sector que requieren evaluación?
- ☐ ¿Cómo están invirtiéndose los recursos para mejorar la salud?
- ☐ ¿Qué temas de salud no están siendo monitoreados actualmente, pero deberían serlo?

La selección del o los temas de salud para el monitoreo de las desigualdades dependerá del alcance deseado. Por ejemplo, el establecimiento de un sistema nacional integral de monitoreo de las desigualdades en la salud implica expandir el alcance, para abarcar numerosos temas de salud (enfoque vertical), así como todos los aspectos del sector de la salud (enfoque horizontal) y sus intersecciones. Si el propósito es otro, quizá convenga concentrarse en una selección más limitada de temas, o incluso en un único tema. Algunos temas de salud comunes que constituirían un enfoque vertical son la salud reproductiva y de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; las enfermedades no transmisibles; los traumatismos; la tuberculosis; la infección por el VIH/sida; la malaria; y las enfermedades desatendidas. Como ejemplos de un enfoque horizontal cabría mencionar el estado de salud, la prestación de servicios, el personal de salud, la información de salud, el financiamiento y la gobernanza de la salud; así como determinantes relacionados como el agua y el saneamiento, la contaminación del aire, etc.

Véase

“Ejemplos de conjuntos de indicadores de salud”, en la página 14.

Los objetivos de la planificación del sector de la salud y la manera en que están invirtiéndose los recursos (por parte de, por ejemplo, el sector de la salud o el gobierno) pueden indicar si existe apoyo político para establecer o fortalecer las prácticas de monitoreo de las desigualdades en la salud. Según la finalidad del monitoreo, puede resultar apropiado seleccionar un tema que ya sea sumamente visible, o uno que haya sido descuidado indebidamente. En el caso de algunos temas menos visibles, puede haber problemas de disponibilidad de datos.

B. Determinar los indicadores de salud pertinentes

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

A

Seleccionar los temas de salud

B

Determinar los indicadores de salud pertinentes

C

Establecer las dimensiones pertinentes de la desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Qué conjunto de indicadores de salud refleja adecuadamente los temas de salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ❑ **Seleccionar un conjunto de indicadores tanto para las intervenciones de salud como para los resultados de salud**
- ❑ **Establecer los indicadores que abarcan los componentes del marco de monitoreo, evaluación y análisis**
 - Insumos y procesos
 - Productos
 - Resultados
 - Impacto
- ❑ **Considerar la posibilidad de incluir indicadores trazadores (o sustitutos) y, de ser factible, indicadores compuestos**

Para tener una idea cabal del tema o los temas de salud (que pueden ser cuestiones específicas o aspectos más amplios del sector de la salud), es importante que el conjunto de indicadores de salud incluya diversos tipos de indicadores relacionados tanto con las intervenciones de salud como con los resultados en salud. Este conjunto básico de indicadores de salud debería reflejar las necesidades e intereses del país, pero también puede basarse en indicadores establecidos que tengan una definición internacional común.

El **marco de monitoreo, evaluación y análisis**, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, organiza los indicadores de salud en cuatro componentes: insumos y procesos, productos, resultados, e impacto. En cada componente se definen diversas categorías de indicadores que permiten medir la salud a muchos niveles. Para el monitoreo de temas de salud más amplios (como el monitoreo del sector de la salud a nivel nacional), se deben seleccionar indicadores de los cuatro componentes; en el caso de una selección más limitada de temas de salud, es posible que algunos indicadores de insumos y procesos sean menos pertinentes.

El uso de indicadores trazadores, sustitutos (proxy) o compuestos es una manera concisa de hacer seguimiento del progreso o desempeño de un tema de salud. Los **indicadores trazadores** son indicadores de salud cuidadosamente definidos, seleccionados para representar un tema de salud más amplio. Si la disponibilidad de datos es limitada o un indicador deseado es difícil de medir en un momento dado, el uso de **indicadores sustitutos** puede ser una opción viable. Los indicadores sustitutos pueden brindar información útil, pero deben considerarse una solución provisional. Un **indicador compuesto** es un índice combinado de varios indicadores de un tema de salud que proporciona un panorama más completo que un único indicador.

🔗 Véase

"Marco de monitoreo, evaluación y análisis", en la página 14.

🔗 Véase

"Criterios para definir un conjunto de indicadores de intervenciones de salud", en la página 15.

🔗 Véase

"Uso de indicadores trazadores, sustitutos y compuestos para monitorear el progreso hacia la cobertura universal de salud", en la página 15.

C. Establecer las dimensiones de desigualdad pertinentes

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

A

Seleccionar los temas de salud

B

Determinar los indicadores de salud pertinentes

C

Establecer las dimensiones pertinentes de desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Qué dimensiones de desigualdad son pertinentes para esta población, dados los temas de salud seleccionados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ **Considerar factores comunes que facilitan las desventajas:**
 - situación económica
 - nivel de escolaridad
 - lugar de residencia
 - sexo
 - edad
 - otros factores dependientes del país o el contexto
- ☐ **Considerar si hay intersección entre las dimensiones de desigualdad y si debería hacerse doble estratificación**
- ☐ **Determinar criterios de medición para cada dimensión de desigualdad establecida previamente**

Véase

"Marco de monitoreo, evaluación y análisis: criterios para seleccionar dimensiones pertinentes de desigualdad", en la página 16.

Para establecer las **dimensiones de desigualdad**, debe considerarse cuáles de ellas son pertinentes para la población y el tema o los temas de salud en cuestión; en otras palabras, qué tipos de factores constituyen una fuente de discriminación o exclusión social que podrían ser perjudiciales para la salud y su distribución en la población. Las dimensiones de la desigualdad que se aplican con frecuencia en el monitoreo de las desigualdades en la salud (y que se recomiendan en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como base para desglosar los datos) son: ingresos, sexo, edad, raza, etnicidad, situación migratoria, discapacidad y ubicación geográfica (urbana o rural). Además, la educación es una dimensión de desigualdad común a nivel mundial. Otras dimensiones que pueden ser pertinentes en un país o contexto dado son el territorio subnacional, la religión, la ocupación o la pertenencia a un pueblo indígena.

En algunos casos, dos o más dimensiones de la desigualdad pueden intersectarse y dar lugar a una desventaja exacerbada o revelar un perfil de desigualdad diferente al que indica cada dimensión de la desigualdad por separado. La **doble estratificación** implica considerar dos dimensiones de la desigualdad de manera simultánea cuando se forman subgrupos para el monitoreo. Por ejemplo, los pobres de zonas urbanas típicamente experimentan niveles mucho más altos de desventaja que los habitantes ricos de las mismas zonas. Para monitorear las desigualdades en la salud, puede ser pertinente establecer cuáles son los subgrupos ricos y pobres dentro de la población urbana. Las comparaciones de estos dos subgrupos pueden ser mucho más sorprendentes que las comparaciones basadas en cada una de las dimensiones consideradas por separado. Otras combinaciones de dimensiones de desigualdad, como el sexo y la situación económica, también pueden indicar intersecciones pertinentes. Por ejemplo, en algunos entornos el gradiente socioeconómico del fumar es opuesto en los hombres y las mujeres. En estos casos (y en otros), se justifica la doble estratificación para lograr una exploración más significativa de las desigualdades en la salud.

En este paso (1C), debe considerarse también qué criterios se usarán para medir cada dimensión de la desigualdad. Estos criterios serán específicos de acuerdo con la dimensión de la desigualdad y el tipo de información disponible sobre la población. Por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medianos, la situación económica se mide generalmente como riqueza de la familia, mientras que en los países de ingresos altos la situación económica puede definirse por el nivel de ingreso individual.

 Véase

"Definición de subgrupos de población con base en la situación económica", en la página 16.

Ejemplos y recursos



Ejemplos de conjuntos de indicadores de salud

En el 2015, la Organización Mundial de la Salud publicó un conjunto estándar de 100 indicadores básicos de salud que servirían de referencia y guía general para la definición de indicadores estándares. El conjunto de indicadores tiene en cuenta las prioridades de salud mundiales especificadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, así como las prioridades emergentes establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible después del 2015. Este conjunto mundial de indicadores puede servir de punto de partida para determinar los temas de salud que podrían monitorearse, aunque la lista no fue propuesta para limitar el alcance del monitoreo. Los países también deberían considerar otras prioridades de salud. En la lista mundial de referencia de 100 indicadores básicos de salud se abarcan los siguientes temas:



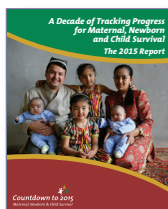
Estado de salud: mortalidad por edad y sexo; mortalidad por causa; fecundidad; morbilidad.

Factores de riesgo: nutrición; infecciones; factores de riesgo ambientales; enfermedades no transmisibles; traumatismos.

