

INCORPORANDO LA EQUIDAD A LA SALUD. UN ANÁLISIS DE LOS PLANES AUTONÓMICOS SANITARIOS(*)

Bran Barral Buceta (1), Ramón Bouzas-Lorenzo (1), Andrés Cernadas Ramos (1) y Ángela Fernández Da Silva (1)

(1) Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Departamento de Ciencia Política y Sociología. Santiago de Compostela, España.

(*) Financiación: Esta publicación se enmarca en las actividades del proyecto de investigación *Brecha digital e inhibidores en la implementación del e-Gobierno. Especial impacto en el ámbito de la salud* (CSO2014-53014-R) (2015-2018), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Convocatoria 2014). Este hecho no supone la existencia de ningún tipo de conflicto de interés ni por dicha financiación ni por otros motivos.

RESUMEN

Fundamentos: El debate sobre la equidad en salud, con amplia trayectoria e interpretaciones, cobra más vigencia en la actualidad al considerar la trascendencia de esta área. En el contexto de nuestro sistema, resulta pertinente conocer la aproximación adoptada por las comunidades autónomas. Mediante el análisis de los planes de salud autonómicos se persiguió el objetivo de detectar las perspectivas que se habían aplicado a la búsqueda de la equidad en España, así como conocer sus principales metas y los colectivos o condiciones tomados en consideración.

Métodos: Mediante el análisis comparativo constante y del análisis de contenido, cuyo tratamiento estadístico se realizó con el software Nvivo (v12) y el análisis de los índices de correlación de Jaccard y Pearson, junto con la triangulación de métodos, datos e investigadores, fueron examinados los planes generales de salud autonómicos más recientes a fecha del cuarto trimestre de 2019.

Resultados: Los planes analizados revelaron que no se otorga a la búsqueda de la equidad suficiente importancia, si bien se detectaron circunstancias específicas que destacan entre las referencias a la equidad recogidas por los planes. La accesibilidad emergió como categoría clave a la hora de entender la configuración de la sanidad como política pública.

Conclusiones: El principal paradigma presente en los planes de salud autonómicos es el de la igualdad o equidad en cuanto al acceso a la salud, seguido del de la búsqueda de igualdad de oportunidades para colectivos concretos, como son las personas que padecen enfermedades mentales, personas con diversidad funcional o que presentan alguna de las barreras o dificultades asociadas a la brecha de género. Otros ítems o colectivos contemplados en menor medida, pero de forma desigual entre las comunidades autónomas, son la inmigración, el hábitat rural e infraestructuras y el colectivo de personas mayores.

Palabras Clave: Salud Pública, Equidad, Igualdad, Equidad en el acceso a los servicios de salud, Investigación en sistemas de Salud Pública, Política sanitaria, Implementación de Plan de Salud, Planificación regional.

ABSTRACT

Bringing in equity to health. An analysis of the autonomous communities health plans

Background: The debate on equity in health, with long history and wide understanding, is more relevant today when considering the transcendence of this area. In the context of our system, it is appropriate to know the approach adopted by the autonomous communities. By analysing regional health plans in Spain it was intended to detect the perspectives applied in the search for equity, as well as to know the main goals of the plans and those groups or circumstances they try to deal with.

Methods: Based on the procedure of constant comparative analysis and content analysis, whose statistical treatment was conducted with Nvivo software (v12) and the analysis of Jaccard and Pearson correlation indexes, along with the triangulation of methods, data and researchers, the most recent regional health plans in progress (fourth quarter of 2019) were screened.

Results: Analyzed plans brought out that the search for equity is not given sufficient relevance. However, there are specific circumstances that stand out among the references to equity in the plans. Accessibility arised as a key category to understand the setup of health care as a public policy.

Conclusions: The main paradigm found in regional health plans is that of equality or equity in access to health. To a lesser extent, it is also present a search for equal opportunities for various specific groups, such as people suffering from mental illness, people with functional diversity or who face some of the barriers or difficulties associated with the gender gap. Other items or groups considered by the regional administrations in a more reduced way, but also in a different manner, are immigration, rural habitat and infrastructures and elderly people.

Key words: Public Health, Equity, Equality, Equity in access to health services, Public Health systems research, Health policy, Health Plan implementation, Regional health planning.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria de carácter público es un concepto inherente al Estado de Bienestar que no se aplica siguiendo un modelo homogéneo. Los países alineados a ese modelo de gobierno muestran trayectorias históricas, culturales y valores sociales diversos^(1,2,3), de los que derivan visiones propias sobre financiación, universalidad de acceso, calidad o cobertura -según la gama de servicios-, aspectos que determinan la profundidad e intensidad de un sistema sanitario.

La igualdad o desigualdad y la equidad o inequidad pivotan sus diferencias esencialmente en el concepto de justicia, es decir, en la subjetividad de lo que cada sociedad o Estado entienda por “*justo*”. La equidad se entiende, por tanto, a partir del enfoque de justicia que se asuma y de lo que cada sociedad y momento histórico determinen⁽⁴⁾.

Así, podría hablarse de la equidad como: la búsqueda de la máxima utilidad/felicidad para el mayor número de personas; el criterio del “*maximin*” (maximizando la salud de las personas que en peores condiciones se encuentran); igual tratamiento para igual necesidad (mismos cuidados para la misma enfermedad); igual acceso para igual necesidad (todas las personas soportan los mismos costes para acceder al servicio); igualdad de oportunidades (reducción de diferencias entre el acceso real y el potencial a través de medidas de discriminación positiva); y, finalmente, equidad como igualdad de capacidades básicas (que no niega la existencia de factores y responsabilidades personales respecto a la salud pero entiende que se deben atacar aquellos factores que desigualan el acceso al bienestar)⁽⁵⁾. Existen, además, otras interpretaciones de la equidad, pero su definición es, a efectos prácticos, no intervencionista: no dependería del Estado, sino de la propia decisión

del individuo. Estas últimas aproximaciones se alejan del enfoque adoptado en este trabajo.

