

# PROGRAMA

## CONSEJO ASESOR DE SALUD PÚBLICA Subcomité de Métricas de Responsabilidad

21 de julio de 2021

8:00 a 9:30 a. m.

Únase a la reunión de ZoomGov

<https://www.zoomgov.com/j/1601161415?pwd=Tmd1dHhXcGppd0VHOSStZY3lOKy80dz09>

ID de la reunión: 160 116 1415

Código de acceso: 848357

(669) 254 5252

### Objetivos de la reunión

- Aprobación de las minutas de la reunión de junio
- Analizar y hacer recomendaciones para las responsabilidades del sistema de salud pública a través de las métricas de responsabilidad
- Analizar las oportunidades para alinear Healthier Together Oregon y las métricas de responsabilidad de la salud pública

**Miembros del subcomité:** Cristy Muñoz, Jeanne Savage, Kat Mastrangelo, Olivia Gonzalez, Sarah Poe, Sarah Present

**Personal del Oregon Health Authority (OHA):** Sara Beaudrault, Kusuma Madamala

---

8:00 a 8:10 a. m.	<b>Bienvenida y presentaciones</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida a los nuevos miembros del comité</li><li>• Aprobación de las minutas de junio</li><li>• Actualizaciones de miembros del subcomité</li></ul>	Sara Beaudrault, Oregon Health Authority
8:10 a 8:40 a. m.	<b>Responsabilidad del sistema de salud pública</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar la <a href="#">Política de Revisión y Procedimiento de Equidad Sanitaria</a> del PHAB</li><li>• Analizar y hacer recomendaciones para las responsabilidades del sistema de salud pública</li><li>• Revisar los cambios en los criterios de selección de medidas para garantizar la responsabilidad</li></ul>	Todos
8:40 a 9:20 a. m.	<b>Healthier Together Oregon</b>	Christy Hudson, Oregon Health Authority

---



# Subcomité de Métricas de Responsabilidad

## Compromisos del grupo

- Estar comprometido.
- Expresar su verdad y escuchar la verdad de los demás.
- Esperar y aceptar que no se llegue a un cierre.
- Experimentar molestias.
- Expresar y justificar la dinámica de poder.
- Dar opiniones y dejar lugar a otros.
- Mantener confidencialidad.
- Reconocer las intenciones, pero centrarse en el impacto: *ouch/oops*.
- Mantener la calma ante los desafíos de trabajar en un espacio virtual.
- Recordar nuestra interdependencia e interconexión.
- Compartir la responsabilidad del éxito de nuestro trabajo en conjunto.

Subcomité de Métricas de Responsabilidad del Consejo Asesor de Salud Pública (Public Health Advisory Board, PHAB)

Plazo para debates y proyectos de 2021

Abril	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar el documento preliminar y los compromisos del grupo</li> <li>- Escuchar un resumen de los requisitos estatutarios de las métricas de responsabilidad y la modernización de salud pública</li> </ul>
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay reunión</li> </ul>
Junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalizar el documento preliminar</li> <li>- Analizar los resultados de la modernización de la encuesta y cómo aplicarlos a las métricas de responsabilidad de salud pública</li> <li>- Analizar los criterios de selección de medidas</li> </ul>
Julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar y hacer recomendaciones para las responsabilidades del sistema de salud pública</li> <li>-</li> <li>- Analizar <i>Healthier Together Oregon</i> y su relación con la responsabilidad del sistema de salud pública</li> <li>- Continuar desarrollando criterios para la selección de medidas</li> <li>- Comenzar la revisión de medidas de resultados de salud medioambiental y enfermedades contagiosas</li> </ul>
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalizar los criterios de selección de medidas (proyecto)</li> <li>- Continuar la revisión de medidas</li> </ul>
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar la revisión de medidas</li> </ul>
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar la revisión de medidas</li> </ul>
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalizar las recomendaciones de medidas</li> <li>- Aprobación final del PHAB</li> </ul>
2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar trabajando para identificar métricas de responsabilidad de salud pública para áreas programáticas adicionales, incluidas medidas de desarrollo.</li> <li>- Desarrollar métricas de responsabilidad de salud pública para 2022</li> </ul>

## CONSEJO ASESOR DE SALUD PÚBLICA Subcomité de Métricas de Responsabilidad

16 de junio de 2021

8:00 a 9:30 a. m.

**Miembros del subcomité presentes:** Jeanne Savage, Kat Mastrangelo, Olivia Gonzalez, Sarah Present

**Miembros del subcomité ausentes:** Sarah Poe

**Personal del Oregon Health Authority (OHA):** Sara Beaudrault, Kusuma Madamala

---

### **Bienvenida y presentaciones**

Sara B. dio la bienvenida a los miembros del subcomité y repasó el orden del día.

Sarah P. sugirió que se revise la composición del subcomité y si se deben reclutar más miembros.

Sara B. dijo que actualmente hay cinco miembros: tres miembros del Consejo Asesor de Salud Pública (Public Health Advisory Board, PHAB) y dos socios comunitarios. La Autoridad de Salud de Oregón (Oregon Health Authority, OHA) está tratando de reclutar un socio comunitario adicional. Por lo general, los subcomités del PHAB han tenido alrededor de cinco miembros, lo cual es lo suficientemente pequeño para hacer avanzar el trabajo, pero puede suponer una carga para un número reducido cuando otros miembros del grupo no pueden reunirse.

