



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

# Orientación Técnica para la elaboración de diagnósticos regionales con enfoque de equidad, con énfasis en la Medición y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud

2018

## Contenido

1. Antecedentes .....	3
2. Objetivos .....	4
Objetivo General .....	4
Objetivos Específicos.....	4
3. Pasos para la medición y monitoreo de desigualdades sociales en salud .....	5
Establecimiento de equipos regionales de desigualdades.....	5
Definición de áreas prioritarias .....	5
Identificación de indicadores salud y sociales .....	6
Identificación de las fuentes de datos en las comunas de cada región .....	6
Levantamiento de la información del país.....	6
Análisis descriptivo de los indicadores.....	7
Medición de desigualdades.....	7
Difusión de estudios de desigualdades .....	10
4. Palabras finales.....	12
5. Referencias.....	13
Anexo 1.....	14

## 1. Antecedentes

El Ministerio de Salud estableció para el periodo 2011–2020 los Objetivos Sanitarios de la Década, definiendo la guía de ruta que orienta el accionar del sector. Con el establecimiento de estos objetivos se persigue mejorar la salud de la población, disminuir las inequidades en salud, aumentar la satisfacción de la población y asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Para esto se configura dentro del Plan Nacional de Salud 9 Ejes estratégicos, correspondiendo el Eje 5 a Equidad y Salud en Todas las Políticas, el cual incorpora como líneas de acción transversales el Monitoreo de Inequidades y la Instalación Enfoque de equidad(1).

A su vez, durante el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece como recomendación potenciar la medición de componentes transversales al plan, sobre todo considerando lo relativo al marco de equidad. En este sentido se hace relevante potenciar el análisis de situación, como parte basal, para la toma de decisiones oportunas y pertinentes a las particularidades de nuestro territorio(2).

Sumado a lo anterior, el trabajo en torno a Evaluación a mitad de periodo de la Estrategia Nacional de Salud, hace imperiosa la necesidad de mostrar los resultados con un análisis de desigualdades en salud, de modo tal de orientar las intervenciones adecuadas a los grupos poblacionales que presentan un daño en salud incrementado por las determinantes sociales.

Considerando la importancia que tiene observar cómo se distribuye la situación de salud de la población, de modo tal que las decisiones que se establezcan tengan una pertinencia y coherencia con el territorio y las características particulares de su población, se determinó el establecimiento de un grupo de trabajo en la División de Planificación Sanitaria, coordinado por el Departamento Estrategia Nacional de Salud, que en apoyo de la Unidad de Análisis de la Organización Panamericana de la Salud, avanzara en la medición y monitoreo sistemático de las desigualdades en salud.

Cabe señalar que este trabajo, en la medida que contribuye a los análisis de situación regional, se relaciona estrechamente con los Diagnósticos Regionales en Salud con enfoque de

Determinantes Sociales y a las acciones que les corresponderá coordinar a las Comisiones Regionales de Equidad y Salud en Todas las Políticas.

En este contexto existen varios espacios de desarrollo en el cual se aborde y emplee la información provista en relación a las desigualdades sociales en salud en las regiones del país. Actualmente a nivel nacional, se construyó un perfil de desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente, está en progreso un informe complementario y una plataforma de visualizaciones, proyectándose en los próximos años replicarlo a nivel regional. En esta línea se considera como fundamental el fortalecimiento de capacidades a los equipos técnicos y apoyo constante en dicho desarrollo. Como parte de esto, se pone a disposición el siguiente documento que tiene el propósito de orientar los pasos a seguir para implementar este trabajo en cada una de las regiones.

## 2. Objetivos

### Objetivo General

- Aportar al cumplimiento del Objetivo Sanitario “Disminuir las inequidades en Salud”, a través de la medición y monitoreo de desigualdades en salud en cada una de las regiones del país.

### Objetivos Específicos

- Medir la magnitud de las desigualdades sociales en salud en cada región del país.
- Monitorear sistemáticamente las desigualdades sociales en salud en cada región del país.
- Aportar evidencia que favorezca la toma de decisiones y focalización de intervenciones en salud

### 3. Pasos para la medición y monitoreo de desigualdades sociales en salud

Para efectos de llevar a cabo el trabajo de medición y monitoreo de desigualdades sociales en salud en cada región del país, se detallan una serie de pasos que van desde la conformación de un equipo de trabajo, pasando por la recomendación de instrumentos para los cálculos de desigualdades, hasta la elaboración de documentos tales como perfiles de desigualdades, informes de desigualdades, etc.

