



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **47.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006*

---

*Punto 4.12 del orden del día provisional*

CD47/ INF/1 (Esp.)  
5 septiembre 2006  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### **LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

1. Los marcos conceptuales y los contenidos de las discusiones en salud pública se han ido modificando bajo la influencia de diversos y nuevos factores. Sabemos que para promover la salud, prevenir enfermedades, evitar los daños y reducir discapacidades se requieren políticas públicas que consideren amplios enfoques sociales y económicos. Al mismo tiempo, debemos desarrollar nuestras capacidades para instrumentar las mismas en todos los niveles y con una variedad de agentes y disciplinas. Reducir o eliminar las inequidades en salud debe ser un objetivo común de todos los sectores de los gobiernos y una tarea impostergable para la salud pública y los sistemas de atención y de bienestar de las personas, así como de su entorno físico y social.

2. El marco conceptual de determinantes sociales de la salud aborda las “causas de las causas”. Se refiere a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y a las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto, y que se pueden alterar con medidas fundamentadas<sup>1</sup>. Después del anuncio hecho por el Director-General durante la Asamblea Mundial de la Salud de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en marzo de 2005, en Santiago, Chile. La CDSS pide la renovación de un proceso que se concentre en la importancia de las causas sociales de la mala salud y de las inequidades en salud que prevalecen entre países, dentro de los mismos y en las regiones. En un lapso de tres años, la Comisión sentará las bases de procesos sostenidos para perfilar e integrar los determinantes sociales de la salud en las políticas y prácticas públicas.

3. La Comisión está compuesta por 18 personalidades, cinco de las cuales provienen de la Región de las Américas (el Presidente de Chile, Ricardo Lagos, Monique Bégin y

---

<sup>1</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol. Community Health* 2001; 55:693-700.

Stephen Lewis de Canadá; y David Satcher y Gail Wilensky de los Estados Unidos de América), representando así a todas las regiones. La Comisión reafirma el compromiso de la OMS con los principios fundamentales de la Organización e, igualmente, expresa, su decisión de cumplir con el imperativo moral de la salud pública global para reducir y eliminar las inequidades en salud.

4. La Comisión está examinando enseñanzas históricas, y se aprovecha de los logros alcanzados en épocas anteriores para sustentar la importancia de actuar en los determinantes sociales de la salud con miras a cambiar situaciones como aquellas señaladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

5. El interés de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en acompañar, contribuir y llevar a la práctica enfoques integrados de determinantes de salud es profundo e histórico. Ya en los textos de los documentos relacionados con la Alianza para el Progreso y la Carta de Punta del Este (1961), se manifestaba la voluntad de promover la paz, de crear sociedades más justas y de crear oportunidades para que todos los ciudadanos disfrutaran de los beneficios del desarrollo social, económico y, hoy en día, tecnológico..

6. La OPS fue un actor activo en la definición de los planes decenales de salud de esa época. Luego, la visión e iniciativa de Salud Para Todos (SPT) de la OMS, la cual fue definida en la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y articulada en la Declaración de Alma Ata, consagró a la salud en estas aspiraciones de equidad y justicia social, instándonos a considerar inaceptables aquellas diferencias evitables que se interponen para su logro pleno.

7. La Organización tiene líneas de trabajo afines con el tema; como son el fortalecimiento de los sistemas de análisis y medición, para que incluya la desagregación de datos por sexo, etnia, unidades geográficas y administrativas, lo cual contribuye a mejorar las decisiones que se toman; el fortalecimiento de iniciativas de promoción de la salud, municipios saludables, escuelas promotoras de salud, control y reducción de riesgos del ambiente, salud de los trabajadores; promoción de la seguridad alimentaria, el rol de la salud en las estrategias de reducción de la pobreza, la transversalización del enfoque de género, y el abordaje intercultural de la salud.

8. La consulta regional que se hizo en 2005 reunió una muestra regional de 13 países, agencias de desarrollo, organizaciones de la sociedad civil, científicos sociales y tomadores de decisión, así como de personal de la OMS y de la OPS. La misma presentó una oportunidad para analizar los factores que obstaculizan el desarrollo de la salud y proponer estrategias para una acción intensificada y focalizada en los determinantes de la salud que generan inequidades. El compromiso y la participación de líderes internacionales y nacionales facilitará la viabilidad de muchas de las propuestas de la Comisión, como intervenir en varios niveles del sistema social y de salud y utilizar

enfoques verdaderamente multidisciplinarios para reducir los gradientes de inequidad entre grupos y naciones.

9. El mundo de hoy y del futuro se caracteriza por desafíos enormes (conflictos, guerras civiles, amenazas económicas, sociales, tecnológicas, y biológicas); predomina y crece la vulnerabilidad de las economías, del ambiente y de las sociedades mismas. Se observa también una capacidad frágil por parte de muchos gobiernos para lidiar con estos desafíos. Pero, irónicamente, los problemas crean también oportunidades extraordinarias, las cuales exigirán un pensamiento más creativo y soluciones colectivas para construir un mundo más seguro, más saludable y más pacífico. Los gobiernos, los sectores clave, así como los sistemas de integración regional están conscientes de estos retos y de la necesidad de reducir las brechas entre los grupos.

10. La consulta regional que se realiza es parte de la responsabilidad de la OPS en apoyar el trabajo de la Comisión mediante su diálogo con las autoridades de salud pública. Esperamos que la misma sirva para informar a los gobiernos y a la Secretaría sobre temas relevantes que trata la Comisión y que podrían tenerse en cuenta en la formulación de la Agenda de salud de las Américas y en los planes estratégicos de la Secretaría.

11. La comisión trabajará en tres corrientes amplias: política, científica y social.

- En la corriente política, la Comisión tratará de interactuar con procesos que forman, informan y fortalecen las políticas y prácticas públicas, como es el Consejo Directivo de la OPS; y otros, a diferentes niveles, desde el global hasta el local. Con esto se espera promover la causa y fomentar oportunidades para la acción en instancias normativas, organismos de ejecución, y la sociedad en general sobre los determinantes sociales principales que influyen en la salud.
- En la corriente científica, se han creado redes expertas en temas seleccionados, como son: i) el desarrollo del niño en la primera infancia; ii) la globalización, iii) los entornos urbanos, iv) los sistemas de salud, v) las condiciones de salud pública prioritarias, vi) las condiciones laborales, vii) la exclusión social, viii) la mujer y el género y ix) la medición. La contribución de la Región a las redes y a la difusión de los resultados alcanzados se hará a través de la iniciativa del Foro de Salud Pública de las Américas y de sus subforos como es el de Salud Urbana.
- La tercera corriente se centrará en el trabajo de la Comisión en los países. En la Región se realizará, con el apoyo de la Organización de los Estados Americanos (OEA), una consulta regional con la sociedad civil sobre los determinantes sociales. Esta consulta debe identificar la forma cómo la sociedad civil de la Región contribuirá al trabajo de la Comisión y, al mismo tiempo, cómo podría apoyar a la implementación de las conclusiones de la Comisión, a nivel nacional y

local.

12. Como se puede ver, la OPS acogió la iniciativa mundial, la cual es congruente con sus esfuerzos inquebrantables de proporcionar cooperación técnica en materia de salud y en la aplicación de enfoques integrales e intersectoriales. Es ahora primordial que los miembros del Consejo Directivo manifiesten su opinión al respecto de esta importante iniciativa, e indiquen el nivel de esfuerzo que desean que la Secretaría dedique a la misma.

Anexo



Comisión sobre  
Determinantes  
Sociales de la Salud



Organización Mundial de la Salud



**Informe Final:  
Consulta Regional  
Trabajo de la  
Comisión  
Sobre Determinantes  
Sociales de la Salud**

Washington, D.C., 5 a 6 de julio de  
2005

## INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto, y que se pueden alterar con medidas fundamentadas<sup>1</sup>. Después del anuncio del Director General en la Asamblea Mundial de la Salud de 2004, la Organización Mundial de la Salud lanzó la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud (CDSS), en marzo de 2005, en Santiago, Chile. La CDSS pide la renovación de un proceso que se concentre en la importancia de las causas sociales de la mala salud y las inequidades en salud que prevalecen entre países, dentro de los mismos y en regiones. Por espacio de tres años, la Comisión sentará las bases de procesos sostenidos para perfilar e integrar los determinantes sociales de la salud en las políticas y prácticas públicas.

La Comisión trabajará en tres corrientes amplias:

- el aprendizaje mediante la consolidación, difusión y fomento de la aplicación de conocimientos que demuestren la necesidad imperiosa de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y que sirva de fundamento para las políticas y para las intervenciones eficaces y equitativas sobre esos determinantes;
- la promoción de la causa mediante la determinación y el fomento de las oportunidades para la acción sobre los determinantes sociales principales que influyen en la salud en instancias normativas, organismos de ejecución y la sociedad general; y
- la acción mediante la catálisis y sustentación de los procesos que forman, informan y fortalecen las acciones para integrar los conocimientos sobre los determinantes sociales en las políticas y prácticas públicas.

Con la creación de redes expertas en temas generales importantes se logrará realizar el trabajo de la primera corriente. Los temas generales son: i) el desarrollo del niño en la primera infancia; ii) la globalización, iii) los entornos urbanos, iv) los sistemas de salud, v) las condiciones de salud pública prioritarias, vi) las condiciones laborales, vii) la exclusión social, viii) la mujer y el género y ix) la medición. Se examinarán otros temas a medida que se reúnan los datos científicos. Las tareas de la segunda corriente dependerán de las acciones a escala mundial del Comisionado para crear el liderazgo que influya en los determinantes sociales de la salud por medio de los gobiernos, la sociedad civil, los cuerpos docentes y demás instituciones nacionales e internacionales; mientras que la tercera corriente se centrará en el trabajo de la Comisión en los países.

La Organización Panamericana de la Salud acoge la iniciativa mundial, la cual es congruente con sus esfuerzos inquebrantables de proporcionar cooperación técnica en materia de salud y en la aplicación de enfoques integrales e intersectoriales. La Organización tiene una larga historia de compromiso con la visión y los principios de la salud para todos y la atención primaria de salud, consagrados en la Declaración de Alma-Ata, y en los principios de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

La Reunión Regional de Consulta para la Región de las Américas, cuyo informe final figura en el presente documento, es el segundo evento organizado conjuntamente por la Sede de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tiene en cuenta las diversidades regionales y las prioridades nacionales en los determinantes sociales con miras a que la labor de la Comisión progrese en la Región y los países. Con el tiempo, incorporará los conocimientos y las prácticas relativas a los determinantes sociales en el trabajo con los países y en las políticas y programas nacionales. Esta consulta

<sup>1</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:693-700.

ofrece una oportunidad única de compartir la tarea de la Organización Panamericana de la Salud de combatir las enfermedades y mejorar la salud de la población mediante la aplicación de los enfoques de los determinantes sociales que mejoren la equidad para todos. La primera reunión regional de consulta se celebró en El Cairo, Egipto, sede de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud.

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Una comprensión común del trabajo, la visión y las estrategias de la CDSS y el papel y las funciones institucionales correspondientes.
- Las oportunidades para la participación regional en las redes expertas y en los temas específicos para la Región dentro de los temas de las redes expertas.
- Los Estados Miembros que demuestren interés en participar en el trabajo de la Comisión.
- Un esquema general de actividades, funciones y responsabilidades para traducir el trabajo de la Comisión en acciones eficaces para la Región y los países.

### **Participantes**

Los participantes son los representantes de los gobiernos de los Estados Miembros de la Región de las Américas, los líderes de proyectos nacionales relacionados con los determinantes sociales y la reducción de las disparidades en salud, los profesionales de las ciencias sociales, los investigadores, los académicos, los representantes de los organismos multilaterales e internacionales, la sociedad civil, los Comisionados de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y el personal de la Organización Mundial de la Salud en la Sede y en las oficinas regionales.

### **DISCURSO DE APERTURA EN NOMBRE DE LA OFICINA REGIONAL**

*Mirta Roses Periago, Directora de la Organización Panamericana de la Salud*

Buenos días a todos. Bienvenidos a la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y como la llamamos, la casa de la salud de las Américas. Felicitaciones a los colegas de la Organización Mundial de la Salud, organizadores de esta consulta regional sobre los Determinantes Sociales de Salud, que han trabajado de manera conjunta con nuestros funcionarios y funcionarias, en un real trabajo de equipo para hacer posible este encuentro.

Hoy comienza además el encuentro de los líderes políticos de los países desarrollados del G8 en Edimburgo rodeados del clamor mundial de buscar un abordaje eficaz y urgente a los problemas de la pobreza y las disparidades entre los seres humanos.

El establecimiento de la Comisión compuesta por 18 personalidades, a quienes saludamos, cinco de las cuales provienen de la Región de las Américas (Presidente Lagos de Chile, Monique Bégin y Stephen Lewis de Canadá, David Satcher y Gail Wilensky de los Estados Unidos) representando a todas las regiones reafirma el compromiso del Director General de la OMS, el doctor LEE, con los principios fundamentales de la Organización. Expresa igualmente su decisión de cumplir con el imperativo moral de la salud pública global para reducir y eliminar las inequidades en salud.

Los marcos conceptuales y los contenidos de las discusiones en salud pública se han ido modificando

bajo la influencia de diversos y nuevos factores. Sabemos que para prevenir enfermedades, evitar los daños y reducir discapacidades se requieren amplios enfoques sociales y económicos, al mismo tiempo que debemos desarrollar nuestras capacidades para instrumentarlos en todos los niveles y con una variedad de actores y disciplinas. Reducir o eliminar las inequidades en salud constituye una tarea impostergable para la salud pública y para los sistemas de atención a las personas y al medio ambiente.

El interés de la OPS en acompañar, contribuir y llevar a la práctica enfoques integrados de determinantes de salud es profundo e histórico. Desde los documentos de la Alianza para el Progreso y la Carta de Punta del Este (1961), se manifestó en las Américas la voluntad de los gobiernos de promover la paz, crear sociedades más justas y hacer que las oportunidades para el desarrollo social, económico y hoy tecnológico estuvieran disponibles para todos. La OPS fue un actor activo en la definición de los planes decenales de salud de esa época. Luego, la visión de Salud Para Todos (SPT), definida en la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y articulada en la Declaración de Alma Ata, consagró a la salud estas aspiraciones de equidad y justicia social, y nos ha movido siempre a considerar inaceptables aquellas diferencias evitables que se interponen para su logro pleno. En todos estos momentos, la sociedad en su conjunto se irguió frente a la obscenidad, como decía el Director Carlyle Guerra de Macedo, de las disparidades y la exclusión social.

Mis predecesores abrieron camino temprano en el tema de los determinantes sociales y la equidad en salud. Por ejemplo, el liderazgo del doctor Abraham Horwitz<sup>2</sup> en su pensamiento sobre las relaciones entre salud y desarrollo económico, y quien para demostrar la importancia de esta relación ubicó a un funcionario de OPS, el doctor Abraham Drobny, en el Banco Interamericano de Desarrollo. Sir George Alleyne fue y sigue siendo un luchador por la equidad en salud, y durante su administración se intensificó el desarrollo de los sistemas de análisis y medición de inequidades, se llevaron a cabo múltiples investigaciones y se realizaron publicaciones de importancia (algunos autores de ellas están aquí presentes).<sup>3</sup>

Ustedes escucharán aquí una muestra de los esfuerzos regionales, subregionales y nacionales para utilizar enfoques de determinantes de salud para reducir inequidades. También podrán escuchar una muestra de lo que la Organización ha venido haciendo en este sentido en los últimos años. Líneas tales como el fortalecimiento de los sistemas de análisis y medición, incluyendo la desagregación de datos por sexo, etnia, unidades geográficas y administrativas, para mejorar las decisiones; el fortalecimiento de iniciativas de promoción de la salud, municipios saludables, escuelas promotoras de salud, control y reducción de riesgos en el medio ambiente, promoción de la seguridad alimentaria, el rol de la salud en las estrategias de reducción de la pobreza, la transversalización del enfoque de género y el abordaje intercultural de la salud.

La consulta que iniciamos reúne una muestra regional de 13 países, agencias de desarrollo, organizaciones de la sociedad civil, científicos sociales y tomadores de decisión, así como de personal de la OMS y de la OPS. La misma representa una oportunidad de analizar aquellos factores que obstaculizan el desarrollo de la salud, y de proponer estrategias para una acción intensificada y focalizada en aquellos determinantes de la salud que generan inequidades. El compromiso y la participación de líderes internacionales y nacionales facilitarán la viabilidad de muchas de las propuestas para intervenir en varios niveles del sistema social y de salud, y para utilizar enfoques verdaderamente multidisciplinarios para reducir los gradientes de inequidad entre grupos y naciones.

---

<sup>2</sup> Horwitz A. Relaciones entre salud y desarrollo económico, Boletín OPS Año 38, Vol. XLVII, Agosto 1959; n° 2. Horwitz A. Reflexiones sobre economía y salud. Boletín OPS Año 40, Vol LI, Agosto 1961, n° 2.

<sup>3</sup> PAHO. 2001. Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, D.C: OPS. Publicación Ocasional No. 8.

A pesar de los muchos avances en salud en el mundo y las Américas, hay mucho que hacer todavía para lograr disminuir esos abismales gradientes de salud entre grupos de población, edades, sexo, dentro y entre países. El trabajo de esta Comisión promete apoyar efectivamente estas acciones, y como Organización Panamericana de la Salud los países de la Región abrazan esta iniciativa. Esto se alinea con los esfuerzos sostenidos de cooperación técnica en salud basados en enfoques integrados e intersectoriales, y una larga historia de compromiso con la visión y los principios de Salud Para Todos y de Atención Primaria de Salud contenidos en la Declaración de Alma Ata así como en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En efecto, el reconocimiento de la importancia de la acción intersectorial es un principio esencial de SPT. Hoy en día, las exigencias para lograr el desarrollo regional y nacional de la salud son todavía mayores frente a la globalización y el advenimiento de las tecnologías de información y comunicación que han creado un mundo mucho más interdependiente y a la vez más vulnerable para muchas naciones y grupos. Consecuentemente, el reconocimiento de los determinantes sociales así como de las disparidades en salud debe ir de la mano con el establecimiento de asociaciones fructíferas y efectivas con aquellos actores que comparten los objetivos de equidad, solidaridad y sostenibilidad.

El Compacto del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son compromisos reales de los gobiernos y muchos otros actores. Su énfasis en la reducción de la pobreza, en la salud y en la construcción de alianzas efectivas refleja oportunidades reales para avanzar en la agenda de salud, permitiendo re enfocarnos en dos estrategias de SPT: la articulación intersectorial y la participación comunitaria. Por otra parte, los ODM coinciden con las nuevas prioridades estratégicas y direcciones de la OPS que se refieren justamente a atender los determinantes de salud (social, del medio ambiente y global), proteger la salud como un bien público y un derecho humano, crear una sinergia de actores y asegurar la justicia de la distribución de recursos.

Sabemos que las disparidades que observamos entre áreas geográficas y grupos no pueden ser simplemente atribuidas a los comportamientos de los individuos, pero que otros elementos relacionados con el macro ambiente, tanto ambiental como social, material e institucional juegan un papel sustantivo en definir estas diferencias. La inversión en políticas y programas dirigidos a modificar los determinantes que influyen en la salud contribuirá a reducir las inequidades en salud, puesto que los efectos del ambiente se reproducen y transmiten intergeneracionalmente.

Existen controversias con respecto a los gradientes sociales de la salud, ya que otros elementos además de la riqueza parecen influir en ella, como ser la adscripción de los individuos a clases socioeconómicas. Sin embargo, además de la clase social también sabemos que a mayor desigualdad social, peor será la salud y la esperanza de vida de la población. La equidad es entonces en sí misma, un factor poderoso de cohesión social y por tanto genera y protege la salud de la comunidad.

El mundo de hoy y del futuro es uno caracterizado por desafíos enormes (conflictos, guerras civiles, amenazas económicas, sociales, tecnológicas, biológicas), donde predomina la creciente vulnerabilidad de las economías, del medio ambiente y de las sociedades mismas, así como la frágil capacidad de muchos gobiernos para lidiar con ellas. Pero, irónicamente, los problemas crean también oportunidades extraordinarias que exigirán un pensamiento más creativo y soluciones colectivas para construir un mundo más seguro, más saludable y más pacífico. Los gobiernos, los sectores clave, así como los sistemas de integración regional están conscientes de estos retos y de la necesidad de reducir las brechas entre los grupos.

Por último, es importante no descuidar el papel de los sistemas de salud en el avance de sociedades más justas y equitativas. Por lo tanto, debemos mantener:

- El compromiso político para lograr acceso universal a los servicios de salud
- El reconocimiento de la salud como un derecho humano
- Los fundamentos éticos de los compromisos internacionales
- El reconocimiento del papel y las responsabilidades del Estado para proteger la salud poblacional
- La atención primaria de salud como la estrategia de transformación de los sistemas
- El reconocimiento y seguridad de que la nueva agenda de reformas sectoriales instrumente el fortalecimiento de esfuerzos para reducir inequidades en salud; lograr solidaridad en el financiamiento; orientar las intervenciones hacia las poblaciones, utilizar modelos de atención basados en promoción de la salud y prevención de enfermedades; desempeñar adecuadamente las funciones esenciales de salud pública; lograr el desarrollo integral y sostenido de los recursos humanos, con énfasis en la rectoría y la extensión de la protección social en salud.

Espero que los participantes en esta consulta compartan ideas sobre aquellos determinantes que influyen en la generación o profundización de las disparidades en salud, sobre cómo elegir entre los factores en los cuales debemos intervenir, cuándo, dónde y cómo, cómo incorporar nuevos socios en el trabajo a futuro y cómo la comunidad de salud pública internacional puede influenciar las políticas sociales para reducir estas disparidades que son también inequitativas. Además, esta tarea será objeto de futuras actividades, y por lo tanto será necesario identificar y compartir aquellos ejemplos de políticas, programas e intervenciones llevados a cabo por individuos, comunidades, países y organizaciones que han logrado modificar sustancialmente los determinantes sociales para reducir o eliminar las disparidades/inequidades en salud.

De nuestra parte, considero que el papel apropiado para la OPS en el trabajo de la Comisión es:

- Reconocer nuestra responsabilidad para participar en este esfuerzo global.
- Ser congruentes con las especificidades de la Región para la adecuada diseminación e integración de este enfoque en nuestro trabajo de cooperación técnica, plasmado en el Plan Estratégico, la Estrategia Gerencial y los programas bienales.
- Facilitar, compartir experiencias entre países e instituciones, fortalecer las asociaciones con una amplia gama de actores interesados que comparten los valores de equidad y solidaridad y colaborar con los Estados Miembros en la aplicación de estos enfoques con una perspectiva nacional, subregional y regional, pues consideramos que tanto los riesgos como los beneficios de acciones conjuntas para lograr objetivos comunes son los más eficientes y logran mayores beneficios.

Reitero nuestro interés y compromiso con el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud y estoy segura de la invaluable oportunidad que esta consulta ofrece para compartir el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud para combatir las enfermedades y mejorar la salud de las poblaciones mediante enfoques de determinantes sociales que realcen la equidad para todos. Este evento es un ejemplo más de nuestra convicción de que lograr la salud global conlleva la estrecha colaboración, cooperación y mutuo respeto para aprender de cada uno y lograr objetivos comunes.

## **PALABRAS DE APERTURA EN NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: PRESENTACIÓN DE LOS COMISIONADOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

*Timothy Evans, Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas (EIP/EQH), OMS*

*¿Qué significa determinantes sociales de la salud?* Se han elaborado diferentes modelos para interpretar la influencia que ejercen los determinantes sociales en el estado de salud y en las desigualdades en salud. A continuación figuran algunos ellos, como por ejemplo: el de Dahlgren y Whitehead (1991); el de Diderichsen y Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen; el de Evans y Whitehead (2001); el de Mackenbach (1994); y el de Marmot y Wilkinson (1999). No es forzoso que estas aproximaciones sean mutuamente excluyentes, y los datos fidedignos con que se cuenta revelan lagunas en la incertidumbre con respecto a la validez relativa de los modelos y las relaciones entre ellos. Sin embargo, el análisis de las intervenciones y políticas que abordan los determinantes sociales de la salud exige un marco que indique los orígenes de las inequidades de salud, la relación entre las inequidades y los determinantes sociales y la forma como los diversos determinantes sociales de la salud se relacionan entre sí.

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto, y que se pueden alterar con medidas fundamentadas.<sup>4</sup> Usualmente, los determinantes sociales se han considerado características del individuo, como la red de apoyo social de la persona, sus ingresos o su condición laboral. La población no es solo una colección de individuos. No obstante, las causas de la mala salud se agrupan por características sistemáticas, y los efectos en un individuo pueden depender de la exposición y de las consecuencias para otros individuos<sup>5</sup>, porque los determinantes de las diferencias individuales con respecto a las características dentro de una población pueden ser distintos a los determinantes de las diferencias entre grupos de población<sup>6</sup>.

Conviene distinguir entre dos clases de preguntas etiológicas. La primera busca las causas de los casos, o sea, los determinantes de casos individuales<sup>7</sup>. La segunda busca las causas de la incidencia, o sea, aborda los determinantes de las tasas de incidencia en la población. Por lo tanto, cuando se habla de los determinantes sociales, se busca responder a la pregunta acerca de la manera cómo las causas de los casos se relacionan con las causas de la incidencia<sup>8</sup>. ¿Por qué hay una relación graduada entre la condición social y el estado de salud que afecta a las personas en todos los niveles de la jerarquía social? Los factores que determinan la salud, ¿están mejorando la salud? ¿Es igual para todos? ¿Dónde y para quién están empeorando?

<sup>4</sup> Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*. 1985. 14 (1).

<sup>5</sup> Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. Challenging inequities in health from ethics to action. Oxford University Press 2001.

<sup>6</sup> Marmot M. Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (10): 988 -989.