Kat aclaró que el subcomité hace recomendaciones y profundiza en los temas, pero no toma decisiones.

Sarah P. dijo que sería beneficioso asegurarse de que hay un administrador de salud pública local que pueda unirse, ya que la salud pública local tiene la responsabilidad de estas métricas. Dado que Sarah Poe es administradora del sector sanitario, es posible que esta necesidad ya exista.

El acta de abril fue aprobada por unanimidad.

Sara B. mostró los acuerdos del grupo y recordó a los miembros que estos son para el uso del subcomité.

---

---

---

## **Estatuto del subcomité**

Sara B revisó los cambios realizados en las métricas después de la reunión de abril, que incluían:

- Actualización de la lista de partes interesadas;
- Se agregaron proyectos para desarrollar nuevas métricas y hacer recomendaciones para compartir información con las comunidades.
- Se ha añadido un punto fuera del ámbito de aplicación, que consistía en el desarrollo de métricas para grupos distintos de la salud pública.

Sarah P. recomendó utilizar un término distinto a la métrica "de desarrollo" que puede asociarse al desarrollo infantil. Sara B. realizará este cambio.

Los miembros del subcomité acordaron considerar el estatuto completo por el momento. Se puede actualizar según sea necesario.

---

---

## **Modernización de la encuesta**

Kusuma ofreció un resumen. La modernización de las encuestas comenzó con dos sistemas de recopilación de datos, la Encuesta de Supervisión de los Factores de Riesgo en el Comportamiento (Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, BRFSS) y la Encuesta de Adolescentes Saludables de Oregón. Ambas son utilizadas por el Estado y a nivel nacional, y abarcan los comportamientos de riesgo, los comportamientos de protección y los resultados en materia de salud. Para la BRFSS se realiza una sobremuestra racial y étnica cada pocos años. La encuesta es costosa y larga, carece de estimaciones para las zonas geográficas más pequeñas y existe la preocupación por la representatividad debido a la falta de compromiso de la comunidad. El equipo de Kusuma colaboró con cuatro equipos de proyecto: un grupo de latinos, un grupo de negros/afroamericanos, un grupo de indios americanos/nativos de Alaska convocados a través de la Northwest Portland Area Indian Health Board y un grupo de isleños del Pacífico. Los tres primeros grupos examinaron los datos de la encuesta que ya se recopilan, revisaron las brechas e identificaron las áreas que podrían mejorarse. Estos equipos también proporcionaron una recopilación de datos adicional para empezar a llenar las brechas. El grupo de las islas del Pacífico llevó a cabo un proceso de recopilación de datos. Al mismo tiempo, otros miembros del equipo de Kusuma estaban probando algunos métodos innovadores de recopilación de datos. Esos resultados se integrarán con los de los equipos del proyecto en un informe final.

Kusuma compartió algunos temas clave de las revisiones de datos relacionados con:

- Tamaño de la muestra pequeño. Incluso con las sobremuestras raciales y étnicas, se plantearon dudas sobre la representatividad.
- Preocupación por los contenidos sanitarios.
- Falta de contexto relevante en la recopilación de datos.
- Las preguntas deben ser procesables y la forma en que se recopilan los datos lo impide.
- Necesidad de integrar otras fuentes de datos para contar lo que ocurre.
- Interseccionalidad.

---

---

Kusuma compartió las recomendaciones preliminares de los equipos del proyecto. Cuando las encuestas no preguntan, entienden o mapean las posibles razones de los resultados sanitarios, los datos no son procesables. Si no son procesables, no podemos responsabilizarnos como organismos de salud pública.

- Reconocimiento de que la integridad científica se ve comprometida cuando la comunidad no participa en la recopilación y el análisis de datos, y en la forma de utilizarlos.
- Las preguntas sobre el comportamiento, cuando se presentan sin contexto, trasladan la responsabilidad a los individuos y dejan a las instituciones fuera de juego.
- Representa de forma errónea las experiencias de las personas.
- La equidad debe ser un punto de partida en el diseño de las encuestas.
- Las preguntas y los datos resultantes deben ser procesables para impulsar cambios en las políticas y los programas.
- Es necesario incluir en los proyectos tiempo y recursos para el desarrollo de las relaciones.
- Recopilación de datos a largo plazo, compensada y guiada por la comunidad.
- Aprendizaje a partir de la Encuesta de Salud de California.
- Integrar el liderazgo de la comunidad en el desarrollo, análisis y uso de la encuesta.

Kusuma animó a los miembros a que, a la hora de pensar en las métricas de rendición de cuentas, reflexionen sobre la fuente de datos, qué recopila quién, cómo se comparten esos datos y quién es responsable del progreso. Se hizo eco de la necesidad de contar con datos procesables.

Jeanne pidió un ejemplo de datos procesables o de datos que las comunidades quisieran que se conectaran.

Kusuma puso un ejemplo de absentismo escolar. En la OHT, que ahora se llama Encuesta de Salud del Estudiante, solo se centra en el absentismo y no en la vida cotidiana de por qué un estudiante se ausenta. Hay una falta de contexto significativo. ¿Cuáles son las razones que impiden a alguien hacer algo y cómo se puede trasladar a la política? Un elemento importante es la integración con otras fuentes de datos.