#### **Establecimiento de equipos regionales de desigualdades**

Para el desarrollo del trabajo regional, en lo referido a equidad y salud en todas las políticas, la Comisión Nacional en esta materia ha promovido la constitución de un equipo regional que lleve adelante una serie de acciones con el objeto de subsanar las inequidades en salud en el territorio. Para esto se hace evidente en primera instancia tener información diagnóstica de la situación de salud, en particular de las desigualdades sociales en salud que se presentan.

En cada región del país se constituirá un equipo de trabajo, el cual tendrá la responsabilidad de la medición y monitoreo de desigualdades sociales en salud. Este equipo debe estar en total sintonía con la Comisión regional de equidad y salud en todas las políticas, o bien ser parte integrante de este.

El equipo de desigualdades estará integrado por estadísticos, epidemiólogos y referentes de la Estrategia Nacional de Salud, provenientes de la SEREMI y Servicios de Salud. Este equipo debe tener un responsable que dirija y coordine las actividades que se definan. Los miembros del equipo de desigualdades en cada región serán capacitados en el análisis de datos para la medición y monitoreo de las desigualdades en salud, a través de talleres que el Departamento de la Estrategia Nacional de Salud estará realizando en el primer semestre del 2018.

#### **Definición de áreas prioritarias**

Es importante, como parte inicial del trabajo establecer áreas prioritarias de trabajo o temas de salud que formen parte integrante de las definiciones nacionales, como es el caso de la Estrategia Nacional de Salud, y que a su vez respondan a lineamientos globales como por ejemplo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (3). Estas áreas o temáticas priorizadas deben tener claramente una relevancia local que posicione el nivel de importancia que se le asigne. Entre las

consideraciones a tener en cuenta, esta lo relativo a los años involucrados en el estudio, esto para efectos de la claridad acerca de la información a recolectar.

### **Identificación de indicadores salud y sociales**

En base a las áreas prioritarias identificadas, se debe hacer una revisión de los indicadores relacionadas a ellas, utilizando como base planes y programas vinculados a dichas temáticas.

En complemento a esto, se adjunta listado propuesto por la OPS respecto a indicadores de salud en los ámbitos de salud materno, infantil y adolescente, así como indicadores sociales a emplear en las mediciones de desigualdades (Anexo 1).

### **Identificación de las fuentes de datos en las comunas de cada región**

El equipo de desigualdades tiene que investigar todas las fuentes de datos existentes desde las cuales se pueda obtener información de los indicadores (o proxys de estos indicadores) definidos en el paso anterior para el año más reciente que exista información (o alrededor de ese año) y un período anterior de referencia (5, 10 años previos). Esta información debe estar disponible a nivel comunal para permitir llevar a cabo las mediciones.

### **Levantamiento de la información del país**

Una vez realizados los pasos anteriores, el equipo de desigualdades tiene que crear una única base de datos que contenga todos los indicadores que serán analizados, con los datos correspondientes a los años a estudiar, desagregados a nivel de comunas.

Esta base de datos será analizada por el equipo de desigualdades para limpiar los valores potencialmente equivocados, decidir el tratamiento de valores extremos, describir cada uno de los indicadores y llevar a cabo un estudio de desigualdades.

A su vez se debe crear un diccionario que incluya todos los indicadores con sus definiciones y fuentes de datos desde las cuales son calculados.

## **Análisis descriptivo de los indicadores**

Para los indicadores de salud seleccionados se sugiere:

- Describir valor regional, considerando los cambios ocurridos en los periodos de tiempo analizados.
- Determinar el valor mínimo, máximo, y los percentiles 25, 50 (la mediana) y 75 de los indicadores de salud.
- Generar gráficos de barras para describir la distribución de los indicadores de salud a nivel comunal, en los periodos de tiempo analizados.

## **Medición de desigualdades**

El análisis básico de desigualdades en salud consiste en la comparación de los valores que asume una variable del estado de salud entre dos o más grupos de población estratificados con arreglo a una variable del estado socioeconómico de la misma población (4).