Cobertura del servicio: salud reproductiva y de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; inmunización; infección por el VIH; VIH y tuberculosis; tuberculosis; malaria; enfermedades tropicales desatendidas; tamizaje y atención preventiva; salud mental.

Sistemas de salud: calidad y seguridad de la atención; acceso; personal de salud; información de salud; financiamiento de la salud; seguridad sanitaria

- Más información sobre la lista mundial de referencia de 100 indicadores básicos de salud disponible [aquí](#).

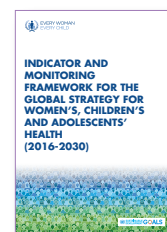


Se han propuesto otros conjuntos de indicadores de salud para monitorear temas específicos. Por ejemplo, la iniciativa Cuenta Atrás para 2015 (ahora Cuenta Atrás para 2030) realiza el monitoreo regular de un conjunto de indicadores clave relacionados con la supervivencia materna, neonatal e infantil. Los análisis y perfiles de equidad reflejan los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud en todos los países de la cuenta regresiva.

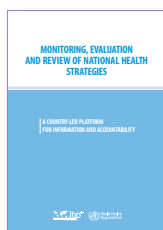
- Más información sobre esta iniciativa disponible [aquí](#).

En la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016–2030)* se ha elaborado un marco de indicadores y monitoreo para promover la salud de la mujer, el niño y el adolescente, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El marco señala 60 indicadores para hacer seguimiento de los avances hacia la aplicación de la estrategia mundial, así como un subconjunto mínimo de 16 indicadores clave en tres áreas principales: sobrevivir, prosperar y transformar.

- Más información sobre el marco de indicadores y monitoreo de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016–2030)* disponible [aquí](#).



Marco de monitoreo, evaluación y análisis



El marco de monitoreo, evaluación y análisis, elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el 2011, brinda orientación para fortalecer el monitoreo, la evaluación y el análisis de las estrategias nacionales de salud.

- Más información sobre el *Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud* disponible [aquí](#).



Para mayor información sobre la aplicación del marco de monitoreo, evaluación y análisis al monitoreo de las desigualdades en la salud, incluida una ilustración de cómo el tema de la salud reproductiva y de la madre, el recién nacido y el niño está representado en los cuatro componentes del marco, véase la sección 1 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en los países de ingresos medianos y bajos*.

Crterios para definir un conjunto de indicadores de intervenciones de salud



Relevancia epidemiológica: El indicador debe reflejar una intervención que esté asociada a una carga de enfermedad considerable o potencial. En el caso de los indicadores de intervenciones preventivas (como la cobertura de vacunación), la relevancia puede determinarse sobre la base de la mortalidad o morbilidad que se previene con la intervención.

Intervención costo-eficaz: Debe haber una base de evidencia que muestre que la intervención es eficaz y factible de cumplirse.

Numerador cuantificable: El numerador indica la población que recibió la intervención. Los registros de los establecimientos de salud o los entrevistados en las encuestas de salud deben poder informar con exactitud acerca de la prestación o recepción de la intervención. La intervención debe definirse bien para que los registros y la rememoración sean inequívocos.

Denominador cuantificable: El denominador indica la población que necesitaba la intervención. El denominador es más fácil de medir cuando toda la población requiere la intervención; para la cobertura del tratamiento, el denominador –número de personas con la condición– puede ser más difícil de determinar.

Meta: El indicador de la intervención debe tener como meta última el 100% de cobertura. O sea, el objetivo debe ser que el denominador (número de personas que necesitan la intervención) sea igual al numerador (número de personas que reciben la intervención).

Capacidad de desglose: El indicador de salud debe poder desglosarse por dimensiones comunes de desigualdad como sexo, situación económica, educación, zona de residencia, etc.

Calidad: El indicador de salud debe reflejar una intervención que se suministra con un nivel de calidad para obtener el resultado deseado.

Comparable: El indicador debe medirse de una manera que sea comparable con el transcurso del tiempo y entre países.

Fácil de comunicar: Los indicadores deben ser fáciles de comunicar al público destinatario.

Disponibilidad de datos: Los indicadores deben tener datos comparables y de alta calidad. Los datos a menudo se extraen de fuentes como encuestas de población o registros de establecimientos de salud.

Inclusión en iniciativas internacionales: Cuando sea posible, deberían incluirse indicadores recomendados y utilizados en iniciativas internacionales, como resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas o la Asamblea Mundial de la Salud.

Fuente: adaptado de Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. PLoS Med. 2014;11(9):e1001728. doi:10.1371/journal.pmed.1001728.

Uso de indicadores trazadores, sustitutos y compuestos para monitorear el progreso hacia la cobertura universal de salud



Elaborado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, el marco para monitorear el progreso hacia la cobertura universal de salud (parte del Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud) muestra la aplicación de indicadores trazadores, sustitutos y compuestos. El marco abarca los dos componentes principales de la cobertura universal de salud: la cobertura de servicios de salud esenciales y de calidad; y la cobertura de la protección financiera contra gastos directos de salud. El indicador propuesto para la cobertura de servicios de salud esenciales y de calidad es un indicador compuesto: un índice de la cobertura nacional del servicio. El índice de cobertura combina los datos de un conjunto de 16 indicadores trazadores. Los indicadores trazadores captan los servicios de salud esenciales en cuatro categorías: salud reproductiva y salud de la madre, el recién nacido y el niño; enfermedades infecciosas; enfermedades no transmisibles; y capacidad y acceso al servicio y seguridad sanitaria. El índice de cobertura nacional del servicio se calcula como promedio de los 16 indicadores trazadores (primero se calcula el promedio en cada una de las cuatro categorías y luego se calcula el promedio de las puntuaciones de las cuatro categorías). Ciertos indicadores sirven de mediciones sustitutivas. Por ejemplo, la prevalencia de la presión arterial no elevada y la media de glucemia en ayunas se usan como sustitutos de la hipertensión y el tratamiento de diabetes, respectivamente, hasta que se puedan concluir los análisis que permitan informar de forma directa sobre la cobertura del tratamiento.

- Para mayor información sobre el monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud, véanse:
 - Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. PLoS Med. 2014;11:e1001728.
 - Hogan D, Hosseinpoor AR, Boerma T. Developing an index for the coverage of essential health services. Technical note. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.



Marco de monitoreo, evaluación y análisis: criterios para seleccionar dimensiones pertinentes de desigualdad

A la hora de determinar qué dimensiones de la desigualdad son pertinentes para los cuatro componentes del marco de monitoreo, evaluación y análisis, deben tenerse en cuenta varios criterios. Por ejemplo, los indicadores de insumos y procesos a veces se definen a nivel nacional (como financiamiento, gobernanza e información de salud); si se definen a nivel subnacional, pueden desglosarse según dimensiones de desigualdad pertinentes (por ejemplo, el personal de salud puede desglosarse por área geográfica). Los indicadores de productos normalmente se desglosan por área geográfica junto con otras dimensiones pertinentes específicas del entorno. Los indicadores de resultados pueden desglosarse conforme a cuatro o cinco dimensiones comunes de desigualdad, además de cualquier otra dimensión pertinente vinculada específicamente al entorno. Los indicadores de impacto pueden desglosarse de acuerdo con cuatro o cinco dimensiones comunes de desigualdad, además de cualquier otra pertinente al entorno específico.



Definición de los subgrupos de población con base en la situación económica

La situación económica, una dimensión de la desigualdad que se explora generalmente al hacer el monitoreo de las desigualdades en salud, puede interpretarse a partir de diversos enfoques. Cuando se intenta construir un método de medición común de la situación económica aplicable a nivel mundial, suelen surgir dificultades puesto que la construcción de la situación económica difiere entre los países de ingresos altos y los países de ingresos bajos y medianos. El ingreso individual (o familiar) se encuentra entre los métodos de medición preferidos de posicionamiento económico en los países de ingresos altos (donde la remuneración probablemente adopte la forma monetaria y se reciba por medio del empleo formal), mientras que los índices de activos domésticos —que reflejan la posesión de bienes duraderos y las características del hogar— pueden ser una medición más factible en los países de ingresos medianos y bajos. Los datos relativos al consumo tienen que ver con el uso final de los bienes y servicios, y se obtienen principalmente mediante la recopilación de datos sobre el gasto. Esta es la principal metodología usada para el monitoreo de la pobreza a nivel internacional.

- Para más información acerca de los métodos de medición usados para definir a los subgrupos de población de acuerdo con la situación económica, véase:
 - O'Donnell OA, Wagstaff A. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington DC: Publicaciones del Banco Mundial; 2008. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6896>
 - Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, Onwujekwe O et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. Int J Epidemiol. 2012;41(3):871–6.