Sarah P. expresó su gratitud por este proyecto y por la forma en que se presenta la información. Ve un camino a seguir para la aplicación de las recomendaciones. Puso un ejemplo del entorno construido y explicó las funciones de la sanidad pública local en materia de salud medioambiental. La financiación actual se destina a los trabajos de reglamentación. Hay poca o ninguna financiación para el trabajo no reglamentario. Y aunque muchas LPHA (Autoridades de salud pública) están dispuestas a lanzarse a este trabajo con socios comunitarios, la falta de financiación es un problema. En un momento en el que estamos pendientes de las métricas que afectarán a la próxima ronda de financiación de la modernización de la sanidad pública, este debate es realmente oportuno.

Sarah P. señaló que Kusuma mencionó los indicadores de salud mental. Sarah P. está explorando las métricas de cómo los jóvenes se ven afectados por el cambio climático, y sugirió que este subcomité podría tenerlo en cuenta como un área de estudio de la salud mental y el cambio climático.

---

---

---

---

Kat dijo que la parte de integración es la que más le llama la atención. La mera presentación de una estadística no sirve de nada si no hay conexiones más amplias. A medida que el subcomité se adentra en los criterios, puede haber oportunidades para mostrar las disparidades de una manera más práctica. También dijo que algunos de los temas que se discuten ocurren a nivel de la ciudad o de parques y recreación, y preguntó cuál es la responsabilidad de la autoridad de salud pública local para trabajar en estos niveles de administración.

Olivia está de acuerdo en que es necesario hacer conexiones e integrar los datos. Dijo que es importante construir a partir de las unidades familiares porque la educación y los cambios comienzan allí. Puso como ejemplo la prevención del tabaquismo, que debe empezar en las propias comunidades y familias, e incluir entornos como bibliotecas, iglesias, parques y escuelas.

Sara B. preguntó si hay alguna otra información que el subcomité quisiera para apoyar el trabajo de éste.

Sarah P. preguntó si los socios comunitarios de la modernización de las encuestas seguirán trabajando juntos.

Kusuma respondió que los líderes del equipo de modernización de encuestas planean reunirse de nuevo con los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública para dar tiempo a la discusión y a los próximos pasos.

Jeanne dijo que está trabajando en pro de la equidad en el espacio de las organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO), en particular para reelaborar la forma de utilizar los datos para informar las decisiones y reestructurar las encuestas para recopilar e interpretar los datos de manera diferente. De cara al futuro, ¿estará esta subcomisión abierta a desechar las métricas que se adoptaron anteriormente para buscar métricas significativas para las comunidades?

Sara B. respondió que esta es una buena pregunta. El subcomité tiene una ardua tarea al trabajar en la identificación de métricas ahora, incluso cuando el trabajo de mayor alcance sigue evolucionando con el tiempo. El trabajo de este subcomité será reiterado. Es posible que el trabajo del próximo año no lo abarque todo en la modernización de las encuestas, pero habrá oportunidades para seguir mejorando.

Jeanne dijo que la gran pregunta es: ¿a quién debemos rendir cuentas? Tenemos que asegurarnos de que el trabajo lo refleje.

Kusuma dijo que la modernización de las encuestas consiste en cuestionar la fuente de datos y la forma en que se recopilan, cómo se presentan y comparten los datos, y cómo estamos midiendo el progreso que da lugar a la responsabilidad.

---

---

---

---

## Proyectos del subcomité

Sara B. revisó el cronograma provisional de los resultados. Señaló que este cronograma no es inamovible y debe seguir evolucionando.

Sara B. dijo que las áreas de discusión de las métricas este año deberían centrarse en las enfermedades transmisibles y la salud ambiental, ya que son las áreas financiadas a través de la modernización de la salud pública. En julio, invitará a Christy Hudson, coordinadora del Plan Estatal de Mejora de la Salud, para que hable sobre *Healthier Together Oregon* y oportunidades de ajuste.

Sara B. dijo que, idealmente, este año tendremos medidas para las enfermedades transmisibles y la salud ambiental. Hay oportunidad de hablar de nuevas medidas que deben elaborarse con el paso del tiempo.

Sara B. señaló que el subcomité podría añadir tiempo para debatir a quién debe rendir cuentas el sistema de salud pública.

Jeanne se mostró de acuerdo y también sugirió que se incluyera la responsabilidad en el estatuto. Dijo que la sanidad pública es responsable ante todos los habitantes de Oregón. Dadas las raíces racistas de Oregón, es importante dar prioridad a la rendición de cuentas a las comunidades de color que se han visto perjudicadas por el racismo sistémico.

Sara B. dijo que añadirá un debate sobre la responsabilidad para la reunión de julio.

Sarah P. sugirió no finalizar los criterios de selección de las métricas hasta después de un debate sobre la responsabilidad.

Olivia preguntó si los datos y resultados de la encuesta están disponibles para los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública (Public Health Advisory Board, PHAB).

Kusuma respondió que esto está disponible y que estamos encantados de proporcionarlo.

Kat preguntó si se han programado todas las reuniones de los subcomités.

Sara B. respondió que las reuniones del subcomité deberían estar en el calendario para los terceros miércoles de cada mes, y confirmará que están programadas hasta el final del año.

