

TENDENCIAS DE EVALUACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. ACTUALIZACIÓN DEL DEBATE EN LA DÉCADA 2005-2015

Alejandra Milena Valencia González*

María Eugenia Hincapié Zapata**

Gloria Marcela Gómez Builes***

Patricia Eugenia Molano Builes****

Recibido en julio 16 de 2018, aceptado en agosto 06 de 2018

Citar este artículo así:

Valencia González AM, Hincapié Zapata ME, Gómez Builes GM, Molano Builes PE. Tendencias de evaluación en promoción de la salud. Actualización del debate en la década 2005-2015. *Hacia Promoc. Salud.* 2019; 24 (1): 123-137. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.11

Resumen

La promoción de la salud —PS— es un pilar de la salud pública para el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud en sí misma. Sin embargo la evaluación en PS es un campo teórico-práctico con desarrollos incipientes, aunque en permanente construcción. **Objetivo:** Aportar elementos para actualizar el debate sobre evaluación en PS entre los años 2005 y 2015. **Métodos:** Se realizó una investigación documental tipo estado del arte —partiendo de una revisión temática de 23 bases de datos— previa definición de los descriptores conceptuales y comprensivos relacionados con la PS, la evaluación en PS e indicadores positivos en PS. Un total de 49 publicaciones con énfasis en evaluación en PS fueron seleccionadas para el análisis. **Resultados:** Se configuraron tres tendencias de evaluación en PS: evaluación realista dirigida a la valoración de los contextos y teorías que subyacen a la acción; evaluación participativa que destaca la participación de todos los actores implicados en las intervenciones; evaluación de impacto orientada a identificar procesos y resultados tendientes a la efectividad en PS y a la superación de inequidades en salud. **Conclusiones:** Pese al progreso persisten desafíos frente a la evaluación en PS tales como el abordaje desde una perspectiva compleja tanto de las intervenciones como de la evaluación; el desarrollo de modelos de evaluación que permitan el empoderamiento efectivo y la intersectorialidad, así como la problematización de la evidencia como eje orientador de la efectividad en PS.

Palabras clave


Promoción de la salud, evaluación en salud, evaluación de programas y proyectos de salud, estudios de evaluación, participación de la comunidad (fuente: *DeCS*, *BIREME*).



* Enfermera. Magíster en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: alejandra.valencia@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0002-1517-2177.  [Google](https://www.google.com)

** Enfermera. Magíster en Epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: meugenia.hincapie@udea.edu.co.

 orcid.org/0000-0002-7617-8898.  [Google](https://www.google.com)

*** Odontóloga. Doctora en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: gloria.gomez@udea.edu.co.

 orcid.org/0000-0001-6278-753X.  [Google](https://www.google.com)

**** Médica. Magíster en Salud Pública. Candidata a doctora en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: patricia.molano@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0003-4027-5335.  [Google](https://www.google.com)



EVALUATION TRENDS IN HEALTH PROMOTION. UPDATE OF THE DEBATE IN THE DECADE 2005-2015

Abstract

Health promotion (HP) is a pillar of public health for the improvement of living and health conditions. However, the health promotion evaluation is a theoretical-practical field with incipient developments in permanent construction. **Objective:** The objective of this study was to provide elements to update the health promotion evaluation debate between the years 2005 and 2015. **Methods:** A state-of-the-art documentary research was conducted -from a thematic review of 23 databases- after defining the conceptual and comprehensive descriptors related to health promotion, health promotion evaluation and positive indicators in health promotion. A total of 49 publications with emphasis on the evaluation of health promotion were selected for analysis. **Results:** three health promotion evaluation trends were configured: realistic evaluation aimed at assessing the contexts and theories that underlie the action; participatory evaluation that highlights the participation of all the actors involved in the interventions; and impact evaluation aimed at identifying processes and results tending to health promotion effectiveness and overcoming health inequities. **Conclusions:** Despite the progress, there are challenges to the health promotion evaluation such as the approach from a complex perspective of both, interventions and evaluation; the development of evaluation models that allow the effective empowerment and intersectoriality; and the problematization of evidence as the guiding axis of effectiveness in health promotion.

Key words

Health promotion, health evaluation, program evaluation, evaluation studies, community participation (*source: MeSH, NLM*).

TENDÊNCIAS DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE. ATUALIZAÇÃO DO DEBATE NA DÉCADA 2005-2015

Resumo

A promoção da saúde —PS— é um pilar da saúde pública para o melhoramento das condições de vida e a saúde em si mesma. Contudo a avaliação em PS é um campo teórico-prático com desenvolvimentos incipientes, porém em permanente construção. **Objetivo:** Aportar elementos para atualizar o debate sobre avaliação em PS entre os anos 2005 e 2015. **Métodos:** Realizou se uma pesquisa documental tipo estado do arte —partindo de uma revisão temática de 23 bases de dados— previa definição dos descritores conceituais e compreensivos relacionados com a PS, a avaliação em PS e indicadores positivos em PS. Um total de 49 publicações com ênfase em avaliação em PS foram selecionadas para o análise. **Resultados:** Configuraram se três tendências de avaliação em PS: avaliação realista dirigida à valoração dos contextos e teorias que subjazem à ação; avaliação participativa que destaca a participação de todos os atores implicados nas intervenções; avaliação de impacto orientada a identificar processos e resultados tendentes à efetividade em PS e à superação de desigualdades em saúde. **Conclusões:** Pese ao progresso persistem desafios frente à avaliação em PS tais como a abordagem desde uma perspectiva complexa tanto das intervenções como da avaliação; o desenvolvimento de modelos de avaliação que permitam o empoeiramento efetivo e a intersetorialidade, assim como a problematização da evidencia como eixo orientador da efetividade em PS.

