



150Años

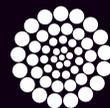
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA EQUIDAD EN SALUD

DOCUMENTO DE POSTURA

Manuel Urbina Fuentes



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA EQUIDAD EN SALUD

DOCUMENTO DE POSTURA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2012-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel[†]

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA EQUIDAD EN SALUD

DOCUMENTO DE POSTURA

Coordinador
Manuel Urbina Fuentes



DERECHOS RESERVADOS © 2016, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguir y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud *Primera edición*

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-633-4



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Dirección editorial

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

LDG Marcela Solís Mendoza
Diseño y formación de interiores

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Coordinador

Dr. Manuel Urbina Fuentes

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina
Coordinador del Comité Permanente para el Estudio
de los Determinantes Sociales de la Salud

Médico Cirujano

Maestro en Salud Pública por la Universidad de Texas

Ex Subsecretario de Salud

Ex Secretario del Consejo Nacional de Población (Conapo)

[1, 2]

El número entre corchetes refiere el capítulo escrito.

V

Colaboradores

Raúl Sánchez Kobashi Meneses

Maestro en Economía y Políticas Públicas por el Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

Maestro en Economía del Desarrollo por la Universidad Carlos III
de Madrid

Licenciado en Contabilidad Pública y Finanzas por el ITESM

Gerente de Economía de la Salud de los Laboratorios GlaxoSmithKline

[2]

Mario Luis Fuentes

Maestro en Economía

Director del Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo
y Asistencia Social (CEIDAS, A.C.)

Miembro de la Junta de Gobierno de la Universidad Nacional
Autónoma de México

Coordinador del Posgrado en Desarrollo Social de la Facultad
de Economía, UNAM

[3.1]

Gonzalo Hernández Licona

Doctor en Economía por la Universidad de Oxford, Inglaterra

Maestro en Economía por la Universidad de Essex, Inglaterra

Licenciado en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo
de México

Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social (Coneval)

[3.2]

Patricia Chemor

Licenciada en Psicología
Secretaria General del Consejo Nacional de Población,
de la Secretaría de Gobernación
Ex Directora de Alimentación y Nutrición Familiar del Sistema
para el DIF en el Estado de México
[3.3]

Pablo Kuri

Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina
Médico Cirujano
Maestro en Ciencias y especialista en Salud Pública Internacional
de la Universidad de Emory
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
de la Secretaría de Salud
[3.4]

Eduardo Jaramillo Navarrete

Doctor en Ciencias Políticas por la Universidad Nacional
Autónoma de México
Maestro en Economía Política Internacional por la Universidad
de Birmingham, Inglaterra
Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública
por la Universidad Nacional Autónoma de México
Director General de Promoción de la Salud
[3.4, 3.5]

Adriana Stanford Camargo

Cirujana Dentista por la Universidad Nacional Autónoma de México
Posgrado en Administración de Organizaciones de Salud
en la Universidad La Salle
Diplomada en Desarrollo de Competencias Gerenciales
en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Directora de Evidencia en Salud de la Dirección General de Promoción
de la Salud
[3.5]

Adolfo Martínez Palomo

Miembro Titular y Ex Presidente de la Academia Nacional
de Medicina
Miembro de El Colegio Nacional
Médico Cirujano y Doctor en Ciencias Médicas por la Facultad
de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
Maestro en Ciencias por la Universidad Queen's, Kingston
de Canadá
Investigador emérito del Sistema Nacional de Investigadores

Profesor emérito del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN (Cinvestav)

[3.6]

Carlos Santos Burgoa Zarneki

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Doctor en Salud Pública y Epidemiología Ambiental por la Universidad de Johns Hopkins

Jefe de la Unidad de Salud y Seguridad Humana, Salud Urbana, Salud Ambiental, Enfermedades no transmisibles y Salud Mental en la Organización Panamericana de Salud en Washington, D.C.

[3.7]

Rafael Lozano Ascencio

Miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México

Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana de México

Director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Profesor de Salud Global en el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington

[3.8]

Nelly Salgado

Licenciada en Psicología, Maestra en Psicología Clínica

Doctora en Bienestar Social de la Universidad de California, en Los Ángeles, Ca.

Profesora e Investigadora y Directora del Programa de Salud Global en el Instituto Nacional de Salud Pública

[3.9]

Germán Guerra y Guerra

Maestro en Demografía de El Colegio de México

Investigador Nivel II del SNI

Investigador del Programa de Salud Global y Determinantes Sociales de la Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública

[3.9]

Adolfo Martínez Valle

Doctor en Políticas Públicas y Salud de la Universidad Johns Hopkins

Maestría en Ciencias en Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública de Harvard

Director General Adjunto en la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud

[3.10]

VII

María Elena Barrera Tapia

Médico Cirujano
Maestra en Salud Pública y Recursos Humanos
Maestra en Administración de Empresas
Maestra en Psicoterapia Gestalt
Senadora de la República por el Estado de México
Ex Presidenta Municipal Constitucional de Toluca
Ex Secretaria de Salud en el Estado de México
[3.11]

Javier Jiménez Bolón

Licenciado en Actuaría en la Universidad Nacional Autónoma de México
Especialista en Encuestas por Muestreo del Instituto de Estadística de España y Metodología Cuantitativa Aplicada a la Epidemiología por la Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco
Investigador Asociado de Investigación en Salud y Demografía, S.C.
[3.12]

Sofía Leticia Morales Garza

Doctora en Educación y Maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad de Harvard
Maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad de Kansas
Licenciada en Filosofía y Letras por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Directora General de Innovación y Fortalecimiento Académico Académica del Comité Técnico Local de Educación Básica en la Ciudad de México
[3.13]

Diego González Machín

Médico, especialista en Toxicología, graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, Cuba
Coordinador de la Unidad de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental y representante técnico, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS-México
[3.14]

Michael Marmot

Director del Instituto de Equidad en Salud del Colegio Universitario de Londres (UCL)
Presidente de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) en la Organización Mundial de la Salud
Miembro de la Academia de Ciencias Médicas
Miembro Honorario de la Academia Británica y de la Facultad de Salud Pública del Colegio Real de Médicos
Profesor de Epidemiología de la UCL

Presidente de la Asociación Médica Mundial.

En el año 2000 fue nombrado Caballero por la Reina Isabel II, por sus servicios en el campo de la epidemiología y comprensión de las desigualdades en salud

[4.1]

Astrid Stuckelberger

Doctora y Maestra en Ciencias

Profesora, conferenciante y escritora del Instituto de Salud Global de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra en temas relacionados con la salud mundial en instituciones suizas, gobiernos de varios países

Miembro de la Comisión Europea de organismos y programas especializados de las Naciones Unidas

Profesora Honoraria San Petersburgo IBG, Rusia

Profesora invitada de la Universidad Ferrara y San Marino, Italia

[4.2]

IX

Paulo Buss

Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Brasil

Ex Presidente de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en Brasil y representante para Brasil en la Junta Ejecutiva de la OMS

Ex Presidente de la Federación Mundial de las Asociaciones de Salud Pública (WFPHA).

[4.3]

Kira Fortune

Doctora en Ciencias por la Universidad de Londres, Inglaterra

Maestra en Antropología, Desarrollo y Género

Asesora Regional, en Determinantes Sociales de la Salud y de Salud en Todas las Políticas, Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C.

[4.4]

CONTENIDO

<i>Presentación</i>	XIII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
1. Introducción	1
<i>Manuel Urbina Fuentes</i>	
2. Antecedentes y contexto	7
<i>Manuel Urbina Fuentes</i> <i>Raúl Sánchez Kobashi</i>	
3. Contexto nacional.....	15
3.1 <i>Los Determinantes Sociales de las tendencias de mortalidad y morbilidad.....</i>	15
<i>Mario Luis Fuentes</i>	
3.2 <i>Las experiencias y lecciones aprendidas en la evaluación de la desigualdad y los Determinantes Sociales de la Salud</i>	23
<i>Gonzalo Hernández Licona</i>	
3.3 <i>La importancia de los Determinantes Sociales de la Salud en las Políticas de Población y Desarrollo Social.....</i>	32
<i>Patricia Chemor</i>	
3.4 <i>Los elementos y bases para la integración de la Política de Salud en los DSS en México.....</i>	43
<i>Pablo Kuri</i> <i>Eduardo Jaramillo</i>	
3.5 <i>La promoción de la Equidad en Salud para el posicionamiento de los Determinantes Sociales de la Salud</i>	59
<i>Eduardo Jaramillo</i> <i>Adriana Stanford Camargo</i>	
3.6 <i>La Bioética en los Determinantes Sociales de la Salud...</i>	64
<i>Adolfo Martínez Palomo</i>	
3.7 <i>La Rectoría para incidir en la Equidad en Salud y los Determinantes Sociales de la Salud</i>	68
<i>Carlos Santos Burgoa Zarneki</i>	

XII

3.8	<i>El peso global de la enfermedad y los Determinantes Sociales de la Salud</i>	72
	<i>Rafael Lozano Ascencio</i>	
3.9	<i>Recursos de investigación sobre Determinantes Sociales de la Salud en México</i>	83
	<i>Nelly Salgado</i> <i>Germán Guerra y Guerra</i>	
3.10	<i>Consolidar la intersectorialidad para lograr la Equidad en Salud</i>	89
	<i>Adolfo Martínez Valle</i>	
3.11	<i>La vivienda como factor clave para la Equidad en Salud</i> 93	
	<i>María Elena Barrera Tapia</i>	
3.12	<i>Los Objetivos del Desarrollo del Milenio y su vinculación con los DSS en las políticas y programas públicos</i>	99
	<i>Javier Jiménez Bolón</i>	
3.13	<i>La Educación, determinante clave para la Equidad</i>	108
	<i>Sofía Leticia Morales</i>	
3.14	<i>Experiencias exitosas a nivel municipal que tienen como base los Determinantes Sociales de la Salud</i>	114
	<i>Diego González Machín</i>	
4.	Contexto internacional.....	123
4.1	<i>Estado del arte de los Determinantes Sociales de la Salud</i> 123	
	<i>Michael Marmot</i>	
4.2	<i>Los Determinantes Sociales de la Salud y el impacto de la medicina antienvjecimiento</i>	131
	<i>Astrid Stuckelberger</i>	
4.3	<i>Los Determinantes Sociales de la Salud para la Equidad en Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio post 2015</i>	156
	<i>Paulo Buss</i>	
4.4	<i>Evidencias e importancia de los DSS y el Desarrollo Sostenible en las Américas. Panorama de los DSS en América Latina y el Caribe</i>	167
	<i>Kira Fortune</i>	
5.	Recomendaciones.....	177
I.	<i>En el ámbito de los compromisos internacionales</i>	178
II.	<i>En el ámbito normativo y programático nacional para las acciones en los DSS y la Equidad en Salud</i>	187
6.	Referencias Nacionales	201
7.	Referencias Internacionales.....	203
	Índice	221

PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2012-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

Enrique Ruelas Barajas

Presidente

XIV

INTRODUCCIÓN

Manuel Urbina Fuentes

1

1

El estado de salud de una población caracteriza las diferencias entre los países del mundo, como la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Japón (86 años) duplica la que tienen las mujeres al nacer en Zambia (43 años); la tasa de mortalidad infantil es de 2 por 1 000 nacidos vivos en Islandia, y de más de 120 por 1 000 nacidos vivos en Mozambique; el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida durante el parto o poco después es de sólo 1 por cada 17 400 en Suecia, pero de 1 por cada 8 en Afganistán.

También la salud marca las diferencias en los grupos sociales y áreas geográficas dentro de cada país, como en Bolivia, en donde la tasa de mortalidad infantil de las madres que no han cursado estudios supera los 100 por 1 000 nacidos vivos, mientras que la de las madres que han cursado por lo menos estudios secundarios la tasa es inferior a 40 por 1 000 nacidos vivos; la esperanza de vida de los aborígenes australianos es considerablemente inferior (59.4 para los hombres y 64.8 para las mujeres) que la de los australianos no aborígenes (76.6 y 82.0 años, respectivamente); la esperanza de vida al nacer de los hombres en el barrio de Calton es de 54 años, 28 años menor que la de los del barrio de Lenzie, ambos de la ciudad de Glasgow, Escocia en el Reino Unido, los barrios están ubicados a pocos kilómetros de distancia; la prevalencia de discapacidades de larga duración entre los europeos de 80 años o más es de 58.8% para los poco instruidos, y de 40,2% para los más instruidos.ⁱ

Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor estado de salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe lo que se conoce como el “gradiente social de la salud” que pasa desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico de una población. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades en salud nos afectan a todos.

2

Por ejemplo, si se consideran las tasas de mortalidad de los menores de 5 años en función de los niveles de riqueza doméstica, se observa que dentro de un mismo país, la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra el gradiente. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más altas, y la población del segundo quintil de riqueza doméstica tiene tasas de mortalidad en su prole más altas que las de la prole del quintil más rico. En eso consiste el gradiente social de la salud.

Las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los servicios básicos de los sistemas de salud, ya que generalmente son para grupos de población que ocupan posiciones sociales privilegiadas. Asimismo, la pobreza hace aún más vulnerables a las clases sociales bajas que enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que se encuentran en una mejor situación económica. Se estima a nivel mundial, que 720 millones de personas subsisten con menos de \$1.90 dólares al día en 2015.ⁱⁱ El factor condicionante de estos hechos es el elevado y permanente crecimiento poblacional, principalmente en los países de ingresos bajos y medios, porque ya somos más de siete mil trescientos millones de seres humanos en el planeta y en consecuencia las inequidades en salud han aumentado y seguirán a pesar de que ha existido el compromiso, la sensibilidad e interés de todos los gobiernos del orbe por la salud y el bienestar global.

Hoy en día existe una oportunidad sin precedentes para hacer frente a las raíces de las causas de la enfermedad y la muerte innecesaria en las poblaciones pobres y vulnerables, tanto de los países pobres como los ricos del mundo. Las raíces de la mayoría de las inequidades en salud, educación, vivienda, empleo y de las carencias en alimentación, agua, sanitarios, luz son los determinantes sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que define como “*las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren*” y del “*tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad*”. A su vez, “*las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas*” y en las que influyen, según su edad y

sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud. Estas condiciones intervienen y condicionan su salud, el riesgo de enfermar, la posibilidad de rehabilitarse y en consecuencia su impacto en la esperanza de vida.^{i,iii,iv}

En nuestro país, debido a que persisten en la población inequidades en salud y en el acceso y disponibilidad para su atención, la Academia Nacional de Medicina de México plantea este documento de postura sobre los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud. Los temas que se presentan en este documento de postura fueron elaborados por académicos y expertos nacionales y de otros países para dos eventos académicos especiales que organizó la Academia, uno como parte de su programa académico anual y otro con motivo del 150 aniversario de su creación. Las recomendaciones propuestas fueron planteadas ante el Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes Sociales de la Salud en México de nuestra Corporación, como resultado de la organización y realización de estos dos simposios internacionales, en donde académicos y expertos en los temas dieron los elementos necesarios, así como los contenidos y ámbitos de acción de las recomendaciones para el diseño e implementación de políticas públicas y programas, con el fin de plantear a los tomadores de decisiones de la importancia que tienen los recursos humanos y financieros que se requieren para reducir la inequidad en salud actuando sobre sus Determinantes Sociales.^{vii,viii}

Los DSS y de la Equidad en Salud son una dicotomía que aún no se toma en cuenta ni se integra en el diseño e implementación de las políticas públicas ni en los programas de salud de la mayoría de los países de ingresos medios y bajos, para ver desde otro horizonte la magnitud, el impacto y costo económico y social de los problemas de salud y en particular en la atención integral de aquellos que viven en pobreza y en extrema pobreza, situación que afecta el curso de vida de un amplio porcentaje de la población en nuestro país. Los grupos desfavorecidos socialmente son los más vulnerables y sufren una carga más pesada de enfermedad que otros que se encuentran en mejores condiciones, ya que experimentan el comienzo de las enfermedades y discapacidades a edades tempranas y tienen menos oportunidades de supervivencia. Existen igualmente grandes brechas en la morbilidad y la mortalidad entre poblaciones urbanas y rurales e indígenas y en las diferentes regiones en un mismo país.ⁱ

La Equidad en Salud (ES) es un concepto ético e indicador fundamental de justicia social, que se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. Es también la clave para entender su impacto en materia de salud y de otros efectos vinculados con ella. La inequidad que se transmite de generación en generación es estructural porque se perpetúa a través de las cuestiones políticas, económicas y sociales. Por ello, valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que

padece una determinada población, es observar no sólo sus condiciones de salud, sino también la situación de la inequidad en salud en la que se encuentra, es decir, de aquellas diferencias en salud que cabe considerar como injustas, innecesarias, arbitrarias y que son remediables y evitables. Los DSS fijan las causas de la mayor parte de las inequidades en salud, como diferencias observadas en y entre los países en lo que respecta a su situación de salud y bienestar.^{iv}

Los DSS limitan y rebasan la capacidad de respuesta que pueden dar el equipo médico o las instituciones públicas responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva, así como para prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades transmisibles y no transmisibles que actualmente prevalecen. La mayor parte de los problemas de salud están vinculados de una u otra manera a las condiciones socioeconómicas de la población que los padece. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente acciones sobre el entorno social e intervenciones sobre las "causas de las causas", que son los DSS.^v

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud en el país y las grandes desigualdades sanitarias son provocados por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, así como por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno fortuito.

El documento de postura de la Academia Nacional de Medicina plantea la importancia que tienen los DSS en las políticas públicas para garantizar la equidad en salud y el desarrollo sostenible y que en el país se requiere de recomendaciones considerando los DSS sobre el cambio de la actual visión economicista de la salud y la derivación de mayores recursos hacia los servicios curativos considerando los DSS;^v de una mayor atención al entorno y a los factores de riesgo y estilos de vida que afectan la salud; a través de una agenda de compromisos con la participación intersectorial, interinstitucional, interdisciplinaria, federal, estatal, municipal, social y privada actuando en los DSS.^{vi}

Los temas que se abordan en la obra se integran en los seis capítulos que la conforman, en donde se describen planteamientos puntuales, análisis, avances innovaciones, resultado de investigaciones, posturas, experiencias, desarrollo de estrategias y programas, de acuerdo con los problemas que enfrenta la población desde la perspectiva de los DSS. Especial énfasis se da a las recomendaciones para el diseño, la definición de los ámbitos de intervención, población objetivo e indicadores para el monitoreo y la evaluación y para planear e implementar acciones a lo largo del curso de las etapas de la vida para mejorar la salud de la población y reducir el riesgo de aquellos que están asociados con las desigualdades sociales, identificando las evidencias sobre los DSS.

En el *Capítulo 2 Antecedentes y contexto*, se describen los principales conceptos del derecho a la salud en el marco de los derechos humanos; los aspectos que condicionan el diseño de las políticas públicas importantes, como las de salud y los factores que influyen en su concepción y contenidos; las causas y el impacto del crecimiento acelerado y no controlado de la población y los retos que enfrentamos actualmente desde la perspectiva de los DSS y de la salud global; sobre el agua, los alimentos y la energía; el impacto del cambio climático, la pérdida del hábitat, los efectos de la contaminación en interiores y al aire libre y los biocombustibles; las interacciones para el desarrollo sostenible; las causas de la vulnerabilidad humana. Asimismo, se analizan los elementos, se describen los factores estructurales e intermedios del marco conceptual propuesto por la OMS para abordar los DSS; las consecuencias de la sobrepoblación y de la pobreza multidimensional, la marginación, el analfabetismo, las desigualdades de género, los factores de riesgo, por la mala alimentación y sus consecuencias en el sobrepeso y la obesidad; la importancia de la promoción, prevención y educación en salud y en el cambio de actitud y conducta de la población y los prestadores de servicios.

En el *Capítulo 3 Contexto nacional*, académicos y expertos abordan temas fundamentales sobre una gran gama de enfoques, como aspectos conceptuales, bioética, rectoría, morbilidad, mortalidad, peso de la enfermedad, enfermedades no transmisibles, gradiente social, investigación y los recursos y su mapeo, evaluación, políticas, intersectorialidad, formación de recursos humanos, papel de los salubristas, promoción de la equidad, vivienda y equidad.

En el *Capítulo 4 Contexto internacional*, se tratan cuatro temas relevantes para el propósito de este documento de postura, los autores son los líderes mundiales del tema, como el de “Estado del arte de los DSS” elaborado por el profesor Sir Michael Marmot, destacado epidemiólogo inglés, quien presidió la Comisión de los DSS de la OMS y fue responsable del documento de recomendaciones que en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, en el 2008, fue aprobada y comprometida por todos los países miembros; Marmot hace una revisión de los avances y retos que se tienen en países como México; la doctora Astrid Stuckelberger, internacionalista suiza, pionera en los estudios de la medicina anti envejecimiento y de los nuevos escenarios del nuevo paradigma del envejecimiento y los DSS, destaca el avance de la tecnología y la genómica para tener una vida saludable a pesar de la edad; el doctor Paulo Buss, promotor y pionero en el establecimiento de la Comisión Brasileña sobre DSS, la primera en la región de Latinoamérica y promotor de la Cumbre sobre DSS que reunió en el 2011 a los ministros de salud del mundo en Río de Janeiro, hace un recuento de la influencia de las agencias de financiamiento internacional y los orígenes políticos globales de las inequidades en salud, plantea la importancia que tienen los DSS en las políticas públicas y en los objetivos de desarrollo del milenio *post* 2015, haciendo un análisis de la situación socioeconómica y sanitaria global; la

doctora Kira Fortune, experta de la OPS, describe los principales indicadores de salud, coberturas de vacunación, la situación económica y de pobreza, los nuevos retos epidemiológicos, y ampliamente la importancia de los DSS y el desarrollo sostenible en las Américas como parte de los compromisos de los países para los objetivos de la estrategia “Salud en todas las políticas”, que se establecen en la Agenda de Salud para las Américas comprometida con promover la equidad.

Estos contenidos que integran los contextos nacional e internacional se presentaron en dos eventos internacionales organizados por el Comité para el Estudio de los DSS de la Academia Nacional de Medicina.^{vii,viii}

6

En el *Capítulo 5 Recomendaciones*, se detallan los niveles de intervención para los determinantes estructurales e intermedios, las acciones para la intersectorialidad y la participación social que se requiere para desarrollar estrategias universales y específicas considerando la lógica descendente y ascendente de la planeación para los niveles local y estatal. Se dan ejemplos de experiencias exitosas en otros países y se pone especial énfasis en la importancia de indicadores estratégicos y no únicamente de gestión, así como los diferentes tipos de evaluación que se requiere para el monitoreo y seguimiento. Se toma con referencia el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 así como otras propuestas que organismos internacionales han implementado.

En los *Capítulos 6 y 7*, sobre las referencias consultadas, se proporciona una amplia lista, tanto internacionales como nacionales, con el fin de dar al lector un apoyo para las consultas específicas que se requieren sobre los cuatro principales ámbitos de intervención operativa de los DSS.

Referencias

- i World Health Organization. “Closing the gap: policy into practice on social determinants of health”. Discussion paper, 2011:1-46.
- ii Banco Mundial, 2015; Ending Extreme Poverty and Sharing Prosperity: Progress and Policies Oct 04, 2015. <http://www.worldbank.org/prn/twingoals>
- iii World Health Organization: “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO; 2008:1-232.
- iv Whitehead M, Dahlgren G, 2006. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 1) and European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 2). Studies on social and economics determinants of population health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- v Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review; 2010:15-233.
- vi Urbina FM, González-Block MA. “La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas”. INSP-ANMM. 2012:11-129.
- vii Academia Nacional de Medicina de México. Simposio II “Los determinantes sociales de la salud para la equidad en salud, el desarrollo sostenible y los objetivos de desarrollo del milenio post 2015”, 18 y 19 de octubre de 2013.
- viii Academia Nacional de Medicina de México. Simposio 150 Aniversario “El estado del arte de los determinantes sociales de la salud”, 10 de septiembre de 2014.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO

Manuel Urbina Fuentes, Raúl Sánchez Kobashi

2

Promover la buena salud a través del curso de la vida implica especial atención a las mujeres antes, durante y después del embarazo y para los recién nacidos, los niños, los adolescentes y personas adultas mayores.

Asimismo, se debe tomar en cuenta la necesidad urgente de abordar los riesgos ambientales y los determinantes sociales de la salud, con las perspectivas de género, de la equidad en salud, de la bioética y los derechos humanos.

7

Los Determinantes Sociales de la Salud aún no se toman en cuenta en el diseño e implementación de políticas públicas y programas para lograr la equidad de salud y ver desde otro horizonte la magnitud, el impacto y costo económico y social de los problemas de salud que afectan el curso de vida de un amplio porcentaje de la población en nuestro país. La equidad en salud es un concepto ético e indicador fundamental de justicia social, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

La inequidad se transmite de generación en generación y es estructural porque se perpetúa a través de las instituciones políticas, económicas y sociales. Ponderar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada población es observar no sólo sus condiciones de salud sino también la situación de la inequidad en su salud, es decir, de aquellas diferencias en salud que se consideran como injustas, innecesarias, arbitrarias y que son remediables y evitables.

Los Determinantes Sociales de la Salud

El estado de salud de una población caracteriza las diferencias entre los países del mundo y de los grupos sociales de población y áreas geográficas dentro de cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que define como “*las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren*” y en las que influyen, según su edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud. Estas condiciones intervienen y condicionan su salud, el riesgo de enfermar, rehabilitarse y la esperanza de vida.^{1,2}

8

Los grupos sociales desfavorecidos sufren una carga más pesada de enfermedad que otros en mejores condiciones, experimentan el comienzo de las enfermedades y discapacidades a edades tempranas y tienen menos oportunidades de supervivencia. Existen, igualmente, grandes brechas en mortalidad y morbilidad entre poblaciones urbanas y rurales e indígenas y diferentes regiones en un mismo país.³

Los DSS limitan y rebasan la capacidad de respuesta que pueden dar el equipo médico y las instituciones responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva a fin de prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades. Los DSS explican la mayor parte de *las inequidades en salud*, consideradas como diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a su situación de salud y bienestar.

Ante la creciente preocupación suscitada por estas inequidades persistentes y cada vez mayores en todos los países miembros de la OMS, en el 2005 se crea la Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS) de la Salud, para que ofreciera opciones y asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, presentado por el profesor Sir Michael Marmot en agosto de 2008,¹ se propusieron tres recomendaciones generales:

1. *mejorar las condiciones de vida cotidiana*
2. *luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
3. *medir y analizar el problema*

Estas recomendaciones de la CDS para lograr la equidad en salud y la adopción de las intervenciones para implementarlas, se ratificaron por jefes de Estado, ministros y representantes de gobiernos, en el 2011, con la “*Declaración Política de Río sobre De-*

terminantes Sociales de la Salud” mediante la actuación sobre los DSS y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.⁴

Las intervenciones directas para implementarlas se basan en un marco conceptual que representa los dos componentes básicos de los DSS: a) el sociopolítico y la situación socioeconómica, como *determinantes estructurales de la inequidad en salud*, y b) el de las condiciones materiales, los factores biológicos y psicosociales, la cohesión social, el capital social y el vínculo con los sistemas de salud como *determinantes intermedios o sociales de la salud* (Figura 2.1).

Los determinantes estructurales que se dan en el contexto sociopolítico y macroeconómico de un país, acentúan la generación de las desigualdades e inequidades en salud. Son aquellos factores, mecanismos y atributos que crean o fortalecen la estructura y clases sociales que configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud, ya que les sitúa en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicios de salud. Las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante factores que ponen en riesgo su salud. Son los que definen la posición social, económica y jerárquica, el prestigio, el poder

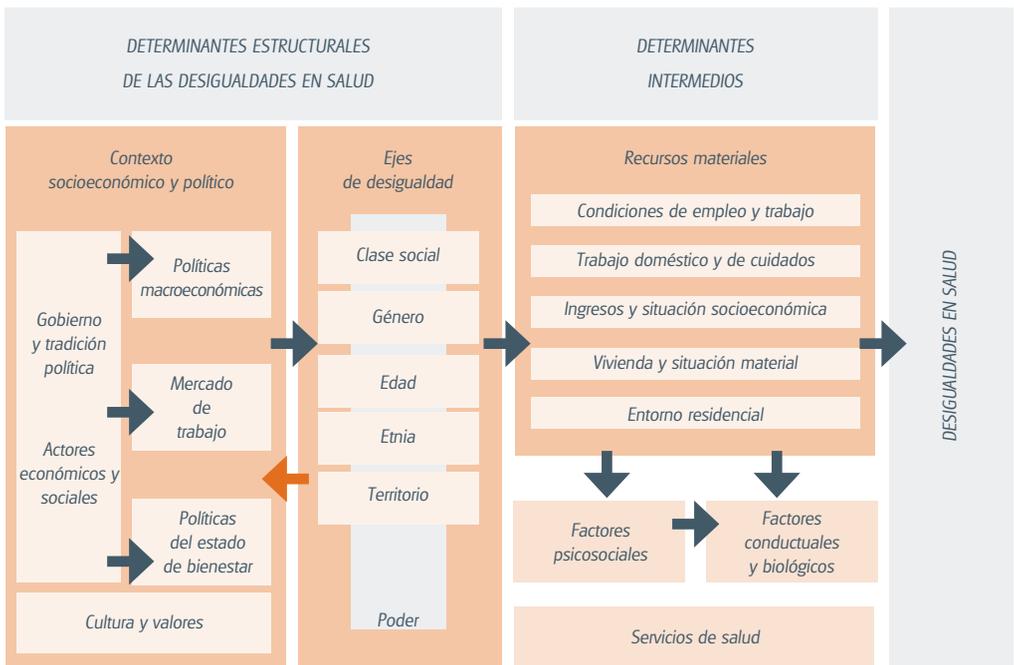


Figura 2.1. WHO Commission on SDH. Conceptual framework.

Fuente: Solar O, Irwin C, 2007;¹¹ Navarro, 2004.¹²

político y la clase socioeconómica de la gente e influyen en la multicausalidad de la pobreza, el acceso a la educación, salud, vivienda y el empleo y a la disponibilidad de recursos de acuerdo al género, la edad, raza, etnicidad y ubicación geográfica.

Los *determinantes estructurales de la inequidad en salud* se profundizan por tres megatendencias: la transición demográfica y epidemiológica; la migración y el crecimiento urbano acelerado que afectan, influyen y condicionan la magnitud de los *determinantes intermedios de la salud o determinantes sociales de salud*, que son las condiciones materiales, como la calidad de la vivienda y su ubicación en la colonia, barrio o vecindario; las posibilidades de consumo y los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada y contar con un entorno seguro y digno de trabajo e ingresos como consecuencias de las diferencias sociales, económicas y de salud de las personas, familias, y comunidades. Aquí se incluyen también las diferencias en exposición y vulnerabilidad ante las circunstancias que comprometen la salud; a las conductas y los factores de riesgo, a las circunstancias de la vida cotidiana, las relaciones estresantes, el apoyo de las redes sociales para los factores psicológicos y biológicos, la cohesión social y las fortalezas o debilidades de los sistemas de salud, de acuerdo con las coberturas, acceso, disponibilidad, calidad y costos.

La salud es un derecho humano y la equidad en salud el concepto ético e indicador fundamental de justicia social. Valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o padece la población de un país, de un estado o de un municipio y sus localidades implica observar no sólo sus condiciones de salud sino también la situación de las desigualdades en salud, es decir, las diferencias que se consideran como indignas, remediabiles y evitables. La equidad en salud se logra a través de políticas públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social y cultural.⁵

El contexto y antecedentes de los DSS

Las desigualdades drásticas dominan a nivel mundial e involucran a los países ricos y pobres por igual, siendo la región de Latinoamérica la de mayor desigualdad social en el mundo. La sobrepoblación

y el consecuente incremento de la pobreza son el detonador de las inequidades en salud en todo el mundo. En 2013 afectaron a 28.1% de la población de América Latina y el Caribe, el número de pobres alcanzó 165 millones de personas en la región según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), de las cuales 69 millones se encontraban en situación de pobreza extrema.⁶

En México, el Coneval estimó que hay 55.3 millones de pobres, (46.2 %), y que de éstos, 11.4 millones son pobres extremos (9.5%).

Los 100 municipios con mayor marginación, predominantemente indígenas, un millón de mexicanos son los más pobres del país, la mayor parte en Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%). Adicionalmente, las niñas y los niños con riesgo de morir antes de cumplir 1 año es 1.7 veces mayor que el promedio nacional, y la esperanza de vida de las mujeres alcanza 51 años y la de los hombres 49 años, siendo el promedio nacional de 77.4 y 72.6 años, respectivamente. Las desigualdades de género son marcadas, 2.5 millones más de mujeres que hombres viven en condiciones de pobreza. Hay 8 millones más de mujeres que hombres trabajando y no cuentan con seguro médico ni derecho a una pensión. En el país 6.9% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir; 5.6% hombres y 8.1% mujeres. El 32.5% de la población indígena mayor de 15 años es analfabeta, y triplica al del hombre indígena.⁷⁻¹⁶

En contraste con la pobreza, las mejoras en la salud física en la mayoría de los países, a lo largo del siglo pasado y el actual, en las tasas de mortalidad se ha visto que en muchos lugares no se mejora. Los problemas de salud afectan a la sociedad como un todo, y no sólo un pequeño segmento aislado. La pobreza es uno de los principales desafíos para el desarrollo global y ningún grupo es inmune a los riesgos entre los pobres, sin hogar, los desempleados, las personas con bajo nivel de educación, las víctimas de la violencia, migrantes y refugiados, poblaciones indígenas, niños y adolescentes, víctimas de abusos las mujeres y el anciano abandonado.⁸

Cómo abordar los DSS

Hay una necesidad considerable y demanda social para elevar la prioridad política y estratégica en la prevención y la promoción de

la salud a través de la acción sobre los DSS. Las consideraciones sobre equidad-inequidad implican valorar las desigualdades desde una concepción de justicia, propia de cada sociedad, con sus respectivas implicaciones políticas. Se debe destacar el carácter político de las inequidades en salud y bienestar y de valerse de conceptos éticos y de valor de lo público para develar las raíces de la inequidad social y contribuir para un país mejor, justo solidario y más humano. El paso inicial es lograr que la población entienda por qué son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, lo que se conoce como “las causas de las causas de las causas”, que son las políticas públicas y los recursos financieros para llevarlas a cabo.⁹⁻¹¹

Es necesario un cambio de énfasis hacia la prevención actuando sobre los DSS, así como mejorar el tratamiento de las condiciones existentes. Se debe actuar integralmente ya que muchas de las causas desencadenantes de los problemas de salud están en las esferas sociales, económicas y políticas y en las condiciones de la vida cotidiana. Inevitablemente, el rediseño de sistemas y servicios de salud hacia la atención integral plantea serios desafíos por la infraestructura existente, los presupuestos reducidos y el personal de salud insuficiente y mal distribuido. Las medidas sobre los DSS para reducir las inequidades en salud exigen una ejecución sostenida, cuyos beneficios pueden percibirse en el corto y mediano plazos.

La equidad en la salud y el bienestar deben ser un objetivo prioritario para el gobierno y la sociedad en general, por lo que es esencial garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas sobre los DSS. Un enfoque basado en los DSS no equivale a la puesta en marcha de un “programa”, sino que requiere una visión holística que incorpore los elementos fundamentales aplicados en toda la sociedad a través de políticas públicas y programas con recursos financieros y el monitoreo de indicadores y evaluación de los resultados.⁹⁻¹²

Mejorar la salud en la población y reducir las inequidades, que se consideran evitables y que además son injustas, implica tomar como base para las intervenciones la perspectiva del curso de vida útil, porque se demuestra que los factores de riesgo en las etapas iniciales y formativas de la vida puede afectar el bienestar. Las respuestas a ellos necesitan ser en varias etapas y además de lo intersectorial deben ser interinstitucionales e interdisciplinarias y en los tres ámbitos de acción: el sector público, el sector privado y con la sociedad civil, así como en los tres niveles de gobierno, federal, estatal y municipal.

Abordar los DSS implica considerar las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, así

como las diferencias sistemáticas por sexo, edad, etnia, ingresos, educación y el área geográfica urbana o rural en donde viven y se distribuyen de acuerdo con un gradiente de desventaja económica en sociedad y que los pobres sufren desproporcionadamente más riesgos de enfermar y sus consecuencias.

La propuesta que el profesor Michael Marmot plantea por los resultados obtenidos en el Reino Unido, se basa en el esquema de intervenciones a lo largo del proceso de vida de las personas, familias y comunidades, con modelos de atención con base en cuatro áreas de acción y su impacto en la reducción de la exposición a riesgos en las etapas iniciales y formativas que afectan la salud y bienestar,^{3,14} como se ilustra en el esquema de la Figura 2.2.

Este esquema se considera como una referencia que puede ser aplicada en los 36 Programas de Acción Específica 2013-2018 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y su implementación en los sistemas estatales y municipales de salud en el país.¹⁵

Las recomendaciones específicas que se proponen se toman de los autores del contexto nacional e internacional que se describen en este documento, así como la selección de un gran número de referencias publicadas en los últimos años, de los diferentes estudios y análisis que se han realizado en nuestro país tanto por el gobierno como por organismos

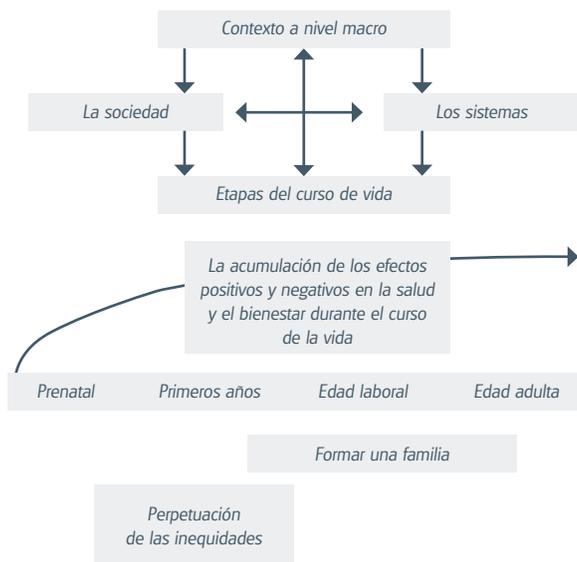


Figura 2.2. Ámbitos para las intervenciones sobre los DSS.

Fuente: Marmot M, 2010.³

internacionales y las organizaciones de la sociedad civil, los que proponen estrategias, intervenciones y plantean iniciativas que se pueden adaptar al contexto nacional. Adicionalmente, de algunos compromisos internacionales que nuestro país ha adquirido para llevarlas a cabo.⁴

Referencias

1. World Health Organization: “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO; 2008:1-232.
2. World Health Organization. “Closing the gap: policy into practice on social determinants of health”. Discussion paper, 2011:1-46.
3. Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London, University College London Institute of Health Equity, 2010:15-233.
4. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre de 2011.
5. Urbina FM, González-Block MA: “La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas”. INSP-ANMM, 2012:11-129.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2014, (LC/G.2635-P), Santiago de Chile, 2014:11-293.
7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza en México, 2012:7-124.
8. World Health Organization: MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental-Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. WHO 2008:1-42.
9. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet]. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
10. Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013; 31(supl 1): S28-S36.
11. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
12. Navarro V (ed). The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing; 2004.
13. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista Salud Pública. 2008;10(1):72-82.
14. WHO-UCL. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization, 2013:1-188.
15. Secretaría de Salud, Programas de Acción Específico 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. 2015:5-83.
16. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Diagnóstico de los objetivos e indicadores de los planes derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: CONEVAL, 2015.

3.1 Los Determinantes Sociales de las tendencias de mortalidad y morbilidad

Mario Luis Fuentes

15

Ha tenido enorme influencia para quienes se dedican a estudiar lo social el poner la categoría de determinantes sociales. De hecho, se ha convertido en un instrumento que está permeando todos los análisis, no sólo de salud, sino de otras dimensiones en lo social. De hecho, el sector salud ha tenido capacidad de influir y dar un marco conceptual que enfatiza integralidad y complejidad.

En ese sentido, quienes se dedican a la parte social han trabajado en otra dimensión que es totalmente compatible y que acompaña la noción de determinantes sociales, la idea de cuáles son los riesgos sociales en el sentido más amplio.

Vale la pena reconocer que el concepto de riesgo social, que sin duda se hermana al concepto de determinante social, está siendo revisado por otros expertos que trabajan más con los conceptos de pobreza, desigualdad, exclusión y discriminación.

Un riesgo social va mucho más allá de los riesgos de salud, y debe avanzarse en la reconstrucción del concepto. En esa consideración, se entiende por riesgo social la existencia de condiciones que, más allá de las vulnerabilidades biológicas y psicológicas propias del ser humano, sitúan a las personas ante la imposibilidad de acceder al cumplimiento de las garantías reconocidas por los órdenes jurídicos nacionales.

En este país particularmente se requeriría que todo habitante pudiera ejercer el Artículo 1º constitucional, el acceso a todos los derechos humanos. Si existe la dimensión de que el riesgo social es la imposibilidad de acceder al cumplimiento, es claro que este concepto de riesgo social va mucho más allá de la vulnerabilidad que se genera por la enfermedad y la mortalidad.

En consecuencia, los riesgos sociales resultan de la existencia de condiciones estructurales que impiden la garantía de los derechos de la población, lo cual se expresa en “macrotendencias” que determinan a la cuestión social.

Los riesgos sociales son, entonces, producto y causa de múltiples fenómenos caracterizados por su complejidad, procesos que invocan dimensiones sociales como la exclusión, la marginación, la discriminación, la pobreza y sin duda su eje articular, la desigualdad.

En el país ha habido un proceso histórico en el cual se ha modificado la concepción del riesgo social. Muchos habitantes empezaron a trabajar cuando los riesgos sociales asumidos por lo menos desde la retórica del Estado se subsumían en tres dimensiones: la pérdida de la salud; la garantía al trabajo y el tercer elemento del gran riesgo social que se asumía en el siglo xx, de los años 40 hasta los 80, el acceso a la educación. En el centro de toda la concepción de la propuesta social estaba una noción de los riesgos sociales: salud, educación y empleo con seguridad social.

En consecuencia, los supuestos que había del grupo gobernante dominante que establecía una visión de desarrollo anclada en el deseo de urbanizar e industrializar al país asumían tres supuestos fundamentales de estos riesgos, pese a que sin duda se acompañan con muchos más.

Primero, si el mayor riesgo que enfrenta la población es la pérdida de salud, hay que construir la infraestructura y los servicios para lograr cobertura universal. Esta concepción tenía, como los otros riesgos, la noción del siglo xx: era el Estado el único que legítimamente podía resolver el problema del acceso a la salud, educación y trabajo. En esta concepción se maneja un Estado proveedor de todo, de todos los bienes y servicios, una noción social de que el país es homogéneo, es decir, de que los riesgos sociales se distribuyen de manera homogénea en todo el país, y que estos riesgos sociales se distribuyen de manera aleatoria y también homogénea. Esto obviamente implicaba la noción de que el pleno empleo era accesible, que la economía tendría la capacidad para llegar a él y de que este acceso al ingreso posibilitaría una vida de seguridad social.

En este proceso, acompañado con la enorme articulación del sistema educativo en la idea de que la educación básica era del

primero al sexto año, y no como se considera actualmente, que la educación básica es de tres años hasta educación media superior, se fue construyendo esta perspectiva histórica con la pretensión de un país homogéneo con una sola identidad nacional.

A partir de los 90 del siglo **xxi** la concepción de riesgos sociales se fue modificando. El riesgo social predominante es la falta de capacidad de poder acumular capital humano, para seguir el discurso del siglo **xxi**.

En esta idea del capital humano se establece que hay un objetivo fundamental de los estados, promover las acciones para que todos tengan mayor acceso a educación, salud, alimentación. Este supuesto central hoy está en discusión: a mayor capital social se garantizaba la oportunidad de insertarse al mercado laboral o al mercado, es decir, todos serían productores o trabajadores o consumidores. El riesgo social se expresa en la falta de capital social, la dimensión que explica por qué muchos son incapaces de acumular capital por su proceso histórico y familiar. Se requería hacer acciones para enfrentar los riesgos que evitaban la acumulación de capital social.

Un punto fundamental de esta noción de riesgos sociales del siglo **xxi** es que se acumulan de una manera individual, es decir, cada uno es portador de su capital humano y es responsable del proceso de acumulación y, como tal, se ejerce de manera individualizada. Esta visión es muy consecuente con la visión predominante en que finalmente todos los entes maximizan el bienestar propio de manera racional y eficiente.

El papel del Estado ha modificado, desde la concepción del Estado como único proveedor de todos los bienes y servicios a la concepción de un Estado promotor para que los mercados puedan facilitar y realizar todos los capitales, incluso el humano.

En ese sentido, este proceso de cambio de la noción de riesgos sociales se da en un contexto de una gran modificación de todas las transiciones. No sólo hay una transición de lo urbano o de lo rural a lo urbano. En un país donde en 190 mil localidades viven cerca de 10 millones de habitantes en comunidades muy pequeñas, menores a 100 habitantes, se expresa la dinámica poblacional de las transiciones.

En cuanto a la transición demográfica, el país todavía es de jóvenes, pero la población rápidamente está envejeciendo. La transición es obvia en términos de fecundidad, se pasó de cuatro hijos promedio en los 80 a dos en 2010. De los 28 millones de hogares en el país, uno de cada cuatro, siete millones, son hogares con jefaturas femeninas. Además, existe un deterioro climático que lleva a desastres naturales.

Esta nueva concepción de riesgos sociales aglutinados o anclados en la noción de capital humano, insertados en un proceso complejo y dinámico de transiciones, expresa las magnitudes

de las enfermedades y de la muerte. Probablemente no haya una dimensión más humana y más dramática que la de enfermedad y muerte. Desde lo social, los conceptos de pobreza, exclusión y discriminación, con sus indicadores, no logran expresar esta realidad, la imposibilidad de todos de ejercer sus derechos como máxima expresión de los riesgos.

Las investigaciones hechas en la UNAM tienen que ver con la construcción de indicadores que permitan no medir el bienestar en términos de carencia de bienes y servicios, sino realmente en las capacidades de poder vivir una vida digna. Esto es, una vida donde haya vigencia de todos los derechos: económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos.

Estos nuevos riesgos sociales en entornos de alta complejidad se vinculan e interactúan con dimensiones sociales de alta complejidad, deterioro urbano, carencia de servicios y segregación como una dimensión mayor y desempleo de larga duración o desempleo permanente acompañado de empleos muy precarios. Más de 10 millones de mexicanos que trabajan ganan menos de dos salarios mínimos. Más de 30 millones de mexicanos están en la economía informal. Hay una enorme complejidad en la composición de los hogares que se expresa en muchas dimensiones, como abusos y violencia en entornos de alto hacinamiento.

Las determinantes se pueden dividir en dos grandes conceptos: demografía y territorio. El territorio más íntimo, que es el hogar, hoy está caracterizado en México por hacinamiento, una variable fundamental que debería ser subrayada sobre otras.

Además, existe una dimensión compleja en sí misma, la debilidad de la cohesión social.

Una nueva concepción de riesgos sociales se sintetiza en capital social, en entornos de alta complejidad que tienen en el centro la desigualdad, entendida como el elemento que explica por qué hay tanta pobreza, por qué hay tanta discriminación y por qué hay tanta exclusión. Una de las dimensiones más éticas que se trabajan desde el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo no es cuántos pobres hay en México, sino por qué existen tantos. Las causas estructurales que puedan explicar no el número sino el fenómeno de un tema que debe discutirse.

Entonces estos riesgos individuales en entornos de mayor complejidad se expresan finalmente en fenómenos que amenazan la salud. Se expresan en muerte y enfermedad, pero sobre todo en la imposibilidad de ejercer los derechos humanos. Son procesos individuales y estructurales que impiden este ejercicio e impiden la

reparación del daño como una dimensión fundamental ante la violación de los derechos. Son afectaciones severas a las capacidades de los individuos para una vida digna y para la reconstrucción de entornos sociales sostenibles.

Pierre Rosanvallon, un experto social francés, explica esto en términos de una categoría de grandes desperfectos estructurales sociales. La desigualdad debe ser el centro del debate. Los impactos de la desigualdad en la pobreza, en la discriminación y en la exclusión son fenómenos interrelacionados. Los entornos vuelven enormemente complejo que los individuos tengan las capacidades para exigir sus derechos humanos, exigir su reparación, exigir su cumplimiento. Existe deterioro urbano, en el país más de 10 millones de personas siguen sin acceso al agua y otro tanto igual no tienen drenaje. Uno de cada diez mexicanos vive en condiciones graves de hacinamiento y cinco millones de personas viven en pisos de tierra.

El desempleo de larga duración se está convirtiendo en una de las causas más complejas. Uno de los efectos que tiene es en la construcción de la personalidad y de las capacidades psicosociales. Cuatro millones de trabajadores no reciben ingreso, 60 millones de mexicanos tienen un ingreso inferior al requerido para el nivel de bienestar definido en México, siete millones ganan menos de un salario mínimo y 30 millones de personas trabajan en condiciones de informalidad.

Los hogares llegan a ser entornos de alta violencia. Uno de cada cinco niños en México ha sido testigo de violencia doméstica en su infancia; uno de cada cinco ha sido violado o ha sido víctima de violencia física severa por parte de sus padres o cuidadores. Las mujeres siguen siendo el principal objeto de las agresiones de la violencia; el año pasado 18 millones de mujeres fueron víctimas de algún tipo de violencia. De las 300 mil personas ubicadas en reclusorios, 30% son jóvenes, y 48% del total de jóvenes en el país ha sido objeto de violencia. Existe, entonces, un entorno social de alta complejidad con una noción de riesgo social anclado todavía en capital humano que requiere una profunda revisión.

El monto total de muertes y enfermedades es una expresión radical de los riesgos sociales. El número no es expresión solamente de la magnitud, sino del exceso. Se puede reflexionar la dimensión del exceso desde una visión filosófica. El exceso no es por la magnitud de las 80 mil muertes de personas por diabetes o las 65 mil muertes por causas externas de acuerdo con las clasificaciones del sector salud: homicidio, suicidios y accidentes. El exceso no es la magnitud. El exceso se debe a que muchas de estas muertes no debieron ocurrir; eran innecesarias. Si se usa la categoría de exceso para referirse a

mueres evitables, un concepto muy cercano a la clasificación de las enfermedades y las muertes en el sector salud, es notorio que esta enorme dimensión de muertes expresa riesgos sociales.

La propuesta de una dimensión de nuevos riesgos sociales implica una hipótesis general de trabajo: dar por hecho que la cuestión social y los nuevos riesgos sociales implican poner en el centro la categoría filosófica del exceso, que alude no a la magnitud sino a la cantidad de personas enfermas o que fallecen por causas o por condiciones innecesarias.

Una de las dimensiones tiene que ver con el concepto de poner en el centro la reintegración de las víctimas de los determinantes sociales. Sobre todo en México, se ha anclado la noción de la víctima como la expresión de quien ha sido vulnerado de todos sus derechos. Se impone entonces una reflexión de cuáles son los determinantes sociales que hacen imposible, inviable o muy limitado el concepto de la reintegración social de alguien que ha vivido violencia física, abuso, explotación, violencias sociales, carencia de un sistema de salud o de un sistema educativo, o carencia de un ingreso digno. En cuanto a cuáles son las capacidades o cuáles son los determinantes sociales de la reintegración social de las víctimas, es una categoría que debería incorporarse para dar cuenta de la complejidad que apela este término.

En ese sentido, hay ejemplos. No se relaciona con la realidad de la reintegración social de una víctima que haya vivido la violencia extrema, definida como trata de personas. Una mujer de menos de 18 años que haya vivido seis años de un abuso de explotación sexual y laboral, con graves daños biológicos y muy profundos daños de trastornos mentales podría estar en uno de los centros de protección de México, que sólo son tres. Esta víctima requiere acceso a todas las capacidades del sistema de salud, y en teoría debería tener acceso a todos los instrumentos posibles para restaurar su personalidad o resolver los graves daños en la construcción de su identidad y del propio ejercicio de su voluntad.

Esta mujer una vez que pasa un proceso enfrenta un tema mayor: su reintegración en entornos comunitarios sociales que le permitan una restauración plena o evitar uno de los elementos más graves posibles, la repetición del daño. Esta realidad se expresa también en el proceso de las adicciones; un enorme porcentaje de la población reincide. La reintegración social de una víctima que vive violencias extremas requiere necesariamente todo el contexto social, todo el contexto de su grupo hogar, toda la capacidad del sistema de salud. Son determinantes sociales de alta complejidad e integralidad que todavía no se han asumido.

Otro ejemplo es sobre un tema que se ha enfatizado mucho, sobre todo desde los decenios finales del siglo xx: la realidad del embarazo adolescente.

En el país, la incidencia del embarazo adolescente sigue siendo muy importante y está poniendo en tensión la hipótesis de que a mayor escolaridad se posponía el nacimiento de un hijo o una hija. Hoy, dadas las últimas encuestas sobre la juventud en México, se ve una correlación. El 50% de los nacimientos en mujeres adolescentes muy jóvenes corresponde a su situación social, es decir, las mujeres que están en niveles muy bajos socialmente o en niveles de pobreza altos tienen 50 o casi 60% de más posibilidades de tener un embarazo en la adolescencia. En las mujeres adolescentes de alto ingreso sólo es de 20%.

Hay una categoría que hoy expresa la complejidad social del tema de la reintegración social. Existe ya la capacidad de identificar que, de los embarazos adolescentes en mujeres que están en los máximos grados de pobreza, 36% de éstos son deseados; las madres aducen que sí deseaban el embarazo. Los estudios etnográficos de la UNAM expresan que una de las hipótesis es que para mujeres que no tienen ninguna otra alternativa u oportunidad de tener participación y reconocimiento social, el ser madre las coloca en un estatus social comunitario de alto reconocimiento.

Es claro entonces que atrás de esta decisión no sólo está el tema de accesibilidad o de acceso o de demanda insatisfecha de anticonceptivos, pese a que sigue siendo muy alta la demanda insatisfecha. No sólo está la falta de cultura o la capacitación en salud reproductiva, sino también un entorno social que hace que estas mujeres muy jóvenes, de unos 15 años, vean a través de la maternidad una manera de realización social. De ahí que todos los enfoques en este caso requerirán una nueva interpretación para poder abordarlo.

Hoy es importante poner en discusión de los determinantes sociales con respecto a la noción de riesgos sociales, entendiendo como riesgo social la imposibilidad de ejercer sus derechos, reclamarlos o transformar las condiciones que lo hacen inviable. Propongo que dentro de esta discusión de los determinantes sociales de la salud se debe poner un nuevo elemento: el objetivo de la reintegración social de las víctimas y los determinantes sociales de éstas.