<sup>7</sup> Los riesgos de la mala salud son, entre otros, la exposición, la vulnerabilidad o la susceptibilidad, en tanto que el acceso a los servicios sanitarios se referiría a la ubicación, idoneidad y asequibilidad. Por último, las consecuencias de la mala salud comprenden la pérdida de ingresos relacionada con el trabajo y los costos afines a la prestación de la atención.

<sup>8</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*. 2001. 55: 693-700.

*Principios en los que se fundamentan las políticas:* La figura ilustra los principios en los que se fundamentan las políticas. Las flechas horizontales marcan los niveles de intervención en los determinantes sociales de la salud. Estos niveles se fijan en relación con las modalidades de las políticas que se pueden o deben aplicar. Por lo tanto, además de determinar los niveles de intervención posibles en los determinantes sociales de la salud, es necesario especificar los principios normativos que sirven de marco a las intervenciones.

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Las flechas verticales señalan cuatro principios normativos esenciales desde el punto de vista de la CDSS. La primera flecha vertical hace hincapié en la necesidad de reaccionar al contexto sociopolítico nacional y regional. Este elemento es básico para formular políticas que se adapten a la capacidad real de los países en desarrollo. La segunda flecha vertical representa el principio de la participación comunitaria en la toma de decisiones; acentúa la función central que tiene la participación de las sociedades civiles en este enfoque. La tercera flecha representa la acción intersectorial. Abarca no solo las políticas y acciones administradas dentro del sector de la salud, sino también la integración de las intervenciones y acciones por otros sectores cuyas metas incluyen aportes a la salud. La cuarta flecha alude a la necesidad de centrarse en las intervenciones eficaces; la acción basada en pruebas científicas y las pruebas científicas para la acción.

*¿Cuál es su importancia?* El panorama de la salud actual es muy complejo. Algunas de las características y tendencias exigen el desarrollo basado en resultados, la expansión de los sistemas de salud sobre todo con programas predominantemente verticales de intervención en enfermedades y una preocupación general por el desempeño insatisfactorio de los sistemas de salud. Es más, las intervenciones seguras, comprobadas y económicas no están llegando a quienes las necesitan. Las personas con necesidades insatisfechas son desproporcionadamente las personas con menores recursos. La situación de demasiadas personas empeora al interactuar con el sistema de salud, y son muchas las personas que pasan por tragedias financieras y empobrecimiento debido a gastos en salud.

*¿Por qué una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)?* La CDSS puede dar mejores resultados porque extraeremos enseñanzas históricas y aprovecharemos los logros de etapas anteriores. Un ejemplo excelente y que sustenta la importancia de los determinantes sociales de la salud es los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se han convertido en el nuevo espacio normativo y ponen de manifiesto el carácter esencial de la salud y de las conexiones intersectoriales que necesita la salud en los ODM; o sea, la acción en los determinantes sociales.

*¿Cómo funcionará la CDSS?* La CDSS funcionará mediante un proceso consultivo amplio para producir orientaciones estratégicas en dos ámbitos. El primero es el de las pruebas científicas como conocimientos para la acción, con prioridad en el aprendizaje en los países en desarrollo y la atención centrada en un número limitado de determinantes. El segundo ámbito es el del liderazgo y la promoción de la causa mediante reuniones, con objeto de captar las experiencias reales de las desventajas sociales y con la sociedad civil como pilar fundamental para lograr la sostenibilidad. El énfasis se colocará en la promoción de la acción en los determinantes sociales de la salud en países que usen o estén interesados en usar un método de determinantes sociales para formular políticas y programas con miras a demostrar, documentar y evaluar las políticas, las prácticas, el liderazgo y la expansión a escala mundial. La CDSS está integrada por líderes de gobiernos, redes expertas, comisionados, el personal de la OMS y las alianzas entre los países "experimentados" que están colaborando con los que comienzan a aplicar el método.

*¿Cuáles son los resultados esperados?* Se puede progresar en un lapso relativamente breve. La visión de la CSDH de un mundo cambiado supone que los determinantes sociales de la salud se incorporarán en la planificación, las políticas, las estrategias y el trabajo técnico de la OMS. Que los determinantes se incorporarán en los procesos de formulación de políticas nacionales y que se consolidarán los conocimientos, y que se aclararán las desigualdades para pasar a la acción. Es más, se colaborará con ciertos países para mejorar la salud y reducir las inequidades.

## **OBJETIVOS DE LA REUNIÓN**

*Cristina Puentes-Markides, Desarrollo Estratégico de la Salud, Políticas y Sistemas de Salud, OPS*

Los objetivos de la reunión figuran a continuación.

- Informar a los Estados Miembros sobre el trabajo iniciado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) establecida recientemente, y acerca de su visión y estrategia general, la formación de redes expertas y las actividades planificadas en los niveles nacional, regional y mundial.
- Intercambiar experiencias acerca del trabajo emprendido en diversos países, en el que se utiliza un enfoque de determinantes sociales, y que se basa en los temas de las redes expertas.
- Determinar y ponerse de acuerdo sobre los campos de trabajo en el contexto de los temas de las redes expertas, y sobre las oportunidades para el trabajo de país.
- Determinar cuáles son los Estados Miembros que tienen un interés especial en el trabajo de la Comisión en áreas específicas.
- Establecer los pasos, los actores y las responsabilidades esenciales para traducir el trabajo de la Comisión en acción en los países y en la Región.

## **Sesión de preguntas y respuestas**

Los discursos de apertura de la Directora de la OPS, Mirta Roses, y el Subdirector General de Pruebas Científicas e Información para las Políticas de la OMS, Timothy Evans, sientan la pauta para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y para esta consulta.

*¿Estamos convenciendo a los que están convencidos?*

La pregunta “¿de qué sirve tratar las enfermedades de la gente si luego tienen que retornar a las condiciones de vida que causaron la enfermedad?” capta la esencia de la finalidad de la CDSS y del conjunto de metas por conseguir. Algunos participantes se preguntaban si al hablar de los determinantes de la salud no se estaba gastando saliva, cuando, de hecho, el reto parece ser si los ministros de salud pueden convencer, y por qué medios, a otros colegas del gabinete, a actores ajenos al sector de la salud y a organizaciones regionales e internacionales acerca de su validez.

La respuesta subrayó que, aunque la relación entre los determinantes y la salud es innegable, no es tan obvio “quiénes son los convencidos”. Las personas del sector de la salud —en particular las que trabajan en programas verticales— pueden no estar convencidas plenamente, como podríamos imaginar. La falta de aptitudes a menudo se convierte en una limitación para el rendimiento de programas y por consiguiente, hay que revisarlas a corto plazo. Se necesita sintetizar bastantes pruebas científicas convincentes y luego distribuirlos. Incluso, algunos colegas podrían tener que adquirir aptitudes nuevas para abordar correctamente

los determinantes de la salud.

### *¿Dónde están las barreras?*

Los Estados Unidos han podido avanzar algo en la educación de las personas; no obstante, se han invertido grandes cantidades de dinero en un sistema que no rinde los resultados deseados, sencillamente porque no se está focalizando en las dimensiones sociales de la salud. Las barreras suelen surgir entre profesionales de la salud, ya que las motivaciones financieras están en el lado curativo del sistema de atención de salud. La educación de las personas acerca de la falta de eficiencia y eficacia podría ser una estrategia, pero también es preciso motivar y superar las barreras relacionadas con otras esferas sociales, como la religión y la cultura.

### *El carácter político del desafío*

Varios participantes reconocieron el carácter político y desafiante de aplicar un enfoque de determinantes de la salud. El trabajo en los gabinetes sigue almacenado en un silo y los departamentos compiten, en lugar de colaborar. Por consiguiente, el éxito exige señales desde la parte superior de la jerarquía política.

La eficacia de las políticas y el éxito a largo plazo dependen de la participación oportuna y del compromiso con un futuro sano para todos de los interesados directos correspondientes. Las experiencias nacionales demuestran que el éxito descansa en pruebas científicas y argumentos eficaces para ejercitar el músculo político y económico del gobierno y más allá. Esto significa establecer alianzas y asociaciones con organizaciones del sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y la sociedad civil, que a menudo tienen un interés en fortalecer la salud pública y los determinantes sociales.

La integración de los participantes con el resto de los esfuerzos en materia de desarrollo social es esencial para un proceso sano y para el futuro social y económico del país. Los participantes fundamentales tanto del gobierno y como ajenos al mismo deben sentarse a la mesa desde el principio, en lugar de al final. Un buen ejemplo de Ontario, Canadá, es el consejo de trabajo interministerial sobre salud y justicia social, presidido por el primer ministro de la provincia. Esta experiencia no forzó la coordinación, sino que demostró la importancia de la presencia de los ministros en las reuniones ordinarias. Los centros de redes expertas pueden desempeñar una función y deben tratar de promover la participación. La OMS también podría enviar un mensaje firme y ayudar a determinar el éxito de estos programas antes, no después, cuando los ministros sientan que no se les incluyó. Por consiguiente, vincular los centros de redes expertas y su influencia en los recursos contribuirá a cosechar beneficios mutuos.

### *¿Quiénes son los participantes principales? ¿Cuál es su función y el carácter de su participación?*

La Organización Mundial de la Salud considera que, como una de sus funciones principales, los ministerios de salud también deben encargarse de catalizar la noción de que la salud es una meta social en común, y reunir a los colaboradores necesarios. La OMS tiene que comunicar una especie de consenso de que la acción es viable y que se basa en pruebas científicas, lo cual la CDSS puede apoyar.

El cambio verdadero no es posible sin el compromiso de los gobiernos. La CDSS necesita trabajar con organizaciones como la OPS, con relaciones y credibilidad que pueden facilitar la entrada a los ministerios de salud. Estos contactos pueden servir de portales a otros debates acerca de la salud, la economía y otros determinantes en los que se puede influir mediante intervenciones potentes de índole multisectorial e intersectorial.

### *¿Cómo podemos comunicar los argumentos eficaces e inducir el cambio?*

La CDSS debe entender y ser realista acerca de los procesos de cambio, y debe detectar las oportunidades que puedan surgir en diferentes contextos. Es fundamental comprender que no hay solo un enfoque o proceso de cambio correcto, sino que hay puntos de entrada y estrategias bastante diferentes, lo cual facilita el establecimiento de planes factibles.

#### *Reflexiones a largo plazo: la salud pública como inversión*

En calidad de grupo de profesionales y expertos interesados, este cuerpo necesita pensar en la manera cómo les hablamos a otros sectores acerca de los determinantes sociales. Una exhortación en relación con los determinantes sociales es el altruismo, pero podría ser preferible utilizar la jerga del comercio y hablar sobre comercialización. Un ejemplo histórico de los Estados Unidos es el establecimiento de los Servicios de Salud Pública, creados para proteger la salud de los marineros mercantes de este país. Se establecieron por razones de comercio y no por altruismo puro. La idea de que la salud pública mundial es una inversión, no un costo, se tiene que “vender” de manera convincente. Los participantes deben tener la convicción para así adoptar medidas no por la bondad de su corazón, sino porque reconocen que la salud es buena para el resultado neto. Hay que vender muy enérgicamente que si los niños regresan a las mismas condiciones desfavorecidas, su futuro se verá afectado; que la salud es buena para las empresas, que la salud es buena para las sociedades.

## **PRESENTACIONES DE LOS PAÍSES: LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS QUE MEJORAN LA EQUIDAD**



### **Brasil: Políticas públicas dirigidas a las desigualdades en materia de salud**

*Elisabeth Carmen Duarte, Ministerio de Salud*

Brasil acepta con beneplácito la oportunidad de participar y de compartir con la audiencia su experiencia en cuanto a las inequidades en salud y los determinantes, al describir algunos ejemplos de Brasil y señalar las políticas sanitarias dirigidas a la reducción de la inequidad.

Brasil tiene una población de cerca de 180 millones de habitantes, que viven en una superficie de 8.514.215, 3 Km<sup>2</sup>. Hay 26 estados y el Distrito Federal (cinco regiones) que comprenden 5.900 municipios. Alrededor de 11 millones de familias son pobres (44 millones de personas) y 4, 5 millones se consideran extremadamente pobres. La distribución de los ingresos indica que el 50% más pobre recibe 14,4% de los ingresos y el 1% más rico, 13,5%.

Las regiones son más que divisiones geográficas; representan diferencias demográficas, sociales, culturales, educativas y económicas. Existen grandes desigualdades en la salud entre grupos de población y entre las diferentes regiones del país, donde, según el IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) y el IPEA (Instituto de Investigación en Economía Aplicada), el coeficiente de Gini en 2002 fue de 0,589. Las tasas de mortalidad infantil, los homicidios y la obesidad son ejemplos de las desigualdades crecientes en salud.

#### *Ejemplos de políticas públicas dirigidas a las desigualdades en materia de salud*

### 1. *El Programa de Salud Familiar (PSF)*

Setenta y cinco por ciento de la población usa el Sistema Único de Salud (134.212.651 habitantes). Se registran 2.003 millones de intervenciones en pacientes ambulatorios y 11,6 millones de ingresos hospitalarios al año.

El Programa de Salud Familiar es un modelo de atención primaria modificado cuyo fin es organizar la atención primaria como medio de acceso al Sistema Único de Salud y de ampliar el acceso de los más pobres. El programa abarca 4.707 municipios con 21.939 establecimientos, 196.009 agentes, y 9.781 equipos de salud bucodental en 3.346 municipios. El Programa de Salud Familiar se amplió en 2005 para abarcar los municipios con menos de 100.000 habitantes (210 municipios), con un gasto de US\$ 550 millones.

En todas las regiones de Brasil, las repercusiones del Programa de Salud Familiar en las tasas de mortalidad infantil, especialmente la disminución en la mortalidad por diarrea y después de los ajustes para otros determinantes de las tasas de mortalidad infantil, como el abastecimiento de agua, el saneamiento y la presencia de otros profesionales sanitarios, coinciden con los datos científicos obtenidos por Macinko J y Marinho MF (Universidad de Nueva York, 2005) y el Ministerio de Salud (DASIS). Las regiones menos desarrolladas experimentaron mayores repercusiones favorables.

### 2. *El Programa Bolsa Familia (PBF)*

Este es un programa administrado por el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (*Fome Zero*, en portugués). El Programa Bolsa Familia es una de las acciones principales de *Fome Zero*, una política pública que considera el hambre no como una desgracia individual, sino como un problema nacional. Representa un conjunto de políticas públicas y sociales que articulan medidas gubernamentales y no gubernamentales para la erradicación del hambre y la promoción de la inclusión social en Brasil. Además, expresa la decisión del Gobierno Federal de colocar la lucha contra el hambre al centro del programa de acción política nacional.

Los criterios de selección y los valores de transferencia en efectivo<sup>9</sup> de los beneficiarios se dirigen a las familias extremadamente pobres<sup>10</sup>, o sea, los hogares con ingresos mensuales per cápita de menos de US\$ 20. Estas familias reciben una prestación fija de US\$ 20, un beneficio variable de hasta US\$ 18, y los niños en el grupo de edad de 0 a 15 reciben US\$ 6. Este programa de transferencia condicional en efectivo opera en dos dimensiones. Primero, conduce a la mitigación inmediata de la pobreza por medio de la provisión de transferencias monetarias; y segundo, contribuye a la erradicación de la pobreza y a la promoción de la inclusión social mediante la garantía de los derechos sociales básicos, como la salud, la educación y el acceso a las políticas complementarias. Los requisitos para la participación son: visitas de salud prenatales y posnatales de embarazadas y mujeres lactantes, actualización de vacunas en los menores de 7 años, y la asistencia a la escuela de los niños de 6 a 15 años.

Una encuesta de los beneficiarios del Programa Bolsa Familia reveló que el programa había logrado resultados positivos. También se comprobó que las personas sin acceso o con acceso limitado al trabajo remunerado necesitan los beneficios y necesitan recibirlos regularmente. Los beneficios tienen repercusiones positivas en el presupuesto familiar, la seguridad alimentaria y el comercio local. Incluso, ir a la escuela se ha convertido en un incentivo muy positivo para los niños, que lo ven como una manera de mejorar los ingresos de

<sup>9</sup> Tasa de cambio 05/19/05 US\$ 1 = R\$ 2,50

<sup>10</sup> Las familias pobres son los hogares con un ingreso per cápita mensual de entre US\$ 20 y US\$ 40; reciben un beneficio variable de hasta US\$ 18.

la familia.

Al final de la presentación, se le planteó a la Comisión la siguiente serie de preguntas y posibles respuestas:

¿Cuáles son los determinantes principales de las inequidades de salud? ¿Se conocen en su totalidad?	Ayudar a llenar las lagunas en el conocimiento.
¿Tenemos que conocerlos todos antes de proceder a la acción?	La promoción de la causa basada en pruebas científicas disponibles.
¿Qué funciona?	Ayudar en la evaluación de las repercusiones que los programas tienen en las inequidades de salud.
¿Cómo resolver las dificultades metodológicas al estudiar las desigualdades en salud? ¿Qué están haciendo otros gobiernos?	Proporcionar alguna orientación metodológica sobre temas como la medición, el sesgo de causalidad inversa, las variables de confusión y la colinealidad alta.
¿Es el sistema de salud un factor protector contra las inequidades de salud o un factor de riesgo?	Un observatorio en cuenta a experiencias gubernamentales o foros para intercambiar experiencias. Centrar la atención en las responsabilidades del sector de la salud.

## La acción de Canadá en los determinantes sociales de la salud



*Sylvie Stachenko, Subjefa de Salud Pública, Organismo de Salud Pública de Canadá*

La acción de Canadá en los determinantes sociales se sustenta en varios hitos, entre otros, el informe Lalonde (1974); el informe Epp (1986) sobre el logro de la salud para todos (un marco de nueve puntos que representa la respuesta de Canadá a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud), y la adopción por el Consejo de Viceministros de Salud del enfoque basado en la salud de la población (1994). Esta estrategia estaba encaminada a abordar los determinantes de la salud y a intervenir al principio de las corrientes causales mediante estrategias múltiples con la participación del público, el trabajo en todos los sectores y la infraestructura propicia a la investigación. Otro hito fue la iniciativa *Building Partnerships for Health* [El establecimiento de Alianzas para la Salud], que amplió los nexos y la colaboración. La creación del Organismo de Salud Pública, en septiembre de 2004, es el más reciente.

El compromiso político se está materializando con la ayuda de fundaciones fuertes y posiblemente con contribuciones nuevas del gobierno federal. Las actividades actuales se basan en las experiencias de Canadá, a la vez que buscan oportunidades presentes y futuras, como la capacidad institucional fuerte actual para la investigación (por ejemplo, la Iniciativa Canadiense de Salud de la Población (CPHI, por sus siglas en inglés) y el Consorcio de Investigación en Promoción de la Salud. Las alianzas han tendido a quedar en *silos* focalizados en determinadas enfermedades. Sin embargo, están surgiendo algunas asociaciones transversales más amplias, como métodos con mayor inclusión para las enfermedades crónicas.

### *Contexto normativo en el que tiene lugar la acción*

Los antecedentes de la orientación del bienestar social de Canadá se encuentran en un sistema fiscal progresivo, el apoyo al ingreso de las familias con hijos, la protección de los trabajadores y el apoyo a la educación. Hay un compromiso decisivo a favor de la salud como una meta social, reflejada en el Plan Decenal para el Fortalecimiento de la Atención de Salud, de septiembre de 2004. Los primeros ministros están

comprometidos con el programa de acción sanitaria, que incluye servicios de salud universales, consignados en la Ley de Salud de Canadá, nexos intersectoriales mediante diversas iniciativas, (por ejemplo, el Programa Nacional Infantil, la Estrategia de Control del Tabaco, la Estrategia Vida Sana) y la participación comunitaria en el proceso de toma de decisiones sobre la salud para definir las metas de salud pública.

La iniciativa de la *unión social* es el ámbito en el que los gobiernos concentrarán sus esfuerzos para renovar y modernizar las políticas sociales canadienses y, por consiguiente, el sistema de los servicios sociales. La iniciativa se centra en la dimensión pancanadiense de la salud y en los sistemas de políticas sociales, los nexos entre las uniones sociales y económicas y el reconocimiento de que la reforma se logra por la asociación de las provincias, los territorios y el Gobierno de Canadá.

En el trabajo que realizan para establecer una unión social fuerte, el Gobierno de Canadá, las provincias y los territorios han alcanzado un consenso amplio de que los niños que viven en la pobreza y las personas con discapacidades son las primeras prioridades. Los primeros ministros crearon el Consejo Federal-Provincial-Territorial sobre la Renovación de las Políticas Sociales, en 1996, y le encomendaron que guiara la iniciativa de la unión social. Canadá está bastante adelantado en la adhesión a los principios, pero le falta mucho por hacer para que el gobierno central concentre su atención en la importancia de la salud como meta social y para fortalecer la acción intersectorial. Los debates en torno al Plan Decenal se han centrado en tres elementos básicos, a saber, reducir los períodos de espera; elaborar la estrategia nacional de productos farmacéuticos, e impulsar la definición de las metas y los objetivos de salud pública.

#### INVERSIONES SANITARIAS EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

- Los programas comunitarios hacen hincapié en las poblaciones vulnerables y las incluyen para que determinen las necesidades y propongan soluciones (por ejemplo, el Programa de Acción Comunitaria para los Niños, Head Start Indígena, el Programa de Acción Comunitaria del Sida, la Iniciativa Canadiense de la Diabetes)
- El Fondo de Salud de la Población patrocina proyectos que fortalecen la capacidad de la comunidad de abordar los determinantes de la salud.
- Los Institutos Canadienses de Salud Pública, el Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud, los Centros de Excelencia para los Niños, los programas de investigación PRI, por ejemplo, mediante los Institutos Canadienses de Salud Pública, los Centros de Excelencia para los Niños (cuatro redes expertas, HELP ha producido buenas síntesis, mecanismos para el diálogo sobre temas particulares de las disparidades, exclusión social, capital social y la traducción de los conocimientos de estos temas).
- La Estrategia Integrada de Vida Sana para las Enfermedades Crónicas es una contraparte de la estrategia mundial y como tal, es un enfoque integrado colaborativo que se centra en los factores de riesgo y en los determinantes<sup>11</sup>.
- Los Centros Colaboradores Nacionales sintetizan los conocimientos pertinentes de las políticas a escala nacional e internacional, detectan las brechas y promueven la traducción de los conocimientos en normas y procedimientos en salud pública. Abordan los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, las políticas públicas y la evaluación de riesgos, la infraestructura y la creación de instrumentos, el medio ambiente y la salud, las enfermedades infecciosas y la salud de las poblaciones indígenas). El Centro de Determinantes Sociales de la Salud y el Centro de Políticas Públicas en el Instituto de Salud Pública, en Quebec, podrían ser importantes para el trabajo de la CDSS.

<sup>11</sup> Its goals are to improve overall health outcomes and reduce health disparities by addressing common risk factors. It includes an intersectoral network to direct future actions, collaborate, coordinate policy, actions, and messages, and evaluate progress. This is a combined balanced approach of population health and high risk and disease-specific approaches, including primary, secondary and tertiary

Los mayores desafíos se refieren a poblaciones en más alto riesgo. La salud de las poblaciones indígenas es un problema constante importante que se está resolviendo con inversiones cuantiosas para la atención de necesidades urgentes (por ejemplo, el aprendizaje temprano y la puericultura, la cultura y el idioma, la vivienda, los indicadores y las disparidades de la esperanza de vida). Entre otros logros se cuentan el Plan Detallado para la Salud de las Poblaciones Indígenas, de septiembre de 2004, (acuerdo entre líderes indígenas y primeros ministros para mejorar el acceso a los servicios y fijar un programa para la acción inicial), y la Iniciativa Dimensión Septentrional, que es internacional y procura promover el desarrollo sostenible mediante el mejoramiento de la salud y el bienestar social.

Estos esfuerzos a largo plazo han sido experiencias de las que se han extraído las siguientes enseñanzas:

- son esenciales el liderazgo y el compromiso de los gobiernos;
- la acción intersectorial es fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud, pero es difícil de lograr;
- la comunidad es un sitio apropiado para la acción intersectorial y es básico trabajar simultáneamente en el mejoramiento de la salud de la población y la reducción de las disparidades, y
- la participación pública es un elemento indispensable para lograr el éxito.

Los esfuerzos de evaluación mejor integrados podrían rendir más beneficios y se está trabajando en la revisión de este enfoque al nivel federal para que la integración mejorada apoye el aprendizaje en todos los temas y sectores por igual.

### *Las metas de la salud pública*

La determinación de las metas de la salud pública es un proceso participativo y vital para galvanizar a la sociedad en torno a la salud. El proceso de las metas de la salud pública consta de dos fases. La fase I, que consistirá en las consultas con los expertos y el público en las provincias y los territorios, doce mesas redondas, mesas redondas temáticas basadas en los determinantes de la salud<sup>12</sup> y una encuesta por medio de la Internet. Se prevé que los resultados iniciales se centren en la acción intersectorial y las poblaciones vulnerables en todas las metas. En la Cumbre de otoño se tratará de lograr el consenso en las metas. La fase II será el informe a los primeros ministros, la formulación de objetivos e indicadores y el establecimiento de enlaces con el trabajo de la Red de Salud Pública. No obstante, el trabajo más difícil será establecer objetivos e indicadores con responsabilidades claras entre el gobierno federal y las provincias y la complementariedad de diversas iniciativas. Las metas serán pocas y amplias, para que las provincias puedan adaptarlas a su propia situación en un marco de rendición de cuentas. La Iniciativa Canadiense de la Salud de la Población ya está recogiendo datos sobre los indicadores, y las estrategias se elaborarán posteriormente. Los paladines políticos han ayudado a lograrlo.

En cuanto a las actividades internacionales, Canadá está interesado en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Seguirá apoyando a los dos comisionados y a las redes sobre la

---

prevention. Comprehensive, collaborative and in partnership with national, P/T, and NGO/NVO stakeholders, intersectoral network that provides a forum for future action, coordination and evaluation.