Palavras chave

Promoção da saúde, avaliação em saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, estudos de avaliação, participação da comunidade(*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud —PS— ha sido concebida como estrategia, campo de conocimiento, enfoque, corriente metodológica, movimiento internacional, escenario de acción y reflexión, así como práctica social y política (1). Como apuesta de intervención oficial, viene configurándose desde la década de 1980. Para Franco, Ochoa y Hernández (2) la PS es el esfuerzo positivo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad; por ello proyecta sus esfuerzos hacia la transformación de procesos determinantes de la salud de manera tal que se puedan emprender acciones para modificar la estructura social, política y económica contribuyendo así al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los diferentes grupos sociales.

Bajo la mirada institucional, las apuestas de la PS se concretan en declaraciones emanadas a partir de las conferencias internacionales y regionales realizadas en diferentes contextos entre 1986 y 2016. La declaración emblemática es la Carta de Ottawa, en donde se plantea que la PS consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (3). Para el logro de sus objetivos propone: la creación de políticas públicas saludables; ambientes favorables a la salud; el reforzamiento de la acción comunitaria; el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios sanitarios (3).

Sumado a lo anterior, algunos autores incluyen combinar acciones y procesos encaminados a la construcción de capacidades individuales y colectivas saludables (4); de igual manera asumir la intersectorialidad y la participación social como pilares fundamentales de la PS (5). En consecuencia, la PS ha sido considerada una intervención compleja en la medida en que se reconoce como un sistema en el cual sus componentes están en interdependencia y se influyen entre sí; además comprende la complejidad de los contextos de

actuación y de los cambios sociales, de ahí que no sea estandarizable (4, 6).

En este escenario se generan preguntas relacionadas con la efectividad de los resultados e impactos de las intervenciones de PS, así como por los procesos que dan cuenta de la eficacia de sus acciones y que involucran esfuerzos y recursos institucionales — públicos y privados—, comunitarios e individuales, encaminados a mejorar la calidad de vida.

Para esbozar los antecedentes de la evaluación en PS se realizó una revisión a través de las diferentes conferencias (regionales e internacionales) y grupos de trabajo creados para tal fin.

Las conferencias sobre la PS, Ottawa (1986), Adelaida (1988) y Sundsvall (1991), definieron las bases para su comprensión y el desarrollo de sus estrategias sin adentrarse en la pregunta por la evaluación de sus intervenciones (3, 8, 9). Es en la Declaración de Yakarta, en 1997, que se enfatiza en la discusión en torno a la evaluación en PS; logrando consolidar por primera vez un documento guía para su evaluación (7, 10). Posteriormente, en 1998, se constituyó la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables con una especial preocupación por la planificación y la evaluación de espacios saludables en Latinoamérica (7).

En 1999 se constituyó un grupo técnico de evaluación en PS integrado por expertos de diferentes centros colaboradores de OPS, del Centro de Control y Prevención de Enfermedades —CDC— y de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud —UIPES— que resaltaron la necesidad de aclarar lo que sería entendido como evidencia en PS y fortalecer la capacidad para su evaluación. Dicho grupo definió una serie de categorías críticas para la evaluación, a saber: políticas públicas saludables; acción intersectorial; participación social; sostenibilidad y desarrollo e implementación de los Municipios y Comunidades Saludables —MCS—. El énfasis en los MCS se debió a que esta iniciativa había

demostrado una operatividad concreta al combinar diferentes intervenciones, posibilitando un mayor desarrollo en la generación de evidencias desde la sinergia de las cinco acciones estratégicas de la PS (7). Así, con el propósito de avanzar en la propuesta de un modelo de evaluación para la iniciativa de MCS, se logró desarrollar las guías de planificación local participativa; enfatizando en la importancia de contar con un plan de evaluación como parte del proceso de planificación (7).

En la quinta conferencia sobre PS, realizada en México (2000) (11), nuevamente se discutió sobre las evidencias de la efectividad en PS; constatando una tensión entre la propuesta positivista de la evaluación económica y la constructivista de la evaluación participativa, en donde se concluyó que la evaluación debería ser participativa y recurrir a métodos mixtos. Por su parte se reiteró la necesidad de avanzar en la construcción de una guía para orientar la evaluación y la búsqueda de evidencias en PS, en particular para los MCS.

En 2001 el grupo técnico de evaluación de PS se reunió en Guatemala, desarrollando una serie de recomendaciones para los tomadores de decisiones sobre la importancia de invertir en PS y de incorporar estrategias de evaluación. Igualmente trabajó en la elaboración de una guía específica para la evaluación participativa de la estrategia de MCS. En 2002, durante un foro sobre PS realizado en Santiago de Chile, se intercambiaron experiencias sobre la sistematización y la evaluación de la efectividad en PS; discutiendo la evaluación económica como complemento a las Guía de Evaluación Participativa (7). En el mismo año, dicho grupo formalizó en Brasil el “Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina”.

Adicionalmente, en 2002, se publicó un artículo con el objeto de contextualizar el debate de la evaluación en PS y problematizar el tema en lo que respecta a la estrategia de MCS y establecer principios que deberían guiar un proceso evaluativo. Resaltando

que la evaluación no debería ser un ejercicio que busque exclusivamente replicar experiencias exitosas o descartar aquellas que no lo son, sino “por qué tal proyecto es efectivo” o “por qué no es efectivo” en una localidad específica (12).