La igualdad de capacidades básicas, concepto acuñado por Sen^(6,7), postula que la igualdad de derechos o de accesos no garantiza un igual servicio o atención, de ahí la importancia de tener en cuenta las capacidades de las personas. Nussbaum^(8,9,10) concreta la idea indicando que comprende desde la esperanza de vida, la buena alimentación o la vivienda hasta los derechos de libertad de expresión y pensamiento, las preocupaciones ambientales o la capacidad de disfrute y de raciocinio. Se aproxima, así, a lo que otros autores señalan como elementos determinantes de la inequidad, abarcando la multiplicidad de factores en juego^(11,12,13) y con investigaciones específicas sobre circunstancias socioeconómicas, migraciones y culturas⁽¹⁴⁾ o el factor género^(15,16). Esta visión, paradigmática, es la más próxima a la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^(12,17,18,19) y, por extensión, a la de la Administración española^(20,21,22,23) y la Unión Europea⁽²⁴⁾.

En concreto, la OMS^(4,25) entiende la equidad en salud como aquellas acciones destinadas a la eliminación de lo que define como “*desigualdades evitables*”, que abarcan situaciones diversas: estilos de vida no escogidos, condiciones laborales y diarias no saludables, exposición a la pobreza derivada de una enfermedad y la falta de acceso a la atención sanitaria y otros servicios básicos. La lucha contra estas fuentes de inequidad ha configurado marcos de actuación desde los que operan los planes de salud^(26,27).

Las diversas investigaciones al respecto han procurado calibrar la dimensión de la equidad en salud en los planes desde finales del siglo XX. Sin embargo, para el conjunto de las políticas sanitarias autonómicas no se ha indagado cuál es la perspectiva con que se aborda la equidad y cuáles los colectivos o temas clave.

En síntesis, los análisis generales del sistema sanitario^(20,28,29) y los trabajos más especializados en la materia^(15,16,26,30) han concluido que España se situaría en un estadio introductorio al abordar de forma modesta la equidad en los planes sanitarios.

Por ello, este estudio penetra en esa línea, complementando trabajos previos sobre equidad^(20,21,22) y planes de salud en España^(23,31). El propósito que lo guio fue analizar el contenido de los planes^(32,33,34,35) para determinar, mediante la detección de los conceptos y temáticas abordadas, cuál era la visión que la política sanitaria adoptaba respecto a la equidad y cuáles eran sus focos de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio partió de una muestra de recientes planes autonómicos. La investigación se llevó a cabo a lo largo del último trimestre de 2019, periodo en que permanecían vigentes o no se habían actualizado los documentos que formaban parte de la muestra.

Dichos documentos fueron seleccionados siguiendo las reglas de la exhaustividad, la representatividad, la homogeneidad y la pertinencia⁽³²⁾, habiendo fijado previamente el criterio de selección de un plan por cada comunidad, a modo de representación de la política sanitaria de la misma, que abordara la salud de forma general. Esto comportó un problema inicial, el caso de la Comunidad de Madrid, sin un plan de salud general reciente, lo que imposibilitó su inclusión en el análisis: atendiendo a la regla de homogeneidad, se estimó que no cabía introducir un plan parcial sobre áreas específicas, como por ejemplo, la salud mental o la atención primaria. La selección resultante, pues, se expone de dieciséis planes (tabla 1).

Para el tratamiento de la información se recurrió por una parte, al análisis comparativo

constante⁽³⁶⁾ siguiendo un modelo de investigación inductiva⁽³⁷⁾ y, por otra, al análisis de contenidos, entendido como el más apropiado para la exploración de documentos como los planes^(32,33,34), en este caso asistido por el programa Nvivo (v12)⁽³⁸⁾, que permitió la sistematización de la codificación de datos, así como la extracción de frecuencias y el análisis de correlaciones de ocurrencia a través del índice de Jaccard, explicado más adelante. Así, pues, se optó por una triangulación de métodos, datos e investigadores⁽³⁹⁾.

El punto de partida metodológico fue el de que el análisis de contenido de textos es, como defiende Krippendorff⁽³⁵⁾, *siempre cualitativo, dado que categorizar unidades textuales es considerado la forma más elemental de medición, y el análisis de contenido usando números en lugar de categorías verbales, o contar en lugar de enumerar citas es simplemente conveniente*. Este autor, junto con Mayring⁽³⁷⁾ y Richard⁽⁴⁰⁾ parten de una visión del análisis de contenido como técnica cualitativa que ni puede ni debe obviar las posibilidades que ofrece realizar un análisis numérico o aplicar otras técnicas de carácter formalmente cuantitativo.

Con la finalidad de garantizar la fiabilidad de esta fase, siguiendo las aportaciones de otros autores⁽⁴¹⁾, el proceso se ejecutó mediante un análisis independiente de la documentación objeto de estudio a través de la aplicación Nvivo, permitiendo conocer el porcentaje de coincidencia entre la codificación realizada por cada miembro del equipo investigador.