Es fundamental que haya una reflexión en donde se caracterice muy bien no el sistema de salud, sino dónde se inserta el sistema de salud, es decir, el sistema de salud mexicano. Muchos expertos han subrayado que está segmentado, que es desigual. En términos horizontales se dan distintos paquetes a individuos que tienen las mismas

condiciones de carencia. Es desigual verticalmente; es regresivo, pues reciben más los que más tienen y mucho menos servicios los que menos tienen. Es enormemente heterogéneo y tiene grandes problemas de acceso efectivo. Sin embargo, el sistema de salud está insertado en un sistema de protección social nacional.

Todos los determinantes sociales de los riesgos sociales se expresan también como consecuencia de un sistema de políticas públicas que exacerba estos determinantes sociales, es decir, la política pública es un factor adicional que hace visible esta realidad y esta complejidad social. El sistema de protección de salud se inserta en un sistema nacional, que es un conjunto de subsistemas fragmentado de forma conceptual, institucional y financiera. En este conjunto de subsistemas, que se llama Sistema de Protección Social, se insertan programas dispersos, tanto en los ámbitos de salud como el de pensiones y en aquellos que buscan dar seguridad en el ingreso.

Estos programas tienen altas desigualdades horizontales y verticales. El entramado desordenado, desigual y heterogéneo donde se inserta el sector salud y donde se tienen las otras dimensiones sociales que inciden en la enfermedad y en la muerte, se han ido acompañando en el último decenio por nuevos instrumentos no contributivos que intentan complementar los vacíos del actual sistema de protección, tanto del ámbito federal como estatal. Es decir, en el último decenio ha habido un incremento de programas de transferencias monetarias, condicionados o no, que buscan paliar las deficiencias del Sistema de Protección Social y que han contribuido al desorden institucional generalizado que hoy se vive.

Esta república social es desordenada, salvaje y tiene una enorme falta de coordinación, pero también de complementariedad. En este sentido se propone ordenar el sistema de salud. Los determinantes sociales de la muerte y la enfermedad responden a subsistemas que no están en el ámbito de salud y mientras éstos no se mejoren o no se generen las capacidades para acomodar el desorden urbano, la realidad del empleo es permanente. Se debe considerar la gran fragilidad de los entornos de los hogares y las familias, así como la dificultad de mitigar todas las violencias en el terreno ambiental. Sin ello, no hay posibilidad de que el sector salud pueda aspirar a pasar de la medicina curativa a la preventiva, porque la preventiva apela a los otros subsistemas que no están en el sector salud. El Sistema de Seguridad Social Universal propuesto por la actual administración no tendrá fiabilidad ni capacidad de generar un Sistema de Protección Social que enfrente el riesgo fundamental, que es la no vigencia de exigir los derechos humanos, mientras no se tenga una concepción integral del Sistema de Protección Nacional.

3.2 Las experiencias y lecciones aprendidas en la evaluación de la desigualdad y los Determinantes Sociales de la Salud

Gonzalo Hernández Licona

En México se ha hecho un enorme esfuerzo para tener un sistema de salud como el que tenemos hoy, y ha sido construido con mucho trabajo, pero vale la pena reconocer cómo estamos en algunos de esos elementos porque creemos que se puede mejorar.

¿Cuál es el objetivo principal en materia de salud de este sexenio? Aquí cito el Plan Nacional de Desarrollo:

“Queremos un México incluyente que propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad que aún nos dividen”. “Toda persona –dice el artículo 4º de la Constitución– tiene derecho a la protección en salud”

23

y, por lo tanto, la calidad y el acceso efectivo a los servicios de salud para todos deben ser parte de este objetivo del Plan Nacional de Desarrollo. ¿Cómo vamos, en dónde estamos y cómo podemos mejorar? Un diagnóstico general de en qué estamos. Hay que reconocer el aumento importantísimo del gasto en salud en los últimos años, la cobertura en términos de salud que ha crecido de manera importante, como lo vamos ver después y tú lo sabes muy bien.

Estos son elementos en los cuales México se ha apoyado para tener un sistema de salud con las ventajas que hoy se tienen.

En primer lugar, debemos reconocer que el sistema de salud en México está fragmentado. Tenemos dificultad en la continuidad de la atención por cambios en la afiliación, algunas duplicidades, falta de comunicación y no hay portabilidad, lo cual al usuario le hace una diferencia importante, que es uno de los elementos de esta desigualdad que aún tenemos en muchos de los derechos, inclusive en el tema de salud. Hay diferentes paquetes de beneficios, el IMSS tiene unos, el Seguro Popular tiene otros (Figura 3.2.1).

Hay una calidad en algunos lugares que tienen aún deficiencias, hay varianza, heterogeneidad, inequidad en acción y la atención entre localidades rurales, pequeñas o grandes ciudades, ausencia de un sistema óptimo de medición de desempeño, heterogeneidad a veces en criterios de atención, un modelo aún basado en elementos curativos, problemas en el logro de acceso efectivo y de transferencia y rendición de cuentas, sobre todo cuando nos vamos a los gobiernos locales (Figura 3.2.2).

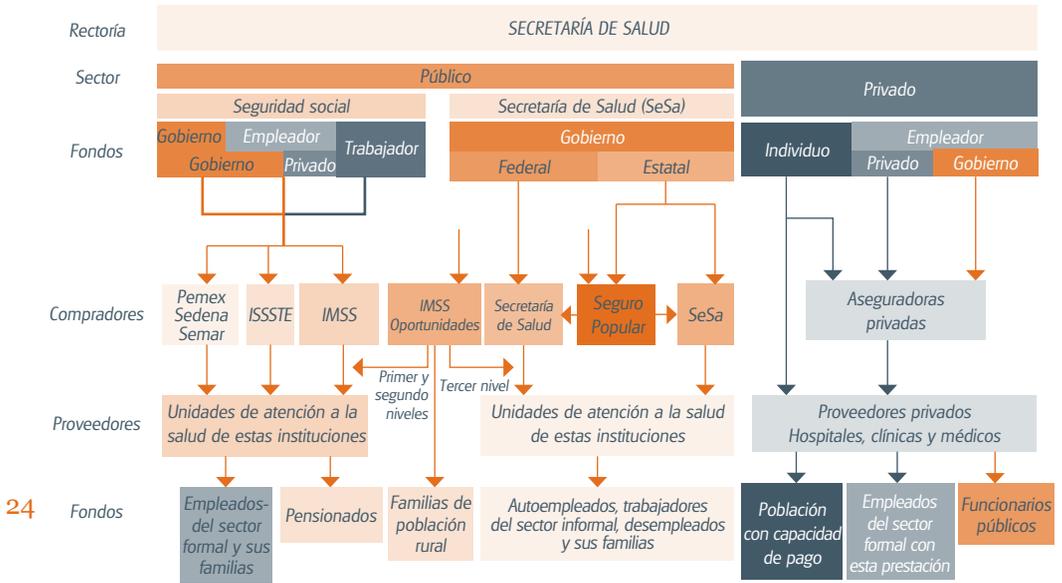


Figura 3.2.1. Diseño institucional: sistema de salud en México.

En cuestión de información tenemos también heterogeneidad en instituciones, baja cobertura y acceso de áreas rurales a los sistemas no manuales de información.

Tenemos también problemas de gobernanza y rectoría. Quisiéramos que la Secretaría de Salud tomara una rectoría todavía mayor del sistema de salud.

Y recursos humanos, que si bien en México tenemos extraordinario personal, como son todos ustedes, aún no es suficiente llevar todo este extraordinario capital humano al resto del país, ahí tenemos problemas de heterogeneidad importantes. Y esto frente a un escenario en México de un cambio epidemiológico relevante donde las enfermedades que empiezan a ser más caras, están creciendo respecto a otras.

Entonces tenemos grandes retos, a pesar de que en México hemos tenido un aumento muy importante del gasto en la salud, aun así tenemos, respecto al porcentaje del PIB, una cifra menor a otros países de la OCDE.

¿Qué ha pasado con algunos rubros en el tono más optimista? Afortunadamente la cobertura, hablando sólo al menos de la derechohabencia, incluyendo al Seguro Popular, ha crecido, es decir, la carencia de acceso a los servicios de salud como la medimos en el Coneval, que sólo es un tema de cobertura, por fortuna la carencia ha venido reduciéndose.

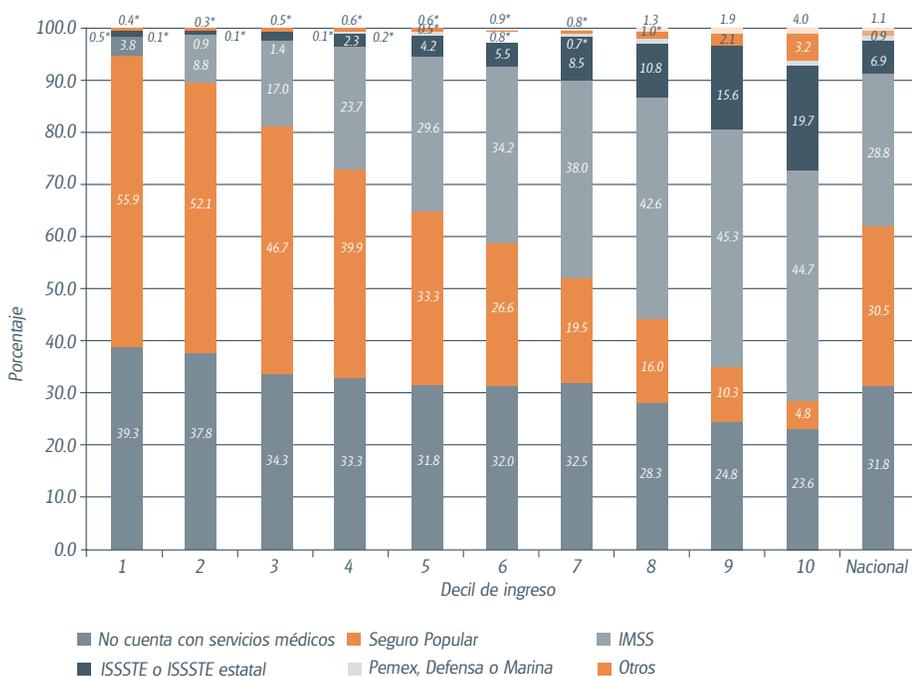


Figura 3.2.2. Acceso a los servicios de salud por tipo de institución y decil de ingreso, México, 2010. Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

Todavía no llegamos a 100% de cobertura de acuerdo con la información de las encuestas del INEGI y los censos que a veces difieren un poco de los registros administrativos, pero que vale la pena retomar esa diferencia. Pero afortunadamente esto ha venido cayendo, la carencia, insisto, todavía el cien por ciento está lejano.

También, afortunadamente, el Seguro Popular ha venido a llenar un hueco importante, en donde el Seguro Popular efectivamente ha tenido una mayor penetración en los deciles más bajos, en la población más pobre. Aquí tenemos cómo se compara, aquí son los deciles el más pobre y el más rico, y aquí tenemos que el Seguro Popular llega más a la población más pobre, lo cual ha venido a llenar este hueco en el cual esa población no tenía ese acceso como se tiene para los beneficiarios del IMSS o del ISSSTE (Figura 3.2.3).

El sistema de salud en México tiene varias fuentes de financiamiento con diferente inversión per cápita y diferentes paquetes de beneficios y de calidad en la atención. Si se tiene un elemento para analizar la desigualdad este es uno de ellos. Responder cómo vamos a llegar a una mayor equidad, implica que debemos reconocer estas diferencias que son relevantes.

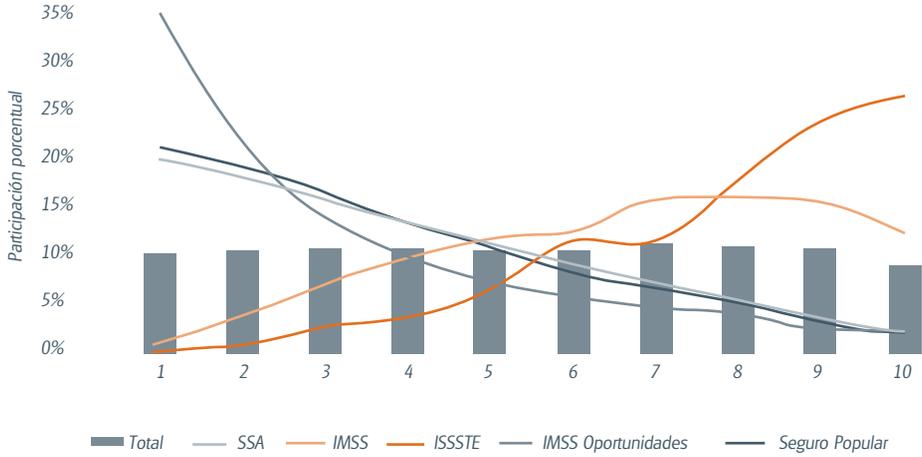


Figura 3.2.3.

Distribución del gasto público en salud, México, 2010.

Fuente: Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

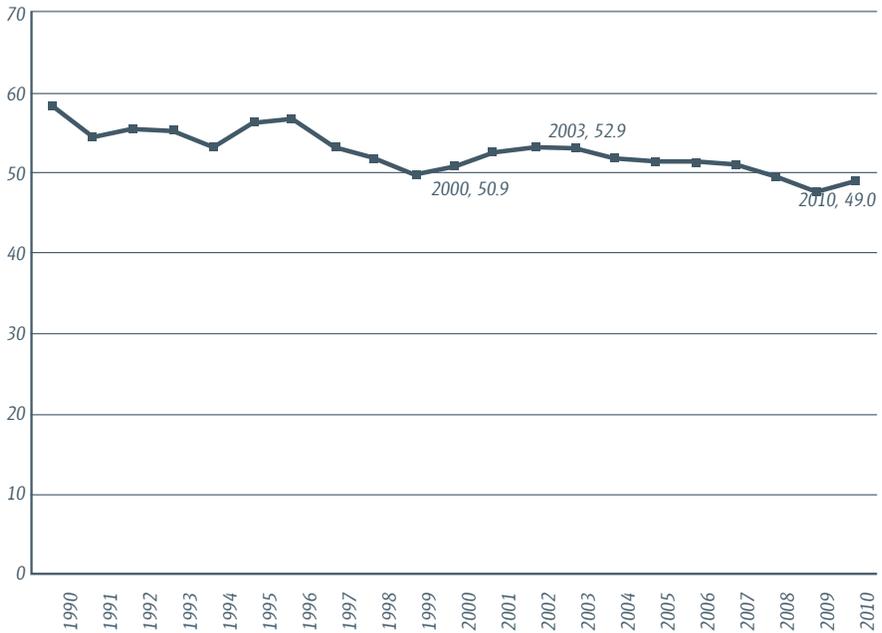


Figura 3.2.4. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), como porcentaje del gasto total en salud, 1990, 2010.

Fuente: CONEVAL (2013). Evaluación Estratégica de Protección Social en México.

En esta sección se presentan los programas de la Secretaría de Salud, así como algunos de sus principales avances y retos en 2011-2012. La exposición se lleva a cabo de acuerdo con los tres grupos a los que se identificaron que se dirigen los programas.



Figura 3.2.5.

Programas de la Secretaría de Salud.

Fuente: CONEVAL (2013). Evaluación Estratégica de Protección Social en México.

27

De hecho, la distribución del gasto público en 2010, el gasto público por decir es otra vez del más pobre al más rico, tenemos elementos de progresividad, el Seguro Popular, tenemos IMSS-Oportunidades y un poquito al revés los beneficiarios del IMSS o del ISSSTE, por lo tanto en conjunto el gasto se ha equilibrado un poco más, no así, insistimos, el tema de calidad y el tema de acceso efectivo.

En 2003, año de inicio del Seguro Popular, 52.9% del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; para 2010 ese porcentaje disminuyó 3.9 puntos porcentuales (Figura 3.2.4).

En este mismo periodo, el gasto público en salud destinado a población no asegurada aumentó 91% en términos reales; esto es, cada punto porcentual de incremento del gasto público para personas sin seguridad social está asociado con una reducción del gasto de bolsillo de sólo 0.04 puntos porcentuales. Todavía tenemos importantes retos en el famoso gasto de bolsillo. Uno hubiera querido que a partir del Seguro Popular pudiéramos ver que el gasto de bolsillo caído aún más de lo que marginalmente ha bajado en los últimos años. Entonces el reto aquí es, ¿qué más podemos hacer o qué elementos están jugando para que el gasto de bolsillo no haya caído como uno se lo hubiera esperado?

Al mismo tiempo la gran ventaja que tenemos hoy en día es este conjunto de elementos de evaluación, no sólo es general sino también con el apoyo de la Secretaría y de evaluaciones sobre qué está pasando

Cuadro 3.2.1 Programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la asistencia social, México, 2011

Programa	Objetivo
1) Atención a personas con discapacidad	Prestar servicios de atención y rehabilitación a las personas con discapacidad o en curso de procesos discapacitados y apoyarles en su integración social con la finalidad de contribuir a su pleno desarrollo y a la generación de oportunidades a través de la promoción e instrumentación de acciones de información y orientación a la población en general para modificar los factores de riesgo, así como de detección temprana, prevención, llevar a cabo la profesionalización de los recursos humanos, la construcción, mantenimiento, equipamiento y remodelación de infraestructura de atención médica
2) Protección y desarrollo integral de la infancia	Contribuir al desarrollo integral de la infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad, mediante la promoción, ejercicio y vigilancia de sus derechos
3) Atención a familias y población vulnerable	Contribuir al desarrollo integral de las familias y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad. Se integra de los subprogramas: Comunidades DIFerentes, Fortalecimiento a las Procuradurías de la defensa del menor y la familia, Atención a personas y familias en desamparo

Fuente: elaboración del Coneval con base en el Inventario CONEVAL de programas y acciones federales de desarrollo social 2011.

28

en los diferentes programas que tienen que ver con el tema social. Son programas que se pueden diferenciar en tres rubros: en asistencia social, en acceso a servicios de salud y en promoción de la salud. Estoy hablando de programas presupuestarios, o sea, el Coneval tiene también una labor importante en evaluar, junto con la Secretaría, los programas presupuestarios. En suma, los programas tienen avances, elementos positivos y también retos que hay que reconocer (Figura 3.2.5).

Algunas de las problemáticas o necesidades que los programas de la salud buscan atender son: de asistencia social, de acceso a los servicios y de promoción de la salud.

En asistencia social, hay fortalezas y tienen presencia en todos los estados del país y estos programas tienen en común el prestar servicios de salud a grupos vulnerables como personas con una discapacidad, así como niños y jóvenes que carecen de acceso a instituciones tradicionales de seguridad social, que son un grupo etario vulnerable y en el que los riesgos materializados pueden tener consecuencias en el largo plazo. Los retos de estos programas cuentan aprovechar la presencia en todo el país para lograr una intervención nacional, articulada y coordinada con otros programas del gobierno federal que puedan generar sinergias y garanticen la atención integral a los niños (Cuadro 3.2.1).

En acceso a los servicios de salud, estas intervenciones comparten el objetivo de propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de

Cuadro 3.2.2 Programas de la Secretaría de Salud dirigidos al acceso a los servicios de salud, México, 2011

Programa	Objetivo
1) Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI a partir de 2013)	Propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de menores de 5 años de edad que no sean derechohabientes de la seguridad social, a través del otorgamiento sin desembolso al momento de recibir los servicios, de atención a la salud de alta calidad en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los beneficios son adicionales y complementarios a los que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud descritos en el Catálogo universal de servicios de salud (Causes) y en el Fondo de protección contra fastos catastróficos. Con ello se contribuirá a evitar el empobrecimiento por motivos de salud
2) Seguro Popular	Otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario para personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social
3) Caravanas de salud	Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención, así como atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria
4) IMSS-Oportunidades	Proveer de servicios de salud de primer y segundo niveles a la población que carece de seguridad social y que habita en zonas rurales y urbano-marginadas del país (prioritariamente), a través del Modelo de atención integral a la salud. Este modelo se integra por dos elementos: atención en unidades médicas y acciones comunitarias con énfasis en la prevención de riesgos y daños

Fuente: elaboración del Coneval con base en el Inventario CONEVAL de programas y acciones federales de desarrollo social, 2011.

grupos de población que se encuentran excluidos de los mecanismos tradicionales de seguridad social debido a su condición laboral (carecer de un empleo formal), área de residencia (localidades rurales, aisladas o dispersas) o momento del ciclo de vida (infancia). Contribuyen, asimismo, a amortiguar los riesgos económicos que pueden presentarse a lo largo del ciclo de vida y que pueden tener consecuencias catastróficas en quienes carecen de acceso a la seguridad social. Una primera fortaleza es realizar acciones dirigidas a ampliar el número de personas afiliadas, lo cual representa un primer paso hacia la cobertura universal en salud. Además, ofrecen servicios de salud en áreas en las que es difícil hacerlo por su ubicación geográfica. Entre las áreas de oportunidad se encuentran mejorar la información dirigida a los usuarios, a fin de que puedan

Cuadro 3.2.3 Programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la promoción de la salud, México, 2011

Programa	Objetivo
1) Comunidades saludables	Impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, los sectores social y privado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de fortalecer los determinantes positivos de la salud y generar entornos saludables, a través de los recursos semilla que permitan el impulso inicial de proyectos dirigidos a este fin, sin menoscabo de la ulterior continuidad de los mismos por las sucesivas administraciones municipales

Fuente: elaboración del Coneval con base en el Inventario CONEVAL de programas y acciones federales de desarrollo social, 2011.

30

hacer mejor uso de los servicios ofrecidos, así como la coordinación entre las diferentes intervenciones (Cuadro 3.2.2).

En promoción de la salud, el programa Comunidades saludables es una intervención de la Secretaría de Salud dirigida a la promoción de la salud. Tiene presencia en un número considerable de municipios, apoyando proyectos de diversos temas que se enfocan en la promoción y prevención de la salud, resaltando la importancia que se brinda a problemas prioritarios como desnutrición infantil, obesidad y sobrepeso, mortalidad materno-infantil y VIH, entre otros. Entre las áreas de oportunidad se encuentra mejorar el mecanismo de dictaminación externa de los proyectos que apoya ya que éstas no siempre son realizadas con rigor y metodologías sustentadas (Cuadro 3.2.3).

En ocasiones en el gobierno federal y también en los gobiernos locales se tienen varios programas pero no siempre se comunican entre ellos y eso es un reto importante. Asimismo, en los programas de servicios de salud hay beneficios, fortalezas, retos, entre otros el hacer un mejor uso de los servicios ofrecidos, así como de la coordinación con diferentes intervenciones, que es un elemento constante que hemos detectado. En general dejemos la reflexión aquí de: ¿qué tipo de retos podemos encontrar en el sistema de salud? ¿Qué retos quisiéramos tener y solventar en los siguientes seis o diez años para efectivamente tener ese objetivo que el Plan Nacional de Desarrollo se puso como meta y que está en el Artículo 4º de la Constitución, el derecho a la protección en salud a todos los ciudadanos en calidad y en acceso efectivo?

Los Retos de Salud 2013-2018 identificados con las evaluaciones del Coneval son:

1) Atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa; 2) dar mayor énfasis a la atención primaria y a la atención

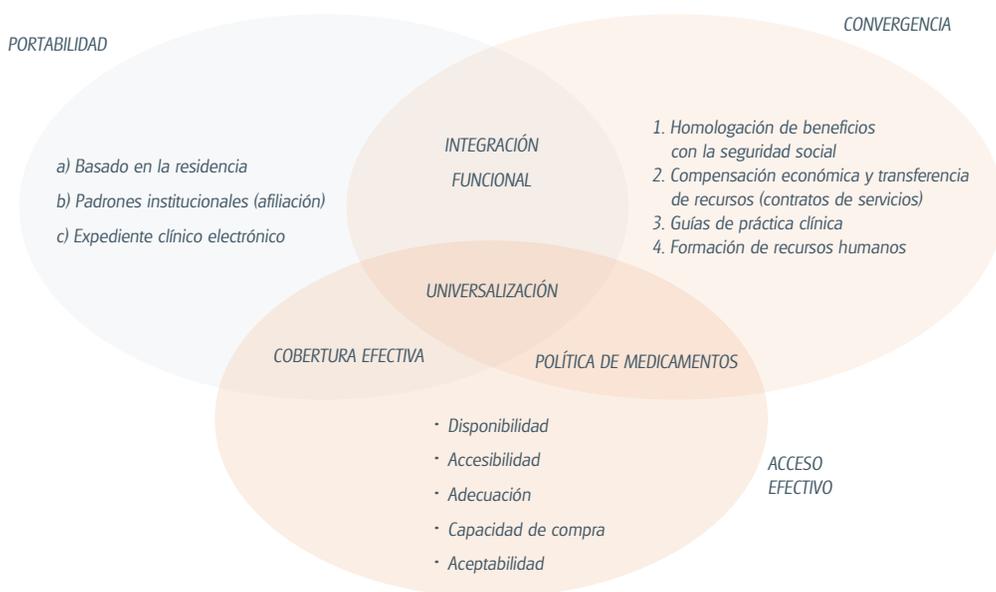


Figura 3.2.6. Propuesta de protección social en salud.
Fuente: Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012

preventiva; 3) fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud; 4) implementar un programa nacional de prevención y detección oportuna (integrar Prevenimss, Prevenisste, Línea de Vida y Consulta Segura); 5) ser portable en términos geográficos e institucionales; 6) estar integrado funcionalmente y que permita la convergencia, y 7) garantizar la atención en servicios de salud de las poblaciones dispersas y de la población Oportunidades.

Una atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa; dar mayor énfasis a la atención primaria y a la atención preventiva requiere de un sistema que debe estar integrado funcionalmente y que permita la convergencia; y garantizar la atención de salud a la población dispersa y en la población más rezagada en términos de pobreza o de marginación.

Afortunadamente desde el año 2011 México les dio a los derechos sociales y los derechos humanos una importancia mucho mayor de la que tenían antes y solamente es a partir del trabajo continuo y de lograr mejorar este conjunto de retos con lo que vamos a poder lograr lo que el Artículo 4º nos dice para todos.

3.3 La importancia de los Determinantes Sociales de la Salud en las Políticas de Población y Desarrollo Social

Patricia Chemor

32

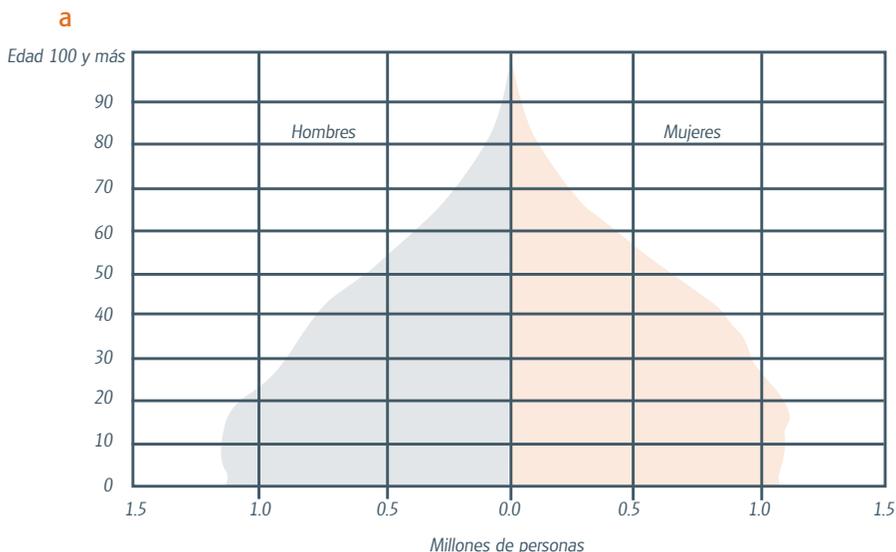
Los Determinantes Sociales de la Salud son las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, éstos tienen que ver con la educación, la situación económica, el empleo y el desarrollo social. Los Determinantes Sociales de la Salud se dieron a conocer en la Conferencia Mundial de Río de Janeiro en 2011, y es un compromiso global de todos los países para reducir las inequidades de salud, desarrollar sus planes de acción enfocados a mejorar las condiciones de vida y obviamente luchar contra la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos.

En el informe México sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en el rubro de Población, Salud y Desarrollo regional, se habla del tema de Transición demográfica y salud, del bono demográfico, de una drástica disminución de la fecundidad, de la ampliación de la esperanza de vida, de demografía y salud, de origen étnico y salud, de evolución de natalidad y fecundidad y de la migración internacional e interna. (La información amplia se puede consultar en la página del Consejo Nacional de Población [Conapo].)

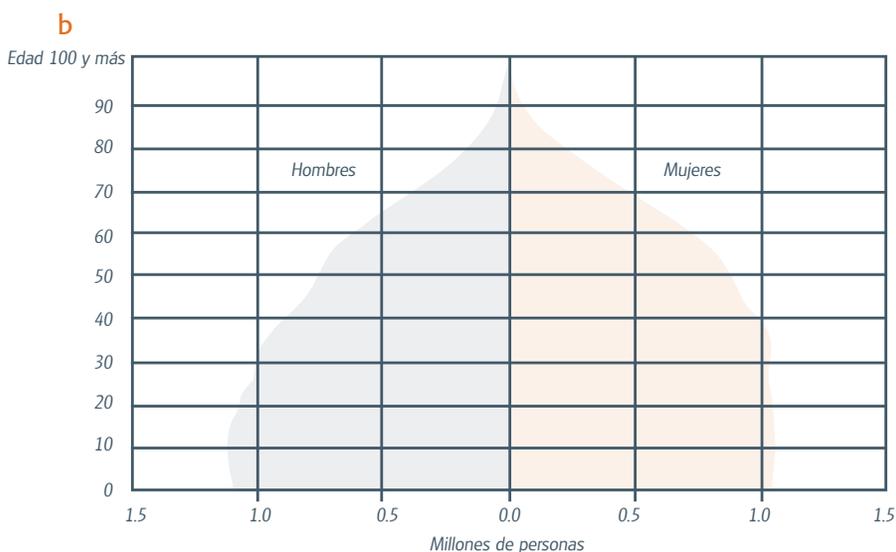
La pirámide actual de población por edad y sexo muestra que México es un país de jóvenes, con un considerable bono demográfico, pero el gran reto es aprovechar este bono demográfico para que no se convierta en un pagaré demográfico, es decir, el dar educación, empleo y grandes oportunidades a los jóvenes, el caso de esta generación es irreplicable y única en la historia del país, por ello, es importante para aprovechar realmente este bono demográfico.

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida hace que México se encuentre en un proceso de envejecimiento poblacional. Se tiene que trabajar en el sistema de salud y es un reto para que se tenga mayor esperanza de vida con mejor nutrición, menos enfermedades, incrementar la educación, una buena alimentación, actividad física, etc., para que el servicio de salud no gaste en diabetes, artritis y otras enfermedades crónicas degenerativas, debe trabajarse para que los adultos mayores tengan calidad de vida (Figura 3.3.1).

Algunos de los factores relacionados con la salud, desde el punto de vista demográfico, son el tamaño de la localidad donde se vive, los materiales usados en la construcción de las viviendas, la calidad de los servicios de los que se dispone, principalmente el acceso de agua potable porque es el factor más importante para la salud; la estructura del hogar, el tamaño y acceso a los servicios de salud de



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.



Fuente: Conapo. Proyecciones de la población de México 2010-2050.

Figura 3.3.1. Población por edad y sexo. a, 2013; b, 2030.

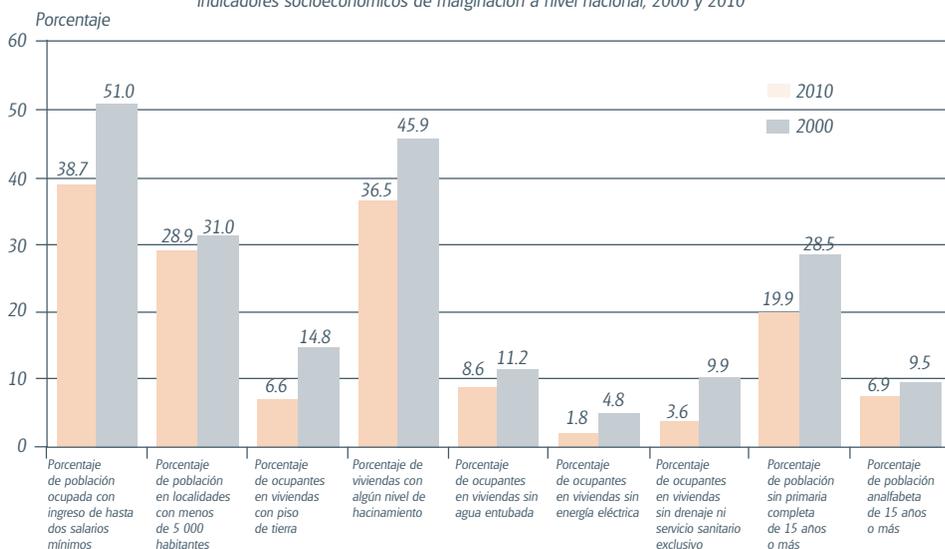


Figura 3.3.2. Propuesta de protección social en salud.

Fuente: Estimaciones del Conapo con base en el INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y Censo de Población y Vivienda 2010.

los miembros de la familia, jefatura familiar, la escolaridad, la actividad económica, el origen racial y la pertenencia étnica también son factores importantes relacionados con la salud.

Todos los indicadores utilizados para calcular la marginación están estrechamente vinculados con el bienestar de la población, se muestran aquí avances significativos entre 2000 y 2010, especialmente en las viviendas de piso de tierra y viviendas sin drenaje. Se observa que ha crecido la calidad de estos servicios en el país desde 2000 a 2010 (Figura 3.3.2).

Comparando la marginación por entidad federativa en 2000 y en 2010 se observa que la marginación continúa manifestándose en mayor medida en la zona sur del país y en sentido contrario la menor marginación está presente en el norte. Sin embargo, hay muchos problemas que se comparten en los estados del norte y del sur, como el embarazo adolescente, que se presenta de igual forma en ambos lugares y que también tiene que ver con la cuestión de salud y es necesario enfrentarlo (Figuras 3.3.3 a 3.3.5).

En cuanto a la marginación municipal, tal vez se aprecie un cambio menor, porque las zonas montañosas son las que poseen los mayores niveles de marginación, están presentes en Chihuahua, Durango, Nayarit y Jalisco y ahí tal vez tenemos una vista más pre-



Figura 3.3.3. Grado de marginación por entidad federativa, 2010.
 Fuente: estimaciones del Conapo con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

cisa de lo que es la marginación. Asimismo, hay cambios en el decenio con la población analfabeta, la que no concluyó la educación primaria, las condiciones de la vivienda, el hacinamiento y por tamaño de las localidades con menos de 5 000 habitantes y la población con ingresos menores de dos salarios mínimos. Estos datos, que permiten tomar decisiones en todos los ámbitos y en el de salud, están disponibles en la página del Consejo Nacional de Población.

Con relación a los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Conapo forma parte del Comité técnico especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que preside la oficina de la Presidencia de la República y participan, INEGI, la Secretaría de Desarrollo Social, la de Salud, la del Trabajo, la de Medio Ambiente, la Comisión Federal de Telecomunicaciones, el Coneval y el Instituto Nacional de las Mujeres, entre otras dependencias; se presentó el informe de avances 2013, en donde se muestran los mapas, el cumplimiento de la meta de cada uno de los ODM por Estado (Figuras 3.3.6 a 3.3.13).

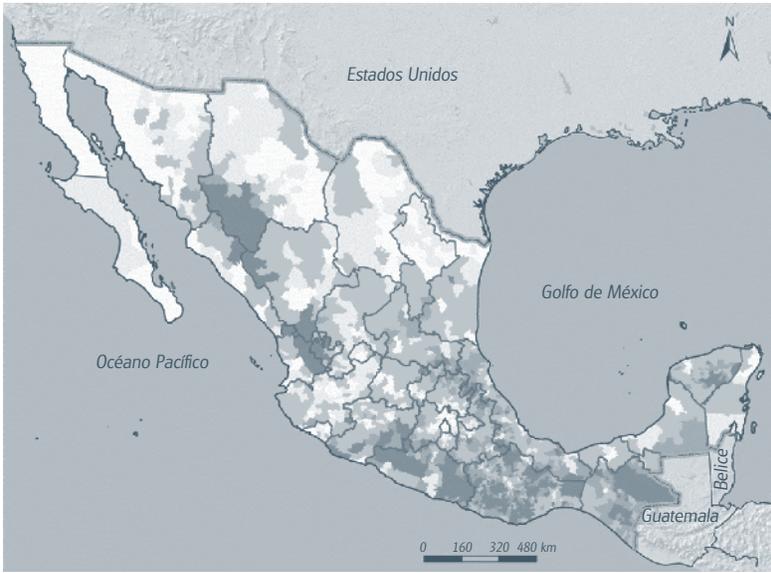


Figura 3.3.4. Grado de marginación por entidad federativa, 2010.

Fuente: estimaciones del Conapo con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

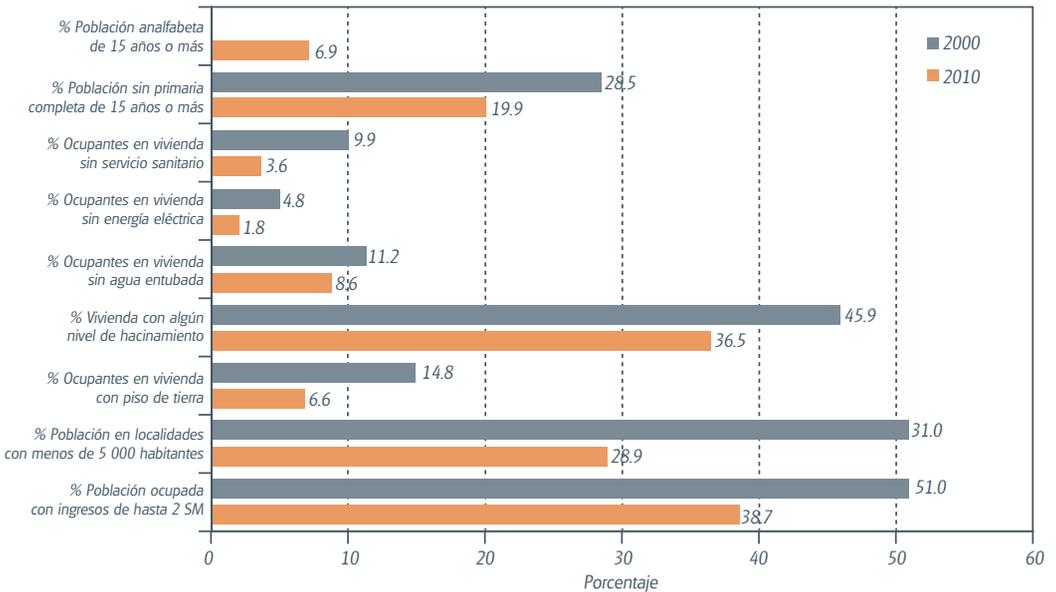


Figura 3.3.5.

Indicadores socioeconómicos de marginación a nivel nacional, 2000 y 2010.

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.



Figura 3.3.6. Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.7. Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.
Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.8. Objetivo 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.
Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.9. Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.10. Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.11. Objetivo 6. Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.

Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.12. Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.



Figura 3.3.13. Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Fuente: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, Oficina de la Presidencia de la República.

- El objetivo uno: *“Erradicar la pobreza extrema y el hambre”* se alcanzó en 17 entidades, sin embargo, sigue incrementándose el número de mexicanos en pobreza y en pobreza extrema
- El objetivo dos: *“Lograr la enseñanza primaria universal”*, 25 ya alcanzaron el objetivo y en el sur los que no han alcanzado el objetivo. Tenemos que trabajar mucho en la parte de educación, que es un determinante fundamental para la salud, puesto que está comprobado que incluso las mujeres con mayor educación pueden tomar una mejor decisión en cuanto a un embarazo y en cuanto a una atención médica
- En el objetivo tres: *“Promover la igualdad de género y empoderamiento de la mujer”*, 10 entidades no alcanzaron la meta
- El objetivo cuatro: *“Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años”*, son 22 los estados que ya alcanzaron la meta
- El objetivo cinco: *“Mejorar la salud materna”*, los estados que aún no la han alcanzado son ocho y como país no se llegó a la meta programada. Estamos trabajando en muchos de los estados, como ustedes saben, se capacita a las parteras en las comunidades indígenas donde no permiten que sean los hombres que las atiendan, hay enfermeras o doctoras que son las que atienden desde el inicio del embarazo y después les dan seguimiento para los métodos anticonceptivos para el segundo hijo
- El objetivo seis: *“Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades”* no se alcanzó en 14 entidades tanto del norte como del sur del país
- El objetivo siete: *“Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”* no se obtiene en 10 estados, por ello se debe trabajar en conservar nuestros recursos naturales
- El objetivo ocho: *“Fomentar la alianza mundial para el desarrollo”*, en 15 entidades se alcanza. La heterogeneidad del logro de los objetivos y metas propuestas se vincula con el grado de desarrollo social y económico que tiene el país

41

Asimismo, en la desigualdad en las localidades de muy alta y alta marginación destaca la presencia de la población indígena que se concentra principalmente en las entidades del sur y sur sureste del país, las desigualdades son una realidad y por ello tenemos que trabajar en intervenciones sobre los DSS, por supuesto para que las mujeres y los niños indígenas tengan acceso a los servicios de salud. En los indicadores socioeconómicos otro determinante social es la vivienda, cuyo peso específico es mayor cuando el grado de presencia indígena es mayor (Figura 3.3.14).

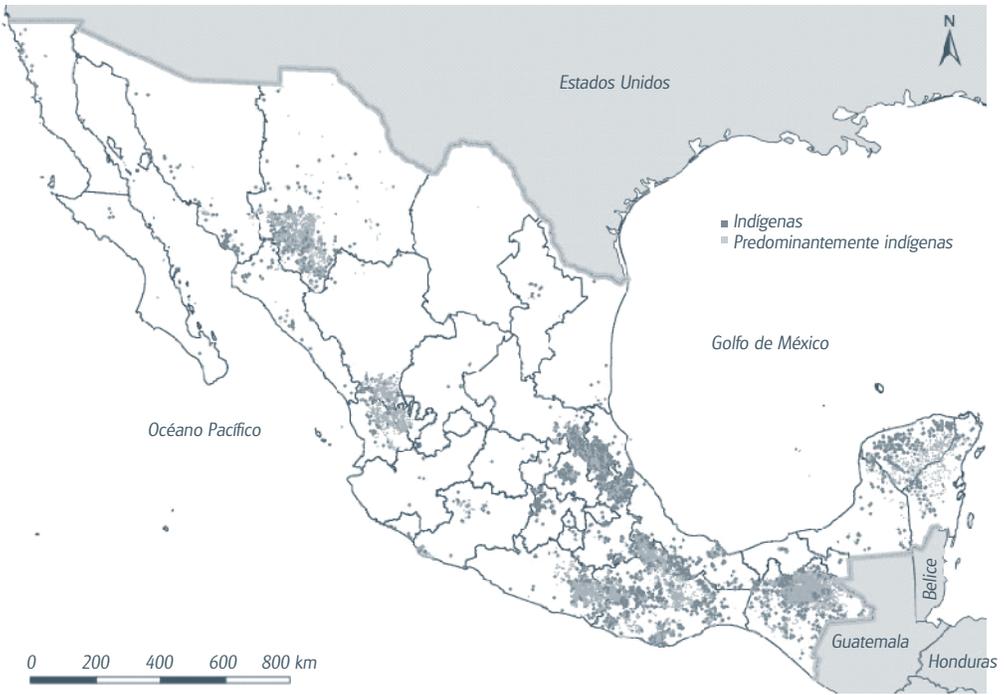


Figura 3.3.14. Localidades con alta presencia indígena, 2010.

Fuente: estimaciones del Conapo con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Principales resultados por localidad.

El porcentaje de viviendas con distintas carencias como piso de tierra, sin disponibilidad de agua entubada, sin energía eléctrica y sin excusado es mayor en las localidades. Tenemos que trabajar también en dar servicios a las comunidades indígenas para tener mejor calidad de vida.

Otro indicador de desigualdad es el de la población de 15 años o más analfabetas y sin primaria completa, en donde también el porcentaje más alto es en la indígena.

Los retos que enfrentamos como país podrán enfrentarse en la medida en se invierte más en la atención de estos indicadores.

En el Consejo Nacional de Población no tenemos tal vez programas, no es el trabajo con la población para darles alimentos, para darles salud, para darles servicios, pero lo que hacemos es preparar los insumos para que todas las demás secretarías tomen sus decisiones. Y además trabajamos obviamente alineados al Plan Nacional de Desarrollo, cuyo objetivo general, y como ya se dijo aquí: es llevar a México a su máximo potencial. Hay cinco metas nacionales con tres estrategias transversales muy importantes de democratizar a la productividad, un gobierno cercano y moderno y una perspectiva de género. En

esto se está basando lo que estamos trabajando en la Conferencia con los Consejos Estatales de Población y hoy para elaborar nuestro Programa Nacional de Población y la *Ley general de población*.

3.4 Los elementos y bases para la integración de la Política de Salud en los DSS en México

Pablo Kuri

Eduardo Jaramillo

Nos rodean 150 años de historia productiva de los hombres que con su talento, su trabajo y contribución a la salud han construido el sólido andamiaje institucional que ha prestigiado a la medicina a la salud mexicana en el mundo.

Abordaré los elementos y bases para la integración de la política de salud con base en los Determinantes Sociales de la Salud. Qué importante es un tema como éste y que se discuta en un espacio otrora reservado para los aspectos clínicos y de la alta especialidad de la medicina. Sin duda esta apertura por sí misma habla de la evolución positiva que ha tenido el enfoque de la salud desde la perspectiva multidisciplinaria e intersectorial.

Hay tres aspectos fundamentales: el referente al panorama de la salud en México y los Determinantes Sociales de la Salud; los elementos para la integración de las políticas de salud con base en los DSS, una respuesta de Estado; y los principios de acción de la política pública de salud en relación con los determinantes. Si tuviéramos que escoger un indicador simple para determinar el grado de desarrollo y el progreso de la sociedad mundial, sin duda la expectativa de vida sería ese indicador. La esperanza de vida a nivel mundial, debemos subrayarlo, debe más al desarrollo de los Determinantes Sociales de la Salud que a intervenciones médicas individualizadas centradas en la enfermedad.

Si pensamos en la Inglaterra de mediados del siglo XIX, en los albores de la Revolución Industrial, vemos que de 1860 al año 2000 la esperanza de vida mundial se triplicó. Esto gracias a varios factores, entre los que se cuentan de manera fundamental los determinantes sociales que tienen que ver con el desarrollo urbano, con la potabilización del agua, por supuesto la emergencia de la salud pública, las enfermedades prevenibles por vacunación y la medicina colectiva, es decir, la salud pública.

Los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas condiciones en las que las personas nacen, crecen, se educan,

trabajan, envejecen y eventualmente mueren, son ese contexto social y económico que permite determinar estados de bienestar o de pobreza y marginación en las poblaciones. Esos determinantes y los cambios poblacionales han sido modificados por siete profundos procesos de cambio y transformación. En primer lugar, el cambio climático, consecuencia del cambio demográfico, el cambio epidemiológico, el cambio tecnológico, el cambio en el perfil de riesgos, el cambio democrático y el cambio económico. Estos siete principales cambios, igual que los pecados capitales son siete, están cruzando de una manera transversal e interrelacionada el bienestar y la calidad de vida de la población.

A nivel planetario, a nivel global y por supuesto a nivel regional y a nivel nacional, no podemos hablar de cambio demográfico sin hablar de cambio epidemiológico. De la misma manera que los procesos económicos de recesión y crisis determinan condiciones de vida y recursos para la salud, el cambio democrático también es un factor fundamental en la construcción de determinantes positivos para la salud. La información, la revolución de las tecnologías, de las comunicaciones y los transportes ha sido también un factor que ha propiciado una mayor apertura democrática a nivel mundial. Ya lo ha señalado Samuel Huntington con esta ola democratizadora que han vivido los países a nivel mundial, hay una íntima vinculación con el acceso a la información.

La información y el acceso a la misma han generado sociedades mejor informadas, más participativas, más contestatarias, los gobiernos están obligados a rendir cuentas y a ser eficientes. Estos procesos interrelacionados definitivamente se vinculan con la salud. Los determinantes que influyen sobre la salud de los mexicanos presentan una condición que podríamos definir como la paradoja de la salud. Los determinantes que influyen sobre la salud de los mexicanos se relacionan con factores externos al sector salud: modificaciones en los estilos de vida, inequidad económica, marginación social y falta al acceso de oportunidades.

Por un lado tenemos que la responsabilidad de mantener y preservar la salud de las personas como una responsabilidad del Estado mexicano y en concreto del sector de la Salud. Pero también es cierto que muchas de las condiciones, de las causas y de los factores que afectan el estado de salud o de enfermedad de las personas, no están ni en manos del médico ni dentro del sector de la salud, son condiciones externas. Por ello la necesidad de abrir la perspectiva y tener una visión amplia que incorpore desde el enfoque de determinantes aquellos aspectos económicos, sociales, demográficos,

políticos, sociales, antropológicos y culturales que influyen en la salud. La desigualdad regional y salud; niveles de vida, pobreza y desigualdad; pobreza, nutrición y salud; medio ambiente y hábitat; educación y desigualdad educativa; empleo y precariedad laboral; nuevos riesgos sociales; emergencia de violencia, crimen organizado; discriminación, entre otras.

La transición epidemiológica y actual perfil de la salud en México, al igual que la de los demás países de la región de América Latina y el Caribe, ha sufrido cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad, así como en la distribución de sus causas por grupos de edad, sexo y de acuerdo con las regiones geográficas. La transición epidemiológica y el actual perfil de la salud lo podemos ver, creo que es una gráfica multicitada, seguramente en alguna sesión de este propio simposio ya la vieron, cómo han declinado las enfermedades infecto-contagiosas y cómo se ha elevado la prevalencia de las enfermedades no transmisibles (Figura 3.4.1)

La modificación en los estilos de vida, en los patrones de consumo, el sedentarismo, las dietas hipercalóricas son factores que sin duda han traído graves consecuencias a la epidemiología y a la condición de salud de la sociedad en general y en concreto de los mexicanos. El 70% de los mexicanos mayores de 20 años presenta

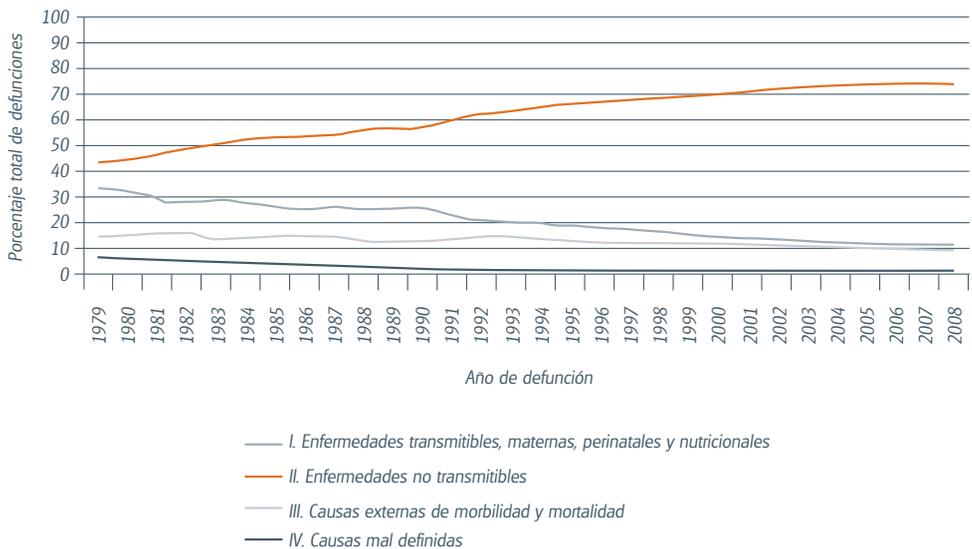


Figura 3.4.1. Porcentaje de representación de la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles y lesiones. México, 1979-2008.

Fuente: elaborado por CENIDSP/INSP a partir de Estadísticas Vitales de Mortalidad 1979 a 2008, INEGI/SSA y Proyecciones de Población, Conapo 1970-2030.

sobrepeso y obesidad y 30% de los menores de 12 también presenta esa condición, sabemos que esa condición se debe a factores múltiples y variados que van desde el sedentarismo, las dietas inadecuadas y la falta de consumo de agua simple. Se trata, pues, de enfrentar estas condiciones desde una perspectiva integral y comprensiva.

El panorama de salud en México vinculado con los determinantes nos presenta que México ha sido tradicionalmente un país de jóvenes. Cuando hablamos de la transición demográfica entendemos que este perfil demográfico se está modificando, ahora la disminución de la fecundidad y la ampliación de la esperanza de vida han hecho que México se encuentre en un proceso de envejecimiento de su población.

Hay logros importantes en México en cuanto a la esperanza de vida, sin embargo, enfrentamos el gran desafío que he señalado de la prevalencia de obesidad y sobrepeso y su correlato, las enfermedades crónicas no transmisibles y de manera particular la diabetes. Si no somos capaces de superar este enorme desafío, que no es sólo ya un problema de la salud pública, hay que decirlo de manera muy clara, cuando hablamos de que el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y las enfermedades crónicas no transmisibles están afectando al rendimiento escolar de los estudiantes, la productividad laboral y la competitividad económica del país, no estamos hablando de un problema de salud, estamos hablando de un problema de viabilidad nacional que pone en riesgo nuestro futuro como nación.

Por primera vez en la historia estamos ante la primera generación de mexicanos que podrían vivir menos años que sus padres. Sería una regresión civilizatoria y un tema incluso antievolutivo. Si queremos mantener el ritmo de crecimiento de la esperanza de vida con calidad, tenemos que superar el problema de la obesidad y el sobrepeso y las enfermedades crónicas no transmisibles.

¿Qué tienen en común las enfermedades crónicas no transmisibles? Que la mayoría de ellas son evitables. Por eso la relevancia de hablar de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), porque es ahí en el contexto cultural de los hábitos de vida, los cambios culturales y la educación en donde podemos prevenir y disminuir esos factores de riesgo y en consecuencia la carga de discapacidad y de enfermedad.