<sup>12</sup> Opportunities for healthy development and learning throughout life, supportive communities and healthy working conditions, sustainable, diverse, and safe environments, vulnerable populations, supports for personal choices, skills and capacities that enhance health, an integrated supportive health system.

globalización y el desarrollo en la primera infancia. Continuará respaldando al Observatorio de las Políticas de CARMEN, que es un proyecto de la OPS centrado al menos en parte en las estrategias intersectoriales. El observatorio ha estado operando durante un año y está considerando inicialmente tres países (Canadá, Brasil y Costa Rica) con oportunidades para su expansión y la continuación de la colaboración y el aprendizaje. Canadá está comprometido con los ODM y la Iniciativa de "tres millones para 2005", y ha aumentado su inversión. Por último, la Carta de Bangkok ayudará a vincular la norma y la práctica en un proceso continuo. Canadá organizará la 19ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud como anfitrión de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de la Educación para la Salud (UIPES), en 2007, en Vancouver, cuyo tema central son las inequidades.



## México: El Programa Oportunidades

*Rodolfo Guzmán García, Secretario Técnico, Programa Oportunidades*

El balance de la situación de salud en México indica que el ingreso monetario ha aumentado, la atención primaria ha mejorado y se han difundido políticas de salud pública, así como avances tecnológicos en diversas áreas. Sin embargo, se yuxtaponen viejos rezagos y nuevos problemas que reflejan la transición demográfica y la polarización epidemiológica. También se mantiene una distribución regional desigual con 34 % de la población abierta atendida por sistemas estatales y el programa IMSS Oportunidades, mientras que 54% de la población tiene cobertura de seguridad social o medicina privada.

En cuanto a los determinantes de salud, se aprecia que aunque se ha incrementado la esperanza de vida al nacer hasta los 73 años, existen grandes diferencias entre regiones (en algunas localidades sur es de 65 y en el norte, 75) y zonas (rural 70-urbana 76). Entre 1930 y 1970 aunque la mortalidad descendió, se sostuvo una fecundidad elevada. A partir de 1970, con dificultades comienzan programas de prevención del crecimiento de la población y disminuye la fertilidad, empiezan a aumentar los grupos de adultos mayores y las enfermedades crónico-degenerativas. La mortalidad por enfermedades infecciosas ha disminuido notablemente durante los últimos setenta años. A partir de 1980, la mortalidad por lesiones/accidentes muestra una tendencia ascendente. La mortalidad por enfermedades no transmisibles ha aumentado y continúa sobre todo en cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Resultados de la Evaluación de Organismos Externos 2001 - 2002 y 2002 - 2004	
Inscripción en secundarias rurales	+24
Inscripción en educación media superior	+85%
Deserción escolar en zonas rurales	-17%
Reprobación en zonas rurales	-13%
Peso y talla de niños menores de 3 años	+16%
Enfermedades en niños menores de 5 años	-12%
Mortalidad materna	-11%

Gasto en alimentos en los hogares	+13%
-----------------------------------	------

Existen 5 regiones y 31 estados con situaciones epidemiológicas contrastantes.<sup>13</sup> Las iniquidades en salud persisten por género, etnia (sur pobre), edad (niños y adultos mayores), ingreso. Si bien la mortalidad ha disminuido hasta en un 94 % en los últimos 110 años (período durante el cual existen registros), la misma sigue siendo alta, 27 muertes por cada 1000 nacidos vivos y en algunas regiones muy alta, 79 por 1000 nacidos vivos en zonas rurales y 29 en zonas urbanas.

Esta administración ha implantado el seguro popular (características de un seguro de gastos menores). Aunque el programa tiene una cobertura casi total en las regiones afectadas, y debido a la dispersión poblacional, persiste un ocho por ciento sin cobertura.

Oportunidades es el Programa de Desarrollo Humano y Equidad Social del Gobierno Federal. El mismo es parte de una estrategia de política social, del presidente Fox, llamada *Contigo*. Oportunidades es un mecanismo y un elemento de un conjunto de programas e iniciativas que utiliza un enfoque intersectorial en alimentación, nutrición, salud y educación. Cuenta con alianzas que incluyen la Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Institutos Estatales de los gobiernos de las provincias Salud, Organismos municipales y la Secretaría de Educación Pública. Oportunidades se inicia en 1998 y hoy uno de cada cuatro mexicanos recibe beneficios del programa. Oportunidades ejerce en 2005 un presupuesto de más de 30 mil millones de pesos.

Oportunidades atiende a los más pobres y cubre todas las zonas indígenas del país, concentrándose en los estados con mayores índices de pobreza y marginación, como son, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla, México, Guerrero y Michoacán. Atiende a 5 millones de familias (34% de la población), más de 25 millones de beneficiarios cuyos ingresos no cubren las mínimas necesidades. Esta cobertura representa la cuarta parte de la población mexicana, y constituye la meta sexenal del Programa, lograda en 2004. Ochenta y seis por ciento

---

<sup>13</sup> Transición avanzada: Capital Federal y ocho estados (Sinaloa, Sonora, Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León y Nayarit); Transición intermedia: seis entidades: Baja California, Chihuahua, Colima, Jalisco, Morelos y Tabasco; Transición incipiente: siete estados: Zacatecas, Guanajuato, Tlaxcala, Campeche, Yucatán, Quintana Roo; Rezago diferencial: cuatro entidades: Durango, Michoacán, Querétaro, Veracruz; Rezago extremo: cinco estados: Puebla, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

de familias viven en localidades rurales, en su mayoría aisladas y marginadas, las cuales cuentan con alta presencia indígena.

Un 96.4% de las titulares de Oportunidades son mujeres madres de familia que reciben los apoyos en efectivo. Los apoyos son condicionados y se entregan siempre y cuando los becarios acudan regularmente a la escuela y la familia acuda a sus citas y pláticas de salud.

Oportunidades apoya a la salud mediante la provisión gratuita del Paquete Básico de Salud<sup>14</sup> con especial énfasis en medicina preventiva, atención de enfermedades más comunes, sesiones educativas mensuales sobre prevención de enfermedades, hábitos de higiene y cuidado de la salud, saneamiento ambiental y salud reproductiva.

El programa promueve y vigila la mejor nutrición de la población beneficiaria, contribuye a prevenir y combatir la desnutrición de los niños desde su gestación y de las mujeres embarazadas o lactantes con entrega de suplementos alimenticios, y proporciona educación alimentario-nutricional. Las acciones se dirigen principalmente a la población más vulnerable, como es las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y a los niños menores de cinco años, quienes reciben suplementos alimenticios. Las sesiones de capacitación para el auto-cuidado de la salud están dirigidas a las titulares, becarios de educación media superior y demás integrantes de la familia. Mediante la comunicación educativa en sesiones mensuales sobre nutrición, preparación de alimentos y hábitos sanos de alimentación se promueve el auto-cuidado de la familia y de la comunidad en favor de la salud en el ámbito de una cultura de la prevención.

Las transferencias monetarias amplían y mejoran el consumo alimenticio. El monto máximo que puede recibir mensualmente una familia por concepto de apoyos educativos y alimentarios para el semestre enero-junio 2005 es de \$1,055.00 (mil cincuenta y cinco pesos moneda nacional), cuando en la familia no haya becarios en educación media superior, y de hasta \$1,785.00 (mil setecientos ochenta y cinco pesos), cuando en la familia hay jóvenes becarios de educación media superior. Los beneficios para las niñas son mayores que para los varones en educación primaria, secundaria y media superior. Hay una atención especializada para los niños y las madres.

Josefina Vázquez Mota es la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) y Rogelio Gómez Hermosillo es el Coordinador General de Oportunidades. La doctora Vázquez Mota comprende la importancia de la acción intersectorial y se ha instalado en una oficina al lado del secretario de hacienda e insiste constantemente que la política social es parte de la política económica, y en este sentido creemos firmemente que la reforma fiscal es una reforma social y urge, porque le urge a los más necesitados.



## **Guatemala: La Seguridad Alimentaria y Nutricional como Prioridad del Estado**

*José Andrés Botrán, Secretario, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)*

Para poder identificar los desafíos que enfrentamos en Guatemala, es necesario comprender y

---

<sup>14</sup> El paquete básico incluye saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención del parto y del puerperio, vigilancia de la nutrición y del crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo en el hogar de casos de diarrea, tratamiento anti-parasitario en el hogar, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitas, prevención y control de accidentes y manejo inicial de lesiones, capacitación comunitaria para el auto-cuidado de la salud, prevención y detección del cáncer cérvico-uterino.

reconocer el marco histórico del país. Desde la conquista hasta 1900, en Guatemala dominaba mayormente un modelo de agro exportación centrado en el café que no conduce a un desarrollo económico robusto ya que este producto no requiere mano de obra muy preparada, sino recursos efectivos y de bajo costo. En términos políticos, el país ha tenido menos de 25 años de democracia y ha sido gobernado en general, por dictaduras muy militarizadas en contextos complejos que no condujeron a generar confianza y desarrollo humano.

El país está creciendo a una tasa de 2.7% anual. Los índices más altos de crecimiento poblacional sucederán entre grupos que tienen poco o ningún acceso a la educación. La población con menos educación (Menos de 5 años de escolaridad) exhibe una inmensa vulnerabilidad que también se refleja en el ámbito fiscal. Es decir, para el 2010 los impuestos serán pagados por el primer grupo, casi un tercio pagará, pero las más grandes demandas derivan de dos tercios de la población.

Actualmente, Guatemala se ubica en el tercer lugar por tener las peores tasas de malnutrición crónica, luego de Bangladesh y Sudán, y ocupa un puesto humillante y muy bajo en comparación al resto de la mayoría de los países de la región y de Centroamérica. La malnutrición aguda y crónica es un serio problema, siendo esta última la más grave. Esto no debería suceder en un país que aunque pequeño tiene los recursos agrícolas para alimentar a su gente.

Por otra parte, la pobreza extrema migra de Guatemala a los Estados Unidos y vuelve a nosotros, proceso que genera una cultura de violencia de pandillas que crea enormes problemas de desequilibrio social, gobernabilidad y genera estrés y desilusión con la democracia entre la población insatisfecha.

El gobierno no puede atender problemas de esta magnitud solo, y es por esto que se requieren los esfuerzos conjuntos del gobierno, el sector privado y la sociedad civil, incluyendo las escuelas, universidades, iglesias, cámaras de comercio, y otros para tener músculo político y económico y poder movilizarse significativamente. Además, la complejidad del problema de malnutrición hace que no sea posible resolverlo durante un solo período de gobierno y por lo tanto, necesitamos políticas de estado, leyes fuertes que puedan darle sostenibilidad en el tiempo.

El hambre en Guatemala tiene la cara de una mujer indígena que vive en áreas rurales, y este es uno de los determinantes más importantes que debemos modificar. La región este del país es más ladina y allí se ha ido diluyendo el capital cultural. Cerca de 75% de los niños en comunidades indígenas están desnutridos y 50% de todos los niños sufren de este problema, lo que significa que el mismo porcentaje de adultos sufrirá sus consecuencias con una importante pérdida de inteligencia colectiva. Sabemos que si un niño no tiene la talla apropiada para su edad a los tres años, el daño es irreversible ya que crea deficiencias intelectuales con efectos a largo plazo.

Estamos convencidos de la necesidad de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional. Consideramos que no es suficiente hablar de salud, pues otros esfuerzos sectoriales contribuyen significativamente al logro de los objetivos. Con este fin hemos sancionado una ley para incrementar esfuerzos sistémicos a través de varias instancias gubernamentales para promover la salud. Estamos desarrollando un plan para erradicar la malnutrición crónica para el 2020 donde la sensibilización y educación de todos son componentes claves para el éxito ya que debemos reconocer la contribución y apoyo de otros sectores y ministerios para lograr este objetivo en el plazo fijado.

Como ya se mencionó, el gobierno no puede atender problemas de esta magnitud y complejidad solo,

o resolverlo durante un solo período de gobierno. En consecuencia, necesitamos políticas de estado, leyes fuertes que puedan darle sostenibilidad en el tiempo, y para este fin se requieren los esfuerzos conjuntos del gobierno, el sector privado y la sociedad civil, incluyendo las escuelas, universidades, iglesias, cámaras de comercio y otros para tener músculo político y económico y poder movilizarse significativamente.

El doctor Botrán indica que su puesto como Secretario de Seguridad Alimentaria y Nutricional comenzó con una pequeña Comisión sin recursos y con un puesto honorario. Hoy esto ha cambiado enormemente ya que se ha logrado sensibilizar al sector privado y al gabinete con respecto a un mejor desarrollo social.

Durante los últimos 25 años no había política de alimentación y nutrición, pero en este año y medio se ha analizado el marco legal, y aunque fue difícil traer a todos los involucrados a la mesa de discusión, esto está sucediendo. Se ha negociado una política de alimentación y nutrición con el sector privado, otros ministerios y agencias del gobierno, instituciones de Naciones Unidas, sociedad civil (campesinos organizados con sus agendas de reformas) encontrándose esferas comunes de acción. La SAN está funcionando y se la ha orientado a articular esfuerzos con todos los actores con el fin de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional para la población guatemalteca. Estos esfuerzos han contribuido a la mejoraría de las condiciones de salud de niños de tres a 59 meses.

#### Derecho a la SAN Decreto 32-2005

El derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa.

Los principios rectores de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional incluyen solidaridad, transparencia, tutelaridad, soberanía alimentaria, equidad, sostenibilidad, integralidad, participación responsable y descentralización.

Las Estrategias del Sistema Nacional de la SAN incluyen la sensibilización, la participación ciudadana, la generación de empleo, la formación de capital humano, la respuesta ante la emergencia, el sistema de información, el monitoreo y evaluación, el respeto a la diversidad étnica y la coherencia con políticas nacionales de desarrollo. El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional incluye ministros de varios sectores, junto con participantes del sector privado y representantes de la sociedad civil. Bajo este nivel encontramos el secretariado de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Con respecto a las prioridades y objetivos de la SESAN, necesitamos integrar acciones, mediante una estrategia de atención a riesgo y un Plan de Erradicación de la desnutrición crónica en menores de tres años. También es necesario difundir la política y la ley, sensibilizar a la población y aumentar la movilización social, mejorar la información y comunicación sobre la SAN, apoyar el voluntariado por la SAN,<sup>15</sup> y diseñar sistemas de monitoreo y evaluación de la situación de nutrición, alerta temprana y de la disponibilidad de alimentos en

<sup>15</sup> Apoyar a las comunidades en su lucha contra el hambre y la desnutrición y fortalecer sus capacidades para que alcancen su Seguridad Alimentaria y Nutricional a través del reconocimiento de sus potencialidades por medio de procesos de sensibilización y educación. Brindamos apoyo técnico y operativo sobre la base de los valores que nos rigen.

Guatemala.

## **Discusión: Análisis de las similitudes y diferencias en los casos presentados**

Hay denominadores comunes definitivos entre las condicionalidades de los programas *Bolsa Familia* de Brasil y *Oportunidades* de México.

### *¿Cómo los factores excluyentes afectan a los grupos vulnerables?*

Guatemala y México estuvieron de acuerdo en que las poblaciones indígenas son las que más necesitan salud e infraestructura; suelen ser los grupos olvidados. Es esencial respetar y considerar la cultura de cada grupo. No obstante, a menudo es difícil transmitir los mensajes y mejorar hábitos que fomenten la salud. Es un desafío, pero un esfuerzo necesario. Con frecuencia, la falta de peso político de los alcaldes y los gobernadores se convierte en un factor en los medios en los que las poblaciones no se organizan adecuadamente para que sus reivindicaciones sean eficaces. Guatemala aceptó la necesidad de enfrentarse a este reto, y una manera de abordarlo ha sido la atención que se les ha prestado en los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) a estos grupos y zonas afectados.

Estados Unidos mencionó que es importante “comenzar por donde el cliente quiera”. La única manera de ayudar y asistir a las personas para que cambien es ganarse su confianza como primera medida para motivar a la población, ya que los factores culturales y religiosos pueden impedir los esfuerzos por fomentar la salud. El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos usa un modelo con personas sobre el terreno, que son los administradores regionales.

### *¿Qué porcentaje del presupuesto sanitario se asigna a la atención primaria de salud?*

Brasil declaró que cerca de 4% del PBI se invierte en la salud, pero que no tenía a mano el monto exacto del rubro de la atención primaria de salud. El sistema de salud brasileño es público y gratis, sólo 25% de la población paga por otros sistemas, pero cuando alguien en este 25% necesita una intervención importante, su derecho a la salud está consagrado en la Constitución y, por lo tanto, el sistema tiene que pagar cuando hay tal necesidad; y, sobra decir, el paciente no puede pagar por algo como un trasplante. Noventa y cinco por ciento de todos los nacimientos son institucionales, y las mujeres tienen acceso al control prenatal. La encuesta de salud nacional indicó recientemente que 98% de los entrevistados dijeron que cuando necesitaban un servicio, lo obtenían. Ochenta y siete por ciento dijeron que tenían acceso a medicamentos. No obstante, la situación sanitaria no es satisfactoria pues el acceso a la atención de la salud es insuficiente para atender todos los problemas de salud. Hay un movimiento para reorientar los servicios de salud.

### *¿Cuál es la función de los representantes del sector privado en Guatemala?*

En Guatemala, el sector privado participa en el CONASAN (Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional), pero se está reevaluando la selección de los miembros, ya que la rotación evitaría el monopolio de unos pocos. Es más, el sector privado tiene que seguir participando en el trabajo en la salud para que ayude a mantener un rumbo estable, a pesar de los cambios de gobierno, puesto que proporciona una especie de supervisión para que no haya cambios drásticos en el futuro. Guatemala apenas está formulando las reglas correspondientes para dicha participación.

### *¿Hay programas especiales para los trabajadores del sector no estructurado que estén a*

### *menudo fuera del radar del gobierno?*

En México, la conexión entre *Oportunidades* y las categorías laborales es todavía insuficiente.

Guatemala no tiene programas especiales para los trabajadores informarles; la red de hospitales públicos y la seguridad social sólo atienden las necesidades de los trabajadores registrados.

Brasil reconoce que hay graves problemas en la salud ocupacional. Hay determinados proyectos para solucionar el problema creciente del trabajo infantil. Sin embargo, el tema de la protección de los trabajadores informarles todavía no recibe la atención plena que merece. Para empezar a progresar en esta cuestión, el gobierno ha establecido recientemente un programa de vigilancia de la salud ocupacional, que facilitará centrar mejor la atención en estos grupos.

### *El establecimiento de prioridades*

Brasil ha hecho grandes inversiones en su sistema de información. En cuanto a la alta tecnología, el sistema de salud no tiene suficientes fondos para atender la demanda tan amplia. Las personas más desfavorecidas están en espera de obtener acceso a los servicios médicos de alta tecnología, y los que tienen más información acerca de cómo hacer los trámites legales, son más capaces de obtener el servicio — intervención quirúrgica o trasplante— que necesitan. El gobierno está preocupado por esta situación y por ende está en el proceso de formular las directrices para respetar las prioridades de salud.

### *Concentración de la mala salud y estratificación de los riesgos en las poblaciones más pobres*

Está en curso una transición nutricional. Esto significa que persisten las tendencias a la desnutrición; sin embargo, simultáneamente hay una tendencia a la obesidad con una estratificación de los riesgos que afecta a los más pobres. Por consiguiente, ¿es justo preguntar cómo entienden y abordan actualmente países como Estados Unidos y Brasil la estratificación social en los casos de obesidad y tabaquismo, cuyas tendencias se concentran en los grupos de población más pobres y vulnerables? ¿Qué hay en los objetivos de personas sanas que sean pertinentes a los pobres? ¿Hay programas y metas específicas para los grupos de más alto riesgo?

### *Brasil*

El programa Brasil Sano se centra en tres medidas protectoras generales: la actividad física, la nutrición y la prevención del consumo de tabaco. Algunos programas de promoción de la salud han tenido éxito; por ejemplo, el programa contra el tabaquismo, que ha empezado a dirigirse a los grupos más vulnerables (39% a 19%) y a los pobres. Estos han sido los grupos a los que ha sido más difícil hacer llegar los mensajes. Se han registrado cambios en la mortalidad por cáncer pulmonar por la reducción del tabaquismo en los grupos más jóvenes de la población, en comparación con series históricas de los mismos grupos. Con relación a otros ámbitos, el Ministerio de Salud ha invertido recientemente en las enfermedades no transmisibles. Una campaña nacional importante está en marcha para tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. La encuesta de 2004 indica cierto grado de éxito, pero se necesita focalizar más la campaña en los grupos más vulnerables. En 2005, la encuesta se aplicará a los escolares, la nutrición, y la seguridad sexual y vial.

### *Estados Unidos de América*

Las metas de Personas Sanas son más amplias, aunque las fuentes de datos muestran información sobre determinados grupos de población, como son las minorías raciales y étnicas, y se pueden descomponer las tasas de obesidad de poblaciones especiales. Las fuentes de datos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias residen en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Se están usando

materiales de mercadeo especiales y mensajes para ciertos grupos.

De los gastos en atención de salud, 95% corresponden a las personas enfermas, y únicamente 5%, a las personas sanas. De los US\$ 1.600 millones que se gastan en salud, sólo cerca de 5% del presupuesto de atención a la salud en los Estados Unidos se destina a la promoción de la salud. Por consiguiente, hay muchísimo trabajo pendiente. Actualmente, se está intentando un cambio de paradigma a favor de la promoción de la salud. Los Departamentos de Salud y Servicios Sociales y de Agricultura de Estados Unidos publicaron las normas de alimentación en 2005 (la recomendación científica es que se publiquen cada 5 años). Esta vez se incorporó material para grupos especiales de población y asesoramiento para grupos vulnerables con problemas especiales.

La Ley de Modernización de Medicare se dirige a los ancianos, pero contiene medidas preventivas completamente nuevas para todos los grupos de población, y Medicare acepta el examen médico, así que cuando un estadounidense de edad empieza a participar en el programa, recibe el examen físico, que mejora el carácter preventivo de la atención. La Modernización de Medicare concede más importancia a la prevención y la promoción. El tema de la obesidad ilustra la trascendencia de la labor de la Comisión, así como la falta de equidad y oportunidades como un determinante intermedio. Las personas pobres tienen menos acceso a alimentos saludables o a modos de vida sanos, y en muchas comunidades no hay acceso a los alimentos saludables ni seguridad para hacer ejercicio en exteriores.

### *México*

México contempla la comercialización y el comercio como armas de doble filo desde que la encuesta de 1999 sobre la nutrición reveló que la obesidad y la malnutrición afectan a la sociedad en todos los niveles, en los deciles muy altos y de muy bajos ingresos, y dio la voz de alarma. Todos se ven afectados. Por consiguiente, México no solo quiere fortificar los alimentos sino también abordar los temas de la distribución para llegar a los grupos más aislados.

### *Género*

Parece que todos los programas descritos incorporan el tema del género. Sin embargo, algunos investigadores están centrándose en lo que se da en llamar discriminación de segunda generación, o sea que los logros de eras anteriores ahora pueden ser una desventaja. Por consiguiente, es importante y necesario seguir pensando en la mujer.

### *Sostenibilidad y gobernanza*

La inestabilidad y falta de gobernanza de las naciones y los sistemas causan preocupaciones por la sostenibilidad a largo plazo de los programas, que a su vez puede repercutir en su regularidad y evolución.

En el caso de México, el programa Oportunidades se estableció en 1997, y cuando el gobierno actual tomó el poder, dio continuidad al programa puesto que efectivamente era un buen programa. Ha retenido a las personas que estuvieron desde el principio del programa, que ayudaron a concebirlo y crearlo. Oportunidades ha obtenido apoyo de un banco externo, que garantiza al menos otros ocho años de existencia del programa al margen de los cambios de gobierno. El gobierno ha tratado de conseguir que los clientes se vayan apropiando del programa y que tengan poder de decisión, lo cual contribuirá a aumentar su sostenibilidad. A México le complace informar que al menos 27 países han visitado México para aprender del programa y todos han dicho que las personas son su haber más valioso. En este sentido, es importante señalar que solo 7% del

presupuesto se asigna a costos administrativos y gastos generales, seis centavos de cada peso se destinan a la gestión. Pocas personas trabajan para Oportunidades, pero les encanta el programa como oportunidad para servir; hay cierto misticismo simplemente en apreciar el modo como viven las personas y en escuchar sus deseos.

### *Recursos humanos para la puesta en práctica del programa*

Costa Rica afirma que las experiencias en común apuntan hacia la importancia vital de las decisiones políticas y las inversiones. Sin embargo, sigue habiendo dudas acerca del tipo de recursos humanos y aptitudes que se necesitan para poner en marcha estos programas.

Guatemala afrontó una escasez de personal capacitado para establecer la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Este problema impulsó al gobierno a aliarse con universidades privadas y públicas para empezar a llenar los vacíos. Estas universidades ahora tienen programas en seguridad alimentaria, y también han formado a doscientos técnicos. A pesar de que el programa nacional puede describirse como "de arriba abajo", está comprometido a trabajar de una manera descentralizada para que los líderes y las comunidades logren un enfoque "de abajo arriba", fortalezcan la capacidad de gestión y aumenten la sostenibilidad.

### *Resultados de medición en los grupos de población aislados y empobrecidos*

La medición, la supervisión y la evaluación de los resultados son difíciles para cualquier gobierno cuando se trata de grupos de población aislados y pobres. Para Brasil, estas actividades son cruciales para la sostenibilidad de los programas. Por definición, el control del sistema de salud, para que alcance las metas y los objetivos, se ejerce mediante la participación social y el pacto social, según el cual la sociedad civil puede debatir y encontrar soluciones. Otro elemento importante para la sostenibilidad es la inversión en las capacidades de los recursos humanos, y el país ha invertido enormes sumas en el desarrollo de los profesionales correctos, junto con las universidades. El Ministerio de Salud financia varias maestrías para los profesionales que están a punto de incorporarse al sistema, y las dependencias o unidades gubernamentales tienen la responsabilidad de lograr ciertas metas.