El análisis del contenido se organizó localizando, codificando y posteriormente agrupando en categorías los términos más frecuentes. Siguiendo a Bardin⁽³²⁾, se escogió como unidad de análisis la palabra clave o tema -no basta con que una palabra aparezca frecuentemente, sino que tiene que entrañar relevancia- (como ejemplo, no se puede contabilizar del mismo

Tabla 1
Planes de salud autonómicos incluidos en el análisis.

Comunidad Autónoma	Plan de Salud Examinado
Andalucía	IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020) ⁽⁴⁴⁾
Aragón	Plan de Salud Aragón 2030 ⁽⁴⁵⁾
Baleares	Plan Estratégico 2016-2020 ⁽⁴⁶⁾
Canarias	Plan de Salud de Canarias 2016-2017: Entre la crisis y la transformación para la innovación en la gestión de la salud de los servicios ⁽⁴⁷⁾
Cantabria	Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 ⁽⁴⁸⁾
Castilla la Mancha	Estrategia 20-20 de Salud y Bienestar Social: El modelo de Castilla la Mancha ⁽⁴⁹⁾
Castilla y León	IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020 ⁽⁵⁰⁾
Cataluña	Pla de salut 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just ⁽⁵¹⁾
Comunidad Valenciana	IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana ⁽⁵²⁾
Extremadura	Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 ⁽⁵³⁾
Galicia	Estrategia Sergas 2020 ⁽⁵⁴⁾
La Rioja	III Plan de Salud de La Rioja (2013-2020) ⁽⁵⁵⁾
Navarra	Plan de Salud de Navarra 2014-2020 ⁽⁵⁶⁾
País Vasco	Plan de Salud Euskadi 2013-2020 ⁽⁵⁷⁾
Principado de Asturias	Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2018-2021) ⁽⁵⁸⁾
Región de Murcia	Plan de Salud de 2010-2015 de la Región de Murcia ⁽⁵⁹⁾
Fuente: Elaboración propia.	

modo la aparición en los documentos del término igualdad cuando se refiere a la idea “*igualdad de acceso a la atención primaria*” que cuando se habla de colaboración interministerial y se contiene en la expresión “*Ministerio de Igualdad*”). Para la búsqueda de las palabras más frecuentes se realizaron varios escrutinios de los textos (NVivo permite búsquedas automáticas por sinónimos o lexemas en el caso del castellano; un procedimiento análogo se realizó, pero de forma manual, en el caso de documentos en catalán), eliminando del cómputo aquellos términos que se consideraron vacíos en terminología de NVivo y Bardin y no aportaban ninguna información⁽³⁸⁾.

En primer lugar, de la muestra de documentos se seleccionaron inicialmente los fragmentos referidos a la equidad y la igualdad en salud. A partir de dicha selección, se efectuaron búsquedas respecto a los lexemas o palabras más frecuentes y se crearon las diversas categorías de análisis. Estas se construyeron a partir de la agregación de significados y vinculadas a términos concretos mediante los que se realizó la búsqueda en los textos (figura 1), pero, para su creación, se atendió al criterio de selección de palabras o lexemas claves, permitiendo, así, recabar la máxima información posible y examinar cada codificación de forma manual para evitar errores.

Una vez elaboradas las categorías y habiendo asignado al texto los códigos correspondientes, se procedió a un análisis estadístico de la correlación de ocurrencia a través del coeficiente de Pearson⁽⁴²⁾ y del análisis de conglomerados a través del índice de Jaccard⁽⁴³⁾. El primero se utiliza para comprobar la similitud de palabras. Dicho coeficiente varía entre los valores “-1” y “1”, siendo “-1” la perfecta correlación negativa (la aparición o presencia de un suceso A denota la no ocurrencia del otro, B) y “1” la total correlación positiva (la ocurrencia de A está

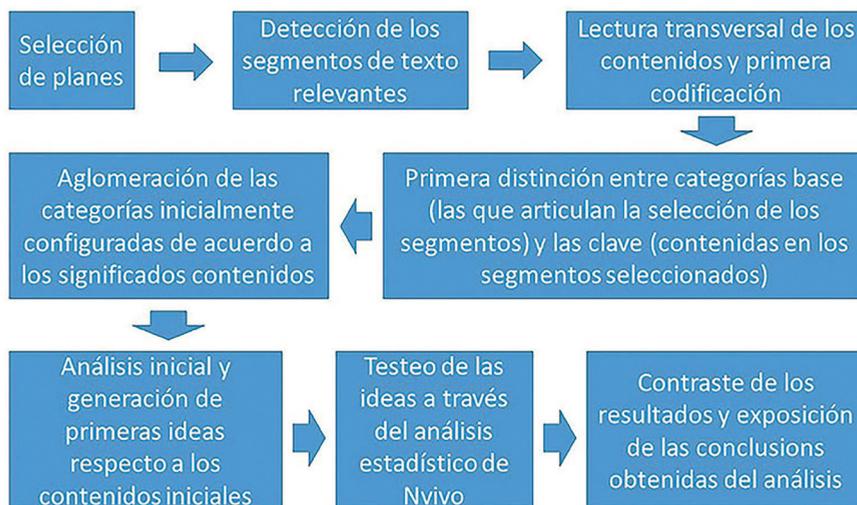
ligada de forma positiva a la ocurrencia de B). Por su parte, el resultado “0” denota la ausencia de correlación entre los sucesos (o términos clave en el caso de esta investigación).

El segundo de estos indicadores permite ver la coocurrencia de las distintas categorías. Es decir, si se abordaban de forma conjunta o no y con qué intensidad. Este índice se interpreta de forma similar al de Pearson. En este caso, los valores varían entre “0” y “1”, siendo “1” la total coocurrencia (la aparición de A está ligada a la ocurrencia de B) y “0” la ausencia de correlación alguna entre los sucesos (en el caso de esta investigación, entre las categorías).