Decía el doctor Julio Frenk de manera muy acertada que en materia de salud pública somos víctimas de nuestros éxitos. Al haber disminuido las enfermedades prevenibles por vacunación, por ejemplo, disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, nos estábamos acabando las enfermedades de la pobreza, las enfermedades contagiosas y la gente vivía más. Esta sobrevida

tiene repercusiones en los trastornos metabólicos, en la diabetes, en las insuficiencias cardíacas, en los problemas renales, en fin, que son tratamientos de largo aliento que acompañan al paciente y que por lo tanto disminuyen su calidad de vida, quebrantan el bienestar e impactan de manera negativa los sistema de salud desde el punto de vista financiero y en algunas ocasiones llegan a colapsarlos.

Otro problema que presentan nuestros países y que en México se puede esquematizar de una manera muy clara, son las profundas asimetrías de desarrollo y la desigual distribución del ingreso y de las oportunidades.

El nivel de desarrollo económico en México tiene profundas divergencias regionales. En las últimas dos décadas han permanecido y en algunos casos se han profundizado. El 60 por ciento de habitantes de la República Mexicana habita en una de las 56 zonas metropolitanas del país, la población indígena constituye un grupo social vulnerable, esto lo sabemos, la población indígena en el sur y en el sureste es mayoritaria y hay un dato importante cuando hablamos de lo rural y lo urbano: mientras que el campo genera solamente 7% del Producto Interno Bruto del país, concentra a más de 25% de la población. Esto nos habla del porqué la pobreza se nos concentra en el medio rural. En el centro del país, por otra parte, se generan dos quintas partes del valor agregado de la economía nacional, en cambio en el sur y el suroeste del territorio sólo se genera 14% del total del ingreso del país. Existe, pues, en el país un desarrollo desigual y combinado. Este desarrollo desigual y combinado es uno de los grandes retos no sólo del sistema nacional de salud sino para el sistema político en su conjunto: 53 millones de mexicanos están clasificados con algún tipo de pobreza.

En el tema de la desnutrición infantil vemos que no obstante que ha habido avances importantes en los últimos 25 años seguimos teniendo una tasa de desnutrición de más de 10%. Sólo por ejemplificar y hacer una comparación con un país con el que tenemos algunas simetrías culturales, históricas y de nivel de desarrollo, en Chile este porcentaje no pasa de 3% (Figura 3.4.2).

En cuanto a medio ambiente y entornos, en las últimas décadas ha declinado el riesgo de la salud y las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, como señalaba, gastrointestinales y respiratorias agudas han disminuido, pero sigue habiendo marcadas diferencias. Si abrimos un periódico reciente vemos el brote de cólera de las últimas semanas en Huejutla, en el estado de Hidalgo.

¿Cuáles son las condiciones de vida en Huejutla, en el estado de Hidalgo, y cuál es la diferencia de esas condiciones de vida con

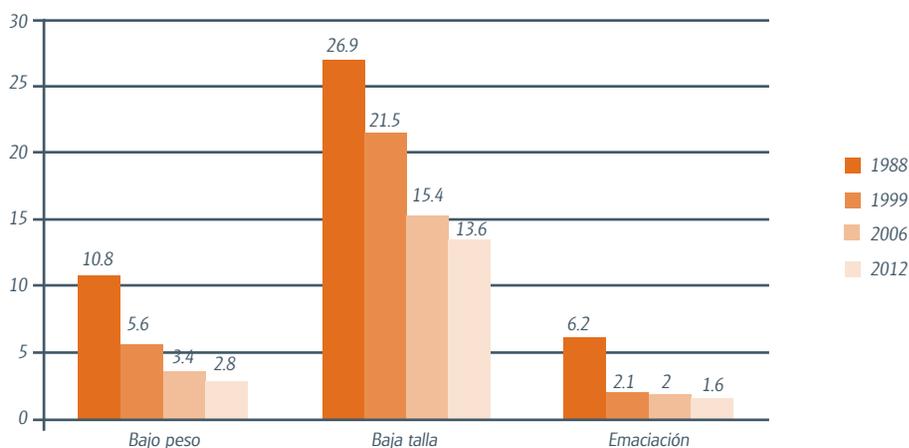


Figura 3.4.2. Prevalencia de desnutrición infantil en México, 1988-2012.

Fuente: Ensanut 2012.

las que prevalecen en algunos países del África Subsahariana? Son similares. Lamentablemente a la par que somos un país que pertenece a la OCDE, que somos una de las economías más abiertas a la economía mundial y que tenemos grandes logros, también somos un país con profundos rezagos y con una deuda histórica con los indígenas y con los pobres. Es inaceptable que en un país como México sigan existiendo estas profundas diferencias sociales.

En materia de educación también hay una gran asimetría y desigualdad educativa entre grupos sociales, estados de la República, municipios y comunidades. Nuestro sistema es un sistema plural, diversificado, tanto por los niveles de educación como por la forma de control de la educación. Es un enorme sistema: 32 millones de estudiantes enrolados en todos los niveles educativos, 1.7 millones de maestros y 240 mil escuelas. Este es un entorno sensacional desde el punto de vista de las posibilidades que tenemos para trabajar en la promoción de la salud. El Programa de Educación y Salud es un programa importante desde la perspectiva que en la educación, en el entorno educativo, involucramos a los estudiantes en acciones de autocuidado y hacemos del cuidado de la salud un acto de corresponsabilidad. Tenemos que seguir enfatizando el trabajo en los espacios educativos mediante la incorporación de contenidos educativos de salud pública, sobre todo de alimentación correcta, de prevención de adicciones, de salud reproductiva en los libros de texto y en los contenidos educativos.

La promoción también de la alimentación correcta en las escuelas es un tema insoslayable, así como la promoción y el acceso

a agua potable. Pero no podemos, desde el punto de vista sanitario en la Secretaría de Salud, promover, sugerir y recomendar la toma de agua simple en las escuelas si muchas escuelas no tienen agua de ninguna naturaleza ni para las necesidades más elementales. Es importante el trabajo intersectorial, que la Comisión Nacional del Agua trabaje con el municipio y trabaje con la Secretaría de Educación para que las escuelas tengan el agua potable y entonces sí hacer del discurso y la práctica una relación congruente y no declarativa.

En materia de empleo también tenemos estas mismas asimetrías. Por un lado, empleos especializados, bien remunerados, y por el otro, empleos con temas de riesgo ocupacional, asociados al manejo de agroquímicos, pesticidas, herbicidas, el trabajo de la construcción, que también representa riesgos importantes para los trabajadores en términos de salud ocupacional, años de vida saludables perdidos y también es un área de oportunidad de determinantes sociales, en donde podemos trabajar para generar bienestar de manera compartida con la Secretaría del Trabajo. Por un lado, la promoción de los comedores de la *Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores* y que esa alimentación que se da sea de buena calidad, que sea la alimentación correcta, apegada a la Norma 043. La promoción de la activación física también es un aspecto importante. Y el tema de hacer que la regulación en materia de salud, higiene y seguridad en el trabajo se cumpla cabalmente.

Los nuevos riesgos sociales los conocemos y están salpicando los periódicos, no quiero ser un epígono de la nota roja, pero la violencia, la desigualdad y la pobreza siguen siendo una constante en muchos sectores del país. Hemos superado algunos riesgos tradicionales, riesgo natural de toda persona a contraer enfermedades o a perder la salud, el riesgo de no tener los ingresos suficientes vía el empleo, ahora exponenciados por condiciones que se han convertido de ser coyunturales a formar parte de la estructura histórico-social del país: violencia, desigualdad y pobreza.

A ese panorama, de por sí crítico, se suman otros aspectos como son la mundialización de las pandemias. Ese también es un tema del efecto *boomerang*, de cómo por un lado la globalización con sus virtudes, el acercamiento entre las naciones, el tema de que no hay nada que no esté concatenado en el mundo, un evento que ocurre en una latitud remota, de inmediato tiene repercusiones en otro rincón del planeta, también acentúa problemas como la transferencia internacional de riesgos, esto a través de las pandemias lo vimos con la influenza, lo hemos constado también en términos de inocuidad en los alimentos, cómo esas enfermedades y estos riesgos

también se transmiten por la vía que se transmiten los conocimientos y la posibilidades de resolver los problemas.

La violencia y la explotación sexual también temas globales, el aumento del uso de drogas también un tema que afecta a las estructuras sociales prácticamente en todo el mundo; la creciente recurrencia de suicidios, fenómenos que se extienden como la trata de personas o el incremento de la vulnerabilidad, ya lo señalaba la licenciada Chemor, de la población migrante. Frente a todo esto tenemos que generar respuestas de mitigación, respuestas preventivas que están en el centro de la preocupación y de la agenda de la salud pública.

Sin embargo, encontramos límites para hacer frente a esos problemas en la estructura del Sistema mexicano de salud. El Estado enfrenta tres factores que inciden negativamente en la capacidad para dar plena vigencia al derecho a la salud.

Creo que ha sido muy importante que este país en 1984 haya incorporado a nuestra Carta Magna el derecho universal a la protección de la salud, y muy importante también que en el 2004 se haya constituido el Sistema de Protección Social en Salud para hacer operativo ese derecho. Ahora tenemos que hacer un derecho efectivo de la salud.

Se señala con toda justicia que el derecho a la salud es un derecho fundamental. ¿Por qué es un derecho fundamental? Porque sin salud no hay nada. El derecho a la salud es un derecho que nos permite disfrutar de otros derechos fundamentales. Si tenemos salud, podemos hacer uso del derecho a la educación; si tenemos salud, podemos hacer uso del derecho a la vivienda; si tenemos salud, podemos hacer uso del derecho al trabajo. La salud no es todo, pero sin salud no hay nada. Por eso es importante vincular a la salud con los DSS y con los derechos fundamentales.

El modelo con el que fueron concebidas nuestras instituciones de salud, un modelo curativo, respondió a las necesidades de su época. Estamos celebrando 70 años de la creación de la Secretaría de Salud tal y como la conocemos hoy. Recordemos la fusión del Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia Pública que dieron origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, antecedente inmediato de la Secretaría de Salud, durante la administración del presidente Manuel Ávila Camacho en 1943. En ese mismo año se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social y con ello también se escinde a la población mexicana: los mexicanos con un empleo formal dentro del esquema bismarckiano de la seguridad social vinculados al derecho laboral; y los mexicanos que no tienen un empleo formal, es decir, que no están asalariados, protegidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La evolución de nuestro sistema de salud le quita el término asistencialista para convertirlo en un derecho ligado a la ciudadanía, es decir, el hecho de ser mexicano nos garantiza el derecho a la salud, y aquí está presente el modelo británico de salud universal para todos a partir del principio de ciudadanía. El modelo con el que surge nuestro sistema de salud es el que domina en el mundo, es el curativo, el que está centrado en la enfermedad, un modelo reactivo. Hoy estamos empeñados en virar de la visión curativa a la visión anticipatoria, basada en la prevención y en la promoción de la salud, para darle sustentabilidad al modelo de salud y para mejorar las condiciones de vida de la población. El Estado enfrenta tres factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la salud que establece el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

1. *Modelo conceptual basado en lo curativo.* El modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector fue enfocado en lo curativo y no a la prevención; en este sentido es fundamental hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un elemento básico que permee de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios
2. *Políticas con enfoque sectorial.* No se han podido implementar políticas con enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno. Se debe asegurar una coordinación efectiva de las estrategias y acciones federales, estatales y locales. La salud deberá estar presente en todos los programas y políticas de otros sectores
3. *Rectoría y Organización fragmentado.* La rectoría y arreglo financiero y organizacional vigentes, donde prevaleció la desigualdad en los beneficios y la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, atentan contra un México incluyente y limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto

51

Las políticas con enfoque sectorial, la descentralización como modelo federalista, que es la forma de gobierno que los mexicanos elegimos para organizarnos como nación, pero con rectoría unitaria en la norma y en el mando deben tener claridad y certidumbre a nivel nacional para que los estados cumplan con esa normatividad que se genera en este contexto de federalismo y de colaboración entre niveles de gobierno.

Los elementos para la integración de las políticas públicas con base en DSS, se encuentran alineados a partir del marco conceptual

de determinantes de la salud que están esquematizados desde las estructuras de inequidad, de condiciones de vida, pasando por determinantes intermedios para desembocar en lo que todos buscamos: equidad, desarrollo y bienestar. El primer elemento de partida es este marco que como gobierno ha ubicado el diseño de estrategias para abordar tanto determinantes estructurales históricos como intermedios de la salud, con lo que esperamos no sólo modificar la repercusión en la equidad en salud y el bienestar, sino también modificar los determinantes mismos, ver las causas, atender las consecuencias, pero ir a la causa de las causas, al origen mismo del problema. Se trata de modificar los determinantes y para ello requerimos dos cambios fundamentales: el cambio externo del entorno y el cambio interno, de internalización de los mensajes vertidos en conductas saludables por parte de la sociedad, abordajes de prevención dirigidos al colectivo social y comportamientos individuales (Figura 3.4.3).

Esto viene de una larga tradición, desde Alma-Ata en 1978 y la Carta de Ottawa de 1986, en donde pasamos a construir un empoderamiento individual sobre la salud, somos responsables de nuestra salud porque somos lo que hacemos, lo que comemos y como vivimos. El estado de salud de las personas a nivel individual es resultado de decisiones individuales y la salud colectiva es resultado de condiciones sociales, en donde los medios de comunicación, la regulación sobre los alimentos y la publicidad son factores fundamentales que el Estado debe de vigilar para tutelar un bien público superior que es la salud de la población. La alimentación, activi-

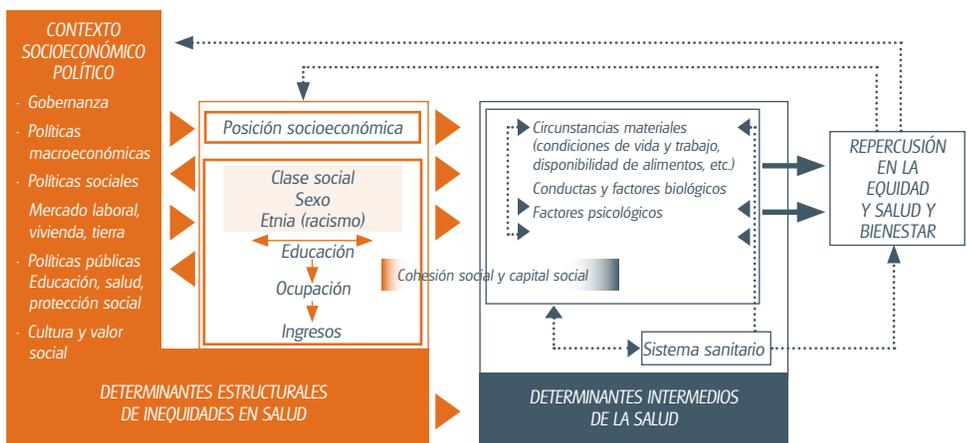


Figura 3.4.3. Primer elemento. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.
Fuente: Solar e Irwin, año 2010.

dad física, higiene, movilidad segura, sexualidad segura, prevención sobre tabaquismo, alcohol y violencia sugieren cambios en el gradiente de los entornos para modificar las conductas.

¿En dónde? En la casa, en el hogar, en la comunidad, en la escuela, en la vivienda, son abordajes espaciales que tienen que ver con temas específicos. Un ejemplo, un cine, espacio obesogénico por naturaleza, dos horas sentados en butacas cada vez más cómodas, una oferta de alimentos cada vez más grande, ya no son bolsas de palomitas las que nos dan, son cubetas, los refrescos se nos venden por litros, cuando pedimos una Coca-Cola nos dicen: “Esta le cuesta dos pesos, pero por 50 centavos más llévese la de tres litros”, y de pronto uno voltea y dice: “Pareceré tonto si no tomo la de tres litros”. Este es un problema de inducción de demanda que va a tener repercusiones en la salud.

¿Qué tiene que hacer el Estado para cambiar ese gradiente? Regular lo que se está ofertando en los cines y educar a la población sobre la decisión que toma, ahí está el factor colectivo y el factor individual. Ese es un ejemplo de cómo estamos trabajando y cómo debemos incidir en los factores que generan riesgos para la salud.

Un segundo elemento, tenemos que generar un continuo de evolución desde el foco de atención original y natural de la evolución de la Medicina centrado en las enfermedades, a un foco de atención centrado en la prevención y en la promoción de la salud, para evolucionar hacia un foco de atención centrado en la producción social de la salud, la salud como construcción colectiva de la sociedad, aspiración de ayer, realidad de hoy y que estoy seguro que se irá consolidando en la medida en que espacios como esta emblemática Academia abre espacio a esta reflexión y se convierte en agenda de gobiernos y sociedades (Figura 3.4.4).

El tercer elemento para las consideraciones de construcción de políticas públicas en salud es el diseño de abordajes desde los determinantes sociales y no sólo en efectos, involucrar a todos los sectores relevantes para conseguir la equidad en salud, es decir, la salud en todas las políticas, lema de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, llevada a cabo recientemente en Helsinki. Avanzar desde la evidencia científica hasta la formulación y desarrollo de políticas intersectoriales efectivas. Retomar la undécima tesis de Feuerbach, de Carlos Marx, de suyo revolucionario: “Los filósofos no han hecho sino interpretar de diversos modos el mundo, y de lo que se trata es de transformarlo”.

Qué importante lo que se hace en las academias, en los laboratorios y en los centros de investigación. Volvámoslo praxis, volvámoslo política pública que permee y se convierta en comportamiento social.



Figura 3.4.4. Segundo elemento. Evolución en el foco de atención de las políticas públicas.

Ese es el reto. Hay que demostrar la rentabilidad y el costo-beneficio de abordar los determinantes sociales de la salud transversalmente y evaluar con rigor nuestras políticas para alentar las buenas prácticas, generar transparencia y también abonar a la transición democrática. Desarrollar el liderazgo y la capacidad institucional del sector salud, incluyendo a la Coordinación Intersectorial. Qué importante ha sido ahora que estamos diseñando la estrategia para la prevención y control de la obesidad trabajar con el IMSS, con el ISSSTE, con el DIF, con las Fuerzas Armadas y con la Marina en una construcción de una estrategia común del Estado mexicano.

Se acabó este sistema fragmentado que sacaba el Prevenissste, el Prevenimss, la campaña de la Secretaría de Salud a destiempo sin acorde y sin pauta para hacer una estrategia del Estado mexicano, de eso se trata, armonizar acciones y optimizar recursos para que sea continua, para que tenga profundidad y mayor alcance.

Ese es el reto de la política: coordinarnos y ponernos de acuerdo. Ese es el valor de la política, establecer la vía para que la promoción de la salud se articule con acciones de otros sectores a fin de abordar las causas de la inequidad en salud. Esta lancha rápida llamada promoción de salud es el mecanismo para acercar a los actores hacia fines comunes, que son el bienestar de la población. Desarrollar en las instituciones del sector salud mecanismos que fomenten la participación social, en las sociedades democráticas no se puede construir sociedad desde las cúpulas de poder, la sociedad también cuenta y debemos trabajar con ella y rendirle cuentas, que con sus recursos financie las acciones de política pública.

¿Cómo se han vertido estos principios en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial desde los determinantes?

Este esquema de principios de acción recomendados para subsanar la desigualdad y equidad en salud, es una carta de navegación: la equidad en salud, mejorar condiciones de vida, distribuir los ingresos y medir el problema y evaluar las intervenciones. Lo que no se mide no funciona y no se puede modificar.

En los lineamientos para el desarrollo de políticas públicas de salud en México, desde el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud. Desarrollo de la infancia cruza por la educación de calidad; el desarrollo del potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; la promoción del deporte, de la activación física, los entornos saludables tienen que ver con el México incluyente, en la provisión de entornos adecuados para el desarrollo de una vida digna, educación de calidad nuevamente y la promoción de la activación física. El empleo y el trabajo tienen que ver con el México próspero, competitivo y, por qué no, también el México con responsabilidad global. Un país que se articula a la economía mundial de manera competitiva y responsable también es un actor global con responsabilidad (Figuras 3.4.5 a 3.4.7).

El Programa Sectorial de Salud (Prosesa) desarrolla de manera más desagregada estos principios en acciones, que van desde el incremento de acciones en protección, promoción de la salud y



Figura 3.4.5. Principios de acción recomendados para subsanar la desigualdad y equidad en salud.

Mejorar las condiciones de vida	PND	Prosesa
Desarrollo de la infancia	México con Educación de Calidad: 3.1 Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con Educación de Calidad 3.4 Promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud	Acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades Reducir los riesgos que afectan la salud en cualquier actividad de su vida Cerrar las brechas en salud entre los grupos sociales y regiones
Entornos saludables	México incluyente: 2.5 Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna México con Educación de Calidad 3.4 Promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
Empleo y trabajo seguro	México próspero: 4.3 Promover el empleo de calidad	Acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad

Figura 3.4.6. Lineamientos para el desarrollo de Políticas Públicas en Salud en México, orientados a los Principios de Acción DSS.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; Programa Sectorial de salud 2013-2018.

Mejorar las condiciones de vida	PND	Prosesa
Protección social	México incluyente: 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud
Atención universal a la salud	México incluyente: 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones	PND	PROSESA
<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento Investigación Rendición de cuentas 	Líneas transversales: Gobierno cercano y moderno <ul style="list-style-type: none"> Gobierno eficiente Mecanismos de evaluación para mejorar el desempeño Calidad de los servicios Simplificación de normatividad y trámites Rendición de cuentas 	

Figura 3.4.7. Lineamientos para el Desarrollo de Políticas Públicas en Salud en México, orientados a los Principios de Acción DSS.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; Programa Sectorial de salud 2013-2018.

prevención de enfermedades, cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos: indígenas, migrantes y grupos vulnerables como el binomio madre e hijo para disminuir la mortalidad materno-infantil, y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Incrementar acciones de protección y prevención de la salud; reducir riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad trabajando desde una perspectiva de línea de vida a través de nuestras cartillas nacionales de salud.

Protección social, México incluyente, atención universal a la salud. Esto es importante decirlo, tenemos que pasar de esta declaración formal de la igualdad en el cielo jurídico a la desigualdad en la tierra de los servicios. La heterogeneidad, las largas horas de espera, el diferimiento de servicios también es una forma de no ejercicio del derecho de la salud, la calidad tiene que permear a la salud para que el Artículo 4º constitucional sea más que una declaración política constitucional y hacer efectivo el derecho a la salud de los mexicanos. La efectividad del derecho a la salud de los mexicanos se refleja en una receta surtida a 100%, en un control metabólico del diabético a partir desde la prescripción de sus medicamentos hasta el tratamiento y la estabilización de su condición de enfermedad. Eso es lo que entendemos por acceso efectivo a la salud.

Estos lineamientos de desarrollo de políticas públicas considerando los principios de acción con base en determinantes, desde la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, que son la causa de las causas, digámoslo con sus letras, lo que no se verbaliza no se conoce y lo que no se conoce no se resuelve. México incluyente y cierre de brechas entre grupos sociales, asimetrías entre regiones, entre grupos sociales y también inequidades de género que deben ser atendidas de manera insoslayable.

Los principios rectores, las prioridades y la reforma sanitaria para la reorganización del sistema nacional de salud, la prevención, la calidad en los servicios, el acceso universal tendrá como resultado lo que he señalado: un acceso efectivo a servicios de salud de calidad, con ejes de fortalecimiento institucional, fondeo en impuestos generales, separación del financiamiento de la prestación de los servicios y redes plurales de prestación de servicios. Nuestra visión a partir de este esfuerzo para el 2018 (Figura 3.4.8) será construir un Sistema de Salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad a través del fortalecimiento de la rectoría, de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad, de la consolidación, de la protección y de la



Figura 3.4.8. Plan de trabajo 2013-2018.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; Programa Sectorial de salud 2013-2018.

promoción de la salud, y prevención de enfermedades, así como con la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria, otra vez Alma-Ata, la generación y gestión de recursos adecuados, la evaluación y la investigación científica fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidades.

3.5 La promoción de la Equidad en Salud para el posicionamiento de los Determinantes Sociales de la Salud

Eduardo Jaramillo

Adriana Stanford Camargo

Dado que las personas que no están familiarizadas con los conceptos sobre equidad, desigualdad e inequidad y las recomendaciones para subsanar la equidad en salud y los determinantes sociales, el tema les complica un tanto la adopción, el uso o implementar intervenciones de salud en estos rubros. De manera muy general la equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa para desarrollar el potencial de la salud plena. De acuerdo con la definición que da López Prado, la equidad consiste en dar a cada uno de lo que le corresponde por sus méritos o condiciones y supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro. Cuando hablamos de desigualdad, Margaret Whitehead propone valorar cuáles desigualdades son injustas y por lo tanto se constituyen en inequidades. Es importante señalar que no todas las desigualdades son inequidades, sin embargo, la inequidad sí es una desigualdad. Cuando hablamos de inequidad en salud nos estamos refiriendo a todas estas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables, sino que además se consideran incorrectas e injustas.

Es importante señalar que la definición de inequidad se aplica solamente a las condiciones de salud, ahí vemos diferencias importantes relacionadas con el comportamiento de riesgo cuando hay escasa libertad de elegir, cuando la exposición a condiciones insalubres de vida y trabajo se da, cuando hay un acceso inadecuado a los servicios de salud y otros servicios básicos y que todas estas cuestiones de alguna manera no están ligadas a una variabilidad biológica, a comportamientos que no son escogidos por las personas y que de alguna manera no representan ventajas transitorias a ningún grupo.

No obstante de que hay una serie de términos relacionados con esto, al parecer hay algún consenso y en este sentido se habla de diferentes dimensiones, unas relacionadas con el ámbito de la salud y otras dimensionadas vinculadas con los entornos de salud. Cuando son las relacionadas con salud, pues se refieren al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a los resultados que hay en materia de salud. Y si nos referimos a los entornos, pues entonces en este

sentido estamos viendo lo referente a los determinantes estructurales, a las condiciones de vida, que muchas de estas condiciones son también de trabajo y que van ligadas a las diferencias que hay en cuanto a clases, etnias, origen, edad, etcétera, que aunadas nos dan lo que son los Determinantes Sociales de la Salud. Estas dos dimensiones se tienen que integrar para visualizar el concepto de equidad en salud.

La equidad en salud es, como lo recomendó la Comisión de Determinantes de la OMS, un punto urgente que atender y que se tiene que hacer de manera sostenible.

Dentro de los componentes de equidad en salud nos referimos a las condiciones de salud que se busca disminuir, las diferencias evitables e injustas a lo que es el mínimo posible. Cuando entregamos los servicios de salud esperamos que las personas tengan acceso y uso a estos servicios y que esto vaya acompañado de la equidad financiera, es decir, que los que tienen paguen. La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) hace recomendaciones en tres grandes rubros. Uno de ellos que es mejorar las condiciones de vida en donde considera la equidad desde el principio. Se refiere a la equidad desde el principio desde que es un feto el ser humano hasta los ocho años y todo lo que atraviesa en este periodo, pasando también por algunas cuestiones como la educación, por ejemplo, que son prácticamente las bases del desarrollo y que es muy importante este periodo para sentar lo que sería la seguridad de los comportamientos (Figura 3.5.1).

Otro de los rubros que se mencionan son los entornos salubres para una población sana. En este sentido, el que las personas tengan una vivienda, acceso a servicios, acceso a agua potable es muy importante. Y por otro lado, también esto va ligado al que es la urbanización. Los problemas de urbanización en las ciudades nos conllevan a algunos comportamientos inseguros, el que haya contaminación, el que haya algunos otros problemas de salud y que tendríamos que estar pendientes también en esto como parte del entorno.

Otro de los puntos son el empleo y el trabajo digno. En este sentido es importante señalar que las personas con empleo y un trabajo digno tienen una seguridad financiera, tienen un buen desarrollo personal, también les permite tener buenas relaciones sociales, tienen autoestima y eso son ayuda también a evitar todas estas inequidades que se presentan.

En cuanto a la protección social, se refiere a la importancia que esto tiene, sobre todo para los grupos con un empleo precario como podrían ser el sector no formal, las empleadas domésticas, las que

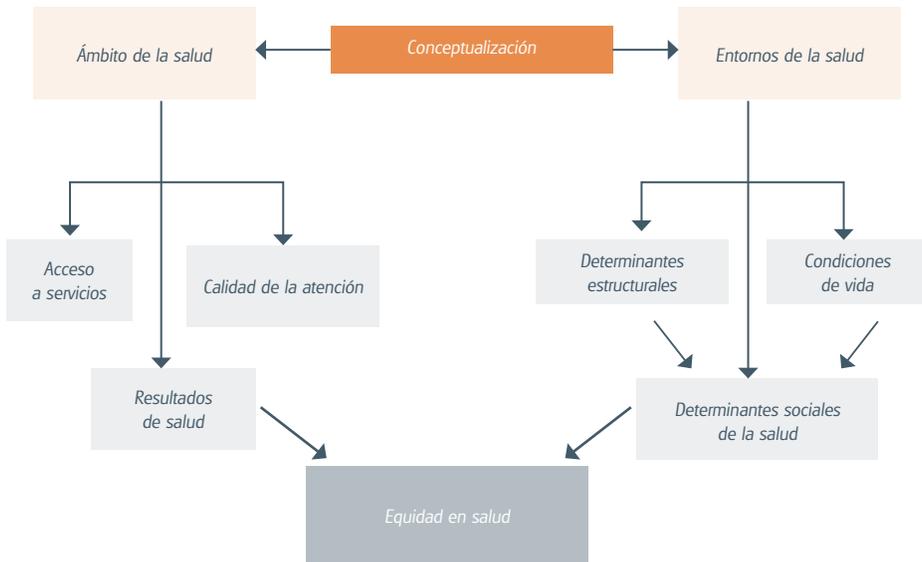


Figura 3.5.1. Dimensiones para abordar la equidad en salud.

Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, OMS.

dan alguna asistencia a personas y que de alguna manera es importante estarlas protegiendo para evitar todo este tipo de inequidades. Cuando hablamos también de atención universal de salud o de la universalidad de la salud implica muchas de las cuestiones anteriores que tienen que ver desde que la persona se embaraza, en dónde vive, el empleo que tiene, que de alguna manera va muy relacionado con esto. Es en sí la atención universal a la salud un determinante social importante que se tiene que considerar.

Otro de los aspectos relevantes es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y en este sentido estamos hablando de la equidad en las políticas, sistemas y programas, en donde es muy importante la participación de todos los sectores para todas las intervenciones que se hacen en materia de salud. Por otra parte, tenemos la financiación equitativa, que para las instancias o los fondos públicos es muy importante contar con ellos para realizar intervenciones que puedan ser mucho más efectivas.

Asimismo, se tiene la responsabilidad de mercado, que en este caso el mercado nos aporta tecnologías, nos aporta bienes, servicios, pero también el mercado en algún momento nos lleva a la

contaminación, a condiciones laborables insalubres, al que los servicios de salud o el sector salud pueda tomar el liderazgo también en cuestiones de salud laboral y estar muy pendientes en todos los acuerdos que se hagan con el mercado, tanto para favorecer como aquellos que perjudican la salud.

La equidad de género es fundamental, sobre todo en las mujeres jóvenes y niñas, este es un tema que se ha abordado mucho en salud. En el caso de la emancipación política y la integración y la posibilidad de expresarse es importante. En esta parte la emancipación política supone repartir de otro modo el poder entre los miembros de la sociedad y las distintas regiones del mundo, permitiendo que los individuos y los diferentes colectivos defiendan con eficacia y vigor los intereses y necesidades, de tal forma que se pueda hacer una distribución justa y jerarquizada de todos aquellos recursos sociales.

Un aspecto importante es la gobernanza eficaz que a nivel mundial es muy relevante, sobre todo en este proceso de globalización en donde la comunidad internacional debe de estar consciente de la existencia de intereses comunes y de interdependencias de las perspectivas de futuro, que reanude su compromiso en un sistema multilateral en todos los países ricos y pobres que participen de una forma equitativa, únicamente mediante un sistema de gobernanza mundial de estas características que convierta la equidad sanitaria en uno de los principales componentes de los programas de desarrollo y permita a todos ejercer su influencia en los procesos de decisión, en pie de igualdad se podrá actuar de forma concertada con relación a la equidad sanitaria mundial.

La CDSS considera como un punto indispensable, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. En este caso el seguimiento y la investigación y la formación de personas será muy importante en la medida de que nosotros demos seguimiento a las acciones que estamos implementando, para éstas podemos generar políticas que nos lleven a cumplir de mejor manera esta función, esta equidad. También es importante hacer investigación al respecto en todos los ámbitos de gobierno, con todos los sectores. Y otra parte será la formación del personal, tanto del sistema de salud como de otras instancias y otras organizaciones que participen en la equidad y en las intervenciones a favor de la salud.

Hay que incorporar a todos los actores posibles, uno de los actores principales es la OMS, también a todas las autoridades nacionales y locales, en el caso de nosotros serían las estatales, involucrarlas en este esfuerzo, a toda la sociedad civil, al sector privado y también a las instituciones de investigación, a los académicos invo-

lucrarnos para poder dar seguimiento a todas las actividades que se establezcan.

Finalmente, en las propuestas para la promoción de la equidad en salud, la equidad en salud debe ser un eje transversal, explícito y práctico del sistema de salud, en todas las actividades y planes de salud pública y en otras políticas con impacto sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Por otra parte, hay que difundir información sobre Equidad en Salud en los niveles federal, estatal y local, involucrando a todos los profesionales del sector salud y paralelamente a profesionales de otros sectores con impacto en salud; promover el cambio en la conceptualización de la salud hacia el abordaje integral de los DSS, yendo más allá del modelo biologicista; consolidar una visión amplia del campo de la salud pública, la intersectorialidad y los procesos participativos, reforzando las competencias y habilidades del personal para su realización; incorporar la Equidad en Salud y Determinantes Sociales de la Salud en la currícula de las carreras de ciencias de la salud y otras carreras relacionadas; trabajar con redes sociales y ONG en la orientación hacia la equidad en salud; avanzar en modelos explicativos más sensibles a los procesos sociohistóricos, culturales, políticos e ideológicos, que configuran sistemas de desigualdades e inequidades; fortalecer la comprensión de los procesos sociales y las múltiples dimensiones que modelan la vida de las colectividades humanas y en donde se expresan los procesos de desigualdad e inequidad en la salud y ejemplificar con prácticas concretas que favorezcan su transformación.

Revisar las Estrategias, Programas y Actividades relacionadas con la salud, identificar intervenciones y enfoques de acción, e incorporar la perspectiva de equidad y DSS; incluir información relacionada con los determinantes sociales de la salud como variable obligatoria en los estudios de salud, encuestas y estadísticas relevantes a nivel nacional; desarrollar instrumentos de medición y métodos para la investigación sobre salud y para el diseño de políticas que ayuden a corregir las inequidades en salud; dar visibilidad y relevancia a las medidas adoptadas e informar periódicamente los resultados a fin de avanzar hacia la Equidad en Salud; intensificar las medidas y la implementación de acciones intersectoriales en los tres órdenes de gobierno, como instrumento para el desarrollo de “Salud y equidad en todas las políticas” y fortalecer los intercambios de experiencias en materia de intervención sobre DSS e intervenciones a favor de la equidad, entre diferentes administraciones, así como con otros países.

Avalamos el planteamiento de la CDSS que el reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchas personas.

3.6 La Bioética en los Determinantes Sociales de la Salud

Adolfo Martínez Palomo

64

Uno de los puntos que se enfatizó es la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, aceptados por aclamación en la UNESCO en el 2005 y como primer documento sobre Bioética que tiene una sanción por un organismo de Naciones Unidas. Si bien el tema de los determinantes no fue motivo considerado en la Declaración, varios de sus artículos se refieren a influencias sociales sobre la salud (Figura 3.6.1).

En el año 2005 empezaba a gestarse todo este movimiento del profesor Michael Marmot sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos contiene muchos de los elementos de los DSS; por ejemplo, en el artículo 1 en particular habla de los elementos sociales de la salud; sin embargo, en la UNESCO se veía no tanto desde el punto de vista de la salud misma, sino desde el punto de vista de la educación. Pocos años después, en el 2009, completando la Declaración Universal de Bioética, en México se organizó el estudio sobre uno de los artículos particulares de la Declaración Universal, que fue sobre la Responsabilidad Social y Salud, y evidentemente en este artículo hay una serie de componentes que son directamente relacionados con los DSS, como el acceso al agua, el acceso a nutrición, las condiciones de vida, la marginalización, la exclusión, la pobreza, el analfabetismo y el acceso a condiciones adecuadas de atención a la salud.

Es así que estos dos movimientos, por un lado la Organización Mundial de la Salud, liderados por el profesor Marmot, y por otro lado la UNESCO, tienen en el fondo las mismas intenciones y los mismos intereses: mejorar la salud a través de la reducción de las inequidades. Es importante mencionar que la Declaración Universal de Bioética se encuentra estrechamente ligada a las Metas del Milenio que se establecieron para alcanzarlas el año 2015 y que ahora se habla de las metas *post* 2015, que también tienen mucho que ver con los Determinantes Sociales de la Salud, en particular con el artículo 14 de esta Declaración (Figura 3.6.2).

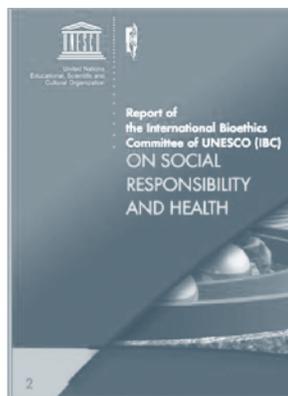


Figura 3.6.1. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 2005 y Report of the International Bioethics Committee of UNESCO 2009.

Fuente: UNESCO.

Aquí en México, a través de un pequeño grupo de personas, nos reunimos junto con UNESCO y el Consejo Consultivo de Ciencias para abordar dos temas en particular; el primero es la relación entre Bioética y la Discapacidad, y este es un tema que evidentemente es de enorme interés. Se calcula que más de mil millones de personas tienen alguna forma de discapacidad, y 80% de estas personas vive en los países de medianos ingresos.

Las personas que tienen discapacidad se encuentran entre los más pobres y entre los más vulnerables. La discapacidad genera pobreza y la pobreza genera discapacidad. Hay una buena cantidad

Artículo 14

Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para su gente es un propósito central de los gobiernos que todos los sectores de la sociedad comparten
2. Tomar en cuenta que disfrutar del estándar más alto alcanzable de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social; el avance en ciencia y tecnología debe fomentar:
 - a) el acceso a una atención médica de calidad y medicamentos básicos, en particular para la salud de las mujeres y los niños, debido a que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse para el bienestar social y humano
 - b) el acceso a nutrición adecuada y agua potable
 - c) el mejoramiento de las condiciones de vida y del medio ambiente
 - d) la eliminación de la marginalización y la exclusión de personas inobjetablemente
 - e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo

Figura 3.6.2. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.

Fuente: UNESCO, 2005.



66 **Figura 3.6.3.** Portadas de publicaciones relevantes sobre Bioética y Discapacidad.

de estudios académicos publicados en libros de algunas de las grandes autoridades sobre Bioética y Discapacidad, como los que se muestran en la Figura 3.6.3. Y hay también proyectos sobre inclusión social y discapacidad; por ejemplo, la Fundación Europea inició desde el 2003. Después hubo una Convención de Naciones Unidas lo cual tiene una enorme importancia sobre los derechos de las personas con discapacidad, y más recientemente ha habido un movimiento para analizar en la medida de lo posible la capacidad de los nuevos medios de información y comunicación cómo pueden contribuir a resolver el problema de la discapacidad. Asimismo, se acepta que lamentablemente la discapacidad no fue incluida entre uno de los temas de las Metas del Milenio, y por ello se está haciendo un esfuerzo entre varias instituciones internacionales y nacionales para ver en qué medida las nuevas técnicas o tecnologías de la información y la comunicación pueden contribuir a resolver este problema.

El otro tema que interesa al grupo que nos coordina, la UNESCO, es un tema mucho más local y es el de la migración en particular, la migración que tiene que ver con México, de centroamericanos que intentan llegar a Estados Unidos o de mexicanos que tratan de llegar a Estados Unidos (EU). En el caso de México en particular la situación sí ha cambiado dramáticamente, porque hace diez años eran millones los mexicanos que emigraban hacia EU; ahora es más o menos la misma cantidad las que migran que los que llegan y esto ha producido cambios económicos radicales y también cambios de todo tipo que inciden sobre la educación y la salud.

Sin embargo, el problema realmente grande es el de la migración de los niños que no van acompañados de sus padres y que vienen de países que están ahí señalados, fundamentalmente de El Salvador, Guatemala y Honduras, 2013 y 2014. Actualmente, ha aumentado en un año la migración de niños no acompañados que pasan a través de México tratando de llegar a Estados Unidos en condiciones de salud, en condiciones de educación y en condiciones sociales en general extraordinariamente precarias. En Centroamérica es donde vemos el aumento en la migración de los niños, esto es de 2009 a 2014 ha aumentado en El Salvador, Guatemala y Honduras, y solamente en el término de cuatro o cinco años esto está aumentando y produciendo un problema social de la mayor importancia (Figura 3.6.4).

Todo esto tiene una relación directa con las condiciones de violencia y de pobreza en Centroamérica. En Honduras la pobreza extrema llega a 45% de la población, la mitad de los hondureños viven no pobreza sino en pobreza extrema y en pobreza cerca de 70%. Las cifras para Panamá, para Nicaragua, para Guatemala, para El Salvador, para Costa Rica, y estos son los países, tal vez Costa Rica mucho menos, que están produciendo esta migración masiva, no sólo de adultos sino lamentablemente también de niños no acompañados.

En conclusión, lo que se espera es que ocurra una mejora en la salud en el transcurso de este siglo esperando no llegar hasta el final

67

International New York Times

U.S.

U.S. Moves to Stop Surge in Illegal Immigration

By JULIA PRESTON and RANDAL C. ARCHIBOLD JUNE 20, 2014

The Opinion Pages | LETTER

When Migration to the U.S. Is Driven by Rumors

N.Y. / REGION

New York City Council Expected to Approve 2 Plans Aiding Immigrants

By KIRK SEMPLER JUNE 24, 2014

Figura 3.6.4. Titulares de algunos diarios estadounidenses.



Figura 3.6.5. Salud para todos en el año 2000 y Salud para todos en el siglo 21.
Fuente: United Nations Day; World Health Organization Europe.

68

del siglo como ya sucedió cuando se planteó “Salud para todos en el año 2000” sin encontrar mejores condiciones de salud en la población, en lo que va del siglo actual, por ello las metas *post 2015* son una expectativa en la que todos debemos participar para lograr el futuro que todos queremos (Figura 3.6.5).

3.7 La Rectoría para incidir en la Equidad en Salud y los Determinantes Sociales de la Salud

Carlos Santos Burgoa Zarneki

A partir del concepto de rectoría, entendido como la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y responsabilidad por la población, al igual que para conducir el sistema en su totalidad. La rectoría contiene tres grandes componentes o tres grandes responsabilidades: 1) proveer la visión y la dirección del sistema, hacia dónde vamos; 2) recolectar la información; y 3) ejercer la influencia mediante regulación y otros mecanismos. La rectoría es una función que radica primordialmente en la autoridad sanitaria, quien es el custodio del bien público y su objetivo primordial es la protección y la promoción de la salud de la población. Esta es una función esencial de la autoridad sanitaria y recae en los ministerios

de salud. En países como México, que está descentralizado, en realidad la función de rectoría está primordialmente en el nivel central, no tanto en los gobiernos estatales o municipales. Por lo tanto, decimos que la capacidad rectora es una responsabilidad prácticamente exclusiva del Estado y de ella la conducción y la regulación.

¿De qué manera la regulación de los riesgos a la salud puede incidir sobre los Determinantes Sociales? A través de la regulación en salud que parte de un análisis de riesgos, pero puede tener la opción de hacer ese análisis considerando el gradiente social; asimismo, el análisis de impacto en salud debe de considerar el impacto sobre la equidad en la salud; las normas que se hagan deberán de considerar la equidad; los instrumentos económicos, incluyendo impuestos como incentivos, las licencias, las verificaciones y los aseguramientos del cumplimiento a las poblaciones más vulnerables. Estos son instrumentos fuertes que tiene la capacidad rectora del Estado para darle coherencia en las políticas.

El Plan Global de Enfermedades no Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud nos dice que los países acordaron que para el año 2025 reducir 25% la mortalidad prematura, esto es, en las edades entre 30 y 70 años de edad y trazaron cinco metas de reducción de factores de riesgo y tres de atención médica. En materia de obesidad, de dieta en materia de sal, de alcohol, de actividades físicas y de tabaco, para alcanzar esta meta necesitamos instrumentos para reducirlas y ser efectivos (Figura 3.7.1). Por ejemplo, los datos del Institute for Health Metrics señalan cómo han ido incrementándose las muertes atribuibles al incremento en índice de masa corporal y al tabaquismo.

En tabaquismo sí hemos logrado detener y reducir el efecto negativo. ¿Por qué?

Porque tenemos un factor crítico diferenciador, que es un tratado internacional, el Tratado de la Comisión Marco de Control del Tabaco. ¿Y qué significa esto? Una acción fuerte y responsable por parte del Estado en impulsar el control y prevención del tabaquismo.

¿Cuál es la capacidad regional? Tenemos poca información de la capacidad regional en distintas materias, un estudio del 2002 de la Organización Panamericana de la Salud, en los países para ver que las distintas funciones esenciales en salud pública y de regulación sanitaria se encontró que estaban prácticamente reprobados.

Hay poca capacidad en materia regulatoria y lo vemos en asuntos de riesgos para enfermedades no transmisibles. Un estudio del 2013 para conocer la capacidad de los países para ejecutar convenios

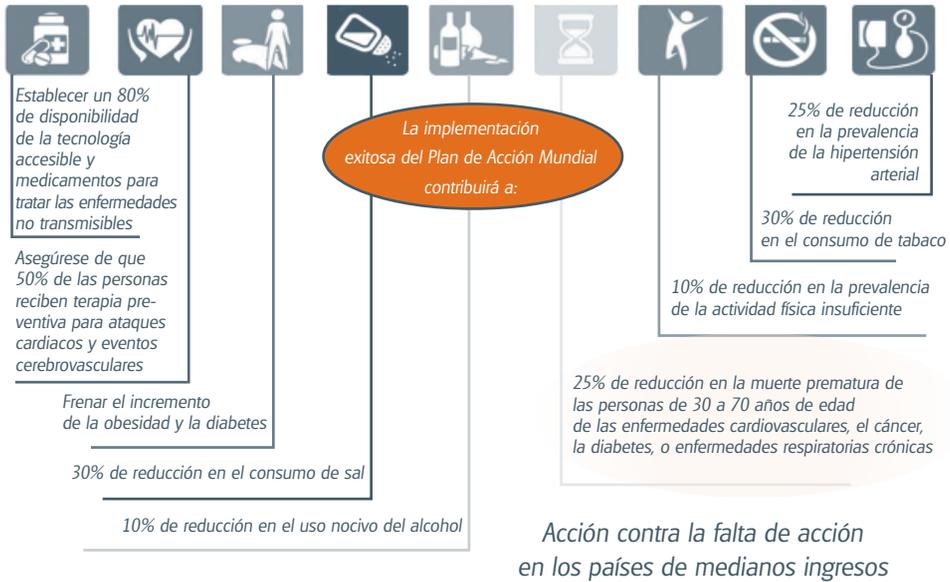


Figura 3.7.1. Nueve objetivos para 2025.

internacionales, convenios, resoluciones y acuerdos internacionales, se observó que simplemente no logramos que se cumplan los acuerdos y los convenios. Sólo seis países tienen agencias regulatorias en salud que sean consolidadas.

¿Qué nos dice la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud? Las tres grandes recomendaciones son: 1) Mejoramiento de condiciones de vida, la regulación de espacios urbanos; el fortalecer la capacidad del sector público para implementar mecanismos regulatorios para promover e incrementar los estándares de trabajo y empleo justo, incluyendo la precarización del trabajo, y en los trabajadores del sector informal y la regulación sobre las pérdidas y ganancias de fuerza de trabajo en salud. 2) Abordar la injusta distribución del poder, dinero, y recursos. Sobre la “Responsabilidad del Mercado” señala que tiene que haber liderazgo del sector público en la regulación efectiva nacional e internacional de productos, actividades y condiciones que dañan la salud o llevan a inequidades en salud... y toda regulación del mercado debe ser sometida a “Análisis de Impacto en Equidad en Salud, nacional e internacionalmente”, en especial tratados comerciales con negociaciones sobre regulaciones domésticas, subsidios y compras gubernamentales... alimentos

	Comercialización de alimentos para niños	Promoción de la lactancia materna	Código de Sucesión de la Leche Materna	Ácidos grasos saturados (trans)	Reducción de la sal	FCTC ratificado	Etiquetado del tabaco / pictogramas	Promoción de Prohibición de comercialización	Áreas públicas libres de humo	Política sobre el uso nocivo del alcohol
Año de acuerdo*	2010	1990	1981	2007	2009	2003	2003	2003	2003	2010
Política de salida	10	34	25	9	17	29				13
Forzada	5	12	12	4	3		16	5	17	10
N = 36 países										

Figura 3.7.2. La capacidad del país para implementar la salud pública de las enfermedades no transmisibles en la Región Américas: las intervenciones de regulación (2013).

* Acuerdo en WHO o PAHO Governing Bodies.

Fuente: PAHO/WHO Country Capacity Survey on NCDs, 2013; PAHO Regional Report on Tobacco Control, 2013.

71

procesados, tabaco y alcohol son candidatos importantes, reforzar el papel primario del Estado en regulación. 3) Medir y evaluar el problema y la acción. El monitoreo de indicadores de estratégicos y de gestión son la base de la evaluación para medir el logro de los objetivos y metas (Figura 3.7.2).

Realmente el tema de regulación lo trata y en la primera recomendación en cuanto habla de mejoras de condiciones en la salud, habla de regulación en espacios urbanos, regulación en estándares de trabajo y empleo justo y en regulación en la fuerza de trabajo en salud. En cuanto a mercadeo de alimentos a niños, en promoción de la lactancia materna, en el uso de sustitutos de leche materna, de reducción de sal, el convenio marco de tabaco, somos muy buenos en desarrollarlos, somos muy buenos en firmarlos, somos muy malos en implementarlos.

En cuanto a abordar la injusta distribución del poder tiene un capítulo muy interesante sobre la responsabilidad del mercado, en la cual resalto la necesidad de una regulación efectiva, llama a la necesidad de una regulación efectiva, y sometida a un análisis de impacto de equidad en salud.

¿Qué creo que debemos de hacer al respecto? Tenemos que trabajar en la dimensión de la información, tener para los decisorios la información con el gradiente social. Ya no es aceptable mostrar una tasa que no está ajustada por edad y por sexo, y por un gradiente social. Hay que adecuar el sistema de salud y los programas de enfermedades no transmisibles de modo que aborden el gradiente social.

Con el fortalecimiento de los marcos regulatorios para proteger y mejorar la salud a través de: a) Plan de implementación de los tratados internacionales, acuerdos, resoluciones internacionales, y reflejarlos en el monitoreo de su cumplimiento; b) Acción regulatoria debe sustentarse en una Evaluación de Riesgos que considere el gradiente social, y la aplicación de instrumentos de intervención que diferencialmente atienda las necesidades de los más vulnerables; c) los ministerios de Salud deben revisar sus marcos regulatorios en cuanto a licencias, registros, acreditación y calidad de servicios de salud pública, y d) los ministerios de Salud deben asegurar coherencia en la estrategia y dirección en sus distintos niveles, utilizando sistemas de monitoreo del desempeño y asegurando la rendición de cuentas.

72 3.8 El peso global de la enfermedad y los Determinantes Sociales de la Salud

Rafael Lozano Ascencio

La definición más genérica que estamos usando para la carga de la enfermedad es el esfuerzo científico y sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de las pérdidas de la salud. Es una visión holística porque incluye enfermedades, lesiones, factores de riesgo, las edades, el sexo, zonas geográficas y puntos específicos en el tiempo. ¿Cómo vamos a medir esas pérdidas de la salud? Lo que hacemos es cambiar la unidad de medida y utilizamos el tiempo perdido por la muerte prematura y el tiempo y/o con discapacidad y entonces sí lo podemos agregar.

Existen dos maneras de estimar la carga. Una calcula la atribución categórica de las pérdidas debidas a enfermedades y lesiones directamente; por ejemplo, la carga del cáncer de pulmón, depresión, neumonías, o de las lesiones de tráfico:

$$AVISA = APMP + AVD$$

También se puede calcular la carga que se le atribuye a la exposición a determinados factores de riesgo, por ejemplo, a la insalubridad del agua y el saneamiento deficiente; la presión arterial alta, el consumo de alcohol, de drogas o tabaco; la mala dieta y la falta de ejercicio.

$$FAP = \frac{p(RR - 1)}{p(RR - 1) + 1}$$

Lo calculamos a través de la fórmula de la proporción atribuible poblacional. Si conocemos la prevalencia de los factores de riesgo que estamos estudiando y el riesgo relativo con las enfermedades que se asocia, sacaremos una fracción que posteriormente la atribuiremos al número de años saludables perdidos, y en ese sentido es como vamos construyendo nuestras mediciones. El ejercicio de la carga de la enfermedad es medición y nosotros damos por resultado siete métricas, seis de pérdidas y una de salud positiva, que es la esperanza de vida saludable. Lo hacemos para más de 300 enfermedades, lo dividimos en 2 350 se-cuelas, 69 factores de riesgo, separamos por grupos de edad hasta llegar a 20, ambos sexos, hombres y mujeres, una serie de tiempo de 23 años.

Ahora por primera ocasión en el ejercicio de 2013 no nada más presentamos los promedios nacionales, sino también hacemos un nivel inferior en tres países, en China, Reino Unido y México, donde se representan la carga de la enfermedad por provincia, por región o por estado, respectivamente. La forma como agrupamos los factores de riesgo, y seleccionar un factor de riesgo no es porque nos guste, también es porque la información está disponible para hacer el análisis en todo el mundo, por lo cual hay criterios de inclusión para llegar a estos 69 factores de riesgos (Figura 3.8.1).