Brasil hace hincapié en la importancia de contar con buenos sistemas de información, que desglosen los datos a nivel local, que ayuden a detectar las desigualdades. Los participantes felicitaron a los representantes brasileños por los nuevos sistemas de información desagregada que se están desarrollando y que están funcionando a escala local.

### *El sistema de salud: ¿un factor propicio o un obstáculo para lograr el derecho a la salud?*

Los participantes estuvieron de acuerdo en que para abordar los determinantes sociales de la salud es necesario trascender el sector de la salud. ¿Son los sistemas de salud obstáculos o factores propicios en la realización del derecho a la salud? Por otro lado, es importante abordar los temas relacionados con los procesos de la reforma del sector de la salud sobre los que han insistido las organizaciones multisectoriales. Por ejemplo, algunas observaciones multisectoriales en las presentaciones señalaron la gran importancia de la estrategia de reducción de la pobreza como el instrumento de desarrollo preferido, que también es importante para la CDSS.

¿Cuál sería un contenido de salud satisfactorio para estas estrategias? Luego, ¿cuál sería un contenido de salud satisfactorio si ponemos los determinantes sociales de la salud bajo la lente para examinarlos? Si la Comisión puede atacar firmemente esta cuestión y formular recomendaciones precisas, es posible hacer que la estrategia de reducción de la pobreza sea más útil y propicia a la salud.

Las tendencias marcadas que abarcan una amplia variedad de contextos sin duda seguirán produciendo desafíos importantes. Afrontamos hoy un conjunto nuevo de problemas profundamente enmarañados en esta Región (como la violencia y el homicidio y tasas altas de desempleo de la juventud). Estos problemas están reemplazando, o se están superponiendo, a aquellos más "clásicos" más monolíticos que se solían resolver con los enfoques ordinarios. La distribución cada vez más desigual de los ingresos en la Región es la raíz de gran parte de las dificultades actuales. Por ejemplo, en el Brasil, la violencia y el homicidio tienen posibles repercusiones en la esperanza de vida. Las personas que se salvaron de la muerte cuando eran niños debido a las vacunas, en los años ochenta, no tienen opciones sociales y son susceptibles o forzadas a entrar en el comercio de drogas pues esa es la única opción que tienen. Estos problemas de salud no se pueden abordar sin prestar atención a los factores sociales y, en particular, a los que se relacionan con la cohesión social.

¿Qué tipos de recomendaciones podría producir la Comisión sobre estos temas, que facilitarían acciones más eficaces de los especialistas técnicos en todos los campos pertinentes?

#### *Recomendaciones para la CDSS*

- Prestar atención directa a los temas de la etnicidad y el género en la CDSS.
- Generar algunas estrategias y recomendaciones concretas para extender y focalizar las inversiones en intervenciones iniciales de salud, en lugar de principalmente en programas verticales contra enfermedades y productos básicos.
- Centrar la atención en los factores sociales que influyen indudablemente en la salud, como crear mejores condiciones para la juventud para evitar que éstos caigan en la violencia, las drogas, etc.
- Los elementos económicos y ambientales del desarrollo sostenible se han tomado en serio, pero el pilar social es el más débil de los tres elementos. La CDSS podría hacer un aporte sustancial si definiera orientaciones precisas. El concepto de la seguridad humana que surgió con Kofi Annan podría ser muy valiosa en este proceso.

### **PANEL: COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, ENFOQUES DE DETERMINANTES SOCIALES Y POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA MEJORAR LA EQUIDAD**

El doctor Daniel López Acuña, en sus palabras de instalación del panel, se refirió a los documentos *La Salud Pública en las Américas* y al Informe sobre los ODM en la Región, elaborado bajo la coordinación de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), en los cuales se puede valorar el abordaje integral, amplio e intersectorial de la OPS con respecto a la salud y el desarrollo. Así mismo, reiteró el intenso trabajo que ha venido haciendo la Organización sobre la inequidad en los determinantes sociales y en el acceso a los servicios de salud en las Américas, situación que afecta no solamente a los países pobres.

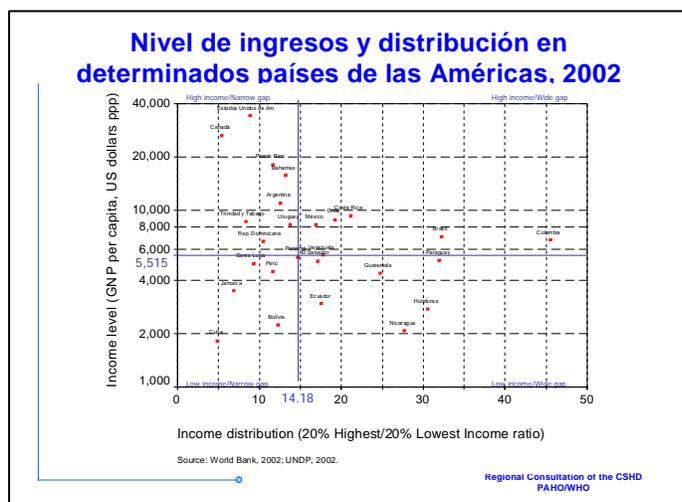
#### **Inequidades en Salud**

*Enrique Loyola, Jefe de Unidad, a.i., DD/AIS, OPS*

El área de análisis de salud e información sanitaria tiene como objetivos documentar la situación de salud y presentar sistemáticamente análisis, entre ellos, la situación de las desigualdades en salud. Hemos visto mejoras en la situación de salud en las últimas décadas. La mortalidad infantil muestra una mejora importante, pero sin embargo aún en el 2003 la situación es muy diferente entre los países. Haití tiene todavía

una diferencia de 60 por mil nacidos vivos en contraste con Cuba que tiene menos de 7 por mil.

Sabemos que hay una enorme y estrecha relación entre la mortalidad infantil y la situación económica, en particular el ingreso como expresión de los recursos que tiene el país para enfrentar sus necesidades. Hay un umbral donde esta relación no es tan lineal. En los últimos 20 años ha habido progresos en la situación económica y en el ingreso promedio de los países. Pero entre los años 1990 y 2002, la distribución de estos ingresos no ha sufrido grandes cambios. El coeficiente de Gini 0,38 se ha mantenido prácticamente igual, con 90% de los ingresos siendo acaparados por el 55% de la población.



En términos del ingreso per cápita y su distribución reconocemos cuatro grupos de países, unos con alto ingreso y con distribución más equitativa y otros países más pobres con una muy mala distribución de los recursos. La mortalidad infantil ha tenido una tendencia a mantenerse con una distribución similar al ingreso per cápita, casi sin cambios, a pesar de mejoras en general.

La situación de salud en general se correlaciona estrechamente con la situación de desigualdad en la distribución de los recursos. Las diferencias entre las áreas urbana y rural

son también importantes, y las encuestas de salud las hacen explícitas.

Los ODM nos permiten identificar estas distintas relaciones y sus determinantes, como por ejemplo, el saneamiento básico, la atención del parto por personal calificado, la pobreza, y el acceso a agua segura. Estos indicadores tienen gran fuerza en su relación con la mortalidad infantil.

La OPS está tratando de reconocer también las diferencias al interior de los países ya que este tipo de análisis más específico permite identificar grupos que requieren intervenciones especiales. Hay regiones que tienen sistemas de áreas geográficas, lo cual contribuye enormemente al reconocimiento de la situación y a lograr análisis, cada vez más específicos. La iniciativa de datos básicos así como los sistemas de información geográfica nos ha permitido tener información sistemática. Veintitrés países cuentan con indicadores básicos desagregados a nivel subnacional que nos permite identificar las desigualdades en salud. Por otra parte, los sistemas de información geográfica nos permitirán reconocer la interacción de distintos factores de riesgo y sus efectos en la salud.

El trabajo de la OPS en el tema de inequidades en salud ha progresado en la Región durante los últimos cincuenta años, pero las inequidades persisten entre y dentro de los países. Ha habido ganancias importantes en ingresos promedios, pero su distribución permanece desigual. No ha habido prácticamente ningún avance en la reducción de inequidades en salud, como por ejemplo, en las tasas de mortalidad infantil en los últimos quince años. En este sentido, los sistemas de información en salud con datos desagregados a nivel local y subnacional son cruciales para poder identificar y darle seguimiento a la realidad de la equidad en

la Región.

## **El Trabajo de la OPS/OMS en Salud y Reducción de la Pobreza**

*Cesar Vieira, Jefe de Unidad, DPM/GPP/GH, OPS*

Quizás el título de esta presentación hubiera sido el de salud y eliminación de la pobreza en lugar de reducción. América Latina y el Caribe es la región del mundo más inequitativa en términos relativos de resultados de salud por quintiles, aunque las estadísticas no parecen tan malas como la de otros continentes. Si observamos, por ejemplo, la mortalidad infantil por quintiles, vemos que las diferencias entre el primero y el último quintil son muy grandes. Por el contrario, la cobertura de salud muestra exactamente la relación inversa, lo que significa que la gente que tiene más necesidades es la que recibe menos servicios.

Nuestra unidad realizó un análisis en cuatro países—Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua—considerados países altamente endeudados (HIPC, por su sigla en inglés). Las políticas de reducción de la pobreza han cubierto diferentes temas relacionados con salud, pero todavía hay mucho por hacer si queremos lograr algún equilibrio y ayudar a reducir la pobreza. La educación ha mostrado mayor progreso en términos de su beneficio para la salud. Sin embargo, los Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), en estos y en otros países, se mantienen bastante insensibles a la salud y temas relacionados.

¿Qué es lo que la OPS está o debería estar haciendo en este campo? Creo que necesitamos hacer mucho más en términos de vigilancia y análisis de salud. Nuestros sistemas de información todavía son ciegos a la pobreza y a menos que la hagamos explícita será muy difícil crear la evidencia necesaria para apoyar políticas adecuadas. Necesitamos monitorear y evaluar políticas así como impartir más capacitación a profesionales de salud y de otros sectores para conseguir la reducción y eliminación de la pobreza.

Desafortunadamente, a pesar de dos siglos de reconocer los efectos de la pobreza en la salud, no hemos sido capaces de mejorar la capacitación. Hay sin embargo, un sinnúmero de interesantes eventos de capacitación e investigación en determinantes sociales y políticas, pero muy poco en cuanto a evaluación de las mismas, a abogacía o a movilización de recursos. Reconocemos asimismo que la evidencia no es suficiente.

Finalmente, en la OPS, debemos hacer llegar la salud y los temas de reducción de la pobreza a todas las unidades con el fin de hacerlas más sensibles a la pobreza y movernos en esa dirección. Sin embargo, no hemos logrado el nivel deseado de desarrollo. Otras tareas para la OPS incluyen el monitoreo para asegurarnos de que los sistemas no permanezcan ciegos a la pobreza, desarrollo y evaluación de políticas nacionales, capacitación de los recursos humanos en salud así como en otros sectores, investigación sobre determinantes de la salud e intervenciones correspondientes, abogacía y movilización de recursos, generalización de los temas de salud y pobreza en todas las áreas y unidades.

## **El Enfoque Intercultural en Salud**

*Rocío Rojas AD/THS/OS, OPS*

El enfoque Intercultural de la salud significa la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud, a la enfermedad, a la vida y a la

muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud. El mismo atiende a los temas de salud de poblaciones indígenas, y se basa en la comprensión de salud como un derecho humano y en la consideración seria de las creencias y conocimientos de las comunidades indígenas, incluyendo las dimensiones espirituales de la salud. Además, considera la necesidad de un enfoque intersectorial en las políticas de salud que atañen a los problemas de salud de las comunidades indígenas, con el fin de atender las enormes inequidades de salud entre estos grupos y grupos no indígenas. Los gobiernos de la Región han aumentado su compromiso mediante la definición e implementación de políticas en esta área. Sin embargo, solamente la mitad de los países tienen datos desagregados por etnicidad.

Se calcula que la población indígena de las Américas llega a aproximadamente 45 millones de personas en 24 países que incluyen 400 pueblos diferentes, que representan 6% de la población total de las Américas, 10% de la población total de América Latina y el Caribe y 40% de la población rural de América Latina. La población afro descendiente se calcula en 200 millones en veinte países (Brasil con 75 millones y Estados Unidos con 75 millones) representando 25% de la población de las Américas.

Inequidad			
Categoría	País	Indígenas	No indígenas
Pobreza	Canadá	34%	16%
	Chile	32.2%	20.1%
Analfabetismo	Bolivia	19.61%	4.51%
	Guatemala	Entre 50% y 90% de las mujeres indígenas son analfabetas; solo 43% completan primaria, 5.8% educación media y el 1% educación superior.	
Mortalidad infantil	Panamá	84/1.000 nacidos vivos	17/1.000 nacidos vivos
Mortalidad materna	Honduras	255/100.000 nacidos vivos (Intibucá)	147/100.000 nacidos vivos
Malaria	Nicaragua	90% de casos de malaria por <i>Falciparum</i> concentrados en 24 municipios con población indígena.	
Medio ambiente	El Salvador	95 % de las fuentes superficiales de agua están contaminadas. La desnutrición en niños y adultos está asociada a parasitismo, 40% de los niños indígenas son desnutridos comparados con 20% en el ámbito nacional.	
Servicios de Salud	40% de las 120 millones de personas sin acceso a los servicios de salud son indígenas (OPS, 2002).		

Fuente: OPS, 2004, Evaluación de los Logros en Salud en las Américas. Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. 1995-2004.

Los resultados en el año 2004<sup>16</sup> mostraron que de los países que respondieron a la evaluación (20 de 24) ciento por ciento tienen políticas que fomentan el bienestar de los pueblos indígenas y 94% tienen unidades responsables en los ministerios de salud y proyectos nacionales sobre salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, la evaluación mostró que todavía la coordinación entre las iniciativas es débil, la educación intercultural en el conjunto de las sociedades y entre los equipos de salud se agrava debido a la falta de políticas sociales interculturales. Estos resultados han sido considerados en la programación de salud de los pueblos indígenas para los años venideros, la que también considera el cumplimiento de los ODM y la renovación de la estrategia de atención primaria de la salud.

<sup>16</sup> OPS. 2004. Evaluación de los Logros en Salud en las Américas. Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

Los retos son grandes, no todos los sectores están dispuestos a oír a líderes y pueblos que han sido dejados de lado y tal vez no podemos encontrar soluciones fáciles a los problemas estructurales. Nuestro compromiso es y debe ser tener en cuenta en nuestro trabajo los conceptos y las prácticas de pueblos milenarios que entienden la salud como el resultado del balance de todos los aspectos de la vida—social, económica, política, cultural, espiritual, y ambiental. Si en los términos de esta reunión esto coincide con los determinantes sociales de la salud, tenemos ya una base para avanzar, no solamente en la discusión y no solamente en el diagnóstico pero también en la solución, no solamente para los pueblos indígenas, pero también para otros grupos aquejados por la pobreza, la enfermedad y la discriminación. Los determinantes sociales de la salud necesitan ser considerados seriamente en la política social, con sus dimensiones multiétnicas y culturales.

## **Género, Equidad y Salud: Traduciendo Derechos a Hechos**

*Elsa Gómez AD/GE, PAHO*

La presentación se centró en tres grandes temas:

1. Conceptos y valores básicos que orientan nuestra cooperación técnica en la eliminación de esas dimensiones de inequidad de género en salud. Nuestro marco fundamental es el de derechos humanos ligados a los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación.
2. Cuáles son estas dimensiones que estamos tratando de eliminar y
3. Cuáles son las estrategias para lograr que se traduzcan los derechos en hechos.

Nuestra unidad trabaja con dos dimensiones de la igualdad. Por una parte, la equidad sustantiva en la salud así como también el empoderamiento. Por otra parte, la equidad en términos de la agencia en salud. Esta dimensión está bien reflejada en la tercera meta de los (ODM) que aborda la igualdad de género.

Con respecto al tema de la no discriminación, género, clase y etnia son tres ejes fundamentales de discriminación, y género es un determinante estructural de las inequidades en salud. Al respecto, es importante recalcar que el concepto de género es relacional. El mismo no se refiere solamente a las mujeres, sino a la relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres en cuanto a la división del trabajo (productivo y reproductivo—no pago pero que sustenta el trabajo) y el poder en los distintos niveles de decisión en la esfera pública y privada. Esto produce estratificación de riesgos, recursos y beneficios del desarrollo que a su vez determinan las oportunidades del desarrollo y de ser saludable.

Nuestro programa trata de mirar de una forma universal y articulada la discriminación por etnia, por situación económica, de clase, y de género, aunque nos concentremos en aquellos grupos con mayor nivel de exclusión. Estamos además concientes de los efectos globales y también de sus efectos particulares en cada uno de ellos. Las estadísticas nos muestran que entre los pobres y los no pobres la probabilidad de sobrevivir es mayor en los hombres, en el grupo de los pobres, que las mujeres no pobres; esto es al revés para las mujeres en el grupo de pobres. Las mujeres tienen más probabilidades de morir prematuramente, lo que muestra el efecto diferencial de la pobreza en la posibilidad de sobrevivir.

Las dimensiones de la inequidad de género incluyen: primero, al estado de salud referido a la oportunidad de vivir con salud y de no enfermar o morir por causas prevenibles; segundo, se refiere al acceso a recursos y servicios apropiados—no significa paridad, sino de acuerdo a la necesidad—y, tercero, la distribución de la carga financiera según capacidad económica. Por ejemplo, dado que las mujeres tienen más necesidad de servicios, éstas tienden a pagar más que los hombres en todos los países de la Región,

particularmente cuando se trata de gastos de bolsillo, que son la forma más regresiva de inequidad.

Desde la perspectiva de agencia, nos importa la inequidad en la toma de decisión tanto en lo individual como en lo colectivo, y la distribución de la responsabilidad en la gestión de salud. Destacamos el trabajo no remunerado al visualizar su valor dentro de las cuentas nacionales de la salud.

Ejemplos de trabajo en esta área incluyen esfuerzos para reducir la violencia de género, las reformas de salud, y la política de igualdad de género para toda la Organización, que está en vía de aprobación. En el terreno de las legislaciones, existen leyes concretas sobre violencia, como en Centroamérica, investigación sobre el particular y el tema de inequidades en las reformas del sector, como en Chile. Algo muy particular a Chile y único en la Región es el programa de mejoramiento de la gestión, iniciativa del Ministerio de Hacienda y el de la Mujer. Además, queremos institucionalizar mecanismos participativos para la formulación y vigilancia de las políticas, como por ejemplo, la política de la OPS en igualdad de género, legislación, políticas y protocolos en cuanto a violencia basada en género (VBG), en Centroamérica, los comités intersectoriales de estadísticas de género, también en Centroamérica, el apoyo al Programa de Mejoramiento de Gestión, en articulación con el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer, FONASA, y el Observatorio Equidad de género en salud; estos últimos en Chile, y las Cuentas Satélites de Hogares (Regional).

En conclusión, es importante articular estrategias que permitan pasar de los derechos a los hechos. Primero, producir evidencias para la acción de la inequidad de género en las políticas; segundo, fortalecer las capacidades de gobierno y de la sociedad civil con medios tradicionales y virtuales; tercero, acciones para promover la causa, a partir de la creación de redes y alianzas intersectoriales con participación de la sociedad civil; y, cuarto, institucionalizar mecanismos participativos para la formulación y vigilancia de estas políticas. La intersectorialidad es un elemento fundamental en las estrategias.

## Exclusión Social y Extensión de la Protección Social en Salud

*Pedro Brito, Gerente de Área, DPM/SHD, PAHO*

La dimensión más dramática de la exclusión social es la exclusión en salud. Al respecto, nos referimos a la falta de acceso de ciertos grupos sociales y de personas a los servicios, bienes y oportunidades para mantener, mejorar, proteger y restaurar la salud. La persona no tiene acceso a la satisfacción de sus necesidades, a los servicios de calidad, oportunos y dignos y carece de protección financiera debido a barreras económicas, o geográficas, o de otra naturaleza.

América Latina y el Caribe es la región más inequitativa del mundo en términos de distribución del ingreso y de diferencias sanitarias. A pesar de las transformaciones económicas del consenso de Washington, no se ha podido disminuir la pobreza, sino que ha empeorado, ejerciendo mayor presión sobre las poblaciones. Una región que ha visto empeorar el desempleo (13 y 14%); y si ha crecido, este crecimiento ha sido de mala calidad. El sector informal se ha expandido en un 50% y ocho de cada uno de los empleos creados tiende a ser generado en el sector informal. Esta población sufre de exclusión en salud.

Incidencia y Causas mas Importantes de la Exclusión Social en Salud <sup>17</sup>				
País	Incidencia	Debido a		Causas Más Importantes
		Barreras de A	Fallas del S	

		c c e s o	i s t e r n a	
Bolivia	77%	60%	40%	Pobreza, origen indígena, bajo nivel educativo de las madres
Ecuador	51%	41%	59%	Débil infraestructura de salud, falta de médicos.
El Salvador	53%	54%	46%	Transporte al establecimiento de salud, trabajo informal
Honduras	56%	45%	55%	Limitada infraestructura sanitaria y entrega de servicios.
Paraguay	62%	53%	47%	Ser monolingüe (Guaraní), falta de servicios públicos (electricidad, saneamiento).
Perú	40%	54%	46%	Pobreza, ruralidad.

Otro factor a considerar es la estructura y desempeño de nuestros sistemas de salud, los que son segmentados en lo social y fragmentados en lo estructural. Se visualizan cuatro principales fragmentos: sector público, seguridad social, privado con fines de lucro y sin fines de lucro, así como la condición de acceso a cada uno de estos fragmentos.

La inserción laboral, la capacidad de pago, la condición de ciudadano o de extrema pobreza y los mecanismos que se utilizan para acceder a los servicios son características claras. Los esquemas de seguridad social tradicionales Bismarkianos no permiten atender a esa gran masa del sector informal.

Como parte de la cooperación técnica de la OPS, hemos realizado varios estudios que muestran la existencia de proporciones preocupantes de población indígena sin acceso a servicios básicos de salud, particularmente en aquellos países con alta población indígena. Esto se refleja en partos atendidos fuera de los servicios institucionales, altos porcentajes de población sin acceso a agua potable y/o servicios de salud. En cuanto a los factores derivados de los sistemas de salud, identificamos seis países con gran incidencia de exclusión como se ve en la tabla anterior.

La exclusión en salud es la negación del derecho a la salud. Por su parte, la protección social es la garantía que la sociedad establece mediante políticas públicas para que toda la población y los grupos sociales puedan satisfacer sus necesidades de salud mediante el acceso oportuno a servicios de salud de calidad, sin que su habilidad de pago, afiliación étnica, estatus social o lugar de residencia sea un impedimento para acceder a los mismos.

La Extensión de la Protección Social en Salud se basa en una visión del derecho a la salud. Es además un mandato de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS en el Consejo Directivo del año 2003 y en línea con la reciente resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre financiamiento sostenible para la cobertura

universal de salud, ambos dirigidos a garantizar a los ciudadanos el derecho a la salud.

Por último, en la perspectiva de extender la protección social en salud, la OPS promueve un enfoque mixto, combinando estrategias y mecanismos. El mismo puede incluir la mejoría de la cobertura y de los sistemas de seguridad social para extender beneficios a trabajadores informales, también la integración de iniciativas de protección de base comunitaria. Cada vez más, los países están explorando e iniciando experiencias de construcción de esquemas de protección. La estrategia que se sigue es la generación de evidencias para la toma de decisiones, el dialogo político consistente, el fortalecimiento del estado y la sociedad civil para la formulación de políticas para la gestión de intervenciones y, por último, una mayor prioridad y preocupación por la salud de la población.

## **Desarrollo Sostenible**

*L. A. Galvão, Gerente de Área, AD/SDE, OPS*

El trabajo en esta área se concentra en los aspectos ambientales y su configuración es diferente al área homónima de la OMS. Su labor es quizás tan compleja como el trabajo de la Comisión en cuanto a lo social, lo económico y lo ambiental y nos hemos abocado, en primer lugar, a operativizar algunos conceptos centrales.

Nuestro objetivo final es el desarrollo sostenible. El desarrollo sostenible y la salud ambiental forman un marco conceptual basado en la seguridad humana. El concepto de seguridad humana puede expresar un modelo importante de cómo manejar lo social y lo ambiental para que salud sea un elemento fundamental para alcanzar el desarrollo sostenible. La contribución del sector salud a la seguridad humana puede derivar en expectativas de vida más largas. Por lo tanto, al mejorar la seguridad humana contribuimos efectivamente a aumentar la expectativa de vida de las poblaciones del continente. Esto es posible mediante la disminución de riesgos específicos ambientales o el aumento, en forma positiva, de los entornos saludables existentes. La consecución de ambos propósitos puede hacerse a mediante políticas públicas que incluyen abogacía y movilización social.

La cooperación técnica se dirige a mejorar el desempeño de los países para lograr que el sector salud desarrolle de la mejor forma posible tres temas complejos y clave: el de nutrición, el de evaluación y manejo de riesgos específicos, y el de la promoción de entornos saludables, con metodologías asociadas a tecnología, investigación, vigilancia, desarrollo de recursos humanos, y otros.

En este campo, los temas clave incluyen la medición de riesgos ambientales y apoyo a ambientes saludables, donde la iniciativa de escuelas promotoras de la salud y los municipios saludables ejemplifican dos programas. Otros temas importantes que se incluyen son el agua potable y el saneamiento y disposición de desechos sólidos.