De igual forma, en 2003, se publicó un estado del arte sobre efectividad en PS en América Latina (13); estudio que evidenció una preponderancia de la evaluación en los componentes de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud, con poca relevancia frente a la promoción de entornos y políticas públicas saludables, y al empoderamiento y construcción de capacidad comunitaria para el control de los determinantes de salud. Este estudio mostró que la región carece de una definición operativa de PS consensuada y que existe el desafío de evaluar no solo los resultados, sino también el proceso de las intervenciones y de construir una visión amplia del concepto de evidencia que abarque la complejidad de la PS.

En 2004 se realizó una reunión en Washington para analizar el progreso frente a la Guía de Evaluación Participativa, de la cual se derivó la propuesta para desarrollar una metodología rápida de evaluación y una guía metodológica para la evaluación económica en PS (7).

La revisión anterior permite identificar que, hasta 2005, se lograron acuerdos frente a la necesidad de implementar metodologías de evaluación cuantitativa y cualitativa al igual que en la complementariedad de la evaluación económica para medir el impacto de la PS (7). De igual manera se definieron unas características propias de la intervención en PS, las cuales deberían ser: empoderantes; participativas; holísticas; intersectoriales; equitativas; sostenibles y multiestratégicas (7). Por su parte el grupo técnico aportó algunos instrumentos de evaluación y concluyó que los enfoques apropiados para la evaluación en PS deberían considerar: (i) la participación de todos los involucrados en todas las etapas del proceso; (ii) el concurso de múltiples

disciplinas y procedimientos para recoger y analizar la información; (iii) el fortalecimiento de la capacidad de los actores para enfrentar las condiciones que afectan su salud y (iv) la naturaleza compleja de las intervenciones en PS (7). Sin embargo sigue abierto el debate frente a qué se considera evidencia en PS y las limitantes de tipo económico, social y político al momento de implementar y evaluar las intervenciones en PS.

La pertinencia académica y social de explorar los desarrollos de hoy, en el campo de la evaluación en PS y de hacer seguimiento a sus intervenciones con mejores herramientas metodológicas y operativas, dieron origen a la investigación documental “Indicadores Positivos en Promoción de la Salud” con el propósito de identificar las corrientes de evaluación que subyacen a los trabajos revisados. La presente publicación tiene como objetivo aportar elementos para la actualización del debate en evaluación en PS entre 2005 y 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación documental de corte cualitativo que permitió rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar fuentes y documentos utilizados como materia prima para el estudio (14). Se realizó un estado del arte, modalidad de investigación documental (14), que tiene como objetivo recuperar sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado en la producción científica más reciente sobre un tema central de estudio (14, 15), que procura realizar una síntesis de ese conocimiento y establece una proyección para su posterior desarrollo (14).

El abordaje metodológico contempló un proceso flexible y comprensivo tanto para el diseño de la investigación como para la selección y búsqueda de información (14), logrando incorporar alternativas emergentes acordes con la reflexión gradual del equipo y con la disponibilidad de la documentación. El rigor de la investigación se mantuvo gracias a

la estandarización de los procesos, así como de categorías conceptuales y comprensivas por parte del equipo de investigación, a la consolidación de criterios de búsqueda y al establecimiento de criterios de análisis para la lectura crítica de las publicaciones.

Antes del proceso de búsqueda se definieron como categorías conceptuales: PS, evaluación en PS e indicadores positivos en PS. Adicionalmente se consideró que las publicaciones deberían contar con un componente explícito de alguna de las cinco líneas estratégicas de la Carta de Ottawa. Sin embargo la búsqueda inicial arrojó pocos resultados con el término indicadores positivos en PS y perdió correspondencia con la conceptualización amplia de PS definida previamente por las investigadoras. Este hallazgo llevó a incluir bases de datos de carácter multidisciplinar y requirió la adición de categorías comprensivas como: desarrollo local; acción intersectorial; calidad de vida; desarrollo comunitario; desarrollo humano; equidad en salud; participación social; participación comunitaria y participación ciudadana; indicadores de salud e indicadores sociales.

De este proceso se concretaron 48 ecuaciones de búsqueda como resultado de los diferentes cruces entre los 4 descriptores de la categoría conceptual evaluación en PS, a saber: evaluación de eficacia-efectividad de intervenciones; evaluación de programas y proyectos de salud; evaluación de impacto en la salud y evaluación en salud; cada uno de estos en combinación con la categoría conceptual de PS y con las categorías comprensivas descritas anteriormente.

Además, como criterios de inclusión, se consideraron: el idioma de la publicación en inglés, portugués y español; la temporalidad entre 2005 y 2015; la relevancia de ciertos artículos o libros que, aunque no cumplieran con la temporalidad, fueron considerados pertinentes por el grupo de investigación para la comprensión de la temática.

Una vez refinada la estrategia de búsqueda se procedió a la selección de las publicaciones en 23 bases de datos (APA PsycNET, BIREME, Cochrane, Dialnet, DOAJ, EBSCO, Embase, HAPI Online, HINARI, JAMA, MedConsult, LILACS, Ovid, Oxford Journals, PubMed, Redalyc, SciELO, ScienceDirect, Scopus, Springer Link, Web Of Science, Wiley InterScience, Wilson Web) y en las páginas de organismos e instituciones internacionales y nacionales relacionadas con la PS (OMS, OPS, Ministerio de Salud y la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaria de Salud de Medellín, ALAMES, CEDETES, Biblioteca Virtual en Salud, UIPES-ORLA).