PASO

2

Obtener datos

PASO 2

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

PASO 2

Obtener datos

PASO 3

Analizar los datos

PASO 4

Comunicar los resultados

PASO 5

Ejecutar los cambios

PASO 2

Obtener datos

A

Realizar el mapeo de las fuentes de datos

PREGUNTA CLAVE

¿Qué fuentes contienen datos sobre los indicadores de salud y las dimensiones de la desigualdad?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Indicar las fuentes de datos disponibles por tipo (incluidos nombre, año, etc.)
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre las dimensiones de la desigualdad
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre los indicadores de salud
- ☐ Combinar la información sobre indicadores de salud y dimensiones de desigualdad para evaluar la disponibilidad de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud

B

Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes

PREGUNTA CLAVE

¿Se cuenta con datos apropiados tanto acerca de los indicadores de salud como de las dimensiones de desigualdad para proceder con el monitoreo de las desigualdades en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Evaluar los resultados del ejercicio de mapeo de las fuentes de datos en el PASO 2A
- ☐ Considerar si los datos de fuentes diferentes pueden vincularse

Aspectos generales

El **PASO 2** del monitoreo de las desigualdades en la salud consiste en encontrar datos acerca de los indicadores de salud y las dimensiones de la desigualdad. Para completar este paso, se requiere información sobre las fuentes de datos que existen en su jurisdicción. Es importante entender los puntos fuertes y las limitaciones de las fuentes disponibles para asegurarse de usar los mejores datos disponibles para el monitoreo de las desigualdades en la salud. Lo ideal es que los datos provengan de un sistema que produzca información que: tenga una sólida legitimidad; goce de apoyo político a un alto nivel; sea transparente; e incluya a representantes de los entes normativos, técnicos, académicos y de la sociedad civil. Debe tenerse en cuenta la representatividad de los datos: los datos representativos del nivel nacional podrían utilizarse para el monitoreo nacional, mientras que los datos representativos de una zona específica o provenientes de una encuesta pequeña podrían usarse para el monitoreo subnacional.

La práctica del monitoreo de las desigualdades en la salud es un proceso iterativo. Este segundo paso del monitoreo de las desigualdades en la salud puede requerir que se regrese al primer paso si, por ejemplo, las fuentes de datos son inadecuadas o los datos son de baja calidad respecto de los indicadores seleccionados en el PASO 1. Es posible incluso que sea necesario considerar el uso de indicadores alternativos o sustitutivos. Además, puede que no sea posible desglosar los indicadores adecuadamente conforme a las dimensiones de la desigualdad. Estos tipos de obstáculos ayudan a comprender cómo fortalecer los sistemas de información de salud y si se justificaría la recolección de datos adicionales.

El criterio de obtención de datos descrito a continuación permite a los usuarios crear una serie de listas, que se consolidan en un cuadro final con las fuentes que contienen datos sobre los indicadores de salud y las dimensiones de la desigualdad. A partir de allí, los usuarios determinan si existen datos suficientes actualmente para monitorear las desigualdades en la salud.



Para más información acerca del segundo paso del monitoreo de las desigualdades en la salud, véase la sección 2 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.

A. Realizar el mapeo de las fuentes de datos

PASO 2

PASO 2

Obtener datos

A

Realizar el mapeo de las fuentes de datos

B

Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes

PREGUNTA CLAVE

¿Qué fuentes contienen datos sobre los indicadores de salud y las dimensiones de desigualdad?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Indicar las fuentes de datos disponibles por tipo (incluidos nombre, año, etc.)
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre las dimensiones de desigualdad
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre los indicadores de salud
- ☐ Combinar la información sobre indicadores de salud y dimensiones de desigualdad para evaluar la disponibilidad de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud

☞ Véase

“Plantillas de cuadros para el mapeo de las fuentes de datos”, en la página 22.

El proceso de **mapeo de las fuentes de datos** que se describe a continuación contempla la preparación de una serie de cuatro cuadros conectados, que muestran la disponibilidad de datos en diferentes fuentes. El mapeo de las fuentes de datos empieza por la creación de un cuadro con la lista de los datos disponibles por tipo de fuente (censo, administración/establecimiento, encuesta domiciliaria, registro civil, etc.), el nombre de la fuente de datos y el año (o años) de recopilación de los datos. Puede agregarse una columna para notas, como la frecuencia de recopilación de los datos o la representatividad de los datos. Esta lista conforma el primer cuadro.

☞ Véase

Véase “Principales fuentes de datos, sus puntos fuertes y limitaciones”, en la página 24.

El segundo cuadro a crear, ampliado, debe mostrar la disponibilidad de datos sobre las dimensiones de desigualdad dentro de estas fuentes de datos. El interés en este caso recae en las dimensiones pertinentes de la desigualdad establecidas en el PASO 1C. Para facilitar la consulta en las siguientes partes del proceso, cada fila debe ser numerada. Utilice marcas de verificación para indicar cuando los datos se encuentran dentro de la fuente de datos. Al crear este cuadro, es importante reconocer que puede haber datos diferentes disponibles en años distintos para una fuente de datos dada.

El tercer cuadro contiene una lista de indicadores prioritarios vinculados al tema de salud (establecido en el PASO 1B) e indica si estos indicadores se describen en las diversas fuentes de datos. Use el número de la fila de la fuente de datos (como se indicara en la lista anterior) para mostrar las fuentes que contienen datos sobre cada indicador.

Por último, cree un cuarto cuadro a partir de la información contenida en las dos listas anteriores. La lista de indicadores de salud (en filas), por estar directamente arriba, debería ser el punto de partida. A partir de allí, prepare columnas para cada una de las dimensiones de la desigualdad pertinentes. En las celdas cruzadas, indique los números de las fuentes de datos que son comunes a cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad.

B. Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes

PASO 2

Obtener datos

A

Realizar el mapeo de las fuentes de datos

B

Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes

PREGUNTA CLAVE

¿Se cuenta con datos apropiados tanto acerca de los indicadores de salud como de las dimensiones de la desigualdad para proceder con el monitoreo de las desigualdades en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Evaluar los resultados del ejercicio de mapeo de las fuentes de datos en el PASO 2A
- ☐ Considerar si los datos de fuentes diferentes pueden vincularse

Los resultados del ejercicio de mapeo de las fuentes de datos en el PASO 2A permiten establecer las fuentes que contienen los dos tipos de datos requeridos para el monitoreo de las desigualdades en la salud. En tales casos, siempre que los datos disponibles sean suficientes y de alta calidad, se puede proceder con el monitoreo. También es posible que los datos sobre la salud y los datos sobre las dimensiones de desigualdad provengan de diferentes fuentes de datos que pueden **vincularse**. La vinculación de datos se hace mediante identificadores (vínculos) que existen en ambas fuentes de datos y que permiten fusionar datos sobre los indicadores de salud con datos sobre las dimensiones de la desigualdad. Los datos pueden vincularse a nivel individual (por ejemplo, con base en los números de identificación personal que figuran en ambas fuentes de datos) o a nivel de un área pequeña (por ejemplo, a partir de los códigos postales). Para establecer los vínculos posibles, podría ampliarse el ejercicio de mapeo de las fuentes de datos (PASO 2A) a fin de incluir una lista de criterios posibles de vinculación de datos para cada fuente.

Véase

"Uso de los identificadores de áreas pequeñas para vincular los datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud", en la página 24.

Si pueden obtenerse datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud, prosiga al PASO 3.



Si no se tienen datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud, podría comenzar la tarea de recopilar datos; alternatively, puede reconsiderar las decisiones que tomó en el PASO 1 (por ejemplo, selección de indicadores sustitutos).

Ejemplos y recursos

PASO 2



Plantillas de cuadros para el mapeo de las fuentes de datos

Plantilla de cuadro 1. Lista de fuentes de datos por tipo

Tipo de fuente de datos	Nombre de la fuente de datos	Año(s) de recopilación de datos	Notas
Censo			
Sistemas de registro civil			
Encuesta domiciliaria			
Datos administrativos/ establecimiento			
Sistemas de vigilancia			
Otros [ampliar según sea necesario]			

Plantilla de cuadro 2. Lista de fuentes de datos y dimensiones de desigualdad

No	Fuente de datos y año (indicar todas las que correspondan)	Dimensión de desigualdad [ampliar según sea necesario]			Notas
		(especificar dimensión)	(especificar dimensión)	(especificar dimensión)	
	Censo (AÑO) [especificar y ampliar la lista para incluir otros años, según sea necesario]				
	Registro civil (AÑO) [especificar los años en funcionamiento]				
	Encuesta domiciliaria (AÑO) [especificar y ampliar la lista para incluir otros años, según sea necesario]				
	Datos administrativos/establecimiento (AÑO) [especificar y ampliar la lista para incluir otros años, según sea necesario]				
	Sistemas de vigilancia (AÑO) [especificar y ampliar la lista para incluir otros años, según sea necesario]				
	Otro [especificar y ampliar la lista para incluir otros años, según sea necesario]				

Plantillas de cuadros para el mapeo de las fuentes de datos, continuación



Plantilla de cuadro 3. Lista de indicadores de salud y fuentes de datos correspondientes

Indicador de salud [Indicar todos los que correspondan]	Número de la fuente de datos [tomar del cuadro 2]	Notas
Indicador 1		
Indicador 2		
Indicador 3		
Indicador 4		
Indicador 5		
Indicador 6 [ampliar según sea necesario]		

Plantilla de cuadro 4: Compaginar los datos de los cuadros 2 y 3

Indicador de salud [Indicar todos los que correspondan]	Dimensión de desigualdad [ampliar según sea necesario] [números de las fuentes de datos correspondientes del apéndice que aparecen en los cuadros 2 y 3]		
	[especificar dimensión]	[especificar dimensión]	[especificar dimensión]
Indicador 1			
Indicador 2			
Indicador 3			
Indicador 4			
Indicador 5			
Indicador 6 [ampliar según sea necesario]			



Para más información sobre las principales fuentes de datos utilizadas para el monitoreo de las desigualdades en la salud, incluidos los puntos fuertes y las limitaciones de cada una de ellas, véase la sección 2 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.