Para el cálculo de las medidas de desigualdades (simples y complejas), se sugiere emplear una herramienta de cálculo en Excel (macro de desigualdades), construida y provista por la OPS, en la cual se deben incorporar los datos de los indicadores de salud, sociales y demográficos a nivel de comunas. Una vez ingresados los datos para los años a analizar (año más reciente y año pasado), se obtienen los resultados de un análisis descriptivo del indicador de salud, las medidas simples de desigualdades (brecha absoluta y relativa) y las medidas complejas de desigualdades (el índice de la pendiente y el índice de concentración). (Descarga macros [desigualdades simples e índice pendiente](#) y [macro índice de concentración](#))

## ***Análisis de brechas simples de desigualdad***

Los índices basados en el cálculo de brechas corresponden a medidas simples para medir desigualdad. En este tipo de medidas se comparan los grupos, habitualmente quintiles, extremos que están definidos según la posición socioeconómica de ellos. Las brechas se miden como diferencia (brecha absoluta) o como cociente (brecha relativa). Este tipo de métricas son de uso habitual y de fácil interpretación, sin embargo, no pueden expresar la desigualdad entre más de dos grupos y no consideran el tamaño de cada grupo(4).

La diferencia es una expresión de la desigualdad absoluta que existe entre los grupos extremos de acuerdo a una condición socioeconómica; esto es, el valor promedio de un indicador de salud en un grupo, sustraído del valor promedio de ese indicador de salud en otro grupo. En tanto el cociente es una expresión de la desigualdad relativa que existe entre los grupos extremos; esto es, el valor promedio de un indicador de salud en un grupo, dividido por el valor promedio de ese indicador de salud en otro grupo. Cuando solo hay dos grupos que comparar, la diferencia y la razón son las dos maneras más directas de medir la desigualdad absoluta y relativa entre ambos(4).

Al realizar un análisis de desigualdades sociales en salud en dos periodos de tiempo, uno analiza si la brecha aumentó o disminuyó, pero además es importante observar si esto se condice con una mejora en los indicadores de salud.

### ***Análisis de medidas complejas***

Las dos métricas complejas más comunes para resumir la desigualdad en salud son: el índice de desigualdad de la pendiente (para evaluar la desigualdad absoluta) y el índice de concentración (para evaluar la desigualdad relativa). Una fortaleza común de ambas métricas es que en su cálculo se incluye la información completa (y no solo de grupos extremos) y una ponderación según el tamaño de la población en cada nivel subnacional utilizado.

El **índice de desigualdad de la pendiente** se usa para mostrar el gradiente de salud a través de todos los niveles subnacionales con un ordenamiento natural (más comúnmente educación o riqueza). El índice de desigualdad de la pendiente representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel más alto de educación o riqueza y aquellos con el nivel más bajo de educación o riqueza, tomando en cuenta la distribución íntegra de la educación o la riqueza, usando un modelo de regresión apropiado. Representa la diferencia en salud entre los niveles subnacionales más bajo y más alto, al tiempo que considera todos los otros en la regresión. Cuando la pendiente de la línea de regresión es plana (horizontal), el índice de desigualdad de la pendiente es 0. Cuando se ordena del más desaventajado al más aventajado, los valores positivos del índice indican que el indicador de salud de interés es más prevalente en el grupo más aventajado, mientras que los valores negativos del índice significan que el indicador de salud es más prevalente en el grupo más desaventajado(4).

El **índice de concentración** es una métrica relativa de desigualdad que muestra el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación o riqueza). Esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de salud entre los más desaventajados o los más aventajados. Dado que la población se ordena de peor a mejor estado socioeconómico, el índice de concentración tiene un valor negativo cuando el indicador de salud —sea un indicador favorable como la cobertura de vacunación contra el sarampión o un indicador adverso como la mortalidad en menores de 5 años— se concentra en los desaventajados (por ejemplo, los pobres o los menos educados); el índice tiene un valor positivo cuando el indicador de salud se concentra en los aventajados (por ejemplo, los ricos o los más educados). De no existir desigualdad, el índice de concentración es 0. Si una sola persona (el subgrupo poblacional más pequeño posible) concentrase 100% de un indicador de salud en una población (la más alta desigualdad relativa teóricamente posible), ello haría que el índice de concentración se aproximase a su valor absoluto máximo o límite, de  $-1$  o  $+1$ . Aunque  $\pm 1$  es el máximo teórico de un índice de concentración, en la práctica los valores absolutos de este índice raramente exceden 0,5; un valor de 0,2 a 0,3 se considera que representa un nivel razonablemente alto de desigualdad relativa(4).

