



## **Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud**

Santiago de Cali, Colombia, 14 de junio de 2005

### **Reviviendo el Pasado y Construyendo el Futuro de la Salud Pública: Contribución de la Evaluación. <sup>1</sup>**

**Ligia de Salazar**

Directora de CEDETES, Universidad del Valle, Colombia  
Coordinadora Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en  
Promoción de la Salud -UIPES

El título de la presentación tiene bastantes significados. Uno de ellos es que no podríamos hablar del futuro de la salud pública sin pensar en lo que es el pasado y en lo que es el presente que estamos viviendo. Por eso mi presentación se denominó Reviviendo el Pasado y Construyendo el Futuro de la Salud Pública. Pero, lo más importante dentro de esto y que está relacionado con el tema de este seminario es cuál es la contribución de la evaluación para la construcción de ese futuro de la salud pública, qué hemos aprendido nosotros de la evaluación.

Quisiera decir que las personas que me han antecedido, ya han dicho mucho de lo que yo podría decir en este rato que tengo con ustedes; pero, lo importante aquí es que miremos qué es la evaluación. Usualmente cuando hablamos de evaluación, estamos pensando en evaluación de desempeño, en el tipo de evaluación que cuantifica las actividades o tareas o acciones que hemos realizado; pero pocas veces pensamos en realidad en lo que es Investigación Evaluativa, la cual está relacionada con lo que es una aplicación sistemática de procedimiento de investigación para valorar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de las intervenciones en salud pública. Entonces estas son todas las contribuciones que la evaluación puede hacer. No podemos tomar la evaluación simplemente como la actividad que nos va a decir si cumplimos o no con unas determinadas tareas que estaban programadas.

En ese sentido, la evaluación es contestataria, no podría hablar de la evaluación sin tener en cuenta o contextualizarla dentro de lo que es nuestra concepción de salud pública, sin tener en cuenta cuáles son los criterios y cómo nosotros valoramos el éxito y la efectividad en una determinada intervención. Tampoco sin tener en cuenta cuál es el propósito, para qué evaluamos; detrás de toda evaluación está implícito y explícito un propósito, y también el momento político. En este sentido la evaluación se articula estrechamente con lo que es el proceso de toma de decisiones y este hecho hace que la evaluación o la investigación evaluativa adquieran ciertas características que no necesariamente tienen otros tipos de investigación.

---

<sup>1</sup> Este documento es una transcripción de las grabaciones de la conferencia que la autora presentó durante el Seminario.



De esta manera entonces, la toma de decisiones se da desde diferentes puntos de vista y hay una racionalidad detrás de ellas que no necesariamente son las mismas. Antes se decía “no se debe hablar de los políticos y de los técnicos por un lado”, pero en realidad lo que fundamenta una decisión depende precisamente de aspectos que son de concepciones e ideologías y también, por qué no, de la práctica en un momento. Miremos entonces, cuales son las racionalidades de estos tres para poder hacer verdaderas articulaciones como es lo que se está proponiendo, miremos un poco entonces rápidamente cuáles son esas racionalidades.

Si nosotros pensamos que tenemos que articular la investigación evaluativa a lo que es la política, tenemos que ponernos en los zapatos de los que estos tres actores centrales piensan; si miramos este vínculo entre investigación y política y miramos lo que ha sido el pasado, notamos que ha habido muchos intentos por crear esta articulación pero también ha habido muchos fracasos, y que las decisiones no siempre son apoyadas en evidencia, que los investigadores terminan su papel cuando se adquiere o se produce un conocimiento, que hay incomprensión por parte de los investigadores o evaluadores del proceso político. En cuanto a los tomadores de decisión, ellos dicen o piensan que los investigadores nunca contestan sus preguntas y allí hay un punto central: De dónde nacen las preguntas cuando vamos a evaluar; quién hace las preguntas; qué tipo de preguntas.

Usualmente estamos parados en nuestra propia práctica, en nuestra racionalidad y en nuestra forma de ver el mundo, y en este caso en nuestra forma de ver la salud pública y la difusión de esas evidencias o de esos resultados es limitada.

Por otro lado vamos a mirar a los políticos. Usualmente ellos, utilizan información incompleta como se dijo esta mañana; no necesariamente para poder actuar debo tomar decisiones, no tengo que esperar cinco años a que salga una investigación para tomar una decisión, entonces uso la información así sea incompleta, escoger la mejor que podamos. Ellos utilizan estimaciones más que certezas; las decisiones están muy influenciadas por el momento político y no necesariamente por las evidencias, se anticipan a las consecuencias, construyen realidad de manera empírica y política y no van a retrasar una decisión simplemente porque falta información.