En el lenguaje de Nvivo, las categorías equivalen a un “nodo” (para evitar confusión, en el artículo nos hemos referido a los nodos como categorías)⁽³⁸⁾. Las Categorías Base (CB) son las que articulan la selección de los segmentos analizados: son las que, de acuerdo con el objeto de estudio de esta investigación, permitían localizar dónde, dentro del conjunto de los planes, se aludía a la temática que se quería abordar. Habilitaron, así, recopilar los extractos de texto relevantes y centrar el foco en los contenidos a los que se referían estas categorías. En este caso, se establecieron como términos claves de búsqueda las palabras “*equidad*” e “*igualdad*” -y derivadas-, localizando los diferentes epígrafes, párrafos o fragmentos en que se estuviera refiriendo a alguna de las mismas, que conformaban inicialmente el criterio de inclusión en el análisis de los segmentos de texto.

El diseño emergente al que se adscribió esta investigación permitió no preestablecer ninguna categoría base y solamente se había impuesto, dado el objeto de estudio, que fuesen seleccionados los extractos de texto vinculados a los dos conceptos antes explicados. Pero, en esta fase inicial, destacó sobremanera en cuanto a la frecuencia de aparición el lexema “*aces**”.

Figura 1
Etapas en la investigación.



Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, se verificó (como en el caso de todos los lexemas y palabras destacados por su frecuencia de aparición) que estaba relacionando conceptos vinculados a la accesibilidad al sistema sanitario, una de las cuestiones que también se recogían en el apartado introductorio (igualdad como igual acceso). Si bien inicialmente no se preveía seleccionar fragmentos de texto al margen de los conceptos de igualdad y equidad, se entendió necesaria, dada la gran frecuencia de términos asociados a la misma, la inclusión entre las CB de “*accesibilidad*”.

Por otra parte, se crearon las llamadas Categorías Clave (CC), que son las que emergieron dentro del texto seleccionado al encontrarse contenido abundante o bien coincidente con la literatura analizada. En este segundo grupo de categorías reside el contenido asociado a la igualdad y la equidad en los planes de salud autonómicos, y se procuró analizar de manera extremadamente pormenorizada todos los temas-clave codificados. Se intentó ser, además, por

una parte, fieles a la formulación o formulaciones que se empleaban en los propios documentos y, por otra, no incrementar el número de categorías excesivamente para hacer más accesible tanto el análisis como la lectura de los resultados. Algunas de ellas eran parte de las ya observadas en la literatura; otras, sin embargo, surgieron como resultado del diseño (tabla 2).

Como apunte respecto a la comprensión de la tabla, los asteriscos que se representan detrás de algunas palabras son parte de la forma de buscar lexemas de Nvivo, de forma que el programa, al solicitarle que busque palabras, permite que se anulen cuestiones de género o número e, incluso, que solamente busque los lexemas, de ahí la representación en la tabla. Por otra parte, el plan de Cataluña se encontraba en catalán, cuestión que se tuvo en cuenta a la hora de la codificación.

A partir de los significados relevantes hallados, se fueron construyendo, redefiniendo y

Tabla 2
Relación de categorías y términos o lexemas aplicados en la codificación.

Categoría	Términos o lexemas empleados
<i>Equidad</i>	Equidad, Equitativo*, Inequitativ*
<i>Calidad</i>	Calidad
<i>Diversidad funcional</i>	Diversidad funcional, Discapacitad*, Discapacidad, Dependient*, Dependencia, Independencia
<i>Rural</i>	Rural, Periferia, Núcleos poblacionales pequeños/alejados, Dispersos, Dispersión, Dificil acceso, Alejad*, Zona*, Geografía*, Geográfic*
<i>Grupos sociales vulnerables</i>	Grupo social, Grupos sociales, Colectivos en situación de riesgo, Vulnerabilidad, Vulnerabl*, Desfavorecid*, Colectivo*
<i>Género</i>	Género, Hombre*, Mujer*, Violencia, Maltrato, Machismo
<i>Inmigración</i>	Inmigración, Inmigrante, Raza, Etnia, Étnic*, Lengua, Habla, Extranjer*
<i>Accesibilidad</i>	Accesibilidad, Accesible, Acceso, Inaccesible, Inaccesibilidad
<i>Mayor(es Personas)</i>	Personas Mayores, Tercera Edad, Mayores de 65 años, envejecer, envejecimiento, ancian*
<i>Igualdad</i>	Igualdad, Desigualdad*, Igualitar*
<i>Mental</i>	Mental*

Fuente: Elaboración propia.

unificando categorías a medida que avanzó la investigación (figura 1).

RESULTADOS

Fueron las propias categorías obtenidas (Calidad, Diversidad Funcional, Género, Grupos Sociales Vulnerables, Inmigración, Personas Mayores, Enfermedades Mentales y Rural) las que constituyeron el primer resultado obtenido.

A partir de la identificación de CB y CC, se observó que no existía una diferenciación en el uso de los términos asociados a los conceptos de equidad, igualdad y accesibilidad. Todos ellos eran usados en muchos casos indistintamente para referirse a cuestiones vinculadas a la equidad en salud.