Otra métrica de desigualdad a considerar corresponde al **riesgo atribuible poblacional**, la cual es una medida de desigualdad absoluta y se sustenta en la premisa que la desigualdad podría eliminarse mejorando el nivel de un indicador de salud en la población hasta emparejarlo al del grupo de mejor desempeño. Dicho de otro modo, el riesgo atribuible poblacional muestra la mejora posible si todos los grupos tuvieran la misma tasa que la del grupo de referencia. Esta métrica se puede usar en grupos ordenados y no ordenados y puede considerar grupos de diferente tamaño. En la práctica, el grupo de referencia es típicamente el que exhibe los mejores resultados (por ejemplo, la cobertura más alta de un servicio de salud) o, si los grupos son ordinales, el que ocupa la posición social más alta (por ejemplo, el más rico o más educado). El riesgo atribuible poblacional es una medición útil para explicar la contribución de la desigualdad intra-país al progreso de un país hacia la cobertura universal de salud. La brecha de cobertura de servicios de salud representa la proporción de servicios de salud demandados pero no recibidos: esto es, el incremento de cobertura requerido para alcanzar la cobertura universal. Una brecha nacional más baja indica que un país está más cerca del logro de la cobertura universal (4)

## Difusión de estudios de desigualdades

Una forma simple y didáctica de presentar la información es a través de un **perfil de desigualdades sociales en salud**, el cual contiene solo medidas simples de aquellos indicadores seleccionados para ser parte de esta presentación.

Los criterios de selección pueden ser variados, desde aquellos que contemplan mostrar las mayores desigualdades o por el contrario donde se han observado las mayores reducciones; esta selección será guiada por el propósito que se defina para dicha presentación.

Idealmente se espera no sobrepase 8 indicadores, contemplando que para cada uno de ellos se presentaran tanto las brechas absolutas como relativas.

Como referencia, en la página web <http://estrategia.minsal.cl> pueden encontrar el perfil de desigualdad de salud materna, infantil y adolescente elaborado el año 2017(5).

Como parte central y complemento al perfil se recomienda la elaboración de un **informe de desigualdades sociales en salud** que dé cuenta de manera acabada del trabajo desarrollado en esta materia, aportando antecedentes y metodología clara de cómo se realizó dicho trabajo.

Dicho informe deberá contener al menos las siguientes secciones:

- Portada: indique título del estudio, instituciones a cargo de la realización y año.
- Tabla de Contenidos: señale las principales secciones y contenidos a tratar.
- Introducción: presente una breve introducción de lo que ha motivado el estudio.
- Antecedentes: señale temáticas referidas a equidad, determinantes sociales, situación temáticas de salud y sociales abordadas en el estudio de desigualdad.
- Objetivos: indique objetivos que busca alcanzar el estudio.
- Metodología: señale la selección de temas e indicadores, forma de recolección y/o cálculo de la información, principales fuentes empleadas, medidas de desigualdades empleadas.
- Resultados: presentar los principales resultados obtenidos de acuerdo a los ámbitos de salud analizados, tanto descripción de situación social y sanitaria, como los resultados de desigualdades observados.
- Discusión: profundizar tanto en aspectos de las necesidades y/o oportunidades de medir y monitorear las desigualdades de modo sistemático, así como la situación en particular de las desigualdades reflejadas en los ámbitos de salud en estudio.
- Conclusiones: indicar los principales aspectos que se concluyen del estudio.
- Recomendaciones: entregar recomendaciones que el equipo defina, para efectos de mejorar la medición y monitoreo de desigualdades, así como aquellas que permitan reducir las desigualdades en el territorio en los ámbitos analizados.

Por último, indicar la importancia de contar con plataformas informáticas que permitan presentar de una forma dinámica, automática y atractiva la información proveniente de estudios de desigualdades, por esto se ha trabajado con la OPS en el desarrollo e implementación de una **plataforma de visualizaciones de desigualdades sociales en salud**, que se espera durante el 2018 ampliarla con información proveniente de las regiones con los estudios que se lleven a cabo.