Principales fuentes de datos, sus puntos fuertes y limitaciones

Los datos utilizados para el monitoreo de las desigualdades en la salud se obtienen generalmente a partir de dos tipos principales de fuentes (fuentes de base poblacional o fuentes de base institucional) o, en el caso de registros específicos de una enfermedad, pueden obtenerse de sistemas de vigilancia. Las fuentes de datos de base poblacional más comunes son los censos y los sistemas de registro civil (que están diseñados para cubrir a todas las personas de la población) y las encuestas domiciliarias (que normalmente se conciben para sondear una masa representativa de la población). Las fuentes de base institucional recopilan datos en el curso de actividades administrativas, por lo que abarcan sólo a aquellos miembros de la población que han interactuado con la institución. Un ejemplo de una fuente de datos de base institucional son los expedientes médicos. Los sistemas de vigilancia generalmente proporcionan datos detallados sobre una única condición o desde un único punto de recopilación.

Cuando sea posible, la recopilación de datos biométricos mediante pruebas de sangre o de laboratorio puede usarse para triangular otras formas de datos autonotificados o datos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.



Para más información acerca de las principales fuentes de datos utilizadas para el monitoreo de las desigualdades en la salud, incluidos los puntos fuertes y las limitaciones de cada una de ellas, véase la sección 2 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.



Uso de los identificadores de áreas pequeñas en la vinculación de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud

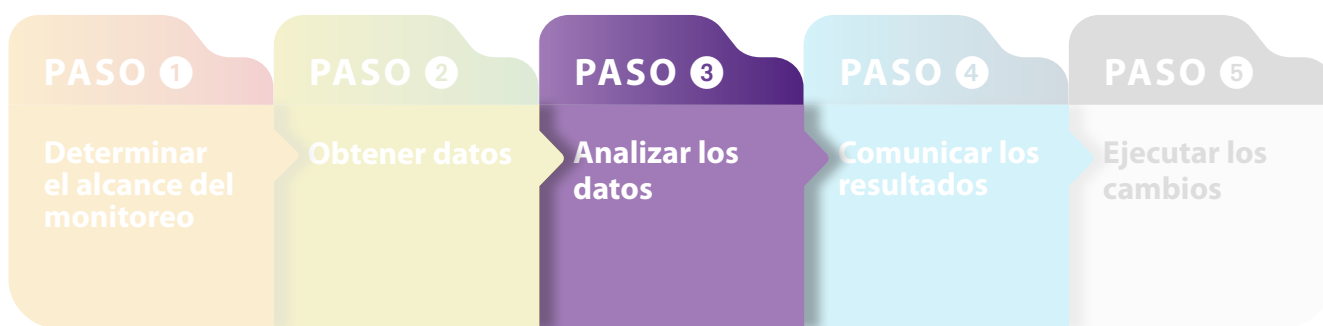
El monitoreo de las desigualdades en la salud a menudo se basa en datos recopilados a nivel individual, pero en algunos entornos donde no se cuenta con datos a ese nivel, los datos recogidos a nivel de unidades geográficas pequeñas pueden resultar de utilidad como sustitutos. Cuando los datos de salud contienen el identificador correspondiente, las vinculaciones pueden permitir la fusión de diferentes fuentes de datos. Por ejemplo, los códigos postales indicados en los expedientes médicos individuales (que contienen datos sobre indicadores de salud) pueden vincularse con datos acerca de la situación socioeconómica a nivel de código postal (datos sobre dimensiones de desigualdad como ingreso promedio, tasa de desempleo, educación promedio, etc.). Se han elaborado índices de privación que captan varios tipos de características socioeconómicas (como ingreso, empleo, vivienda, crimen, educación, acceso a servicios y ambiente de vida) por unidades geográficas pequeñas (como zonas de censo, distritos electorales, áreas de código postal o municipios). El índice de privación Carstairs, por ejemplo, se basa en el desempleo, hacinamiento, posesión de automóvil y clase baja social.

- Para más información acerca del uso de unidades basadas en áreas para el monitoreo de las desigualdades en la salud, véase: RA Hosseinpoor, Bergen N. Area-based units of analysis for strengthening health inequality monitoring. *Boletín OMS*. 2016;94(11):856–8.

PASO

3

Analizar los datos



PASO 3

PASO 3

Analizar los datos

A

Preparar datos desglosados

PREGUNTA CLAVE

¿Cuál es el nivel del indicador de salud en cada subgrupo de población?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar el nivel del indicador de salud por subgrupo (es decir, cálculos desglosados)

B

Calcular las métricas resumen de desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los niveles absolutos y relativos de las desigualdades en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad absoluta
- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad relativa

Aspectos generales

El **PASO 3** del monitoreo de las desigualdades en la salud, “Análisis de los datos”, genera un contenido sustantivo acerca de las desigualdades en la salud. El enfoque para el análisis de los datos que se describe a continuación empieza por dividir la población en subgrupos según las dimensiones pertinentes de desigualdad y considerando las **estimaciones desglosadas** para cada uno de estos **subgrupos de población** (recuérdese que la población se divide en subgrupos con base en los criterios establecidos en el PASO 1C). Las estimaciones desglosadas muestran la situación en cada subgrupo de población y pueden usarse para evaluar los patrones de desigualdad en todos los subgrupos socioeconómicos.

Seguidamente se calculan las **métricas resumen de desigualdad** para cada indicador de salud. Estas mediciones recogen los datos de múltiples subgrupos para cuantificar la desigualdad en la salud en un único número, que puede usarse para hacer comparaciones rápidas del cambio en la desigualdad con el transcurso del tiempo, entre indicadores o en distintos entornos. Obsérvese que los componentes de los PASOS 3A y 3B deben repetirse para cada dimensión de desigualdad.

Este paso es el más técnico, por lo que recomendamos complementarlo con otras lecturas de fondo sobre su base teórica y los supuestos implícitos en los diferentes tipos de mediciones resumidas. También se pueden consultar códigos estadísticos y herramientas a disposición del público que facilitan el análisis de datos.



La sección 3 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos* contiene explicaciones detalladas acerca de los puntos fuertes y limitaciones de las diversas métricas resumen

A. Preparar datos desglosados

PASO 3

Analizar los datos

A

Preparar datos desglosados

B

Calcular las métricas resumen de desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Cuál es el nivel del indicador de salud en cada subgrupo de población?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar el nivel del indicador de salud por subgrupo (es decir, cálculos desglosados)

El análisis de los datos empieza con el desglose de dichos datos de salud según las dimensiones de la desigualdad. Cada dimensión de desigualdad constará de por lo menos dos subgrupos. Conviene recordar que, como se señalara en el PASO 1C, deben aplicarse criterios específicos a las dimensiones de desigualdad para determinar cómo se medirán. Seguidamente pueden formarse los subgrupos de población. Dividir una población en subgrupos puede parecer una tarea sencilla; sin embargo, al observar con detenimiento cómo se categorizan a las personas se desvelan varios problemas de sesgo. Por ejemplo, los subgrupos basados en la situación económica a menudo dividen a la población en cinco quintiles; sin embargo, otras opciones incluyen el uso de deciles o de dos agrupaciones (por ejemplo, el 40% más pobre frente al 60% restante). El lugar de residencia generalmente se desglosa como elemento binario de zona urbana y zona rural, pero también es posible hacer otras categorizaciones, como rural principal, rural remoto, urbano, semiurbano, etc. Al formar subgrupos por educación, considere cuántas y qué categorías deben usarse. En ese mismo sentido, ¿cuántas y qué categorías de raza o etnicidad deberían aplicarse? Podría resultar útil elaborar un cuadro para mostrar el nivel de salud por subgrupo.