El Área de Desarrollo Sostenible se organiza en tres unidades y un centro subregional, como sigue:

1. Entornos saludables (municipios saludables, salud urbana, escuelas promotoras de la salud, desarrollo local y participación comunitaria)
2. Salud ambiental y de los trabajadores (prevención de violencia y seguridad vial), tabaco y salud del consumidor (no incluye medicamentos y alimentos)
3. Una unidad descentralizada, CEPIS (Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente), con sede en Perú, dedicado a los temas de saneamiento básico, calidad de agua potable, higiene y residuos sólidos domésticos; y,

4. Un centro subregional, INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá), con sede en Guatemala, dedicado a la seguridad alimentaria y nutricional, con un asesor en cada representación de sus países miembros, y centros colaboradores que nos ayudan en la operacionalización de estos conceptos.

Considerando la amplitud de los temas, el trabajo de cooperación es más efectivo al concentrarnos en campos como el desarrollo local y los entornos urbanos. Las estrategias incluyen construcción de capacidades, redes de cooperación, participación social en decisiones, colaboración intersectorial, pactos sociales, evidencia de efectividad de las estrategias de promoción de la salud, instrumentos de ambientes saludables y estrategias tales como comunidades y ciudades saludables. Colaboramos con el sector salud para que tenga voz y para que influya en otros sectores cuyas acciones afectan los resultados en salud; el ejemplo más conocido es la *Guía de los alcaldes para promover calidad de vida*. Finalmente, tratamos de generar oportunidades para que las personas puedan aprender y desarrollar capacidades para la vida. Este es el objetivo final para cambiar las tendencias de salud en la Región.

### **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**

*Sofíaleticia Morales, Asesora Principal en Objetivos de Desarrollo del Milenio, DPM*

Se ha demostrado la estrecha relación entre los ODM y los determinantes sociales de salud. Las experiencias presentadas por los países enfatizan la importancia de la interacción de los diversos sectores. Consecuentemente, un modelo de alianzas para lograr los ODM necesita asegurar las conexiones entre los sectores de trabajo, educación, ambiente y salud lo que significa que debemos de trabajar con estos ministros.

Se presenta aquí un modelo de alianza estratégica a nivel político y técnico hasta llegar a experiencias concretas que nos permitan aprender de unos y otros. En el centro se encuentran las ODM y los ambientes saludables y el gran desafío de la protección social en salud. Encontramos la necesidad de vincular el sector laboral, el sector educativo y el sector salud. Entonces, mejorar las condiciones de informalidad, enfatizar la salud ocupacional, aumentar prestaciones sociales, erradicar el trabajo infantil son elementos que si bien responden al desafío laboral también responden a salud. La pobreza puede ser erradicada solamente trabajando con el sector educación y trabajo. Por otra parte, eliminar la ignorancia implica también trabajar con salud y sabemos que la escolaridad materna se relaciona con la salud del niño.

Queda mucho para mejorar las condiciones ambientales, lo cual implica un trabajo conjunto entre ministros de ambiente y ministros de salud para mejorar la calidad y acceso a agua, reducir la contaminación y mejorar la calidad del ambiente. Debemos trabajar también en la profesionalización de los trabajadores del sector salud, lo cual implica trabajar con otros sectores.

Se presentará un informe y una propuesta a la 13<sup>a</sup>. Reunión Interamericana de Ministros de Trabajo en México en septiembre. Durante la 4<sup>a</sup> Reunión de Ministros de Educación de las Américas en Trinidad y Tobago se trabaja en una primera iniciativa para vincular los desafíos de la educación y la salud. La Reunión de Ministros de Salud y Ambiente llevada a cabo en Mar del Plata, produjo una propuesta conjunta para reducir contaminantes químicos y mejorar la salud ambiental de los niños, la que se convierte en una estrategia fundamental para articular estas iniciativas. Este informe se presentará a la 46<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo de la OPS donde se podrá apreciar la vinculación de cuatro sectores.

Las alianzas políticas deben sustentarse en alianzas técnicas. Por ejemplo, el Programa de la Red Hemisférica pone énfasis especial a la violencia, la alarma roja del VIH/SIDA en el Caribe donde educación y salud deben jugar juntos con los sectores de trabajo, protección social y salud de los trabajadores. Por otra

parte, debemos fortalecer los vínculos entre educación, ambiente y salud. Un ejemplo de esto es el programa de las escuelas promotoras de salud que fue creado en 1995, así como programas para atender la violencia en las escuelas y para prevenir el VIH/SIDA.

El área de trabajo saludable se ha garantizado en la OPS mediante la vinculación del sector laboral y el sector salud. En el caso del sector ambiental, el acceso a agua segura, saneamiento básico, reducción de sustancias químicas (plomo y gasolina) y la iniciativa de red de ambientes saludables para niños. Todos son ejemplos de alianzas y voluntad política. Esto muestra que se puede avanzar exitosamente con esquemas intersectoriales, con voluntad política y con esquemas de trabajo técnico.

La Cumbre de las Américas en Mar del Plata mostrará las alianzas de los cuatro sectores, ya que la misma atenderá a temas de empleo, condiciones laborales y gobernabilidad democrática. La OPS, en consulta con los Estados Miembros, ha venido promoviendo estos temas para relacionarlos efectivamente con la salud, y podemos decir que los temas de la cumbre están estrechamente relacionados con determinantes sociales que influyen la salud.

## **Discusión Plenaria**

### ***Las Reformas Sectoriales: ¿Factores Positivos o Negativos?***

El abordaje apropiado de los determinantes sociales es un reto que requiere un enfoque multisectorial, aunque es necesario así mismo reconocer que existen responsabilidades específicas del sector. Con frecuencia se hace la pregunta si los sistemas de salud actuales en la Región son factores positivos o negativos para el bienestar y el desarrollo de los países, ya que hay indicios que muestran que éstos actúan como factores negativos. Un debate profundo sobre las reformas sectoriales en América Latina muestra suficientes evidencias sobre sus efectos deletéreos sobre la salud, lo que requeriría replantear la orientación de esas reformas para avanzar en el derecho a la salud. En relación a este punto, se comentó que tanto la OMS como la OPS deberían establecer una relación diferente con los organismos que orientan estas reformas de salud.

La diversidad de la situación sanitaria de la Región refleja que hay problemas comunes y problemas específicos en los países, por lo que se requiere intervenciones diferentes. Hay países por ejemplo donde hay un buen acceso a servicios de salud, pero subsisten problemas de calidad. En Brasil, la expectativa de vida promedio es de 67 años, principalmente por causas externas. La diferencia entre hombres y mujeres es de ocho años. Se registran altísimas tasas de mortalidad de hombres, principalmente por homicidios por armas de fuego, y la violencia entre los jóvenes crece aceleradamente. Los niños pobres que salvamos de la mortalidad infantil con vacunas, rehidratación oral y programas de salud en los años ochenta, con deterioro de las condiciones sociales y económicas, se involucran en algunos de los pocos mercados que existen para ellos, el tráfico de drogas que es uno de los pocos mercados de trabajo para negros y pobres en Brasil. Salud no puede resolver este problema solo. El alcance de las políticas de salud que involucran los determinantes sociales de salud es limitado, y generalmente se enfatiza en los problemas de salud de los adolescentes sin hablar de los determinantes. Irónicamente la informalización de los mercados de trabajo ha llevado a la formalización de los mercados ilegales.

Considerando que las PRSP están operando en la Región como estrategia de desarrollo preferido en países de bajo ingreso y los documentos del Banco Mundial están siendo posicionados como instrumentos en varios países, podríamos preguntarnos ¿qué representa un contenido satisfactorio de salud en esta estrategia

de reducción de la pobreza si uno lo mira con el cristal de los determinantes sociales?

Las presentaciones dan una idea de las tendencias en la Región. Hay tendencias hacia la urbanización, que resulta en daños sociales y en una integración poco saludable. Estas tendencias no son sorprendentes, sino que son probabilísticas en términos de su magnitud y su dirección. Sabiendo esto, ¿cómo se pueden integrar a los jóvenes en actividades productivas y no en sectores de empleos ilegales y violentos? y ¿cuál podría ser la recomendación para la Comisión en términos de cambiar el curso de esta tendencia?

Se planteó la necesidad de encontrar opciones que permitan a quienes tomen decisiones sobre políticas urbanas (policía, transporte, seguridad vial, etc.) abordar de manera más integral su problemática sanitaria ya que hay algunos elementos que son o pueden ser comunes a varias ciudades. Estas tendencias trascienden los contextos nacionales y locales de manera fundamental y representan áreas de énfasis legítimas.

Se concluyó que las diferentes exposiciones ilustraron la contribución de la OPS para reducir las inequidades y apoyar el desarrollo de políticas públicas en la Región, por lo que el valor agregado de la Comisión puede estar en su capacidad de influir en la inversión en salud y en sus determinantes. Por lo tanto será necesario generar un marco para convencer a los inversionistas que destinen recursos hacia los determinantes que potencian problemas de alto costo social y económico (por ejemplo, tuberculosis, malaria y sida).

Es posible visualizar la superimposición de varias capas o tipos de determinantes sociales, por ejemplo, estructurales y más tradicionales relacionados a la economía, a la falta de protección social y a factores multiculturales y multiétnicos. La sociedad se enfrenta a los problemas de salud tradicionales pero al mismo tiempo han surgido las nuevas epidemias sociales: violencia, embarazo en adolescente, drogas, y desequilibrios mentales, lo que está acortando la expectativa de vida de los jóvenes y o tomando sus vidas. Estos son los nuevos tipos de problemas, pero no necesariamente a los que el sistema de salud responde actualmente. Este es un reto doble y afortunadamente tiene hoy más peso político.

Es necesario romper la visión monogámica de salud y vincular el desafío presentado con respecto a los jóvenes. El programa Oportunidades abre esa experiencia concreta. Hay esperanzas de una vida saludable, y el papel de los jóvenes en la promoción de salud es central, pero su salud se ha visto deteriorada. La Comisión debería retomar ese corte del análisis hacia los temas de los jóvenes, para trabajar con otros sectores y como promotores de la salud, reducir sus problemas de salud.

Finalmente, si bien es cierto que se han desarrollado muchos programas sociales, sus beneficios no llegan siempre a los beneficiarios y este hecho es un detonante de los problemas sociales actuales.

#### *Recomendaciones a la CDSS:*

Entre los temas establecidos por la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud (CDSS) no se hace una referencia explícita a los temas de religión, cultura y etnicidad. Asimismo se deberá reexaminar el actual tratamiento del tema de salud reproductiva en el contexto de las estrategias de reducción de la pobreza. Por lo tanto, se recomienda tomar en cuenta estos aspectos y desarrollar estrategias acordes.

La parte económica del desarrollo sostenible ha sido bastante desarrollada y el tema ambiental ha sido tomado en serio por muchas compañías. Sin embargo, la dimensión social del desarrollo es todavía débil. En

consecuencia, la CDSS puede llenar este vacío, marcando el camino para que la parte social sea relevante y contribuya efectivamente al desarrollo. El concepto de seguridad humana como lo define A. Sen, que va más allá de no guerra y no violencia sino que también incluye el ambiente, es un concepto que puede ayudarnos en este camino y a organizar el trabajo intersectorial.

El gran reto es cómo crear sinergia entre la Comisión y las áreas de trabajo que lidian con la reducción de desigualdades. Será entonces necesario, alimentar a la Comisión y ser alimentados por la Comisión para crear un círculo virtuoso.

La Comisión podría crear un marco claro para ampliar la inversión en salud que relacione estos temas críticos; como por ejemplo, las inversiones en programas para el bienestar de la juventud, en lugar de construir más hospitales a veces innecesarios. Este marco podría ayudar a las instituciones internacionales de cooperación financiera a canalizar mejor sus recursos y mejorar los patrones de inversiones en los países. Esto significaría también influenciar los modelos de desarrollo lo cual representaría un gran avance.

Es difícil identificar las inversiones en políticas (*upstream*) que puedan retrasar los efectos negativos de algunos determinantes sociales, y esto es preocupante. Los recursos derivan de varias fuentes o mecanismos como es el Fondo Global, por ejemplo. Es difícil ubicar la inversión para luchar contra algunos de los efectos de determinantes sociales que están creando y potenciando estos problemas. La mayor parte de la inversión es en bienes que aumenten la escara de los sistemas de salud, pero aunque esto es parcialmente necesario, también se requiere más inversión en políticas públicas de salud.

## 6 de julio

### PANEL: REDES EXPERTAS

#### Introducción

*Hilary Brown, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, Organización Mundial de la Salud*

Las redes expertas son el primer elemento fundamental en un proceso de tres años que culminará en diciembre de 2006 para sentar las bases para el cambio normativo e institucional continuo hacia la acción en los determinantes sociales de la salud. Durante esta primera fase, se encargan de acopiar conocimientos, elaborar perfiles de las prácticas adecuadas y respaldar a los líderes. Esto consiste en sintetizar los conocimientos alrededor del mundo y documentar los procesos y programas nacionales para la acción que existan, lo cual se podría ver enriquecido con un enfoque de determinantes sociales como medio para alcanzar sus metas. La segunda tarea es formular recomendaciones nacionales, regionales y mundiales.

Las redes expertas están estableciendo las pruebas científicas sobre las relaciones entre los determinantes sociales y la equidad en salud, las políticas y los programas que logran integrar los enfoques de determinantes sociales de la salud, encontrando los actores principales en el gobierno y los actores o instituciones no gubernamentales interesados, la capacidad y la voluntad política y la participación de la sociedad civil en el contexto de su país para apoyar el trabajo de las redes.

¿Qué queremos decir acerca del conocimiento? Las redes expertas considerarán las pruebas científicas y las relaciones, pero la atención se centra en los programas que han logrado adoptar un enfoque de determinantes sociales necesario para catalizar el cambio, o sea, procesos existentes que se sabe que tienen valor agregado. Las redes expertas formularán las recomendaciones sobre el cambio normativo e institucional según la especificidad del país.

Los temas generales de las redes expertas son: i) el desarrollo del niño en la primera infancia; ii) la globalización, iii) los entornos urbanos, iv) los sistemas de salud, v) las condiciones de salud pública prioritarias, vi) las condiciones laborales, vii) la exclusión social, viii) la mujer y el género; y dos temas nuevos, ix) el financiamiento y x) la medición. Actualmente se examinan diez temas en materia de conocimientos; sin embargo, podría haber temas atípicos en la Región y habrá que evaluar cómo éstos encajan en los temas existentes de las redes expertas. Por consiguiente, habrá que definir la adaptación del acopio de pruebas científicas sobre los procesos y las prioridades específicos para la Región.

Parte de esta primera fase se dedicará a elaborar las recomendaciones para fundamentar las políticas, la acción y el liderazgo en los niveles nacional y mundial para que apoyen el cambio en las políticas públicas y las instituciones, en diferentes contextos de país, la expansión y la transferencia en los países, y produzcan argumentos políticos a fin de catalizar la acción para mejorar la equidad en salud. Los países aportarán a la generación de conocimientos datos científicos y análisis de lo que funciona y se beneficiarán de la participación, con el apoyo técnico y la formación de redes.

Las redes expertas son descentralizadas y sus miembros son especialistas que se caracterizan por su diversidad con respecto a su procedencia geográfica, sexo, afiliación institucional, país y región, pertenencia a una institución gubernamental o no gubernamental; hay funcionarios de la OMS que son miembros de estas redes, el grupo de referencia de nivel alto de la OMS encargado de traducir las recomendaciones en acción y la Secretaría de la CDSS, en Ginebra y Londres.

Considerando la naturaleza multisectorial del género, el tema se examinará independientemente. Otro tema, las enfermedades de importancia para la salud pública, estarán a cargo de la OMS, ya que la Organización está en las mejores condiciones de hacerlo, y ya está trabajando con los constituyentes. El objetivo en el tema de los entornos urbanos y los sistemas de salud, en realidad, es la manera cómo se organizan, que es un determinante de la salud.

## **Desarrollo del niño en la primera infancia**

*Stefania Maggi, Asociación para el Aprendizaje en Edades Tempranas en los Seres Humanos (HELP), Vancouver, Canadá<sup>18</sup>*

Este programa financiado con recursos provinciales promueve la investigación interdisciplinaria en varias instituciones en Columbia Británica y lleva a cabo investigaciones de importancia para las políticas sobre temas del desarrollo del niño en la primera infancia.

Como docentes, investigar los determinantes sociales, definir las bases e interacciones entre todos los determinantes y luego traducirlos en recomendaciones prudentes sobre políticas es una tarea acuciante. No obstante, es preciso promover algunos conceptos, como la idea del desarrollo del niño en la primera infancia, que es un tema muy amplio, que comprende ámbitos en determinantes físicos, del lenguaje y cognoscitivos, así como de salud y bienestar sociales.

La falta de desarrollo social y de aptitudes para las relaciones interpersonales, y los problemas de aprendizaje, causan problemas sociales y económicos importantes, que llevan a muchos jóvenes a terminar dentro del sistema judicial penal. Luego se retomará el debate sobre Mahler y Grant.

Lo que sabemos por las investigaciones es que la combinación de diferentes enfoques conduce al desarrollo satisfactorio del niño en la primera infancia. Se busca desplazar la distribución para mejorar las

aptitudes interpersonales de los niños y su habilidad. Además, tenemos que atender las necesidades especiales de los niños que tienen problemas, con métodos dirigidos a ellos, así como métodos más clínicos. No obstante, tenemos que intervenir a diferentes niveles (familia, trabajo, vecindario, gobierno). Los ambientes que influyen en el desarrollo infantil son muy complejos. La inversión en los ambientes de aprendizaje de los niños tiene sentido económico. El desarrollo en la niñez es un factor predictivo primordial de la salud adulta; debemos ser conscientes de que se deben equilibrar las intervenciones dirigidas a los grupos en riesgo y los enfoques más universales.

Una de las tareas de esta red experta será destacar los principios universales en todas las culturas y en todos los contextos que se pueden aplicar y que sean de utilidad al desarrollo del niño en la primera infancia. Una tarea adicional es traducir los conocimientos de la investigación académica y la investigación clínica en recomendaciones prudentes para las políticas y los programas, y hacerlo con una perspectiva mundial.

### **Condiciones laborales: examen de las pruebas científicas y promoción de la acción**

*Rafael Moure-Eraso, Universidad de Massachussetts, Lowell*

La salud ocupacional y las condiciones laborales suelen ser invisibles para muchos de los profesionales en el campo; también como tema de salud pública constantemente estos temas se tratan como si fueran invisibles.

La red experta consolidará y sintetizará las pruebas científicas sobre los efectos en la salud de los factores internos, como el estrés psicológico; los riesgos físicos y ergonómicos; la exposición a sustancias químicas tóxicas, y las condiciones laborales; como por ejemplo, los ingresos, la seguridad del trabajo, la flexibilidad en las horas laborales, el control de trabajos y tareas, y la migración relacionada con el empleo. Se examinarán las pruebas científicas de una variedad de contextos de país y subgrupos vulnerables de población, como los migrantes y los niños trabajadores. También se considerará la autoestima baja como consecuencia de la inseguridad del trabajo y la selección de modos de vida relacionada con el tipo de empleo. La eficacia de las medidas de control técnico y administrativo, el empleo y la política de las relaciones industriales, y los marcos jurídicos de la seguridad de los trabajadores, que son factores externos que buscan atenuar los efectos de los factores internos, se someterán a cartografía y análisis. Se realizará un esfuerzo concertado para examinar los programas que incluyan a las asociaciones laborales y de trabajadores en la formulación de intervenciones y de recomendaciones normativas.

Los parámetros del trabajo de esta red experta abarcan el ámbito interno del lugar de trabajo, o los determinantes intermediarios, y luego los factores estructurales más grandes, o el ámbito externo contextual con predominio de los factores estructurales que influyen en la salud, entre otros, la solidez de los reglamentos en un país dado, los grupos vulnerables de población y el sector no estructurado.

El ámbito interno es el espectro de la exposición y la enfermedad en el lugar de trabajo, la salud ambiental, la salud ocupacional y el sistema de la organización del trabajo de la producción de la riqueza. A menudo se trata de un silo, ya que casi todos los científicos estudian la relación entre el trabajador y el lugar de trabajo, aunque es poco lo que sale de este ámbito interno, excepto quizás en casos catastróficos, como los del plomo o el asbesto.

Esta red experta aspira a salir del ámbito interno al ámbito externo contextual donde hay más factores estructurales de las condiciones laborales que influyen en la salud. Los ejemplos, como la solidez de los reglamentos sanitarios, determinan si el lugar de trabajo influye o no en el sector no estructurado, las mujeres y los niños. Algunas de las esferas del trabajo de la red son:

- formular intervenciones sobre condiciones laborales fuera del ámbito interno (nivel Intermedio)

- hacia el ámbito externo (nivel estructural);
- examinar las condiciones laborales en el contexto más amplio de la justicia social y las repercusiones económicas;
- dirigir la atención al trabajador fuera del lugar de trabajo (espacio social) y evitar considerar el lugar de trabajo como una entidad aislada;
- lograr que las repercusiones de las condiciones laborales en la salud se “incorporen” como componente integral del contexto social y cultural más amplio, mediante alianzas con investigadores e interesados directos, como los economistas, los abogados, los sindicalistas, los políticos, las ONG y otros, para lo cual se establecerán dichas alianzas, y
- aumentar el conjunto de las posibles “intervenciones” y la visibilidad del tema, subrayando el carácter multidisciplinario de la conexión entre las condiciones laborales y la salud.

*Ejemplos de condiciones externas-estructurales-laborales; variables relacionadas con los efectos sanitarios*

Énfasis I. Grupos vulnerables: Mujeres, niños, trabajadores de la *Zona Franca*.

Énfasis II. Las variables son más sensibles a la modificación.

Énfasis III. Las variables que pudieran estar sujetas a una posible generalización en diferentes contextos de país.

Énfasis IV. La fuerza de la relación—solidez—entre la variable condiciones laborales (CE, por su sigla en inglés) y la salud/eqüidad en salud.

Asociaciones entre las condiciones laborales externas y sus repercusiones sobre la salud y la eqüidad en salud				
Variable	Características laborales	Repercusiones en la salud /inequidad en salud	Posibilidad de modificación	Posibilidad de expansión de la política
Desempleo/subempleo	Sector estructurado	Enfermedades mentales, malnutrición	Baja	Baja
Composición de la fuerza laboral: niños, mujeres, personas de edad	Sectores estructurado y no estructurado	Traumatismos, acceso a la atención de salud	Baja	Intermedia
Migración de los riesgos	Sectores estructurado y no estructurado	Ciertas enfermedades ocupacionales	Intermedia	Alta
Solidez de los reglamentos	Sector estructurado	Morbilidad y mortalidad ocupacional	Alta	Alta
Nivel de educación de la fuerza laboral	Sectores estructurado y no estructurado	Acceso a la atención de salud, uso de equipo de protección	Alta	Alta

Los ejemplos de las condiciones internas-intermedias-laborales abarcan variables relacionadas con efectos sanitarios, el énfasis en las variables de la organización del trabajo, las técnicas de producción sostenibles, como intervenciones ecológicas, y el método de costo neto como variable del mejoramiento de la salud. Estas variables se pueden medir y se pueden formular recomendaciones.

La red colabora con las instituciones siguientes: Brasil (gobiernos federal y estatales comprometidos con la salud pública, el establecimiento del sistema general de salud (Sistema Único de Salud) por medio de los centros de salud vecinales en toda la nación (Proveedores de Servicios de Salud Generales), el Ministerio de Salud estableció proyectos piloto de salud ocupacional y ambiental. También se colaboró con universidades en América Latina, como UNICAMP y UF de PEL en Brasil, UNÍSONO en México; y la organización no gubernamental Fundacentro, de Brasil, y otras empresas en Brasil y México.

Hay opciones programáticas basadas en las prioridades de los miembros de la red experta y las intervenciones de la Universidad de Massachussets (Lowell) para el mejoramiento de la salud que cubren a los grupos vulnerables de población y la organización de trabajo y la salud y, por último, la concepción de los proyectos piloto para la poner a prueba, en las redes expertas, a miembros del país.

En conclusión, los intentos de “encasillar” las condiciones laborales dentro de un marco rígido en el ámbito interno de la interacción entre la persona y el riesgo han tendido a marginar las condiciones laborales como un determinante de la salud. La experiencia de la red ha indicado que se necesita una orientación de justicia social contextual relacionada con las condiciones laborales, y sería conveniente trabajar con otros investigadores y profesionales del ámbito externo, junto con otros interesados directos de la sociedad para pedir justicia en salud en todas las clases. La formación de redes en el ámbito externo, contextual y estructural de las condiciones laborales a nivel nacional facilita la “integración” de estos importantes determinantes sociales de la salud.

## **Red experta en exclusión social**

*Reynold Verret y Mei-Ling Wang, Universidad de las Ciencias, Filadelfia*<sup>19</sup>

La exclusión social es un concepto muy amplio que se refiere a las estructuras y procesos por los cuales las personas o las comunidades no pueden tener acceso a los recursos sociales, económicos, políticos y culturales; o a participar en la vida social y comunitaria. Hay circuitos de retroalimentación evidentes entre las inequidades sociales, la exclusión social y las inequidades en salud, ya que la exclusión social influye en la salud, y el estado de salud intensifica la exclusión social. La dirección causal de la relación entre la exclusión social y las inequidades en salud es multidireccional y se refuerzan mutuamente, aunque la pobreza se ha estudiado mejor.

### *Relaciones principales entre la exclusión social y la salud*

Hay algunas vías principales hacia la salud. Por ejemplo, el acceso a la educación es un factor importantísimo para cualquier grupo; es una vía de acceso a la participación y a los recursos, así como un factor multiplicador de otras ganancias sociales. Es mediante la educación que las personas comprenden y controlan su ambiente, así como los factores que afectan su salud. Las desigualdades en materia de género van más allá de las diferencias biológicas y las necesidades, e incluyen prácticas sociales y culturales desiguales. El género también tiene un componente de educación, en particular para las niñas, las mujeres y las madres. La pobreza es una causa principal y resultado de la exclusión social. Es más, el estado de salud puede influir en la inclusión o la exclusión, igual que la religión. La marginación étnica, racial y lingüística, así como la discriminación basada en la orientación sexual, las capacidades físicas y mentales, o el estado de migración, constituyen elementos muy importantes que determinan la inclusión o la exclusión. El capital social representa las características colectivas de la sociedad que influyen en el estado de salud y es un correlato pertinente.