Figura 3.8.1. Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

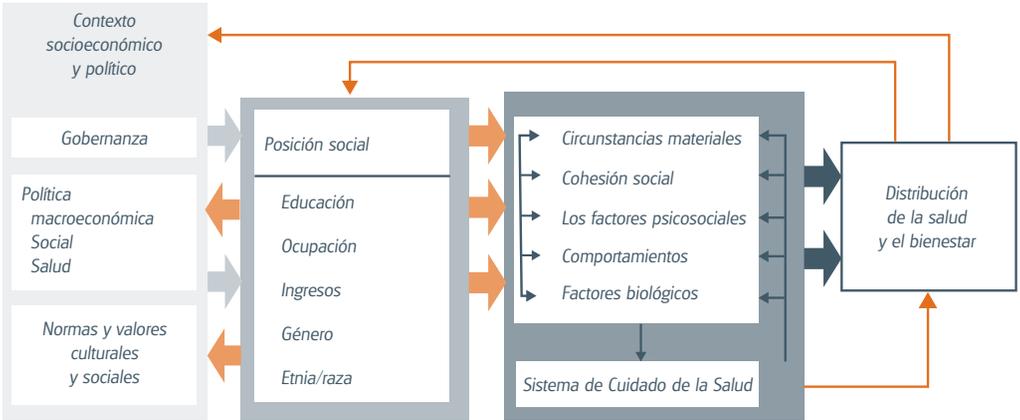
¿Cómo podemos relacionar ambos marcos de referencia de los Determinantes Sociales? Nosotros nos ubicamos en el centro, es decir, en este marco de la doctora Whitehead, en donde tenemos todas las causas de las causas, como decían, la carga de la enfermedad la ubicamos cuando mucho a los niveles de los factores de estilo de vida individuales.

Esto puede traer una serie de comentarios en relación: “Es que te hace falta establecer las explicaciones sobre por qué está sucediendo eso”, y en realidad nuestro estudio no busca dar explicaciones, nuestro estudio lo que busca es colocarnos en el lado derecho del esquema de la ecuación de lo que propone el profesor Marmot en términos de poder describir las desigualdades, es decir, nuestro propósito es contribuir con la descripción en tiempo, lugar y persona de los problemas de salud.

Esto que puede resultar algo muy simple, porque la gente tiene una tendencia a explicar, aunque no entienda lo que está describiendo, mi propuesta es empezar por conocer lo que está sucediendo. Los mensajes clave que tenemos en la publicación que salió en 2012 en la carga mundial de la enfermedad es algo que quizás es muy conocido. Los mensajes clave de este estudio son: 1) la transición Demográfica: está cambiando la carga de la enfermedad de los niños a los adultos jóvenes; 2) la transición de Enfermedades, está conduciendo a una mayor proporción de muertes por enfermedades no transmisibles; 3) la transición Discapacidad, se traslada la carga de la enfermedad a las condiciones que causan discapacidad, pero sin reducir la mortalidad prematura de manera sustancial; 4) la transición de Riesgos está cambiando los factores de riesgo más importantes de aquellos relacionados con la pobreza, a los relacionados con los estilos de vida, y 5) los principales problemas de salud en el África subsahariana siguen siendo los relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5 y 6, y que quiere decir: muertes maternas, muertes infantiles y muertes por tres enfermedades infecciosas. El profesor Marmot nos insiste, vayamos a la evidencia, no saquemos conclusiones si no estamos convencidos de que eso está demostrado y basado en la evidencia (Figura 3.8.2).

El mundo se divide en todas las zonas al sur del Sahara, en donde tenemos más de la mitad de la carga de la enfermedad relacionada en los ODM 4, 5 y 6, y son datos de 2010. Y por otro lado, tenemos un sector muy grande del mundo en donde menos de 5% de la carga tiene que ver con este grupo de enfermedades, o sea, una gran disparidad sobre la cual nos presentamos en el mundo (Figura 3.8.3).

En términos del país vemos un importante progreso de lo que sucede, están los números, de 25% lo estamos bajando a 7%. Es un



Determinantes sociales de las desigualdades sanitarias y de salud

Figura 3.8.2. Determinantes sociales de las desigualdades sanitarias y de salud.

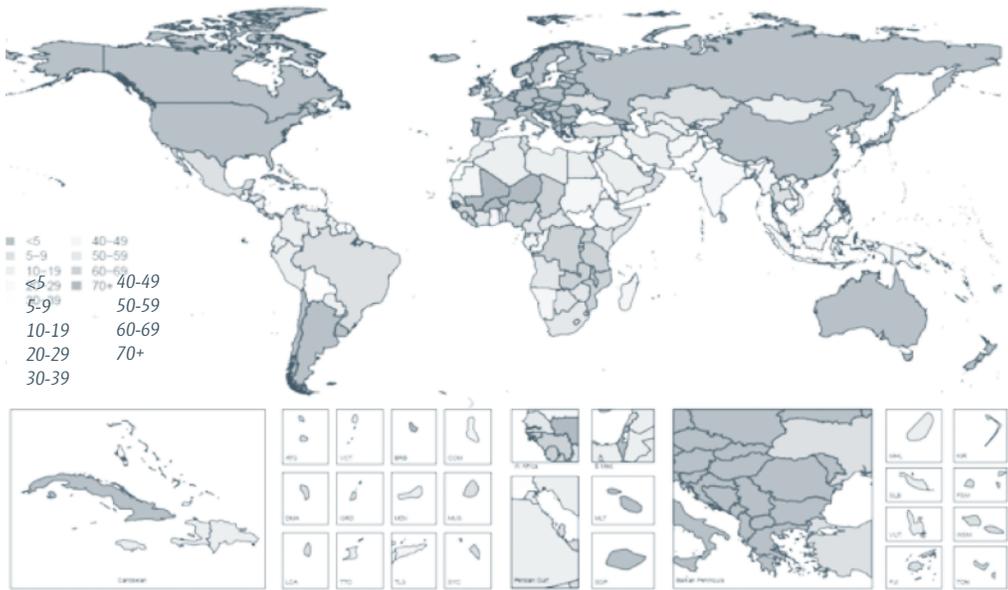


Figura 3.8.3. Muertes prematuras debidas a los ODM 4, 5 y 6 en 2010.

Fuente:

resultado muy relevante para 23 años de avance en el estudio de la carga de la enfermedad. Estados como Guanajuato, como Querétaro, como Puebla tienen un avance importante. Todavía tenemos 12 estados en 2013 en donde más de 10% representa la carga de la enfermedad en estas enfermedades (Figuras 3.8.4)

¿Dónde se ubican los estados del país? Se ubican entre el segundo y tercer quintiles de los países en el mundo (Figura 3.8.5), pero estamos hablando de la carga relacionada con los ODM.

Podemos entregar buenos resultados, nunca nos preguntaron si participábamos en esas metas, simplemente las pusimos y las aceptamos, las firmamos. El asunto está en que el progreso también lo vemos en términos del cambio de los niños a los jóvenes, pero no olvidemos que cuando hacemos mediciones por país estamos midiendo promedios y los promedios ocultan las desigualdades.

Progreso desigual: la carga cambia de los niños a los jóvenes y adultos (Figura 3.8.6).

En el caso de la población de 15 a 49, lo que estamos viendo es que prácticamente no hay cambios o lo que cambia es la relación entre el de más alta marginación y el de más baja marginación; sin embargo, tenemos resultados de la carga de la enfermedad que son

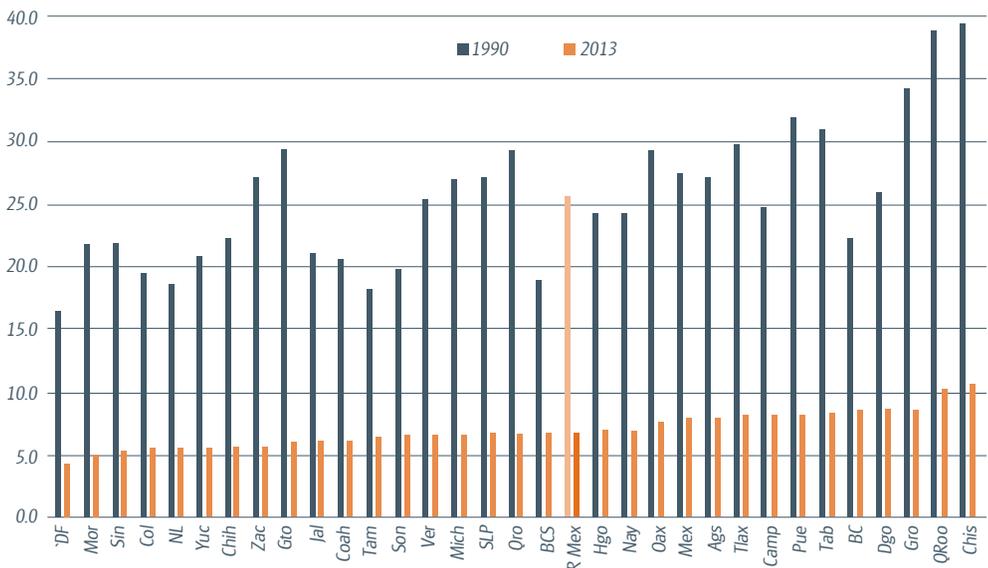


Figura 3.8.4. Importante progreso en disminuir la carga asociada con los ODM 4, 5 y 6 en México, 1990-2013.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud.

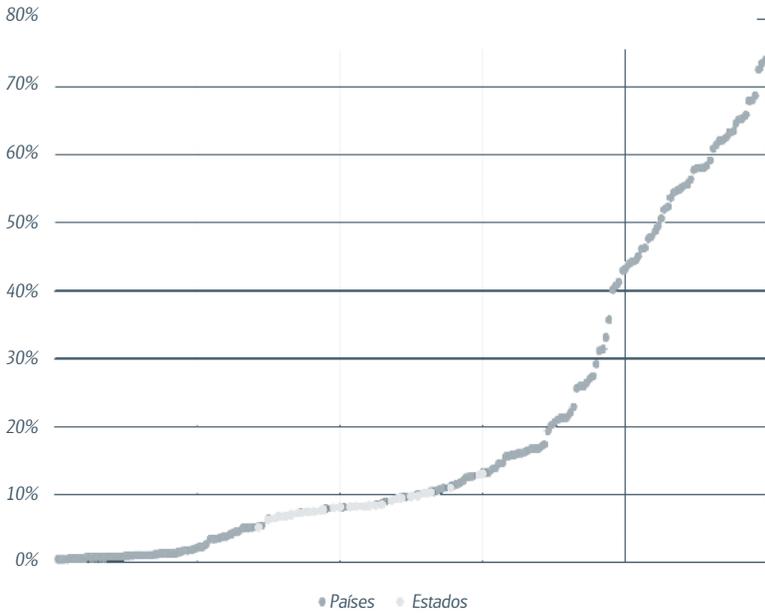


Figura 3.8.5. Las entidades federativas se distribuyen en el 2º y 3er quintiles.

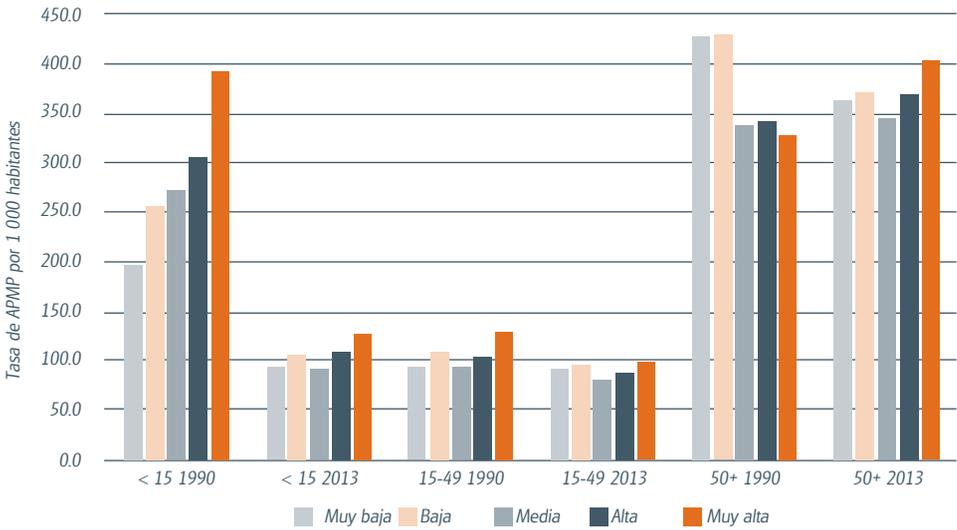


Figura 3.8.6. Progreso desigual: la carga cambia de los niños a los jóvenes y adultos.

comparables a nivel internacional con 189 países para poder establecer los niveles de marginación por estados, al menos. Y lo que vemos ahí es un importante progreso en los menores de 15 años, la tasa de años perdidos por muerte prematura por mil habitantes, un importante progreso, independientemente del grado de marginación.

Quizás el resultado más interesante es en donde invertimos la relación. La disminución de la carga por APMP de 1990 a 2013 en los menores de 15 años es mayor en estados con más alta marginación, pero es en estas áreas en donde el riesgo de muerte prematura es mayor en todas las edades y es donde tenemos que focalizar nuestra respuesta. Se ha avanzado mucho en el problema y en la agenda de todas las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales, etcétera. Sin embargo, tenemos una gran desigualdad en términos de las lesiones que están, son tres veces el riesgo de muerte prematura en Chihuahua en comparación con Yucatán (Figura 3.8.7).

Debemos considerar que el desafío ya no está en los ODM, eso ya se nos acabó, ya estamos con los objetivos de desarrollo sostenible. Esa agenda empieza en septiembre de 2015 y ya está firmada por todos los países. Hay 17 objetivos de desarrollo sostenible, de los cuales el número tres dice: “Lograr vida saludable para todos en todas las edades”. Lo importante es que no podamos meter en ese título, “lograr vida saludable para todos en todas las edades”, lo considero una utopía de la salud para 2030, no sé dónde lo vamos a meter, este objetivo 3 tiene 9 metas:

- 3.1. *para 2030 reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos*
- 3.2. *para 2030 acabar con las muertes evitables de recién nacidos, infantiles y de menores de cinco años*
- 3.3. *en 2030 acabar con el VIH/Sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas*
- 3.4. *para el 2030 reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (ENT), reducir las muertes por lesiones, reducir a la mitad las muertes de accidentes de tráfico, promover la salud mental y el bienestar, y fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de drogas y sustancias estupefacientes*
- 3.5. *en 2030 aumentar la esperanza de vida saludable para todos en un x%*
- 3.6. *lograr la cobertura universal de salud (UHC), incluida la protección del riesgo financiero, con especial atención a los más marginados y las personas en situación de vulnerabilidad*
- 3.7. *en 2030 garantizar la disponibilidad y el acceso universal a medicamentos esenciales seguros, eficaces y asequibles de calidad; vacunas y tecnologías médicas para todos*

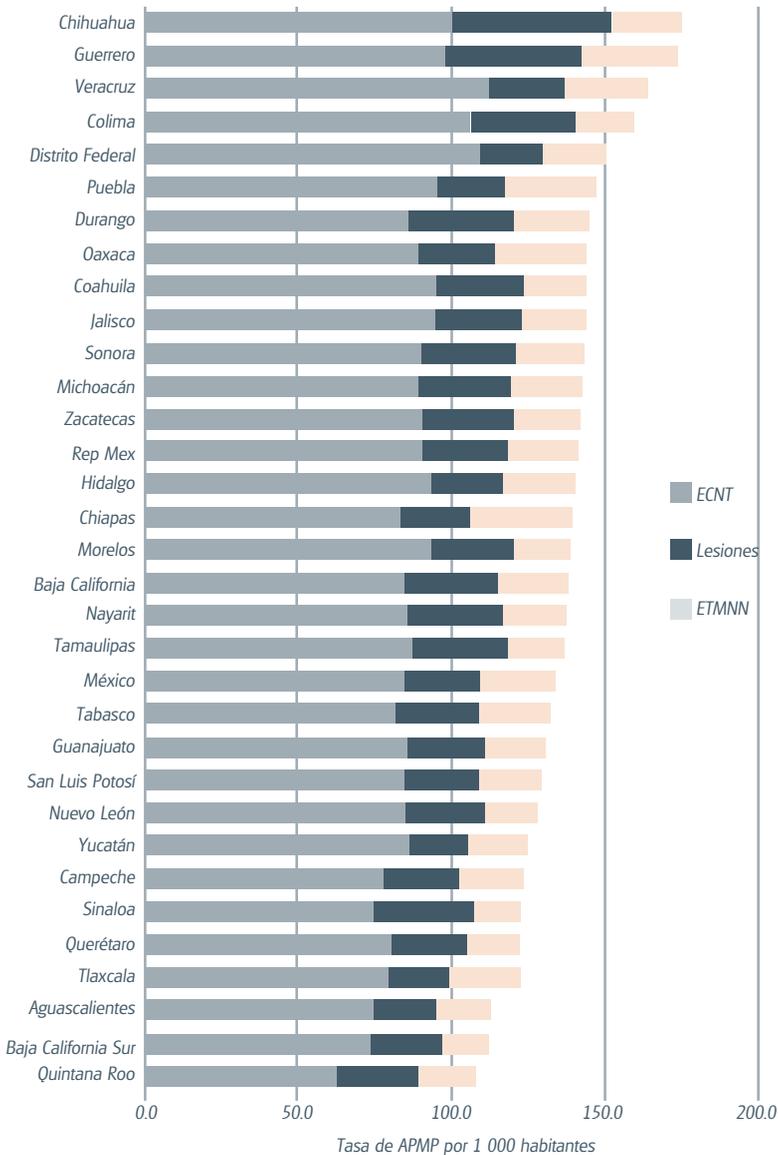


Figura 3.8.7. Más de 65% de la carga por muerte prematura está asociada con enfermedades crónicas no transmisibles en 2013.

3.8 asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para todos

3.9 en 2030 disminuyen en un x% el número de muertes y enfermedades por la contaminación del aire interior y exterior

Cuadro 3.8.1 Las 10 principales causas de APMP por entidad federativa en 2013

	1	2	3	4	5
México	Card isquem	ERC	Diabetes	Cirrosis	Homicidios
Aguascalientes	Acc veh motor	ERC	Congénitas	Card isquem	Diabetes
Baja California	Card isquem	Homicidios	Diabetes	Acc veh motor	Congénitas
Baja Calif. Sur	Card isquem	Acc veh motor	ERC	Diabetes	Congénitas
Campeche	Cirrosis	Card isquem	Acc veh motor	Diabetes	ERC
Chiapas	Cirrosis	Card isquem	ERC	Inf RB	Diabetes
Chihuahua	Homicidios	Card isquem	Acc veh motor	Diabetes	ERC
Coahuila	Card isquem	ERC	Diabetes	Acc veh motor	Homicidios
Colima	Card isquem	ERC	Cirrosis	Acc veh motor	Diabetes
Distrito Federal	Card isquem	ERC	Diabetes	Cirrosis	Inf RB
Durango	Homicidios	Card isquem	Congénitas	Acc veh motor	ERC
Guanajuato	ERC	Acc veh motor	Card isquem	Diabetes	Cirrosis
Guerrero	Homicidios	Card isquem	Diabetes	ERC	Congénitas
Hidalgo	Cirrosis	Card isquem	ERC	Acc veh motor	Diabetes
Jalisco	Card isquem	ERC	Acc veh motor	Diabetes	Cirrosis
Michoacán	Card isquem	ERC	Acc veh motor	Diabetes	Homicidios
Morelos	ERC	Cirrosis	Card isquem	Homicidios	Diabetes
México	ERC	Cirrosis	Diabetes	Homicidios	Card isquem
Nayarit	Card isquem	Homicidios	Acc veh motor	Congénitas	ERC
Nuevo León	Card isquem	ERC	Acc veh motor	Homicidios	Diabetes
Oaxaca	Cirrosis	ERC	Card isquem	Homicidios	Congénitas
Puebla	Cirrosis	ERC	Diabetes	Card isquem	Congénitas
Querétaro	Cirrosis	Acc veh motor	ERC	Card isquem	Congénitas
Quintana Roo	Cirrosis	Acc veh motor	Card isquem	Congénitas	Diabetes
San Luis Potosí	Card isquem	Congénitas	ERC	Acc veh motor	Diabetes
Sinaloa	Homicidios	Card isquem	Acc veh motor	Diabetes	ERC
Sonora	Card isquem	Acc veh motor	Diabetes	Homicidios	ERC
Tabasco	Acc veh motor	ERC	Card isquem	Diabetes	Congénitas
Tamaulipas	Card isquem	Homicidios	ERC	Diabetes	Acc veh motor
Tlaxcala	ERC	Cirrosis	Diabetes	Acc veh motor	Congénitas
Veracruz	Card isquem	Cirrosis	ERC	Diabetes	Congénitas
Yucatán	Cirrosis	Card isquem	Acc veh motor	Diabetes	ERC
Zacatecas	Acc veh motor	Card isquem	ERC	Diabetes	Congénitas

6	7	8	9	10
Acc veh motor	Congénitas	Inf RB	Even vasc cerebral	Pretérmino
Cirrosis	Pretérmino	EPOC	Even vasc cerebral	Inf RB
Cirrosis	ERC	Inf RB	Even vasc cerebral	Pretérmino
Cirrosis	Even vasc cerebral	Homicidios	Pretérmino	Suicidio
Congénitas	Even vasc cerebral	Homicidios	Suicidio	Pretérmino
Congénitas	Acc veh motor	Homicidios	Even vasc cerebral	Diarrea
Cirrosis	Congénitas	Even vasc cerebral	Inf RB	Pretérmino
Congénitas	Cirrosis	Even vasc cerebral	Pretérmino	Inf RB
Homicidios	Congénitas	Even vasc cerebral	EPOC	Inf RB
Homicidios	Acc veh motor	Congénitas	Even vasc cerebral	EPOC
Diabetes	Pretérmino	Even vasc cerebral	Inf RB	Cirrosis
Congénitas	Even vasc cerebral	Homicidios	Inf RB	Pretérmino
Cirrosis	Acc veh motor	Even vasc cerebral	Pretérmino	Inf RB
Congénitas	Even vasc cerebral	Pretérmino	Inf RB	EPOC
Congénitas	Homicidios	Inf RB	Even vasc cerebral	EPOC
Congénitas	Cirrosis	Even vasc cerebral	Pretérmino	Inf RB
Acc veh motor	Congénitas	Even vasc cerebral	EPOC	Inf RB
Inf RB	Acc veh motor	Congénitas	Even vasc cerebral	Pretérmino
Diabetes	Cirrosis	Even vasc cerebral	EPOC	Pretérmino
Congénitas	Cirrosis	Even vasc cerebral	Inf RB	EPOC
Diabetes	Acc veh motor	Even vasc cerebral	Inf RB	Pretérmino
Acc veh motor	Inf RB	Pretérmino	Even vasc cerebral	Homicidios
Diabetes	Even vasc cerebral	Homicidios	Inf RB	Pretérmino
ERC	Homicidios	Suicidio	Even vasc cerebral	Pretérmino
Cirrosis	Homicidios	Even vasc cerebral	Inf RB	EPOC
Congénitas	Even vasc cerebral	Cirrosis	EPOC	Inf RB
Congénitas	Cirrosis	Even vasc cerebral	Inf RB	Pretérmino
Cirrosis	Even vasc cerebral	Suicidio	Homicidios	Inf RB
Congénitas	Cirrosis	Even vasc cerebral	Pretérmino	Inf RB
Card isquem	Pretérmino	Inf RB	Even vasc cerebral	EPOC
Acc veh motor	Even vasc cerebral	Homicidios	Inf RB	Pretérmino
Congénitas	Even vasc cerebral	Inf RB	Suicidio	EPOC
Homicidios	Even vasc cerebral	Inf RB	Cirrosis	EPOC

Como decía el profesor Marmot, el sector salud es todos los sectores. La sostenibilidad de la sociedad tiene que ver con la sostenibilidad de un sistema de salud, y no nada más estar midiendo los daños y cómo accedemos a mejorar la pobreza en términos de disminuir la carga, sino también en términos de tener un sistema de salud con cobertura universal y sobre todo dirigido a las áreas más marginadas y a las personas con situación de vulnerabilidad. El problema en México lo podemos reducir en cinco causas. Tenemos 14 estados cuya primera causa de años perdidos de muerte prematura son la cardiopatía isquémica, tenemos ocho estados en el sur del país cuya primera causa es la cirrosis (Cuadro 3.8.1). Estoy hablando de muerte prematura, no se queden con la idea de que la primera causa de muerte es la diabetes, y sí porque mueren de viejos, aquí estoy poniendo muerte prematura.

Por esa razón tenemos también tres estados con enfermedad renal crónica, en el centro del país y las lesiones también están presentes en forma de homicidios o de accidentes de tránsito. Esto es muy complejo, pero esta es la realidad del país, ahí tenemos los 32 estados y vemos que la diabetes en realidad está entre la tercera y la cuarta causa de muerte prematura, de las 10 principales causas, pero además porque le sacamos la medición de la enfermedad renal crónica, que es uno de los elementos más importantes dentro de la diabetes.

¿Qué sigue con todo esto? Nos interesa también calcular el gasto por enfermedad, por lesiones, por factores de riesgo. A veces hay correspondencia entre lo que estamos gastando y entre los problemas que tenemos. Lo que decía Donabedian, ustedes tienen que transformar las necesidades de salud a equivalentes en servicios; si corresponden los problemas cardiovasculares al número de cardiólogos, o si realmente es un problema de médicos generales cómo tenemos que resolver los problemas y la disponibilidad de servicios.

¿Que es lo que está matando a los hombres y a las mujeres en México? (Figura 3.8.8).

Por último, hay que hablar más de cómo hacerle y no solamente del qué hacer, es decir, tenemos elementos suficientes para la transformación del sistema de salud en México; asimismo, la difusión del conocimiento por las vías tradicionales, como publicar en revistas, aunque es bien pagado y eso da sobrevida a los académicos, se traduce en una actitud pasiva: deja que pase.

La diseminación del conocimiento hay que hacerla junto con los profesionales de la comunicación, apoyándonos en herramientas de visualización, y entonces sí estamos ayudando a que pase, porque lo que tenemos que hacer todos es que pase.

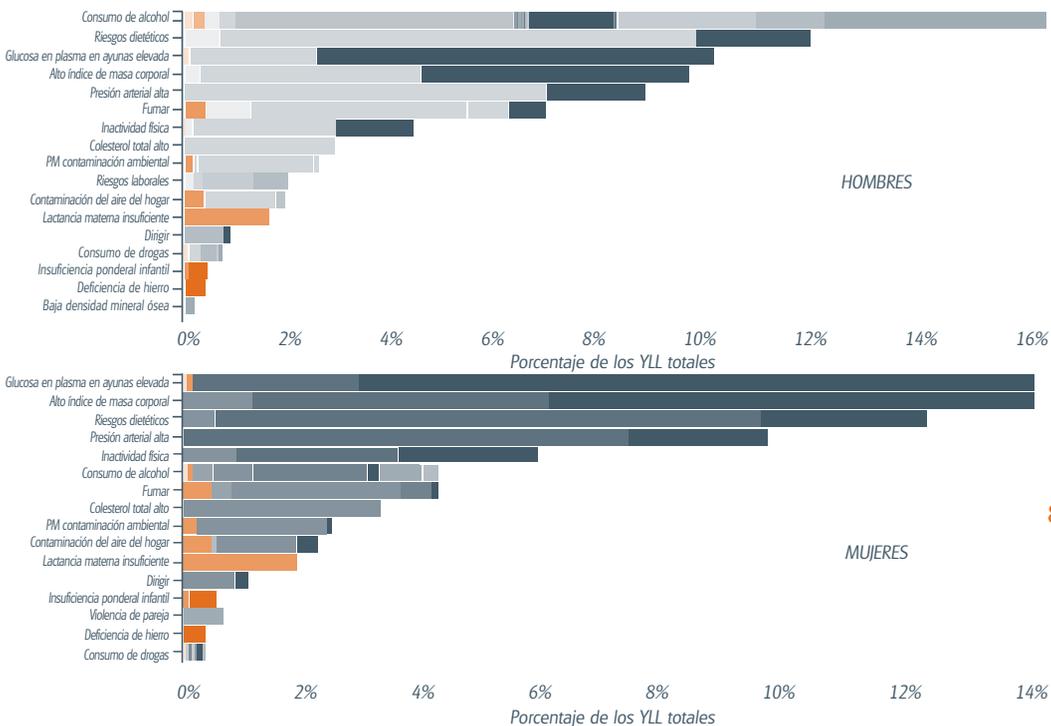


Figura 3.8.8. ¿Qué es lo que está matando a los hombres y las mujeres en México?
 Fuente: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

3.9 Recursos de investigación sobre Determinantes Sociales de la Salud en México

Nelly Salgado
 Germán Guerra y Guerra

Los recursos de investigación sobre DSS que se presentan se derivan del proyecto Red de Determinantes Sociales de Salud (SDH-Net en inglés). El proyecto es una estrategia global en la que participan 10 países y 11 instituciones de salud pública de África, América Latina y Europa, está financiado por la Unión Europea y las actividades y productos se concluyen en octubre de 2015. Es un proyecto de cooperación triangular (Sur-Norte-Sur) de instituciones de países con diversos niveles de desarrollo. El objetivo principal es la generación y fortalecimiento de capacidades de investigación en investigadores jóvenes, sobre todo de países de medianos y bajos ingresos. Y

estamos hablando aquí de capacidades de amplio espectro, desde cuestiones metodológicas y teóricas y de investigación hasta aspectos éticos y manejo gerencial de proyectos, así como la traducción de hallazgos a políticas y programas. Se hizo un mapeo nacional de capacidades de investigación sobre Determinantes Sociales de la Salud, para analizar el panorama general de la investigación en México sobre los DSS con el fin de detectar los retos y las áreas de oportunidad para la generación, disseminación e implementación de hallazgos derivados de la investigación que contribuyan a la equidad en México, dicho trabajo se encuentra publicado en la revista *Salud Pública de México*. En la metodología se consideró la participación en estos procesos a los tomadores de decisión, investigadores, representantes de la sociedad civil y agencias financiadoras, todos ellos involucrados en el trabajo con los DSS (Cuadro 3.9.1).

Los principales resultados se agruparon en cinco categorías:

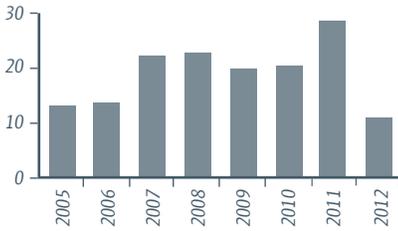
1. *Revisión sistemática de la literatura publicada en revistas en México, entre los años 2005 y 2012.* En relación con la producción científica vemos que existe un crecimiento de artículos científicos, sobre todo los publicados en revistas internacionales en inglés, alrededor de 87% y con alto factor de impacto, utilizando en su mayoría métodos cuantitativos. Los temas más frecuentemente estudiados son los sistemas de salud, el estado de salud, nutrición y obesidad, migración y otros (Figura 3.9.1)

Cuadro 3.9.1. Organizaciones miembro del consorcio SDH-Net

Socios	Nombre de la organización	Siglas	País
1	Deutsche Gesellschaft Fur Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GMBH	GIZ	Alemania
2	Universidad de Navarra	IESE	España
3	University of the Witwatersrand Johannesburg	WITS	Sudáfrica
4	University of Nairobi	UON	Kenia
5	Ifakara Health Institute Trust	IHI	Tanzania
6	Fundacao Oswaldo Cruz	FIOCRUZ	Brasil
7	Instituto Nacional de Salud Pública	INSP	México
8	Universidad Nacional de Colombia	UNAL	Colombia
9	Council on Health Research for Development Association	COHRED	Suiza
10	London School of Hygiene and Tropical Medicine	LSHTM	Reino Unido
11	Universite de Geneve	UNIGE	Suiza

Fuente: *Social Determinants of Health Net (SDH-Net)*.

Número de artículos científicos sobre DSS publicados por año, 2005-2012 (N = 145)



Publicación de hallazgos en DSS por tipo de revista México (N = 145)

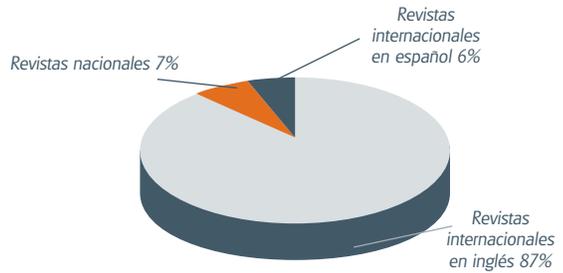


Figura 3.9.1. Producción científica sobre Determinantes Sociales de la Salud.
Fuente: elaboración propia con base en revisión bibliográfica extensa.

2. *Revisión de los proyectos financiados por el Fondo Sectorial del Conacyt y también de los Fondos Mixtos.* Los resultados indican que el Conacyt, FOSSIS y Sedesol, sobre todo, financiaron la tercera parte de todas las investigaciones que se reportaron en estos artículos. Las financiadoras internacionales como UCMEXUS, la Fundación Ford, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, Robert Wood Fundación y otros apoyaron una gran cantidad de proyectos y desde luego publicaciones asociadas con ellos. Entre los grupos poblacionales más estudiados son las mujeres, los adultos mayores, niños y grupos vulnerables (Figura 3.9.2). Otro hallazgo

85

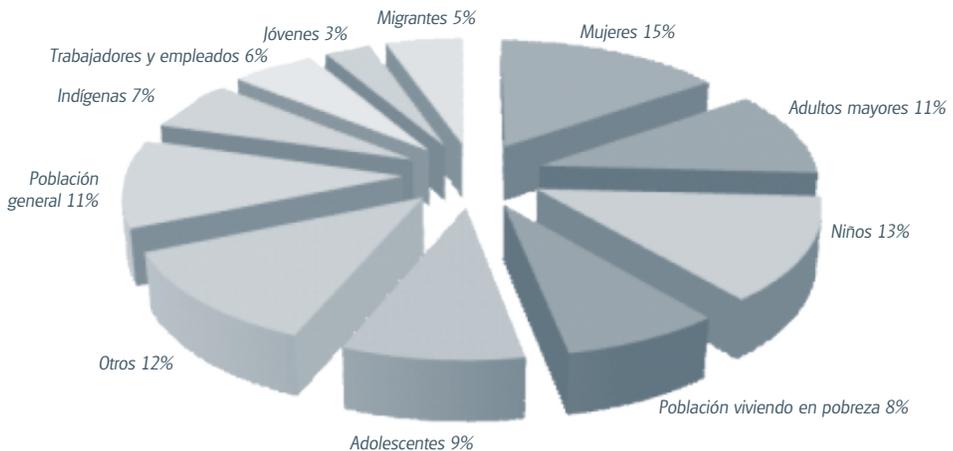


Figura 3.9.2. Poblaciones de estudio en la producción científica mexicana sobre DSS, 2005-2012.
Fuente: elaboración propia con base en información de resultados de convocatorias de FOSSIS y revisión bibliográfica extensa.

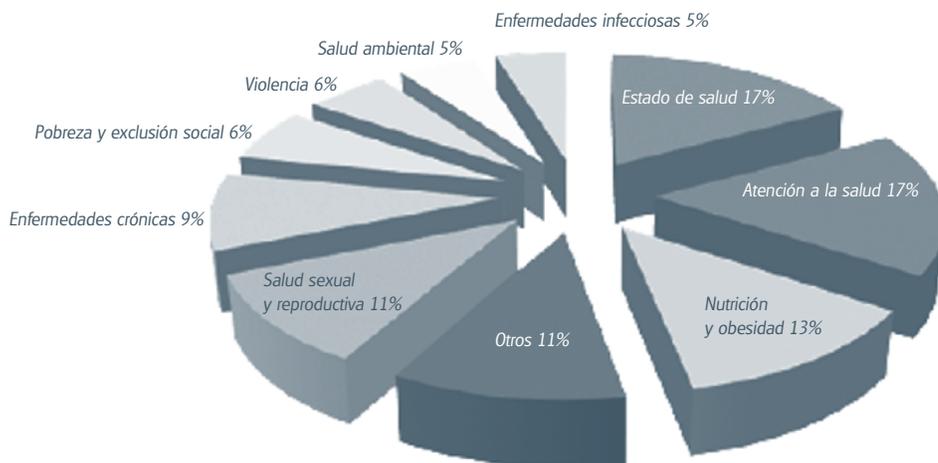


Figura 3.9.3. Temas de investigación en la producción científica mexicana sobre DSS, 2005-2012.

Fuente: elaboración propia con base en información de resultados de convocatorias de FOSISS y revisión bibliográfica extensa.

es que el sistema oficial de fondos para la investigación en salud favorece el financiamiento de investigación básica, clínica y biomédica, más que la investigación de carácter social, que los montos de financiamiento nacionales son muy reducidos comparados con los internacionales y que los proyectos apoyados no siempre reflejan las prioridades nacionales en salud (Figura 3.9.3)

3. **Análisis de las instituciones académicas que se enfocan en el desarrollo de recursos humanos sobre DSS.** Identificamos más de 200 investigadores que trabajan en 39 instituciones en México. La mayoría de ellos están afiliados a universidades estatales de las grandes metrópolis, desde luego se concentra la mayoría en la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey y hay una escasa, muy escasa participación de instituciones académicas privadas. La oferta más fuerte la tiene el Instituto Nacional de Salud Pública, que ya cuenta como una unidad didáctica obligatoria para maestrías y doctorados y el curso de DSS, y también la UAM Xochimilco como una institución de las que están fortaleciendo esta área
4. **Revisión de la documentación oficial que existe en las plataformas del Conacyt, de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y la Secretaría de Salud.** En la formación de recursos humanos en DSS hay currícula de posgrado y capacitación adicional en el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

La investigación en DSS es principalmente en universidades estatales de las grandes ciudades. Se encontró que los DSS aparecen en el Programa de Acción Específico para la Investigación en Salud 2007-2012, pero no se traducen en estrategias de investigación ni en políticas específicas sobre DSS.

Asimismo, el impulso e impacto de la investigación en Determinantes Sociales de la Salud es reducido, lo que afecta su posicionamiento en la política pública de salud y el financiamiento para programas gubernamentales como Conacyt-FOSSIS y Sedesol y Programas privados internacionales de financiamiento: Ford Foundation; UNFPA; Wellcome Trust, Fogarty.

Otro hallazgo es que, se desconoce el impacto de la investigación sobre DSS, las políticas y programas oficiales de salud, y que los estímulos para los investigadores están en función de la publicación de sus hallazgos en foros internacionales, que generalmente son en revistas científicas en inglés con un alto factor de impacto, y por eso es que hay una cierta reticencia a publicar en las nacionales. Los criterios de evaluación institucionales no favorecen la transferencia de conocimiento a los tomadores de decisión, que generalmente leen literatura en español. Asimismo, se han identificado Redes de colaboración como el Comité de Estudio de los Determinantes de la Salud de la Academia Nacional de Medicina; el Seminario Académico de los Determinantes Sociales de la Salud-México (SADSS-M) del INSP; el Seminario Universitario de la Cuestión Social (UNAM); organizaciones como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG).

5. *Foro de consulta nacional con actores clave.* En cuanto a la vinculación de actores clave, hay un limitado pero creciente número de redes de colaboración sobre DSS a nivel nacional, sin embargo existe una falta muy clara de comunicación entre la Academia, los tomadores de decisión, los grupos poblacionales y los que focalizan estos programas de salud. Los investigadores en general perciben que carecen de las habilidades necesarias para establecer y mantener estas vinculaciones estratégicas con otros sectores para posicionar sus hallazgos y convertirlos en programas y políticas (Figura 3.9.4). La investigación en DSS en cuanto a producción puede considerarse robusta y en crecimiento en México, a pesar de las limitaciones en su divulgación nacional.

Hay muchos factores que inhiben el fortalecimiento de la investigación sobre DSS y se han seleccionado los siguientes:

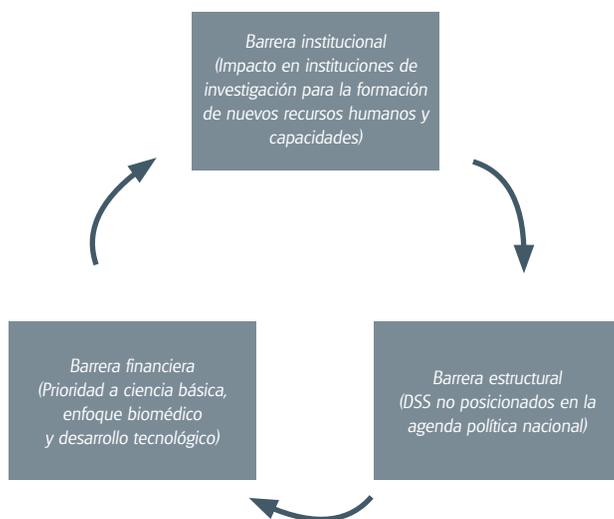


Figura 3.9.4. Foro de consulta nacional.

Fuente: SDH-Net, INSP 2014.

1) El limitado financiamiento para este tipo de proyectos; 2) falta de un sistema de evaluación de investigaciones que favorezcan publicaciones en foros internacionales, e incentive la difusión en foros nacionales, la diseminación entre tomadores de decisiones del impacto en las condiciones de salud de la población; 3) la escasa vinculación de grupos de trabajo académicos sobre DSS a nivel nacional; 4) desarrollar competencias en los actores clave de los que incluya a académicos, a tomadores de decisiones, a financiadores y a la sociedad civil en general; 5) entre los investigadores es importante desarrollar nuevas capacidades y fortalecer las ya existentes, sobre todo en aspectos metodológicos, periodismo científico y redes de colaboración, y 6) fomentar en el Sistema Nacional de Investigación en Salud el financiamiento y la publicación de resultados de investigación sobre DSS en revistas nacionales y en otros foros como revistas de difusión y resúmenes ejecutivos para tomadores de decisión, homologar los incentivos que reciben los investigadores por publicar en México y en el extranjero.

Tenemos una ventana de oportunidad en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que tiene como objetivo, estrategia y línea de acción el impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los DSS y tomar ventaja de esta oportunidad implementando acciones muy concretas basadas en evidencias de investigación y en espacios de discusión, pero que no se queden en discusión, sino que realmente lleguen a esa toma de decisiones para políticas públicas.

La investigación en Determinantes Sociales en cuanto a producción puede considerarse robusta y en crecimiento en México, a pesar de las limitaciones en su divulgación nacional. Por ello, una recomendación es el establecimiento de un Observatorio Mexicano de los Determinantes Sociales de la Salud, que fuera de carácter intersectorial, con el propósito principal de contribuir al logro de la equidad en salud en México a través del monitoreo de acciones y promoción de interlocuciones entre investigadores, financiadores, tomadores de decisiones y sociedad civil. Contaremos con el apoyo de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud y de la OPS/OMS-México y los integrantes de las redes que he mencionado para llevar a cabo esta tarea.

3.10 Consolidar la intersectorialidad para lograr la Equidad en Salud

Adolfo Martínez Valle

89

Incidir en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) rebasa el ámbito del propio sector ya que la carga de la enfermedad se debe en gran parte a las condiciones en las que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por ello, se requiere la participación de otros sectores de la administración pública para abordar DSS como el ingreso, la vivienda, el acceso a agua potable y la educación. Este abordaje interinstitucional requiere definir metas comunes, formular respuestas conjuntas e integrales y exige una mayor transparencia y rendición de cuentas a los diferentes organismos gubernamentales participantes. A pesar de estas dificultades asociadas con las acciones intersectoriales, México ha obtenido resultados importantes en eficiencia, equidad y salud en este ámbito de las políticas públicas.

Con base en estos resultados, se seleccionaron cinco casos que aportan lecciones de política pública para diseñar e implementar acciones intersectoriales que inciden en los DSS: 1) el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; 2) el Seguro Popular de Salud; 3) el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias; 4) la Iniciativa Mexicana para la Seguridad Vial, y 5) el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.

En una publicación especial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud de México, se resume los principales

resultados de un proyecto de investigación cuyo fin es identificar buenas prácticas intersectoriales y políticas públicas eficaces para incidir en los DSS. Esta investigación se planteó dos objetivos. Primero, aportar lecciones importantes de acciones intersectoriales que inciden en los DSS, analizando cinco casos de política pública en México. Segundo, identificar las estrategias que impulsan la intersectorialidad para incidir en los DSS y reducir las inequidades en salud.

Para evaluar estas políticas públicas intersectoriales se contó con un marco analítico que plantea el proceso de diseño e implementación de este tipo de políticas públicas como un círculo virtuoso. Basadas en determinadas evidencias que muestran su viabilidad para implementarlas, se diseña la política pública sectorial o intersectorial para luego ponerla en funcionamiento. En esta fase se debe evaluar cualitativamente el proceso de implementación de la política pública intersectorial en la que se identifican fortalezas, áreas de oportunidad para mejorar tanto su diseño como su operación, debilidades en el diseño, así como obstáculos para su operación en el corto plazo y amenazas para su viabilidad en el largo plazo. Finalmente, los resultados del seguimiento y evaluación de la política pública intersectorial permiten completar el círculo aportando evidencias para demostrar la eficacia o el impacto de la misma a fin de continuarla o aumentar su escala si los resultados son positivos, o bien mejorarla o descartarla, si ocurren efectos no deseados o los resultados no son satisfactorios. Esto es lo que ocurrió con los cinco casos de éxito que vamos a presentar.

La metodología empleada fue básicamente cualitativa.

Primero, se revisaron los documentos oficiales publicados, analizando los programas o políticas públicas definidas por el gobierno federal que abordaban los DSS, principalmente las estrategias intersectoriales. Se seleccionaron los cinco casos con base en dos criterios: 1) que fueran diseñados explícitamente para atender un determinante social, y 2) que hubieran utilizado algún argumento económico para justificar su diseño o implementación, o bien que estuvieran basados en evidencias empíricas sólidas o en resultados de evaluaciones rigurosas.

Segundo, se elaboró un cuestionario para profundizar en los aspectos más cualitativos de la implementación y los resultados de estas políticas públicas sectoriales e intersectoriales, mediante el abordaje de cinco categorías de análisis: 1) conocimiento de los DSS; 2) experiencia y capacidad para la cooperación intersectorial; 3) conocimiento del sector salud; 4) evidencia para la toma de decisiones, y 5) argumentos económicos para invertir en políticas públicas intersectoriales. Se hicieron 15 entrevistas con actores clave de la administración pública, la Academia y expertos internacionales

para identificar lecciones aprendidas, áreas de oportunidad, debilidades y obstáculos de este enfoque para actuar sobre los DSS. Se seleccionaron preferentemente especialistas y protagonistas de estos procesos de políticas públicas que tuvieran por lo menos 10 años de experiencia. Todos ellos fueron actores clave en el proceso de definición e implementación de las mismas, conocían los determinantes sociales y tenían experiencia intersectorial. Había expertos tanto en salud como en el sector social. Además de tomadores de decisión de alto nivel, se incluyeron también operadores y académicos.

Destacan entre los principales hallazgos que en general todos conocían sobre los DSS y se encontró que el propio término de determinante social no es un concepto que esté arraigado en la cultura de las políticas públicas. Todos sabían que la pobreza incidía, que la educación incidía en la salud, pero el término como tal no forma todavía parte de su lenguaje y creo que lo que está realizando la Academia Nacional de Medicina está dirigido a ese propósito de posicionamiento de los DSS. Asimismo, se reconocía que las políticas públicas estaban diseñadas para incidir en esos determinantes sociales, pero no necesariamente con el fin de mejorar la salud. Esta es un área de oportunidad en la que el sector salud puede ejercer su liderazgo para realmente empujar en la agenda que la salud desde sus determinantes deba ser formulada en las políticas públicas.

Otro hallazgo fundamental fue identificar un conjunto de mecanismos formales e instrumentos que fomentan el enfoque intersectorial en las políticas públicas. Quizá el que mejor lo ha logrado es en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, porque sienta en la mesa a todos los sectores relevantes: Educación, Hacienda, Salud y conjuntamente definen indicadores y toman decisiones en el seno de un Comité Técnico y esto ha permitido que esa política haya sido intersectorialmente exitosa.

El fundamento legal también es importante para articular las acciones intersectoriales. En los burócratas, sobre todo los operadores, si no hay un respaldo jurídico detrás siempre alegan que “la norma no lo permite”. Por ello es clave el fundamento legal. Asimismo, el seguimiento y la rendición de cuentas son fundamentales para hacer viable este enfoque. Oportunidades ha demostrado con evidencia empírica sólida que estas políticas son exitosas y que vale la pena impulsarlas. El indicador más significativo es que el programa ha continuado en cuatro administraciones de gobierno con políticas de diferentes partidos. Eso de alguna manera refleja que ha demostrado ser efectivo dando resultados. Lo único que no se ha logrado como política intersectorial es que los recursos sean asignados para lograr objetivos comunes.

Todavía las Secretarías siguen cada una asignando recursos por su cuenta y algo que impulsaría consolidar este enfoque intersectorial es que esos recursos sean compartidos hacia metas comunes.

Tercero, el liderazgo del sector salud es clave. La Secretaría de Salud como cabeza de sector debe trazar el camino de la intersectorialidad; en la actual administración ya se ha planteado este camino, y aunque hacerlo no es trivial y sí es complicado, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial de Salud, ya se han trazado algunas estrategias que pueden contribuir a ello.

Cuarto, el área de oportunidad más importante identificada en las entrevistas realizadas es articular un lenguaje claro para todos los actores, porque no todo mundo entiende lo mismo y creo que tener un lenguaje claro permite lograr afinidades y un marco general de entendimiento. El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria fue exitoso porque justamente logró articular un lenguaje claro que permitió de alguna manera sumar también al sector privado a esta iniciativa.

Quinto, un elemento importante es la evidencia para la toma de decisiones, tema en la que prácticamente todas las presentaciones de hoy coincidimos. De los cinco estudios de caso se empleó evidencia sólida para diseñar políticas públicas, incluyendo argumentos económicos. Sin embargo, no todos los casos se evaluaron rigurosamente y creo que esa es la tarea que tenemos por delante. Relacionado con este tema, el análisis de los casos y las propias entrevistas mostraron que la evidencia internacional es clave para implementar políticas que afectan intereses; por ejemplo, los de la industria alimentaria, la cual fue menos difícil sumarla al Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria frente a la evidencia internacional que sugería realizar múltiples acciones intersectoriales para reducir el sobrepeso y la obesidad.

Uno de los tomadores de decisiones entrevistado decía:

[...] “es necesario que los responsables de la toma de decisiones tengan muy claro que incidir en los determinantes sociales tiene un impacto en salud. Hace falta un liderazgo efectivo que logre impulsar una agenda intersectorial compartida, basada en evidencias empíricas sólidas”.

y ese es quizá el reto más grande que tenemos por delante en la actualidad.

Finalmente, estos cinco casos analizados plantean algunas lecciones de política pública que puede aportar México para el resto del mundo. La primera es que las políticas públicas intersectoriales son viables, a pesar de que son difíciles de implementar, porque generan sinergias importantes. El efecto que tienen es mayor que la suma individual de los resultados que cada uno puede aportar por

separado. Otra lección es que la voluntad política al más alto nivel es clave para diseñarlas. Todas estas iniciativas tuvieron en algún momento el apoyo decidido del Presidente en turno, pero necesitan del liderazgo y la creatividad de los operadores para implementarlas, si no se quedan en el papel. Tercero, la intersectorialidad es más viable cuando se realiza desde el diseño y la planeación. El Programa de Pisos Firmes sumó a los diferentes sectores en plena implementación cuando era más difícil alinear los objetivos de cada sector a una meta común. Cuarto, la evidencia sólida es importante, tanto para colocar este tipo de políticas en la agenda, pero también para consolidar su puesta en funcionamiento. El único que lo ha logrado cabalmente es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Actualmente se han planteado por lo menos tres estrategias intersectoriales en la presente administración. Ya se habló hoy de la Cruzada, de la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso y la Obesidad. Otra igualmente importante es el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, diseñada con un componente de salud pública. Pero quizá el reto más grande es el que planteó el maestro Mario Luis Fuentes en su intervención. Más que hacer esfuerzos aislados, lo que se requiere es articular una política de protección social en salud, que realmente logre institucionalizar estos esfuerzos tan importantes que nuestro país ha realizado en diferentes frentes y momentos políticos.

93

3.11 La vivienda como factor clave para la Equidad en Salud

María Elena Barrera Tapia

En experiencia profesional como médica he tenido la oportunidad de iniciar y conocer el trabajo que se realiza en las localidades, al recorrer cada una de las casas con las promotoras de salud y tener también el gran privilegio de haber sido Secretaria de Salud en el Estado de México. La mayor enseñanza que también tuve fue cuando fui Presidenta Municipal, porque me di cuenta de la gran realidad a la que nos enfrentamos los que trabajamos con todos los sectores y en todos los ámbitos y cuando tenemos que ver al ciudadano, a la familia y cómo están enfrentando ese derecho a la vida. Hoy como Senadora de la República y Presidenta de la Comisión de Vivienda, al plantear este tema: “La vivienda como factor clave para la equidad

en salud”, me permite ver y compartir cómo ha venido influyendo y cómo influye la vivienda en materia de salud y destacar más algunas reflexiones sobre los determinantes sociales en este tema.

Efectivamente, equidad está más asociado con los principios de justicia social y de derechos humanos. En la equidad en salud, el problema no es que existan desigualdades sino que éstas pongan sistemáticamente en desventaja a los diferentes grupos de población y a la sociedad misma según su condición socioeconómica.

En el Artículo 4º constitucional está inscrito el derecho a la protección a la salud y también el que todas las familias tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y decorosa. Y si todavía queremos ser un poco más explícitos, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se enfatiza como un derecho humano a la salud y a la vivienda.

La OMS ha señalado que la vivienda es un factor ambiental, que influye de manera determinante en las condiciones de enfermedad y en el aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad. Por ello, la vivienda tendría que ser el eje conductor de la política social de cualquier país. ¿Por qué? Porque los niños, habitantes que viven en asentamientos pobres e ilegales, y una muestra es lo que acaba de suceder en estos hechos catastróficos y desastres naturales ocasionados por los huracanes Ingrid y Manuel, donde los más dañados fueron los más pobres y quienes no tenían una casa en buenas condiciones. También, los efectos en la salud de los ancianos y a los enfermos crónicos, a las personas que tienen algún tipo de discapacidad, que son los más vulnerables por las malas condiciones de sus viviendas.

La situación actual, de acuerdo al censo de la situación actual de la vivienda en México, 33% de las familias mexicanas experimenta algún tipo de rezago habitacional; 78% de las viviendas se ubica en localidades urbanas; 41% de los hogares son habitados por cinco o más personas; 7% de las viviendas en México tiene solamente un cuarto; 17% dos; y 6.2% de las que aún tienen piso de tierra. En el acceso de los servicios para la vivienda, 97% tiene energía eléctrica; 91% agua entubada; y drenaje 90%.

¿Qué ha sucedido con la política de vivienda en México? La primera reflexión que tendríamos que hacer es que la vivienda, como política social, se ha quedado muy distante para resolver la vida de quienes en ella habitan, porque se ha considerado durante los últimos años como un problema principalmente de acceso, un problema de tipo financiero. Los determinantes sociales que tenemos y sobre todo de carencias en materia de vivienda, son resultado de la insuficiencia de las políticas públicas para reducir la pobreza. Mientras tengamos mayor crecimiento poblacional a un nivel superior al desarrollo eco-

nómico, pues desafortunadamente vamos a seguir hablando de que la pobreza en nuestro país alcanza a 46.2% de la población en México.