De la búsqueda y revisión en la literatura científica fueron filtradas 133301 publicaciones. Posteriormente se leyeron los resúmenes para determinar su pertinencia frente a los objetivos, lo que redujo la selección a 301 publicaciones (artículos, libros, capítulos de libros y documentos oficiales). Luego de la lectura crítica de cada texto fueron seleccionadas 81 publicaciones (49 de evaluación en PS y 32 de indicadores en PS). Para la elaboración de este artículo un total de 49 publicaciones fueron revisadas: 4 artículos de opinión; 15 artículos de revisión; 25 artículos de investigación científica con diseños mixtos cualitativos y cuantitativos y 5 documentos/guías metodológicas; los cuales se constituyen en la población objeto para el desarrollo de este estado del arte. Los motivos que llevaron a descartar las publicaciones luego de su lectura crítica fueron: describir metodologías de intervención desde la prevención de la enfermedad y no de la PS; exponer experiencias de PS sin mencionar tipos, metodologías o corrientes de evaluación en PS y considerar que no contribuían de forma relevante a los objetivos de la investigación.

Finalmente los 49 trabajos fueron analizados, ordenando la información en una plantilla analítica previamente estandarizada. La lectura crítica, el

análisis y la síntesis dan cuenta de un enfoque de trabajo integral e integrador de datos dispersos que luego se relacionaron por unidades temáticas comunes que permitieron configurar tendencias de evaluación en PS.

Este estudio salvaguarda los derechos de autor de los diferentes materiales revisados y analizados, teniendo en cuenta el uso de la información solo para los fines académicos de esta investigación. De igual forma cuenta con el aval ético de la Universidad de Antioquia.

RESULTADOS

Para dar cuenta de los avances en evaluación en PS, en la década de interés, se realizó una caracterización descriptiva de las publicaciones por revista e idioma; posteriormente se detalló de manera interpretativa las tendencias centrales que se evidenciaron en el estudio.

En la descripción de las publicaciones se destaca que las organizaciones OMS, CEDETES y Acción Social publicaron el 10 % de los documentos revisados, mientras que el 90 % de los artículos provenían de 26 revistas científicas; de las cuales *Health Promotion International* publicó el 22 %, *Gaceta Sanitaria* el 11 %, *Ciência & Saúde Coletiva* el 7 %, *European Journal of Public Health* el 7 % y *BMC Public Health* el 5 %; 38 % de los artículos restantes fueron publicados de forma dispersa, uno por revista. Según el idioma se publicaron en inglés un 59 % de los artículos, en español el 29 % y en portugués el 12 %.

En lo que respecta a los resultados interpretativos se realizaron asociaciones que por disposición de postulados, métodos y enfoques permitieron agrupar los tipos, metodologías o corrientes de evaluación; configurando tres grandes tendencias, entendidas como las inclinaciones de las publicaciones hacia una forma particular de evaluación, que para el caso son: realista, participativa y de impacto. La evaluación económica, aunque no se configura

como tendencia en esta década, será ampliada dada su vigencia frente al debate de lo que se considera evidencia en la evaluación de la efectividad en PS.

Esta propuesta de agrupar por tendencias, permitió ordenar y relacionar la información más allá de fragmentarla. Sin embargo cabe señalar que la evaluación supone marcos interpretativos complejos en los cuales los límites son borrosos, por lo tanto el hecho de incluir una publicación en una tendencia no indica necesariamente exclusión de otra; debido a que entre ellas comparten interfaces como la contextualización, la participación y la pregunta por la efectividad para el alcance de logros. Las tendencias, por otro lado, a pesar de presentar marcos explicativos generales en algunos casos, se particularizan conllevando a énfasis propios.

Cabe señalar que la mayoría de las publicaciones en un 70 % correspondieron a evaluaciones de impacto, el 18 % a evaluaciones participativas y el 10 % a evaluaciones realistas. El 2 % restante corresponde a un único artículo sobre evaluación económica, hallazgo que muestra su vigencia en el campo de la evaluación en PS.

Tendencia 1. Evaluación realista

Esta tendencia se inscribe en el paradigma realista que se caracteriza por una revisión sistemática que da cuenta de factores del contexto social y político que hacen parte de cualquier intervención y que permiten que esta sea sostenible. Para ello busca comprender cómo y por qué se implementan las acciones para la generación de la salud (16, 17); sintetizar evidencias para explicar por qué las intervenciones pueden o no funcionar, en qué contextos, cómo y en qué circunstancias (18); analizar los mecanismos sociales mediante los cuales las intervenciones en PS producen cambios, comprender las condiciones contextuales necesarias para activar estos mecanismos y desarrollar predicciones de patrones de resultados de acuerdo

con el contexto y los mecanismos implicados (17, 19). Además, en algunas variaciones, busca comprender las teorías causales o explicativas que justifican la utilidad de las actividades de salud y a partir de estas explicar las particularidades de la relación entre procesos y resultados (20). En las publicaciones analizadas, esta tendencia se encuentra como evaluación basada en la teoría y evaluación teórica y realista (20).