La aspiración es investigar estas relaciones y vías, pero es sabido que se interpretan de manera

distinta en diferentes contextos nacionales y que no todas estas relaciones tienen el mismo peso. Por consiguiente, es importante establecer un orden de prioridad entre ellas.

En consecuencia, se están estableciendo las prioridades entre las relaciones a corto plazo siguientes: el acceso a la educación asequible/universal y el fortalecimiento de los servicios de salud en las escuelas; las oportunidades económicas, el empleo y el acceso a los recursos; la promoción de la comunicación, la representación, la eliminación de las barreras del idioma mediante la escuela, los medios de difusión y el sistema de atención de salud para abordar los temas de la salud y ampliar la colaboración con las comunidades; e integrar los programas de acción sanitaria en las redes sociales para abordar el tema de la salud de los excluidos.

Algunos ejemplos del trabajo que se está realizando son: la Iniciativa Mundial de Salud Escolar de la OMS, los ODM en materia de educación primaria universal, la igualdad de género, el niño, la salud materna, el VIH, la Educación para Todos de la UNESCO, las PIC para el Diálogo Intercultural, las iniciativas africanas de los G8 y la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, la Organización Internacional del Trabajo, el Instituto de Estudios Laborales, el Plan de Acción del Gobierno para Combatir la Pobreza y la Exclusión Social, de Quebec, Canadá, la Unidad de Exclusión Social, la Oficina del Vice Primer Ministro, Reino Unido y las ONG locales; por ejemplo, el Programa de clínicas móviles de Maracaibo, Venezuela; *Acting through Ukubuyiselwa*, de Johannesburgo, Sudáfrica; y la Agenda de las Mujeres para el Cambio, de Camboya.

Por último, estos son algunos ejemplos de opciones de políticas y programas: la integración de la educación con programas de salud, lucha contra el estigma, lucha contra la discriminación y cuestiones de salud relacionadas con el género en los programas de estudios escolares, aumento de las capacidades de la red social para los grupos de población excluidos y para la comunicación con ellos, la integración de los servicios de salud en los servicios sociales para los grupos de población excluidos, las políticas igualitarias y antidiscriminatorias en el espacio social, la atención de salud, el lugar de trabajo, la comunidad, y la generación de una plataforma de política mundial para tratar las formas de exclusión social, teniendo en cuenta las diferencias y los contextos individuales de los países.

## **La red experta de la globalización**

*Ted Schrecker, Universidad de Ottawa, Institute of Population Health, Canadá*

El temario de las investigaciones de la red define la globalización principalmente como un proceso económico que abarca la integración económica y tiene efectos que trascienden el ámbito económico. Estos efectos son evidentes en diversas esferas (por ejemplo, la cultura popular y las prácticas alimentarias) e influyen en otros determinantes, incluso en la estructura y la función de los sistemas de salud, que son muy ajenos a la economía.

1. *La globalización se define como* “un proceso que aumenta la integración dentro de la economía mundial mediante el intercambio de bienes y servicios, capital, tecnología y (en menor grado) trabajo, que hacen que las condiciones mundiales ejerzan una influencia creciente en las decisiones económicas” (Jenkins, 2004).
2. *Por globalización se entiende* una influencia ‘inicial’ en los determinantes sociales de la salud, que es diferente del tema de muchas otras redes expertas.

Hay una distinción importante entre la movilidad del trabajo y los mercados de trabajo. Aunque la movilidad del trabajo a través de las fronteras es selectiva y limitada, los mercados de trabajo son cada vez más globales. Además, las fuerzas impulsoras que interactúan en los niveles nacionales y supranacionales incluyen el cambio tecnológico y la elección de políticas.

El estudio de este fenómeno requiere métodos complejos y la participación de diversas disciplinas, que se enfrentarán inevitablemente con temas en los que estarán en desacuerdo. Esto significa que un método basado en pruebas científicas para la evaluación de la influencia de la globalización en los determinantes sociales de la salud exige métodos y las disciplinas múltiples, interacciones intensivas entre los investigadores para describir las vías causales, que incluyen muchas variables y circuitos de retroalimentación. Este tema es diferente del de otras redes expertas. El grado de certidumbre y las normas para la comprobación asociados a los ensayos clínicos y muchos diseños de estudios epidemiológicos ni se pueden lograr ni son apropiados, ya que las pruebas científicas no son tan claras como se podría esperar de los ensayos aleatorios de grupo control.

3. *Se han encontrado algunas vías causales fundamentales (la lista no es exhaustiva):*

- la liberalización del comercio (por ejemplo, reducción arancelaria, zonas francas industriales) influye en el crecimiento (+/-), los ingresos, la distribución de los ingresos;
- los cambios en los mercados de trabajo (por la liberalización del comercio, la inversión extranjera directa, la contratación externa) influyen en los ingresos, la distribución de los ingresos, la (in)seguridad económica, la exposición a los riesgos;
- la liberalización de los mercados financieros (crisis financieras, flujos volátiles de inversión de cartera) influye en el crecimiento, los ingresos, la distribución de los ingresos, la (in)seguridad económica;
- los cambios en la distribución de los ingresos, los mercados de trabajo, la competencia por la tierra influyen en la (in)seguridad alimentaria, los modelos nutricionales; por ejemplo, la forma en que la urbanización se combina con la inversión extranjera directa en el procesamiento de alimentos, la comercialización;
- la repercusión que numerosas vías tienen sobre las tendencias, la velocidad de la urbanización y los recursos disponibles de vivienda, agua, saneamiento, y
- el aumento que el acceso a la atención de salud causa en el acceso a los resultados de las investigaciones; la reducción del gasto en salud pública en respuesta a las condiciones explícitas o a un programa de competitividad, que ejercen influencias múltiples en el “espacio normativo” y en la capacidad normativa.

*Las ideas principales para comprender las vías causales son:*

- las vías causales que vinculaban la globalización con los determinantes sociales de la salud no pueden clasificarse a priori, ya que tanto la importancia relativa de las vías causales particulares como la fuerza de las pruebas científicas acerca de su funcionamiento varían entre países y regiones y con el transcurso del tiempo y
- más bien, estas vías solo se pueden describir y evaluar basándose en el examen y análisis comparativos transnacionales de los resultados de las investigaciones (en torno a los cuales

se organizará el programa de investigación que se le ha encargado a la red).

4. El centro de enlace de la red experta de globalización construye sobre un programa de investigación sobre el grupo G8 y la salud mundial, y tendrá que trabajar estrechamente con los otros centros de enlace de redes expertas.

Hasta la fecha hay cerca de doce centros de enlace<sup>20</sup> de redes expertas y un buen número de participantes<sup>21</sup>.

5. Posible lista de documentos comisionados de investigación sujetos a consultas adicionales.

Los temas variarán según las realidades nacionales, y los exámenes comparativos transnacionales serán indispensables. El centro de enlace dependerá de los documentos comisionados. Aunque la siguiente lista es septentrionalista, refleja una ventaja especial en materia de género y salud. El manejo de estos temas es complejo y se están determinando el proceso y las iniciativas normativas pertinentes con que se cuenta.

- La globalización, la equidad en salud y los riesgos ambientales: un panorama conceptual y una evaluación de los nexos principales.
- Repercusiones de la globalización sobre los enfoques nacionales y subnacionales, basados en los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud (comparación entre países).
- Las vías, desde reglas de comercio y liberalización del comercio hasta determinantes sociales de la salud
- Las influencias de la globalización en los entornos urbanos, la salud urbana y la capacidad de formular políticas urbanas: efecto de los acuerdos mundiales de los sindicatos en el mejoramiento de las condiciones salariales y laborales en las cadenas mundiales de producción.
- La globalización, las transiciones nutricionales y la (in)seguridad alimentaria.
- La tributación internacional o mundial y la eliminación de la fuga de capitales y la evasión de impuestos: posibles repercusiones en los determinantes sociales de la salud.
- La globalización, la capacidad nacional normativa y fiscal y la reforma del sector de la salud.
- La asistencia, el comercio y el alivio de la carga de la deuda: metodología para la evaluación integrada de los determinantes sociales de la salud a nivel de país influye en la función y las repercusiones de las organizaciones de la sociedad civil al apoyar las políticas que promueven la equidad en salud.
- La globalización, los mercados de trabajo flexibles y los determinantes sociales de la salud.
- El tráfico de seres humanos y de órganos humanos: tendencias y cuestiones normativas.
- La minería y el turismo: análisis de la repercusión de los determinantes sociales de la salud en dos industrias mundiales.

## Discusión plenaria

### *Equilibrio entre el proceso normativo y la acción normativa*

Algunos participantes observaron que no quedaba claro el volumen de trabajo que se realizaría para documentar los procesos normativos y los modelos prácticos. Se plantearon las dos preguntas siguientes: ¿cuál es el nivel del equilibrio? y ¿dónde está el componente de la acción normativa? Hay que estimar las

repercusiones económicas; aunque será más difícil persuadir a quienes no creen en el programa particular o sus efectos. La función de los servicios de salud para mejorar o empeorar las inequidades parece perder importancia en las presentaciones de las redes expertas. Sin embargo, hay mucho por hacer en este campo y algunas de estas inequidades pueden ser abordadas por los servicios de salud y sistemas de salud, que a su vez podrían ser puntos centrales del debate como mediadores de las disparidades en salud.

La red social sobre la exclusión social considera que es importante tratar la inclusión social y definir los factores propicios, en lugar de concentrar las deliberaciones sólo en los factores que promueven la exclusión. Algunos países pueden promover la inclusión social, aún cuando en éstos se experimenten diferentes grados de exclusión social.

La salud mental y las enfermedades mentales se consideran temas muy pertinentes de discusión. Las aptitudes para las relaciones interpersonales suelen lograr cambios para evitar la discriminación a la que están sujetas las personas con trastornos mentales. La salud mental es una fuente de exclusión social. Es un hecho sabido que de haber recibido los niños un diagnóstico temprano acerca de una enfermedad mental, dos de tres quizás no se encontrarían hoy en día afrontando el sistema de justicia. En cuanto a las condiciones laborales, si las comunidades apoyan las condiciones laborales peligrosas es porque es mejor tener un empleo peligroso que no tener trabajo. A medida que las tabacaleras se enfrentan a una oposición creciente, se mudan a otros sitios en los países en desarrollo.

La exclusión social se consideró más como una consecuencia, que como un determinante de la salud. No obstante, se planteó a la audiencia la interrogante de cuáles son las condiciones que afectan a las personas sin seguro y que conducen a la exclusión. En este sentido, es importante señalar que los determinantes sociales actúan en una reacción en cadena y, por consiguiente, hay que conceder alguna importancia al seguro y al financiamiento en estas cadenas de determinantes sociales.

Por último, los participantes destacaron la importancia de definir las funciones relacionadas con la interacción entre las redes expertas y los países, así como las maneras en las cuales estas redes podrían promover la acción dentro de la CDSS. Además, algunos participantes dijeron que todavía no entendían claramente la manera cómo se transferirían todos estos conocimientos de la esfera, en gran parte académica de estas redes expertas a la sociedad civil y demás actores, de tal manera que se pudiera aportar al desarrollo general de la sociedad. Por otra parte, otros participantes consideraron que los programas de las redes eran muy convincentes y pertinentes. Sin embargo, para que las redes expertas alcancen sus propios objetivos, deben ser más inclusivas, ya que todavía parecen ser muy tendenciosas con respecto a los países desarrollados. Quedó pendiente una pregunta: ¿qué estrategias se contemplan para promover la apertura o para volverse más inclusivos hacia otros socios en los países en desarrollo?

Otro tema importante que se mencionó, que hizo más profundo el debate acerca de las repercusiones económicas, se refirió a los efectos a corto plazo, en comparación a los efectos a largo plazo, en el desarrollo infantil. Los efectos a corto plazo son más pertinentes al tomar decisiones políticas, pero las acciones a largo plazo producen mejores resultados en el desarrollo y le permiten a la persona desarrollar las aptitudes necesarias. Diversas evaluaciones de algunos programas educativos en los Estados Unidos, Head Start, por ejemplo, han estimulado mucho el debate acerca de sus efectos a largo plazo. Por consiguiente, si se va a ofrecer un buen argumento y a demostrar los beneficios económicos efectivos, ya sea a corto o a largo plazo, de estos programas, mediante el cálculo y la rendición de cifras creíbles sobre los beneficios económicos, es indispensable que convencen a los responsables de formular las políticas. Los políticos son escépticos y la verosimilitud de los hechos es esencial. Por consiguiente, las redes expertas tendrán que enfrentarse con estos temas cuando se hagan afirmaciones acerca de las compensaciones económicas.

### *Respuestas de las redes expertas*

*La red experta de la globalización* quisiera recibir preguntas y respuestas de los países. Este centro de enlace estará funcionando estrechamente con grupos de la sociedad civil para promover la transferencia de conocimientos y el empoderamiento. Se centran en la dimensión septentrional, pero tratarán de superar este problema y de trabajar estrechamente con el movimiento a favor de la salud de la población. Acerca del equilibrio de las vías causales, y lo que funciona, la red responderá posteriormente.

*La red experta de la exclusión social* afirmó que es preciso considerar la inclusión social, tanto como la exclusión social. No solamente los docentes de un mundo rico o un sólo un grupo definirá los asuntos para la investigación; este centro de enlace de la red se ocupa de buscar socios puesto que cree que la diversificación es importante. Estará colaborando con socios por medio de la UNESCO para diversificar el proceso y traer las voces de los países desarrollados y en desarrollo. Reconoce la necesidad de comprender más a fondo la relación entre las formas de exclusión social y la salud mental en un proceso bidireccional, y acepta que es difícil definir todos los parámetros posibles de los factores sociales del estrés y las limitaciones al acceso.

*La red experta del desarrollo del niño en la primera infancia* encaja en la brecha histórica entre la comunidad académica y los investigadores; este problema se ha solucionado al mantener una muy estrecha relación entre los dos grupos. Su personal no tiene formación en el idioma de los políticos, pero reconoce los pasos necesarios para cerrar esta brecha. Si el mensaje es preciso y fundamentado, y los políticos están interesados, entonces funcionará. El establecimiento de las vías causales es un tema sumamente complejo y muy difícil de controlar en la investigación de los determinantes sociales, que hace mucho más valioso centrar la atención en las interacciones. En muchos sentidos, los estudios longitudinales no son realistas; por consiguiente, se necesita pensar en los procesos bidireccionales y las formas complejas de causalidad, como en la salud mental, por ejemplo. La red experta colabora con otros países y aprovecha oportunidades para hacer invitaciones a que le propongan candidaturas de personas de los países en desarrollo que pudieran participar en su red. La red de la globalización respalda esta solicitud y alienta a los participantes en esta reunión a que se comuniquen con la red y les sugieran participantes posibles.

*La red de las condiciones laborales* reconoce la importancia primordial de los servicios de salud como un determinante de la salud. Está muy orgullosa de colaborar de cerca con el Ministro de Salud de Brasil en relación con su experiencia con los servicios de salud ocupacional, que son experimentales y se ofrecen en centros comunitarios. Seguirá trabajando en este tema. La alianza de los centros expertos se encuentra en los “países dinámicos”, por llamarlos de alguna manera, un término que prefieren los países en desarrollo al referirse a Brasil y México, por ejemplo. La cuestión de los sindicatos se explora como un factor que tiene repercusiones en la salud. Aunque hay estudios en este campo, la red quisiera examinar este fenómeno en América Latina en el sector de la producción estructurada, ya que no hay ningún sindicato en el sector no estructurado y hay muchas maneras de hacer la evaluación. En cuanto a la economía, no solo es importante conocer las variables y sus asociaciones, sino también los estudios publicados. Este centro de enlace puede ofrecer este tipo de análisis, incluyendo los estudios muy interesantes sobre costos netos, que pueden servir para compararse con los resultados de estudios sobre inversiones. Estos estudios demuestran que la falta de intervención puede tener un efecto económico, además de costos sanitarios importantes.

### *Observaciones de la Organización Mundial de la Salud*

Hay una red experta concretamente para los sistemas de salud, que gestionará un centro de enlace en Sudáfrica, y habrá conexiones entre el trabajo de país y los centro de enlace de redes expertas. Habrá representantes para apoyar a los países en cada una de las redes expertas y participarán en la formulación y

aplicación de las recomendaciones. Las redes expertas no trabajarán en el vacío, se comunicarán con otros componentes y procesos de la CDSS. Se procurará mantener el equilibrio entre las pruebas científicas y la documentación de los procesos normativos y los argumentos sobre las políticas.

La atención se dirigirá a la pericia de cada centro de enlace, la cual tiene que resistir el escrutinio. La Comisión tendrá una visibilidad pública. Se contará con una base de datos científicos, y necesidades, que serán administradas por cada una de las redes expertas. Hay considerables intersecciones entre las redes expertas, y la difusión y sensibilización de los centros de enlace están ahí para que se acceda a ellas.

¿Cómo se está manejando el acceso a los conocimientos? El doctor Richard Van West Charles, Gerente de Área, Información y Gestión de Conocimientos, OPS, dijo que la difusión de los conocimientos es un factor vital. Se establecerán varios espacios para la colaboración y habrá que considerar más adelante la vinculación de las redes expertas. La OPS brindará apoyo mediante el portal de Sharepoint que ya existe en la OPS y prestará apoyo técnico.

En cuanto a la inversión, es posible que la sociedad esté invirtiendo en gran medida en muchas de estas esferas sociales, pero podría haber maneras de hacerlo de forma más inteligente y eficaz para obtener ganancias de eficiencia. Por consiguiente, se examinará lo que funciona y lo que no funciona, pero esto no significa que se asignarán nuevos recursos, sino que se asignarán mejor. Habrá recomendaciones sobre el valor intrínseco y la justificación suficiente, así como otras recomendaciones con argumentos complementarios que planteen cuestiones de costo-beneficio. Las redes expertas elaborarán planes y síntesis.

## **PANEL: LAS OPORTUNIDADES PARA QUE LOS ESTADOS MIEMBROS Y LA OFICINA DE LA OPS/OMS IMPULSEN EL TRABAJO DE LA COMISIÓN**

### **Introducción: Acción a nivel de país**

*Christine Brown, Oficina de Venecia de la OMS*

Las metas generales de la acción a nivel de país son dar a la salud una prioridad integral en todos los niveles del gobierno en el programa de desarrollo general de un país, y fortalecer los conocimientos acerca de la manera como se pueden enfrentar los determinantes sociales en la práctica, extrayendo las experiencias de los países.

Actualmente, hay una inversión desproporcionada en los factores posteriores. Los elementos comunes que determinan las decisiones de inversión podrían ser financieros; por ejemplo, la balanza de pagos y la contención de costos; la eficiencia relacionada, como la gestión de la demanda; o ser políticos, como obtener ganancias rápidas o la salud como una preocupación privada e individual. Dentro de este contexto, la salud generalmente se considera un costo, y la salud pública como periférica a la aplicación del programa establecido de desarrollo. Por lo tanto, es necesario identificar los factores propicios indispensables para adelantar las inversiones y reorientarlas, lo cual crea condiciones para la buena salud. Una parte esencial del aprendizaje de

la Comisión será examinar los procesos políticos, comprender cómo los procesos políticos que han facilitado la acción en los determinantes sociales de la salud han surgido en los países que han tenido éxito. Las diferentes etapas del desarrollo de los países o sus diferentes capacidades no deben excluir su participación con la CDSS.

*Los elementos principales del trabajo en los países producirán tácticas, ejemplos y argumentos*

1. Extraer los factores propicios fundamentales para adelantar las inversiones: la síntesis del aprendizaje sobre lo que funciona, a fin de configurar e influir en los procesos políticos y normativos para que reflejen una perspectiva de determinantes sociales. Los ejemplos son Guatemala, el Brasil, México y Chile.
2. Poner de relieve la tecnología que fortalece el proceso de negociación de las políticas y genera apoyo político por medio de los ministerios principales. Articular la salud como un recurso fundamental para alcanzar los objetivos generales de desarrollos de un país, y de suerte que apoye los objetivos de otros sectores.

**Principios de la acción en los países**

Dirigida por el país  
 Motivada por la voluntad política a un nivel alto  
 Cobertura nacional  
 Institucionalización y sostenibilidad  
 Inclusivo de diferentes tipos de países  
 Fomento de la participación y apropiación de la comunidad  
 Promoción de la cooperación intersectorial  
 Promoción del intercambio entre países

La salud se acumula en el transcurso de la vida. La selección de modos de vida y del comportamiento es mediada por los determinantes sociales, la posición social y la estructura social. Sin embargo, considerando los factores determinantes actuales y la manera en la cual se percibe la salud, parece haber una presunción común de que no se puede o no se debe intervenir en las condiciones del desarrollo económico y del mercado. La respuesta es “la recompra de la salud” mediante los programas de salud pública dirigidos a los individuos. Esto va en contra de las pruebas científicas, que indican cuántas intervenciones de cambio de comportamientos son difíciles de comenzar y sostener pues los factores estructurales quedan intactos. También parecen indicar que las pruebas científicas por sí solas son insuficientes para producir el cambio. Por lo tanto, el argumento que se planteó de que se trata a los enfermos y luego se los regresa a las condiciones que los enfermaron es cierto en este caso. No intervenimos inicialmente, sino que compramos la salud posteriormente.

Un modelo integral de determinantes sociales debe poder aclarar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud; mostrar la relación que los determinantes principales guardan entre sí; proporcionar un marco para evaluar los determinantes sociales de la salud y decidir cuáles son más importantes de abordar; y proyectar niveles concretos de intervención y puntos de entrada en las políticas, para la acción en los determinantes sociales.

*Espectro de las opciones para la acción<sup>22</sup>*

1. Sensibilizar a los distintos interesados directos y comprender el contexto y las oportunidades. Esto supone establecer el diálogo y crear mecanismos en el país para el debate, haciendo hincapié en la relevancia de los determinantes sociales para el programa general de desarrollo, y posiblemente creando proyectos "piloto"; y documentar e intercambiar procesos decisorios, incentivos y oportunidades.
2. Fortalecer la apropiación y establecer las prioridades de las opciones para la acción, como sigue:
  - a) facilitar y apoyar las consultas técnicas y la participación con las redes expertas, como en la planificación, la evaluación de opciones y la puesta a prueba de situaciones hipotéticas; b) dejar huellas de los determinantes sociales en todos los niveles del gobierno y la sociedad para articular los mejores puntos de entrada y las prioridades para la acción sostenible; c) determinar las

capacidades existentes y posibles, como las de índole institucional, reglamentaria, de recursos humanos, y los conocimientos que se necesitan para aplicar el enfoque, y d) elaborar una estrategia de comunicación inclusiva, o sea, informar y mantener el interés y la comprensión.

3. Poner en práctica—incluidos el financiamiento y los sistemas de gestión— y vigilar y examinar el aprendizaje y las repercusiones, como sigue: a) fortalecer los sistemas y las capacidades para integrar la acción en los determinantes sociales, como la sostenibilidad financiera, técnica e institucional, los marcos jurídicos y los protocolos de presupuestación; b) formular, probar e innovar las intervenciones, y c) vigilar y perfeccionar, para garantizar el cumplimiento, y documentar el proceso de aprendizaje y cambio.

La formulación de políticas basada en pruebas científicas no es un proceso libre de juicios de valor, ni es lineal; consiste en negociar, granjearse el apoyo y forjar las alianzas para crear políticas y obtener inversiones o la voluntad política para reinvertir los recursos existentes. Otros sectores deben considerar la salud, y depende de los ministerios de salud que se establezcan las conexiones si quieren velar por que las acciones de otros sectores sean inocuas para la salud desde el punto de vista de los determinantes sociales. Aunque encontrar tal sinergia no siempre es posible, sigue siendo necesario forjar alianzas. Por consiguiente, a pesar de los cambios políticos y del paradigma, es preciso saber cómo esta sucediendo esto en diferentes entornos contextuales y cómo la agenda puede progresar con el transcurso del tiempo. Es importante incorporar esta agenda en los programas de acción de los países.

#### *Productos al nivel de país*

- Información y conocimientos sobre las vías y acciones.
- Mecanismos para la integración de políticas y alianzas dentro del gobierno, en todos los niveles, y con el sector privado.
- Formulación de políticas y estrategias sanitarias concretas que aborden los determinantes más importantes: multisectorial.
- Mecanismos para asegurar la participación y apropiación de la sociedad civil, el público, y la comunidad

#### *Apoyo a la Comisión y otros actores*

- *El apoyo técnico* consistirá en intercambiar experiencias, conocimientos especializados, y entretener ideas e innovaciones, intercambios transnacionales, foros regionales para el diálogo y ayuda para la solución de problemas, desarrollo de instrumentos y tecnologías para la acción. Reunirá en un fondo común expertos en políticas y prácticas y se solicitará el apoyo de los miembros y productos de la red como una base de recursos para la acción a nivel de país y entre países.
- *El fortalecimiento de capacidades* comprenderá laboratorios de política de alto nivel sobre los procesos de inversión en salud. La Oficina de Venecia de la OMS capacitará a funcionarios y expertos regionales en la prestación y el apoyo a la aplicación.
- *Apoyo político y moral.* La legitimidad y el apoyo de la OMS forman parte de una obra de más envergadura de los componentes de la Comisión, creando una masa crítica para que el sistema sea más receptivo a la perspectiva de los determinantes sociales. Se establecerá una relación con la acción nacional e internacional entre países mediante la cooperación, la asociación y el

intercambio de experiencias. Esta cooperación se suma a una alianza para fortalecer las pruebas científicas y las capacidades en la equidad en salud y los determinantes sociales.