Véase

"Plantilla de cuadro de datos desglosados", en la página 30.

B. Calcular las métricas resumen de desigualdad

PASO 3

Analizar los datos

A

Preparar datos desglosados

B

Calcular las métricas resumen de desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los niveles absolutos y relativos de la desigualdad en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad absoluta
- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad relativa

La siguiente etapa del análisis de los datos es el cálculo de las métricas resumen de desigualdad en salud, a partir de los datos desglosados obtenidos en el PASO 3A. Existen dos categorías amplias de mediciones resumidas: aquellas que miden la **desigualdad absoluta** (y que reflejan la magnitud de la desigualdad); y aquellas que miden la **desigualdad relativa** (y que reflejan la desigualdad proporcional). Cuando se analizan los datos para el monitoreo de las desigualdades en salud, deberían usarse tanto las métricas resumen absolutas como las relativas.

Dentro de las dos categorías de métricas absolutas y relativas, existen varios tipos diferentes de métricas resumen. Las métricas más directas —**métricas simples de desigualdad en salud**— se basan en los datos de dos subgrupos, e incluyen la diferencia y el cociente o razón, que muestran la desigualdad absoluta y la desigualdad relativa, respectivamente. Las **métricas complejas de desigualdad en salud** se basan en los datos de más de dos subgrupos. Las mediciones complejas comunes que reflejan la desigualdad absoluta incluyen el índice de desigualdad de la pendiente, la varianza entre grupos, la diferencia media del promedio general y el riesgo atribuible poblacional. Las mediciones complejas comunes que reflejan la desigualdad relativa incluyen el índice de concentración, el índice de disparidad, el índice de Theil y la fracción atribuible poblacional.

🔗 Véase

“Códigos estadísticos y herramientas que facilitan el análisis de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud”, en la página 30.

🔗 Véase

“Criterios de selección de mediciones resumidas apropiadas de desigualdad”, en la página 31.

Ejemplos y recursos



Plantilla de cuadro de datos desglosados

Dimensiones de desigualdad	Indicadores de salud		
	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3 <i>[ampliar según sea necesario]</i>
Dimensión 1 Subgrupo 1			
Dimensión 1 Subgrupo 2 <i>[ampliar según sea necesario]</i>			
Dimensión 2 Subgrupo 1			
Dimensión 2 Subgrupo 2 <i>[ampliar según sea necesario]</i>			
Dimensión 3 Subgrupo 1			
Dimensión 3 Subgrupo 2 <i>[ampliar según sea necesario]</i>			



Códigos estadísticos y herramientas que facilitan el análisis de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud

La Organización Mundial de la Salud ha coordinado la formulación de varios códigos estadísticos y herramientas que ayudan en el análisis de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud.

Los códigos estadísticos en R, Stata, SAS y SPSS permiten calcular los valores desglosados de los datos de encuestas domiciliarias, teniendo en cuenta el diseño del muestreo de las encuestas.

- Para más información sobre estos códigos estadísticos, véase: http://www.who.int/gho/health_equity/statistical_codes/en/

La OMS creó además la caja de herramientas para evaluar la equidad en la salud (conocida como HEAT por su sigla en inglés) que permite calcular las mediciones resumidas de desigualdad a partir de una base existente de datos desglosados. HEAT permite a los usuarios calcular las mediciones resumidas de la desigualdad en la salud con información de dicha base de datos y generar representaciones visuales hechas a la medida desde los datos desglosados o las mediciones resumidas. HEAT Plus, otra edición del software HEAT, permite además a los usuarios cargar y trabajar con sus propias bases de datos.

- Para más información acerca de HEAT y HEAT Plus, véase: https://www.who.int/data/gho/health-equity/statistical_codes

Criterios de selección de métricas resumen de desigualdad apropiadas



Existen varios tipos de consideraciones que se deben tener presentes a la hora de decidir qué métricas resumen de desigualdad son apropiadas. Ciertas métricas resumen pueden mostrar el nivel de la desigualdad en todos los **subgrupos ordinales** con una jerarquización natural (por ejemplo, situación económica o nivel de escolaridad), mientras que otras medidas expresan la desigualdad entre subgrupos **no ordinales** (por ejemplo, etnicidad o región). Las **métricas resumen ponderadas** representan el tamaño poblacional del subgrupo, y las **métricas ponderadas** no. Las métricas resumen pueden requerir el uso de un **grupo de referencia**, que proporciona un punto de comparación cuando se calcula la desigualdad en salud. Por ejemplo, en las métricas del impacto como el riesgo atribuible poblacional a menudo se define un grupo de referencia como el subgrupo de mejor desempeño o más favorecido.



Para más información sobre la selección de métricas resumen de desigualdad apropiadas, véase la sección 3 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.

PASO

4

Comunicar los
resultados

PASO 1

Determinar el alcance del monitoreo

PASO 2

Obtener datos

PASO 3

Analizar los datos

PASO 4

Comunicar los resultados

PASO 5

Ejecutar los cambios

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué parámetros guían el enfoque de la comunicación?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Definir las metas y los objetivos globales de la comunicación
- ☐ Determinar el público principal para quien se prepara el informe
- ☐ Determinar el conocimiento previo del público sobre las desigualdades en la salud y su nivel de conocimientos técnicos

B

Establecer el alcance de la comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué aspectos sobre el estado de la desigualdad deberían ser cubiertos en el informe?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar qué datos reflejan la situación más reciente de desigualdad
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre tendencias en el tiempo
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre el análisis referencial (*benchmarking*)

C

Definir el contenido técnico del informe

PREGUNTA CLAVE

¿Qué resultados del análisis de los datos se comunicarán?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Hacer una evaluación inicial de los resultados para determinar:
 - ☐ ¿Cuáles son las conclusiones más destacadas?
 - ☐ ¿Se observan algunos perfiles evidentes en los datos?
- ☐ Informar sobre los cálculos de datos desglosados
- ☐ Considerar si las mediciones simples y las mediciones complejas reflejan las mismas conclusiones
 - ☐ De ser así, se recomienda por lo general informar sobre las mediciones simples
 - ☐ De no ser así, se debe explorar la razón de la discrepancia y considerar informar sobre las mediciones complejas, según corresponda, junto con los cálculos desglosados y otras informaciones pertinentes

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

PREGUNTA CLAVE

¿Cómo se presentarán los mensajes clave a partir de los datos?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Establecer las herramientas apropiadas para presentar los resultados:
 - ☐ texto
 - ☐ cuadros
 - ☐ figuras
 - ☐ mapas
- ☐ Considerar la posibilidad de usar tecnología de visualización interactiva

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué necesita saber el público para entender plenamente el contexto de los resultados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Informar sobre la desigualdad tanto absoluta como relativa
- ☐ Indicar el promedio nacional
- ☐ Indicar la proporción poblacional de los subgrupos
- ☐ Resaltar los resultados que se basen en un tamaño de muestra reducido (si los resultados provienen de encuestas)
- ☐ Considerar la posibilidad de informar sobre datos de importancia estadística, si fuera apropiado
- ☐ Informar sobre los métodos y procesos que explican cómo llegó a las conclusiones

Aspectos generales

Valiéndose de los tres pasos anteriores, en el **PASO 4** se propone comunicar el estado de la desigualdad a un público determinado. Este paso reúne las consideraciones sobre las características del público destinatario y la finalidad de la comunicación, así como los criterios seguidos para seleccionar y presentar los resultados más destacados del paso de análisis. Los productos comunes de la comunicación sobre el monitoreo de las desigualdades en la salud son: artículos arbitrados (fundamentalmente dirigidos al público académico y sumamente técnico), informes técnicos (elaborados para públicos técnicos) y sinopsis de política (para los responsables de formular políticas).

En este paso, se debe considerar el impacto que espera lograr con el informe y se debe tener presente la meta última del monitoreo de las desigualdades en la salud: ayudar a fundamentar las políticas, los programas y las prácticas para reducir la desigualdad. Una evaluación meticulosa y una comprensión cabal de los resultados de los análisis ayudarán a asegurar que las opciones que se elijan para informar hagan una descripción apropiada del estado de la desigualdad y compensen las limitaciones inherentes a las mediciones resumidas.



Para más información acerca del cuarto paso del monitoreo de las desigualdades en la salud, véase la sección 4 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.

A. Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

B

Establecer el alcance de la comunicación

C

Definir el contenido técnico del informe

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué parámetros guían el enfoque de la comunicación?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Definir las metas y los objetivos globales de la comunicación
- ☐ Determinar el público principal para quien se prepara el informe
- ☐ Determinar el conocimiento previo del público sobre las desigualdades en la salud y su nivel de conocimientos técnicos

Al informar sobre los datos de la desigualdad en la salud, comience por definir los fines y objetivos generales del informe. Esto ayuda a lograr que toda decisión ulterior de informar esté en consonancia con estos objetivos, y que el informe final sea preparado de una manera que se concentre en lograr la finalidad enunciada.