En la *Ley general de salud*, que además va a cumplir estos 30 años, se plantean los modelos de atención, sin embargo ya no hay una correlación con la situación actual, pues en estas tres décadas hemos tenido una urbanización acelerada y desordenada, la población urbana se duplicó y las manchas urbanas crecieron ocho veces. ¿Qué quiere decir ello? Que ahora tenemos algunas ciudades extendidas y con baja densidad de población. También, de los años 2000 a 2010 la migración del área rural hacia el área urbana ha propiciado el crecimiento de zonas metropolitanas, ya se pasó de 55 a 59 zonas metropolitanas y la población que se concentra en estas zonas metropolitanas sea de 63.8 millones de personas. En 1950, 43% de la población era urbana y para 2010, alcanzó 78%.

¿Qué significa esta realidad? Significa que tenemos una depreciación del suelo agrícola. ¿Por qué? Porque hubo un crecimiento acelerado, desordenado, no estaban preparadas las ciudades para responder a las necesidades de vivienda de la población, y se comenzó a hacer uso del suelo destinado principalmente para uso forestal, agrícola y vegetal, de tal manera que se han perdido un millón 370 mil hectáreas. Por ello, como consecuencia tenemos una menor capacidad de recarga de mantos acuíferos. El tener por un lado zonas de gran concentración poblacional y en otras con poca densidad, cuesta mucho para el gobierno local poder llevar servicios públicos eficientes, como el tratamiento de los residuos, el tratamiento y manejo de aguas residuales, sino que el crecimiento acelerado de las ciudades y de estas zonas metropolitanas no ha ido aparejado a la posibilidad de trabajo del municipio, el gobierno local, o de manera conjunta resolver la problemática con otros municipios, toda vez que la problemática es en muchas ocasiones de tipo regional.

Otro aspecto es el tiempo para enfrentar y buscar opciones con políticas y programas, y me tocó como presidenta municipal y pareciera cosa menor pero no lo es, son los tres años de un gobierno municipal; en el primero en muchas de las ocasiones se está conociendo el terreno, en el segundo se está trabajando, pero en el tercero ya está otra vez la presión de las elecciones, y por ello es hay poca continuidad en el trabajo que se puede realizar.

También enfrentamos graves problemas de movilidad urbana y afectación de las personas por el tiempo que le dedican para el transporte. Un estudio que se realizó en el Distrito Federal en el 2010, identificó que el tiempo promedio de transporte era de 81 minutos. Y algo más grave aún, que 50% del ingreso familiar se gastaba principalmente

en transportarse. Por otra parte, hemos visto cómo ha crecido el número de vehículos y sobre todo del uso del vehículo privado, tanto que en la última década el parque vehicular en México ha sido de más del doble que el de Canadá y el de Estados Unidos. La velocidad promedio de aquí del Distrito Federal en auto es de 13 km/h, entonces por ello en las grandes concentraciones y ciudades como ésta nos damos cuenta que tenemos graves problemas de contaminación y de la calidad del aire por el incremento de la emisión de gases.

Es el crecimiento masivo por la migración del campo hacia las grandes ciudades, y por otro lado zonas con muy baja densidad de población, más de 150 mil localidades de menos de 500 habitantes que dificultan la prestación de servicios de salud y para su acceso. Se tiene el reto de poder adecuar estrategias e implementar en cada una de las regiones la prestación de servicios en el primer nivel de atención que sean más que individuales que sean de carácter social.

Por ello, una de las propuestas que está más relacionada con la equidad en salud es el de la vivienda adecuada, que significa disponer de un lugar para poderse aislar si se desea, espacio adecuado, con seguridad, buena iluminación y ventilación, una infraestructura básica y una situación adecuada en relación con el trabajo y los servicios básicos a un costo razonable. La vivienda adecuada, que ya la ONU hace referencia y pareciera que da respuesta a cómo se debe de responder y para poder ir resolviendo los rezagos que se tienen en materia de salud y por supuesto de la propia vivienda. Se nos dice que la vivienda adecuada debe de cubrir varios requisitos: la seguridad en la tenencia de la tierra, la disponibilidad y la habitabilidad, la accesibilidad, la ubicación y la adecuación cultural. Nos están hablando de que se tiene que cumplir una serie de criterios. El concepto de vivienda adecuada es uno de los cambios que estamos trabajando en el Senado de la República para incluirlo en el marco legal de la política de vivienda en nuestro país.

Esta política nacional de vivienda en México ante lo que está sucediendo y cómo está afectando en la vida y la salud a la población el mismo desarrollo urbano, hace urgente el ordenamiento territorial, los asentamientos humanos en el desarrollo económico de las comunidades, pero también de manera determinante en la salud de los individuos, pues plantea varias acciones. Primero, una nueva política que va enfocada principalmente al desarrollo ordenado y sustentable del sector para mejorar y regular la vivienda urbana, así como también mejorar la vivienda rural. Se debe privilegiar el financiamiento público de vivienda en población con menos de 2.6 salarios mínimos (actualmente es de 34%); ampliar la regulación

jurídica del suelo, porque casi 70% de la vivienda de nuestro país es por autoproducción, y me refiero a que la mayoría de los mexicanos hacen su propia vivienda con los materiales, con los recursos y además con el terreno que pueda estar disponible de acuerdo con su capacidad económica para satisfacer esta necesidad.

No hemos podido atender el rezago habitacional bajo estrictos controles de ordenamiento urbano, ni avanzar en la mejora, no tan sólo de la calidad y el tamaño de la vivienda, tampoco de los servicios que se les deben otorgar. La mayoría de estas personas, las dos terceras partes, viven en la informalidad. ¿Qué quiere decir? Que no tienen la posibilidad hoy en día de poder acceder, aun cuando tengan un trabajo bien establecido a través de un corporativo, no tienen la posibilidad de acceder a un crédito, vamos a mencionar, por decir alguno, el transporte. Asimismo, se tiene que fortalecer la regulación jurídica del suelo, porque se ha ampliado la mancha urbana. Y sí, entre más lejos del centro, entre más lejos de la ciudad, los terrenos son más baratos, son más accesibles y la mayoría de ocasiones es donde se realizan este tipo de asentamientos y que conlleva a que sea muy difícil para la autoridad local, para el municipio, poderle hacer llegar los servicios de agua, de luz, inclusive colección de basura.

A fin de abatir el rezago habitacional y poder apoyar a quienes de manera voluntaria lo hacen en comunidades, principalmente rurales, para autoproducción de vivienda, se están estableciendo subsidios y créditos. Una modalidad que resultó de uno de los foros que tuvimos en el país, es el que las universidades y las carreras de Ingeniería y Arquitectura, en los estados puedan sus estudiantes y por supuesto también aquellos que estén cursando posgrado, participar e intervenir en regiones y en localidades para que de esa manera se transparente, direccionen y sea eficiente el recurso que se destina a las comunidades más pobres y tener una recuperación integral de su hábitat, de su espacio vital.

Lamentablemente las acciones se realizan pero de manera separada, por un lado puede llegar el tinaco, por otro lado a una familia le llega apoyo con láminas y otro para hacer el firme de piso. Sin embargo, no se ha resuelto el problema, además no se ha tenido un efecto que se vea reflejado en la calidad de vida de las personas, ni mucho menos reflejado en su salud. Por ello, ahora que hay una Secretaría responsable –antes todas las dependencias del sector estaban trabajando de manera independiente–, integra todas las acciones de mejoramiento de la vivienda, de financiamiento y de vivienda nueva con programas integrales a nivel local, de la recuperación de espacios públicos, provisión de agua potable, saneamiento, electricidad y calles pavimentadas. Es una urgencia, si no epidemiológica,

sí es una urgencia social, es una urgencia de justicia social el poder trabajar de manera integral, y una de las alternativas es que dejemos de trabajar por sectores.

Tenemos que trabajar ahora de manera regional, tener una planeación sustentable regional que involucre a varias Secretarías y que de esta manera podamos ver y dar la atención de manera integral a las comunidades. Asimismo, hacer uso de energías renovables, de economías verdes, de innovación tecnológica sustentables, de ciudades saludables y competitivas y por supuesto también de una tecnología de combustibles limpios. Pareciera que estamos a años luz de poder lograrlo, no obstante que contamos con una *Ley de cambio climático*, que es pionera en el mundo, y tenemos que ir avanzando para incluir en el marco jurídico el que los próximos desarrollos habitacionales deberán de contemplar este tipo de criterios para comenzar a tener ciudades y comunidades sustentables.

La movilidad sustentable hoy por hoy, no se logrará si se sigue dependiendo del automóvil particular que se ha privilegiado, necesitamos el transporte masivo sustentable, tiene que ir de la mano con los programas de desarrollo urbano, de ordenamiento territorial y con las políticas integrales para la prestación del servicio. Por otro lado, necesitamos también reducir las necesidades de movilidad, doy un ejemplo, hacer una iniciativa con el Centro Molina, a través de los celulares, de acuerdo a la cobertura que se tiene ahora en el uso, hacer un estudio y un análisis de cuáles son los centros de concentración y los horarios y también monitorear los desplazamientos de las personas, por supuesto de manera confidencial, simplemente para fines estadísticos, a fin de poder mejorar la movilidad en nuestro país y en las grandes ciudades. Son de los trabajos muy interesantes que tendríamos y que tienen mucho que ver también con la salud por el estrés, por la ansiedad, por el tiempo tan corto que se le dedica a la familia, por todas las causas que sabemos que ocurren simplemente en esta vida cotidiana.

Otro determinante de la salud en el que estamos involucrados y realizando, porque no tenemos indicadores para saberlo es, por ejemplo, saber por colonia cuál es el tipo de basura y cuánta se genera o qué gasto de energía se tiene en determinadas zonas. Hoy todos los mexicanos pagamos lo mismo por estar en una zona residencial que estar en una zona que no lo fuera. Esto también hablaría de la equidad también para el pago de estos servicios.

Es la planeación regional y el enfoque sectorial la manera de poderlo resolver y modificar favorablemente los problemas que he planteado en torno a la vivienda como determinante social de la sa-

lud. Tendremos realmente que ver los retos que se tienen en salud, que sabemos que son multifactoriales y generar las infraestructuras, los equipamientos, los servicios, la racionalidad del proceso de desarrollo, para resolver las necesidades a nivel regional, a nivel local y poniéndole valor social a sus recursos y a sus vocaciones. Y hacer el seguimiento y la evaluación intersecretarial, también de manera regional, para poder entonces hablar de todos aquellos factores no de manera aislada sino también de manera integrada.

En el Senado de la República se tiene la gran oportunidad de escuchar de parte de ustedes, de parte del gremio médico, de donde yo nazco, de la Academia Nacional de Medicina, todo aquello que podemos hoy modificar, todo lo que por la ley decimos: “es posible”. Hoy está la puerta abierta, estoy a sus órdenes y por supuesto para lo que permita el progreso de todas y de todos los mexicanos y de nuestro país.

99

3.12 Los Objetivos del Desarrollo del Milenio y su vinculación con los DSS en las políticas y programas públicos

Javier Jiménez Bolón

Compartiré con ustedes los resultados de una investigación* que tuvo como finalidad mostrar la vinculación que se da entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), tomando como referencia la plataforma de las Políticas Públicas y de los Programas presupuestarios correspondientes en nuestro país (Figura 3.12.1).

En ese contexto, la condición de los ocho ODM acordados por los miembros de la ONU desde el año 2000, están referidos en todos los muchos documentos y en particular sobre la Equidad en Salud y la definición de los DSS que se acordó desde la creación de una comisión especial 2005 por la OMS.

Lo anterior tiene que ver con la herramienta de planeación de las Políticas Públicas (PP) en nuestro país, el Plan Nacional de Desarrollo, que es el referente y a partir de éste la definición de lo que son los Programas Sectoriales y los Programas presupuestarios (Pp). La vinculación de los ODM con los DSS y las Políticas Públicas y los Programas presupuestarios, considera que la planeación nacional se rige por el Plan Nacional de Desarrollo (PND). El PND contiene la

* Realizada por Investigación en Salud y Demografía (Insad)

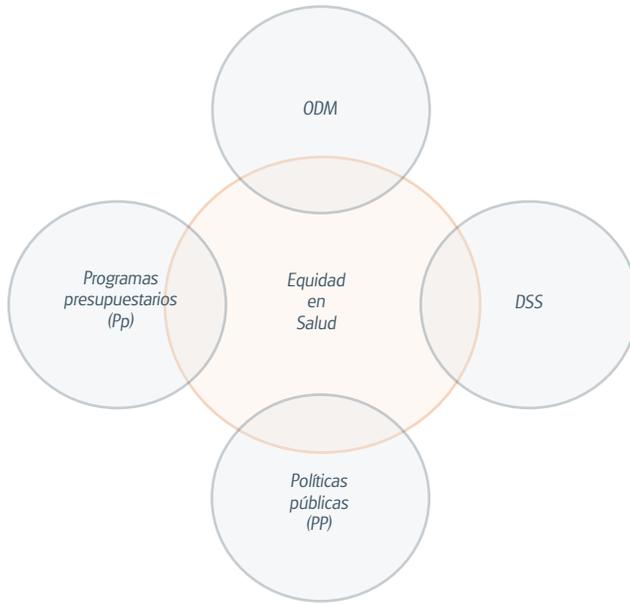


Figura 3.12.1.

visión nacional de corto, mediano y largo plazos y para la actuación de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. Los instrumentos para determinar la vinculación son: el PND, los Programas Sectoriales (PS) relacionados con el desarrollo social del país, y los Pp correspondientes.

Con la finalidad de definir el marco metodológico de referencia, se hizo una revisión exhaustiva de nueve Programas Sectoriales, y a partir de ésta la definición de dos grandes fases en el trabajo de investigación.

La primera fase, el análisis de esta vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, revisando los ejes, objetivos y estrategias, y a partir de ese Plan revisamos nueve Programas Sectoriales que estaban relacionados con el desarrollo social: 1) de Desarrollo social; 2) de Salud; 3) de Educación; 4) de Trabajo y previsión social; 5) de Economía; 6) de Reforma agraria; 7) de Medio ambiente y recursos naturales; 8) de Desarrollo agropecuario y pesquero, y 9) de Financiamiento del desarrollo. Se identificaron sus indicadores, objetivos, metas y revisamos los 121 Pp que se los conforman a través de sus objetivos y los indicadores considerados en su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), condición obligatoria para la evaluación de los programas sociales desde marzo de 2007.

Cuadro 3.12.1. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Número de metas e indicadores de los ODM		
Objetivo	Número de metas	Número de indicadores
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	3	9
2. Lograr la enseñanza primaria universal	1	3
3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres	1	3
4. Reducir la mortalidad infantil	1	3
5. Reducir la mortalidad materna	2	6
6. Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades	3	10
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	4	10
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	6	16
Total	21	60

101

La segunda fase, construcción de una base de datos integrada por 13 variables de carácter cualitativo y que sirvieron para la aplicación del modelo de referencia: 1. Dependencia de adscripción del Pp; 2. PS de referencia del Pp; 3. Nombre del Pp; 4. Objetivo nacional del PND con el que se relaciona el Pp; 5. Eje de política pública del PND; 6. Tema del PND; 7. Objetivo de eje de política pública; 8. Objetivo del PS; 9. Fin del Pp (MIR); 10. Propósito del Pp (MIR); 11. Presupuesto original del Pp; 12. Unidad de medida de la población objetivo, y 13. Cuantificación de la población objetivo.

Asimismo, se consideraron para cada uno de los ocho objetivos del milenio las metas establecidas para cada uno de los indicadores (Cuadro 3.12.1). Se tomó del PND la referencia del eje 3. Igualdad de oportunidades, y sus ocho grandes temáticas que hacían referencia a este eje, todas relacionadas directamente con los DSS. Y en relación con uno de los ODM también existía un eje, el de la Sustentabilidad ambiental.

Habiendo tenido esta referencia se definieron los criterios de análisis que consideraron tres posibilidades: 1) identificar una vinculación directa (contención explícita); se revisó que la mayoría de las premisas de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) estuvieran relacionadas (resultantes o consecuencias) con las premisas de los objetivos (o estrategias, de forma indistinta) del PND o de los PS. Para los Pp la vinculación se analizó la premisa del Propósito de la MIR; 2) si se identificaba la relación con al menos una premisa, que si bien no era una resultante o consecuencia mayoritaria, sí tenía un relativo grado de causalidad que se debía tener presente (vinculación indirecta), y 3) si no fue posible identificar alguna estrategia u

objetivo temático de los instrumentos de planeación referidos con la cual establecer la relación de forma explícita (sin vinculación).

Una vinculación directa, era aquella que cuando todas las premisas relacionadas con la meta del milenio tenían una relación de consecuencia con algunas de las premisas del PND o con los PS correspondientes, analizadas, a través de sus objetivos. En los Pp la vinculación se analizó desde la definición del “Propósito” de la MIR de cada uno de estos 121 programas. Cuando se identificaba algo de carácter parcial decidimos otorgarle una categoría de una vinculación indirecta, y cuando vimos que no se parecían en nada decidimos que era sin una vinculación definida.

¿Qué encontramos? Lo primero, la relación de los ODM con el Plan Nacional de Desarrollo. Se identificó una amplia cobertura para 11 de las 21 MDM. Éstas representan los compromisos que México cubre (programáticamente) en el contexto de los ODM. En su totalidad se asocian con los DSS. En gran medida es posible establecer esta vinculación a través de la relación con las estrategias de los Objetivos Temáticos del PND; que tienen un nivel de formulación congruente con el de las MDM. Se observó que existen 10 metas de los ODM para las cuales no se identifica una vinculación de forma explícita en el PND; de éstas, cinco se relacionan de forma indirecta y para cinco no hay vinculación.

En seis de los nueve PS evaluados, se identificaron diversas vinculaciones con las metas de los ODM; en el caso del PS de Trabajo y previsión social sólo se vincula con una meta del milenio. Se observó que en los PS de Economía y de Reforma agraria, así como el Nacional de financiamiento del desarrollo, no se describen objetivos que puedan relacionarse con las metas de los ODM. De forma particular se determinó que en 13 de las 21 metas del milenio, no es posible establecer una vinculación directa con los objetivos de los PS. Sin embargo, en nueve de estas 13 metas sí se estableció una relación indirecta con una o más de las estrategias y objetivos de los PS. Las vinculaciones de tipo directa se establecieron en ocho metas del milenio; cuatro corresponden a las relacionadas con el ODM 7 “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”; que en conjunto se refieren a incorporar el desarrollo sostenible en políticas y planes, reducir la pérdida de la biodiversidad, aumentar la cobertura de agua potable y de servicios básicos y mejorar la calidad de vida de los habitantes de tugurios (Figura 3.12.2).

Las otras cuatro metas se relacionan con reducir la proporción de personas con ingresos menores a 1 dólar diario; lograr empleo pleno y productivo; reducir a la mitad las personas que sufren hambre

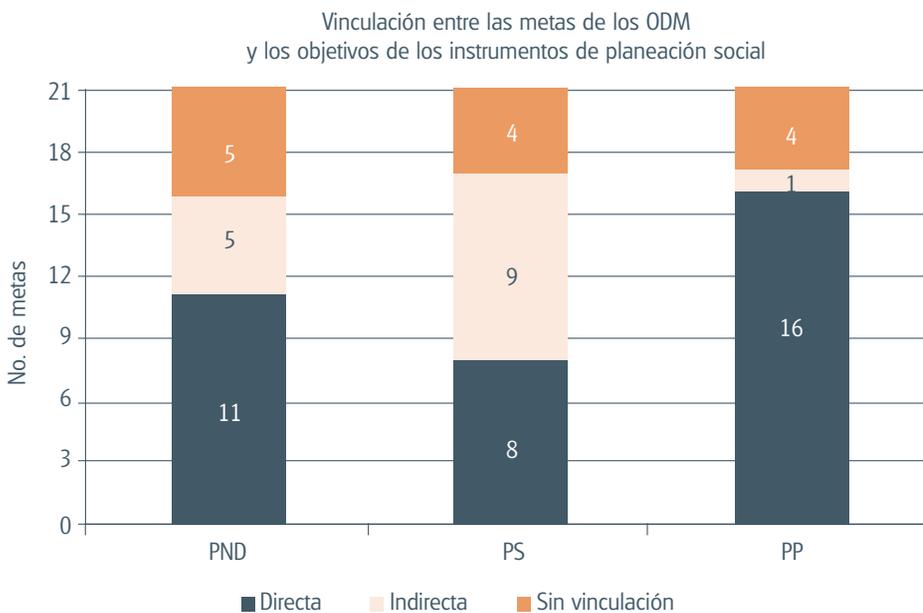


Figura 3.12.2. El resumen de la vinculación.

y, asegurar que los niños y las niñas terminen un ciclo completo de educación primaria.

Existen tres de los ocho ODM que se relacionan con la salud; al respecto, se identificó que las MDM relacionadas con esta atención no se encontraron reflejadas explícitamente en el Programa Sectorial de Salud, porque son atendidas de forma indirecta. El ODM que no se atiende de forma plena es el que considera Fomentar una alianza para el desarrollo. En la vinculación entre los ODM y los Pp, por la naturaleza de éstos se incluyen en esta evaluación los que están sujetos a contar con reglas de operación y bajo la modalidad de subsidio, y los resultados son valorados en su alcance programático.

Destacan algunos Pp que por su carácter de multisectorialidad, como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Empleo Temporal y Estancias Infantiles, pueden vincularse con más de una meta de los ODM. Se identificaron un total de 19 Pp de los 121 analizados, para los cuales no fue posible establecer una relación con las MDM. Éstos se caracterizan por tener propósitos y poblaciones objetivo diferentes a los relacionados con los ODM. Asimismo, con base en el análisis de la cobertura de las MDM según la dependencia federal de adscripción del PP, se observó que:

- todas las dependencias tienen Pp que se vinculan con algún ODM; es decir, contribuyen de forma directa o indirecta a la atención de las metas del milenio. En una visión de participación global, especial mención requieren los Pp de los PS de Desarrollo social y de Salud que se relacionan con 12 y 9 de las 21 MDM, respectivamente
- en particular, las metas del milenio relacionadas con aspectos de salud no están suficientemente representadas en cuanto al número de Pp que las atienden; esto puede ser resultado de que sólo se incorporaron los Pp que tienen la obligatoriedad de formular su MIR
- se confirma la situación referente a la limitada cobertura de planeación del ODM 8 “Fomentar una alianza mundial para el desarrollo”; prácticamente para cinco de las seis metas de este objetivo no se puede establecer relación con Pp alguno. Al respecto es importante considerar que, en los 121 PP analizados no se incluye alguno de la Secretaría de Relaciones Exteriores, con lo cual esta visión podría verse complementada, los ODM más atendidos de forma directa son los relacionados con erradicar la pobreza extrema y el hambre y

Cuadro 3.12.2. Resumen de la vinculación de los ODM con los objetivos de los instrumentos de planeación social

ODM	Meta del ODM	PND	PS	PP
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Meta 1.A Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día	D	D	D
	Meta 1.B Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes	D	I	D
	Meta 1.C Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	D	D	D
2. Lograr la enseñanza primaria universal	Meta 2.A Asegurar que en 2015 los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	D	D	D
3. Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer	Meta 3.A Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes de finales de 2015	I	D	D
4. Reducir la mortalidad infantil	Meta 4.A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años	I	I	D
5. Mejorar la salud materna	Meta 5.A Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna	D	I	D
	Meta 5.B Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva	D	I	D

(Continúa)

Cuadro 3.12.2. Resumen de la vinculación de los ODM con los objetivos de los instrumentos de planeación social (continuación).

ODM	Meta del ODM	PND	PS	PP
6. Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades	Meta 6.A Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015	SV	I	D
	Meta 6.B Lograr para 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	I	I	D
	Meta 6.C Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	I	I	D
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Meta 7.A Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente	D	D	D
	Meta 7.B Reducir la pérdida de biodiversidad alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida	D	D	D
	Meta 7.C Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	D	D	D
	Meta 7.D Haber mejorado considerablemente, en 2010, la vida de al menos 100 millones de habitantes en barrios marginales	D	D	D
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	Meta 8.A Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio	I	SV	D
	Meta 8.B Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados	SV	SV	SV
	Meta 8.C Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General)	SV	SV	SV
	Meta 8.D Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo	SV	SV	SV
	Meta 8.E En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles	SV	I	SV
	Meta 8.F En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones	D	I	I

D, Vinculación Directa; I, Vinculación Indirecta; SV, Sin Vinculación.

con garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; de forma indirecta destaca el relacionado con promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer.

La mejor vinculación se identificó con los Pp. Se observó que 17 de las 21 metas están siendo atendidas. Esto tiene que ver con el nivel de especificidad con el que están planteadas las metas del milenio y la forma operacional con la que se implementan las matrices de indicadores de estos programas presupuestarios (Cuadro 3.12.2).

De manera gráfica en estas láminas se presenta el hecho de que uno esperaría que en la relación de desagregación que se da de manera natural, programáticamente hablando, del Plan a los Programas Sectoriales y a los Programas presupuestarios llama la atención que efectivamente en el caso de los PS se caía esa relación, debido a que no se consideró en la formulación o que sucedió en la formulación de los PS que no daba esa relación. Se lograba resolver cuando entrábamos al concepto de los programas presupuestarios como tal.

De los nueve PS evaluados, la atención de los compromisos del milenio se concentra, en una mayor medida, en cuatro programas: Desarrollo social; Salud; Educación, y Medio ambiente y recursos naturales. Del análisis de la vinculación entre indicadores de los ODM y de los PS se observó una fuerte limitación, ya que prácticamente para todas las MDM los indicadores sectoriales disponibles son limitados en su número y alcance geográfico. Asimismo, se observó que para 11 metas no hay indicadores sectoriales relacionados.

La vinculación de los ODM es más fuerte con los Propósitos (objetivos) de los PP; sólo se registra una relación muy limitada con el ODM 8 “Fomentar una alianza mundial para el desarrollo” y, en particular, con las metas: 8B, 8C, 8D, 8E y 8F, para las cuales no se observó una vinculación directa con algún PP. Existe un grupo de Pp que por su característica de multisectorialidad se vincula con diferentes metas del milenio, como es el caso ejemplo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Nuestro grupo de investigación en Investigación de Salud y Demografía, concluye que esta es una línea que vamos a tener que seguir trabajando y que estamos en espera de los Programas Sectoriales 2013-2018, para que con base en eso nosotros podamos entrar en una relación directa, ya sea con los objetivos del milenio vigentes en este año o con *post* 2015, los que se precisen, para ver esta relación ahora sí con el Plan vigente y los PS, de tal manera que podamos tener una respuesta inmediata y poder sugerir que se actúe un poco más a tiempo.

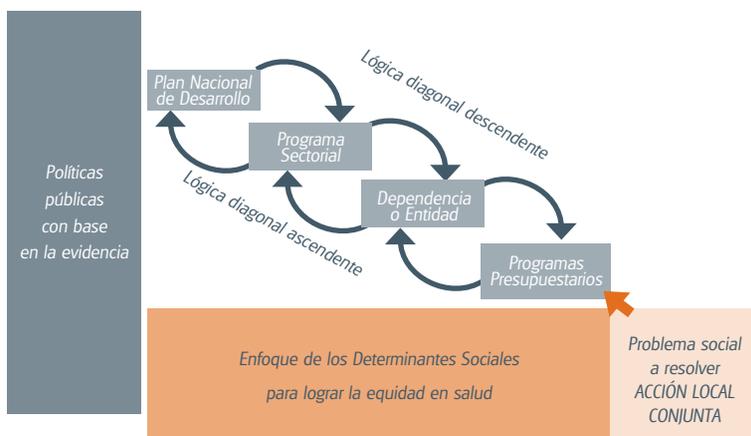


Figura 3.12.3. De la planeación por programa social a la planeación por problema social.

Termino compartiendo con ustedes un diagrama que voy a presentar, un diagrama que ha sido formulado por el doctor Manuel Urbina, en donde lo que plantea es el hecho de que la manera de cómo entrarle a la solución de un problema en nuestro país en materia de planeación, es pasar de la planeación por programa social a la planeación por problema social (Figura 3.12.3). ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que hoy y desde hace más de 50 años nuestro sistema de planeación sigue una lógica descendente: se formula un Plan Nacional de Desarrollo y se nos dice que ese Plan se hace con base en toda la consulta más amplia posible: 380 foros, 15 mil consultas a través de Internet, ahora con esta oportunidad que dan las nuevas tecnologías de información, y ahí viene la relación: Programa Nacional, Programas Sectoriales, dependencias, programas presupuestarios.

Lo que proponemos y lo que necesitamos es que ahora se empiece con la definición de cuál es el problema social que queremos resolver, y a partir de esa acción conjunta entremos con una lógica diagonal ascendente que nos permita que se cierre el círculo. Es decir, si resolvemos un problema social, para la solución de ese problema social vamos a necesitar la interacción del sector público, del sector social, del sector privado, del sector académico, de los tres niveles de gobierno y vamos a poder entrar en un trabajo conjunto.

¿Quién nos da esa oportunidad? Esa oportunidad se llama: el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud para lograr la Equidad en Salud, y esa sería otra manera de ver lo que se conoce como las políticas públicas con base en la evidencia.

3.13 La Educación, determinante clave para la Equidad

Sofía Leticia Morales

He tenido la suerte de transitar, como diría Alfonso Reyes, con los empréstitos interdisciplinarios entre distintas disciplinas y sectores. Mi formación es Educación y Desarrollo, trabajé en la OEA como Directora de Educación y Desarrollo y el privilegio de en la OPS-WDC de coordinar el Grupo de Determinantes Sociales y Promoción de la Salud. Sin embargo, ahora en México mi visión vuelve a la base, a la educación, y quiero compartir con ustedes una mirada desde la educación y los determinantes sociales.

108

Si analizamos lo que se ha visto reiteradamente, con las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, desde la lectura de los determinantes de la equidad, quisiera decir que en la Reunión Regional Preparatoria para la Conferencia de Helsinki, analizando la iniciativa de la “Salud en todas las políticas”, Brasil tomó una posición muy interesante, dijo: “¿Por qué salud en todas las políticas y no equidad en todas las políticas?”. Y el doctor Paulo Buss fue uno de los líderes de ese posicionamiento. Y eso me ha servido para decir, si nosotros queremos realmente lograr que los otros sectores se sumen a esta visión de los determinantes sociales, tenemos que verlo desde la perspectiva de los “Determinantes Sociales de la Equidad”. Los prerrequisitos para posicionar esta iniciativa, son el contexto social, histórico, económico y político que influye en la capacidad de la Salud Pública o la Educación Pública; el conocimiento de la construcción de políticas públicas; un proceso de construcción de políticas democrática y transparente; la estructura organizacional Intersectorial (legitimidad) y la voluntad política.

El contexto que originó Equidad en todas las políticas, se deriva de la propuesta para la construcción de políticas públicas de la iniciativa. Igual al responder a las inequidades en la distribución del poder, el dinero y los recursos, y en proponer, medir y entender los problemas y evaluar el impacto en la acción. De la misma manera, y quiero partir de aquí, que en esta Reunión Regional en Preparación para Helsinki la región de la Américas tomó un posicionamiento: el de la “Salud en todas las políticas” como una estrategia de Estado que implica la planificación coordinada entre los diferentes sectores y niveles de decisión, y es importante hablar de esa visión de lo local, lo estatal y lo federal que se centra en la equidad y garantiza

el derecho a la salud, generar sinergias para avanzar en el bienestar de la población de manera sostenible y sustentable. Veamos ahora esa misma definición, quitamos salud y ponemos equidad y damos entrada al trabajo intersectorial que queremos lograr.

Es un marco que hemos desarrollado en función de entender cómo se da el trabajo intersectorial desde la mirada de salud y de la equidad. Como un prerequisite de lo que ahora estoy llamando “Equidad en todas las políticas”, es entender ¿Cuál es nuestro contexto en México? ¿Cuál es el contexto social, económico y político que nos permite construir políticas conjuntas? ¿Cuáles son las influencias que tenemos de alguna manera en la capacidad de los diferentes sectores? ¿Cuál es el contexto que origina la equidad en todas las políticas?

Actualmente, tenemos el contexto del Pacto por México y las reformas que se proponen. Si no empezamos a influir en el cómo? desde la mirada de la equidad, ya sea que estemos posicionados en salud, en educación y en desarrollo social, no vamos a tener una lectura integral de esas reformas que se están dando en el país, es obviamente la única manera de construir políticas públicas conjuntas con una mirada de equidad.

Obviamente estamos en México, en particular viviendo un momento clave que tenemos que aprovechar, una ventana de oportunidad y de alianzas como son el concepto de “Salud en todas las políticas”, el concepto de los “Determinantes sociales” y el movimiento mundial que apoya su implementación, pero también el desafío de cómo poner sobre la mesa los retos de los ODM, los Objetivos de Desarrollo Sostenible después del 2015.

¿Qué influencia tenemos desde los distintos espacios gubernamentales? ¿Cuáles son entonces los objetivos de la intersectorialidad? Aquí planteo una visión desde Salud y la Educación. Es una visión del trabajo intersectorial donde tomo de los otros sectores, pero no los integro, es cuando sólo me enfoco en la enfermedad o en incluir contenidos en los libros de texto o en el mejor de los casos ampliar cobertura. Una segunda mirada de un foco de acción sería cuando lo que interesa es prevenir las enfermedades o reducir el rezago educativo.

Una tercera, que es donde nos tenemos que centrar, es en las intervenciones para la “Producción social de la salud o de la educación” con esta perspectiva de la equidad. Con esta visión tenemos distintos momentos de cómo trabajamos con los otros sectores: informamos, compartimos información, cooperamos, coordinamos, o tenemos una mirada conjunta del problema.

Un ejemplo del gradiente social de la equidad desde la educación, que cuando vemos el panorama de México encontramos en la Ciudad de México un contexto de privilegio en acceso a la salud, en acceso a la educación que se va desfigurando cuando hablamos de la zona conurbada, ya no le toca tanto al D.F., le toca al Estado de México pues es parte de nuestra situación geográfica; por ello, es importante hacer los mapeos para los gradientes sociales.

El ejemplo es Iztapalapa, la Delegación que concentra 7.7% de la población, pero tiene las condiciones de mayor vulnerabilidad, la mayor población y en términos geográficos un determinante de vulnerabilidad en cuanto las fracturas e inundaciones, la mayor densidad poblacional (Figura 3.13.1), la parte más extensa es San Miguel Teotongo; esos son los gradientes sociales, cómo vamos nosotros con una lupa analizando cuáles son las condiciones de mayor vulnerabilidad. Iztapalapa, que tiene mayor densidad poblacional, tiene mayor marginación urbana, y tomando en cuenta los índices de marginación del Consejo Nacional de Población (Conapo), la mayor vulnerabilidad y los contextos educativos con mayor deficiencia, junto con los riesgos de las inundaciones y las fracturas. Cuando se toman los indicadores de marginación del Conapo se tiene una imagen de los determinantes: educación, salud, vivienda, de alguna manera bienes de la vivienda o bienes de la familia, todo esto nos ayuda a definir cómo llegamos a esa parte más vulnerable.

En Iztapalapa hay recursos de salud diversificados, pero vemos que hay menos recursos en las zonas de alta marginación como San

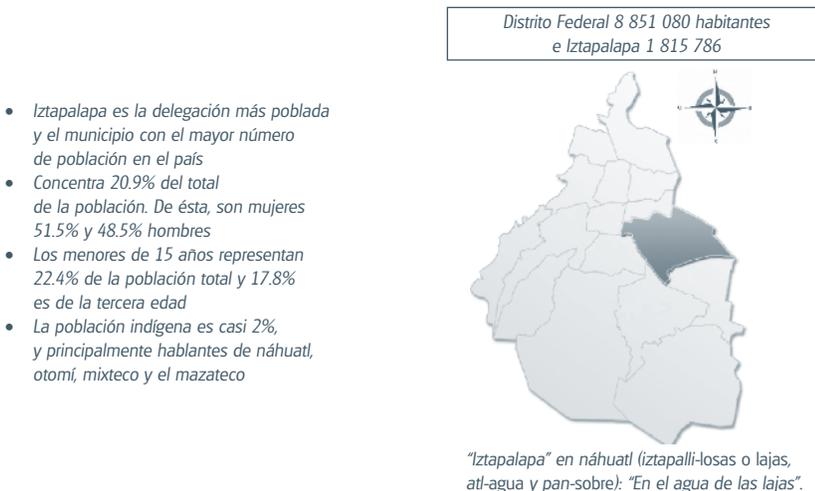


Figura 3.13.1. Contexto de los Determinantes Sociales de la inequidad (ejemplo: Delegación Iztapalapa).

Miguel Teotongo, que es en donde se concentra la mayor vulnerabilidad. No obstante que se ha avanzado en cobertura en salud, todavía 38.3% de la población no tiene acceso a los servicios de salud. Sin embargo, encontramos una Red de Protección Social que proporciona apoyo a la población y es una conquista de la gestión local que cuenta con algunos de los modelos de servicios como son: la base para emergencias; un Centro comunitario; el Centro de atención al adulto mayor; un Centro social; el Módulo delegacional de atención a la mujer y la Unidad básica de Rehabilitación (Figuras 3.13.2 y 3.13.3).

En el acceso a la educación, al ser la Delegación más poblada obviamente tiene servicios clave (Figura 3.13.4). Hay un avance en términos de la prueba Enlace en primaria, y aprovechamiento histórico, el promedio de español y matemáticas de Primaria y Secundaria, medido por el promedio de las calificaciones dado por los maestros.

En función del puntaje de la prueba Enlace, vemos que San Miguel Teotongo es uno también que tiene mayor vulnerabilidad educativa en términos de aprovechamiento académico medido por la prueba “Enlace” (Figura 3.13.5) y medido comparativamente con una

111

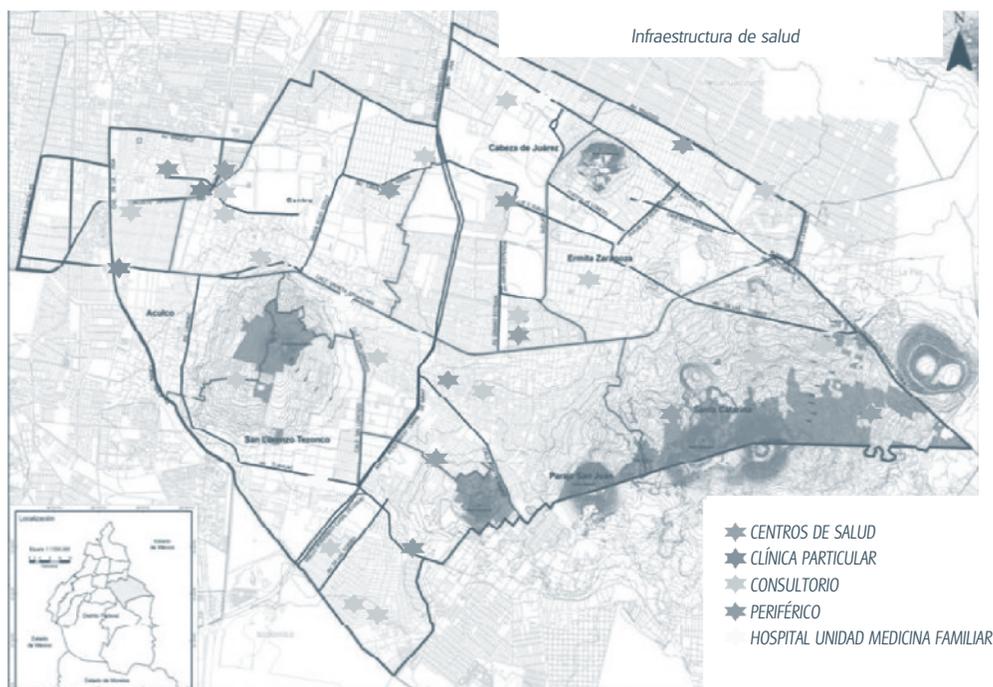


Figura 3.13.2. Infraestructura de salud.

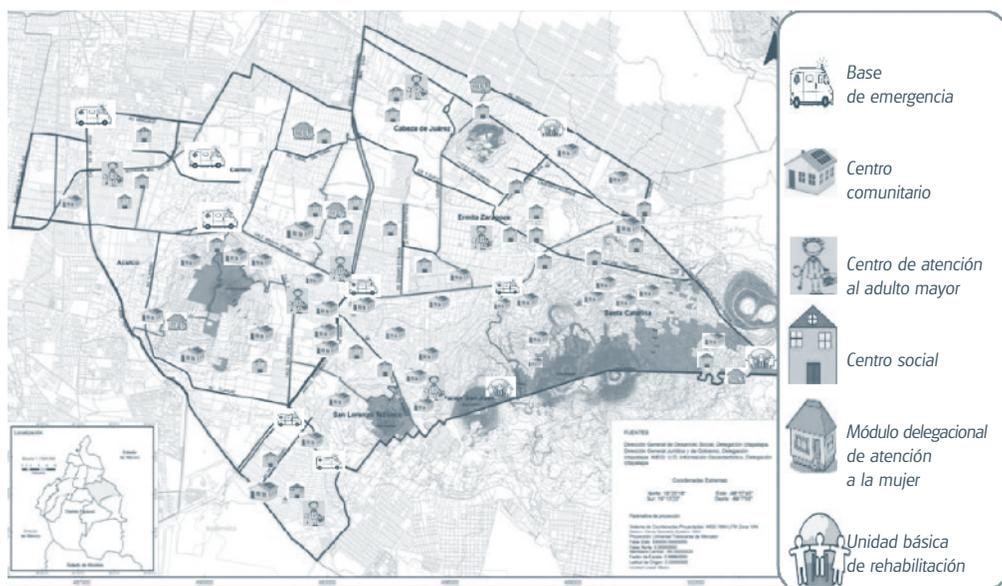
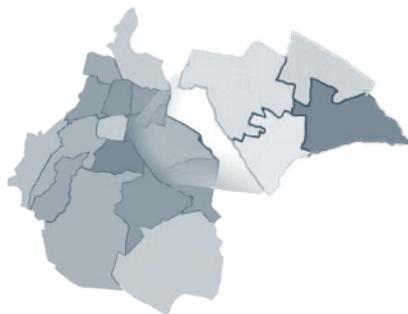


Figura 3.13.3. Red de protección social.

Fuente: Atlas de Riesgos Naturales de la Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2011. Índices de Marginación Urbana, 2010. Conapo.



Matrícula

Nivel	Mat	Vesp	Noct	ETC	TOTAL
Inicial	1 623			3 094	4 717
Preescolar	13 577	9 121		14 637	37 335
Primaria	94 879	56 336	111	23 762	175 088
Secundaria	24 476	15 859	400	12 225	52 960
CAM	764	342		519	1 625
USAER	4 240	1 952			6 192
CEDEX			1 039		1 039
Totales	139 559	83 610	1 550	54 237	278 956

Ciclo escolar 2012-2013

Servicios educativos

Nivel	Mat	Vesp	Noct	ETC	TOTAL
Inicial	23			24	47
Preescolar	63	63		80	206
Primaria	187	184	5	62	438
Secundaria	38	38	4	22	102
CAM	7	5		4	16
USAER	48	30			78
CEDEX			21		21
Totales	366	320	30	192	908

Ciclo escolar 2012-2013

Figura 3.13.4. Acceso a la educación.

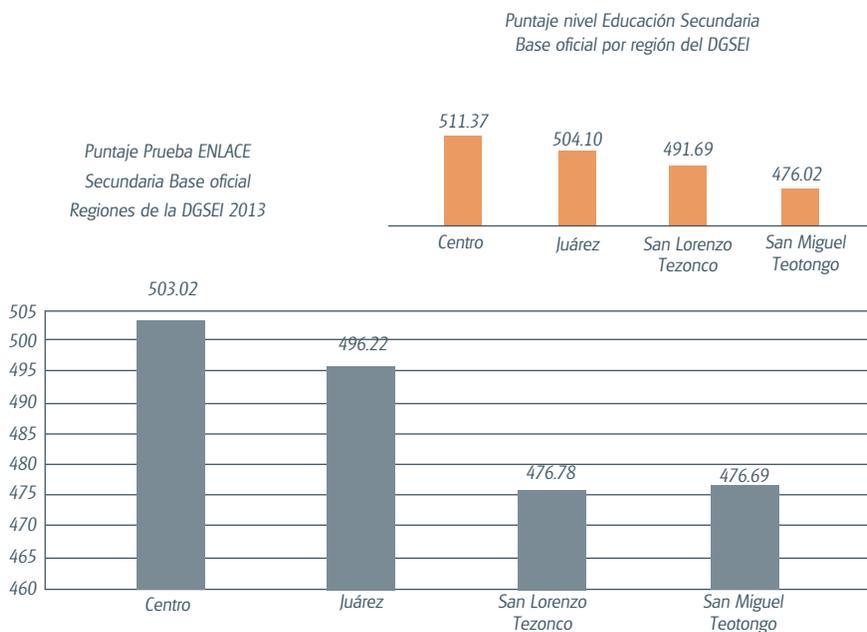


Figura 3.13.5. Resultados de Prueba Enlace nivel Educación Secundaria en diversas zonas de Iztapalapa.
Fuente: Administración Federal de los Servicios Educativos del D.F.

línea de base desde el 2006, pero aquí comparando el año pasado con éste y encontramos que subimos un mínimo. Esfuerzos necesarios hay que hacer para mejorar todavía más.

Termino con estas ideas clave. Desde la educación la mirada en los DS de la equidad, sumados con una “Educación inclusiva” que es el cimiento de una sociedad más justa, que representa una filosofía, un enfoque y un camino para salvaguardar y garantizar el derecho de todos a una educación de calidad que responde a la diversidad. La medimos con el “Índice de inclusión educativa” que tiene cuatro dimensiones: política, socioeconómica, educativa y cultural. Todas incluyen indicadores de marginalidad y todos tienen que ser incluidos en una escuela para todos, pero tenemos también que tomar, encontramos también en Iztapalapa, en San Miguel Teotongo, hay escuelas que tienen 600 puntos, que es el más alto, y escuelas de 400 puntos, que es lo más bajo en Enlace.

3.14 Experiencias exitosas a nivel municipal que tienen como base los Determinantes Sociales de la Salud

Diego González Machín

114

El tema que vamos a presentar es sobre algunas experiencias que han sido exitosas en el trabajo municipal, que tienen como base los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Inicio marcando este hecho del haberse definido cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud porque dio la base para que la OMS comenzara a trabajar dos series de publicaciones.

Esta serie que les estoy presentando a ustedes está disponible a texto completo en Internet (http://www.who.int/social_determinants/publications/en/), da un poco la base de política, la base de lecciones aprendidas y recomendaciones para los países para implementar y tener en cuenta los DSS. La segunda serie que muestra un poco el trabajo con los sectores como vivienda, transporte, energía, educación, trabajo y que da toda una serie de pautas y recomendaciones de cómo podemos fortalecer el trabajo a este nivel.

México tiene una riqueza enorme de experiencias que son exitosas en el ámbito municipal, que circulan a través de algo que es bien marcado en este país y que es la Red de Municipios por la Salud, que coordina la Dirección General de Promoción de la Salud, que cumple 20 años. Esta Red es una cantera, una fuente importante de experiencias exitosas que son mostradas en las reuniones nacionales que circulan a través de la red y que van hacia diferentes ámbitos, diferentes sectores (Figura 3.14.1). Por ejemplo, todo el trabajo de escuela



Figura 3.14.1. Foro de debate y difusión de información de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.



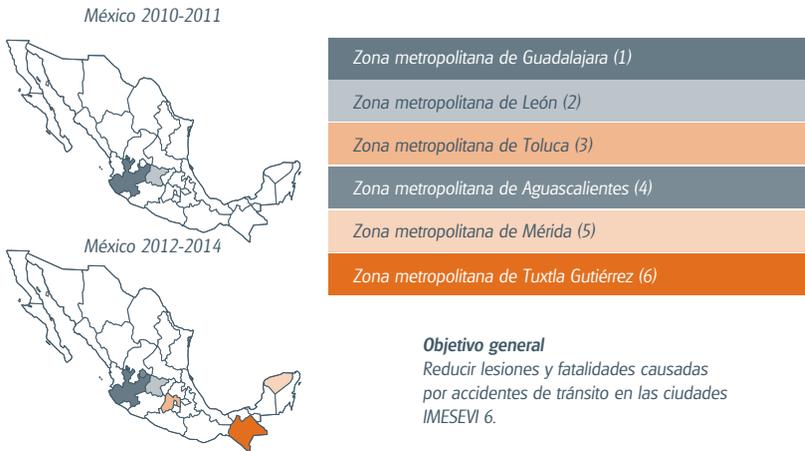
Figura 3.14.2. Implementación de tecnologías de agua y saneamiento a nivel local y escuelas (aplicado en municipios de Veracruz, Tabasco y Chiapas).

y salud que ha mostrado grandes experiencias desarrolladas en los países, todo el tema de trabajar enfermedades que son prioritarias y que son, por ejemplo, el dengue, una problemática que tenemos a nivel del país, y cómo se puede hacer esto desde un trabajo, desde los DSS, proyectos como son los de agua y saneamiento que hemos estado trabajando en Chiapas, Veracruz y Tabasco (Figura 3.14.2), en la implementación de tecnologías sustentables de agua y saneamiento a nivel tanto local como las escuelas y que surgió en el marco de un proyecto del fondo español de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que nos llevó inclusive hasta la entrega de módulos para las escuelas seleccionadas de municipios de estos tres estados que mencioné.

Estamos trabajando también un proyecto que está siendo exitoso a nivel de zonas metropolitanas, que es el proyecto Imesevi, de seguridad vial, que busca la reducción de fatalidades causadas por accidentes de tránsito y que está en esos estados que ustedes ven aquí: Guadalajara, León, Toluca, Aguascalientes, Mérida y Tuxtla y que trabaja dos factores de riesgo: la conducción bajo los efectos del alcohol y el no uso de los sistemas de retención como es el cinturón de seguridad y las sillas portadoras de infantes (Figura 3.14.3).

Todos estos son realmente experiencias que están teniendo como base los DSS y están siendo muy exitosas en México.

Otra de las experiencias que ha sido abordada ya y que me gustaría retomar es el tema de la vivienda. Lo hemos trabajado sobre la evidencia



116 **Figura 3.14.3.** Zonas IMESEVI 6.
 Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

de que existen millones de personas a nivel mundial que viven en condiciones totalmente inhabitables, baja calidad, hacinadas, pagando altos costos e inclusive tienen a veces faltas de acceso a los servicios básicos.

Tenemos en cuenta el impacto que tendría habitar una vivienda de mala calidad desde el punto de vista de salud y todas las enfermedades que se pueden generar por no tener un buen acceso, por ejemplo, al agua y saneamiento a nivel de las viviendas, teniendo en cuenta este paradigma de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, de que para qué tratar a personas que vamos a regresar a su hábitat inadecuado, y teniendo en cuenta también esta declaración internacional, que fue la Declaración de Adelaida (Figura 3.14.4), que

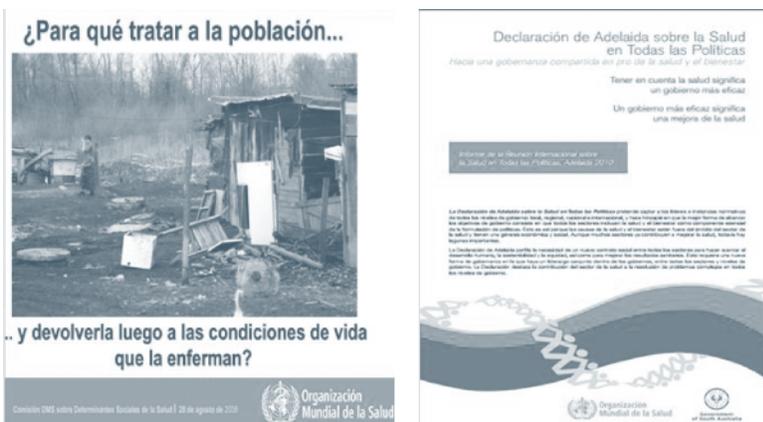


Figura 3.14.4. Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas.

hizo buenas manifestaciones relacionadas con el tema de vivienda, “El diseño de viviendas, la planificación considerando la salud y el bienestar (aislamiento, ventilación, espacios públicos, recogida de basuras) y la participación de la comunidad mejoran la cohesión social y contribuyen al desarrollo sostenible”. Las viviendas accesibles y bien diseñadas y los servicios comunitarios mejoran los DSS.

Para el sector vivienda, considerar los impactos de sus políticas y programas en la salud, puede reportar importantes beneficios. Las políticas y programas de vivienda que consideran la calidad de vida de las personas, crea mejores condiciones de habitabilidad y apoyan la sostenibilidad de las políticas de vivienda en el largo plazo. Para el sector salud, la mejora de DSS como la vivienda es clave para reducir costos de provisión de servicios curativos. Contribuye a la cohesión social y la mejora de otros DSS. En Inglaterra, la baja calidad de la vivienda y sus impactos negativos asociados en enfermedades respiratorias, lesiones o incendios le cuestan al Servicio Nacional de Salud (NHS) hasta £600 millones al año.

Tuvimos en cuenta esta publicación de los DSS al sector vivienda y que da recomendaciones en cuanto a

1. **Construcción.** Las viviendas proveen protección de la intemperie y sustancias peligrosas. Deben proteger de la lluvia y deben ser ventiladas adecuadamente
2. **Seguridad.** Las viviendas aseguran privacidad y seguridad, permitiendo que la gente se sienta segura evitando intrusiones
3. **Tamaño.** La vivienda provee un espacio apropiado, asegurando la separación de ambientes individuales y comunes
4. **Servicios básicos.** Agua, saneamiento, recolección de basura y electricidad están disponibles
5. **Costo.** Los costos de vivienda son razonables dentro de límites aceptados
6. **Accesibilidad.** La localización de las viviendas permite un acceso razonable a servicios sociales, espacios de recreo y lugares de trabajo
7. **Tenencia.** Los regímenes de tenencia aseguran continuidad de ocupación y promueven la estabilidad de los individuos, los hogares, y las comunidades
8. **Protección del cambio climático.** Las viviendas protegen a sus ocupantes del cambio climático, temperaturas extremas y contribuyen a la reducción del efecto invernadero.