## La perspectiva subregional: el Caribe de habla inglesa

*Sir George Alleyne, Presidente, Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe*

El objetivo de esta presentación es examinar algunos de los resultados del trabajo de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe a la luz de los determinantes sociales, los que se han modificado y los que se podrían modificar.

Con una visión futurista, podemos imaginar que una píldora nueva pudiera cambiar fácilmente los efectos perjudiciales de algunos determinantes. Sin embargo, de una manera más realista, ¿cómo consideraremos estas causas proximales hasta el día en que podamos cambiarlos biológicamente al nivel de la población?

¿Qué definen los determinantes? Hay dos verdades fundamentales. La primera es que los determinantes sociales no son inmutables con el transcurso del tiempo. La segunda es que lo que es inmutable con el transcurso del tiempo es nuestra responsabilidad de presentar la información adecuada a los encargados de tomar las decisiones para que lo hagan.

Revisando lo que ha pasado a lo largo de los años y usando indicadores ordinarios como es la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil ha mejorado y muchos de los programas implantados por los gobiernos han tenido éxito. Por ejemplo, no hay ningún caso de sarampión en el Caribe. Es un hecho que demuestra que los logros de los programas de vacunación en el pasado se debieron a intervenciones técnica y económicamente factibles, políticamente sostenibles y socialmente aceptables.

Los datos sobre el gasto sanitario como porcentaje del PBI están muy por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, pero como porcentaje del total, a pesar del nivel deficiente del gasto sanitario, han surtido efectos razonablemente buenos. Un determinante fue político y el otro fue social, o sea, la educación. Se ha mantenido el nivel del gasto público en educación. A menudo se olvida la relevancia del clima político. Gran parte del cambio en la salud pública ha sido el resultado de un clima político favorable a la autodeterminación. A. Sen dice que la libertad del pueblo es también un determinante social de la salud.

El Caribe ha obtenido ganancias notables en la salud en los últimos cuatro o cinco decenios, pero los problemas "nuevos" amenazan estos logros, como la obesidad, la comorbilidad de las enfermedades crónicas, la diabetes, la infección por el VIH/sida y las secuelas de los traumatismos y la violencia, que son colindantes con la autodeterminación y la capacidad para ser libre. Las cardiopatías y el cáncer están aumentando. Las enfermedades no transmisibles constituyen el asesino número uno en el Caribe. La obesidad es la causa del aumento de la diabetes y de la mortalidad cardiovascular, y no es ningún consuelo que esto sea un problema mundial. Por ejemplo, En Saint Kitts y Nevis, casi 70% de la población adulta tiene exceso de peso u obesidad. El segundo motivo de preocupación principal es la infección por el VIH/sida, que sigue azotando a los países y acortando la esperanza de vida.

	Tasa de mortalidad infantil	Esperanza de vida al nacer (años)
	Defunciones de	

	lactantes/1.000 nacidos vivos 1980-2004		1980-2004	
Las Américas	37,8	20,1	68,8	73,5
América del Norte	11,2	6,7	74,6	74,8
Caribe	36,9	17,3	68,1	73,5

Muchas de las mejoras obtenidas en el pasado han sido el resultado de la ingeniería social, y no de la modificación deliberada de determinantes sociales. El secreto del éxito es principalmente la introducción de intervenciones técnicamente factibles, políticamente sostenibles, económicamente asequibles, y socialmente aconsejables y aceptables. La preocupación actual es si las influencias de

ese cambio social que se ejercieron en el pasado son pertinentes cuando se trata de un nuevo perfil epidemiológico. Por ejemplo, la educación, sí, pero diferente; el crecimiento económico, sí, pero con más atención en la distribución; la seguridad alimentaria, sí, pero muy distinta; la inclusión social, sí, con la expansión de experimentos piloto y la reducción de la discriminación.

Otros mega problemas incluyen la infección por el VIH/sida. El Caribe tiene la

segunda tasa de prevalencia, inferior sólo a la de África. Sabemos que si no hubiera surgido el sida, la esperanza de vida habría sido más larga de lo que es hoy. Los traumatismos y los homicidios son la segunda causa principal de muerte en algunos países, seguidos de los accidentes de tránsito y los homicidios. Cabe preguntarse, ¿cuáles son los determinantes de estas nuevas epidemias? ¿Qué influencias pueden ejercer las políticas para abordar y modificar estas tendencias? En la República Dominicana, por ejemplo, más mujeres que hombres padecen sida, y en el grupo más joven, la seroprevalencia de las mujeres es más alta. Nuestra preocupación actual es que los problemas del pasado no se pueden resolver con las influencias del pasado. La educación general es importante, pero hay que usarla de manera distinta, de forma que se incorporen el ejercicio y las aptitudes para la vida. No es suficiente decir la educación, sino qué clase de educación. Como ilustración, podemos preguntar lo que significa comer bien. Por otra parte, en cuanto a la pobreza, ¿cuáles son las influencias que mejoran la distribución del ingreso? Hay que reconocer que la tarea es difícil, pero que puede hacerse.

La seguridad alimentaria es otro tema. En los sesenta, la malnutrición era sumamente prevalente. Hoy, hay más disponibilidad de calorías. No obstante, hay una disminución en los niveles de actividad que exigen los trabajos, y un aumento fenomenal del número de automóviles. La corrección de esta situación no es fácil; sin embargo, diversos ministerios, como el de transporte, parques y otros, pueden usar sus influencias para mejorar los resultados de salud. La inclusión social es otro ejemplo. ¿Cómo se reduce la discriminación por razón de género? No es el género de por sí; es el concepto social del sexo biológico lo que causa la discriminación.

Hay consciencia y se asume la responsabilidad. Es decir, ¿cómo se les muestran a quienes formulan las políticas las verdaderas influencias políticas, fuera de señalar los determinantes sociales de la salud?

Gasto público en educación como % del gasto público total				
	1970	1980	1990	2000
Barbados	21,2	20,5	22,2	18,5
Jamaica	---	13,1	12,8	11,1
Guyana	13,2	---	---	18,2
Santa Lucía	---	---	---	16,9



## Perspectiva de los Estados Miembros

**Patricia Frenz, Ministra de Salud de Chile**

*“[...] La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas [...] y es en el ámbito de la salud donde se expresan con singular dureza.”*

Presidente Ricardo Lagos, mayo de 2002

\*\*\*

Nuestro plan para trabajar en los determinantes sociales se enlaza con los procesos de reforma. La equidad está detrás de las reformas en Chile, y hablamos de equidad no solamente con respecto a la distribución de recursos, pero también en términos de equidad en los resultados.

La reforma del sector salud comienza con los objetivos nacionales, y estos procesos en Chile han llevado a cambios en diversas áreas. Por ejemplo, en salud pública, las autoridades nacionales y regionales han asumido nuevos roles de política, regulatorios, y de hacer que se cumplan estas políticas. Los consejos de salud, a través de los planes de salud pública, consideran e incluyen los determinantes sociales.

Hemos estado trabajando en una nueva definición de salud pública, fuertemente inspirada por la definición del informe de Wanless de Gran Bretaña. Su énfasis es en la salud y la prevención con el objetivo de mejorar la salud y alcanzar la equidad. Esto va más allá del trabajo sectorial y del gobierno y debería convocar a todas las organizaciones insertadas en la comunidad y en los esfuerzos de los individuos. Nuestra definición de salud pública es la siguiente: “El arte y la ciencia de promover salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida para lograr mejor salud y mayor equidad en salud de la población a través de esfuerzos organizados y elecciones informadas de la sociedad, las organizaciones, los sectores públicos y privados, las comunidades y los individuos”.

En cuanto a puntos de entrada de política, Chile ve a la Comisión de Determinantes Sociales de Salud como un compromiso de alto nivel de la OMS y como una oportunidad para fortalecer la acción en los determinantes sociales de salud. Para la Región de las Américas, ésta también representa una oportunidad similar.

En cuanto al plan de trabajo para integrar el enfoque de determinantes sociales, el Ministerio de Salud de Chile ha establecido objetivos y productos para el período de junio del 2005 a febrero del 2006. El énfasis en la equidad en salud se encuentra en el centro de los procesos nacionales de reforma, y lograr la equidad requiere acción en los determinantes sociales de la salud.

Actualmente se observan gradientes sociales en la distribución de enfermedades importantes por quintiles de ingreso. Las respuestas a una encuesta reciente muestran que en los más bajos quintiles de ingreso, las personas consideran peor su salud. En cuanto a las enfermedades no transmisibles, tanto en hipertensión y riesgos cardiovasculares se nota un gradiente social medido a través de niveles de educación. Esta situación se repite en otros factores de riesgo como el tabaquismo y la obesidad. En cuanto a intervenciones que pueden actuar para lograr una mayor equidad y justicia social, la cobertura de la educación escolar es esencial y hoy tenemos una cobertura desigual por ingreso. Aunque quizás el porcentaje de crecimiento ha sido mayor en los quintiles más bajos, se mantiene una brecha importante.

Nuestro trabajo para enfrentar los determinantes sociales se relaciona íntimamente con el programa AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) y la reforma por una parte y por otra con Chile Solidario. Chile Solidario ejemplifica una visión integrada del desarrollo humano y social dirigido a los más vulnerables. Hemos creado un sistema de protección social donde los programas sociales son entendidos como derechos ciudadanos. Si no se cumple con estas garantías, las personas pueden acudir a los tribunales.

El programa AUGE ejemplifica un programa que garantiza derechos para enfermedades prioritarias con guías clínicas basadas en evidencia. Las redes de atención están gerenciadas por los servicios de salud, coordinadas y reguladas por un subsecretario especial, con un fuerte énfasis en la atención primaria, monitoreo y evaluación con nuevos sistemas de información, agendas digitales y un nuevo marco regulatorio para el sistema privado. El programa AUGE trabaja con 225 000 familias de pocos recursos para alcanzar 53 condiciones mínimas relacionadas con el desarrollo humano al que la persona debe tener derecho integral, diez de las cuales son específicas a salud. Estas condiciones son integrales al desarrollo humano, al que la persona debe tener derecho.

En una primera fase se implementará durante los próximos meses un sistema de protección social de la infancia lo cual significa establecer condiciones mínimas para el desarrollo integral de todos los niños de 0 a 14 años de edad. Comenzará este año con madres primigestas, y podremos decir que en Chile ningún niño crecerá sin un conjunto de opciones y apoyo para su desarrollo integral y pleno.

Vemos la posibilidad de hacer grandes avances y tenemos un compromiso con esta Comisión. El Presidente Lagos es miembro de la misma y en el Ministerio de Salud hemos estado desarrollando el trabajo y hemos establecido una unidad que coordina el mismo. El desarrollo de la estrategia de país involucra la cooperación con la Organización Mundial de la Salud para completar el plan, la aprobación por el Ministro de Salud y la oficina del Presidente, la participación en la consulta regional, el desarrollo de talleres nacionales y regionales intersectoriales durante noviembre y enero, la presentación de un segundo informe de progreso y luego el informe a los comisionados en enero del 2006.

Estamos terminando con nuestras prioridades al final de un gobierno de seis años, pero también podemos verlo como una gran oportunidad para hacer intervenciones clave que el próximo gobierno puede adoptar. Por lo tanto, es esencial demostrar el concepto, ampliar su comprensión, generar una visión compartida entre la gente de salud a nivel nacional, del gobierno y de la sociedad civil, y además construir capacidades.

El discurso no es suficiente, y tenemos que demostrar que este enfoque es relevante, práctico y que es posible lograr resultados. Con el trabajo de este año estamos desarrollando capacidades e identificando aquellas que nos harán falta, y generar en el 2006 un consenso intersectorial sobre intervenciones prioritarias y luego pasar a un proceso de planificación y presupuestación trans-sectorial.

Declaración de la IV Reunión de los Ministras y Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur

Santiago, Chile, 1 de abril de 2005

*“Estamos convencidos de que los factores económicos y sociales son determinantes de las condiciones de salud de los países y deben ser abordados como un desafío de la sociedad en su conjunto [...] Celebramos los recientes avances y decisiones de la OPS/OMS en el sentido de promover activamente el enfoque de determinantes sociales de la salud a través del lanzamiento de una Comisión [...]”*

Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela

Nuestra meta es llevar hacia delante la reforma de tal manera que comience a impactar tanto en los determinantes estructurales así como en los intermediarios. Es esencial movernos hacia una situación donde se pueda ver la salud y actuar sobre ella como una amplia meta social compartida y que es posible tener metas de salud y de otros sectores.

Esta posición se traduce en algunos proyectos específicos donde hemos tenido apoyo de la CDSS. Este año se documentarán los procesos históricos de las políticas sociales, incluyendo la evaluación de los objetivos nacionales en Chile para comprender la trayectoria. Otro tema con especial interés de apoyo de las redes de conocimiento es el tema de desarrollo infantil temprano, el trabajo sobre equidad en salud ocupacional, equidad de género, y sistemas de protección social para niños, una afirmación de política compartida por actores relevantes intersectoriales mediante consultas formales e informales, y mapear y construir capacidades para utilizar el marco.

La coordinación y estructura de apoyo para lograr los objetivos y productos incluye la unidad en el Ministerio de Salud bajo el Subsecretario de Salud Pública con cuerpos políticos y técnicos asesores para implementar el plan de trabajo, y la colaboración con puntos focales sectoriales e intersectoriales. Hemos también aumentado el espacio de diálogo con otros sectores y aumentado el compromiso a nivel de las regiones con este proceso. La CDSS apoyará el trabajo de Chile con una definición compartida de la cooperación técnica y enlaces a las redes de conocimiento y a las experiencias de país.

En conjunto con OPS se ha definido el tipo de cooperación que se requiere. Debemos compartir las experiencias y tenemos mucho que aprender mutuamente, para lo cual se han fijado algunos hitos. Chile está mucho mejor con la reforma, pero fortaleciendo la dimensión de determinantes sociales, estaremos aún mejor.

## La perspectiva de la Oficina

*Daniel López Acuña, Director de Gestión de Programas, OPS*

Esta presentación se centra en los aspectos “prácticos” de los nexos del trabajo de la Oficina y el trabajo de la CDSS. Se pueden tratar las oportunidades con que cuenta la Oficina Regional de la OPS para impulsar el trabajo, en estrecha relación con el trabajo de los países, y de acuerdo con las líneas de la cooperación técnica.

Desde la perspectiva de la Oficina Regional, es conveniente asegurar el apoyo pleno de la OPS al trabajo de la CDSS a escala mundial. Para ello, es preciso determinar las sinergias en los niveles regional, subregional y de país. Trabajan 3.000 personas en la Región de las Américas y su trabajo debe ser tenido en cuenta por la Comisión. Por consiguiente, es importante no comenzar procesos que sean paralelos al trabajo en marcha. Las funciones del centro de distribución de información de la OPS también pueden apoyar el trabajo de la CDSS

La Oficina no escatimará esfuerzos para evitar procesos paralelos, seamos interdependientes, incluso en los temas de las redes expertas y el trabajo de la CDSS, lo que significa el trabajo de los Comisionados y el trabajo de las redes expertas y de la Secretaría de la Comisión. Es esencial definir, exactamente, la forma cómo el trabajo en curso de la OPS alimenta el de la Comisión, y la manera en que la Comisión apoya estos procesos en curso en la OPS.

Por lo tanto, es importante articular las redes expertas con los centros colaboradores de la OMS/OPS vinculados con los temas de interés de las redes, enlazarlas con la investigación que promueven estos centros y usar las funciones del centro de distribución de información de la Oficina de la OPS/OMS. Esto es indispensable puesto que, de otro modo, estaríamos desperdiciando algunas relaciones establecidas. Y, se necesita realizar un esfuerzo concertado para dialogar con los centros colaboradores, así como con otras instituciones.

La Región de las Américas es rica en el número y la calidad de los proyectos de investigación; se cuenta, entre otros, con observatorios, centros de distribución de información y depósitos. Por consiguiente, es menester buscar la alineación, en lugar de la repetición, y mientras más interesados directos puedan participar, mejor.

Otro punto se relaciona con la necesidad de establecer nexos y mecanismos entre el trabajo de la Comisión en general y el trabajo técnico de la Organización. Por ejemplo, el trabajo de la CDSS debe incorporarse en el trabajo ordinario cotidiano de la OPS y la OMS en los niveles mundial, regional, subregional y de país. Los determinantes sociales y las actividades de la Comisión deben estar incorporados en las actividades de la Oficina relacionadas con la CDSS y en el ciclo de gestión de programas de la Organización y el “presupuesto por programa único” que guían el trabajo de la Organización. Además, estos últimos también pueden convertirse en el marco de la Estrategia de cooperación en los países, vinculando a los equipos en los niveles regional y mundial para que los determinantes sociales puedan integrarse en su enfoque. La promoción de los análisis de los países de los determinantes sociales y las políticas sociales deben formar parte del marco de la Estrategia de cooperación en los países, y contribuirán a enriquecer el depósito de las experiencias pertinentes.

Se pueden aprovechar los acontecimientos actuales para reforzar el apoyo normativo y político, evitar las duplicaciones e incorporar las actividades. También se necesitan mensajes comunes definidos, similares a los que se está transmitiendo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), o el trabajo de la

OPS con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estos son solo dos ejemplos del trabajo relacionado con los determinantes sociales. La CDSS debe oírse en diferentes espacios. En tales espacios, como el foro de alto nivel para los ODM relacionados con la salud, o el foro para la armonización y la alineación que, de alguna manera, están guiando la articulación de los esfuerzos bilaterales y multilaterales en apoyo a los temas básicos del desarrollo sanitario.

Desde el punto de vista de la Oficina, será importante tener un marco articulado de definiciones operativas y directrices que guíen el trabajo técnico de la OMS —el de la CDSS y la Oficina— en los niveles de país, subregional y mundial para apoyar el trabajo de la CDSS en los próximos meses. Pueden agregar valor a la CDSS, a la formulación de políticas y a las redes expertas. Nuestros equipos tratan diariamente con muchos ministros temas pertinente a algunos de estos asuntos. Por otro lado, también será importante definir las oportunidades de participar en las actividades de la Organización Mundial de la Salud, que pueden no estar dentro de las atribuciones, pero guardar cierta relación.

Es necesario definir las oportunidades para que los Comisionados y las redes expertas participen en el trabajo de la OMS en materia de determinantes sociales. Cabe preguntar, ¿cómo está enlazándose la Comisión con las líneas de trabajo en la promoción de la salud, la inversión en salud o la violencia y otras para mejorar su influencia? La vinculación de la CDSS con las actividades de cooperación técnica y de promoción de la causa puede reunir una variedad amplia de interesados directos como los gobiernos, la sociedad civil, los docentes y el sector privado.

No obstante, hay que ser cautelosos. La generación y la sistematización de las pruebas científicas no empiezan con estas redes expertas y se necesitan aprovechar muchos procesos importantes ya en marcha. Aunque se acepta que el inglés es la lengua franca, no es aconsejable limitar la recogida de información a las fuentes en inglés; hay una abundancia de información en español y portugués que nunca llega al mundo de habla inglesa. Se tiene que extraer información de fuentes en otros idiomas, en particular en esta Región con una larga trayectoria de trabajo en medicina social.

Estas son sólo unas pocas ideas de lo que debe hacerse para hacer explícita la necesidad de construir los puentes en el trabajo de los Comisionados, la Secretaría de la OMS y las redes expertas. De esta forma, se podrán evaluar las situaciones y las políticas nacionales con miras a adelantar las acciones, con lo cual se podría revertir el efecto negativo de unos determinantes sociales.

Es evidente que existe el espíritu para contribuir con sinergias. La Organización Panamericana de la Salud reitera su compromiso total de apoyar el trabajo de la CDSS y de velar por el éxito de la recomendación.

## **Discusión plenaria**

Varios participantes solicitaron que las diferencias entre los determinantes sociales de la salud y los determinantes sociales de otros resultados, como la educación, la vivienda o el desarrollo humano en general, se definieran mejor, ya que ambos tipos de determinantes —los que afectan la salud, y la educación y la vivienda— parecer formar parte del programa más amplio. Por lo tanto, sería artificial aislar los que se refieren a la salud. Inclusive, es importante considerar las experiencias locales de los gobiernos pues algunas de las iniciativas se centran en los determinantes sociales, como las iniciativas patrocinadas por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAME).

Sir George Alleyne advirtió el peligro de ser reduccionista y mirar sólo a la salud. El mundo no se divide en sectores; sin embargo, es posible separar los determinantes que tienen más probabilidades de influir en la salud de un pescador modesto de los que tienen muchas probabilidades de repercutir en la educación. Sin

embargo, al mismo tiempo, el desarrollo humano se basa en la interconectividad, y las pruebas científicas han indicado que podemos influir en los determinantes de la salud con el transcurso del tiempo.

Uno de los representantes de la OMS comentó, “Quizás la respuesta es que aunque el desarrollo humano está inscrito en el programa, no es forzosamente sensible a la salud”. El doctor Timothy Evans afirmó que se está empezando a reconocer que gran parte de lo que se está haciendo en el desarrollo humano se podría hacer de otro modo si se consideran los determinantes sociales de la salud y el ámbito de la equidad en salud. ¿Cómo la educación puede cambiar si pensamos en los determinantes sociales de la salud?; por ejemplo, ¿si incorporamos la educación física en el programa de estudios? ¿Cuál sería la función de los ministerios de salud si influyeran en las negociaciones sobre la creación de empleos y el crecimiento económico? Diferentes países podrían enfocar el tema en forma diferente. Por ejemplo, Chile está abordando los determinantes sociales de la salud “mediante el fortalecimiento de la red de protección social, que se centra en los derechos de los ciudadanos”. Chile está en mejor situación por las reformas en su sistema de atención de salud, pero la situación sería si se fortalecieran los determinantes sociales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud cree que hay oportunidades para la sinergia entre la CDSS y la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe, encabezada por sir George Alleyne. No se trata solamente del trabajo intersectorial, sino que abarca la labor intrasectorial, que reflexiona sobre la manera cómo el sector de la salud pudiera realizar su trabajo de otro modo con miras a aumentar la sensibilidad a las dimensiones sociales que influyen en la forma como las personas interactúan con el sistema de salud y se benefician del sistema.

## **TRABAJO EN GRUPO (SESIONES SIMULTÁNEAS)**

### **Trabajo en grupo I: Aporte regional y seguimiento de las redes expertas**

Esta fue una reunión de trabajo en preparación para los próximos pasos, en particular para la próxima reunión en la India. Como una parte importante del trabajo, se discutieron los procesos y los mecanismos del cambio.

- Se debe elaborar el argumento político y se debe facultar a los ministerios de salud para que abarquen otros sectores en el proceso.
- Las recomendaciones se referían al uso del marco general existente como referencia para los diferentes componentes de la CDSS.
- Hay que evitar trabajar solo, en particular para velar por la diversidad regional y de género, así como apoyar a la red experta de medición para que pueda respaldar el trabajo de los otros centros de enlace.

### **Trabajo en grupo II: Aporte regional y seguimiento de las redes expertas**

#### *Imperativos y procesos para los próximos pasos*

- Hay que usar los mecanismos existentes para incluir a los países que no estaban presentes en esta reunión y la OMS necesita hacer un seguimiento con partes interesadas.
- Las redes expertas y el trabajo del país deben coordinarse.
- Se necesitan instrumentos y tecnologías en los países que hayan comenzado la acción dentro del marco de la Comisión.

## **DISCUSIÓN PLENARIA: ESTRATEGIAS Y PRÓXIMOS PASOS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS EN EL TRABAJO DE LA COMISIÓN Y LA INCORPORACIÓN EN EL TRABAJO REGIONAL**

### *Atraer a los países que no están presentes*

La CDSS forma parte de la OMS, y debe celebrarse una consulta formal con los Estados Miembros. La mayor parte de los centro de enlaces de las redes expertas están en unos pocos países desarrollados. Sin embargo, considerando que los países en dificultades, en particular en el mundo en desarrollo, deben participar, es necesario seleccionar debidamente a los miembros de las redes expertas.

Además, la OMS y la Oficina Regional elaboraron conjuntamente una estrategia regional —mecanismo de cooperación técnica— que es muy importante, ya que puede abordar las especificidades y los niveles distintos de desarrollo de los países y, por lo tanto, contribuir a sostener la iniciativa.

Los participantes expresaron que era importante salirse del marco formal de la OMS para tener efectos positivos y que esta es la razón por la cual se creó la CDSS. No obstante, parece que la CDSS no ha considerado algunas experiencias importantes en curso en algunos países, tales como el desarrollo y el liderazgo locales.

### *Selección de países*

A la pregunta de cómo se había seleccionado a los países invitados a participar en el trabajo de la CDSS, uno de los representantes de la OMS respondió que en la Región del Mediterráneo Oriental, el Director Regional había invitado a un grupo de países a la consulta según los criterios de selección de la voluntad política, esfuerzos progresivos e interés sincero, en participar.

Varias observaciones vehementes de advertencia se refirieron a la importancia de no ser restrictivos con respecto a la participación de algún país o al número de países. Uno de los Comisionados afirmó que hay un peligro posible de que la OMS escrute a los países. Todos los países, y no solamente los países presentes, necesitan tener una oportunidad justa de participar en el proceso; debe haber mecanismos claros para garantizar esta participación.

La CDSS debe estar en condiciones de evaluar el desarrollo de los países y las políticas locales; mientras más podamos aprender de ellos, mejor, y el proceso debe ser lo más inclusivo posible.

### *Representación regional en la Comisión*

Varios participantes expresaron inquietud acerca de la representación desequilibrada, aunque fundamental, de la Región de las Américas en la CDSS. El único Comisionado de América Latina es el Presidente de Chile, Ricardo Lagos, que no entrará en funciones hasta marzo, cuando el gobierno nuevo asuma el poder en Chile. A pesar de todo, no hay un Comisionado del Caribe.