Tendencia 2. Evaluación participativa

La intencionalidad de esta tendencia es involucrar a todos los actores que tienen alguna participación en el resultado para tomar medidas y efectuar cambios, lo que indica su contribución hacia el empoderamiento y el cambio social (21). Carneiro (22) expresa que este tipo de evaluación analiza la multicausalidad del proceso salud-enfermedad, la intersectorialidad, la participación social, la sustentabilidad y la utilización de métodos dialógicos. Igualmente comprende un trabajo conjunto en el que los evaluadores colaboran con las personas o grupos que tienen una participación decisiva en términos del control de las decisiones relativas al proceso de evaluación, en la selección de las partes interesadas para la participación y en la profundidad de esta (21).

Caracteriza a esta tendencia la flexibilidad y adaptación de los procedimientos y metodologías al contexto en el que se desarrolla la evaluación; el énfasis práctico que pretende capitalizar los conocimientos existentes; el continuum de la participación de los implicados para producir la información significativa y recibir devolución, especialmente con los beneficiarios de las acciones; el aprendizaje situado en los conocimientos y recursos locales para el fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales para transformar la propia realidad. Asimismo, considera la importancia de la negociación en los conflictos y revisa las relaciones de poder existentes (21, 23, 24).

En el material estudiado se encontraron algunos énfasis particulares, a saber: la evaluación participativa práctica —PPE—, centrada en el apoyo a la toma de decisiones organizativas o de programación y a la resolución de problemas (21). La evaluación participativa transformadora —TPE—, que enfatiza en empoderar a los integrantes de grupos comunitarios con menos poder o que son oprimidos por los grupos dominantes (21). Y la participación y evaluación participativa integral —PEPI— como método que estimula la integralidad del análisis y la participación de los diferentes actores a nivel local, regional o nacional en la planificación y evaluación de las acciones de salud (25). Este proceso refuerza la sinergia entre el Estado y las organizaciones populares.

Otras variaciones de importancia en esta tendencia son: la evaluación comprensiva, la evaluación-sistematización y la evaluación de programas basados en la comunidad; las cuales van en crecimiento porque desafían los enfoques tradicionales de expertos externos buscando involucrar ‘equitativamente’ a las comunidades en los procesos de investigación, fortaleciendo la capacidad local como aporte para equilibrar la investigación y la acción (26-28).

La evaluación comprensiva se caracteriza por la negociación entre las partes que conjuntamente construyen los criterios de evaluación, produce conocimiento local y analiza el balance del poder dado para que todos los participantes tengan voz (27).

La evaluación-sistematización valora mediante la evaluación, los resultados intermedios de la intervención con relación a la aproximación de objetivos y metas establecidas. Mientras que el proceso es valorado mediante la permanente documentación y reflexión sobre la experiencia gracias a un ejercicio de sistematización. Este modelo se constituye en un proceso pedagógico, de intervención popular y participativo (28).

La evaluación de programas basados en la comunidad centra su atención en la participación, el empoderamiento (29) y la capacidad comunitaria (30). Para la participación, considera cinco dimensiones: necesidades; liderazgo; organización; movilización de recursos y gestión. Para el empoderamiento valora los dominios: percepciones de conocimiento; desarrollo de habilidades; autoestima; competencia; autoeficacia; voluntad de participar en acciones colectivas; conexión comunitaria; así como el control sobre decisiones y recursos. Para la capacidad comunitaria tiene en cuenta la identificación de un terreno común, el trabajo cooperativo, el trabajo en toda la comunidad con participación multi-institucional y multisectorial, así como la continuidad del proyecto en el tiempo para el progreso de la comunidad (30). Considera como elementos fundamentales las relaciones inclusivas, armoniosas, cooperativas y la comunicación asertiva; al igual que el empoderamiento, la autodeterminación de la comunidad y la lucha por la justicia social (30). Un elemento dinamizador de esta tendencia es el seguimiento a las coaliciones y redes que, a su vez, se constituyen en un desafío para la evaluación participativa en PS (30).

Tendencia 3. Evaluación de impacto en salud

La evaluación de impacto en la salud —EIS— es “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas por las cuales una política, programa o proyecto puede ser juzgada en cuanto a sus efectos potenciales sobre la salud de una población, y la distribución de dichos efectos dentro de la misma” (31). Se sustenta en la democracia, la equidad, el desarrollo sostenible y la unificación del uso ético de la evidencia. En esta misma línea, la EIS es de carácter predictivo (32) y por lo tanto ayuda a la toma de decisiones y a la aplicación de las propuestas mediante el desarrollo de recomendaciones basadas en la evidencia para maximizar los efectos positivos sobre la salud y

reducir al mínimo los efectos negativos (31, 33-35). La EIS se fundamenta en los principios de la política pública saludable recogida en la Carta de Ottawa y en conceptos de la ciencia política, de allí que se sustenta en un modelo de salud holístico que trasciende el modelo biomédico e incluye los determinantes sociales de la salud (32, 36-38).

De esta tendencia se destaca su carácter multidisciplinario, intersectorial y participativo (32, 34, 39). De igual manera asume la perspectiva de equidad con el fin de reducir las desigualdades sociales en salud (32, 40).

En esta tendencia se identifican: la evaluación de impacto en salud de inequidades; investigación evaluativa de desigualdades sociales; el modelo de análisis de los determinantes del impacto de la política; la evaluación de salud en todas las políticas; la evaluación de efectividad en salud y el multimétodo RE-AIM —*Reach* (alcance), *Effectiveness* (eficacia), *Adoption* (adopción), *Implementation* (implementación) y *Maintenance* (continuidad)—.