Teniendo en cuenta todos estos elementos nosotros trabajamos un proyecto en Chiapas de “Vivienda saludable” que los considera: alude a un espacio que promueve la salud de sus moradores. En particular, la vivienda saludable cumple con las siguientes con-

diciones fundamentales: tenencia segura; ubicación segura, diseño y estructura adecuada y espacios suficientes para una convivencia sana; servicios básicos de buena calidad; muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguros y eficientes; entorno adecuado que promueva la comunicación y la colaboración y hábitos de comportamiento que promueven la salud. Esto se construyó en San Cristóbal de las Casas, en Albarrada, un modelo demostrativo de vivienda saludable que tiene en cuenta todos esos elementos y que comenzó analizando un perfil epidemiológico de la zona para saber qué tipo de construcción era la que se podía hacer (Figura 3.14.5).

Se tuvieron en cuenta los costos, se tuvieron en cuenta los materiales que fueran de uso local, se tuvieron en cuenta todas estas recomendaciones, por ejemplo, tecnologías a nivel de las cocinas de leña mejoradas, ahorradoras de leña y también menos contaminantes, toda la construcción de materiales en la cocina, filtros de agua, se trabajó todo el tema de educación en la parte del uso de los sanitarios, de utilizar, por ejemplo, bañeras o ducha independientes fuera del hogar con todas esas tecnologías recientes (Figura 3.14.6), los lavamanos, lavarropas, el uso de fosas para basura, el uso de trampas de grasas, por ejemplo, y también la utilización en el exterior de la vivienda del corral para los animales domésticos.

La superficie total construida es de 56 m² y los costos (pesos) son:

Materiales	\$ 79 000
Mano de obra	\$ 22 000
Muebles	\$ 12 000
Equipamiento	\$ 8 000
Costo total:	\$ 121 000



Figura 3.14.5. Modelo demostrativo de "vivienda saludable".

Fuente: http://www.who.int/social_determinants/publications/en/



Figura 3.14.6. Vista interior de una "vivienda saludable".

Fuente: Modelo demostrativo construido en el Cedeco-la Albarrada, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

En ese modelo demostrativo que también incorporó como medio de educación, como medio de capacitación, para tanto tomadores de decisión como las comunidades, se incorporaron tecnologías alternativas de agua y saneamiento. Tienen separación de ambientes, mosquiteros, recámara para la pareja; baño, regadera, calentador, lavarropa, fosa para basura.

El modelo ya se replicó y se llevó a dos ciudades, llamadas: ciudades rurales, que están ubicadas en Chiapas y que son Ixhuatán y Jaltenango (Figura 3.14.7), que hicieron una réplica de todo este modelo demostrativo ya adaptado a la realidad de esas municipalidades y ya hay una réplica del modelo demostrativo llevado ya a un tamaño real para las comunidades que fueron desplazadas a finales de año, fueron mil familias que fueron beneficiadas y que estaban en situaciones de calamidad por los desastres y donde tuvimos en cuenta todos los requerimientos de una vivienda saludable.

Todo el tema de fuerte compromiso político, tanto a nivel local como a nivel estatal, una sólida experiencia técnica e intercultural con una colaboración intersectorial permanente e intensiva y



Figura 3.14.7. Replicación de “viviendas saludables” en dos ciudades rurales de Chiapas.

120

también con un enfoque multidisciplinario que llevó al agrupamiento de múltiples instituciones que estuvieron trabajando juntas y con las cuales estuvimos involucrando también a la Academia, tuvimos dos universidades trabajando en esto, que fueron la UNACH y la UNICACH. Y una fuerte participación comunitaria, donde hay un nivel de participación activa importante de la comunidad desde el momento del diagnóstico que se realizó de



Figura 3.14.8. En el logro exitoso es esencial la amplia participación y acción por parte de la comunidad. Fuente: Secretaría de Salud, DIPRIS-Gobierno de Chiapas.

las condiciones de vida que ellos tenían y también los diagnósticos de salud que se estuvieron haciendo en ambas ciudades. Hubo mucho trabajo con las comunidades, trabajo de educación, se hicieron talleres participativos bien interesantes en el tema de salud infantil, trabajo con los niños, se trabajó en la educación de las comunidades en relación con la higiene de la vivienda y también en cómo socializar más en todos estos espacios que se construyeron y que ya no son parte de la vivienda, sino que son parte de la propia sociedad, como es el mercado y como es el tema de los locales comerciales, los parques microindustriales, etcétera, el equipamiento de las potabilizadoras, las plantas potabilizadoras.

Una serie de instituciones que fueron creadas tanto de educación como de salud y también se dejaron muchos materiales educativos, tanto de higiene de la vivienda como de cómo seguir construyendo (Figura 3.14.8). Vamos a suponer, si yo tengo que agregar una habitación más en la vivienda, cómo yo lo hago para que no sea diferente a lo que ya existe.

Se hicieron muchos talleres de capacitación a nivel técnico, a nivel comunitario, aquí les muestro un ejemplo del taller de residuos sólidos y prácticas a nivel de este tema. Y sobre todo se trabajó mucho el tema de desarraigo y arraigo de las comunidades, que pensamos que eso es fundamental para que estas comunidades se eduquen y que realmente puedan aprovechar todo lo que se les estaba ofreciendo.

4.1 Estado del arte de los Determinantes Sociales de la Salud

Michael Marmot

Se habla de acciones prácticas y de la necesidad de idealismo y realismo; según lo dicho por la OMS “los ideales legalistas son los realistas del futuro”. Un enfoque de lo que se quiere idealmente. Publicamos el Informe de la Comisión sobre DSS y tratamos de evidenciar la importancia de cerrar la brecha en una generación, no como una predicción, sino como una declaración con conocimiento de causa. La pregunta aquí es si existe la voluntad política para hacerlo. México ha pasado de ser un país pobre a ser un miembro del club de los países ricos de la OCDE, ha mejorado la esperanza de vida y también la velocidad del crecimiento de la población (Figura 4.1.1).

Es razonable partir del supuesto de que si México y Corea pudieran mejorar a la misma velocidad en los años ochenta, potencialmente hubiera sido posible que México y Corea fueran mejorando al mismo ritmo en la década de los noventa. Sin embargo, esto no ocurrió y por lo tanto es un reto. A medida que las cosas han cambiado en México vemos que queda aún mucho por hacer. Los gastos en atención de la salud per cápita, por persona, aún son muy bajos y producen diferencias entre mujeres y hombres en la esperanza de vida (Figuras 4.1.2 y 4.1.3).

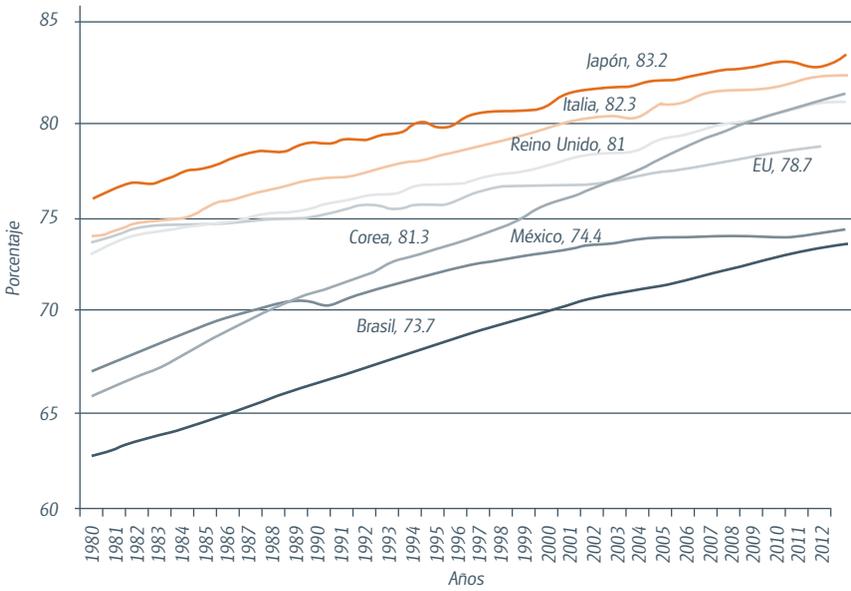


Figura 4.1.1. Esperanza de vida al nacer (años).
Fuente: Data from the OECD.

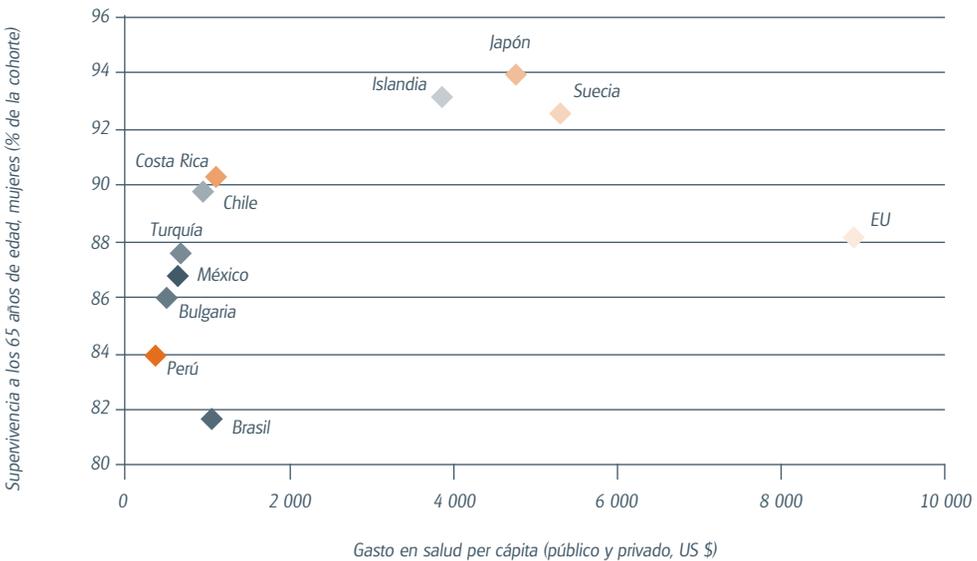


Figura 4.1.2. Porcentaje de supervivencia a la edad de 65 (mujer) y el gasto en salud per cápita (2012).
Fuente: The World Bank, World Development Indicators.

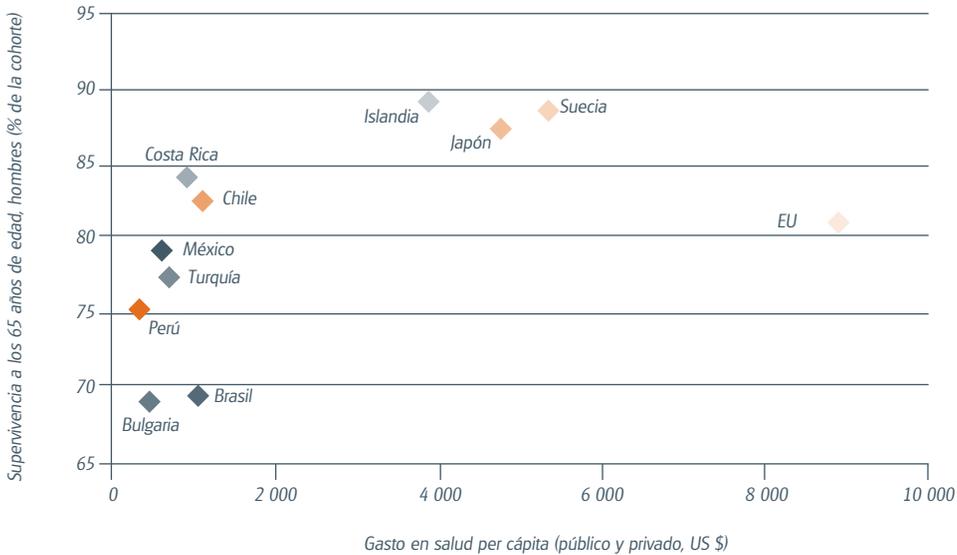


Figura 4.1.3 Porcentaje de supervivencia a la edad de 65 (hombre) y el gasto en salud per cápita (2012). Fuente: The World Bank, World Development Indicators.

Las preguntas son, ¿Qué les hace pensar que si gastan todavía más en atención de la salud va a mejorar la salud? ¿No cree usted que debería gastarse mejor ese dinero, por ejemplo en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)? ¿Qué es lo que ha ocurrido en los últimos seis años, en los años transcurridos desde que publicamos el Reporte sobre los DSS? ¿Cómo aplicar las recomendaciones de la Comisión Global a un solo país?

En las publicaciones sobre DSS como “Sociedad justa, vidas saludables” o la “Revisión de los DSS y la salud dividida en la región europea de la OMS” o la de “Inequidades en salud en la Unión Europea” muestran los hechos que ver con ser idealistas y ser realistas (Figura 4.1.4).

“La evidencia nos muestra que si colocamos la justicia en el centro de las políticas, puede mejorar la salud y van a disminuir las desigualdades”.

La revisión europea de los DSS, también se hizo para hablar de desigualdades de salud en la Unión Europea. Se muestra que en la esperanza de vida sin discapacidad, la curva es mucho más pronunciada. De hecho, la diferencia entre los percentiles 80 y 90, para la esperanza de vida libre de discapacidad es de 17 años en un país rico. La atención se debe poner no entre la parte inferior y la superior, sino en el gradiente. No se trata de la gente rica y pobre; se trata de todas las personas, y las que están por debajo de la parte superior tienen una situación diferente de la parte inferior porque lo que queremos es que todo el mundo tenga la misma buena salud, es algo que debe ser factible.



Figura 4.1.4 Publicaciones sobre Determinantes Sociales de la Salud.
Fuente: UCL Institute of Health Equity.

126

Otro ejemplo de estadística económica es la edad a la cual las personas empiezan a recibir pensión en Gran Bretaña, actualmente es de 65 años. El gobierno previo quería que fuera a los 68 años para el año 2046, pero el gobierno actual quiere que esto ocurra mucho más pronto. Su conclusión es que si la edad de la pensión fuera de 68 años actualmente, tres cuartas partes de la población no tendrían esta esperanza de vida libre de discapacidad a esa edad. Si se hace la edad del retiro a los 68 años la gente pasaría de tener una pensión a recibir beneficios por discapacidad. Pero si quieren que la gente trabaje más tiempo tendrá que actuar el gradiente social de salud y tendrán que actuar en toda la sociedad (Figura 4.1.5).

En la revisión británica hicimos seis recomendaciones:

- 1) *Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida*
- 2) *Que todos los niños, jóvenes y adultos aprovechen al máximo sus capacidades y que tengan control sobre sus vidas*
- 3) *Crear empleos justos y buenos trabajos para todos*
- 4) *Asegurar un nivel de vida saludable para todos*
- 5) *Crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles*
- 6) *Fortalecer el papel y el impacto de la prevención de una mala salud.*

La cuarta recomendación fue realmente radical, en un país rico todo mundo debería tener un ingreso mínimo necesario para tener una vida saludable; tener dinero suficiente para calentar su casa en el invierno.

En Gran Bretaña hoy en día la gente tiene que elegir entre la calefacción y comer; pueden estar en una casa fría y comer o pueden tener la casa muy calentita, pero no comer. Al comparar la clasificación in-

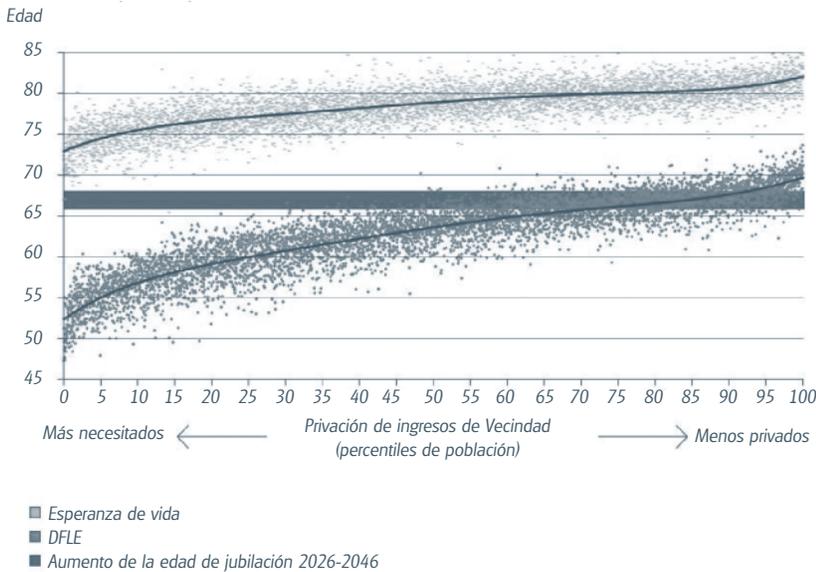


Figura 4.1.5 La esperanza de vida y la esperanza de vida libre de incapacidad al nacer por la privación de ingresos barrio, 1999-2003.
 Fuente: Office for National Statistics.

ternacional de educación, en 25 países europeos que incluimos en la revisión, encontramos que Suecia tiene la mejor esperanza de vida a los 25 años entre todos esos países (Figura 4.1.6), y hay una diferencia estrecha en cuanto a la educación, esto es porque todos los suecos tienen un buen ambiente, todos tienen acceso a la atención de la salud, permiso de maternidad, de paternidad y guarderías con subsidio del Estado.

La educación en todas partes es buena para la salud, porque la educación nos da habilidades para la vida, nos da control de la vida. La educación es empoderamiento, y esto es cierto tanto en Suecia, como en Hungría como en Estonia. Pero hay una segunda razón por la cual la educación es importante: la educación, como lleva a una posición social más alta, nos permite tener un hogar, nos da mayor acceso a la atención de la salud, nos da un mejor ambiente donde vivir. Hay diferencias marcadas entre hombres y mujeres. Yo diría que a nivel global hay que saber cómo las personas con mayor nivel educativo pueden tener una buena salud. Esto nos llevaría a decir: “Hay que elevar el nivel educativo de la gente”, hay que enfocarnos en los estratos inferiores y no en los superiores; tratemos de que quienes están en el estrato inferior lleguen el estrato superior.

Respecto al desarrollo infantil, la igualdad en el bienestar infantil, se encuentra en los primeros lugares entre los países de la

OCDE: Dinamarca, Finlandia, Holanda y Suiza; después Islandia, Irlanda Noruega y Suecia. Suecia está un poquito detrás de Finlandia mientras que Reino Unido se localiza en el número cinco. Para mejorar el bienestar infantil existen dos estrategias: la primera es reconocer qué tipo de buenos servicios pueden promover un buen desarrollo infantil temprano, y los buenos servicios realmente marcan una diferencia. Hay una segunda estrategia que debería ser reducir las desigualdades materiales y las desigualdades económicas (Figura 4.1.7).

Por ejemplo comparemos a Latvia y a Suecia. Los niveles de pobreza infantil en Latvia eran de alrededor de 35% y en Suecia como 32% antes de transferencias, pero después de transferencias, la pobreza infantil bajó a 25% en Latvia y a 12% en Suecia, lo que significa que mientras sea menor la pobreza infantil, menores son las tasas de pobreza en general y menores son las tasas de delincuencia.

En países como Argentina, Brasil y México también las desigualdades en el ingreso se mantienen desde hace varias décadas (Figura 4.1.8). En México, no obstante el descenso relativo de la pobreza en sus tres dimensiones, nacional, urbana y rural, destaca que 54% de los menores de 18 años de edad viven en la pobreza (21.4 millones de niños y jóvenes) y 4.7 millones (12%) viven en pobreza extrema. Sin embargo, entre 2008 y 2010, la pobreza y la extrema pobreza de los niños y adolescentes de 18 años de edad, no aumentó.

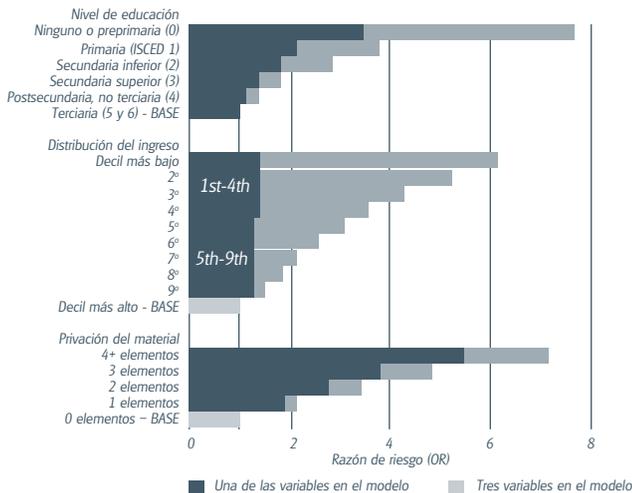


Figura 4.1.6 Probabilidades estimadas de informar mala o muy mala salud en general por las características socioeconómicas, 25 estados miembro de la Unión Europea 2010. Fuente: Health inequalities in the European Union (EU).

Clasificación por países: la igualdad en el niño, el bienestar material, la educación y la salud

Puntuación	País
8	Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Suiza
7	Islandia, Irlanda, Noruega, Suecia
6	Austria, Francia, Alemania, Polonia, Portugal, Canadá
5	Bélgica, República Checa, Hungría, Luxemburgo, Eslovaquia, España, Reino Unido
3	Grecia, Italia, Estados Unidos

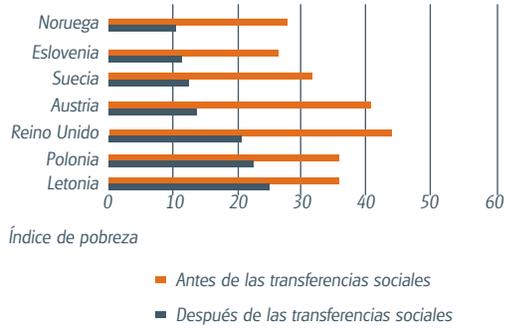


Figura 4.1.7 Tasas de pobreza infantil menores de 60% de la media antes y después de las transferencias sociales 2009.

Fuente: UNICEF Report Card 9, ranking 24 OECD countries by their performance in each of three dimensions of inequality in child well-being.

Fuente: EU SILC

¿Qué se puede hacer con los gobiernos locales? Se consultó, por ejemplo, a los Consejos de Londres sobre cuáles eran las prioridades y la mayoría identificó los principios que propusimos: a) empoderar a la población individual y sus comunidades; b) mejorar el acceso a los servicios de salud y atención social de Londres, y c) reducir las desigualdades en los ingresos y minimizar las consecuencias de salud negativas de la pobreza relativa; de la pobreza no absoluta sino de la pobreza relativa, de esta manera podemos ponerlo dentro de la agenda.

Por ello, el Alcalde de Londres nos solicitó el diseño de intervenciones sobre los DSS y se introdujo una estrategia de salud e igualdad con cinco objetivos:

1. *Potenciar a los londinenses y sus comunidades para mejorar la salud y el bienestar*
2. *Mejorar el acceso a los servicios sanitarios y sociales de Londres, sobre todo para los que tienen las peores condiciones de salud*
3. *Reducir las desigualdades de ingresos y reducir al mínimo las consecuencias negativas para la salud de la pobreza relativa*
4. *Aumentar las oportunidades de las personas para acceder a los beneficios potenciales de trabajo y otras formas de actividad significativa*
5. *Desarrollar y promover a Londres como un lugar saludable para todos desde viviendas a los barrios y de la ciudad en su conjunto.*

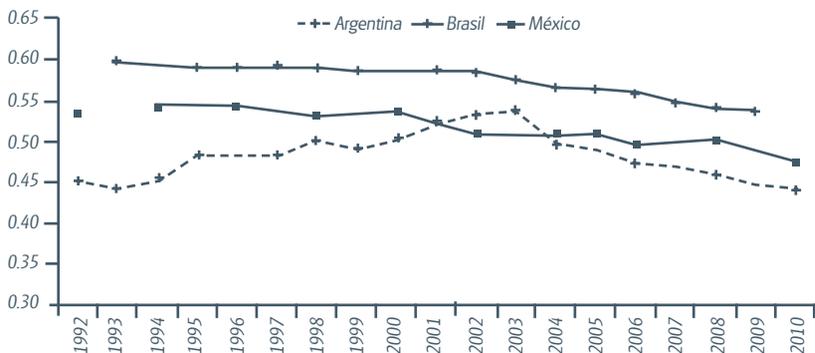


Figura 4.1.8 Desigualdad de ingresos en Argentina (urbana), Brasil y México 1990-2010.

Fuente: Based on data from SEDLAC (CECLAS and The World Bank), March 2012. (<http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng/>)

Nota: los datos de Argentina son para las zonas urbanas solamente. Representan 66% de la población total. Lusting, Lopez-Calva, Ortiz-Juárez, CGD, 2012.

130

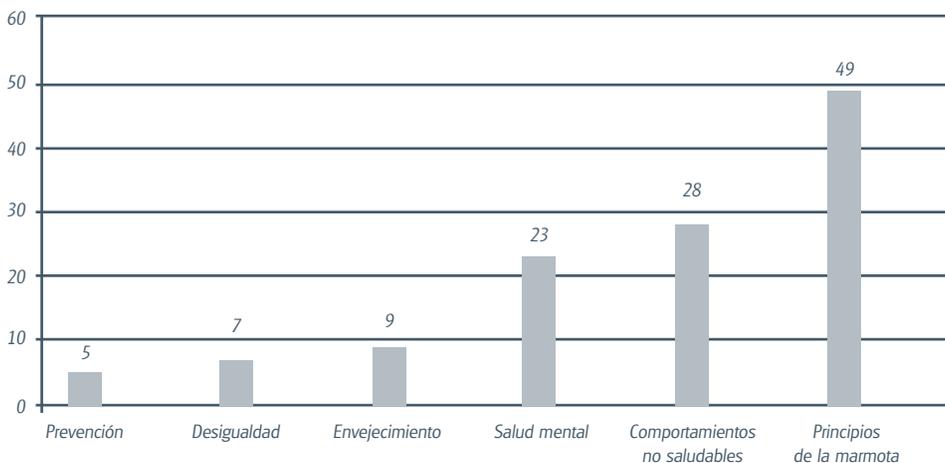


Figura 4.1.9. Prioridades acordadas por la salud y el bienestar de 65 juntas - gobierno local de Inglaterra.

Fuente: Kings Fund, 2013.

Asimismo, hicimos un informe en Inglaterra sobre el papel y lo que pueden hacer los profesionales de la salud (Figura 4.1.9). Hablamos de: a) fuerza de trabajo, educación y formación; b) trabajar con las personas y comunidades; c) las organizaciones del National Health System; d) trabajar en asociación; e) fuerza de trabajo como defensores, y f) el sistema de salud - Retos y Oportunidades.

Cuando publicamos la revisión europea vimos que algunos países tendrían niveles de salud como los de algunos lugares de África y al mismo tiempo tenían niveles de salud como los de países de ingresos más altos de Europa, y creo que lo mismo pasa en México. Hay muchos contrastes en los niveles de salud.

Dijimos entonces que persisten las inequidades de salud dentro de los países y entre los países. Las desigualdades de salud son innecesarias, evitables e injustas, por lo tanto hay que hacer algo. Y si ya están haciendo algo, pues hay que hacer más, y si ya están haciendo más, pues entonces hay que hacerlo mejor, esto por razones morales y prácticas: queremos mejorar la salud.

4.2 Los Determinantes Sociales de la Salud y el impacto de la medicina antienviejecimiento

131

Astrid Stuckelberger

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y el impacto de la medicina antienviejecimiento no es un tema fácil, es un tema sumamente interesante, muy provocativo en términos intelectuales y nos da mucho en qué pensar sobre los DSS. Voy a abordar el pasado, el presente, pero especialmente del futuro. Ahora que tenemos 150 años de la Academia Nacional de Medicina nos muestra que el futuro llega muy rápidamente, el futuro ya está aquí en la medicina y el futuro ya está aquí en el envejecimiento. Soy especialista en envejecimiento y he trabajado para el gobierno suizo y las Naciones Unidas y en 2006 el gobierno suizo me pidió que hiciera una investigación sobre medicina antienviejecimiento para el Centro de Investigación Tecnológica. Esto con el propósito de que los formuladores de políticas supieran qué es cierto, qué no es cierto y cuáles son las recomendaciones de política que debemos hacer sobre el envejecimiento. Publiqué dos libros sobre medicina antienviejecimiento y la revolución de la longevidad tratando de sintetizar lo que se ha hecho y hace en investigación.

El Impacto de la Medicina AntiEnvejecimiento sobre los DSS implica analizar las cuatro transiciones que se han dado sobre este tema. El envejecimiento no es sólo la transición demográfica, sino también la epidemiológica, la sociocultural y la cuarta transición que es la transición tecnológica o revolución tecnológica. Tenemos que establecer prioridades sobre el envejecimiento ya que las enfermedades no transmisibles son envejecimiento.

Hay informes de enfermedades crónicas que no mencionan el envejecimiento y el envejecimiento aún no es parte de la agenda de Naciones Unidas (ONU) en muchos sentidos. Si vemos el presupuesto, y yo critico mucho a la ONU —soy Jefa del Comité sobre Envejecimiento y trabajo en este tema en la OMS— y siempre digo que el envejecimiento es el último hijo de la ONU. Hay una sola persona en Naciones Unidas que trata del envejecimiento, una persona en Nueva York y eso es todo. Ahora China ha pedido un área de envejecimiento para la ONU. Es por ello que hay un verdadero problema y quiero mencionarles la realidad sobre estas cuatro transiciones.

En primer lugar, diré que estamos viviendo una paradoja de dos realidades. Sabemos que la población está envejeciendo, el número de personas de 80 años y más, y que es en todas partes del mundo pero más rápidamente en el mundo en desarrollo. Sabemos también que las tasas de fecundidad están disminuyendo en todas partes. Además del incremento en la esperanza de vida, en porcentajes y números, hay una verdadera revolución de longevidad que ha hecho que estas cifras se dupliquen ya no cada 10 años, sino cada cinco a siete años en todas partes del mundo y tenemos gran cantidad de centenarios. En República Dominicana, en la Isla de Dominica se tiene la mayor proporción de personas mayores de 100 años. Esto se ve no únicamente en el mundo en desarrollo sino en el mundo desarrollado y Japón es el mejor ejemplo. La revolución de la longevidad no únicamente nos habla de tres generaciones en una familia, sino podemos tener cuatro o cinco generaciones, dependiendo de cuál es la edad de la madre.

Hacer políticas para tres a cinco generaciones es todo un reto y esto generalmente no se aborda ni se analiza en detalle. Si reducimos las generaciones hay cuando menos dos generaciones que ya están jubiladas. No tenemos entonces un solo grupo grande de personas grandes, sino de dos a tres generaciones con efectos de cohorte y efectos de generación. Y hay un grupo especial muy importante, las generaciones de mayor tamaño son las de los “*baby boomers*” (1945-1959). No son tan sólo la mayor generación que haya habido, sino son una generación que se presenta con demandas sobre los DSS y demandas en términos del estilo de vida.

Tenemos ahora el envejecimiento con una mayor longevidad. Al pensar en esto y en el mundo del envejecimiento, sabemos que mientras más envejece uno más se necesita de intervenciones médicas y éstas necesitan tecnología, y cada vez crece la demanda de una ingeniería del cuerpo con caderas de titanio, marcapasos, dientes artificiales y diferentes materiales en el cuerpo. No es un chiste decir que el envejecimiento es el sitio en el que la tecnología y la tecno-

logía médica se unen. En Zurich, Suiza, que es donde nació, tiene un cementerio en donde tuvieron que escarbar y lo que ocurrió es que al sacar los cadáveres encontraron gran cantidad de toxicidad y muchos dispositivos, por lo que tuvieron que llamar al Departamento de Saneamiento para limpiar el aire y desintoxicar el área. Ese es el resultado de nuestras vidas y esto es cada vez más así con la revolución tecnológica. Nos encontramos en una era en que el cuerpo humano no es de la versión cero sino 2.0 y estamos modificando el cuerpo, ustedes ya son cuerpos modificados y las intervenciones médicas parecen antinaturales de este paradigma que es tan diferente. Pensemos que ya estamos en la era de los seres humanos versión 2.0 (Figura 4.2.1).

La imagen del centro es de la American Academy of Medical Anthropology, de un veterano de la guerra de Vietnam, quien tiene una mano biónica, marcapasos, bombas de insulina, ojos biónicos e incluso un auxiliar auditivo, y hay muchas otras cosas que no se ven en la imagen porque son sustancias químicas. Esto es acumulación y hay una teoría de la acumulación. Ahora con la tecnlogización hay la comercialización de la longevidad y la medicina, la medicina ya no está únicamente en las manos de los médicos, sino en la mano de los ingenieros, de los ingenieros químicos, en la Bioquímica en gran parte y en la industria de los alimentos y la de modificación de

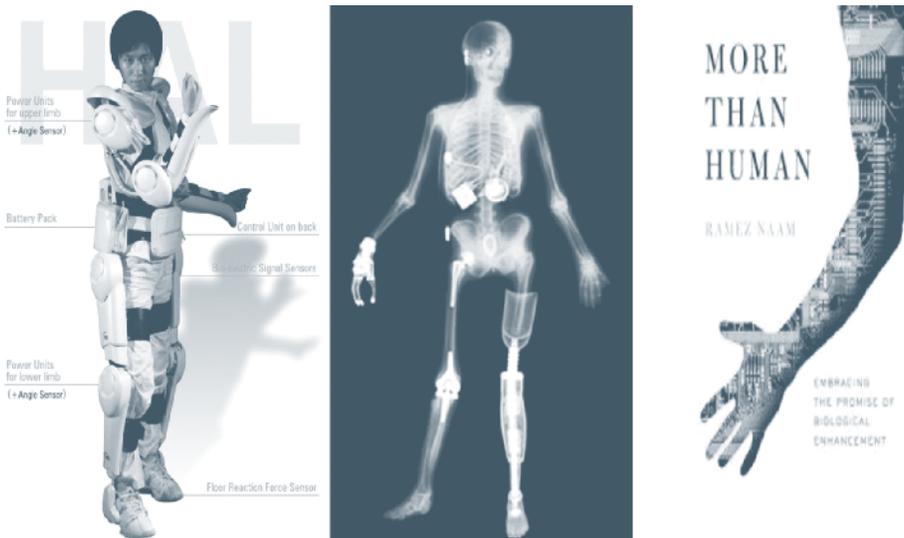


Figura 4.2.1. Revolución: transferencia de biotecnología al ser humano.

Fuente: Stuckelberger A. University of Geneva, Switzerland; 2012

alimentos. Estamos en una nueva era de la Medicina y creo que los DSS tienen que ver con mucho detenimiento este doble paradigma.

Esta revolución pasa de la Biotecnología a la Ingeniería, de las células madre a la Genética, está la Ingeniería del corazón, que está llevando la actividad física al extremo, con longevidad extrema, suplementos alimenticios, fármacos, monitoreo, cuantificación de las células. En California hay una conferencia que se lleva a cabo en Silicon Valley, cuantificando todo lo que hace el sueño, la alimentación, el movimiento, las células, esto es parte de este monitoreo de la salud, y de las soluciones biónicas y robóticas, en particular las de Japón. El mundo está cambiado con el envejecimiento y las generaciones mayores, por ello, debemos dar respuesta a estas preguntas: ¿Qué pasa con los DSS? ¿Estamos construyendo políticas sobre la evidencia del siglo xx o del siglo xxi o a partir de nuestros prejuicios sobre salud y tecnología? ¿Estamos proyectando nuestro pasado y a nuestros abuelos o incluso nuestra vida en los DSS? o ¿Estamos viendo realmente toda la evidencia, incluida la tecnología y la innovación? La realidad es que tenemos cuatro escenarios del cambio: 1, la longevidad mundial; 2, los estilos de vida; 3, el efecto generacional, y 4, los cambios en la medicina.

El otro punto al que quiero referirme es la globalización, porque tiene efectos en los estilos de vida, las elecciones y los derechos. Una investigación de salud pública brasileña mostró que una telenovela de Estados Unidos había logrado un cambio en la política de fecundidad de tener dos hijos. Hay nuevas funciones, nuevos conceptos del cuerpo, nuevos comportamientos; en el siglo pasado en el que se tenían muchos hijos y pocas generaciones, ahora son muchas generaciones que se comportan de manera transnacional, con menos hijos. Estamos viendo un efecto de generación que sería el otro factor, uno puede ser viejito y ponerse ropa color rosa o ponerse corbatas rojas. Aquí los *baby boomers* están volviendo al escenario con el *Rock and Roll*. Todos ellos con auxiliares auditivos por haber escuchado la música a un alto volumen están regresando a la música utilizando la medicina cosmética, eligiendo su vida como nunca antes lo había hecho ninguna generación. Un ejemplo, en Holanda tuvimos el primer asilo especial para *hippies* porque había demasiados drogadictos con metadona y ellos oían mucho *Rock and Roll*. Ese es un efecto de lo que es la salud de esa generación. Hay otros nuevos fenómenos, como los hogares para prisioneros de edades mayores en Suiza y en otros lugares para los grupos lésbicos, *gays*, transgénero transexuales de edad mayor, porque el sexo biológico ya no queda tan claro, entonces tenemos asilos para homosexuales

y lesbianas, hay diferentes estilos y maneras sociales en las que esta gente vive. Finalmente la revolución tecnológica, ha habido cambios en la Medicina, en los dispositivos, el proceso de diagnóstico, las mediciones que se hacen, los protocolos de cómo llegan los pacientes, ya que ahora los pacientes ya han “*googleado*” y vienen informados sobre su enfermedad.

Es un nuevo paradigma en la Medicina: la Ingeniería de la Salud, la Ingeniería de sus Determinantes y la Ingeniería del Trabajo. Los cirujanos sabrán que existe el robot “Da Vinci” que permite hacer cirugías a distancia, y todos estos dispositivos no están presentes sólo en el mundo desarrollado sino que se están adaptando, personalizando y comercializando en todo el mundo, por ejemplo, en Tailandia, que tiene grandes y muy buenos hospitales, los chinos que están viniendo a Suiza para conocer nuestra nueva tecnología y poder copiarla en su país. Hay un cambio en la Medicina, además del cambio epidemiológico y la transición epidemiológica en que las enfermedades están cambiando. Al mismo tiempo se tiene un cambio en su práctica, ahora está el “doctor *Google*” que nos permite hacer nuestro propio diagnóstico, hay aplicaciones que nos permiten contestar nuestro propio cuestionario y los pacientes están tomando en sus manos su automonitoreo o consultan con el doctor a distancia.

Sin embargo, hay un prejuicio que muchos tienen y generalmente hago esta pregunta: ¿esto es para los ricos y el mundo en desarrollo no tiene esto? Eso es lo que se dice, pero no es cierto, en Sudáfrica hay más teléfonos móviles que habitantes. En nuestra red de Determinantes Sociales tenemos un doctor sudafricano que monitorea la diabetes de su paciente con su teléfono móvil en Sudáfrica mientras está con nosotros en Suiza. Aquí es realmente donde se encuentra la realidad en la evolución del concepto de tecnología, hay un avance exponencial, cada vez hay más microchips, los logaritmos están avanzando más rápidamente y es así que la tecnología está invadiendo el mundo de la Medicina. Tenemos, por ejemplo, los microchips, en Estados Unidos hay una compañía que se llama Chipmi y ponen chips debajo de la piel en personas de edad avanzada para monitorear sus indicadores cardiovasculares a distancia. Si algo pasa suena una alarma y les dicen: “Tiene un problema de corazón”, mandan a la ambulancia, todo esto ya existe y esto está determinado por el mercado y también por los pacientes.

La era de la medicina digital acaba de dar un gran paso más a la realidad. La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó por primera vez un dispositivo digerible –un microchip del tamaño de las partículas de arena para controlar la respuesta

del paciente al tratamiento, según un nuevo informe publicado en *Nature* (Figura 4.2.2). El dispositivo está actualmente sólo para su uso con los placebos, pero la empresa Proteus Digital Health, que está desarrollando la tecnología, espera que la aprobación con otros medicamentos llegue a producirse en el futuro próximo. El cofundador y director médico de Proteus dice que las pastillas mejoradas podrían utilizarse para tratar la tuberculosis resistente a los medicamentos, así como para la diabetes. El punto no es que los médicos castiguen a la gente, sino comprender cómo las personas responden a los tratamientos. De esta manera los médicos pueden prescribir una dosis diferente o un medicamento diferente si se enteran de que no está siendo tomada de manera apropiada.

Hay nuevos conceptos de la vida, del envejecimiento, de la innovación en las ciencias de la vida y las opciones para la vida futura y en la Universidad de Ginebra y la Universidad de Lausana han hecho grandes inversiones en Biotecnología y en Ingeniería. Esto es algo que ya llegó para quedarse, estamos yendo hacia la vida personalizada, es decir a la Medicina personalizada, la prevención de por vida y la prevención tendrá una definición muy distinta a la que tiene actualmente. Puede haber pre-prevención, que podría ser un tratamiento y no lo que ahora entendemos por prevención.

Un nuevo paradigma de los DSS, desde la ciencia del envejecimiento es el “Factor de tiempo” y en los DSS es crucial. La metodología para su análisis implica tener estudios longitudinales, transversales y de cohortes. El factor tiempo implica un cambio en el análisis de datos estáticos a intervenciones dinámicas en los DSS, revisando la equidad en salud en tres ámbitos: a) durante el curso

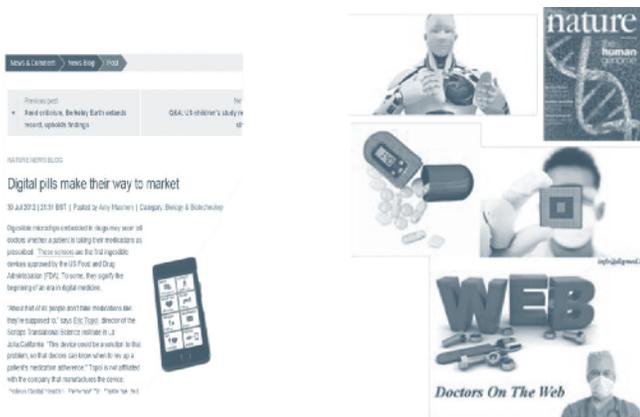


Figura 4.2.2. Ejemplo de la medicina digital: píldora digerible aprobada por la FDA en julio de 2012. Fuente: Nature. 30 July 2012.

de la vida, viendo las ventajas y desventajas acumuladas; b) el efecto de generación, pasando de la epigenética a efectos transgeneracionales, y c) dentro del progreso médico y tecnológico, efectos en la igualdad del antienvejecimiento.

Robert Merton, quien ha descrito el efecto Mateo en las ciencias (*The Mathew Effect in Sciences*) sobre la “Ventaja acumulativa y la Teoría de la desventaja”, describe el fenómeno de acumulación de bienes, riqueza o fama, simplificado por la frase “el rico se hace más rico y el pobre se hace más pobre”. La ventaja acumulativa es como la ventaja acumulada en las redes sociales: 'El éxito genera éxito'. Sabemos que la desigualdad entre pares aumenta sistemáticamente con la edad. La investigación en la ventaja acumulada busca identificar el grado en que este patrón se debe a la estratificación social y las oportunidades desde la infancia y a lo largo del ciclo de vida, como lo demuestra Dale Dannefer. Hay diferentes etapas, pero los DSS a partir de los informes que he leído apenas están tomando esto en cuenta. Por ejemplo, en la gráfica de la OMS, se menciona a la edad, pero como algo estático y aquí necesitaríamos considerarla como un factor dinámico como se muestra en la Figura 4.2.3.

El efecto del curso de vida en la Equidad en salud en una cohorte puede representarse de acuerdo con cuatro escenarios de manera gráfica: 1) la curva biológica/metabólica; 2) la curva de desarrollo

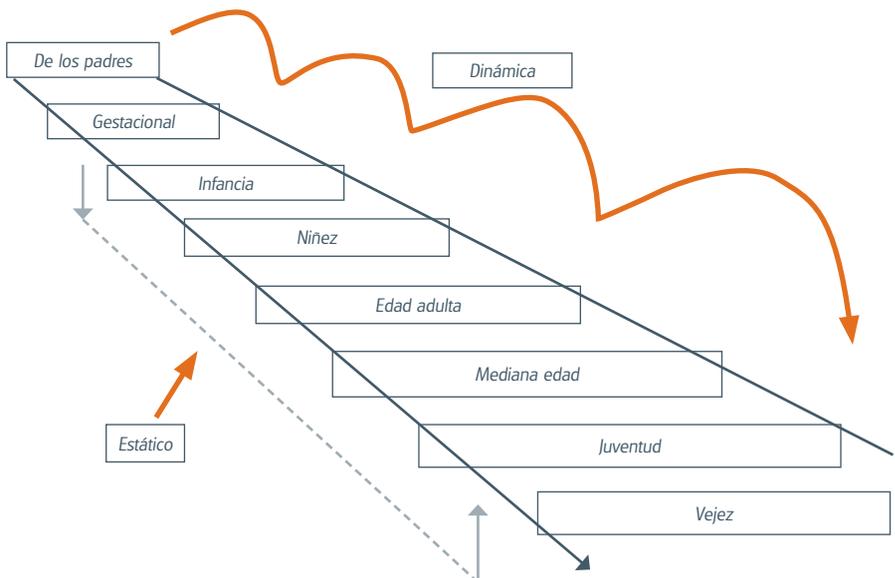


Figura 4.2.3. La edad debe considerarse como un factor dinámico, no estático.
Fuente: WHO.

psicológico-social, puede tomar la influencia genética contra la adquirida por los DSS; 3) la curva de los factores genéticos del envejecimiento, que representan de 25 a 30% de la salud en la edad avanzada, y 4) los multimodelos del proceso de envejecimiento para tratar de ver en dónde está la máxima igualdad y desigualdad en la salud, qué es lo que ocurre con las enfermedades crónicas y qué nos lleva a un envejecimiento patológico (Figura 4.2.4).

Estos ejemplos muestran cómo podemos modelar el curso de vida, y que también deben ser de acuerdo con las diferencias de género en todas las etapas. Las mujeres en la infancia, adolescencia, la edad adulta, con frecuencia viudas porque la sobrevivencia es mayor. En el caso de los hombres vemos que el curso de vida es mucho más sencillo aunque actualmente está cambiando, por lo general van a ver al pediatra y al final de su vida al geriatra. Todo esto es un parámetro muy importante en este abordaje del proceso de vida.

En una investigación que hicimos para el gobierno suizo sobre el retiro sano y los factores para el retiro o pre-retiro dependiendo de la etapa del curso vida y su impacto a nivel micro y macro ante economistas les preguntamos: “¿Nos pueden dar un modelo de un curso vital económico, un curso vital de pobreza de las personas? ¿Podrían hacer un modelado de los datos económicos?”. La respuesta que dieron fue que no habían pensado en ello. Por eso, hici-

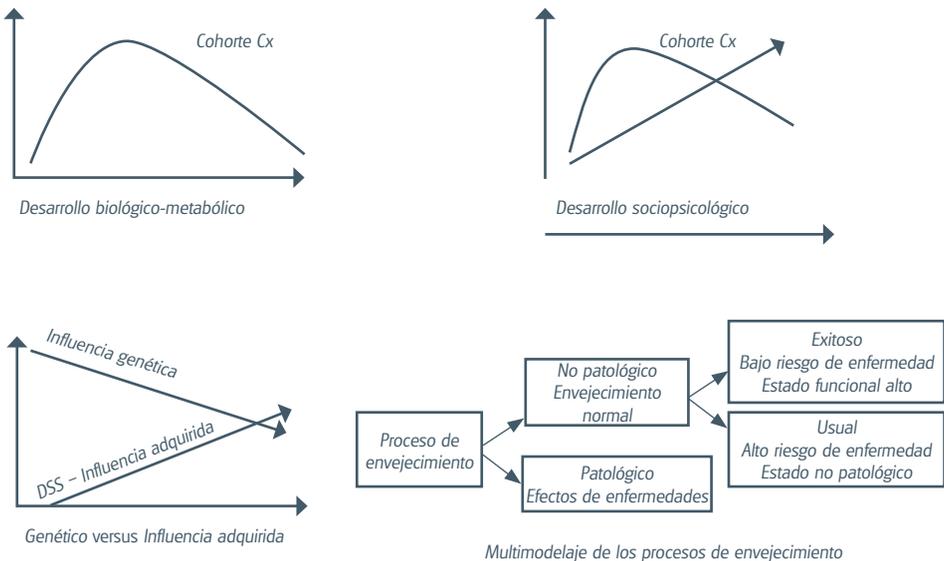


Figura 4.2.4. Efecto del curso de vida individual en igualdad de salud.

Fuente: Stuckelberger A. University of Geneva, Switzerland; 2012.

mos una búsqueda y encontramos que la OCDE hizo unos modelos y un estudio de caso de ingresos y gastos en cuatro momentos del tiempo. Lo que quiero plantear es que tenemos que ver a la pobreza, que no es algo dado, puede uno entrar y salir de la pobreza y tenemos que analizarlo de manera más precisa y dinámica si queremos tener intervenciones eficientes.

Cuando analizamos el marco conceptual de los DSS propuesto por la Comisión que presidió el doctor Michael Marmot, encontramos que no está una línea del tiempo y que no se consideran a la innovación y la tecnología, que marco en el esquema (Figura 4.2.5). Si consideramos la tecnología y la innovación hay que preguntarse, ¿son estos los determinantes sociales o los determinantes sociales son los determinantes? ¿O cuáles son los determinantes de los determinantes o los determinantes intermediarios? Podemos decir algo aquí acerca de la realidad que les mostré al inicio. Considero que necesitamos incluirlo para el futuro de la eficiencia en la intervención sobre los DSS.

Quiero reiterar la importancia de la modelización que nos llevó a hacer una investigación sobre los avances hacia una mejor comprensión de las desigualdades en materia de salud y los efectos negativos de una acumulación de desventajas y acontecimientos de la vida como son los perturbadores de la salud física y mental. Los

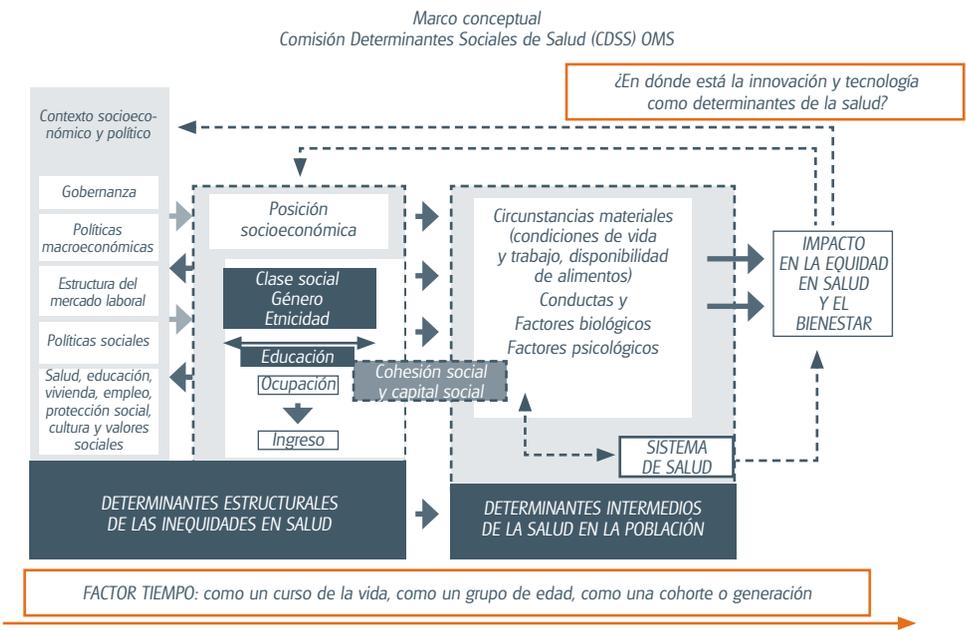
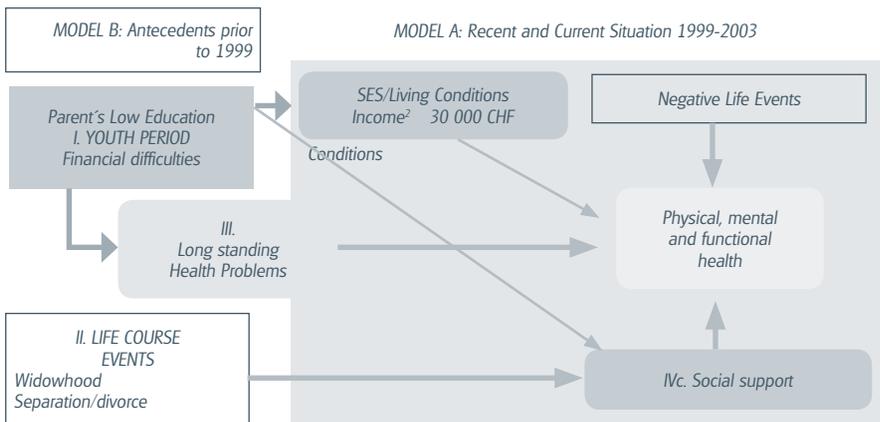


Figura 4.2.5. Comisión de OMS en Determinantes Sociales de Salud (CDSS), Marco Conceptual. Fuente: WHO Commission on SDH: Conceptual_framework, Solar and Irwin, 2010.

hallazgos se basan en una investigación en una submuestra con personas de 50 a 74 años de edad que fueron encuestadas en un Panel de Hogares de Suiza, a quienes se les entrevistó desde 1999 en cada uno de los cinco grupos que comprendió a 1 257 personas (Figura 4.2.6). Los resultados indican que el estado de salud actual está fuertemente determinado por las actuales condiciones de vida, los acontecimientos negativos de la vida, y los niveles de apoyo social recibidos. Con la excepción de los problemas de salud de larga duración, las desventajas durante la juventud y acontecimientos durante el curso de la vida son determinantes directos relativamente débiles del estado de salud. Sin embargo, los antecedentes de factores sociales sí influyen en los problemas de salud crónicos por la disminución de los ingresos del hogar actual y la falta de apoyo social.

Nunca es demasiado tarde para intervenir en edades tempranas durante el curso de la vida, ya que los resultados confirman que cuando los DSS son modificados muy tarde tienen fuertes efectos de acumulación de desventajas sobre las variables de salud, como

Principales resultados del Panel Suizo de Hogares. Efecto directo e indirecto, del curso de la salud en la vejez (modelos A y B)



Antecedentes I y II son determinantes indirectos de salud afectando: a) larga permanencia de problemas de salud (Total: $0.04 \leq R^2 \leq 0.06$), y b) salud actual (Total: $0.07 \leq R^2 \leq 0.03$; hombres: $0.04 \leq R^2 \leq 0.09$; mujeres: $0.094 \leq R^2 \leq 0.12$).

Panel de 5 000 viviendas, longitudinal desde 1999 a 2003 / N = 1 257 personas mayores de 50 a 74 años.