#### 4. Palabras finales

Esperamos que estas orientaciones permitan guiar eficientemente el trabajo vinculado a la medición de desigualdades, que su monitoreo sistemático permita a su vez orientar y favorecer aquellas intervenciones que contribuyan a subsanar las desigualdades en salud injustas y evitables, y que finalmente tiendan a construir una sociedad más sana y justa.

## 5. Referencias

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009.
3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015.
4. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. 2016.
5. Ministerio de Salud. Un Vistazo a las Desigualdades en Salud materna, infantil y adolescente. 2017; Disponible en: <http://estrategia.minsal.cl/perfil-de-desigualdades-en-salud-materna-infantil-y-adolescentes/>

## Anexo 1

Listado indicadores de salud y estratificadores sociales recomendados por la OPS

Razón de mortalidad materna (RMM)
Mortalidad en menores de 5 años
Tasa de mortalidad neonatal
Tasa de mortinatalidad
Tasa de mortalidad general en adolescentes
Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes
Tasa de incidencia de VIH por edad y sexo
Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado
Incidencia de malaria por 1,000 personas
Prevalencia de consumo actual de tabaco estandarizada por edad
Mortalidad en personas 30 a 70 años por cáncer, DM2, enfermedades cardiovasculares y EPOC
Tasa de transmisión vertical de VIH
Proporción de infantes que fueron lactados durante la primera hora de nacidos
Proporción de infantes que tuvieron contacto con un proveedor de servicios de salud durante los primeros dos días de nacidos
Proporción de mujeres que fueron tamizadas para sífilis durante su control prenatal
Porcentaje de niños con diarrea que recibieron sales de rehidratación oral
Porcentaje de niños con cobertura de vacunación completa
Porcentaje de niños que usan mosquiteros con insecticida
Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben tratamiento antiretroviral
Porcentaje de hogares con al menos un mosquitero por cada 2 personas y/o que han recibido aspersion con insecticida en spray durante los últimos 12 meses

Cobertura de tamizaje para cáncer cervical en mujeres 30-49
Prevalencia de emaciación (bajo peso con respecto a la altura)
Tasa de natalidad en adolescentes 10.14 y 15-19 por cada 1,000 habitantes en esos rangos de edad
Número de países con leyes y regulaciones que garantizan a las mujeres de 15-49 acceso a la educación sobre salud sexual y reproductiva
Cobertura de atenciones esenciales en salud (indicador compuesto usando coberturas trazadoras)
Inversión en salud como porcentaje del PIB nacional, financiada por fuentes nacionales.
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud
Porcentaje de población con utilización predominante de combustibles y tecnología limpia
Prevalencia de retraso en el crecimiento (desmedro: baja altura con respecto a la edad)
Necesidad satisfecha de planificación familiar (métodos modernos)
Porcentaje de mujeres de 15-49 que toman sus propias decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva
Porcentaje de niños menores de 5 años que están dentro de los estándares de crecimiento y salud, y se encuentran aprendiendo y con bienestar psicosocial, desagregado por sexo
Tasa de participación en educación de un año previo a la primaria (organized learning)
Tasa de mortalidad atribuible a contaminación intra y extramuros
Tasa de cobertura de vacunaciones clave para la primera infancia: BCG, Tétanos y Hep B
Lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses)
Prevalencia de insuficiente actividad física en adolescentes
Prevalencia de anemia en mujeres de 15-49 años desagregado por pronóstico de embarazo y edad
Proporción de niños entre 6 y 23 meses que reciben una dieta mínimamente aceptable
Porcentaje de mujeres 15-24 con conocimiento básico sobre sus derechos sexuales y reproductivos
Porcentaje de embarazo adolescente *10-14 no estaba incluido
Búsqueda de atención para niños/niñas por sospechas de infecciones respiratorias agudas (IRA)
Cuidado prenatal