Para constatar este hecho se procedió, más allá del análisis cualitativo y la lectura pormenorizada, a realizar una verificación apoyada en

Nvivo. Los resultados mostraron una alta correlación (medida a través del Coeficiente de Pearson) entre las tres CB. Se pudo apreciar cómo una parte muy importante de los términos que se empleaban al hablar de *Igualdad* eran los mismos que los que se usaban para hacerlo sobre *Equidad* (0,87), algo que también sucedía en una cifra inferior, aunque muy elevada, entre esta última y *Accesibilidad* (0,77). Finalmente, también entre *Igualdad* y *Accesibilidad* hubo una elevada correlación (0,71), con lo que se concluyó que no existía una clara diferenciación entre el uso de uno u otro término, siendo especialmente clara la confusión entre *Equidad* e *Igualdad*.

Los conceptos que más aparecieron en paralelo fueron *Igualdad*, relacionado con *Accesibilidad* y con *Calidad*, así como *Calidad* y *Accesibilidad*. Por otra parte, se vincularon las referencias a *Colectivos vulnerables o en riesgo* con la CC de *Género*.

Así, pues, en los diferentes planes se expresaban las ideas de “*igualar el acceso y/o la calidad del servicio*”, “*garantizar una misma calidad asistencial para todos los usuarios y/o un mismo acceso a una misma calidad*” y también se mencionaban medidas propuestas para mejorar la equidad en salud de colectivos vulnerables, similares a aquellas respecto a las cuestiones de género, a pesar de que era más habitual contener puntos específicos para el segundo de los casos.

A través de la estimación del índice de Jaccard para las CC se generó una representación de las relaciones que se apreciaron tanto en el texto como en el propio indicador (figura 2).

En ella, en rojo, se visualizan las correlaciones perfectas (la codificación de una categoría implica la de otra), lo que sucedió hasta en cuatro casos: *Igualdad* con *Accesibilidad*

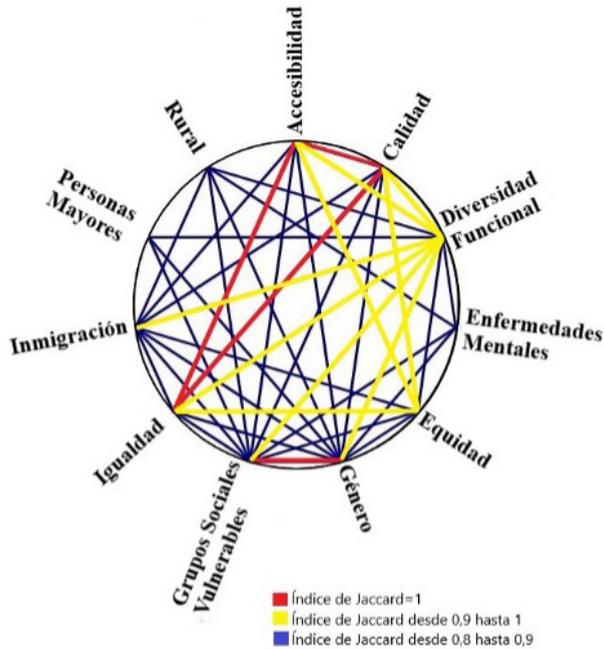
y con *Calidad*; *Grupos Sociales Vulnerables* y *Género*; y *Calidad* y *Accesibilidad*.

En amarillo, se muestran más asociaciones cuasiperfectas: *Igualdad* con *Diversidad Funcional* (1) y *Equidad* (2); *Equidad* con *Accesibilidad* (3) y *Calidad* (4); *Diversidad Funcional* con *Accesibilidad* (5) y *Calidad* (6). Igualmente, correlacionaron *Inmigración* (7), *Grupos Sociales Vulnerables* (8) y *Género* (9), en la misma intensidad, con *Diversidad Funcional*. Cabe añadir que en la muestra de planes las correlaciones de ocurrencia fueron elevadas en todos los casos, arrojando valores por encima de 0,68, como se verá posteriormente.

Si se pone el foco en los cruces entre las CB y las CC, existe una primera observación de interés: la transversalidad de la categoría *Accesibilidad*, constatándose que todas las demás categorías correlacionaron de forma positiva con ella, pero no bidireccionalmente. Esto significa que al hablar de *Accesibilidad* no necesariamente se hablaba de *Igualdad*, *Calidad* o *Diversidad Funcional*, mientras que cuando se abordaban esos tres conceptos, siempre o casi siempre se tenía en cuenta el factor acceso. Esta conclusión se aprecia igualmente en la tabla 3.

En esta tabla se aprecia también cómo el concepto *Igualdad* fue el más determinante, obteniendo altas coocurrencias con *Accesibilidad* (1), *Calidad* (1), *Diversidad Funcional* (0,9375), *Equidad* (0,9375), *Género* (0,875), *Grupos Sociales Vulnerables* (0,875) y *Enfermedades Mentales* (0,75). Así, se hablaba de *Igualdad de Acceso* y de *Calidad de la prestación*, pero también se mencionaban de forma específica varios colectivos o contextos sociales en los que se establecía la ausencia de igualdad (en general, entendida con igualdad de acceso), como eran los de las personas con diversidad funcional, las mujeres, los grupos sociales vulnerables y las personas que padecían enfermedades mentales.

Figura 2
Índice de correlación (Jaccard) entre las Categorías Clave y Base.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 3
Tabla de correlaciones cruzadas entre Categorías Base y Clave.