De otra manera, los investigadores requieren certezas, y algo importante: ignorar algo significa que requerimos más información, ignorar algo para los tomadores de decisiones no es muchas veces un problema. El objetivo es entonces, el establecimiento de asociaciones estadísticas, el análisis de problema es reducido a una dimensión y reconstruyen realidad sólo a través de herramientas científicas.

De otro lado, los usuarios – yo preguntaría cuántas veces nosotros tenemos en cuenta la opinión pública cuando estamos haciendo evaluación – esta opinión pública debe ser tenida en cuenta como un concepto político, este es el referente obligado, que legitima y controla el poder y es la fuerza política la que los gobernantes deben atender y escuchar.

Miremos entonces, ahora si el tema central, ya viendo este contexto, de lo que son los diferentes actores en la formulación de políticas, miremos cómo ha contribuido la salud



pública a lo que hablaba en un principio: cómo ha contribuido la evaluación a lo que es la teoría, el diseño, la implementación y la utilidad de intervenciones y políticas en salud pública.

En los 60's, 70's hubo una revolución en cuanto a la concepción de la salud pública, y, para ligarla con aspectos de desarrollo y de bienestar, permítanme mencionar a Werner cuando dice: " La salud de la gente está más influenciada por grupos políticos y de poder, y por la distribución de la tierra y de las riquezas, que por las acciones de prevención y tratamiento". Con esto no quiero decir que nos vamos a olvidar de hacer acciones de prevención y tratamiento, solo que eso no es lo único y tampoco podemos decir que, porque tenemos un sistema de prestación de servicios de salud nosotros vamos a solucionar muchos de los problemas estructurales que son los que nos tienen en este momento en la situación de salud pública que tenemos. De otro lado, cualquier actividad enfocada a responder a las necesidades de la gente mediante el esfuerzo organizado de la sociedad, es precisamente una actividad política.

Hay una literatura amplia sobre son las inequidades en salud, y hay muy poca acerca de cómo reducirlas; hay estudios en donde se muestran las asociaciones que hay entre estos elementos estructurales y el estado de salud. Por otro lado, es importante diferenciar entre determinantes de la salud con lo que son los determinantes de inequidades en salud; y digo diferenciar ¿por qué?, porque resulta que estamos hablando nosotros es que vamos a dar las alternativas, las respuestas para poder solucionar los problemas. Los determinantes de salud, si bien, están muy asociados a los que son los determinantes de inequidades no son lo mismo.

"La salud pública debe preocuparse más por políticas sociales y determinantes sociales, que por servicios de salud y resultados de enfermedad" - esto lo dice Graham Ankeni. Y permítanme mostrar esta diapositiva que fue tomada de una reunión que se hizo recientemente en Chile sobre determinantes sociales, y sirve para mostrar las relaciones que existen entre ellos y ver que, nosotros cuando hablamos de salud y desarrollo frecuentemente abordamos causas que son proximales a la salud como son los servicios sociales o acciones de estilos de vida y comportamiento o ambientes; pero pocas veces vamos a ver lo que son aspectos que tienen que ver con la estructura social y con los que constituyen la posición social de la persona, la cual también depende de estos. Entonces estas son las causas de las causas, lo importante es identificar dónde estamos dentro de esta cadena causal, dónde estamos interviniendo, dónde vamos a intervenir, por qué y cómo.

Esto es la publicación del Doctor Michael Marmot que habla sobre estos aspectos que estoy mencionando y simplemente la traía a colación para invitarlos a leerla. Permítanme simplemente mostrar lo que son algunos de estos indicadores. En el caso de Colombia, por ejemplo, la probabilidad de morir entre 15 y 60 años en hombres y miren la probabilidad que puede tener en este mismo rango Suecia; esto un poco para mostrar también algo que ustedes conocen que es la inequidad entre países.

Por otro lado dentro del mismo país, también encontramos inequidades. Entonces fíjense que las probabilidades se incrementan cuando se presentan diferentes determinantes en una misma persona, en este caso es la raza junto con la escolaridad, va a producir una



probabilidad mayor de mortalidad infantil; en este caso para Brasil, lo que nos muestra la gráfica es por ejemplo que: ser negro y no tener ninguna educación tiene probabilidad mayor de morir que si usted tiene más años de escolaridad o que si se tiene otra raza.

En este caso la probabilidad de sobrevivir entre 15 y 65 años de edad entre negros y blancos en Estados Unidos, muestra exactamente lo mismo: si es pobre y además es negro tiene una probabilidad de sobrevivir que es mucho menor a la que tiene aquel que es blanco, y también entre hombres y mujeres como los muestra la diapositiva.