El propósito de estos informes puede ser transmitir información a funcionarios de gobierno, investigadores, profesionales de la salud pública, responsables de formular políticas y otros. Siempre debe tenerse presente el público destinatario al decidir cómo transmitir los datos, pues diferentes públicos tienen diferentes niveles de comprensión, conocimientos técnicos y requerimientos sobre lo que necesitan extraer del informe. Entender cabalmente cuál es el público, conocer sus capacidades y necesidades, contribuirá a que la comunicación de los resultados sea más eficaz y a fundamentar las decisiones que habrán de tomarse una vez completado el paso de la comunicación.

B. Establecer el alcance de la comunicación

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

B

Establecer el alcance de la comunicación

C

Definir el contenido técnico del informe

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué aspectos del estado de la desigualdad debería cubrir el informe?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar qué datos reflejan el estado más reciente con respecto a la desigualdad
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre tendencias en el tiempo
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre el análisis referencial (*benchmarking*)

La etapa siguiente consiste en establecer el alcance de la comunicación. Como mínimo, los informes acerca del estado de la desigualdad deben presentar la situación más reciente. La situación más reciente de la desigualdad se deriva de los últimos datos disponibles y responde a preguntas como: ¿cuál es la situación?, ¿cómo le va al país (u otra zona geográfica de interés)? y ¿cuáles deberían ser las prioridades de acción actualmente? Si la disponibilidad de datos lo permite y responde a los objetivos definidos, la comunicación también puede abarcar las tendencias temporales de la desigualdad y el análisis referencial.

La información sobre las tendencias temporales ayuda a determinar si la desigualdad ha mejorado o empeorado con el transcurso del tiempo. Si bien estas tendencias no responden directamente a la pregunta de si una política o programa ha tenido un impacto —para lo cual se necesitarían estudios más complejos y detallados— pueden guardar valor para los responsables de formular políticas a la hora de decidir si se justifica un cambio. El monitoreo de las desigualdades en la salud puede, y debería, estar estrechamente vinculado a la evaluación de las políticas y los programas.

El **análisis referencial (*benchmarking*)** es el proceso de comparar los datos de países similares para formarse una idea del nivel de desigualdad de un país en relación con otros, y ayuda a contextualizar mejor el estado de desigualdad. Según el alcance de la actividad de monitoreo y el tema de salud, el análisis referencial también puede realizarse a una escala menor. Por ejemplo, el nivel de desigualdad en la salud relacionada con la riqueza a nivel de una provincia puede compararse con el de otras provincias.

C. Definir el contenido técnico del informe

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

B

Establecer el alcance de la comunicación

C

Definir el contenido técnico del informe

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué resultados del análisis de los datos se comunicarán?

LISTA DE VERIFICACIÓN

☐ **Hacer una evaluación inicial de los resultados para determinar:**

- ☐ ¿Cuáles son las conclusiones más destacadas?
- ☐ ¿Se observan perfiles evidentes en los datos?

☐ **Informar sobre los cálculos de datos desglosados**

☐ **Considerar si las mediciones simples y las mediciones complejas reflejan las mismas conclusiones**

- ☐ Si tal es el caso, por lo general se recomienda informar sobre las mediciones simples
- ☐ De no ser así, explorar la razón de la discrepancia y considerar informar sobre las mediciones complejas, según corresponda, junto con los cálculos desglosados y otras informaciones pertinentes

☞ Véase

"Enfoque sistemático para definir las áreas prioritarias a partir de los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud", en la página 41.

El contenido técnico del informe debe sustentar los temas y las conclusiones principales. También debe estar a tono con el público, así como con la finalidad y el alcance del informe. La determinación del contenido técnico de un informe requiere de una comprensión plena de las limitaciones de las mediciones resumidas de la desigualdad y de una evaluación cuidadosa de los resultados.

☞ Véase

"Perfiles característicos de la desigualdad en un conjunto de datos desglosados", en la página 41.

En general, se recomienda transmitir el contenido técnico más directo cuando sea posible. A menudo resulta conveniente incluir estimaciones desglosadas en los informes para destacar ciertos perfiles de desigualdad, especialmente si dicha desigualdad se presenta como gradiente entre distintos subgrupos socioeconómicos. Deberían presentarse datos desglosados en apoyo a las conclusiones de un informe. Además, se debe considerar si las mediciones simples de la desigualdad reflejan las mismas conclusiones que las mediciones complejas. Por ejemplo, una medición simple de la desigualdad es preferible a una medición compleja, siempre y cuando las dos respalden la misma conclusión. Si esto no fuera así, puede justificarse el uso de una medición compleja para proporcionar más contexto acerca de la situación, si fuera apropiado para el público y la finalidad del informe. Se debe determinar cualquier discrepancia y cómo contextualizar los resultados, incluida su aplicación en los entornos de las políticas y la programación. De ser pertinente, podría justificarse el transmitir información adicional además de los datos desglosados y las mediciones resumidas, como la proporción de la población afectada en cada subgrupo o cómo la **proporción de población** ha cambiado con el transcurso del tiempo.

D. Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

B

Establecer el alcance de la comunicación

C

Definir el contenido técnico del informe

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Cómo se presentarán los mensajes clave de los datos?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Establecer las herramientas apropiadas para presentar los resultados:
 - ☐ texto
 - ☐ cuadros
 - ☐ figuras
 - ☐ mapas
- ☐ Considerar la posibilidad de usar tecnología de visualización interactiva

La presentación de los datos debe ser deliberada y completa, y transmitir datos de cantidad y alcance apropiados al público destinatario. La naturaleza de los datos y las necesidades del público deben determinar la elección de la técnica de visualización. Para los públicos con menos conocimiento de los aspectos técnicos, podría resultar beneficioso tener figuras más sencillas y textos resumidos, mientras que para los públicos con una mayor inclinación técnica podría ser conveniente hacer presentaciones más completas de los datos. Por ejemplo, el texto puede servir para explicar los matices y perfiles de los datos, y, a menudo, para complementar otros tipos de herramientas de presentación de datos. Los cuadros presentan los valores de los datos de forma explícita y ofrecen un panorama preciso y completo de los datos; sin embargo, tienden a requerir un gran esfuerzo del lector para extraer conclusiones. Las figuras pueden servir para simplificar mensajes complejos y transmitir grandes cantidades de datos inmediatamente. El uso de una variedad de figuras para presentar los datos puede ayudar a mostrar el mensaje de diferentes maneras; sin embargo, generalmente es mejor ceñirse a uno o dos tipos de figuras para mantener la uniformidad a lo largo del informe. Los mapas pueden ser apropiados para mostrar datos con un componente geográfico, pero debe tenerse presente que el tamaño del país o la región puede no corresponder al tamaño o la densidad de la población.

El uso de la tecnología de visualización de datos abre la posibilidad de aplicar modalidades nuevas y evolutivas para transmitir datos, incluidas las opciones interactivas. La visualización de datos puede hacerse desde una variedad de programas de computación, desde software de amplia disponibilidad con muchas aplicaciones hasta programas estadísticos y de análisis visual más especializados. Por ejemplo, HEAT y HEAT Plus permiten a los usuarios generar productos visuales personalizados.

Véase

“Códigos estadísticos y herramientas que facilitan el análisis de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud”, en la página 30.

E. Seguir las mejores prácticas de comunicación

PASO 4

Comunicar los resultados

A

Definir el público destinatario y la finalidad de la comunicación

B

Establecer el alcance de la comunicación

C

Definir el contenido técnico del informe

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

E

Seguir las mejores prácticas de comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué necesita saber el público para entender plenamente el contexto de los resultados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Informar sobre la desigualdad tanto absoluta como relativa
- ☐ Indicar el promedio nacional
- ☐ Indicar la proporción poblacional de los subgrupos
- ☐ Resaltar los resultados que se basen en un tamaño de muestra bajo (si los resultados provienen de encuestas)
- ☐ Considerar la posibilidad de informar sobre significación estadística, si fuera apropiado
- ☐ Informar sobre los métodos y procesos que explican cómo se llegó a las conclusiones

El componente final de la comunicación es el control de calidad, para asegurarse de que se han seguido las mejores prácticas de comunicación. Todas las prácticas indicadas anteriormente permiten transmitir información que ayuda a poner los resultados en contexto. Estas prácticas también hacen el proceso de comunicación más transparente y meticuloso, lo que fortalece el argumento en favor de la adopción de medidas correctivas donde sea necesario. Por ejemplo, informar sobre el tamaño de los subgrupos, si se justifica, puede destacar las instancias donde los resultados se basan en tamaños de muestra pequeños (que puede que no capten con exactitud la situación o sean insignificantes). Informar sobre el intervalo de confianza de las estimaciones puntuales puede ayudar al público a comprender si los indicadores de salud son estadísticamente diferentes entre los subgrupos. No obstante, la interpretación de los intervalos de confianza debe hacerse cuidadosamente cuando los cálculos se extraen de muestras grandes. Las estimaciones basadas en muestras de gran tamaño tienen mayores probabilidades de ser estadísticamente diferentes desde un punto de vista matemático; sin embargo, en algunos casos, la diferencia puede tener pocas implicaciones para la salud pública. Por ejemplo, una diferencia de 2 puntos porcentuales en la cobertura de una intervención de salud entre zonas rurales y urbanas (digamos 80% frente a 82%) puede resultar estadísticamente significativa, pero esta diferencia puede ser de poca importancia práctica para la salud pública.