En la evaluación de impacto en salud de inequidades hay un interés por la valoración de los potenciales impactos que marcan diferencias en la salud, consideradas evitables e injustas (33).

Por su parte la investigación evaluativa de desigualdades sociales se centra en dar cuenta de la cobertura y magnitud de las desigualdades en los niveles de salud de la población, analizando la determinación social de esas desigualdades para proponer programas que tengan alcance universal y aumenten la equidad en salud (41).

En cuanto al modelo de análisis de los determinantes del impacto de la política, su interés está centrado en comprender el impacto de la implementación de las políticas en PS e influenciar su desarrollo. Para ello propone un modelo analítico basado en cuatro elementos: metas, obligaciones, recursos y oportunidades; las cuales contribuirían de manera

retrospectiva al análisis de las políticas en PS y de forma prospectiva al análisis de su desarrollo (38).

La evaluación de salud en todas las políticas —ESTP— pone su lente en promover que las políticas de todos los sectores tengan un impacto positivo en la equidad, el bienestar y la salud de la población (42).

En lo que respecta a la evaluación de efectividad se busca comprender e interpretar los fenómenos a partir del análisis comprensivo del contexto, el proceso y los resultados; para ello indaga sobre el cumplimiento de los objetivos de la intervención, la magnitud del cambio —si lo hubo, sino el por qué y en consecuencia de qué— y los factores que han contribuido a estos resultados (20, 43). Esta información es clave para formular recomendaciones a los tomadores de decisiones (44). La evaluación de efectividad incluye la evaluación rápida que cumple con las características centrales de comparar y valorar; aunque se realiza en corto tiempo manteniendo la relevancia, validez y oportunidad de la información (44). Finalmente está la evaluación multimétodo RE-AIM, utilizada para evaluar el impacto y la efectividad de las intervenciones de PS en entornos complejos; para ello tiene en cuenta la validez en las dimensiones de alcance, eficacia, adopción e implementación (45, 46).

Como último hallazgo cabe describir la evaluación económica que, aunque no se configuró como tendencia, sigue vigente como estrategia de evaluación al interior del campo de la PS. En este sentido la evaluación económica es orientada al análisis comparativo de alternativas de acción en función de sus costos y de sus consecuencias, algunos tipos pueden ser: el análisis costo-efectividad; costo-consecuencia; costo-utilidad y costo-beneficio (47). Este tipo de evaluación se constituye en un desafío técnico y político sobre cómo respaldar las decisiones para mejorar la salud y el bienestar de la población (47).

DISCUSIÓN

En la producción sobre evaluación en PS en la década 2005-2015 llama la atención que, a pesar del esfuerzo realizado en la década de 1995-2005 para la elaboración de diferentes guías de evaluación por parte del grupo de expertos en evaluación de PS de la OMS/OPS, las publicaciones no reportaron el uso de estas guías y en su lugar se evidenció una preponderancia de las EIS durante la década de estudio. Este hallazgo puede estar relacionado, por un lado, con el llamamiento realizado por la Carta de Bangkok; la cual consideró a la EIS como una herramienta clave para la toma de decisiones en salud (34). Por otro, por el impulso dado a la EIS en países como Australia y Estados Unidos que concentran varios de los expertos en el campo de la evaluación en PS (31, 33, 37, 42, 45, 46); finalmente por el reconocimiento de que las guías pueden ser útiles, pero son insuficientes porque corren el riesgo de perder la dimensión de la complejidad del cambio (30).

En este orden de ideas es relevante retomar algunas pistas que ya habían sido identificadas por diferentes expertos como elementos esenciales de la evaluación de PS tales como la necesidad de una evaluación contextual, participativa, intersectorial, que implementen métodos mixtos y que aborden la complejidad como una dimensión más cercana a la naturaleza de las intervenciones en PS.

En lo que respecta a lo contextual en la evaluación en PS, cabe indicar que en términos generales las tres tendencias hacen mención a la importancia de evaluar el contexto. Sin embargo para el caso de la evaluación participativa se menciona el contexto entendido en términos de lugar o situación donde ocurren las acciones de PS, resaltando la importancia de adaptar la evaluación al contexto sin ahondar en su significado y en sus implicaciones (21, 23, 24). En otro sentido se caracteriza el contexto como ambiguo, en razón de las contradicciones frente a la definición de necesidades y posibles soluciones (27), sin especificar asuntos relacionales de

carácter sistémico y coherentes con el marco de la complejidad que influyen en la toma de decisiones.

Por su parte frente a la tendencia de la evaluación de impacto, a pesar de ser reconocida como una metodología comprensiva capaz de abordar los determinantes sociales de la salud (32, 36-38) y de integrar la salud como parte del desarrollo (34), existen hallazgos divergentes frente a la identificación de la EIS como una herramienta tecnocrática de evaluación insuficiente para integrar elementos de análisis contextual frente a su reconocimiento como un proceso estratégico que comprende el carácter político y relacional del contexto y que logra influenciar el proceso de toma de decisiones políticas que afectan la salud (36, 37). Por último, es de resaltar la evaluación realista como la tendencia que hace un énfasis en la necesidad de incluir el análisis del contexto sociopolítico como una categoría indispensable (17, 33) que amplía el marco explicativo de los cambios que se producen en las intervenciones de PS.