Simplemente quería mostrar también el coeficiente que muestra desigualdad y cómo en nuestro país en una medición entre los años 1991 y 1997 y 1999 se ha incrementado; es decir, entre más se acerca uno más desigualdad hay, esto es lo que está pasando en nuestro país y lo mismo vemos cuando se ajusta allí con lo que es el índice de desigualdad humano.

También quiero mostrar que el ingreso per cápita –que de hecho tiene que ver por la capacidad de compra de servicios y gastos, etc-, está relacionado con otros como el trabajo, la fuerza laboral y su relación con la expectativa de vida al nacer. No necesariamente un ingreso per cápita se relaciona, pero vale la pena preguntarse cómo está distribuido este ingreso per cápita en lo que se relaciona con la expectativa de vida. Miren el caso de Chile, que tiene un ingreso de 1820 y su expectativa de vida es de 73, pero Costa Rica tiene un menor ingreso y una expectativa de vida mayor.

Viendo esta realidad, la pregunta es: ¿qué tan viable es tratar las enfermedades de la gente, si después regresan a las condiciones que los han enfermado?; ese es el punto que queremos mostrar en el día de hoy, lo cual no quiere decir que no vamos a tratar la enfermedad, pero tenemos que decir que hay un ingerencia directa sobre estos aspectos que son estructurales. La pregunta sería: ¿Y desde salud qué podemos hacer? Y la respuesta la tienen ustedes y la podemos construir en el día de hoy o compartir, porque es mucho lo que podemos hacer, como abogacía que es lo que estamos haciendo hoy aquí.

Me pareció muy interesante e importante este concepto: “El mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar la calidad de vida de las personas; esta última depende de las posibilidades que tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales”. Y es precisamente sobre lo que habla la Promoción de la Salud, cuando habla de crear capacidad para que la gente pueda tener ingerencia directa sobre sí. Pensando en esto entonces, preguntémosnos: ¿Cuál debe ser el futuro de la salud pública? Definitivamente debemos pensar en nuevos referentes, nuevos paradigmas, nuevas estrategias, nuevos indicadores de éxito, nuevas líneas de investigación, nuevas formas y estrategias de abordar los diferentes problemas, nuevas formas de construir salud, nuevos objetos de evaluación; no solamente si la prevalencia o incidencia de enfermedad o mortalidad son indicadores que tengan que ver con equidad con oportunidad, con servicios y oportunidades de trabajo, oportunidades en las que la gente pueda crecer y desarrollarse.

Quisiera referirme a un punto muy importante y es: ¿Qué podemos hacer? No necesariamente porque estemos dentro de un sector tenemos que trabajar con una visión



muy estrecha y enfocada solamente a lo sectorial; creo que nosotros también tenemos que pensar cómo desde este sector podemos hacer abogacía con los otros sectores para poder que trabajemos estrechamente con todos estos aspectos que tienen que ver con la salud y el bienestar de la población, pero al mismo tiempo voy a dar un ejemplo de cómo desde un sector se pueden utilizar políticas, programas, acciones, intervenciones que puedan servir como puerta de entrada para generar acciones en los otros sectores.

En este punto la contribución de la evaluación es central. Precisamente en el programa de nutrición que hablaba el gobernador, veíamos como la nutrición puede ser la puerta de entrada para construir capacidad alrededor de muchas de las cosas que hemos mencionado aquí, entonces depende también de la capacidad de nosotros para visualizar estas problemáticas en el sentido de impulsarlas y generar a través de ellas unos desarrollos.

Existen cosas que se creen desde la academia y esto puede conllevar a que trabajemos encerrados con laboratorios, dejando de lado el contacto y la ingerencia con las poblaciones, y quiero decir, que la universidad que esté descontextualizada y que esté aislada de procesos de desarrollo sociales y comunitarios está mandada a recoger. La universidad que no esté dedicada a lo que son los problemas, generando y construyendo respuestas con las poblaciones, con los diferentes actores políticos, académicos y sociales, está mandada a recoger. Y esto es otra de las cosas que nosotros podríamos generar. Todas estas dimensiones de los que es salud son complementarias, no son excluyentes.

Miremos qué es Promoción de la Salud. Porque estoy hablando de salud pública y no de promoción de la salud; porque yo diría que filosóficamente se va mucho más allá de lo que ahora hemos pensado como una acción práctica -teniendo en cuenta que ahora hacemos práctica-, pero no verla solamente como reactiva, sino verla como un concepto positivo que implica acciones más allá de lo biológico y que incorpora aquellas relacionadas con la capacidad de las personas y los colectivos para actuar sobre los determinantes sociales y vivir una vida saludable.