Ejemplos y recursos

Enfoque sistemático para definir las áreas prioritarias a partir de los resultados del monitoreo de las desigualdades en la salud



Una interpretación directa e intuitiva del monitoreo de las desigualdades en la salud ayuda a los responsables de formular políticas y otros interesados directos (incluido el público) a comprender los resultados de los análisis de las desigualdades a la luz de las metas nacionales previstas, las agendas de atención de salud y otros factores contextuales. Un enfoque sistemático para consolidar los resultados del monitoreo de las desigualdades puede ser un punto de partida útil a la hora de definir las áreas prioritarias. Un enfoque, que se detalla en la sección 4.7 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*, incluye un sistema de calificación de tres puntos de los resultados. En pocas palabras, el enfoque toma en cuenta las grandes cantidades de datos de todos los indicadores de salud por cada dimensión de desigualdad, y asigna una puntuación en cada intersección de los puntos y para los promedios nacionales. Las puntuaciones se determinan por acuerdo entre quienes participan en el proceso de monitoreo de las desigualdades en la salud. La tabulación de las puntuaciones para cada indicador de salud y dimensión de desigualdad genera un producto numérico que puede ayudar a ilustrar las prioridades de política posibles. Cabe destacar que este proceso algo prescriptivo no pretende generar una jerarquización indiscutible de áreas prioritarias; el propósito es más bien que sirva como un tipo de evidencia para el complejo proceso de formulación de políticas.



Para más información acerca de la definición de áreas prioritarias y un ejemplo de su aplicación al monitoreo de las desigualdades en la salud en Filipinas, véanse las secciones 4 y 5 del *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.

Perfiles característicos de desigualdad entre datos desglosados



Para obtener dimensiones de la desigualdad que puedan clasificarse, los datos desglosados de los subgrupos pueden revelar perfiles característicos de desigualdad. El examen de la desigualdad en los distintos subgrupos es un aspecto importante del monitoreo nacional, pues revela patrones en los datos desglosados y genera evidencia en respaldo a la formulación de políticas y la focalización.

Se han establecido cuatro perfiles característicos de desigualdad. Un perfil de privación masiva ocurre cuando una gran proporción de la población muestra deficiencias (como la cobertura baja de una intervención de salud) y solo una proporción pequeña funciona satisfactoriamente. Un perfil de privación masiva puede indicar la necesidad de contar con políticas con un foco amplio, que abarque a toda la población. Un perfil de exclusión marginal se hace evidente cuando sólo una proporción pequeña de la población arroja resultados deficientes, y la mayoría de la población funciona satisfactoriamente. Esta situación puede abordarse mejor si el énfasis recae en el subgrupo más desfavorecido. Los perfiles de alineamiento gradual (*queuing*) muestran un aumento progresivo entre los subgrupos. Esta situación requiere combinar el trabajo centralizado en la población en general con un énfasis especial en los más desfavorecidos. Se observa un perfil de cobertura completa cuando todos los subgrupos funcionan satisfactoriamente. En este caso, se justifica el monitoreo continuo para velar por que la situación se mantenga.

- Para más información y ejemplos, véase: Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, Valentine N et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001727.

Glosario

Análisis referencial (*benchmarking*): Es el proceso de comparar los datos de zonas o poblaciones similares para hacerse una idea de cómo se desempeña una zona o población en relación con otras. El análisis referencial define el contexto para comprender más ampliamente el estado de desigualdad.

Datos vinculados: En el contexto del monitoreo de las desigualdades en la salud, son datos sobre los indicadores de salud y las dimensiones de desigualdad que provienen de diferentes fuentes de datos, y se fusionan a partir de una característica individual o un identificador territorial o de área pequeña.

Desigualdad absoluta: Refleja la magnitud de las diferencias en la salud entre subgrupos. Las mediciones absolutas de la desigualdad utilizan la misma unidad de medición que el indicador de salud.

Desigualdad relativa: Muestra las diferencias proporcionales de la salud entre subgrupos. Las mediciones relativas de la desigualdad no tienen unidad de medición.

Desigualdades en la salud: Son las diferencias observables en la salud de distintos subgrupos de una población. Las desigualdades en la salud pueden medirse y monitorearse.

Dimensión de desigualdad: Es la categorización sobre la cual se forman los subgrupos poblacionales de posición para el monitoreo de las desigualdades en la salud, como la riqueza, la escolaridad, la región, el sexo, etc. A las dimensiones de desigualdad se les conoce también como estratificadores de equidad. La selección de las dimensiones de desigualdad por lo general incluye categorías que es razonable suponer que probablemente reflejen diferencias injustas entre los grupos que podrían corregirse mediante cambios en las políticas, los programas o las prácticas.

Dimensiones no ordinales de la desigualdad: Aquellas cuyas categorías no siguen un ordenamiento natural, por lo que no pueden jerarquizarse lógicamente. Por ejemplo, la región, la etnicidad y la religión son dimensiones de la desigualdad que, por lo general, contienen a subgrupos que son no ordinales.

Dimensiones ordinales de la desigualdad: Aquellas cuyas categorías siguen un ordenamiento natural, por lo que pueden jerarquizarse lógicamente. Por ejemplo, la riqueza y el nivel de escolaridad son dimensiones de la desigualdad que, por lo general, contienen subgrupos que pueden ordenarse.

Doble estratificación: Es la práctica de filtrar los datos según dos dimensiones de desigualdad de manera simultánea. Esta doble estratificación permite explorar la interseccionalidad.

Estimaciones desglosadas: Son datos que se detallan por subgrupos de población (en contraposición al promedio general).

Estratificador de equidad: Véase dimensión de desigualdad.

Grupo de referencia: Grupo que proporciona un punto de comparación al calcular una desigualdad en la salud y es una característica de ciertos tipos de mediciones resumidas de desigualdad. Por ejemplo, las mediciones de impacto como el riesgo atribuible poblacional a menudo definen un grupo de referencia como el subgrupo de mejor desempeño o más favorecido.

Indicador compuesto: Es un índice elaborado por la combinación de varias dimensiones relevantes y complementarias sobre un constructo teórico para representarlo en un único número (por ejemplo, el índice de cobertura universal de salud).

Indicador trazador: Es un indicador de salud definido que se elige para representar un tema de salud más amplio. Los indicadores trazadores tienen la ventaja de ser fáciles de comprender y comunicar, pero pueden conducir a que se dediquen más recursos a un área sencillamente porque está monitoreándose.

Indicadores sustitutos: Se utilizan en lugar de otros indicadores que son difíciles de medir, o para los cuales los datos son limitados.

Inequidad en salud: Es un concepto normativo que describe las diferencias sistemáticas en la salud de distintos subgrupos de población que se consideran arbitrarias, injustas y evitables. La inequidad en la salud está vinculada a formas de desventaja que se producen socialmente, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios o bienes.

Mapeo de fuentes de datos: Es un proceso sistemático de catalogación y descripción de todos los datos disponibles para el monitoreo de las desigualdades en la salud en un contexto dado. El proceso puede desglosarse en cuatro etapas secuenciales: 1) indicar las fuentes de datos disponibles por tipo; 2) para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos para las dimensiones de desigualdad; 3) para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos para los indicadores de salud; y 4) combinar las listas de indicadores de salud y dimensiones de desigualdad. Obsérvese que este es un enfoque recomendado, y que cualquiera de las etapas puede modificarse para ajustarse a las necesidades del usuario.

Marco de monitoreo, evaluación y análisis: Concebido por la Organización Mundial de la Salud, este marco permite organizar los indicadores de salud en cuatro componentes: insumos y procesos, productos, resultados, e impacto. Dentro de cada componente se definen diversas categorías de indicadores que permiten medir la salud a muchos niveles. Los indicadores de insumos y procesos son amplios y afectan a muchas otras partes del sector de la salud. Los indicadores de productos y resultados tienden a ser bastante específicos con respecto a un tema de salud en particular, y pueden responder rápidamente a cambios y avances en el sector de la salud. Los indicadores de impacto, que reaccionan con mayor lentitud a los cambios en las políticas, los programas y las prácticas, son importantes para brindar una imagen instantánea de la salud de una población.