Olivia comentó que no puede asistir a la reunión de julio y preguntó si la reunión de julio se puede reprogramar para la semana anterior.

Sara B. dijo que enviaría otros posibles horarios de reunión para la semana anterior. Si el subcomité no puede acordar una nueva fecha, mantendremos la fecha y hora de la reunión original.

---

---

---

---

Jeanne señaló que debe haber tiempo para escuchar a las comunidades y a los expertos en la materia.

---

---

### **Criterios de selección de medidas**

Sara B. revisó el proyecto de criterios de selección de métricas. El cuadro que se presenta es una adaptación de los criterios utilizados anteriormente por este subcomité, para *Healthier Together Oregon*, y para las métricas de incentivos de las organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO).

Kat dijo que le gustaría incluir la situación del seguro en la categoría de "promueve la equidad sanitaria". También sugirió que se incluyeran los criterios de los datos de las zonas censales o de los distritos de referencia de Medicare (Atlas de Salud de Dartmouth). La observación a nivel de condado no muestra los matices dentro de las fronteras de los condados.

Sarah P. señaló los retos que plantean los números limitados y cómo podríamos abordar la transmisibilidad como parte de los criterios. Queremos ser capaces de observar a las comunidades con números reducidos sin informar de números reducidos que pongan en peligro la privacidad.

Kusuma respondió que si la métrica de la responsabilidad se centra en las políticas de acción que describen lo que se está haciendo en la fase inicial para aliviar las desigualdades, esto puede evitar los problemas con los números reducidos. El equipo de Kusuma escuchó a los socios de la modernización de las encuestas que los números reducidos no deben impedirnos examinar los datos.

Kat respondió que disponer de datos a nivel de tramo censal que muestren las disparidades es más factible para llevarlos a los planificadores e impulsar el cambio.

Sarah P. noted that actionable metrics focused on policies may not be reportable by race, ethnicity, etc and this should be incorporated into the definition. Sugirió que no todas las métricas pueden ser a nivel individual y preguntó si las políticas pueden ser las medidas.

Kusuma y Sarah P. se mostraron a favor de considerar cómo las políticas accionables pueden ser las métricas evaluadas.

Jeanne preguntó si se podía añadir a esta categoría para incluir los objetivos del PHAB en materia de equidad sanitaria. Señaló que esta categoría es muy pasiva en cuanto a la recopilación de datos, y le gustaría ver un lenguaje más activo para las métricas accionables para erradicar el racismo. Los miembros del subcomité estuvieron de acuerdo con esto.

Sarah P. dijo que para la categoría "relevante para la comunidad", le gustaría que se incluyera en ella el hecho de que las comunidades hayan podido hacer aportaciones a las métricas.

---

---

---

---

Jeanne dijo que esto podría cambiarse por "la medida está impulsada por por la comunidad/la perspectiva local".

Sara B. preguntó si hay un lugar en estos criterios de selección para incluir la integración de los datos a través de las fuentes de datos y garantizar que las métricas sean procesables.

Jeanne sugirió que las métricas deberían estar directamente conectadas con las políticas que el PHAB ha identificado que deben cambiar para dismantelar las políticas existentes que son inherentemente racistas.

Sara B. señaló que este será un gran debate el próximo mes junto a *Healthier Together Oregon*.

Kat señaló una conexión con la seguridad pública y específicamente con las fuerzas del orden.

Sara B. también se refirió a los comentarios anteriores de Olivia sobre la necesidad de garantizar que el trabajo se base en las familias y las comunidades, porque es ahí donde se produce el cambio.

Sara B. actualizará el documento y lo llevará a la reunión de julio.

Kusuma sugirió cambiar "la voz de la comunidad" por "el liderazgo de la comunidad". Los miembros del subcomité apoyaron este cambio.

---

---

### **Tarea del subcomité**

Sarah P. se ofreció a proporcionar la actualización del subcomité en la reunión del PHAB del 17 de junio.

Sara B. enviará opciones para reprogramar la reunión de julio.

---

---

### **Comentario público**

No se proporcionó ningún comentario público

---

---

### **Aplazar**

Se suspende la reunión del subcomité.

---

---

## **Antecedentes**

El Consejo Asesor de Salud Pública (PHAB), establecido en ORS 431.122, actúa como el ente responsable de la salud pública gubernamental en Oregon. El PHAB responde al Consejo de Políticas de Salud de Oregon (OHPB) y hace recomendaciones al OHPB sobre el desarrollo de políticas y metas de salud pública en todo el estado. El PHAB se compromete a centrar la equidad y utilizar las mejores prácticas para informar sus recomendaciones al OHPB sobre las políticas necesarias para abordar los asuntos de salud prioritarios en Oregon, incluidos los determinantes sociales de la salud.

## **Definición de equidad sanitaria**

Oregon contará con un sistema de salud que cree equidad sanitaria cuando todas las personas puedan lograr su bienestar y potencial de salud total y no se vean perjudicadas por su raza, origen étnico, idioma, discapacidad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre las comunidades o identidades, u otras circunstancias determinantes a nivel social.

Lograr la equidad sanitaria precisa la colaboración continua de todas las regiones y los sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales, para abordar los siguientes temas:

- La distribución equitativa o redistribución de los recursos y la energía.
- El reconocimiento, la conciliación y la rectificación de las injusticias históricas y contemporáneas.