	Accesibilidad	Calidad	Diversidad Funcional	Enfermedades Mentales	Equidad	Género	Grupos Sociales Vulnerables	Igualdad	Inmigración	Personas Mayores	Rural
Accesibilidad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calidad	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversidad Funcional	0,9375	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Mentales	0,75	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Equidad	0,9375	0,9375	0,875	0,6875	1	0	0	0	0	0	0
Género	0,875	0	0	0	0,8125	1	0	0	0	0	0
Grupos Sociales Vulnerables	0,875	0	0	0	0,8125	0	1	0	0	0	0
Igualdad	1	1	0,9375	0,75	0,9375	0,875	0,875	1	0	0	0
Inmigración	0,875	0	0	0	0,8125	0	0	0,875	1	0	0
Personas Mayores	0,75	0	0	0	0,6875	0	0	0,75	0	1	0
Rural	0,75	0	0	0	0,6875	0	0	0,75	0	0	1

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, otras CC coocurrían también con *Igualdad*, como fue el caso de *Inmigración* (0,875), siendo muy habitual que se mencionara la igualdad como uno de los pilares en cuanto a la asistencia sanitaria en relación con el colectivo de personas inmigrantes. Algo similar sucedió -aunque en menor medida- con las categorías *Rural* y *Personas Mayores* (0,75), en ambos casos, coincidiendo con la literatura, expresados como factores de exclusión y de desigualdad.

Además, se dieron otras relaciones con CC, destacando las coocurrencias entre *Equidad* y *Calidad* (0,9375) y también con *Diversidad Funcional* (0,875) y, con una correlación algo menor, *Enfermedades Mentales* (0,6875). Esto se materializaba en una especial mención a los colectivos señalados al hablar de equidad. Estas correlaciones fueron similares a las detectadas entre *Igualdad* y dichas categorías, destacando que eran menores para todos los casos respecto a *Equidad*.

Y algo similar sucedía con las relaciones entre otras CC y *Equidad*, coocurriendo cuando se codificó el texto en las categorías *Género* (0,8125), *Grupos Sociales Vulnerables* (0,8125), *Inmigración* (0,8125), *Personas Mayores* (0,6875) y *Rural* (0,6875) [además de la ya mencionada con *Igualdad* (0,9375)]. De nuevo, en todos los casos con correlaciones inferiores a las existentes entre dichas categorías e *Igualdad*, que resultó ser el principal CB en cuanto a potencia de coocurrencia.

Por último, resaltó la coocurrencia entre *Equidad* (fila) y *Accesibilidad* (columna), con un índice del 0,9375, arrojando un nivel de coocurrencia similar al de *Accesibilidad* e *Igualdad* (1).

DISCUSIÓN

Como primer hallazgo, se enfatiza el uso prácticamente indiferente de los términos referidos a las CB *Equidad* e *Igualdad*, a los que se

añade, con grado de indistinción semejante, la CB de *Accesibilidad*. Es decir, los planes ponen en evidencia una confusión entre los conceptos referidos, coherente, eso sí, con la meta que se tiene respecto a la equidad en salud en España: lograr un mejor y mismo acceso para toda la población. Lo expuesto se visibiliza en los planes con expresiones como “*igualdad/ equidad de acceso*”, “*equidad/igualdad en la calidad de la atención*” o “*reducir las inequidades/desigualdades en salud para los colectivos con Diversidad Funcional/Enfermedades Mentales*”.

Así, la categoría *Igualdad* es la que destaca y ejerce de prisma a través del cual interpretar la implementación de las políticas sanitarias en España. Es también relevante cómo la CB *Equidad* asume un papel casi ornamental en los planes, aflorando al referirse a los principios a observar, para luego hacer referencias breves al mismo con escaso contenido o desaparecer del plan. Esto implica que es más habitual encontrar su mención aparejada a otras categorías y no al revés, dado que equidad no constituye una categoría que pueda denominarse “principal”, sino que opera, más bien, de forma latente o complementaria, contrariamente a lo esperado. La tercera categoría clave, *Accesibilidad*, a pesar de desempeñar a priori un papel complementario, posee una gran importancia. Adjetiva a las restantes, determinando la forma de interpretarlas, materializándose como igualdad de acceso: mismo acceso para una misma calidad o una calidad accesible para todas las personas por igual (entre otras).

En lo que concierne a la importancia de estas menciones para el conjunto de los planes, este estudio coincide con literatura precedente sobre desigualdad e inequidad en salud en España^(20,21,28,31), cuya vigencia, a la luz de los resultados obtenidos, se mantiene fuera de toda duda, reiterando la idea de continuidad respecto a años anteriores.

Los datos recopilados obligan a rebajar las expectativas sobre la importancia concedida en los planes a esta cuestión, con una falta de abordaje de algunos temas considerados capitales por la bibliografía, como pueden ser la situación laboral y el entorno socioeconómico^(20,28,29,30) o el factor género^(15,16).

En esencia, los planes sostienen la promoción de la igualdad o equidad en el acceso a los servicios sanitarios y a la calidad de las prestaciones, resaltando, además, políticas para colectivos concretos en la búsqueda de un igual acceso para personas con diversidad funcional, que padecen enfermedades mentales, que se encuentran en situación de riesgo social o vulnerabilidad, o para las mujeres (con el trasfondo de la violencia de género).

Además, del análisis también se desprende que las categorías *Immigración*, *Personas Mayores* y *Rural* figuran asociadas a *Accesibilidad e Igualdad*, pero no a la inversa, indicando su menor relevancia para el conjunto de las autonomías y denotando su importancia en zonas concretas. Esto último es especialmente importante en el caso de las personas mayores, teniendo en cuenta el conjunto de la demografía española y los retos que supone.