En consecuencia, la evaluación en PS requiere una mayor conceptualización del contexto y de los procesos requeridos para su análisis; trascendiendo el contexto como un espacio estático, delimitado geográficamente e institucionalmente, y ampliando su comprensión como un escenario dinámico donde se tejen relaciones que ponen en juego diferentes roles, valores y normas que influyen y tensionan las intervenciones en PS (20). De igual manera es imprescindible evaluar el grado de implantación de las intervenciones en sus contextos antes de evaluar resultados (17) y reconocer más allá de una técnica el carácter eminentemente político de la evaluación (28).

Otra pista que sigue vigente en el abordaje de la evaluación en PS es su carácter participativo-empoderante (7, 12). En este sentido, aunque las tendencias de evaluación realista y de impacto en salud identifican la pertinencia del carácter participativo de la evaluación (19, 20, 32), también

destacan su incipiente desarrollo (31, 34, 39). Es la tendencia de evaluación participativa la que ha mantenido de manera relevante este eje de reflexión, haciendo explícita la necesidad de involucrar a todos los actores que tienen una participación en los resultados de las intervenciones de PS (21). Esto incluye la valoración de la autoestima y la autorrealización, el liderazgo, la organización, el empoderamiento, la intersectorialidad, el trabajo conjunto y la capacidad comunitaria (21, 23-26, 28, 30) que se entienden como procesos esenciales en la evaluación. Avances significativos en esta materia son las orientaciones al respecto del empoderamiento (29, 30) y la capacidad comunitaria (30), ambas presentadas como dominios a seguir en el proceso de evaluación, así como la pertinencia de incluir la intersectorialidad dentro de esta tendencia evaluativa (25, 30). Sin embargo la intersectorialidad en un contexto fragmentado presenta limitaciones relacionadas con la dificultad de establecer acciones coordinadas (coordinación) que pueden perdurar en el tiempo a pesar de los cambios políticos (durabilidad), demostrando la sostenibilidad de las intervenciones en PS (48).

Pese a la importancia de la participación-empoderante, incorporarla en todas las fases y desde todos los actores implicados en una intervención en PS y su evaluación presenta dificultades como son: el tiempo de duración de ambos procesos; el desgaste de los participantes; la visión instrumental de la participación y la falta de profundidad en los análisis dirigidos que den cuenta del tipo de participación, del por qué y el cómo se da desde los diferentes implicados (49). De igual manera se menciona el peligro de la cooptación institucional de los procesos de participación y el riesgo de acomodación de las personas a un cierto empoderamiento relativo en lugar de continuar retando las jerarquías de dominación (26). En consecuencia, es importante reconocer que evaluar procesos participativos implica tiempo y compromiso (30) y una disposición para ceder

poder y emprender relaciones más horizontales (23) si se quiere desarrollar el potencial transformativo de este tipo de evaluación (25).

Otra huella presente en los estudios analizados es el uso de métodos mixtos: cualitativos y cuantitativos para el abordaje de la evaluación de las intervenciones de PS, que en su gran mayoría evidencian una superación de las discusiones duales frente a los paradigmas, refiriendo la presencia del uso de métodos mixtos en los diferentes abordajes de las tres tendencias sin dejar de señalar que el marco y el diseño metodológico de la evaluación dependerá de los propósitos de la misma (20) y del grado de complejidad que caracteriza la intervención (25). Al respecto, Muñoz (50) destaca que el abordaje mixto enriquece la capacidad de comprender las relaciones entre los procesos y los resultados de la implementación de programas o intervenciones en salud.

Finalmente frente al carácter de la evidencia en PS, aunque los resultados de este estudio no clarifican el panorama, dan algunas pistas frente a la necesidad de profundizar en la definición de la evidencia cualitativa (23) y de crear una carga de evidencia que soporte cadenas lógicas de relaciones sustentadas en la teoría que subyace a las intervenciones de manera tal que contribuyan a establecer atribuciones frente a los resultados en salud (42).

CONCLUSIONES

Frente a las tres tendencias de evaluación en la década de estudio se identifica una continuidad y preponderancia de los estudios de EIS que siguen dando cuenta de la efectividad en PS y que logran incorporar una mirada reflexiva frente a sus alcances, posibilidades y limitaciones. Asimismo, se encuentran avances significativos en términos del uso de métodos mixtos superando la discusión de su pertinencia e incluyéndolos desde un abordaje integral de la evaluación.

Por su parte en el campo de la evaluación de PS persisten algunos desafíos como la necesidad de avanzar en sustentos teóricos más explicativos que logren vincular contextos, mecanismos y resultados en el marco de la complejidad, así como desarrollar modelos efectivos de participación-empoderante e intersectorial tanto para la implementación de las acciones de PS como para su evaluación.

En suma, la evaluación en PS es un campo en construcción donde confluyen diferentes tendencias que en ocasiones se tensionan y en otras se complementan; constituyendo en sí un proceso dinámico de configuración y reconfiguración del carácter técnico, ético y político de la evaluación en relación con el posicionamiento de las diferentes

perspectivas teóricas y epistemológicas al interior de dicho campo.