Mediciones complejas de la desigualdad: Se basan en los datos de todos los subgrupos para producir un único número que es la expresión del nivel de desigualdad. Por ejemplo, estas mediciones pueden expresar la desigualdad entre todos los quintiles de riqueza o entre todas las regiones de un país.

Mediciones no ponderadas: Mediciones que tratan a cada subgrupo como si fuera del mismo tamaño. La no ponderación es una característica de las mediciones simples y de ciertas mediciones complejas de desigualdad.

Mediciones ponderadas: Mediciones que toman en cuenta el tamaño de población de cada subgrupo. Es una característica de ciertas mediciones complejas de la desigualdad.

Métricas resumen de desigualdad: Mediciones que producen un único número que refleja el nivel de desigualdad entre dos o varios subgrupos. Las mediciones resumidas de la desigualdad pueden indicar una desigualdad absoluta o una desigualdad relativa, y pueden abarcar a dos subgrupos (es decir, mediciones simples por pares) o a más de dos (o sea, mediciones complejas). Las mediciones resumidas de desigualdad pueden ser ponderadas o no ponderadas.

Mediciones simples de la desigualdad: Hacen comparaciones de salud entre dos subgrupos, como el grupo más rico y el menos rico. Estas son las métricas que más se utilizan en el monitoreo de las desigualdades, pues son intuitivas y fáciles de comprender. Las mediciones simples de la desigualdad son normalmente no ponderadas.

Monitoreo: Es el proceso de observar reiteradamente una situación para detectar los cambios que se producen con el transcurso del tiempo. Si bien el monitoreo puede ayudar a determinar el impacto de las políticas, los programas y las prácticas, por lo general no puede explicar por sí solo la causa de las tendencias problemáticas. Más bien, puede considerarse un sistema de advertencia. El monitoreo de las actividades puede servir tanto para informar como para dirigir la investigación en un área determinada. Dado que el monitoreo lleva a cabo un seguimiento del progreso en el tiempo, puede describirse como un ciclo continuo.

Proporción de población: Describe el porcentaje de la población que está representado por un subgrupo dado. En los casos donde el indicador de salud no afecta a toda la población, la proporción de población expresa el porcentaje de la población afectada representada por un subgrupo dado. Por ejemplo, si tomamos la cobertura de servicio en las embarazadas, la proporción de población expresaría el porcentaje de embarazadas en un subgrupo dado del total de embarazadas en la población.

Subgrupos de población: En el contexto del monitoreo de las desigualdades en la salud, estos subgrupos reflejan maneras de agrupar a una población con base en una dimensión de la desigualdad. Por ejemplo, los subgrupos de población basados en la riqueza generalmente se agrupan en quintiles, que van del 20% más pobre al 20% más rico.

PASO 1**Determinar el alcance del monitoreo****A****Seleccionar los temas de salud****PREGUNTA CLAVE**

¿Cuáles son los temas de salud prioritarios actualmente?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ ¿Cuáles son los objetivos señalados en la planificación del sector de la salud con respecto a los temas de salud prioritarios u otros aspectos más generales de este sector que requieren evaluación?
- ☐ ¿Cómo están invirtiéndose los recursos para mejorar la salud?
- ☐ ¿Qué temas de salud no están siendo monitoreados actualmente pero que deberían serlo?

B**Determinar los indicadores de salud pertinentes****PREGUNTA CLAVE**

¿Qué conjunto de indicadores de salud refleja adecuadamente los temas de salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Seleccionar un conjunto de indicadores tanto para intervenciones sanitarias como para resultados sanitarios
- ☐ Establecer los indicadores que abarcan los componentes del marco de monitoreo, evaluación y análisis:
 - ☐ insumos y procesos
 - ☐ productos
 - ☐ resultados
 - ☐ impacto
- ☐ Considerar la posibilidad de incluir indicadores trazadores (o sustitutos) y, de ser factible, indicadores compuestos

C**Establecer las dimensiones pertinentes de desigualdad****PREGUNTA CLAVE**

¿Qué dimensiones de desigualdad son pertinentes para esta población, dados los temas de salud seleccionados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Considerar factores comunes que favorecen las desventajas:
 - ☐ situación económica
 - ☐ nivel de escolaridad
 - ☐ lugar de residencia
 - ☐ sexo
 - ☐ edad
 - ☐ otros factores dependientes del país o contexto
- ☐ Considerar si hay intersección entre las dimensiones de desigualdad y si debería hacerse doble estratificación
- ☐ Determinar criterios de medición para cada dimensión de desigualdad establecida previamente

PASO 2**Obtener datos****A****Realizar el mapeo de las fuentes de datos****PREGUNTA CLAVE**

¿Qué fuentes contienen datos sobre los indicadores de salud y las dimensiones de desigualdad?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Indicar las fuentes de datos disponibles por tipo (incluidos nombre, año, etc.)
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre las dimensiones de desigualdad
- ☐ Para cada fuente de datos, determinar la disponibilidad de datos sobre los indicadores de salud
- ☐ Combinar la información sobre indicadores de salud y dimensiones de desigualdad para evaluar la disponibilidad de datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud

B**Determinar si se cuenta actualmente con datos suficientes****PREGUNTA CLAVE**

¿Se cuenta con datos apropiados tanto acerca de los indicadores de salud como de las dimensiones de desigualdad para proceder con el monitoreo de las desigualdades en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Evaluar los resultados del ejercicio de mapeo de las fuentes de datos en el PASO 2A
- ☐ Considerar si los datos de fuentes diferentes pueden vincularse

PASO ③

Analizar los datos

A

Preparar datos desglosados

PREGUNTA CLAVE

¿Cuál es el nivel del indicador de salud en cada subgrupo de población?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar el nivel del indicador de salud por subgrupo (es decir, cálculos desglosados)

B

Calcular las métricas resumen de desigualdad

PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los niveles absolutos y relativos de la desigualdad en la salud?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad absoluta
- ☐ Para cada combinación de indicador de salud y dimensión de desigualdad, calcular la desigualdad relativa

PASO ④

Comunicar los resultados

A

Definir la audiencia y la finalidad de la comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué parámetros guían el enfoque de la comunicación?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Definir las metas y los objetivos globales de la comunicación
- ☐ Determinar el público principal para quien se prepara el informe
- ☐ Determinar el conocimiento previo del público sobre las desigualdades en la salud y su nivel de conocimientos técnicos

B

Establecer el alcance de la comunicación

PREGUNTA CLAVE

¿Qué aspectos del estado de la desigualdad debería cubrir el informe?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Determinar qué datos reflejan la situación más reciente de desigualdad
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre tendencias en el tiempo
- ☐ Evaluar si debe informarse sobre el análisis referencial (*benchmarking*)

C

Definir el contenido técnico del informe

PREGUNTA CLAVE

¿Qué resultados del análisis de datos se comunicarán?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Hacer una evaluación inicial de los resultados para determinar:
 - ¿Cuáles son las conclusiones más destacadas?
 - ¿Se observan perfiles evidentes en los datos?
- ☐ Informar sobre cálculos de datos desglosados
- ☐ Considerar si las mediciones simples y las mediciones complejas reflejan las mismas conclusiones
 - Si tal es el caso, por lo general se recomienda informar sobre las mediciones simples
 - De no ser así, explorar la razón de la discrepancia y considerar informar sobre las mediciones complejas, según corresponda, junto con los cálculos desglosados y otras informaciones pertinentes

D

Decidir sobre los métodos de presentación de los datos

PREGUNTA CLAVE

¿Cómo se presentarán los mensajes clave de los datos?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Establecer las herramientas apropiadas para presentar los resultados:
 - texto
 - cuadros
 - figuras
 - mapas
- ☐ Considerar la posibilidad de usar tecnología de visualización interactiva

E

Seguir las mejores prácticas de información

PREGUNTA CLAVE

¿Qué necesita saber el público para entender plenamente el contexto de los resultados?

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ Informar sobre la desigualdad tanto absoluta como relativa
- ☐ Indicar el promedio nacional
- ☐ Indicar la proporción poblacional de los subgrupos
- ☐ Resaltar los resultados que se basen en un tamaño de muestra bajo (si los resultados provienen de encuestas)
- ☐ Considerar la posibilidad de informar sobre datos de importancia estadística
- ☐ Informar sobre los métodos y procesos que explican cómo llegó a las conclusiones

Departamento de Evidencia e
Inteligencia para la Acción en Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St. N.W.
Washington DC 20037
Estados Unidos de América