Este conjunto de conclusiones permiten afirmar que los planes no se alinearían con la visión sostenida por Sen y Nussbaum^(6,7,8,10) sobre la igualación de capacidades básicas. Si bien cabe admitir que en algunos planes se menciona la necesidad de mejorar las condiciones socioeconómicas, como puente para permitir ese acceso al bienestar que mejore la salud general de la población, tal premisa no se encuentra más que aisladamente y no forma parte de las categorías de análisis, al no ser una prioridad en los planes. En cambio, se confirma que el paradigma principal presente en los planes de salud autonómicos es el de la accesibilidad.

Las limitaciones del estudio están vinculadas al carácter innovador del método aplicado y a la extracción sincrónica de la información de los planes de salud. Es decir, la novedad del análisis efectuado comporta, por una parte, falta de comparabilidad con estudios realizados con métodos análogos, si bien, como se ha explicado en el apartado Material y métodos, se trató de paliar dicha falta de comparabilidad en lo posible. Por otra parte, la muestra seleccionada impide una lectura longitudinal. No era el objeto de esta investigación, pero sería importante adoptar ese enfoque para tratar de detectar en la evolución de los planes posibles cambios de perspectiva, más allá de la panorámica que aquí se presenta.

Además, es una limitación propia de la muestra el hecho de que esta aproximación sea puramente teórica y solamente referida a un país, si bien la arquitectura administrativa y competencial podría llevar a hablar de diecisiete sistemas diferenciados (se recuerda que una limitación añadida al estudio es el hecho de no haber podido disponer del Plan General de Salud de la Comunidad de Madrid para su análisis).

A partir de la información recabada, se pretende establecer un marco para verificar si la implementación de dichos planes avanza más allá del acceso en aquellas autonomías en las que éste es el paradigma imperante⁽⁵⁾, o bien si se cumple en las comunidades autónomas que hacen un mayor hincapié sobre la equidad en general. Futuras investigaciones podrían cuestionar la rendición de cuentas y el control de calidad de los planes, considerando tanto sus contenidos como su cumplimiento y vigencia, cuestiones no abordadas en esta investigación.

En ese sentido, junto con la idea de capital social como vehículo de equidad⁽⁶⁰⁾, es importante resaltar el papel de los actores clave y su forma de adaptar las orientaciones estratégicas

que suponen los planes, si se pretende seguir el paradigma de la OMS imperante desde la carta de Ottawa^(11,18,60). En esa línea, se constataría la necesidad de herramientas como las guías NICE (en especial, la referente a la participación comunitaria), que asumen el valor de que todos los organismos y asociaciones involucrados en la salud deben participar en su diseño y toma de decisiones. Se contribuiría, así, a un mayor y mejor encaje de las políticas de salud, lo que a su vez repercutiría en una mejora de la equidad sanitaria^(61,62), un enfoque que parece que en España, como en otros países, todavía no es lo suficientemente sustantivo⁽⁶³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beckfield J, Bambra C, Eikemo TA, Huijts T, McNamara C, Wendt C. An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Soc Theory Heal*. 2015;13(3-4):227-44.
2. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press; 1990.
3. Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev salud Pública*. 2008;10:72-82.
4. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Heal Serv*. 1 de julio de 1992;22(3):429-45.
5. Cernadas Ramos A. *La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades*. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.
6. Sen A. Capability and well-being. En: Nussbaum M, Sen A, editores. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press; 1993.
7. Sen A. Equality of What? En: McMurrin S, editor. *Tanner Lectures on Human Values, Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
8. Nussbaum MC. Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Fem Econ*. 1 de febrero de 2003;9:33-59.
9. Nussbaum MC. *Women and Human Development* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. Disponible en: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511841286>
10. Nussbaum MC. *Creating capabilities*. Harvard University Press; 2011.
11. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud: Implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003 [citado 27 de agosto de 2019];9(1):113-26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe [Internet]. Stockholm; 1991. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
13. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam salud pública* [Internet]. 2002;11:302-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es#ModalArticles
14. Mock-muñoz de Luna CJ, Vitus K, Torslev MK, Krasnik A, Jervelund SS. Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status – a systematic review. *Scand J Public Health* [Internet]. 29 de junio de 2018;1403494818779853. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494818779853>
15. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C *et al*. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* [Internet]. 18 de mayo de 2004;18:36-46. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-sensibilidad-genero-formulacion-planes-salud-articulo-13061993>
16. Obón-Azuara B, Gasch-Gallén Á, Gutiérrez-Cía I, Tomás-Aznar C. Políticas sanitarias, perspectiva de género y diversidad afectivo sexual: ¿una asignatura pendiente? *Atención Primaria* [Internet]. 3 de agosto de 2019; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671930349X?via%3Dihub>