AGRADECIMIENTOS

Al Comité para el Desarrollo de la Investigación —CODI— de la Universidad de Antioquia por la financiación de la investigación “Indicadores positivos de promoción de la salud” con código 2015-7047 del cual surge el presente artículo. A Ángela Gaviria docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Katherine Hernández y Daniela Londoño enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia, quienes participaron en la fase de búsqueda de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado C. (Org.) Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar; 2006.
2. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Seguro Social y Corporación Salud y Desarrollo; 1992.
3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario: Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.
4. Salazar L. Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Cali: Universidad del Valle; 2009.
5. Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
6. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Salud pública y promoción de la salud. Cali: Universidad del Valle; 2011.
7. Cerqueira MT, Nava FL, de la Torre A. Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
8. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Adelaide: Organización Mundial de la Salud; 1988.
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Sundsvall: Organización Mundial de la Salud; 1991.
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Yakarta: Organización Mundial de la Salud; 1997.
11. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México: Organización Mundial de la Salud; 2000.
12. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. Revista de Saúde Pública. 2002; 36: 638-646.
13. de Salazar L, Vélez JA, Ortiz Y. En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Cali: UIPES; 2003.
14. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta Editores; 2004.
15. González Agudelo EM. Acerca del estado de la cuestión o sobre un pasado reciente en la investigación cualitativa con enfoque hermenéutico. Uni-pluri/versidad. 2013; 13 (1): 60-63.
16. Hahn Severance J. Community health program evaluation using accreditation as a framework. Evaluation & the Health Professions. 2009; 32 (1): 59-68.
17. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O'Campo P. Strengthening the implementation of Health in All Policies: A methodology for realist explanatory case studies. Health Policy and Planning. 2014; 30 (4): 462-473.
18. de Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities Evaluation: Conceptual framework and methodology. Health Promotion International. 2015; 30 (suppl. 1): i8-i17.
19. Pommier J, Guével MR, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. BMC Public Health. 2010; 10 (1): 43.
20. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. Promotion & Education. 2007; 14 (suppl. 1): 16-20.

21. Nitsch M, Waldherr K, Denk E, Griebler U, Marent B, Forster R. Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: A literature review. *Evaluation and Program Planning*. 2013; 40: 42-54.
22. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31 (2): 115-120.
23. Perea O. *Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales*. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social; 2003.
24. Ochoa Acosta EM, Roldán Vargas O. Evaluación de resultados de los comités gestores de las instituciones educativas certificadas por la Secretaria de Salud de Medellín como escuelas saludables. *Rev Salud Pública de Medellín*. 2009; 4 (2): 53-69.
25. De Vos P, Guerra M, Sosa I, del R Ferrer L, Rodríguez A, Bonet M, et al. Planificación y evaluación participativa integral. *Medicina Social*. 2011; 6 (2): 120-133.
26. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. Reclaiming the social in community movements: Perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. *Health Promotion International*. 2011; 26 (2): 226-236.
27. Abma T. Responsive evaluation in health promotion: Its value for ambiguous contexts. *Health Promotion International*. 2005; 20 (4): 391-397.
28. de Salazar L, Díaz C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (3): 545-555.
29. Brandstetter S, McCool M, Wise M, Loss J. Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. *Health Promotion International*. 2012; 29 (1): 70-80.
30. Estable A, Meyer M, Torres S, MacLean L. Challenges of participatory evaluation within a community-Based health promotion partnership: Mujer Sana, Comunidad Sana-Healthy women, healthy communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2006; 21 (2): 25.
31. Povall S, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. *Health Promotion International*. 2013; 29 (4): 621-633.
32. Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Aldasoro E, Calderón C, Zuazagoitia J, Cambra K. La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. *INFORME SESPAS 2010*. *Gaceta Sanitaria*. 2010; 24: 109-113.
33. Harris-Roxas B, Haigh F, Travaglia J, Kemp L. Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: Three case studies. *BMC Health Services Research*. 2014; 14 (1): 371.
34. Bos R. Health impact assessment and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006; 84: 914-915.
35. Scoppetta O. Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. *Universitas Psychologica*. 2006; 5 (3): 695-704.
36. Finer D, Tillgren P, Berenston K, Guldbrandsson K, Haglund BJ. Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden—a feasibility study. *Health Promotion International*. 2005; 20 (3): 277-284.
37. Harris P, Sainsbury P, Kemp L. The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory. *Social Science & Medicine*. 2014; 108: 46-53.

38. Rütten A, Gelius P, Abu-Omar K. Policy development and implementation in health promotion—from theory to practice: The ADEPT model. *Health Promotion International*. 2010; 26 (3): 322-329.
39. Mannheimer LN, Gulis G, Lehto J, Östlin P. Introducing Health Impact Assessment: An analysis of political and administrative intersectoral working methods. *European Journal of Public Health*. 2007; 17 (5): 526-531.
40. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderon C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit*. 2009; 23 (1): 62-66.
41. Drachler ML, Vargas Côrtes SM, Dorneles de Castro J, de Carvalho Leite JC. Proposta de metodologia para seleccionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 461-470.
42. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*. 2014; 29 (suppl. 1): i130-i142.
43. Wagemakers A, Vaandrage L, Koelen M, Saan H, Leeuwis C. Community Health Promotion: A Framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*. 2010; 33: 428-435.
44. De Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. *Guía de Evaluación Rápida*. Cali: CEDETES, Universidad del Valle; 2004.
45. Banfield M, McGorm K, Sargent G. Health promotion in schools: A multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC Nursing*. 2015; 14 (1): 21.
46. Glasgow RE, Klesges LM, Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Vogt TM. Evaluating the impact of health promotion programs: Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Educ Res*. 2006; 21 (5): 688-694.
47. Salazar L, Jackson S, Shiell A, Rice M. *Guía de Evaluación Económica en Promoción de Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
48. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programs: A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*. 2009; 1 (1): 31-36.
49. Greer SL, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*. 2014; 116 (1): 12-17.
50. Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*. 2013. 17 (3): 218-223.