## **Marco de equidad**

Identificar e implementar soluciones efectivas para promover las demandas de equidad sanitaria:

- Reconocimiento del papel de la opresión histórica y contemporánea y las barreras estructurales que enfrentan las comunidades de Oregon por el racismo.
- Compromiso de una amplia gama de colaboradores que representan diversos sectores y puntos de vista.
- Participación directa de las comunidades afectadas como colaboradores y líderes en las iniciativas de cambio.

## **Liderar con equidad racial**

El racismo es definido por la Dra. Camara Jones como *“Un sistema de estructuración de oportunidades y asignación de valor basado en la interpretación social de cómo uno se ve (lo que llamamos" raza " ), que perjudica injustamente a algunos individuos y comunidades, beneficia injustamente a otros individuos y comunidades y debilita la fortaleza del toda la sociedad a través del despilfarro de recursos humanos”*.<sup>1</sup>

El PHAB reconoce la injusticia racial histórica y contemporánea y se compromete a erradicarla. El PHAB reconoce la historia racista generalizada y la supremacía blanca de Oregon, incluso en su constitución; en la apropiación de tierras de comunidades indígenas; el uso de mano de obra forzada y las leyes que han perpetuado resultados injustos entre las comunidades de color y tribales.

Debido a la historia de racismo de Oregon, el sistema de salud pública, como se describe en la Guía de equidad sanitaria, elige *“Liderar explícitamente, aunque no exclusivamente, con la raza porque las desigualdades raciales persisten en todos los sistemas [en Oregon], incluida la salud, la educación, la justicia penal y el empleo. El racismo está arraigado en la creación y en las políticas en curso de nuestro gobierno e instituciones y, a menos que se contrarreste de otra manera, el racismo opera a nivel individual, institucional y estructural y está presente en todos los sistemas que evaluamos”*.<sup>2</sup>

El sistema de salud pública lidera en el racismo porque las comunidades de color y las comunidades tribales<sup>i</sup> han sido intencionalmente excluidas del poder y la toma

<sup>1</sup> Jones, C. (sin fecha) Racism and health (Racismo y salud). American Public Health Association. Disponible en [www.apha.org/racism](http://www.apha.org/racism).

<sup>2</sup> Health Equity Guide. (2019). Why lead with race. (Guía de equidad sanitaria: Por qué liderar en el racismo) Disponible en <https://theequityguide.org/about/why-lead-with-race/>.

de decisiones. El sistema de salud pública lidera en el racismo como lo describe Government Alliance on Racial Equity: *“Dentro de otras identidades (ingresos, género, sexualidad, educación, capacidad, edad, ciudadanía y geografía) existen desigualdades basadas en la raza. Saber esto ayuda al [sistema de salud pública] a adoptar un enfoque interseccional, al tiempo que menciona siempre el papel que juega la raza en las experiencias y resultados de las personas.*

*Para tener el máximo impacto, el enfoque y la especificidad son necesarios. Las estrategias para lograr la equidad racial difieren de aquellas para lograr la equidad en otras áreas. Las estrategias de “talla única” rara vez tienen éxito.*

*Un marco de equidad racial que tenga claras las diferencias entre el racismo individual, institucional y estructural, así como la historia y la realidad actual de las inequidades, tiene aplicaciones para otros grupos marginados.*

*La raza puede ser un problema que impide que otras comunidades marginadas se unan de manera efectiva. Un enfoque que reconozca las formas interconectadas en las que ocurre la marginación ayudará a lograr una mayor unidad entre las comunidades”.<sup>3</sup>*

### **Cómo se logra la equidad sanitaria**

Lograr la equidad sanitaria requiere del compromiso y la creación conjunta de políticas, programas y decisiones con la comunidad para garantizar la distribución equitativa de recursos y poder. Este nivel de participación de la comunidad da como resultado la eliminación de brechas en los resultados de salud entre y dentro de los diferentes grupos sociales.

La equidad sanitaria también requiere que los profesionales de la salud pública busquen soluciones fuera del sistema de salud, como en los sectores de transporte, justicia o vivienda y a través de la distribución del poder y recursos, para mejorar la salud con las comunidades. Al redirigir los recursos que aumentan el daño causado por la supremacía blanca y la opresión hacia servicios y programas que elevan a las comunidades y reparan los daños del pasado, se puede lograr la equidad.

---

<sup>3</sup> Government Alliance on Racial Equity. (2020). Why lead with race. (Por qué liderar en el racismo) Disponible en <https://www.racialequityalliance.org/about/our-approach/race/>.

## **Política**

El PHAB demuestra su compromiso de promover la equidad en salud mediante la implementación de un proceso de revisión de equidad para todos los escritos, informes y proyectos de trabajo adoptados formalmente. Los miembros del Consejo participarán en un análisis de equidad antes de realizar cualquier moción. Además, se espera que todos los presentadores del Consejo aborden específicamente cómo se espera que el tema en discusión afecte las disparidades o la equidad sanitaria. El propósito de esta política es garantizar que toda la orientación y toma de decisiones del Consejo fomente la equidad sanitaria y reduzca el potencial de consecuencias no deseadas que pueden perpetuar las disparidades.