Esto también es tomado de Marmot y me pareció muy interesante: ¿Cómo poder construir salud con mayor equidad? Él habla de la integración de determinantes sociales de salud en políticas y programas y hacerlo a través de procesos de aprendizaje de abogacía, de liderazgo y de acción y de comunicación de intercambio – yo me pregunto si eso no lo podremos hacer -.

Agrego a lo que dice Marmot que definitivamente tenemos que articular en forma conciente lo que es poder, participación, legislación y política. Yo diría que la respuesta normal sería: esto no se puede hacer, es imposible mediante tal ley, o decreto, o legislación; precisamente porque no tenemos claro cómo estas diferentes piezas tienen que articularse y mirar de hecho la salud como derecho.

La primera pregunta que nos debemos hacer es si existe un escenario legítimo de expresión, debate y construcción de nuevas formas de organización que conduzcan a la garantía del derecho de la salud, ¿son esos escenarios efectivos? Nosotros podemos contribuir a construir esos escenarios.



Decía que entonces, las preguntas de la evaluación cambiarían y ya no las preguntas se referirían a si hemos o no cumplido con tantas actividades, si hemos vacunado a tantos niños, sino que las preguntas de la evaluación responderían otras inquietudes que deberíamos tener si vemos la salud con el abordaje que le estamos dando.

Ahora, cuáles son las estrategias y cuál es la contribución de la evaluación en lo que son estrategias de promoción de la salud y atención primaria en salud pública. Fíjense que las estrategias han dependido de la forma como estamos viendo la salud pública, y si nuestro punto de vista es biomédico, el énfasis es en grupos de alto riesgo y suministros de servicios; si nuestro enfoque es comportamental, entonces son actitudes de alto riesgo y desarrollo de programas para cambiar comportamiento; si nuestro enfoque es socio ambiental, lo focalizamos en situaciones de alto riesgo o si nuestro enfoque es estructural lo enfocamos hacia decisiones políticas y distribución de recursos económicos que tengan que ver con aquello que hablamos de las desigualdades.

En ese sentido la salud, es un aspecto contestatario, dado que no existe un concepto único que pueda decirse es incorrecto, y por eso las estrategias de promoción de la salud o de atención primaria que estamos revisando aquí porque han sido las estrategias centrales en la salud pública, responde a esa visión que tenemos de la salud pública.

Y reiterar que la salud es un ente político; entonces salud pública, promoción de la salud, atención primaria, no son más que simples denominaciones teóricas, son posiciones políticas expresadas en las estrategias y programas gubernamentales y sociales; no es tan simple, no es porque si, que nosotros aplicamos esta estrategia u otra; son complementarias, porque depende de qué queremos. En este sentido, promoción de la salud se orienta a lo que es saludable, atención primaria a lo que es enfermedad y riesgo pero ambos son complementarias.

Hay muchas cosas que estamos haciendo, muchas cosas que están pasando, muchas cosas que podríamos reorientar, en ese sentido la articulación se puede dar en diferentes escenarios, las instituciones, el hogar, espacios informales y sitios de trabajo, en los que se incorporan diferentes actores y también podríamos utilizar escenarios que pueden jugar un papel de liderazgo como son las escuelas, en el caso de las escuelas promotoras de salud.

Si los mayores determinantes de la salud son sociales, así mismo deben ser los remedios. La pregunta es: ¿Las estrategias incorporan conceptual y legislativamente los determinantes de la salud? Quiere decir que también tenemos que detenernos en la evaluación de la teoría, en la evaluación de la aplicación de esa teoría y en la evaluación de los resultados de la aplicación de esa teoría.

Quisiera hacer un llamado en cuanto a la optimización del recurso que ya está disponible, como los sistemas de información y los sistemas de vigilancia epidemiológicos de salud pública, vigilancia de factores de riesgo de comportamiento, son recursos que tenemos en nuestras instituciones, información que no estamos utilizando y que podría ser de un valor incalculable; un día de estos nos podríamos detener en hacer un análisis de cómo los sistemas de información y vigilancia pueden articularse a lo que es la evaluación en



promoción de la salud. Y hay un ejemplo de los sistemas de vigilancia comunitaria donde utilizamos una serie de formatos simples para recoger información, teniendo en cuenta cómo la utilizan los profesores de las escuelas y los niños, y sensibilizamos a esta comunidad dándole información como esta. Como ven no hay intervalos de confianza, no hay asociaciones estadísticas, simplemente se informa qué pasaba antes y qué pasaba después alrededor de temas concretos que tienen que ver con los niños en edad escolar y adolescente.