Atención de parto por personal capacitado
Porcentaje de Registro de nacimiento
Proporción de niños y jóvenes en: a) 2-3 año de primaria, b)final de primaria, c)baja secundaria con nivel mínimo de lecto-escritura y matemáticas
Porcentaje de la población usando instalaciones sanitarias de manejo seguro incluyendo lavado de manos con agua y jabón
Proporción de mujeres, niños y adolescentes que han padecido violencia
Proporción de la población que está bajo la línea internacional de pobreza, desagregado por sexo, localización, empleo
Porcentaje de la población usando instalaciones sanitarias de manejo seguro para agua bebible
Porcentaje de mujeres 20 a 24 que se casaron antes de los 15 y antes de los 18 años
Proporción de mujeres mayores de 15 que han padecido violencia por compañero íntimo en los 12 meses previos a la encuesta, desagregado por tipo de violencia y edad
Proporción de mujeres 15-49 años que han padecido mutilación genital femenina, desagregada por sexo
Existencia o no de leyes que protegen y previenen la discriminación por sexo
Porcentaje del PIB que se destina a investigación y desarrollo, desagregado por salud SRMNNA
Proporción de países que han realizado un censo en los últimos 10 años, y b) que han alcanzado el 100% de registro de nacimiento y 80% de registro de muerte
Número de países que reportan progreso en la efectividad de marcos de monitoreo multi-actores con el fin de alcanzar los ODS
Índice de gobernabilidad ( <a href="http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports">http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports</a> )
Proporción de indicadores con información desagregada disponible
Proporción de personas 18-29 que experimentaron violencia sexual antes de los 18 años
Proporción de sobrevivientes a violación que recibieron profilaxis de VIH en las 72 horas inmediatas posteriores al evento
Proporción de países que han ratificado tratados de Derechos Humanos relativos a la salud de las mujeres, niños y adolescentes
Índice de respuesta humanitaria ( <a href="http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports">http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports</a> )

Otros indicadores potencialmente relevantes para la región
Densidad de trabajadores de la salud
Distribución de trabajadores de la salud en el medio rural
Profilaxis antiretroviral entre mujeres embarazadas VIH-positivas
% de Parto institucionalizado
Cobertura de pruebas de VIH a mujeres embarazadas
Contenido de la atención prenatal
Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual de riesgo entre adolescentes de 15 a 19 años.
Prevalencia de bajo peso al nacer
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años
Anemia en menores de 5 años
% Maternidad temprana
Tasa de mortalidad infantil
Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito en población de 10-24 años.
Tasa de mortalidad por homicidio en adolescentes

	Constructo	Ejemplo de operacionalización con encuestas de hogares	Ejemplos de operacionalización con diversas fuentes de datos							
<b>Determinantes estructurales</b>	Posición socio-económica	Índice de riqueza	IDH	Índice de calidad de vida	Índice de pobreza multidimensional	PIB				
	Lugar de residencia	Urbano/rural	Porcentaje de población que habita en zonas rurales	% viviendas particulares con acceso internet (pob.12+)						
	Género		Porcentaje de hogares con Jefatura femenina	% de mujeres con empleo remunerado que tienen control sobre sus ingresos	% de población femenina en analfabetismo de 15 a 49 años					
	Etnicidad	% población de alguna minoría	% de la población afrodescendiente	% de población étnica						
	Educación	Nivel educativo de la madre	%pop 15+ con nivel educacional completo	% de alfabetismo	años promedio de escolaridad	Porcentaje de población femenina de 6 + sin educación	NBI educación	Población de 10 o más años analfabeta (%)	Población masculina de 10 o más años analfabeta (%)	Población femenina de 10 o más años analfabeta (%)
	Empleo	tasa de desocupación del jefe del hogar	tasa de desocupación del jefe del hogar							
	Ingreso	Mediana del ingreso del hogar	Índice de riqueza	Consumo per cápita	% de población en pobreza	% de hogares en el quintil de más bajo de bienestar por departamento	NBI total	NBI hacimiento	NBI capacidad de subsistencia	ingreso mediano mensual del hogar
	Cohesión social		Confianza social (encuesta WVS)	Nivel de violencia (contra las mujeres, doméstica)	Nivel de migración	Capital social				
<b>Determinantes intermedios</b>	Condiciones de la vivienda		% población acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua	%población acceso a servicios de saneamiento mejorados	NBI agua	NBI vivienda				
	Seguridad alimentaria		Índice de Seguridad Alimentaria							
	Sistema de salud		Personal de salud por 10.000 hab	cobertura de afiliación de la seguridad social						