## **Procedimiento**

### *Escritos, informes y proyectos de trabajo del Consejo*

Las preguntas a continuación están diseñadas para garantizar que las decisiones tomadas por el PHAB promuevan la equidad sanitaria. Es posible que las preguntas a continuación no se puedan responder para cada política o decisión presentada ante el PHAB, pero sirven como una plataforma para un debate adicional antes de la adopción de cualquier moción.

Los subcomités o miembros del Consejo considerarán constantemente las preguntas en la herramienta de evaluación mientras desarrollan escritos y proyectos de trabajo para presentar ante todo el Consejo.

Los miembros del subcomité que traigan un escrito revisarán y responderán de forma independiente a estas preguntas. Los miembros del PHAB discutirán y responderán a cada una de las siguientes preguntas antes de tomar mociones o votaciones formales.

Los materiales del personal incluirán respuestas a las siguientes preguntas para proporcionar contexto al PHAB o a sus subcomités:

1. ¿Qué inequidades sanitarias existen entre qué grupos? ¿Qué inequidades sanitarias pretende eliminar el escrito, informe o proyecto del trabajo?

2. ¿De qué manera el escrito, informe o proyecto involucra a otros sectores para encontrar soluciones fuera del sistema de salud, como en los sectores de transporte o vivienda?
3. ¿Cómo participó la comunidad en el escrito, el informe o la política o decisión del proyecto? ¿Cómo impacta el escrito, el informe o el proyecto en la comunidad?

Los miembros del PHAB permitirán que se debatan las preguntas antes de realizar una votación. Las preguntas de revisión deben proporcionarse al Consejo con cada voto.

El personal del OHA estará preparado para responder preguntas y debates como parte del proceso de revisión. Se espera que el personal proporcione antecedentes y contexto para las decisiones del PHAB que utilizarán las preguntas a continuación.

El proceso de revisión del PHAB incluye las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo funciona el escrito, el informe o el proyecto?
  - a. Contribuye a la justicia racial
  - b. Rectifica las injusticias del pasado y las inequidades sanitarias
  - c. Difiere de la situación actual
  - d. Apoya a las personas para que alcancen su máximo potencial en salud
  - e. Asegura una distribución equitativa de recursos y poder
  - f. Involucra a la comunidad para influir en los cambios en su situación sanitaria
2. ¿Qué fuentes de inequidad sanitaria aborda el escrito, informe o proyecto (raza/racismo, etnia, condición social y económica, clase social, religión, edad, discapacidad, género, identidad de género, orientación sexual u otra circunstancia determinada socialmente)?
3. ¿Cómo se utilizarán los datos para verificar el impacto en la equidad sanitaria resultante de este escrito, informe o proyecto?

### Presentaciones al Consejo

El personal del OHA trabajará con los presentadores antes de las reuniones del PHAB para garantizar que los presentadores aborden específicamente lo siguiente, según corresponda:

1. ¿Qué inequidades sanitarias existen entre qué grupos? ¿Qué inequidades sanitarias pretende eliminar el presentador y su trabajo?
2. ¿De qué manera el tema de la presentación involucra a otros sectores para encontrar soluciones fuera del sistema de salud, como en los sectores de transporte o vivienda?
3. ¿Cómo se involucró a la comunidad con el tema de la presentación? ¿De qué manera afecta a la comunidad el tema de la presentación o el trabajo relacionado?
4. De qué manera el tema de la presentación...
  - a. Contribuye a la justicia racial
  - b. Rectifica las inequidades sanitarias del pasado
  - c. Difiere de la situación actual
  - d. Apoya a las personas para que alcancen su máximo potencial en salud
  - e. Asegura una distribución equitativa de recursos y poder
  - f. Involucra a la comunidad para influir en los cambios en su situación sanitaria
5. ¿Qué fuentes de inequidad sanitaria aborda el tema de la presentación (raza/racismo, etnia, condición social y económica, clase social, religión, edad, discapacidad, género, identidad de género, orientación sexual u otra circunstancia determinada socialmente)?
6. ¿Cómo se utilizarán los datos para evaluar el impacto en la equidad sanitaria resultante de este tema de presentación?

### Revisión de políticas y procedimientos

La política y el procedimiento de revisión de equidad sanitaria del PHAB serán revisados anualmente por un grupo de trabajo del Consejo. Este grupo de trabajo también propondrá cambios a los estatutos y reglamentos del PHAB con el fin de centrarlos en la equidad. Los miembros del Consejo debatirán acerca de si la política y el procedimiento han tenido el efecto deseado de mitigar las injusticias,

reducir las inequidades o mejorar la equidad sanitaria para determinar si se necesitan cambios en la política y el procedimiento.

---

<sup>i</sup>El PHAB reconoce que la terminología que las comunidades desean utilizar está evolucionando. El PHAB reconoce la necesidad de actualizar periódicamente el lenguaje incluido en esta política y procedimientos en base a las opiniones de la comunidad.

## Subcomité de Métricas de Responsabilidad

### Criterios de selección de métricas

Julio de 2021, borrador

Propósito: Proporcionar criterios estándar utilizados para evaluar métricas para inclusión en el conjunto de métricas de responsabilidad de salud pública.