El sistema ciudadano de garantía de calidad, es otro elemento articulador que podría servir de puerta de entrada.

Por último entonces decía que la evaluación nos muestra cuál es la efectividad y la contribución que hace esta misma evaluación para que nosotros podamos saber si una intervención funciona o no.

El énfasis en la evaluación de políticas ha estado en los tomadores de decisión, más que en lo que es la construcción de políticas como sistema y si no hemos tenido en cuenta lo que es la construcción de políticas como sistema, desconocemos lo que son las relaciones de poder y no tenemos en cuenta cómo serán estas relaciones, por qué suceden los hechos, dónde, cuándo, quién asigna el criterio para valorar el hecho de una política o de un programa, detrás de eso hay una fundamentación, hay una ideología.

Nosotros tenemos que tener en cuenta varias dimensiones de evaluación cuando estamos hablando. Una es, cuáles son los cambios en el estado de salud en sus determinantes, cuál es el impacto en términos de resultados; pero hay algo importante que dejamos de lado y es: cuáles son los cambios en términos de lo que es construcción de capacidades, bien sea de las personas, de los colectivos o de las mismas instituciones, o de los mismos gobernantes para formular políticas o aspectos relacionados en términos de cohesión social, de participación social y redes de apoyo y estilos de vida. Esto queda por fuera usualmente de las evaluaciones y solo miramos movilidad, mortalidad y escasamente riesgos.

Quiero mostrarles, a partir de un estudio que hicimos del estado del arte sobre lo que está pasando con América Latina en relación con evaluación, lo que encontramos es que al ver los diferentes tipos de evaluación, la de efectividad es apenas hecha en un 4% de estudios y el 56%; de evaluaciones está sin especificar; además, muchos de los estudios no se saben si eran o no una evaluación.

Luego, cuando miramos los componentes mediante los cuales se habían enfocado estas evaluaciones, vemos precisamente que la salud pública está volviendo hacia la parte de comportamientos, como son las habilidades personales, y el componente de políticas públicas queda en el último renglón, es decir, es lo que menos estamos mirando.

Encontramos que los países que más están publicando son México y Brasil. Y esto fue corroborado en un estudio donde se identificaron cuáles son las inequidades en investigación por países y tipo de publicación y lo que encontramos también es que Brasil, México y Chile son los que más publican.



Encontramos también que hay pocas evaluaciones de calidad, que hay discrepancia frente a criterios de evidencia, que hay herramientas inapropiadas para las preguntas que se quieren responder. Hoy en día no hay un método malo o bueno, sino el método apropiado para lo que yo me quiero responder. Obtener evidencias de efectividad mediante estudios experimentales, establecimiento de causalidad en intervenciones multiestratégicas y multiniveles como son las de promoción de la salud, no es fácil. No se trata de relaciones que son lineales ni hay una visión secuencial y lineal para la elaboración de políticas.

Como respuesta a esto, ha habido una serie de desarrollos tecnológicos, y de seguro más adelante se van a referir a todo lo que la OPS está trabajando fuertemente apoyado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades y también por los países con centros y universidades que están trabajando con eso. También de hecho, la Unión Internacional para Promoción y Educación en Salud, que entre otras cosas, ha apoyado para que nuestros participantes internacionales al curso de evaluación de efectividad hayan podido estar aquí en el día de hoy.

Desde evaluación también tenemos que mirar un tipo de preguntas que tienen que hacerse, y es el interés en medir contribución o atribución, son dos cosas, y qué tipo de ingerencia es requerida y para qué y por qué; estas son preguntas que podríamos formularnos, porque usualmente nos embarcamos en hacer una evaluación sin tener en cuenta qué es lo que queremos medir y qué tipo de evidencia es la que se necesita.

En cuanto a tendencias de la evaluación, quisiera finalizar con una frase de Anderson, que me pareció muy interesante y que refleja lo que está pasando en la realidad: *“La ciencia ha perdido parte de su credibilidad y el modo de pensamiento experimental está dando paso a un pensamiento más práctico que enfatiza en el conocimiento idiosincrásico y de sentido común, reconociendo que el conocimiento está basado en valores y descansa en supuestos con relación a las capacidades humanas en el procesamiento de la información”*. O sea, hay también una evolución y un cambio de paradigma en lo que ha sido la evaluación hasta este momento, y diría que ese cambio de paradigma precisamente lo da el cambio que se está dando en cuanto a los enfoques de la salud pública y de sus dos estrategias centrales: promoción de la salud y atención primaria.

La salud es responsabilidad de todos y como academia estamos diciendo “asumimos el compromiso, ¿y ustedes?”.

Muchas Gracias.