Figura 4.2.6. Resultados principales del Panel de Hogares de Suiza, 1999.

Fuente: Zimmerman, Stuckelberger & Meyer, 2006. Effects of cumulative disadvantage and disruptive live events on physical and mental health in the 50-74 years old.

recientemente se conoce, tanto para hombres y mujeres, en donde las diferencias de género ponen en desventaja a las mujeres, porque afectan su longevidad y su salud. Modulando el efecto de las condiciones positivas tales como el nivel de ingresos, parecen jugar un papel de compensación frente a la acumulación de desventajas desde el inicio temprano en la vida. Estas nuevas perspectivas sobre la teoría de la desventaja acumulativa tiene el efecto de reversión de las condiciones recientes y actuales y de los efectos modificadores posteriores y las dinámicas de género en ventajas y desventajas acumulativas, especialmente en Suiza por lo que es necesaria más investigación.

Además del curso de vida o del curso vital tenemos los parámetros olvidados, que resultan en la acumulación del tiempo transcurrido y cuando surgen las manifestaciones de una enfermedad. Muchas personas tienen diabetes y enfermedad cardiovascular por la obesidad. ¿Pero cómo sabemos esto? Puede hacerse un tamizaje, pero por el momento el tamizaje y la prevención es generalmente para los mayores de 50 años, aunque ahora uno puede intervenir mucho más tempranamente. La detección temprana es uno de los parámetros clave de la Medicina anti envejecimiento. La acumulación de los retrasos en el tiempo y debo decir que es un parámetro olvidado ya que se pueden revertir y podemos regenerar los procesos para que suceda (Figura 4.2.7). El camino a la diabetes o la osteoporosis no es únicamente lineal sino que es reversible, ¿pero en qué momento cambia, por ejemplo, la osteoporosis? ¿En qué momento se fractura un hueso? ¿Puede uno intervenir antes de reconstruir el hueso cuando se fractura?, ¿es un punto clave? ¿Y cuándo hay que intervenir para que esto no cueste millones al gobierno y sus finanzas públicas?

¿Cuándo la curva empieza a ser anormal?, ¿cuándo las cosas son normales o anormales? Aquí en este punto sabemos que hay que atender algo, a la diabetes le lleva 10 años para desarrollarse y tenemos muchos casos de diabetes en todo el mundo. Se cuenta con los medios, es algo que podemos medir y los costos pueden ser cada vez menores, ¿por qué no estamos haciendo nada durante estos 10 años de la pendiente y evitar que se llegue a la diabetes? Si queremos atacar un riesgo tenemos que modificar esta curva hacia la enfermedad.

En la Ciencia del Envejecimiento aún hay muchos prejuicios no obstante que es una ciencia que está avanzando muy rápidamente. Destacaré dos conceptos de envejecimiento a manera de revisión. Muchos hemos visto envejecer a nuestros abuelos y que fue de manera lenta, a veces con una declinación rápida después de una fractura de cadera o algún accidente. Por ello, el envejecimiento se

Parámetros olvidados 2: Tiempo de acumulación y Proceso de reversibilidad/
Regeneración a cualquier edad...

Diabetes tipo 2 > 10 años para desarrollarse

detección temprana → intervención personalizada → costos reducidos

142

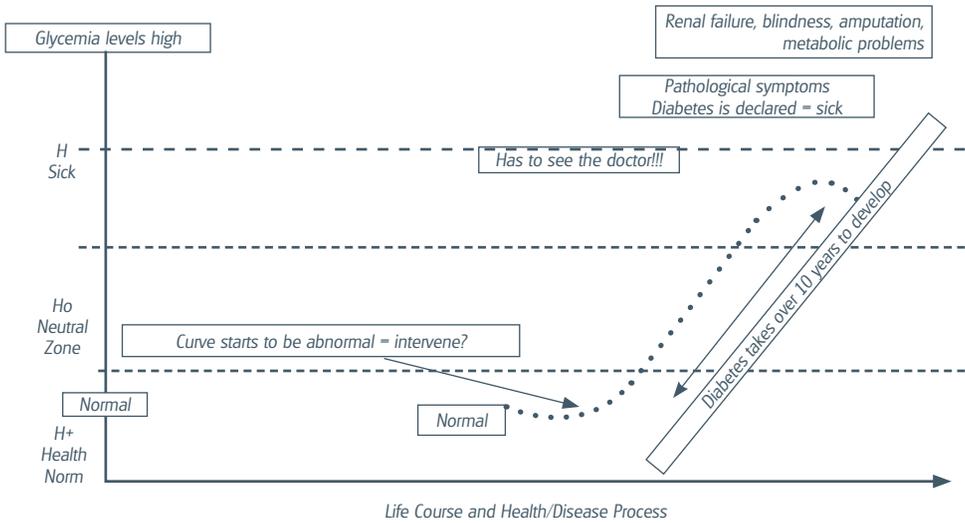


Figura 4.2.7. Curso de vida y proceso de salud-enfermedad.

consideraba como una declinación natural en el siglo pasado. En los años 50 era el concepto del “envejecimiento negativo e irreversible” (Figura 4.2.8). Esto es lo que pensaba la “Medicina geriátrica” y lo hizo bien tratando de mantener la mejor función posible dentro de las enfermedades crónicas y las enfermedades que tenían las personas de edad avanzada, era la Medicina curativa y paliativa. Mi teoría es que esto está cambiando y ahora es más paliativa. En los años 80 tenemos el “envejecimiento exitoso” con investigaciones muy importantes de la Fundación McCarthy que mostraron que es posible envejecer de manera saludable, activa y con diferentes medios tener una vida larga y saludable. El último año de vida o los últimos tres meses de vida son lo que cuesta más, independientemente de la edad, puede ser un paciente con VIH, pero sabemos que el envejecimiento exitoso es un potencial, es una posibilidad, para que uno pueda estar saludable hasta el último minuto.

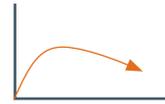
Tenemos también el envejecimiento positivo, un envejecimiento más lento que no es patológico y esto fue el inicio de una mayor investigación sobre el envejecimiento con un enfoque diferente a partir de los años 90 con la “Biogerontología y la Medicina antienv-

1950:

Envejecimiento como una declinación natural -
envejecimiento patológico es "normal"

→ Envejecimiento negativo y Degeneración irreversible

Medicina: Medicina geriátrica – curativa y paliativa



1980:

"Envejecimiento exitoso" – Envejecimiento saludable es
posible ganar/perder

→ Envejecimiento positivo y lento proceso de descenso

Medicina: Medicina preventiva, Envejecimiento activo y saludable



1990-2000:

Biogerontología y Antienvjecimiento – envejecimiento
patológico no es "normal"

→ Saludable y longevidad activa – máximo rendimiento en vida prolongada



Medicina: Antienvjecimiento funcional y Medicina metabólica

143

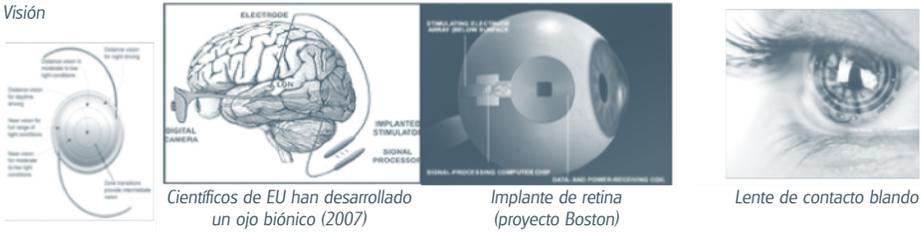
Figura 4.2.8. Concepto de envejecimiento: un trabajo científico en progreso.

Fuente: Stuckelberger A. University of Geneva, Switzerland; 2012

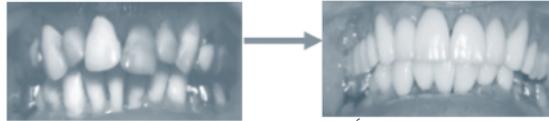
jecimiento”, con lo que es posible intervenir en cualquier momento de la vida para poder reforzar el sistema, medir los déficits y los suplementos, restablecer la reparación y llegar al máximo desempeño. También es llamada “Medicina personalizada” o “Medicina funcional o metabólica”. Hay casos de longevidad de personas que corren maratones a los 100 años de edad. Esto se está convirtiendo ya en un tema académico, por ejemplo en la Universidad del sur de Florida, se imparte la “Medicina metabólica y nutricional”; en Alemania se llama “Medicina antienvjecimiento”, en París “Medicina estética y morfológica antienvjecimiento”

Algunos cuantos ejemplos de cómo podemos revertir las discapacidades relacionadas con la edad. La primera de ellas es la visión, tenemos para ello los trasplantes de córnea, y lentes intraoculares y ojos biónicos. La primera persona ciega que utiliza un dispositivo biónico empieza a ver sombras, luces y después formas, porque está entendiendo cada vez mejor el cerebro. Tenemos también lentes de contacto, se puede monitorear la presión intraocular, desarrollado por un alumno mío de la Universidad de San Diego, que es donde lo están utilizando. Los dientes no son algo estético, y por cierto la estética es muy importante para la salud y la autoestima, se deben considerar como parte de una salud, no es un lujo, cuando se curan o se

Visión



Odontología = funcionalidad ligada a masticación, higiene oral, sonrisa, sexualidad, autoestima, socialización, salud oral ligada a enfermedad cardiovascular, infecciones silenciosas (p. ej., nuevos hallazgos en Alzheimer, Parkinson, etc.)



Audición - e-audición
comunicación, socialización, evitar aislamiento

Órganos artificiales e Implantes = funciones renovadas
"El corazón en el anaquel" en el supermercado



Figura 4.2.9. Revertir incapacidades relacionadas con la edad mediante tecnología e innovación.
Fuente: Stuckelberger A. University of Geneva, Switzerland; 2012.

tratan los dientes se está contribuyendo a una mejor autoimagen y el problema de las bacterias en los dientes porque son causa de enfermedades cardiovasculares ya que hay bacterias latentes que se desencadenan cuando baja la función inmune en enfermedades como Alzheimer, Parkinson, por lo tanto los dientes son muy importantes.

Después tenemos la audición, los "baby boomers" están utilizando auxiliares auditivos y los implantes cocleares. También el corazón artificial y las células madre que ya se están utilizando en las membranas del corazón, en el cartílago, en retina artificial, es algo que ya se está avanzando y usando (Figura 4.2.9). Recapitulando sobre el envejecimiento, hay muchos caminos en la vida, pero empieza tempranamente a partir de los 30 años, o inicia incluso desde antes de nacer porque depende del feto.

Hay un camino no patológico que nos lleva al envejecimiento exitoso y al superenvejecimiento, que ya es posible. Tenemos un proceso de envejecimiento patológico con fragilidad, la fragilidad es un concepto muy interesante que se está debatiendo en la Medi-

cina geriátrica, pero también quienes piensan que no es reversible, y quienes piensan que la fragilidad, la sarcopenia y la osteoporosis son reversibles.

Esto está creando una generalización y un estigma respecto al envejecimiento. ¿En qué sabemos que uno puede envejecer bien? Se pueden reconstruir los huesos, esto es posible, el ejercicio físico, la vitamina D, los suplementos para la sarcopenia, la hormona del crecimiento, que se está utilizando en las clínicas de Suiza y hay una gran revolución.

Menciono aquí que el problema es que los avances en la ciencia y la tecnología van tan rápidamente que la innovación puede crear ignorancia y olvido. Ignorancia porque es muy difícil mantener el paso de la innovación y de las ciencias. Se está tratando al paciente pensando que se pueden hacer muchas cosas mejores, por ejemplo, la melatonina para el sueño. O a veces se piensa que las neuronas cerebrales se degeneran y no se regeneran, pero ahora sabemos que las neuronas cerebrales se reconstruyen y se regeneran. Si uno está con el paradigma del siglo pasado, está discriminando a sus pacientes y puedo darles muchos ejemplos. El libro, *Medicina antienvjecimiento, mitos y oportunidades* que ya está en línea con acceso abierto, lo publicó el gobierno suizo con resultados de una investigación que hicimos sobre Medicina antienvjecimiento (Figura 4.2.10). Fue una investigación muy especial, porque fue la investigación sobre la investigación, sobre las prácticas, sobre las políticas, sobre la legislación. No se hizo sólo una revisión de vanguardia de la literatura, sino del estado del arte de la Medicina personalizada, se vieron las zonas grises y lo que se podía medir y el impacto que esto

145



Figura 4.2.10.

Fuente: Stuckelberger A, Wanner P. © vdf Hochschulverlag 2008.

tenía sobre la longevidad de la población, las políticas y los aspectos éticos. De hecho, todo esto está sustentado con evidencias, no es superficial, por ello la Academia Suiza de Ciencias Médicas apoyó con el Departamento Federal de Educación y Tecnología y los editores fueron de la Universidad de Zurich. Me pidieron que publicara un segundo libro para el público en francés y con el doctor Manuel Urbina estamos haciendo una publicación en español.

¿Qué es la Medicina antienvjecimiento? Es la que se aplica a través de intervenciones para desacelerar, detener los fenómenos asociados con el envejecimiento, el retroceso y para extender la duración de la vida humana. Esta definición y conceptos plantean un nuevo paradigma, la longevidad hecha a sí misma y con un mejor rendimiento de larga vida. El envejecimiento o el mejor antienvjecimiento es una cuestión de elección o de desviación de la norma. En las gráficas se ilustra el envejecimiento tradicional, que es el que crece con el tiempo y desciende si uno no hace nada, en 20 años puede uno degenerar (Figura 4.2.11). Sin embargo, actualmente tenemos una alimentación diferente, estamos activos y podemos tener una prevención tradicional hacia un envejecimiento activo y sa-

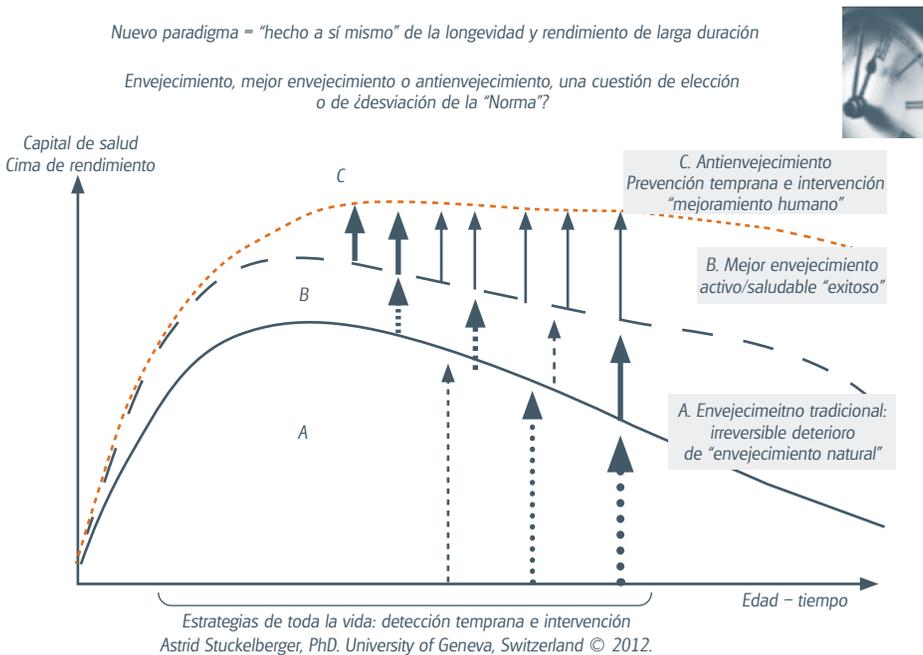


Figura 4.2.11. Nuevo paradigma de la longevidad y rendimiento de larga duración.
Fuente: Stuckelberger A. University of Geneve, Switzerland; 2012.

ludable. En el nuevo paradigma es desde el principio cuando se debe tratar el cuerpo con detenciones tempranas, por ejemplo, como un reloj que no funciona bien se le cambia una pieza o se suplementa para lograr el desempeño máximo durante el mayor tiempo posible.

¿Qué es lo nuevo? La prevención con alta tecnología, los chequeos y las intervenciones. La detección precoz de la insuficiencia corporal, la microdetección y el monitoreo. ¿Cómo están organizados?, a través de acciones de nivel multinacional, congresos, exposiciones y la entrega de certificados de formación/sin reconocimiento por parte de los consejos médicos nacionales. Se han establecido estas tres reglas de la Medicina antienviejecimiento, que son las mismas de los Determinantes Sociales de la Salud: Regla I, no se enfermen; Regla II, no envejeczan, y Regla III, no mueran. Si la regla tres ocurre, se olvidan de la uno y dos.

Las tres áreas cubiertas por la medicina antienviejecimiento son, la interna, la externa y la ambiental. En el área interna, se consideran a la Rehabilitación tecnológicamente asistida por la Medicina especializada, la Medicina regenerativa, la Medicina de la longevidad, la Medicina estética, la Cardiología, la Dermatología, la Ortopedia, la Angiología, la Oftalmología, la Odontología, la Endocrinología y la Ginecología. Asimismo, a la Cirugía y la Biocirugía, con la terapia celular para trasplantes protésicos, los implantes estéticos y la Neuroingeniería. Incluye también el mejoramiento del ser humano con la Medicina del deporte y el dopaje en todas las edades; la Genética y la Bioingeniería, la sustitución biónica y piezas de repuesto, las células biomoleculares y las células madre del cordón umbilical.

En el área externa, se promueven mejores estilos de vida, los deportes; la remodelación dermatológica; la Flebología; el uso de rayos láser; el tratamiento cosmético y estético y de aspecto; el entrenamiento mental, la memoria cognitiva, estado de ánimo y comida para el cerebro, que incluye a las vitaminas, los suplementos y plantas medicinales, la medicación farmacológica, el tratamiento para la regeneración de la osteoporosis. Asimismo, se manejan los aspectos de nutrición y cosmeceúticos. Otro aspecto importante es el apoyo de la robótica, los neurobióticos y el diseño de las casas inteligentes.

Un factor clave de todo esto lo tienen los biomarcadores de envejecimiento, un biomarcador patológico que se detecta, se monitorea y se trata antes de que haya enfermedad; es un tratamiento preventivo que quizá tengamos que redefinir en el futuro.

En el área ambiental hay que prevenir la contaminación y limpiar el ambiente, desintoxicar, conocer las toxicidades que hay en donde vivimos, en la pintura, en el agua contaminada.

Si vemos la diferencia entre la prevención tradicional de la salud pública y la Medicina antienvjecimiento (Cuadro 4.2.1) estas son las más relevantes: los profesionales y las redes que están involucradas es muy amplia, son ginecólogos, cirujanos, dermatólogos, médicos generales e internistas, médicos familiares, endocrinólogos. Asimismo, se están creando nuevos campos como los de Medicina metabólica, Medicina para hombres y mujeres en el manejo de la menopausia y la andropausia, la Medicina de la nutrición, estética, de contorno corporal, del entrenador de estilos de vida, los

Las diferencias en las intervenciones de prevención, tratamiento y cura, mejor envejecimiento vs. alta tecnología médica	
Salud pública tradicional	Medicina antienvjecimiento
Sobre la base de pruebas sólidas y promedios	Sobre la base de experimentación, biotecnología/ingeniería, investigación o casos clínicos
Prevención-intervención	Prevención-intervención
Detección preventiva Evaluación multidisciplinaria Intervenciones en el hogar Combinación de medidas preventivas Nutrición, actividad física, social y mental, estilos de vida	Pre-preventivo, detección temprana Medicina predictiva (pase genético y los telómeros) Biomarcadores (inflamación, oxidación y déficits)
Terapia curativa	Curativa, cuidados y preparación
Polimorbilidad-polimedición La rehabilitación física y mental	Biorreguladores Medicina regenerativa Rehabilitación física y mental La cirugía para la restauración Genética, restricción calórica (la píldora) Personalizadas farmacéuticas, suplementos y nutrición Medicina de la apariencia externa Mejoras en los seres humanos Medio ambiente inteligente Soluciones móviles, inalámbricos, microchips
Cuidado	Medicina hecha a la medida
Mantenimiento cuidado: medicación y rehabilitación Cuidados paliativos La aplicación de lo que es absolutamente seguro de acuerdo con los estándares de atención	Soluciones tecnológicas y biomédicas
Estándares de salud pública	Medicina personalizada

expertos en neurocosmética y en SPA (“*Salutem Per Aquam*”, término proveniente del latín que significa “salud a través del agua”) y de “*Wellness*”, un equilibrio saludable entre los niveles mental, físico y emocional, obteniendo como resultado un estado de bienestar general.

Asimismo, se cuenta con un mayor número de publicaciones científicas y a través de otros medios de comunicación. También ya hay planes de estudios para profesionales de la salud y con nuevas oportunidades de trabajo. Se trata de un mercado de miles de millones de dólares que no está regulado o reglamentado porque son cosas muy buenas y no se sabe qué hacer con todo esto, se estima que en Estados Unidos 60% de la población mayor de 60 años son consumidores. Sin embargo, hay riesgos para los pacientes o para los consumidores porque no lo saben y los médicos que no tienen la información correcta o la población que no tiene los datos correctos, lo que llamaríamos analfabetismo en materia de salud, que es muy importante erradicar ahora y para el futuro.

Ante esta situación estas son las siete recomendaciones que en tres ámbitos hemos hecho para los formuladores de políticas públicas para la Medicina antienvjecimiento:

Seguridad e información del consumidor:

1. Productos de alto riesgo AAM fabricado/dispositivos (abusos biopico-financieros)
2. Intervenciones no médicas con láser, lámparas de flash, dispositivos de alta tecnología

Investigación, transferencia de conocimiento y ética:

3. Insuficiente investigación científica y datos (bioequivalencia, edad, sexo)
4. Las directrices éticas y operativas aplicables a las intervenciones
5. Doble estándar de investigación y desarrollo y el peligro de un desarrollo científico dirigido por el mercado

Prevención y la mejora del sistema de salud

6. Necesidad de un mejor acceso y pronta aplicación de las nuevas tecnologías
7. Necesidad de prevención multidimensional

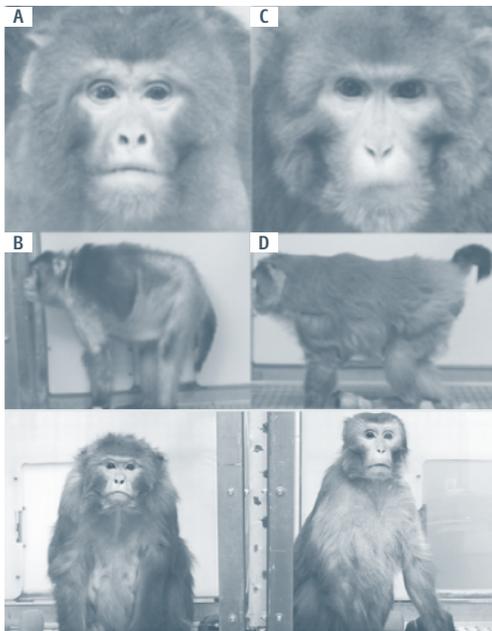
Ahora tenemos las innovaciones e intervenciones de longevidad que clasifiqué en internas y externas. En las internas: hormonales, farmacología y nutrición, ahora hay nuevos biomarcadores de la medicina predictiva, podemos tener un pasaporte genético que cuesta 800 francos o 500 o mil dólares. Quienes digan que el costo es demasiado y la tecnología es muy cara, les recuerdo que el análisis del genoma en 2001 costaba cien mil dólares para hacer un análisis de seis mil millones de

datos y llevaba unos meses. Actualmente esto se hace muy rápido y no cuesta más que cinco mil dólares hacer la decodificación de todo el genoma, los costos están disminuyendo exponencialmente con la tecnología. Tal es el caso del pasaporte genético y las medidas teloméricas en Suiza.

Un caso como el de la mastectomía bilateral e implantes de Angelina Jolie para la prevención del cáncer de mama es polémico en la salud pública, porque no hemos descubierto todas las modificaciones de los genes. Ella tiene el dinero y ha utilizado esto para hacerlo, mencionó al doctor que la operó y a la compañía y las acciones en la bolsa de ésta se duplicaron. La medicina predictiva es peligrosa si se hace demasiado temprano ya que no tiene una seguridad de 100%. Asimismo, científicos españoles han creado la técnica para las mediciones de telómeros, dicen que mientras más largo el telómero más viejo es uno. Tenemos cada vez más evidencia de que se puede activar la telomerasa y que se puede reconstruir el telómero. Esa es evidencia increíblemente nueva acerca de esto. Se les envía una muestra, ellos miden el telómero y le pueden decir a uno cuál es su edad biológica y qué es lo que tiene que hacer, y se puede medir una y otra vez.

Ahora quiero mencionarles algo muy importante que es la nutrición. En mi opinión, la nutrición está en la etapa prehistórica de la ciencia. Hay tantas cosas que están ocurriendo en la nutrición y en la ciencia que si unimos las piezas del rompecabezas vemos que la restricción calórica es el mejor predictor de la longevidad. Si uno no come mucho y se da una restricción calórica y con buenos suplementos va a vivir más tiempo.

En un estudio realizado por la Agencia Nacional y publicado en *Science* en 2009, describe que de 1989 a 1994 en monos de 30 y 46 años, se dejó a un grupo de 38 con restricción calórica (RC) y a otro mismo número se les dejó que comieran todo lo que querían, como se observa en las imágenes (Figura 4.2.12), uno sin RC no tiene pelo, está gordo y se ve feo, aunque todo esto es relativo, claro; comparado con el otro mono que tuvo una RC. Metabólicamente los resultados del estudio son muy interesantes porque el mono que recibió RC tuvo una tasa baja de cáncer, diabetes y enfermedad cardiovascular, 50% menos de morbilidades y de enfermedades crónicas, y hay una mortalidad diferencial. Por lo tanto tenemos evidencia de que no comer mucho es mucho mejor. ¿Qué país está haciendo esto ya? ¿Qué dieta ya incluye restricción calórica? Es la dieta o el esquema de Okinawa de los japoneses que tienen una filosofía de la nutrición en que tienen que levantarse de la mesa cuando todavía tienen hambre, comen poca carne, comen pescado crudo, té verde y muchos antioxidantes.



Sin restricción calórica (A, B) Con restricción calórica (C,D)

El estudio iniciado en 1989 con 30 monos adultos y 46 en 1994 (N = 38 RC y N ctrl. = 38)

Resultados en monos con RC:

Tasa muy baja de cáncer, diabetes, ECV, atrofia cerebral y pérdida muscular; morbilidad, 50% menos incidencia de tumor canceroso, ECV, no diabetes, estado prediabético en RC vs. 2% en Ctrl.; mortalidad: RC = 5/38 vs. Ctrl. = 14/38

Estudios de la década de 1930 han mostrado que un régimen de reducción de 20 a 60% en calorías conduce a un aumento sustancial tanto en la EV y la longevidad máxima en una variedad de roedores. La RC, en 30 a 40% retrasa la aparición de enfermedades dependientes de la edad (p. ej., Weindruch y Walford, 1988)

Dr. Rikki Colman, de la Universidad de Wisconsin: "Hoy sabemos que la RC trabaja para una especie cercana a nosotros. Podemos probar los mecanismos y esperamos entender lo suficiente para modular de una manera u otra. La RC provoca cambios metabólicos en la activación de las trayectorias metabólicas implicadas en el crecimiento y la regulación celular".

151

Figura 4.2.12. Nutrición → de la Restricción Calórica a píldoras miméticas.

Fuente: Colman RJ, et.al. Science, 10 Jul 2009: Vol. 325, Issue 5937, pp. 201-204.

Todo esto se ha medido y esta es una explicación por la que hay tantos centenarios en Japón, particularmente en la isla de Okinawa. Esta es una pirámide (Figura 4.2.13), pero hay muchas otras pirámides, la de la dieta vegetariana, la de la FDA y otras más, y se contradicen porque en cada etapa de la vida hay necesidades diferentes, el cuerpo es diferente y no podemos darle lo mismo a todo el mundo. Ahora cada vez más tenemos la nutrigenómica y la nutrición personalizada que está saliendo al mercado, para asegurarnos que la gente no se enferme más, por ejemplo, cuando se les alimenta en el hospital. Un informe muy interesante de la FAO y la OMS es el del consenso internacional sobre micronutrientes, está disponible en línea, es una guía de alimentos fortificados como el yodo y la sal. Esto ha significado cambios muy importantes de salud pública, la idea es que tendremos alimentos para tratarnos a nosotros mismos si los fortificamos.

Se vieron las principales deficiencias de micronutrientes en el mundo y por ello se concluyó que había deficiencias en diferentes regiones. Más de 4 mil millones de personas en el mundo hoy en día sufren las deficiencias de micronutrientes en gran parte causadas

PIRÁMIDE DEL RÉGIMEN OKINAWA

Un ejemplo de régimen de restricción calórica

Té diariamente
Alcohol con moderación

Vegetales, aceites y condimentos
CON MODERACIÓN, 1-2 CUCHARADAS

Fruta
2-4 RACIONES

Arroz, fideos,
frijoles y otros
granos enteros
7-13 RACIONES

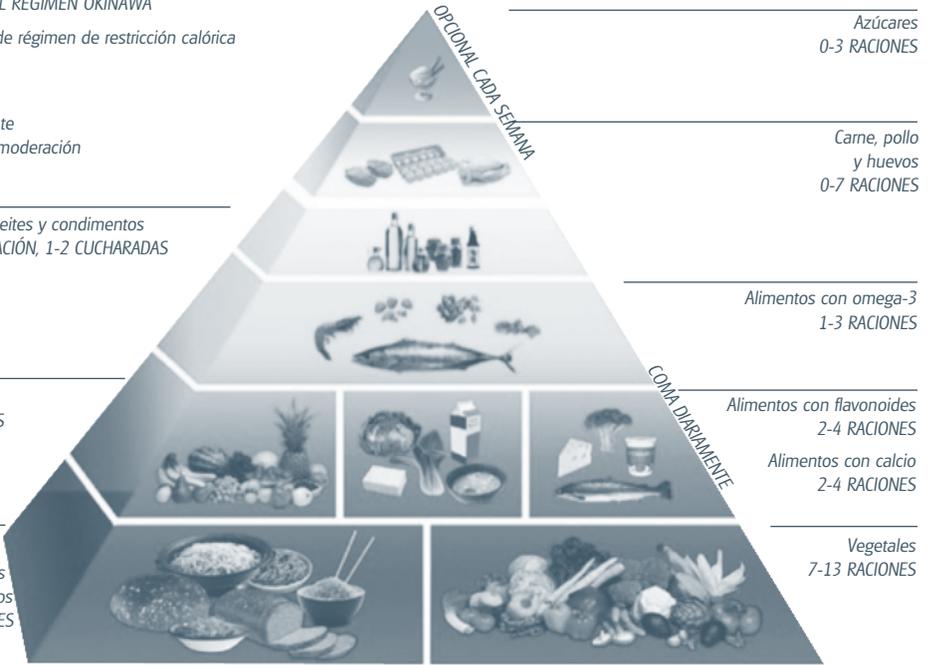


Figura 4.2.13. Pirámide del régimen Okinawa.

Fuente: Okinawa Diet NPO.

por una deficiencia dietética de vitaminas y minerales (OMS, 2006). Por ello, en 2008 se llegó al consenso de Copenhague, y nuevamente el problema es que no se consideraron a las personas mayores aquí, porque únicamente mencionan a los niños y para la vitamina A, siempre se habla de niños, pero ahí no es donde están las actividades crónicas y donde se requieren los nutrientes.

También lo nuevo es la nutrigenómica o sea la que mide la susceptibilidad a los alimentos; la inmunonutrición, que refuerza la inmunidad; la salud intestinal, que es importante porque el intestino es el segundo cerebro, ahí hay más neuronas que en el cerebro. Si el intestino no está bien, el cerebro no puede estar bien, la inflamación, las intolerancias intestinales crean muchas enfermedades crónicas. Con la restricción calórica y con el ayuno se desensibiliza la inflamación intestinal y controla la diabetes, las enfermedades crónicas y muchos médicos están utilizando esto para curar incluso la enfermedad de Crohn con trasplante fecal, o sea, modificando la microbiota intestinal, de esta manera se curan las enfermedades. Todo esto es ciencia de vanguardia que ya se está aplicando, cuando

menos en la Universidad de Ginebra se está haciendo trasplante de microbiota. La crononutrición, lo que come uno en la mañana y a mediodía no es lo mismo porque las enzimas y las hormonas no son iguales a las diferentes horas del día. Los médicos han tratado de construir las tablas de crononutrición.

Los avances en nuevas tecnologías y nutrición, por ejemplo alimentos modificados, suplementos alimenticios, los nutracéuticos, los cosmeceúticos actualmente son el negocio más grande en Estados Unidos. Los alimentos para la belleza, producto de la ingeniería o diseñados, como los alimentos hormonales. Cuando uno les da alimentos a los pacientes en el hospital uno puede estar acelerando la inflamación o curándolos y todavía no tenemos protocolos dirigidos a esto.

En los suplementos alimenticios avanza la ciencia, en un metaanálisis y revisión sistemática de la L-carnitina para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, que se publicó en 2013, tiene este tipo de resultados asociados con una reducción de 27% en todas las causas de mortalidad, reducción de arritmias ventriculares; ¿por qué no estamos logrando hacer esto con los pacientes? ¿Por qué no estamos mejorando esto? Y no cuesta mucho.

La conclusión es que si uno no hace nada, desde luego que uno va a envejecer y hay muchos ejemplos de cómo declina el cuerpo. Podemos ver aquí con el mismo índice de masa corporal, y les pregunto a mis alumnos: ¿Piensan que es posible revertir esto? ¿Piensan ustedes que es posible? ¿Qué opinan? Sí, sí es posible. Esa es la buena noticia, esto es lo positivo. Es bueno reconstruir la forma del cuerpo para el síndrome metabólico y para el síndrome equis debido a la grasa. Hay muchos ejemplos de que se puede reconstruir el cuerpo, no únicamente con ejercicio físico sino con nutrición, combatiendo la inflamación y con suplementos.

Me gusta mucho mostrar al doctor Bob Delmonte porque es uno de los modelos de la Medicina antienvjecimiento, en esta fotografía tenía 83 años (Figura 4.2.14), podrían ustedes pensar que esto es un lujo y que él está en Hollywood, California, pero cuando uno conoce su historia uno entiende que los Determinantes Sociales de la Salud pueden incluir mejorar la belleza y los músculos. A los 65 años dijo: “Estoy declinando, me quiero morir, me voy a suicidar, estoy deprimido, no puedo seguir viviendo así, mejor me voy a morir porque no puedo vivir la vida con este cuerpo”. Fue lo que hizo y se convirtió en un ícono, reconstruyó su cuerpo, pero murió el año pasado y de hecho mintió sobre su edad, no tenía 83 sino 93 años. Esto muestra el prejuicio que tenemos respecto a las imágenes y en las imágenes de nuestros abuelos. Esto sirvió para combatir problemas de salud mental.

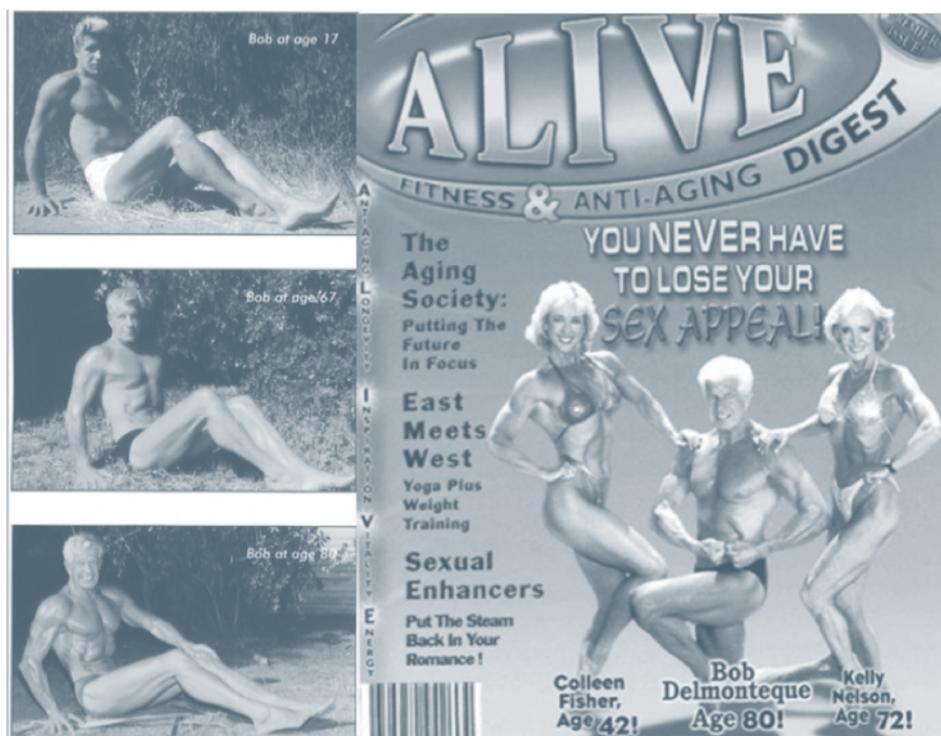


Figura 4.2.14. Mejora muscular: Modelo Mundial de AA.
Fuente: el Dr. Bob Delmonte.

La longevidad y la vida activa pueden verse al final de la vida. Otro caso es de una persona de 100 años de edad que corrió una maratón en ocho horas, lo interesante es que enviudó, se deprimió, se le invitó a correr, empezó a correr y el correr lo sacó de la depresión, estaba muy contento y vivió hasta los 100 años (había empezado a correr a los 80 años). Un caso más es de una mujer que empezó a correr también a los 80 años de edad y estuvo en la Olimpiada de los Masters o de las personas de edad avanzada. Él tiene 100 años, ganó cinco medallas, fue a Sidney, pero ella fue la única en su categoría que compitió, y claro está, por eso ganó.

Otros ejemplos impactantes son como el brazo biónico diseñado en 2006 en un hospital universitario militar de Estados Unidos. Llevó seis meses aprender cómo manejar este brazo biónico conectado al cerebro, pero ahora es algo común, tenemos ya brazos biónicos, pies biónicos y esto es una rutina en la ciencia médica. El

primer tetrapléjico, y estos son los avances de la medicina y de la ingeniería del cuerpo, tenía 25 años de edad, había tenido un accidente automovilístico, se trató de mejorar la médula espinal con electricidad y neuroestimuladores y esta persona se recuperó, es el primer caso de un tetrapléjico que se recuperó. Esto muestra que la ciencia está abriendo ventanas fantásticas para la recuperación del VIH, hay trasplantes de células madre que funcionan, estamos al borde de una ciencia muy nueva. En la enfermedad de Parkinson se utiliza la neuroestimulación, con pequeños dispositivos de metronic que se implantan en el cerebro. El futuro del cerebro. Hay proyectos de mapeo del cerebro, como el “Proyecto del Cerebro Azul” en la Universidad de Lausana para decodificar el cerebro.

En la rehabilitación están los exoesqueletos y robótica de Sywork, cuesta mil dólares al mes tener este exoesqueleto, también hay mascotas para pacientes con Alzheimer, hay enfermeras robóticas que es increíble. Se tiene la rehabilitación de alta tecnología, en Suiza y desde luego que esto no reemplaza al robot Da Vinci, se reemplaza a algunos profesionales, pero esto crea nuevas profesiones.

Finalmente, insisto que si la heterogeneidad y las desigualdades aumentan con la edad, la medicina antienvjecimiento durante toda la vida es una solución para hacer frente desde el principio e intervenir en los DSS. Sabemos medirla, cuantificarla, detectarla y debemos intervenir para prevenir con mayor impulso en la salud a través del el sistema de salud con una medicina personalizada, predictiva y anticipatoria para un mejor cuidado de la salud.

Considero que se debe plantear la urgencia de la inclusión de la innovación y el antienvjecimiento en la agenda de la ONU, porque no hay un presupuesto ni derechos para las personas mayores. Se necesitará crear un consorcio de expertos de la ONU y la Academia Nacional de Medicina, expertos en tecnología e ingenieros, pueden influir con una agenda para la ONU con la adición de la innovación y antienvjecimiento, porque su agenda es incompleta, hay discriminación múltiple y los prejuicios sobre lo que podemos hacer o no con los nuevos datos que se integrarán: es decir, la epigenética y transgeneracionales de pobreza, abuso, violencia, suicidios.

La larga vida debe añadirse en todas las agendas, por ejemplo, la educación para la vida prolongada, los derechos humanos, la salud reproductiva, la pobreza, el empleo, por mencionar algunos de ellos, porque el envejecimiento no es sólo parte de la imagen en la ONU u ODM, o Beijing, no hay presupuesto fijo ni para los derechos de las personas mayores. La ciencia médica y tecnológica con la investigación y el desarrollo están avanzando muy rápido, por eso

se debe cambiar la visión tradicional que se concentra en el envejecimiento patológico con una perspectiva paliativa, con muy poca medicina preventiva y de un patología centralista a menudo con décadas en la idea de lo que está envejeciendo y cómo tratarla, pero no cómo prevenirla o hacerla reversible.

Ante este escenario recomiendo que se revise desde la perspectiva de los DSS y diseñen modelos de una política basada en la evidencia y la investigación con la tecnología; deshacerse de puntos de vista tradicionales y los prejuicios; mayor transferencia de información: la actualización de los nuevos descubrimientos científicos de todos los campos, adaptar las prácticas en el campo de la depresión, la regeneración del cerebro, la salud intestinal (segundo cerebro), las infecciones latentes, la activación física, la nutrición, la restricción calórica, los suplementos, rediseñar para la casa el cuidado, la prevención.

Los DSS dan oportunidad de evitar que se siga descuidando en las pruebas farmacéuticas el envejecimiento diferencial (p. ej., hombres/mujeres) y la primera línea para el conocimiento de prevención y detección de procesos de envejecimiento acumulativos y el derecho a elegir decisiones informadas de los conocimientos sobre la salud. Se trata de un nuevo y valiente mundo de la salud, que debe incluirse en los Determinantes Sociales de la Salud, porque es extremadamente importante estar en línea con la realidad e incluir esto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

4.3 Los Determinantes Sociales de la Salud para la Equidad en Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio *post* 2015

Paulo Buss

El propósito de mi intervención es discutir los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la salud y el sistema de salud como parte del desarrollo. La inequitativa situación socioeconómica y sanitaria global (los DSS a nivel global), que tiene que ver con la situación en nuestros países; no somos inmunes a lo que pase en el mundo. Los DSS y sus relaciones con el proceso político en curso de definición de la Agenda del Desarrollo *post*-2015 de las Naciones Unidas y sus Estados miembros. La situación socioeconómica y sanitaria global vive una crisis

sistémica global que empezó alrededor de 2007-2008 en el circuito central de la economía globalizada. Empezó en Estados Unidos y en países de la Unión Europea, no por la periferia, sino en el centro mismo del capital con una profundización de la crisis desde entonces. Aunque se habla de mejora, la verdad es que ésta permanece y no es coyuntural, sino estructural del capital y eso es importante de tomarse en cuenta, como fue la crisis de los años 30.

Una de sus características importantes es que es de la banca privada, que se transforma en deuda soberana de los estados nacionales. En cuanto todo va bien con el capital financiero es la privatización de las ganancias; cuando en el peso de la crisis del capital privado internacional y nacional se socializan los perjuicios y las deudas privadas son asumidas por nuestros estados nacionales. Esto genera importantes reducciones en los presupuestos sociales, que son los primeros que sufren. Por ejemplo, en España en septiembre de 2013 “las ayudas públicas a la banca de España suman ya 61 mil millones de euros, sin avales ni bancos malos”, es decir, las deudas privadas se transformaron en deudas públicas, con el resultado de que España tiene hoy el mayor desempleo del mundo y la mayor reducción de presupuestos sociales.

Países como el nuestro, Brasil y otros países de América Latina resistieron esas políticas recesivas que fueran recomendadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI), que decía: “Hay que reducir las inversiones públicas, hay que reducir los presupuestos sociales, inclusive de la salud”. Con eso hubo una profundización de desigualdades, de inequidades preexistentes en el sistema. Esta crisis global de múltiples dimensiones afecta a todos los países, aunque con diferentes expresiones.

Se observó una amplificación de la pobreza y del desempleo, que se encuentra alrededor de 9% en términos mundiales, pero está en cerca de 25 a 30% en países como Grecia, España, Portugal y otros más de Europa, con un desempleo enorme entre jóvenes. Quizá los jóvenes españoles y de algunos países latinoamericanos, de Asia y América del Norte sufrirán para siempre los resultados de la ganancia del capital financiero internacional. Esto es una irresponsabilidad del capital financiero internacional y de la banca privada nacional en muchos de nuestros países. Es la causa, y no es fenomenológica, sino estructural. Stuckler y Basu hacen una profunda revisión y aguda crítica a estos procesos de austeridad impuestos por el FMI y el Banco Central Europeo, además de otras agencias internacionales, en su libro *The body economic - Why austerity kills*, por lo que recomiendo la lectura.

Se observa también una profundización del compromiso ambiental a escala planetaria, el cambio climático que viene de las formas que el capital organizó la producción y consumo insustentables en nuestras sociedades. Estamos consumiendo tanto de la Tierra que no hay planeta suficiente, y eso se debe a la organización de nuestra sociedad, a la forma de producir y de consumir. Si no se toman medidas serias ante el tema del cambio climático y de las crisis ambientales, el planeta cerrará su vida. Tenemos una crisis alimentaria, una crisis energética, una crisis ambiental. Además, hay una crisis ética, porque la irresponsabilidad al organizar la producción y el consumo se va por arriba de la capacidad de regulación de los estados nacionales y no hay regulación internacional.

Las Naciones Unidas (ONU) producen muy buenas sugerencias, muy buenos planteamientos, pero la soberanía de los Estados está por encima de los acuerdos internacionales, por arriba de las recomendaciones de la ONU. Son más determinantes que las recomendaciones coherentes de la ONU, los acuerdos comerciales impuestos a muchos de nuestros países por actores económicos globales poderosos.

Hay diferenciales entre los países en cuanto a las formas de producción y consumo, causa principal de la crisis planetaria; lo mismo pasa con la responsabilidad sobre el cambio climático, pues hay sociedades que producen más que otras los gases invernadero, que son la causa principal del cambio climático. Hay consecuencias más grandes sobre los países de renta baja y sobre los estados frágiles, y profundas consecuencias sobre la salud y los sistemas de salud.

Las inequidades socioeconómicas y sanitarias entre los países y al interior de los mismos es la regla del modelo de desarrollo en marcha en el mundo. Un ejemplo de inequidad es la esperanza de vida al nacer en África subsahariana, que se sitúa alrededor de los 53 años, o sea cerca de 27 años menos que en los países de alta renta. Lo mismo se repite cuanto a las mortalidades infantil y materna, grado de desnutrición infantil, acceso a los servicios de salud y de agua y saneamiento, entre otros marcadores de inequidades.

La Organización para la Agricultura y Alimentación (FAO) informa que hay 925 millones de personas que aún padecen de hambre crónica en el mundo; alrededor de 885 millones no tienen acceso al agua potable y de 2 600 millones al saneamiento básico.

Se vive una transición demográfica y en poco tiempo en el mundo habrá un contingente de personas mayores más grande de los que están en edad productiva, o que genera un grado de dependencia difícil de resolver y presiones sobre los sistemas de protección social

y de salud. Se observa la triple carga de enfermedad: las molestias transmisibles, las enfermedades crónicas no transmisibles y ahora se tiene que agregar el tema de las causas externas y de la violencia, tanto la violencia interindividual como la violencia institucionalizada por las guerras y por las intervenciones militares sin explicación y sin necesidad, que producen tremendas consecuencias sobre los territorios ocupados y sobre los soldados de las intervenciones. La violencia institucionalizada es un problema global.

A todo esto acompaña una urbanización masiva, con disparidades entre zonas urbanas y periurbanas en las megaciudades, casos de México, Río y Sao Paulo como ejemplos en América Latina. Esas megaciudades presentan un territorio completamente desigual que debe tomarse en cuenta al pensar en el tema de la planificación estratégica social, económica, ambiental y sanitaria. Alrededor de 2009, los países de medianos y bajos ingresos tenían 84% de la población global y 92% de la carga de enfermedad, 29% del PIB, 16% de los gastos en salud y 80% de los pobres con menos de dos dólares estadounidenses al día. Esto muestra las desigualdades enormes que se viven en un mundo globalizado. Estos son epifenómenos del desarrollo capitalista que, con sus crisis periódicas, ha moldeado un mundo profundamente desigual entre países, clases y grupos sociales. Esa sociedad de clases y el modo de producción y consumo produce desigualdad y exclusión, además de ser un modelo ambiental ecoagresivo.

El geógrafo inglés David Harvey, cuando examina la expresión local de las formas de desarrollo capitalistas vigentes identifica lo que llama de 'paisaje geográfico de la acumulación'. Por ejemplo, en México y Brasil hay zonas rurales así como regiones, barrios urbanos y municipios más pobres donde se concentran pobreza crónica, crisis económicas locales o conflictos internos. Hay además concentración de pueblos indígenas, poblaciones afrodescendientes y migrantes. Esto, que a muchos parecería natural, tiene sus raíces en la misma organización de clases de la sociedad capitalista. Se debe considerar este paisaje de acumulación al pensar en la planificación de los sistemas sociales, de protección social y de salud.

En el plan global, el proceso de acumulación implica en la acción nociva que tienen la distribución inequitativa de las riquezas y el poder, a ejemplo del capital financiero internacional y sus proyecciones o aliados nacionales, que no reciben el debido control del FMI, ni de los gobiernos nacionales. Al contrario, la regla que el FMI viene imponiendo a los países de bajos y medianos ingresos es de políticas recesivas, de severa austeridad fiscal y de achicamiento del Estado, que no resolverán el problema. Los países que rechazaron

esas recomendaciones están hoy en una situación relativamente mejor que aquellos que han aceptado la imposición de tales políticas.

La Comisión Lancet-Universidad de Oslo sobre Gobernanza Global en Salud –de la cual formo parte y recomiendo la lectura del Informe– ha discutido los orígenes políticos globales de las inequidades en salud y aborda muchas de estas temáticas de forma muy apropiada.

Los DSS, que son la factorialización del complejo proceso de determinación social de la salud, se distribuyen de forma desigual entre los diferentes estratos sociales creados al interior de las clases sociales en las sociedades capitalistas. Se puede factorializar para entender mejor o hacer intervenciones que sean mitigatorias sobre los factores y no radicalmente transformadoras sobre la estructura. Eso es posible y frecuentemente se hace; consistiendo en tomar factores y trabajar sobre ellos y no sobre el cambio de las estructuras.

Existen factores económicos, sociales, políticos, culturales, éticos, raciales, psicológicos y de comportamiento que tienen influencia en la ocurrencia de los problemas de salud. Una gran cantidad de evidencia científica muestra la existencia de un gradiente social en relación con las inequidades en salud y la exposición a riesgo en salud. Sin reducciones significativas en las desigualdades e inequidades económicas y sociales será imposible disminuir las inequidades sanitarias, aunque con la reducción de las inequidades se puede mejorar parcialmente la salud de la población. Es decir, para cambios profundos y duraderos se necesita intervenir en las estructuras sociales que generan las desigualdades económicas.

El cambio de los determinantes depende fundamentalmente de políticas públicas y acciones intersectoriales nacionales y locales. La mano invisible del mercado no resuelve los problemas estructurales de la sociedad. No se enfrentan determinantes sociales con la mano invisible del mercado. Se necesitan Estados democráticos fuertes, planificación sectorial e intersectorial, políticas públicas y acciones intersectoriales, porque estos son los instrumentos para generar las probables y posibles soluciones.

De otro lado, además de las políticas nacionales y locales en pro de la equidad, es indispensable mirar las dimensiones globales de la determinación y de las inequidades. La Comisión Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2005-2008) dice:

“Las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, económicas y sociales, y la situación actual resulta de la combinación tóxica de políticas y programas sociales, deficientes arreglos económicos injustos y una mala gestión política”.



Figura 4.3.1.

Fuente: Report of the Commission on SDH. Geneva, WHO; 2008:1-232/Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da Brasil 2006-2008.

161

La Comisión propone mejorar las condiciones de la vida diaria, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y por último medir y comprender el problema y evaluar el impacto de las acciones por políticas públicas y acción intersectorial.

Entre 2006 y 2008, Brasil también tuvo su Comisión Nacional de Determinantes Sociales y yo la presidía como presidente de la Fundación Oswaldo Cruz (Figura 4.3.1). En el sitio <http://dssbr.org> se muestran documentos al respecto. En 2011, por propuesta de Brasil a la Asamblea Mundial de la Salud se organiza la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, realizada en Río de Janeiro por la OMS y el gobierno brasileño, de la cual resulta la Declaración Política de Río sobre los DSS. En ella, los países se comprometen con implementar cinco esferas principales de actividades que son críticas para abordar el problema de las inequidades sanitarias, a saber:

- i) *adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y el desarrollo*
- ii) *fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas*
- iii) *seguir reorientando el sector salud con miras a reducir las inequidades sanitarias*
- iv) *fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo*
- v) *vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.*

El paso siguiente en el proceso ha sido la Octava Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en Finlandia, en septiembre de 2013, con el tema central de ‘Salud en Todas las Políticas’, que

ha emitido la Declaración de Helsinki, en la cual los participantes claman por acciones a nivel nacional y global para que se articulen políticas y procesos capaces de enfrentar los DSS por la presencia de compromisos concretos de todas las políticas con sus consecuencias sobre la salud.

La ya mencionada Comisión Lancet-Oslo (2011-2013) presenta ejemplos de siete políticas de intervención en el que el actual sistema de gobernanza global ha fracasado en promover o proteger la salud o en el abordaje de las inequidades de salud: las crisis financieras y medidas de austeridad, la propiedad intelectual, los tratados de comercio e inversión, la (in)seguridad alimentaria, la actividad empresarial transnacional, la migración y la violencia armada. El análisis de casos muestra que la forma en que los determinantes políticos globales de la salud operan, es decisiva para la distribución actual de la salud. Muestra también, cómo en el panorama actual de gobernanza global, las asimetrías de poder entre actores con conflictos de intereses conducen las normas, reglamentos o prácticas (determinantes políticos de la salud) que causan las inequidades en salud y como disfunciones del sistema de gobernanza global permiten que esto suceda, propone importantes mecanismos para identificar los procesos globales y el camino para construir políticas equitativas basadas en el derecho de la ciudadanía: reforzar las acciones intersectoriales para la salud utilizando una *plataforma de múltiples actores* en la gobernanza para la salud, que serviría como foro político para proporcionar espacio para diversos actores a fin de enmarcar los temas, establecer agendas, examinar y debatir sobre políticas que tendría un efecto sobre la salud y la equidad en salud, e identificar las barreras y proponer soluciones para concretar políticas.