Las pruebas científicas son importantes, pero los políticos también son importantes; por consiguiente, los partidos políticos, la sociedad civil y los parlamentos deben participar en el proceso y las consultas internas. El interés y el compromiso con las redes expertas se deben equilibrar con el apoyo apropiado a las redes de la sociedad civil. Es importante observar que los grupos de la sociedad civil han sido invitados a diseñar una estrategia regional y a definir la manera de configurar el proceso para que le sirva a sus programas. En algunas instancias, los estudios de caso serán provechosos y se necesitará la participación de las oficinas regionales y de los representantes de país.

La relación entre el trabajo en curso de la OMS/OPS y la CDSS es fundamental, en particular en los temas del trabajo de país y de las modalidades de interacción en el proceso de definir qué países. “La pelota

está en la cancha de los países”, que ahora tienen la responsabilidad de hacer el trabajo del proceso posterior y ser la voz de los que están ausentes en esta reunión.

### *El punto de vista del Comisionado*

Durante la reunión de El Cairo, los Comisionados expresaron su inquietud por la proliferación de proyectos piloto insostenibles, que deben evitarse.

Los Comisionados quieren adoptar un enfoque sistémico mediante el cual los países demuestren el compromiso político de alto nivel con la salud y la equidad en salud, reconociendo la salud como componente fundamental del desarrollo. Este enfoque implicaría asignarle el trabajo de los determinantes sociales de la salud a un ministro (que podría ser el ministro de salud), que tendría que participar activamente en la acción intersectorial, estar dispuesto a compartir e intercambiar información, y a facilitar la participación de la comunidad en la salud.

La CDSS debe documentar en retrospectiva y prospectivamente las experiencias que funcionan y que abren el diálogo. También es necesario conseguir que se disponga de todos los documentos y productos en otros idiomas, aparte del inglés, para asegurar su distribución adecuada.

La Secretaría de la OMS tiene que responder a las preguntas y tomar nota de las observaciones de esta reunión, ya que servirá de centro de enlace para las preguntas y será el intermediario en las relaciones.

Las presentaciones de las redes expertas parecían tener una orientación muy académica, y se consideraba que las redes expertas deben ser infraestructuras al servicio de los países. Es necesario estar seguro acerca de la forma como los responsables de formular las políticas pueden obtener acceso a las redes expertas y usarlas más eficaz y apropiadamente y lo que sucederá después de esta reunión y cómo participarán los países. Es más, el tema de la equidad en salud es muy distinto del tema de los determinantes sociales de la salud y, a este respecto, la mayoría de ministros de salud podrían decir que la equidad no cae dentro de la esfera de sus responsabilidades.

Las redes expertas en los servicios de salud deben hacer explícito el nexo con el programa de atención primaria de salud, y la CDSS podría tratar de avanzar en conformar un área de economía de la salud pública.

### *El significado del éxito*

#### *Chile*

La experiencia de Chile Solidario muestra que había más que liderazgo político, aunque es un ingrediente indispensable del éxito, al lograr resultados positivos. ¿Qué facilitó la unión de las fuerzas de diferentes sectores para lograr los resultados? Los acontecimientos en Chile se relacionan con el sentido de un atraso de la demanda del progreso social que se había acumulado durante la dictadura y que ha surgido firmemente desde la recuperación de la democracia. La reafirmación de la justicia social y la equidad en salud es muy importante ahora, y este sentimiento ha ayudado a impulsar el progreso en Chile. Chile Solidario, financiado mediante un fondo de solidaridad social, se concibió para atender las necesidades de los sectores de la población que estaban excluidos de las fuentes principales de apoyo social y oportunidades. Después de las recomendaciones de diferentes organismos, los gobiernos locales llevaron a cabo el trabajo, junto con el personal técnico de los ministerios; el trabajo continuó al nivel local del gobierno. El mismo tipo de enseñanzas se están extrayendo del sistema nuevo de Protección Social de los Niños, que está reuniendo a los sectores de la salud y la educación para que colaboren de cerca. El éxito muestra la importancia de tener una combinación equilibrada de capacidad técnica a todos los niveles, voluntad política firme y la intensificación de la demanda social.

### *Costa Rica*

Primero, desde el punto de vista político, una estrategia del gobierno es reunir a los ministros en lo que se conoce como *Consejo Social*. Actualmente, el Ministerio de Salud es el jefe de este Consejo Social. La CDSS debe tomar nota de esta experiencia, que podría extrapolarse a otros contextos.

Segundo, la creación del programa nacional de investigación en salud dentro del Ministerio de Salud, que fue configurado por el propio Ministerio en cooperación con algunas universidades y otras entidades. Este programa nacional de investigación ha estado orientado a los temas de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Al mismo tiempo, Costa Rica podría solicitarle a la CDSS su apoyo y ayuda, para fortalecer esta orientación dentro del gobierno costarricense.

Tercero, hay una red de cinco universidades latinoamericanas, la red de determinantes sociales de la salud, que incluye a la Universidad de Montreal; Cayetano Heredia, Perú; Salud Colectiva, Bahía; Escuela de Salud Pública de Nicaragua, y la Escuela de Salud Pública de Costa Rica. Han creado un curso de capacitación sobre los determinantes sociales de la salud de 100 horas de módulos y que pueden orientar la formación de los recursos humanos hacia los determinantes sociales de la salud.

### *¿Qué se necesita para aprovechar los puntos de entrada existentes y abrir nuevas oportunidades?*

Las pruebas científicas solas son insuficientes. Se necesita un interés explícito para establecer argumentos que se puedan vender políticamente, y esto podría hacerse en cada red experta. La Oficina de Venecia de la OMS tratará de elaborar estrategias en este sentido.

Los responsables de formular las políticas en cualquier país están sumamente recargados de trabajo. Es difícil cumplir sin atrasarse las actividades cotidianas, y mucho menos asumir nuevas iniciativas. Por consiguiente, sería muy útil tener algunos gráficos visuales y material didáctico que indiquen la forma como se están abordando estos problemas en otros países del mundo.

Las diferencias entre países, particularmente las que se relacionan con la estructura federal o unitaria, la descentralización y otras pertinentes deben considerarse.

La función de la OMS es esencial para la sostenibilidad de los proyectos. El trabajo de los países debe consistir en aplicar los instrumentos existentes de la cooperación técnica para el asesoramiento normativo y para llevar adelante los proyectos, en lugar de inventar procesos paralelos. La experiencia de algunos representantes de país al atraer a otros colegas de las Naciones Unidas a esta iniciativa puede servir de ejemplo.

### *Brasil*

Brasil declaró su compromiso de apoyar a la CDSS y tendrá una reunión nacional sobre los determinantes sociales de la salud, en septiembre. Esta reunión contará con la participación de las universidades, las asociaciones de salud pública y otros interesados directos pertinentes. Brasil también está muy interesado en formar parte de las redes expertas de los sistemas de salud basadas en Equinet y desea acudir como invitado a otras reuniones de la CDSS, en África o India.

## Resumen y clausura

La doctora Jeannette Vega, hablando en nombre de la Organización Mundial de la Salud, y el Dr. Timothy Evans expresaron su agradecimiento al personal de la Organización Panamericana de la Salud que organizó la reunión, en particular, a Cristina Puentes y Daniel López Acuña, los representantes de país, los participantes en las redes expertas y los Comisionados presentes.

La doctora Vega comentó que el proceso es complejo, no lineal, pero que estamos revitalizando un programa que había estado ausente últimamente: la salud para todos en el mundo. En esta reencarnación, dijo, estamos poniendo nuestros granitos de arena y otros nos ayudarán a crecer; somos los soldados de a pie, y con nuestra pasión, podemos realizar cambios para hacer este mundo más equitativo y mejor. Encontraremos los mecanismos, estamos unidos.

El doctor Daniel López Acuña también dio las gracias a los participantes y subrayó la gran importancia de la Comisión, así como la necesidad de considerar la especificidad de la Región en su trabajo.

También comentó que, como Oficina Regional de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud estará colaborando activamente con la Secretaría de la OMS para definir las estrategias regionales. Esto significa, la búsqueda de la mejor manera de garantizar la mayor participación posible en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y el uso de los resultados y procesos para fomentar las políticas sociales en la Región. La Oficina Regional se compromete a colaborar con la Comisión y a facilitar el trabajo mediante una interacción continua que incluya a los Representantes de país de la OPS, así como las diferentes estructuras de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión.

Aseguró que la OPS suministrará información y orientación específicas a las oficinas de país para maximizar el trabajo, pero que de todas maneras se necesitaba la interacción. Finalizó sus comentarios como sigue: “Queremos tener noticias de la Comisión, deseamos enterarnos de su progreso y de cómo podemos fortalecerlo. Los Comisionados tienen una tarea intimidante y nosotros apoyaremos y serviremos de enlace en lo posible”.

## **ANEXO I AL ORDEN DEL DÍA**

5 de julio		
08:30	Inscripción	
09:00	Discurso de apertura en nombre de la Oficina Regional	Mirta Roses Periago, Directora Regional, OPS/OMS
09:15	Palabras de apertura en nombre de la Organización Mundial de la Salud y presentación de los Comisionados de la Región de las Américas	Timothy Evans, Subdirector General, EIP, OMS
09:25	Objetivos de la reunión	Cristina Puentes-Markides, DPM/SHD/HP, OPS
09:35	Presentación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)	Timothy Evans, Subdirector General, EIP, OMS
10:30	Receso	
11:00	Sesión de preguntas y respuesta	Presidente/moderador de la sesión: Monique Bégin, Comisionada Relatora: Orielle Solar, EIP, OMS
11:30	Presentaciones de los países: Los determinantes sociales y las políticas y programas que mejoran la equidad	Presidente/moderador de la sesión: Honorable Damian Greaves, Ministro de Salud de Santa Lucía Relator:
	▪ Brasil	Elisabeth Carmen Duarte, Ministerio de Salud
	▪ Canadá	Sylvie Stachenko, Subjefa de Salud Pública, Organismo de Salud Pública de Canadá
12:30	Receso	
14:00	Presentaciones de los países (continuación)	
	▪ México	Rodolfo Guzmán García, Secretario Técnico, Programa Oportunidades
	▪ Guatemala	José Andrés Botrán, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
	▪ Estados Unidos de América	Capt. Penelope Royall, Subsecretaria Adjunta para la Salud, Oficina del Secretario, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
15:15	Discusión: Los denominadores comunes y la diversidad en los casos presentadas.	
15:45	Receso	
16:00	Panel: Cooperación técnica de la Región de las Américas: Enfoques de determinantes sociales y políticas y programas para mejorar la equidad	Presidente/moderador de la sesión: Daniel López Acuña, Director de Gestión de Programas, OPS Relator: Roberto Escoto, D/CSU, OPS
	▪ Inequidades en salud	Enrique Loyola, Jefe Interino de Unidad, DD/AIS
	▪ Estrategias de reducción de la pobreza en salud	César Vieira, Jefe de Unidad, DPM/GPP/GH
	▪ El enfoque intercultural en salud	Rocío Rojas, AD/THS/OS
	▪ Género, equidad y salud	Elsa Gómez, AD/GE, OPS
	Exclusión social y extensión de la protección social en salud	Pedro Brito, Gerente de Área, DPM/SHD, OPS
	Desarrollo sostenible	L. A. Galvão, Gerente de Área, AD/SDE, OPS
	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Sofialeticia Morales, Asesora Principal, ODM, DPM
17:00	Discusión plenaria	

6 DE JULIO		
09:00	Panel: Redes expertas	Presidente/moderador de la sesión: Timothy Evans, OMS, Subdirector General, EIP, OMS Relatora: Ana Lucía Ruggiero, DD/IKM/WE, OPS
	Introducción	Hilary Brown, EIP, OMS
	▪ Desarrollo del niño en la primera infancia	Stefania Maggi, (HELP), Canadá
	▪ Condiciones laborales	Rafael Moure-Eraso, Universidad de Massachussets, Lowell
	▪ Exclusión social	Reynold Verret y Wang de Maruca Mei, Universidad de Ciencias, Filadelfia
	▪ Globalización	Ted Schrecker, Universidad de Ottawa, Ontario
	Comentario del área de Información y Gestión del Conocimiento	Richard Van West Charles, Gerente de Área, IKM OPS
	Discusión plenaria	
10:00	Panel: Las oportunidades para que los Estados Miembros y la Oficina de la OPS/OMS impulsen el trabajo de la Comisión	Presidente/moderador de la sesión: Rodolfo Guzmán García Relatora: Maritza Tennessee, AD/SDE/RA, OPS
	Introducción	Christine Brown, OMS/EURO
	La perspectiva de los Estados Miembros	Patricia Frenz, Ministerio de Salud de Chile
	La perspectiva subregional: El Caribe de habla inglesa	Sir George Alleyne, Presidente, Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe
	La perspectiva de la Oficina	Daniel López Acuña, DPM, OPS
	Discusión plenaria	
10:45	Receso	
11:00	Trabajo en grupo (sesiones simultáneas)	
	Aporte regional y seguimiento de las redes expertas	Presidente/moderador de la sesión: David Satcher, Comisionado Facilitadora: Jeannette Vega, EIP/OMS Relatora: Hillary Brown, EIP, OMS
	Aporte regional y seguimiento de las redes expertas	Presidenta/moderadora de la sesión: Monique Bégin, Comisionada Facilitadora: Christine Brown, WHO/EURO Relator:

## ANEXO I LISTA DE PARTICIPANTES

**George A.O. Alleyne**

Presidente, Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe  
1889 F Street, N.W.  
Washington D.C. 20006  
Dirección de correo electrónico: [alleyned@paho.org](mailto:alleyned@paho.org)

**Monique Bégin (Comisionada)**

School of Management, University of Ottawa  
136 Jean-Jacques Lussier  
Ottawa, Ontario K1N 6N5  
Teléfono: (613) 562 5800 ext. 4916  
Fax: (613) 745 5674  
Dirección de correo electrónico: [mbegin@uottawa.ca](mailto:mbegin@uottawa.ca)

**Richard Bendis**

Presidente y CEO, Innovation Philadelphia  
2600 Center Square West  
1500 Market Street  
Philadelphia, Pennsylvania 19103  
Teléfono: 215.496.8110  
Fax: 215.320.1991  
Dirección de correo electrónico: [rbendis@jpphila.com](mailto:rbendis@jpphila.com)

**Marcelo Bortman**

Especialista Principal en Salud Pública para América Latina y el Caribe  
Desarrollo Humano  
The World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington D.C. 20433  
Dirección de correo electrónico: [mbortman@worldbank.org](mailto:mbortman@worldbank.org)

**José Andrés Botrán**

Secretario  
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional  
Casa Presidencial  
Guatemala, Guatemala  
Tel: (502) 2239-0000 ext.2760  
Dirección de correo electrónico: [fnch@segeplan.gob.gt](mailto:fnch@segeplan.gob.gt)

**Alcira Castillo Martínez**

Directora de la Escuela de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad de Costa Rica  
Teléfono: (506) 223-0333  
Dirección de correo electrónico: [acastill@caritari.ucr.ac.cr](mailto:acastill@caritari.ucr.ac.cr)

**Elisabeth Carmen Duarte**

Assessora Técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde  
Ministerio da Saúde do Brasil  
Esplanada dos Ministerios Bloco G, 5 andar  
70.058-900 Brasília D.F. Brasil  
Teléfono: 55 61 3315 2803  
Dirección de correo electrónico: [elisabeth.duarte@saude.gov.br](mailto:elisabeth.duarte@saude.gov.br)

**Alejandra Faúndez M.**

Docente (Asistente Social)  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)  
Dag Hammarskjold 3269, Vitacura  
Santiago, Chile  
Teléfono: (56-2) 290 0249  
Fax: 2900263  
Dirección de correo electrónico: [afaundez@flacso.cl](mailto:afaundez@flacso.cl)

**Heather Fraser**

Gerenta, Sección de Desarrollo y Alianzas  
Dirección de Política Estratégica  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa, Ontario  
Teléfono: (506) 223-0333  
Dirección de correo electrónico: [heather.fraser@phac-aspc.gc.ca](mailto:heather.fraser@phac-aspc.gc.ca)

**Patricia Frenz**

Secretaria Técnica, Comisión Determinantes Sociales de la Salud  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud de Chile  
Mac-Iver 541  
Santiago, Chile  
Teléfono: 56-2-6300570 o 420  
Dirección de correo electrónico: [pfrenz@minsal.cl](mailto:pfrenz@minsal.cl)

**Elizabeth Gyorfi-Dyke**

Directora, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information  
377 Dalhousie Street, Suite 200  
Ottawa, Ontario K1N 9N8  
Teléfono: (613) 241-7860  
Fax: (613) 241-8120  
Dirección de correo electrónico: [egyorfi-dyke@cihi.ca](mailto:egyorfi-dyke@cihi.ca)

**María do Carmo Leal**

Vicepresidente Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Av. Brasil, 4365  
Manguinhos, Rio de Janeiro CEP: 21040-360  
Brasil  
Teléfono: (55) 21-2598-4242  
Dirección de correo electrónico: [duca@fiocruz.br](mailto:duca@fiocruz.br)

**Rodolfo Guzmán García**

Secretario Técnico del Programa Oportunidades  
Coordinación Nacional del Programa Oportunidades  
Secretaría de Desarrollo Social  
Av. Reforma 116, Piso 17  
Colonia Juárez, Cuauhtémoc  
C.P. 06600 México, D.F.

**Exmo. Sr. Damian Greaves**

Ministro de Salud, Servicios Sociales, Asuntos Familiares y Relaciones de Género  
Ministerio de salud, Servicios Sociales, Asuntos Familiares y Relaciones de Género  
Castries, Santa Lucía

**Stefania Maggi**

Human Early Learning Partnership (HELP)  
1402 McGill Rd Suite 103, Kamloops  
Teléfono: (250) 828-8765  
Fax: (250) 828-2064  
Dirección de correo electrónico: [smaggi@tru.ca](mailto:smaggi@tru.ca)

**David McQueen**

Director Asociado para la Promoción Mundial de la Salud, Oficina del Director  
National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP)  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, Georgia  
Teléfono:( 770) 488-5403  
Fax :( 770)488-5971  
Dirección de correo electrónico: [dvmcqueen@cdc.gov](mailto:dvmcqueen@cdc.gov)

**Rafael Moure-Eraso**

Universidad de Massachussets  
Escuela de Salud y Medio Ambiente  
Lowell, Massachusets  
Dirección de correo electrónico: [Rafael.MoureEraso@uml.edu](mailto:Rafael.MoureEraso@uml.edu)

**Capt. Penelope Royall**

Subsecretaria Adjunta de Salud  
US Department of Health and Human Services  
Office of Public Health and Science, Office of the Secretary  
1101 Wootton Parkway, Suite LL100  
Rockville, Maryland 20852  
Teléfono (240) 453-8280  
Fax (240) 453-8282  
Dirección de correo electrónico: [PRoyall@OSOPHS.DHHS.GOV](mailto:PRoyall@OSOPHS.DHHS.GOV)

**José Antonio Sermeño**

Secretario General, Sistema de Integración Centroamericano (SICA)  
Boulevard Orden de Malta No. 470  
Urb. Santa Elena, Antiguo Cuscatlán  
El Salvador, El Salvador

**Ted Schrecker**

Profesor Adjunto  
Facultad de Medicina  
Institute of Population Health  
University of Ottawa  
Ottawa, Ontario  
Teléfono de oficina 1: 562 5800 (2289)  
Celular: 613 612 8485  
Dirección de correo electrónico: [tschreck@uottawa.ca](mailto:tschreck@uottawa.ca)  
Dirección de correo electrónico: [tschrecker@sympatico.ca](mailto:tschrecker@sympatico.ca)

**Sylvie Stachenko**

Subjefe de Salud Pública  
Public Health Agency of Canada  
130 Colonnade Road, A.L. 6501H  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
Teléfono: (613) 946-3537  
Dirección de correo electrónico: [Sylvie\\_Stachenko@phac-aspc.gc.ca](mailto:Sylvie_Stachenko@phac-aspc.gc.ca)

**Mauricio Torres**

Coordinador General  
Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)  
Carrera 25 No. 28 - 37  
Bogotá, D.C. Colombia  
Teléfono: (057 1) 4808839  
Fax: (057 1) 3377154  
Dirección de correo electrónico: [coordinadorgeneralalames@yahoo.es](mailto:coordinadorgeneralalames@yahoo.es)

**Reynold C. Verret**

Philadelphia Internacional Health Equity Initiative  
University of the Sciences  
600 South Forty-third Street  
Philadelphia, Pennsylvania 19104-4495  
Teléfono: 215-596-8888  
Dirección de correo electrónico: [R.Verret@usjp.edu](mailto:R.Verret@usjp.edu)

**Wang Mei-Ling**

Profesor Adjunto en Ciencias Sociales  
University of the Sciences  
600 South Forty-third Street  
Philadelphia, Pennsylvania 19104-4495  
Tel.: 215.596.8800  
Dirección de correo electrónico: [m.wang@usjp.edu](mailto:m.wang@usjp.edu)

**David Satcher (Comisionado)**

Presidente Interino, Morehouse School of Medicine  
National Center for Primary Care  
720 Westview Drive SW  
Atlanta, Georgia 30310-1495  
Teléfono: (404) 752-1740  
Fax: 404 756 8974  
Dirección de correo electrónico: [bmoore@msm.edu](mailto:bmoore@msm.edu)

**Gail R. Wilensky (Comisionada)**

Miembro principal del cuerpo docente, Project Hope  
7500 Old Georgetown Road, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814  
Teléfono: (301) 656 7401  
Fax: 301 654 7269  
Dirección de correo electrónico: [gwilensky@projecthope.org](mailto:gwilensky@projecthope.org)

**SECRETARÍA**

**Organización Mundial de la Salud**

Christine Brown  
Directora del Programa, Investing for Health and Health Promotion  
WHO European Office for Investment for Health and Development  
Palazzo Franchetti, S.Marco 2847  
30124 Venice, Italy  
Teléfono: +39 0412793865  
Fax: +39 0412793869  
Correo electrónico: [chb@ihd.euro.who.int](mailto:chb@ihd.euro.who.int)

Hillary Brown  
Asesora de Sistemas de Salud  
Equity Team, Evidence and Information for Policy EIP/EQH  
2 UN Plaza DC-2 Building Rooms 965-976  
New York, NY 10017  
Teléfono: 212 963 4388  
Fax: 212 963 8565  
Dirección de correo electrónico: [brownh@who.int](mailto:brownh@who.int)

Gerry Eijkemans  
Asesor SDE/PHE/OEH  
Organización Mundial de la Salud  
CH-1211 Ginebra 27  
Teléfono: 41-22-791-3188  
Dirección de correo electrónico: [eijkemansg@who.int](mailto:eijkemansg@who.int)

Timothy Evans  
Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, EIP/EQH  
Organización Mundial de la Salud  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Teléfono: +41 22 791 1096  
Fax: + 41 22 791 4909  
Dirección de correo electrónico: [evanst@who.int](mailto:evanst@who.int)

Killen, Brenda  
Asesora Principal, SDE/HDP  
Organización Mundial de la Salud  
CH-1211 Geneva 27  
Teléfono: 41-22-791-1846  
Correo electrónico: [killenb@who.int](mailto:killenb@who.int)

Orielle Solar  
Equipo de Equidad, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, EIP/EQH  
Organización Mundial de la Salud  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Teléfono: +41 22 791 5531  
Dirección de correo electrónico: [solaro@who.int](mailto:solaro@who.int)

Jeannette Vega  
Líder del Equipo de Equidad  
Equipo de Equidad, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, EIP/EQH  
Organización Mundial de la Salud  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Teléfono: +41 22 791 1998  
Fax: +41 22 791 4328  
Dirección de correo electrónico: [veqaj@who.int](mailto:veqaj@who.int)

#### Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Mirta Roses Periago  
Directora Regional

Daniel López Acuña  
Director de Gestión de Programas

Pedro Enrique Brito  
Gerente de Área, Desarrollo Estratégico de la Salud, DPM/SHD (\*)

Luiz A. Galvão  
Gerente de Área, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, AD/SDE (\*)

Richard Van West Charles  
Gerente de Área, Información y Gestión del Conocimiento, DD/IKM

Juan Manuel Sotelo  
Representante de la OPS/OMS, Chile

Mariela Licha Salomón  
Coordinadora, Unidad de Apoyo a los Países, D/CSU

Carlos Castillo-Salgado  
Asesor Especial sobre Foros de Salud, Oficina del Director de Gestión de Programas (\*)

Elsa Gómez  
Jefe Interina de Unidad, Género, Etnia y Salud, AD/GE

Enrique Loyola  
Jefe Interino de Unidad, Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, DD/AIS

Matilde Maddaleno  
Asesora Regional, Salud de los Adolescentes, AD/FCH

Sofíaleticia Morales  
Asesora Principal, ODM, Oficina del Director de Gestión de Programas

Roberto Escoto Aguilar  
Analista de Programas de País, D/CSU

Cristina Puentes-Markides  
Asesora de Políticas de Salud, Políticas y Sistemas de Salud, DPM/SHD/HP (\*)

Rocío Rojas  
Asesora, Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, AD/THS/OS

Alejandro de la Torre  
Consultor, Entornos Saludables, AD/SDE/HS

Samuel Henao  
Jefe Interino de Unidad, Manejo y Evaluación de Riesgos, AD/SDE/RA

Maritza Tennassee  
Asesora Regional, Salud de los Trabajadores, AD/SDE/RA

María Teresa Cerqueira  
Jefa de Unidad, Entornos Saludables, AD/SDE/HS

Manuel Anton  
Consultor, Manejo y Evaluación de Riesgos, AD/SDE/RA

Marilyn Rice  
Asesora Regional, Municipios Saludables y Salud Urbana, AD/SDE/HS

Esmeralda Burbano  
SDE

Carlos Sirvent  
Consultor, Entornos Saludables, AD/SDE/HS

César Vieira  
Jefe de Unidad, DPM/GPP/GH

Manuel Vidaurre

Especialista en Sistemas de Información, Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, DD/AIS

(\*) Miembros del grupo regional Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).