17. World Health Organization. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region [Internet]. Denmark: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1999. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
18. Marmot M, Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. 2007;370(9593):1153-63.
19. World Health Organization. Working towards achieving the Sustainable Development Goals: a WHO toolkit [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274261>
20. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26:182-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200017&nrm=iso
21. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid; 2010.
22. Technical Committee for the priority of the Spanish Presidency. Reducing health inequalities and monitoring social determinants of health in the European Union: a priority of the Spanish Presidency of the European Union 2010. *Eurosurveillance* [Internet]. 2010;15(27). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.15.27.19612-en>
23. Fiuza Pérez MD, Aguiar Rodríguez JF, Monzón Batista N. Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SEESPAS 2010. *Gac Sanit* [Internet]. 1 de diciembre de 2010;24:37-41. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111000258X>
24. Stegeman I, Costongs C, Needle C. The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health Equity in the EU [Internet]. European Commission; 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2bJcg3X>
25. World Health Organization. Qué son las inequidades sanitarias? [Internet]. Conceptos clave. p. 2. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
26. Moyano-Santiago MA, Rivera-Lirio JM. El enfoque de sostenibilidad en los planes de salud de las comunidades autónomas: el desarrollo sostenible como oportunidad. *Gac Sanit* [Internet]. 1 de mayo de 2016;30(3):172-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116300024>
27. Marshall D, Pyron T, Jimenez J, Coffman J, Pearsol J, Koester D. Improving public health through state health improvement planning: a framework for action. *J Public Heal Manag Pract* [Internet]. 2014;20(1):23-8. Disponible en: https://journals.lww.com/jphmp/fulltext/2014/01000/Improving_Public_Health_Through_State_Health.8.aspx
28. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E *et al*. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit* [Internet]. 2005;19:277-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400002&nrm=iso
29. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2008;22(5):465-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Núñez RT, Lorenzo IV, Arjona DR, Alcazo TL, Navarrete MLV. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2010;24(2):115-e1-115e7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v24n2/original3.pdf>
31. Hernández-Aguado I, Cesteros MS, Esteban PC. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SEESPAS 2012. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26:6-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120000052>
32. Bardin L. Análisis de contenido. 2a Edición. Madrid: Ediciones Akal; 1996.

33. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas Individuo y Soc* [Internet]. 2008;2(1):53-82. Disponible en: <https://www.psico-perspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>
34. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2006;15:679-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&nrm=iso
35. Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*. 2o Edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc; 2004.
36. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publ. 1967.
37. Mayring P. *Qualitative Content Analysis*. *Forum Qual Sozialforsch / Forum Qual Soc Res* [Internet]. 30 de junio de 2000;1(2). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
38. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Beyond constant comparison qualitative data analysis: Using NVivo. *Sch Psychol Q*. 2011;26(1):70-84.
39. Mays N, Pope C. *Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research*. *BMJ*. enero de 2000;320(7226):50-2.
40. Richard S. L'analyse de contenu pour la recherche en didactique de la littérature. Le traitement de données quantitatives pour une analyse qualitative: parcours d'une approche mixte. *Rech Qual* [Internet]. 2006;26(1):181-207. Disponible en: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/srichard_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/srichard_ch.pdf)
41. Táboas-Pais MI, Canales-Lacruz I, Rey-Cao A. Proyecto POLCOR. Análisis de las políticas deportivas en los programas electorales. *Rev Int Sociol* [Internet]. 2 de marzo de 2017;75(1). Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/663/797>
42. Ahlgren P, Jarneving B, Rousseau R. Requirements for a cocitation similarity measure, with special reference to Pearson's correlation coefficient. *J Am Soc Inf Sci Technol*. 2003;54(6):550-60.
43. Bouchard M, Joussemme AL, Doré PE. A proof for the positive definiteness of the Jaccard index matrix. *Int J Approx Reason*. 1 de julio de 2013;54(5):615-26.
44. Consejería de Igualdad Salud y Políticas Sociales. *IV Plan Andaluz de Salud* [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/41144.html>
45. Gobierno de Aragón. *Plan de Salud de Aragón 2030* [Internet]. 2018. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
46. Consejería de Salud de las Illes Balears. *Plan Estratégico de la Consejería de Salud de las Illes Balears 2016-2020* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?codi=3437194&coduo=11&lang=es>
47. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, Servicio Canario de la Salud, Unidad de Planificación Estratégica Participación y Cooperación Internacional. *Plan de salud de Canarias 2016-2017: Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
48. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *Plan de Salud de Cantabria 2014-2019* [Internet]. 2013. Disponible en: <https://saludcantabria.es/index.php?page=PlanSalud2014-2019>
49. Junta de Castilla-La Mancha. *Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. El modelo de Castilla-La Mancha. Compromiso de Futuro* [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.mindbank.info/download_file/4558/8f07a3bf1ba1398a624b35dd9a23cd5e34a20a4f

50. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>
51. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla de salut 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. [Internet]. 2016. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/
52. Generalitat, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020) [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=4022&Opcion=SANMSPLAN4PLANSALUD&MenuSup=SANMS501&Seccion=SANPSPLAN4SALUD&Nivel=2>
53. Gobierno de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/detalle-contenido-estructurado/plan-de-salud-de-extremadura-2013--2020?refMenu=350>
54. Xunta de Galicia, SERGAS (Servizo Galego de Saúde). Estrategia SERGAS 2020 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Estratexia-Sergas-2020>
55. Gobierno de la Rioja, Rioja Salud. III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019. Dar prioridad a las personas [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/noticias/4957-iii-plan-de-salud-de-la-rioja-2015-2019>
56. Servicio de Investigación Innovación y Formación Sanitaria, Departamento de Salud. Plan de Salud 2014-2020 [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm
57. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud. Políticas de Salud para Euskadi 2013 - 2020 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/politicas-de-salud-para-euskadi-2013-2020/web01-s2osa/es/>
58. Consejería de Servicios y Derechos Sociales, Consejería de Sanidad. Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2018-2021 [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2018/04/2018_04_10-FINAL-Plan-sociosanitario.pdf
59. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de 2010-2015 de la Región de Murcia [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=144972#>
60. Pacquiao DF, Douglas M. Social pathways to health vulnerability: Implications for health professionals. Springer; 2018. 257 p.
61. López-Sánchez MP, Alberich T, Aviñó D, Francés García F, Ruiz-Azarola A, Villasante T. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit [Internet]. 2018;32:32-40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301614>
62. MSCBS, IACS, FEMP R. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud [Internet]. Madrid; 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Guia_Participar_ganar_salud.pdf
63. Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, Reveiz L. Incorporación de equidad en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017;41:e126-e126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31384259>