Criterios de selección	Definición
Avanzar de manera activa en equidad sanitaria y erradicar el racismo	Las medidas atienden un área donde existen inequidades de salud  La medida es procesable, lo que puede incluir políticas o intervenciones a nivel comunitario
Liderazgo de la comunidad y métricas impulsadas por la comunidad	Las comunidades han brindado información y demostraron apoyo  La medida es de interés desde una perspectiva local  La medida es aceptable para las comunidades representadas en los datos de salud pública
Desagregación de datos	Los datos se informan a nivel de los condados o para desgloses geográficos similares, que pueden incluir zonas de censos o Distritos de remisión de Medicare  Cuando corresponde, los datos se informan por: <ul style="list-style-type: none"><li>- Raza y origen étnico</li><li>- Género</li><li>- Orientación sexual</li><li>- Edad</li><li>- Discapacidad</li><li>- Nivel de ingresos</li><li>- Estado de seguro</li></ul>
Recursos disponibles o con probabilidad de disponer de recursos	Hay fondos disponibles o con probabilidad de estar disponibles  Existe experiencia local de salud pública
Potencial de transformación	La medida es procesable e impulsará un cambio en el sistema

	<p>Existe la oportunidad de integrar los datos en todas las fuentes de datos</p> <p>La medida está en consonancia con las funciones de salud pública esenciales del Manual de modernización de salud pública</p>
Alineación con otras iniciativas estratégicas	<p>La medida está en consonancia con los Indicadores de salud estatales o las prioridades de los planes de mejora de salud estatales o comunitarios, o con otros planes de salud locales</p> <p>La medida es validada a nivel nacional</p> <p>Existen puntos de referencia nacionales u otros indicadores de rendimiento para esta medida</p>
Viabilidad de la medición	<p>Los datos ya fueron recopilados o se ha identificado un mecanismo para la recopilación de datos</p> <p>Datos actualizados disponibles anualmente</p>
Precisión	<p>Los cambios en el rendimiento del sistema de salud pública estarán visibles en la medida</p> <p>La medida tiene la suficiente sensibilidad para capturar la mejora del rendimiento o para mostrar la diferencia entre los años</p>
Responsabilidad del sistema de salud pública	<p>Las autoridades de salud pública estatales y locales tienen cierto control sobre el resultado en la medida</p> <p>La medida comunica con éxito lo que se espera del sistema de salud pública</p>

\*Adaptado de los criterios de selección utilizados anteriormente por el Subcomité de Métricas de Responsabilidad del Consejo Asesor de Salud Pública (Public Health Advisory Board, PHAB) y para selección de indicadores y medidas de Healthier Together Oregon.



# Healthier Together Oregon



ACERCA DE   PRIORIDADES   SOCIOS POTENCIALES   SOCIOS ACTUALES   DATOS

EXPLORE EL PLAN



Nuestro Plan Estatal de Mejora de la Salud 2020-2024 se llama *Healthier Together Oregon*.

Queremos vivir en un estado donde disfrutemos de una vida sana y duradera. Los problemas sociales que afectan la salud son los lugares en los que vivimos, trabajamos, aprendemos y jugamos. Son las causas principales por las que las personas están sanas o no lo están. Esto incluye cosas como:

# Propósito de HTO

- Identificar las prioridades de salud de nuestro estado
- Abordar las desigualdades de salud inaceptables e injustas
- Servir como herramienta para alinear esfuerzos con los socios intersectoriales
- Orientar los planes de mejora de salud comunitarios
- Orientar la política, las prioridades y las inversiones del OHA y otros organismos estatales
- Que sea requisito para la acreditación de salud pública
- Brindar un plan de recuperación equitativo del COVID-19

# Marco de implementación



# Áreas de implementación



**Equidad y  
justicia**



**Comunidades  
saludables**



**Vivienda y  
alimentos**



**Salud  
conductual**



**Familias  
saludables**



**Juventud  
saludable**



**Desarrollo de la  
fuerza de trabajo**



**Tecnología y  
salud**

# Participación de la comunidad

- Encuestas en línea en inglés y español
- Minisubvenciones para organizaciones comunitarias
  - Eastern Oregon Center for Independent Living (Centro de vida independiente en el este de Oregón)
  - Self Enhancement, Inc.
  - Next Door
  - Unite Oregon
  - So Health-E, Oregón
  - Q Center
  - Micronesian Islander Community (de APANO)
  - Northwest Portland Area Indian Health Board
- Otros foros comunitarios

# Participación de la comunidad: fase 1

## Identificación de prioridades

A través de encuestas en línea y minisubvenciones, les pedimos a los miembros de la comunidad que identifiquen cinco prioridades de un total de 14 problemas prioritarios identificados inicialmente. [Aquí encontrará un resumen de esta iniciativa y los resultados.](#) La asociación anterior utilizó estos comentarios para identificar las cinco prioridades del plan actual.

# Participación de la comunidad: fase 2

## Revisión de la estrategia.

A través de las encuestas en línea y las minisubvenciones, les pedimos a las comunidades que proporcionaran comentarios acerca de las estrategias identificadas por los subcomités. En general, las comunidades apoyaron plenamente las estrategias, pero, antes de finalizar, se les realizaron algunas modificaciones y ajustes.

En los siguientes vínculos, se pueden encontrar los comentarios recopilados en las encuestas:

[Sesgo institucional](#)

[Trauma por adversidad y estrés tóxico](#)

[Salud conductual](#)

[Acceso a la atención médica preventiva](#)

[Motores económicos de salud](#)

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Oficina de la Directora de Salud Pública del Estado

# Métricas de Responsabilidad del PHAB y SHIP 2015-2019

Programa fundamental	Métricas de responsabilidad	Plan Estatal de Mejora de la Salud (SHIP) 2015-2019: objetivos prioritarios
Enfermedad contagiosa	Tasas de vacunación a los dos años Tasas de gonorrea	Vacunación a los dos años Tasas de gonorrea
Salud ambiental	Transporte activo Normas sobre el agua potable	
Prevención y promoción de la salud	Adultos que fuman cigarrillos Muertes por sobredosis de opioides	Adultos que fuman cigarrillos Muertes por sobredosis de opioides
Acceso a servicios preventivos clínicos	Uso eficaz de métodos anticonceptivos Visitas dentales para niños de 0 a 5 años	Alumnos de tercer grado con caries en dientes permanentes

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Oficina de la Directora de Salud Pública del Estado

# Indicadores de Healthier Together Oregon

## Indicadores a largo plazo - 16

- A largo plazo, cambios en los resultados
- Identificados por los subcomités
- Identificados según área de prioridad
- Cuatro indicadores adicionales de la Comisión de Política de Alcohol y Drogas (trastornos por consumo de sustancias y muertes relacionadas con el alcohol, el tabaco y otras drogas)

## Indicadores a corto plazo ~ 40

- A corto plazo, cambios en los procesos
- Identificados por los subcomités y el personal del OHA
- Identificados según cada estrategia
- Algunas medidas están en desarrollo

# HTO: indicadores clave

Priority area	Indicator and data source
Institutional bias	Disciplinary Action ( <a href="#">Department of Education</a> ) Premature death/years of potential life lost ( <a href="#">Center for Health Statistics</a> )
Adversity, trauma and toxic stress	Adverse childhood experiences ( <a href="#">National Survey of Children's Health</a> ) Chronic absenteeism ( <a href="#">Department of Education</a> ) Concentrated disadvantage ( <a href="#">American Community Survey</a> )
Behavioral health	Unmet emotional or mental health care need among youth ( <a href="#">Student Health Survey</a> ) Suicide rate (Oregon Vital Statistics) Adults with poor mental health in past month ( <a href="#">Behavioral Risk Factor Surveillance Survey</a> )
Economic drivers of health	Third-grade reading proficiency ( <a href="#">Department of Education</a> ) Opportunity Index economy dimension ( <a href="#">Opportunity Index</a> ) Childcare cost burden ( <a href="#">OSU Oregon Child Care Market Price Study</a> , and <a href="#">American Community Survey</a> ) Food insecurity ( <a href="#">Map the meal gap</a> ) Housing cost burden among renters ( <a href="#">American Community Survey</a> )
Access to equitable preventive health care	Childhood immunizations ( <a href="#">ALERT IIS</a> ) Colorectal cancer screening ( <a href="#">Behavioral Risk Factor Surveillance Survey</a> ) Adults with a dental visit in past year ( <a href="#">Behavioral Risk Factor Surveillance Survey</a> )

# HTO: medidas a corto plazo

- La legislatura de Oregón declara el racismo como una crisis de salud pública (estatutos administrativos de Oregón)
- Clasificación nacional de Oregón en materia de acceso a la banda ancha (Broadband now)
- Porcentaje de niños de 0 a 5 años con acceso a una plaza de guardería (Early Learning Map of Oregon)
- Porcentaje de los alumnos de 11<sup>er</sup> grado que informan que han aprendido sobre relaciones sanas y respetuosas en las escuelas (Encuesta sobre la salud de los estudiantes)
- Propiedad de la vivienda por raza/etnia (Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón)
- Porcentaje de CCO que cumplieron el punto de referencia de mejora del incentivo SBIRT (informes de CCO)
- Porcentaje de proveedores de servicios de salud mental por raza/etnia (OHA – Programa de información sobre el personal sanitario)
- Porcentaje de servicios sanitarios del Plan de Salud de Oregón prestados a través de la telesalud en condados rurales (datos de APAC)

# Posibles ideas de alineación

Programa fundamental	Medidas de HTO
Enfermedad contagiosa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tasas de vacunación a los dos años* (OHA – ALERT)</li><li>• Tasas de gonorrea (OHA – ORPHEUS)</li></ul>
Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje de población con un parque a menos de 10 minutos a pie de su casa (Trust for Public Land)</li><li>• Número de organizaciones comunitarias que se han asociado de manera significativa con las autoridades de salud pública locales, tribales y de la División de Salud Pública (PHD) para aumentar la resiliencia de la comunidad (OHA – Salud ambiental)</li><li>• Porcentaje de representación con pleno derecho a voto de BIPOC-AI/AN en los comités consultivos estatales de elaboración de normas y subvenciones (Departamento de Conservación y Desarrollo del Suelo)</li><li>• Porcentaje de personas que utilizan el transporte activo para llegar a sus trabajos (Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense)</li><li>• Índice de factores que contribuyen a un entorno alimentario saludable (County Health Rankings)</li></ul>

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Oficina de la Directora de Salud Pública del Estado

# Análisis

¿Cómo puede HTO ser una herramienta de alineación en las métricas de responsabilidad de la salud pública?