Además, hace un llamado al monitoreo independiente de cómo el proceso de gobernanza global afecta la equidad en salud para institucionalizarlo a través de un *Panel de Monitoreo Científico Independiente* y establecer evaluaciones de la equidad en salud dentro de las organizaciones internacionales. La Comisión también solicita medidas para un mejor aprovechamiento de los determinantes políticos globales de la salud, y fortalecer los derechos humanos en salud, como los relatores especiales y hacer más duras las sanciones a través del sistema judicial internacional contra la lista de violaciones por parte de los actores del sector privado.

Otro proceso en marcha muy importante es la negociación intergubernamental, a nivel de la ONU, en cuanto a la Agenda del Desarrollo *post-2015*, incluyendo los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), lo que se puede considerar una respuesta global de la ONU y

sus Estados miembros a la cuestión internacional del desarrollo, incluyendo la salud en esta Agenda. Las Naciones Unidas pasaron toda la década del 90 en conferencias mundiales. Con el lema “Preparando el mundo para el siglo XXI”, realizaron entonces una cantidad grande de conferencias, como las conferencias sobre la Niñez, Ambiente y Desarrollo Río 92, Derechos Humanos, Poblaciones y Desarrollo, Mujer, Asentamientos Humanos y la Cúpula Social en Copenhague, entre otras. Es brillante el papel de la ONU, pero los materiales se vuelven retóricos porque no hay compromisos políticos firmes y los estados nacionales no empujan. Hay declaratorias; falta acción.

En el año 2000, en la Cúpula del Milenio de las Naciones Unidas, los jefes de Estado y gobiernos de todos los países del mundo firman la Declaración del Milenio y establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En 2012, en Río de Janeiro, se realiza la Conferencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Río+20, de la cual emerge el documento final de compromisos ‘*El Futuro que Queremos*’. En él, los mayores dirigentes de las naciones del mundo declaran la renovación del compromiso político con el desarrollo sostenible, en sus tres componentes: económico, social y ambiental. Se discutió la economía verde y hubo quienes dijeron estar en contra del ‘verdeamiento’ del capital al no considerar que hubiera nada nuevo en el concepto de ‘economía verde’, sino interés de adaptarlo a los intereses del capitalismo contemporáneo. En el mismo documento la salud es presentada como condición previa, resultado e indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económico, social y ambiental.

El documento reconoce la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, reducir las enfermedades transmisibles y no transmisibles, fortalecer los sistemas de salud en sus varias dimensiones. También considera importante el acceso a medicamentos y vacunas, con la posibilidad de accionar los derechos de defensa de la salud pública sobre la propiedad intelectual, la cual, hoy, es dominada por los grandes grupos farmacéuticos que, muchas veces, con precios inaccesibles, impiden el acceso a medicamentos esenciales para salvar vidas. Es inaceptable y tenemos que encontrar otra forma de tratar el tema de la propiedad intelectual e industrial.

Después de la Conferencia de Río+20, el compromiso preveía la Agenda y los ODS en 2015 para ser aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU). Todo un proceso con consultas globales y regionales en las seis regiones de la ONU (incluso en las Américas, bajo la égida de CEPAL, sobre temas críticos como salud, educación, cambio climático, producción y consumo

sostenibles, ciudades sostenibles, agua y saneamiento, entre otros) e implementación de cambios en la gobernanza global para el desarrollo sostenible. Con este fin se sustituye la Comisión de Desarrollo Sostenible por un Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible integrado por los jefes de Estado.

La consulta sobre salud tuvo participación importante y el documento de Botsuana indica que los resultados en salud son determinados por factores económicos, sociales y ambientales, que se debe empezar con compromiso, con asegurar equidad en todas las áreas interconectadas que contribuyan para la salud, es decir, integrar la salud en todas las políticas. En este diálogo de alto nivel se propone como ODS salud ‘Garantizar vidas saludables para todos en todas las edades’, un objetivo amplio y merecedor de la mayor atención. Además de las consultas globales, un Panel de Alto Nivel de Personas Eminentes ha preparado un documento que, en la misma línea del dialogo global, propone como ODS salud la perspectiva de ‘vidas saludables para todos’.

Se menciona también a la Red de Soluciones Tecnológicas para el Desarrollo Sostenible, creada por el Secretario General de la ONU para apoyarlo en definir la Agenda y los ODS, que reúne instituciones de todo el mundo y que están proponiendo soluciones para el desarrollo –incluso en salud– basados en estudios y seguimiento de experiencias comunitarias bien sucedidas alrededor del mundo. Los temas en consulta, además de salud fueron:

- *Desigualdades*
- *Población*
- *Educación*
- *Crecimiento económico y empleo*
- *Conflicto y fragilidad*
- *Gobernanza*
- *Sustentabilidad ambiental*
- *Seguridad alimentaria y nutrición*
- *Energía*
- *Agua*

Cada tema planteado por dos países y dos agencias de la ONU responsables. Informes al Panel de Alto Nivel que los consolidará y encaminará a la AGNU, por intermedio del SG, Sociedad civil, Consultas nacionales y regionales.

El proceso converge para el Grupo de Trabajo Abierto, formado por diplomáticos de todos los Estados miembros de las Naciones Unidas que preparará hasta junio de 2014 el documento conteniendo los ODS, a ser sometido a la AGNU de 2014.

Los principios de equidad, sostenibilidad y solidaridad respecto a los derechos humanos y al hecho de compartir responsabilidades se relacionan con una propuesta a las Naciones Unidas de la Agenda de Desarrollo Universal centrada en las personas y sensible a los problemas ambientales, a los problemas del planeta, con compromiso y responsabilidad de todos, y que tiene como centro algo que se empezó a discutir en la Conferencia del 2000 que generó los ODM, pero que todavía no se han alcanzado: la erradicación de la pobreza extrema en el mundo, situación inaceptable dadas las riquezas que el planeta proporciona.

Una discusión sustantiva dice respecto a cuál de los ODS correspondería salud: si ‘asegurar vidas saludables para todos’ o ‘cobertura universal en salud’ (CUS). La primera, defendida por el Diálogo Global y el Panel de Alto Nivel de Personas Eminentes, es amplia y supone la involucración de otros sectores externos al sector salud, es decir, los que son considerados parte de los DSS. La Cobertura Universal de Salud es un objetivo estrictamente sectorial y estrecho delante de toda la complejidad de la reconocida producción social de la salud; puede y debe, sí, ser una ‘meta’ dentro del objetivo mayor.

Aunque se acepte la CUS, mejor sería aceptar y defender la idea de sistemas universales de salud, equitativos, integrales y de calidad, basados en derecho a la salud. Como se encuentra incluso aquí el concepto de CUS que involucra el componente de ‘seguro’, para cual uno tiene que pagar para acceder a los servicios de salud. Más bien, la salud tiene que ser un derecho garantizado por fondos nacionales que vienen de los impuestos nacionales, sin que alguien necesite un seguro de salud, esté mejor que otro y, en general, correspondiente a ‘paquetes de servicios’, lo que no garantiza la equidad. Por ello, la salud debe estar en el centro del “Desarrollo Sostenible” (DS) como beneficiaria y contribuidora para el DS, y ‘medida-clave’ de un desarrollo centrado en las personas, basado en derechos, inclusivo y equitativo. El objetivo exhaustivo de salud para maximizar vidas saludables en todas las etapas de la vida, ya que en la Agenda de salud de los ODM continúan como objetivos específicos, con énfasis en la prevención, basada en las Resoluciones de las Naciones Unidas y OMS para la Cobertura universal de salud como un ‘objetivo operacional’.

Asimismo, la equidad en los objetivos de salud garantizada por la desagregación de metas e indicadores en todos los niveles con objetivos y metas universales y no solamente a países pobres como ocurrió con los ODM. Los desafíos que se enfrentan para lograr una salud para todos y sistemas ‘saludables’ de salud requiere de



Figura 4.3.2. Cronología de eventos previos a la adopción de la Agenda de Desarrollo de UN post-2015. Fuente: elaboración propia.

cambios en las políticas económicas, sociales y ambientales globales y nacionales. También sectores sociales y de salud democrática, pública, universal, equitativa y de calidad que está demandando y necesita sociedad civil políticamente organizada. Debemos lograr una ampliación de la conciencia popular y deflagración de luchas por derechos sociales fundamentales y equidad en todas las políticas: las calles de Europa, Asia y AL y lograr la articulación entre los movimientos sociales de los países (Figura 4.3.2).

La lucha por una Agenda de Desarrollo global y nacional con prioridad a la equidad e inclusión social, además de que sea ambientalmente sostenible, requiere de la participación del sector salud, sus instituciones y sus profesionales. Al final, lo que está en juego en el pacto global para después de 2015, en discusión por los Estados miembros, en el sistema de las Naciones Unidas, es la garantía (o no) para lograr los derechos fundamentales de la salud humana y planetaria, en relación con lo cual tenemos que posicionarnos como científicos y ciudadanos.

4.4 Evidencias e importancia de los DSS y el Desarrollo Sostenible en las Américas.

Panorama de los DSS en América Latina y el Caribe

Kira Fortune

Es importante conocer la perspectiva regional de las desigualdades de la salud y de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recaba evidencias permanentemente dentro de la región para ver los avances.

Establecida la fecha para el logro de los objetivos mundiales del milenio, en América Latina y el Caribe se han logrado avances importantes: reducción de la desnutrición, el hambre, la subnutrición y la mortalidad infantil, además de que la esperanza de vida ha aumentado significativamente. De acuerdo con datos recientes de salud en las Américas, la esperanza de vida aumentó de 69.2 a 76.1 entre 1980 y 2011. Los datos de la región reflejan una tasa baja de desnutrición infantil de 4% y elevadas tasas de inmunización contra el sarampión de 93%. Entre 1990 y 2007 la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años se redujo a más de la mitad, de 55 a 26 por mil personas.

No obstante que ha habido avances en la región, la pobreza y las desigualdades siguen siendo los retos más importantes del siglo. Dos mil 790 millones de personas en el mundo viven con menos de dos dólares al día; 6 de 10 de las personas más pobres del mundo son mujeres y hay diferencias que explican las desigualdades de salud significativas y entre los países. Hay una diferencia de 36 años en la esperanza de vida entre Malawi y Japón, y la esperanza de vida en la República Dominicana es de 73.5, mientras que en Haití es 62.2, con una diferencia de 11.3 años dentro de la misma isla. También en países se presentan diferencias, por ejemplo, según el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica, siguiendo la línea roja de Metro entre la capital Washington, D.C., y Shady Grove, Md., tiene 17 paradas de Metro y 30 millas de distancia, la diferencia estimada es de 9 años en la esperanza de vida (Figura 4.4.1)

Es necesario ver el contexto dentro de las comunidades y dentro de los países y el reto mayor del siglo XXI es acabar con la pobreza y la desigualdad. América Latina y el Caribe son una región de ingresos intermedios, pero la región es una de las más desiguales en términos de ingresos. Los ingresos han aumentado significativamente, pero

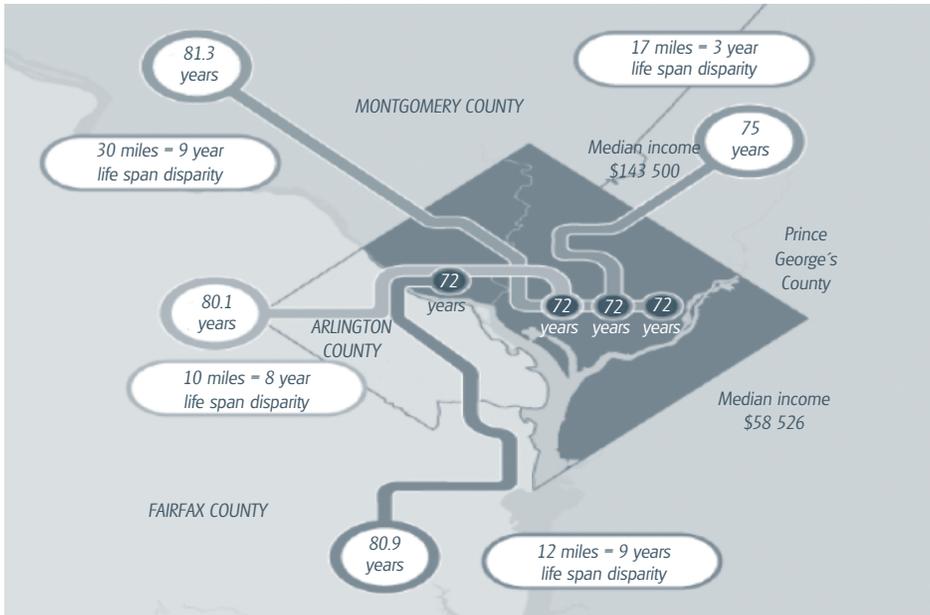


Figura 4.4.1. La Línea Roja entre Washington, D.C., y Shady Grove, Md. Tiene 17 paradas de Metro que abarcan 50 km (30 millas) y una diferencia estimada de 9 años en la vida útil.

Fuente: Robert Wood Johnson Foundation, 2011.

la diferencia entre quienes tienen y quienes no tienen ingresos se ha ensanchado casi cinco veces en 30 años (Figura 4.4.2). Hay evidencia reciente de que uno de cada cinco residentes de la región vive con menos de dos dólares al día y 120 millones de personas en las Américas no tienen acceso a servicios de salud por razones económicas. La región también enfrenta muchos retos nuevos. El perfil epidemiológico de la región ha cambiado y hay un aumento en las enfermedades no transmisibles.

En la población entre 18 y 84 años hay un aumento muy rápido de la urbanización; esta región es la más urbanizada en el mundo desarrollado, pues 77% de la población vive en ciudades. La urbanización puede ser un determinante de la salud positivo porque facilita el acceso al empleo y la educación, pero también puede tener un efecto opuesto y dentro de las ciudades se encuentran grandes desigualdades. Por ejemplo, las ciudades más importantes de Estados Unidos, que incluyen a Atlanta, Washington y Nueva York, tienen los niveles más altos de desigualdad en el país, similares a Abiyán, Nairobi y Santiago. En Belice, Guatemala y Perú, más de 50% de la población urbana vive en lugares no adecuados, mientras que en Barbados, Chile, Guyana y Uruguay es menos de 10% de la población. La mortalidad infantil en Buenos Aires, Argentina, va de 6.5 a 16%.

La OPS es una organización intergubernamental, cuenta con 38 estados miembros que establecen la agenda de trabajos y está comprometida con promover la Equidad en Salud y lo ha estado durante mucho tiempo. La Agenda de Salud para las Américas fue lanzada en 2008 y declaró su estrategia para diez años (2008-2017), con base en lo que los países consideran importante y hacia dónde debe ir dicha región. Los DSS son uno de los objetivos del Plan Estratégico, algo que la región ha tomado muy en serio y que tiene una historia sólida.

La Agenda de Salud de las Américas se ha traducido en un Plan Estratégico, una herramienta muy importante porque permite que los países y la OMS ser responsables de lo que hacen. Se trata de medir los avances en las áreas prioritarias para lograr la equidad, la Atención Primaria de la Salud, la Promoción de la Salud, la Protección Social, la Etnicidad, los Derechos Humanos y la Igualdad de Género, con indicadores específicos y mediciones en términos de los DSS.

Se está llevando a cabo el proceso de la planeación y desarrollo del Plan Estratégico para los próximos 5 años. Se ha visto que es una oportunidad que los países expresen sus preocupaciones en términos de las desigualdades actuales que repercuten en la salud en la región. Los estados miembros están comprometidos con asegurarse de que todo esto se aborde en los próximos 5 años y se ha desarrollado con consultas para establecer un vínculo en términos de las razones causales y determinantes de la salud. Ha sido una

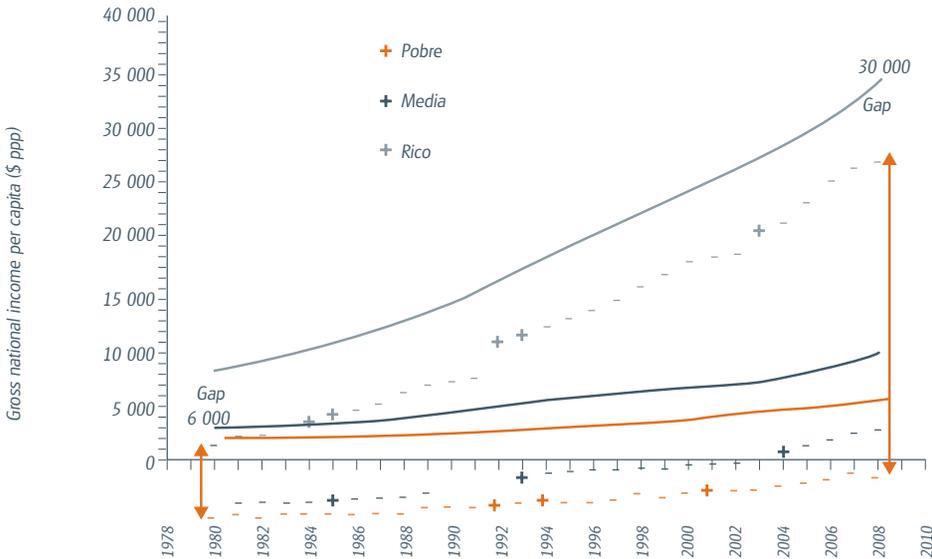
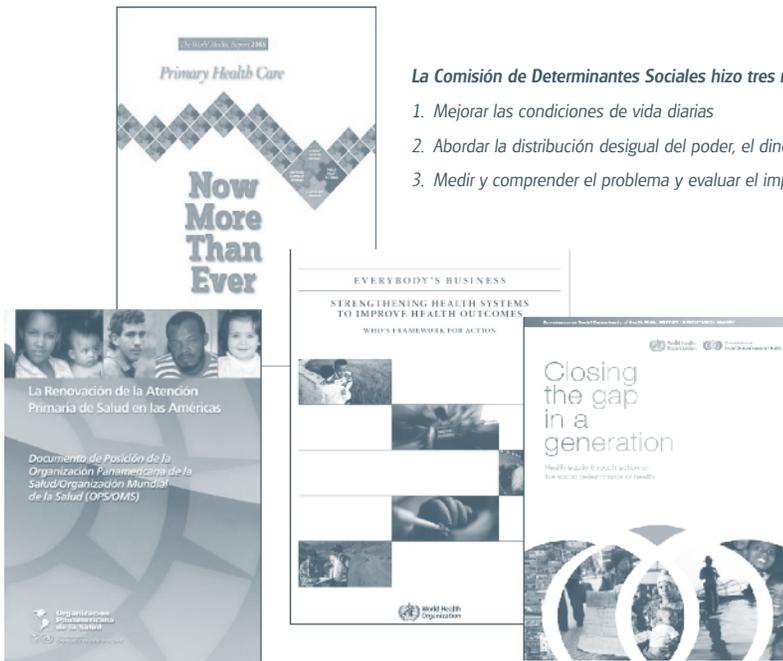


Figura 4.4.2. El desafío más grande del siglo XXI: Pobreza e Inequidad Crecimiento de ingresos por terciles: Región de las Américas 1980-2008. .

Fuente: PAHO: Health in the Americas, 2012.

oportunidad para que los países compartan sus experiencias sobre lo que han hecho para resolver las desigualdades, lo que no se ha hecho y se debería hacer en el plan hacia el 2019. La Comisión de los DSS, importante para la OPS, identificó diferentes redes de conocimientos. Estas redes recabaron evidencia sobre temas como desarrollo en la infancia temprana, la salud urbana y el monitoreo y han dado recomendaciones (Figura 4.4.3).

En el 2008 la Comisión propuso cerrar la brecha de la inequidad en una generación y se propusieron tres recomendaciones: 1) mejorar las condiciones de vida cotidiana; 2) resolver la distribución desigual de poder, dinero y recursos, y 3) medir y entender este problema. Lo que realmente hizo la Comisión fue dar un marco mediante el cual se pudieron ver no únicamente las desigualdades entre los países, sino también al interior de cada uno de ellos; propuso un marco para ver las desigualdades a nivel local. También fue una oportunidad para que los profesionales de la salud fuera del sector salud miraran otros sectores y cómo impactan a la salud. Adicionalmente, fue una manera de contribuir a lograr las metas de desarrollo del milenio.



La Comisión de Determinantes Sociales hizo tres recomendaciones:

1. Mejorar las condiciones de vida diarias
2. Abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción

Figura 4.4.3. Las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales.
Fuente: WHO "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the SDH".

El enfoque de los DSS se ha ido adoptando con mucho movimiento en todo el mundo. España jugó un papel muy importante y consideró esto como una prioridad durante su Presidencia en la Unión Europea. En las regiones africanas se adoptó y se respaldó en la estrategia regional. En Sudamérica el Consejo de Ministros de Salud identificó abordar los DSS también.

En 2011 se llevó a cabo una Conferencia sobre Determinantes Sociales de la Salud, una oportunidad para que los países aprovecharan las recomendaciones de la Comisión. En la instrumentación estas recomendaciones, durante tres años, los países se reunieron para movilizarse en torno a esta Conferencia. En la región de las Américas se llevaron a cabo consultas regionales y los países demostraron lo que habían hecho en relación con salud y desigualdades a través de los DS, pero emitieron recomendaciones específicas sobre cómo hacer que la agenda avanzara y cómo abordar algunos de los retos que se dan para romper el ciclo de las inequidades con la implementación de los DSS. Los países que habían documentado sus estudios de caso los presentaron en la Conferencia. Se movilizaron en torno a cinco temas específicos, que son con los cuales se trabaja al hablar de los DSS. Se trabajaron el área de gobernanza, la idea de promover la participación, el papel del sector salud y la acción global sobre DSS, como los Objetivos del Milenio (ODM) *post* 2015, y se vio un monitoreo de los avances. En esta Conferencia la Declaración Política fue adoptada por los estados miembros. Era un mandato para seguir avanzando en la Agenda. Tras la Conferencia, con colegas de otras se estableció un plan de acción para tener seguimiento de los cinco pilares. Los mandatos se tradujeron en un plan de acción y cada región tiene una responsabilidad específica para asegurarse de que se cumpla con todo (Figura 4.4.4).

En cuanto a avances que se lograron en la región de las Américas al abordar la salud y la desigualdad a través de los DSS, hay muchos ejemplos de México y de otras partes de la región. Algunos de los datos presentados en la Conferencia sobre DSS, Costa Rica, Brasil y Chile son tres países que han invertido en sus políticas sociales y públicas a través de diferentes medios. En Costa Rica gastaron 15.5% del PIB en el sector social, lo cual es el porcentaje más alto de toda América Latina. Costa Rica, que invirtió mucho en el desarrollo de la infancia temprana, en educación y salud, tiene niveles muy bajos de pobreza y de desigualdad y la esperanza de vida más alta de la región.

En Brasil, de acuerdo con lo que se presentó en la Conferencia de Río, el porcentaje de personas que vivían en la pobreza en 2001 era de 37.5% y para 2009 se había reducido a 24.9%. Brasil ha invertido

una cantidad significativa de recursos en políticas públicas y sociales, pero el Programa Bolsa Familia fue fundamental para alcanzar estos números. Brasil cumplió con su primera meta de ODM al reducir la proporción de la población que vive en pobreza extrema y lo logró antes del plazo de 2015.

En Chile, la educación ha sido un factor esencial para disminuir la desigualdad entre los salarios de personas calificadas y no calificadas. De nuevo Chile ha invertido en protección social y en el desarrollo de la infancia temprana. En una reunión, Chile presentó la evidencia del programa llamado “Chile crece contigo”. Es un programa en el cual se invierte en el desarrollo de la infancia temprana y se ve la perspectiva de toda la vida. Se mostró que se trata de una inversión que vale la pena porque es una manera costo-efectiva de abordar la salud y las desigualdades de salud. Según la comisión, no sólo hay que considerar el costo económico de las desigualdades de salud, sino que hay que considerar los aspectos éticos. Muchas veces al hablar con una contraparte y con los gobiernos, se detecta que estos enfoques son costo-efectivos.

Declaración política de Río adoptada por los Estados miembros, septiembre de 2011

Mediante consulta pública, los Estados miembros identificaron cinco pilares clave:



Un resultado clave de la Conferencia Mundial fue la Declaración Política de Río

Figura 4.4.4. Mediante consulta pública, los Estados miembros identificaron cinco pilares clave.
Fuente: WHO Declaración Política de Río 2011.

La OPS también construye y comparte su evidencia. Es importante que todas las buenas prácticas de la región, que las iniciativas que reditúan, se documenten, y se hace a través de diferentes mecanismos. La lista de equidad, por ejemplo, es un listado en el que se recolecta toda la evidencia obtenida sobre desigualdades de la salud y DSS. También existe un campo virtual con espacio para todos estos temas, al igual que diferentes observatorios de salud que recaban datos sobre las desigualdades de salud.

Un programa específico que se llama Caras, Voces y Lugares es un programa interagencias o interdependencias. Inicialmente, con los ODM, al medir los avances que se están logrando para alcanzar estos objetivos, se ve que hay avance pero que a veces continúan las desigualdades. Por eso surge Caras, Voces y Lugares, para poder trabajar con comunidades a nivel local y enfocar esfuerzos en lo mencionado anteriormente, un elemento clave de la Declaración Política. Es una manera de ir más allá de los promedios. Es uno de los lugares con verdadera participación intersectorial. Se trabaja con los alcaldes a nivel local y ellos a su vez trabajan con gran cantidad de sectores diferentes. En cuanto a las iniciativas en curso y futuras de la OPS, es importante señalar que la estrategia usada consiste en trabajar a través de redes. Es una estrategia en la que se trabaja con centros de colaboración, con las organizaciones de la sociedad civil y con la Academia, el mayor reto es empezar a trabajar con otros sectores.

Recientemente también ha jugado un papel muy importante en la preparación para la Conferencia de Promoción de la Salud de Helsinki, donde se habla de políticas de salud para todos. La región de las Américas fue muy importante al documentar los avances que se han logrado en la región sobre políticas de salud para todos, hay un total de 26 estudios de caso. De cinco de ellos se hará un análisis detallado que se compartirá para que sea posible aprender de ellos. Así se fortalece la llamada Colaboración Sur-Sur y está por publicarse una edición especial de DSS. Tras el lanzamiento del primer trabajo hubo un gran interés en la región de las Américas. La retroalimentación que se recibió fue que hacía falta más evidencia en español y en portugués. Gran parte de la evidencia entonces estaba en inglés y se necesita más evidencia, porque hay muchos datos muy ricos en la región que vale la pena compartir con el norte.

Hubo un total de 83 trabajos presentados para esta edición especial, lo cual mostró el interés en la región sobre el abordaje de los DSS. Recientemente se llevó a cabo una consulta regional de alto nivel sobre DSS. Fue una pequeña consulta porque se estaba

desarrollando un plan estratégico y había deseos de colaborar con expertos para ver cuáles eran sus recomendaciones para que el plan estratégico pudiera avanzar. Se hicieron diferentes recomendaciones a partir de esta consulta y se vio una necesidad de participar en el debate *post 2015*. Se consideró que la equidad era central en el debate y como sector salud había necesidad de dinamismo en ese diálogo, pues no es un diálogo determinado por el sector salud sino por la Secretaría de Relaciones Exteriores.

En cuanto a la necesidad de enfocarse en la cobertura universal de salud, hubo una recomendación de empezar a establecer redes de conocimientos en la región. Esto se estableció inicialmente como parte del trabajo de la Comisión, pero habría que establecer redes regionales dentro de la región. Aunque ya se trabaja muy de cerca con otras dependencias, el mayor reto es trabajar con otros sectores.

La Conferencia de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud fue excelente, con muy ricos desenlaces, pero fue en gran parte para el sector salud. Eso es algo para tener en mente a medida que haya avances y que se continúe discutiendo el escenario *post 2015*. Poniendo la equidad en el centro de *post 2015*, conviene regresar a la Conferencia de DSS. Se creó una evidencia muy rica como preparación para esta Conferencia, así como una declaración con la que se han comprometido los Estados miembros. Hay ya muchos conocimientos en términos de equidad y de DSS (Figura 4.4.5). Se llevó a cabo en junio de 2012 una reunión para renovar el compromiso político con la Agenda de Desarrollo Sustentable con el lema “El futuro que queremos”.

Ahora queda claro que ésta será otra iniciativa en la que se han unido los países y han establecido compromisos a partir del 2015,



Figura 4.4.5. Herramientas relevantes para los últimos desarrollos en las Metas de Desarrollo Sostenible post-2015.

Fuente: WHO/PAHO 2015.

con el compromiso de empezar a definir las metas relacionadas con el desarrollo sostenible en la agenda de trabajo. Estas conferencias y mandatos se operan en silencio trabajando conjuntamente. Es muy complejo y después de Río surgió la gran Conferencia sobre Políticas de la Salud, una conferencia global de promoción de la salud. Todos los trabajos que se llevaron a cabo fueron muy importantes para la preparación de la Declaración final de la Conferencia.

Actualmente la sustentabilidad ambiental, el desarrollo económico inclusivo, el desarrollo social incluyente, la paz y seguridad son componentes que se han debatido y ahora surge la oportunidad de enfocarse en la Equidad en Salud, DSS y Cobertura Universal de Salud. Hubo dos consultas: una global en preparación para *post* 2014 en Botsuana y una consulta regional en Bogotá. En las recomendaciones de la reunión de Botsuana, se acordó que la equidad debe incluirse en las metas de *post* 2015 y que los ODM deben integrarse, algo que se está viendo no únicamente en la región sino a nivel global. Debido a que las enfermedades no transmisibles están aumentando rápidamente y que se desea abordar de manera seria, es un buen ejemplo de que el sector salud no puede trabajar solo; se requiere la colaboración de todos los sectores. Asimismo, se percibe la necesidad de enfocarse en la cobertura universal de salud; esta es una oportunidad de poner todo esto en el centro de los objetivos.

La reunión de Bogotá se enfocó mucho en esta región y las recomendaciones que surgieron fueron específicas para ella, aunque algunas pueden aplicarse a otras regiones. Se vio que la región cambió notoriamente desde el surgimiento de las metas de desarrollo del milenio; su perfil epidemiológico es diferente y hay cambios en las enfermedades no transmisibles, mayor urbanización y cambios en las desigualdades.

Además, existe un modelo de desarrollo totalmente nuevo que considera la equidad y la sostenibilidad ambiental. Otro mensaje originado aquí fue que es necesario empezar a medir de mejor manera, pese a que a veces es difícil por haber datos fragmentados, pero es importante dedicar esfuerzos a esto. Entre otros puntos destacados se mencionó la necesidad de tener gobernanza y desarrollo basados en comercio justo, transferencia tecnológica, reformas, nuevos mecanismos de financiamiento y nuevos mecanismos de participación social y fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur.

Hay muchos procesos que se están dando en este momento y puede ser muy complejo el determinar cómo se integra todo. Por ello, a partir de 2015 se van a requerir más consultas. Las lecciones aprendidas y las recomendaciones que surgen de estos eventos



Figura 4.4.6. Poner la equidad y los determinantes sociales de la salud en el centro de la agenda internacional.

Fuente: WHO/PAHO 2015.

internacionales valen la pena y deben tenerse en mente. Es importante hoy en día que el sector salud no sólo colabore con la Secretaría de Relaciones Exteriores, sino también con otros sectores. Hay que transmitir los mensajes en términos de la disminución de las desigualdades y abordar todo esto a través de los DSS (Figura 4.4.6).

El año 2015 representa una oportunidad real para aplicar la salud en todas las políticas, los sectores y todos los actores se unen para poder definir los siguientes objetivos. El sector de la salud tiene que saber cuándo debe ocupar un papel secundario o cuándo debe ocupar el papel principal. La coordinación de las políticas es absolutamente esencial a medida que haya avance. En el área de los datos existe la necesidad de coordinación en términos de políticas. A veces hay datos fragmentados que deben alinearse, para lo cual se requiere comunicación con otros sectores para ver qué tipo de datos tienen. Se están tomando medidas para hacer esto, pero es posible mejorarlas. La evidencia regional existente y los programas deben alinearse y capitalizarse. Hay gran riqueza de evidencia en esa región, que tiene que ser compartida con el resto del mundo. La colaboración Sur-Sur, la Sur-Norte y la Norte-Sur son absolutamente esenciales.

RECOMENDACIONES

*"Aquel que tiene un porqué para vivir
se puede enfrentar a todos los cómo."*

FRIEDRICH NIETZSCHE

En este Documento de Postura de la Academia Nacional de Medicina de México, las recomendaciones que se presentan se derivan de la amplia revisión documental que se hizo al respecto, así como de las experiencias en otros países que son referencia mundial de éxito y de los planteamientos y las recomendaciones de los expertos que participaron en los simposios internacionales, organizados por el Comité permanente de vinculación externa para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud en México de nuestra corporación, descritos en los capítulos 3 y 4. Asimismo, se han considerado aquellos contextos y marcos de referencia para la toma de decisiones con una perspectiva para la planeación, programación, presupuestación, ejercicio y control, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.

Las recomendaciones del documento de postura de la Academia se derivan de dos ámbitos que son complementarios y no excluyentes:

- I. El de los compromisos internacionales adquiridos por el gobierno de México sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y otros que también se relacionan con ellos, ya que se deben reportar avances y resultados en las diferentes instancias y foros correspondientes, y*

- II. El normativo y programático nacional *para las políticas públicas y las acciones del desarrollo social, en donde tanto los compromisos y recomendaciones aceptados para los DSS y la equidad en salud, como de otras propuestas de buenas prácticas que se pueden desarrollar en los niveles gobierno nacional, estatal y municipal, ya que aún no se ha adoptado de manera directa*

I. En el ámbito de los compromisos internacionales.

Antecedentes y contexto

178

Destacan principalmente los mandatos que se aprueban como resoluciones que adoptan los países miembros en la Asamblea Mundial de Salud y en particular los compromisos asumidos por nuestro país en la Asamblea General de Naciones Unidas en materia de la *Agenda para el Desarrollo*.

En la 62^a *Asamblea Mundial de la Salud* del 2009, se aprobaron en una resolución las tres “*Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS*” (CDSS) para alcanzar la equidad en salud actuando sobre los DSS y subsanar las desigualdades en una generación. Dicha resolución fue avalada y adoptada por México y por todos los países miembros de la OMS.¹

Posteriormente, en el 2012, la 65^a *Asamblea Mundial de Salud* hizo suya la “*Declaración Política de Río sobre los DSS*” de la Conferencia Mundial sobre DSS del 2011 en donde los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, manifestaron su determinación de lograr una equidad social en salud y el bienestar, mediante la actuación sobre los DSS, aplicando un enfoque intersectorial integral y también reiteraron la aceptación de las tres recomendaciones generales de la CDSS sobre DSS.

Asimismo, en la *Cumbre de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas* de septiembre del 2015, México y 192 líderes mundiales se comprometieron en la ONU a cumplir con “*La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”, un plan de acción mundial en favor de las personas, el planeta y la prosperidad.

Es por ello, que el documento de postura de la ANM toma en primer término tanto las recomendaciones de la CDSS, que nuestro país aceptó atender, como las cinco acciones prioritarias de la *Declaración Política de Río sobre los DSS*, así como los objetivos de la

agenda 2030, debido a que se tiene que informar sobre los avances y logros obtenidos.^{2,3}

Las tres recomendaciones generales de la CDSS, así como sus ámbitos y acciones son: 1. *Mejorar las condiciones de vida cotidianas*. 2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*, y 3. *Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de las acciones*. Se describen a continuación las que se consideraron factibles para su implementación y cumplimiento en nuestro país.

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas

Equidad desde el principio. Millones de niños no se desarrollan plenamente y ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades de salud. Se recomienda:

- *Establecer un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas y programas para el desarrollo de la primera infancia*
- *Disponer de un paquete integral de programas de calidad para todos los niños, las madres*
- *Ofrecer y garantizar enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todo*

179

Entornos saludables para una población sana. El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y posibilidades de tener una vida próspera. Actualmente la mayoría de los habitantes vive en entornos urbanos. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad en salud, así como el acceso a una vivienda de calidad, al agua y a servicios de saneamiento, ya que son un derecho de todo ser humano. Se recomienda:

- *Mejorar la disponibilidad y la asequibilidad de vivienda invirtiendo en la mejora de los barrios y colonias, priorizando el abastecimiento de agua, electricidad y el saneamiento*
- *Promover conductas sanas según criterios de equidad, en particular la actividad física, alentando una alimentación sana y la disminución de la violencia y los delitos mediante una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores, limitando el número de establecimientos de venta de alcohol*
- *Invertir de forma sostenida en el desarrollo rural*
- *Tener en cuenta la equidad en salud en las respuestas económicas*

y sociales al cambio climático y otros tipos de degradación medioambiental

•

Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno. El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad en salud. Cuando son buenos empleos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. Se recomienda:

- *Dar empleo y trabajo digno como objetivos centrales de las políticas sociales y económicas nacionales*
- *Formular políticas económicas y sociales que aseguren a los hombres y las mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados, que tengan en cuenta el costo real y actual de una vida sana*
- *Proteger a todos los trabajadores con normas y políticas laborales básicas*
- *Mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores*

Protección social a lo largo de la vida. Todos necesitan protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Extender la protección social a toda la población, constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad en salud en una generación. Se recomienda:

- *Establecer políticas integrales de protección social y/o reforzar las existentes*
- *Velar que los sistemas de protección social incluyan a quienes están en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector informal, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas*

Atención de salud universal. El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para alcanzar la equidad en salud. Sin acceso, disponibilidad y atención con calidad para todos, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más personas se ven en pobreza debido a que han de hacer frente a gastos en su salud de consecuencias catastróficas para sus familias. Se recomienda:

- *Disponer de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago*

-

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos. Se recomienda:

- *Utilizar la equidad en salud como criterio de evaluación de la actuación del gobierno*
- *Cumplir los compromisos adquiridos aumentando el porcentaje del PIB en salud*
- *Reforzar el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud*
- *Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género, crear y financiar una instancia dedicada a la equidad de género*
- *Incluir en las cuentas nacionales la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario*
- *Garantizar la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones*
- *Permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar para que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales para la equidad en salud*

181

3. Medición y análisis del problema

La acción sobre los DSS será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, como los registros civiles y sistemas de información de las inequidades en salud y los DSS; se recomienda para:

Los actores. Que los gobiernos desempeñen una función central en esas intervenciones, que presten apoyo las instituciones y organismos nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades de investigación, académicas y el sector privado.

Las autoridades nacionales y locales. Que las intervenciones sobre los DSS y la equidad en salud estén respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, que se apoye en los principios de justicia, participación y colaboración intersectorial.

Las intervenciones se refieren a la coherencia de las políticas gubernamentales; intensificación de las medidas que promuevan la financiación para la medición, evaluación y formación de recursos humanos.

La sociedad civil. Que desempeñe un importante papel en las intervenciones sobre los DSS como su participación en las políticas, la planificación y los programas; y evaluación y seguimiento del desempeño.

El sector privado. Que influya para fomentar el aumento de la responsabilidad de las inversiones e investigación en la salud y el bienestar.

Las instituciones de investigación. Que conozcan de la situación de salud nacional y local, y proporcionen evidencias y propuestas de lo que puede hacerse para mejorar esa situación y de cuáles son las medidas más eficaces para subsanar las inequidades en salud generando conocimiento sobre los DSS y difundirlo.

En la 65^a Asamblea Mundial de Salud los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, manifestaron su determinación de implementar los cinco compromisos propuestos en la “Declaración Política de Río sobre los DSS” de la Conferencia Mundial sobre DSS del 2011 para lograr una equidad social en salud y el bienestar, mediante la actuación sobre los DSS aplicando un enfoque intersectorial integral.⁴

Los cinco compromisos prioritarios son: *1. Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo; 2. Fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas; 3. Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades en salud; 4. Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, y 5. Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.*

1. *En la adopción de una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo, se recomienda:*
 - i) trabajar con los diferentes sectores y en los diversos niveles de gobierno, según las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, teniendo en cuenta su contribución a la salud y a la equidad y que la Secretaría de Salud desempeñe una función rectora en la materia, para trabajar sistemáticamente en abordar todas las dimensiones en sus actividades y elaborar planteamientos para mejorar la salud y reducir las inequidades
 - ii) formular políticas integrales que tengan en cuenta las necesidades de la población, prestando atención especial a los grupos vulnerables y las zonas de alto riesgo

- iii) apoyar programas integrales de investigación que fundamenten las políticas y medidas sobre los DSS
 - iv) fomentar la rendición de cuentas de las instancias normativas en lo referente a las repercusiones de todas las políticas para la equidad en salud
 - v) brindar apoyo a todos los sectores para crear los instrumentos y la capacidad que les permitan abordar los DSS en el ámbito nacional y local
 - vi) fomentar la colaboración con el sector privado, cuidando los conflictos de intereses, para contribuir a la consecución de políticas y actuaciones sobre los DSS
 - vii) reforzar la seguridad y la protección de la salud en el trabajo y la supervisión de las condiciones de trabajo salubres, contribuyendo así a la promoción de la salud
 - viii) prestar una atención especial a los aspectos relacionados con el género, así como al desarrollo en la primera infancia, en las políticas públicas y en los servicios sociales y de salud
2. *En el fomento de la participación en la formulación y aplicación de políticas, se recomienda:*
- i) fomentar e incrementar en todos los ámbitos la integración y transparencia en materia de formulación, aplicación y rendición de cuentas de políticas sobre gobernanza de la salud, facilitando en particular el acceso a la información
 - ii) adoptar medidas para potenciar el papel de las comunidades y reforzar la contribución de la sociedad civil en la formulación y aplicación de políticas, así como una participación efectiva en los procesos de toma de decisiones que sean de interés público
 - iii) promover una gobernanza integradora y transparente en la que puedan participar a los sectores afectados y fomentando la colaboración de la sociedad civil y del sector privado, cuidando los conflictos de interés
 - iv) considerar los DSS que conllevan inequidades en salud persistentes para los pueblos indígenas, conforme al espíritu de sus derechos, de acuerdo con la Declaración de las Naciones Unidas y las nacionales
 - v) promover una participación plena y efectiva de todos los sectores en la formulación y aplicación de políticas y medidas para abordar los DSS
3. *En el seguimiento reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades en salud, se recomienda:*

- i) mantener y formular políticas de salud pública eficaces que aborden los determinantes sociales, económicos, medioambientales de la salud, centrándose particularmente en reducir las inequidades
- ii) fortalecer los sistemas de salud con miras a ofrecer una cobertura universal equitativa y servicios de salud preventivos, curativos, de promoción y de rehabilitación, centrándose particularmente en la atención primaria de la salud de manera integral
- iii) crear, mantener y consolidar las capacidades en materia de salud pública y, en particular, la capacidad de actuación intersectorial sobre los DSS
- iv) consolidar y mantener sistemas de financiación de la salud para evitar en la población que la búsqueda de tratamientos médicos conlleve un empobrecimiento
- v) promover mecanismos que respalden y refuercen las iniciativas comunitarias de financiación de la salud y de riesgos para la salud
- vi) integrar, con carácter prioritario, el concepto de equidad en los sistemas de salud, así como en la elaboración y aplicación de los servicios de salud y en los programas de salud pública
- vii) promover mecanismos para el diálogo, la resolución de problemas y la evaluación de los efectos de la salud, para identificar e impulsar políticas, programas, prácticas y medidas de carácter legislativo que puedan ser decisivos para alcanzar la equidad en salud
- viii) intercambiar buenas prácticas y experiencias satisfactorias en materia de políticas, estrategias y medidas para seguir reorientando las intervenciones en el sector salud con miras a reducir las inequidades en salud

4. *En el fortalecimiento de la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, se recomienda:*

- i) adoptar enfoques políticos coherentes, basados en el derecho humano de disfrutar del más alto grado posible de salud
- ii) prestar apoyo a los niveles mínimos de protección social, en función de la definición y de las necesidades específicas que propone el sistema de las Naciones Unidas, incluida la Organización Internacional del Trabajo en particular
- iii) abordar los DSS para asegurar la sinergia de esfuerzos para alcanzar las metas y objetivos de desarrollo relacionados con la mejora de la equidad en salud

- iv) alentar y acelerar la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, reconociendo toda la gama de medidas correspondientes, en particular las orientadas a reducir su consumo y disponibilidad ya que una reducción sustancial del consumo de tabaco aporta una contribución importante a la actuación sobre los DSS, y viceversa
 - v) llevar adelante en el ámbito nacional y estatal las medidas estipuladas en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, centrándose en reducir las inequidades en salud⁵
 - vi) promover la capacidad y establecer incentivos con miras a disponer de recursos humanos en el sector de la salud y en otros ámbitos, especialmente en las esferas que más lo necesiten
 - vii) crear capacidad para abordar los DSS aportando conocimientos técnicos, y facilitando el acceso a recursos mediante el apoyo técnico de los organismos de las Naciones Unidas, en particular la OMS
 - viii) fomentar la cooperación Norte-Sur y Sur-Sur para las iniciativas de promoción y la creación de capacidad, y para facilitar la transferencia de tecnología sobre la base de términos establecidos de común acuerdo con miras a actuar de forma integrada en las inequidades de salud, en consonancia con las prioridades y necesidades nacionales, incluso en lo que se refiere a los servicios de salud y la producción farmacéutica
5. *En la vigilancia de los progresos y reforzamiento de la rendición de cuentas, se recomienda:*
- i) establecer, fortalecer y mantener sistemas de vigilancia destinados a facilitar datos desglosados para evaluar las desigualdades, tanto en materia de resultados de salud como en lo referente a la asignación y utilización de recursos
 - ii) establecer y aplicar medidas de bienestar social sólidas, respaldadas por datos probatorios y fiables, basadas sobre los indicadores, patrones y programas existentes, y que abarquen todo el gradiente social y más allá del crecimiento económico
 - iii) promover la investigación de las relaciones entre DSS y resultados de salud equitativos, centrándose en particular en la evaluación de la eficacia de las intervenciones
 - iv) compartir sistemáticamente pruebas científicas y tendencias pertinentes entre los diferentes sectores para fundamentar políticas y medidas

- v) facilitar a todos los sectores de la sociedad un mejor acceso a los resultados de la vigilancia y de las investigaciones
- vi) evaluar los efectos de las políticas sobre la salud y sobre otros objetivos sociales en la formulación de políticas
- vii) aplicar mecanismos intersectoriales tales como el enfoque de “la salud en todas las políticas” para abordar las inequidades en salud y los DSS y consolidar un sistema de rendición de cuentas
- viii) mejorar el acceso universal y el uso de tecnologías e innovaciones de la información inclusivas en relación con los principales DSS

En la Cumbre de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas del 2015, el gobierno de México se comprometió a cumplir con “La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, que es un plan de acción mundial para la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema que se enfrenta en el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible. Asimismo, en la agenda se considera a los nuevos *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*, antes conocidos como “*Objetivos de desarrollo del milenio post 2015*”, que son 17 objetivos y 169 metas de alcance global y con 230 indicadores, que cada país seleccionará, para hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Los ODS abarcan tres dimensiones: económica, social y ambiental de forma equilibrada e integrada, con un enfoque universal y la premisa de “No dejar a nadie atrás”.⁶

En el documento de postura se consideran como compromisos internacionales, porque se vinculan directamente con los DSS y la equidad en salud, a nueve de los 17 objetivos ODS, los objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 y 11, porque son otra excelente plataforma para abordarlos por tener indicadores para el monitoreo y evaluación hasta el año 2030.⁷

Las recomendaciones que se derivan de dichos compromisos internacionales han sido un insumo importante para el diseño de políticas, estrategias y líneas de acción que se deben implementar en los tres niveles de gobierno y con la participación de sectores social y privado. Asimismo, implica conocer el avance que durante estos años se ha reportado en cada uno de ellos y evaluar su desempeño e impacto.

II. En el ámbito normativo y programático nacional para las acciones en los DSS y la Equidad en Salud

Antecedentes y contexto

Atender las recomendaciones de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los DSS, las de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como las que los expertos nacionales e internacionales han propuesto, implica no únicamente decir qué se recomienda, sino también el cómo hacerlo. Se requiere de un amplio trabajo técnico y administrativo y un gran esfuerzo de coordinación y concertación para lograr la intersectorialidad con los actores responsables de las políticas públicas y los programas sociales. Por ello, en el documento de postura de la Academia se ha considerado como fundamental el hecho de que en México ya se cuenta con el marco legal y el de organización de la administración pública, que permite el trabajo intersectorial para abordar e intervenir en las causas, tanto estructurales como intermedias de los DSS, para reducir las desigualdades en salud.

187

A continuación se describen de forma sucinta los referentes normativos de los diferentes ámbitos en los que se debe intervenir para lograr que las recomendaciones propuestas sobre los DSS puedan ser implementadas.

Desde 1983 la Ley de Planeación establece que “Es responsabilidad del Ejecutivo Federal conducir la planeación nacional del desarrollo con la participación democrática de los grupos sociales”... (Artículo 4º) y “Las dependencias de la administración pública centralizada deberán planear y conducir sus actividades con perspectiva de género y con sujeción a los objetivos y prioridades de la planeación nacional de desarrollo, a fin de cumplir con la obligación del Estado de garantizar que éste sea equitativo, integral y sustentable”...(Artículo 9º)⁸ y desde 2006 la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria* establece la evaluación de los programas presupuestales y para identificar la eficiencia, economía, eficacia y calidad en la Administración Pública Federal y el impacto social del ejercicio del gasto público (Arts. 110 y 111).⁹

De ahí que cada sexenio se elabora un Plan Nacional de Desarrollo de donde emanan los programas sectoriales (y sus programas



Figura 5.1. Poner la Equidad y los Determinantes Sociales de la Salud en el centro de la agenda internacional.

Fuente: CONEVAL-SHCP-SFP_ Lineamientos Generales de Evaluación PbR SED. Metodología de Marco Lógico (MML) y MIR 2014.

específicos), los programas institucionales (entidades paraestatales), los programas regionales y los programas especiales.

Actualmente se hace una planeación nacional orientada a resultados, con vinculación sistemática de la Información del desempeño en la programación y presupuestación, la implantación y consolidación del presupuesto basado en resultados y en el marco del Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED); se busca mejorar el seguimiento al ejercicio, destino y resultados de los recursos federales transferidos a los gobiernos locales y atender las reformas recientes en materia de transparencia, rendición de cuentas y calidad del gasto¹⁰ (Figura 5.1).

Asimismo, contamos con otras Leyes Generales que norman el desarrollo del país, como la *Ley General de Desarrollo Social* (LGDS), la *Ley General de Población* (LGP), la *Ley General de Salud* (LGS), la *Ley General de Educación* (LGE), la *Ley General del Trabajo* (LGT) y todas ellas son el marco rector para el desarrollo social que:

- *Establece como objetivo de la Política Nacional de Desarrollo Social: “Propiciar las condiciones que aseguren el disfrute de los derechos sociales, individuales o colectivos, garantizando el acceso a*

los programas de desarrollo social y la igualdad de oportunidades, así como la superación de la discriminación y la exclusión social”

- *Define los objetivos, principios, vertientes e instrumentos de dicha política*
- *Da lugar a un Sistema Nacional de Desarrollo Social*

Instancias para plantear y llevar a cabo las recomendaciones

La Academia Nacional de Medicina de México, como Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal, tiene acceso a diferentes instancias de la administración pública, así como del sector social y privado, para plantear las recomendaciones del documento de postura sobre los DSS y la equidad en salud. El marco legal, de organización y la infraestructura que ya se tienen en México, ha permitido avanzar en el campo de la salud como un derecho humano, pero ante el incremento de la pobreza y las desigualdades, aunado al incremento anual de la población, aún no se tiene la equidad en salud y para ello la intersectorialidad es importante, indispensable y fundamental, porque su propósito es la definición de políticas públicas. La intersectorialidad se refiere a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas. Así se explica su importancia medular, que va más allá de la obvia necesidad de que representantes de múltiples sectores se pongan de acuerdo para tomar decisiones comunes. En la intersectorialidad no basta con la mera convergencia de estructuras ni tampoco es suficiente la convergencia de los conocimientos comunes, en donde los profesionales simplemente se complementan. Lo que se requiere es generar la innovación entre las múltiples disciplinas para incidir en los DSS y reducir las inequidades.¹¹

Con este propósito de la intersectorialidad, se ha considerado a varias instancias muy importantes por ser órganos creados para formulación de las políticas y programas de salud, población y desarrollo:

1. *el Consejo de Salubridad General (CSG)*, responsable de emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país, mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. *el Consejo Nacional de Población (Conapo)* cuya misión es la planeación demográfica del país a fin de incluir a la población

- en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular sus objetivos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos
3. *el Sistema Nacional de Desarrollo Social (SNDS)* que tiene por objeto consolidar la integralidad y el federalismo sobre bases de coordinación, colaboración y concertación de estrategias y programas de desarrollo social. Los organismos que integran el SNDS son: *la Comisión Nacional de Desarrollo Social (CNDS); la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social (CIDS); el Consejo Consultivo de Desarrollo Social (CCDS) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval)*
 4. *el Comité Técnico Especializado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (CTEODS)* liderado por la Presidencia de la República, encargado de dar seguimiento a los objetivos, metas e indicadores propuestos en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible

Estos consejos, comisiones y comités, son el medio para plantear las recomendaciones y proponer las políticas, estrategias o líneas de acción sobre los DSS y la equidad en salud. Se necesita trabajar en más de una variable social o sector para mejorar la salud de la población y la equidad en salud ya que no siempre constituye la meta principal de todas las políticas sociales, pero serán un resultado esencial, ya que el desarrollo por sí solo que no viene de la mano de políticas sociales adecuadas cuyo propósito sea garantizar una distribución justa de los beneficios, no mejora la salud de la población.³

Es importante destacar que una cosa es integrar las políticas sociales para el desarrollo (que es lo que se señala en las diferentes Leyes generales de Desarrollo Social, Salud, Educación y Empleo), y otra influir en, y coordinar lo mejor posible, dichas políticas dentro y fuera del sector público para poder implementarlas y mejorarlas.

Asimismo, un enfoque basado en los DSS no equivale únicamente a la puesta en marcha de un programa, sino que se requiere de una visión holística e integral que incorpore los elementos fundamentales aplicados en toda la sociedad, demanda un cambio para abordar los DSS, un cambio que implica “*pasar de la planeación por programa social a la planeación por problema social*”. Se propone que se empiece dando una respuesta al definir cuál es el ámbito del problema social que queremos modificar o resolver, analizando sus causas y sus efectos en la población y no únicamente estos últimos, y a partir de esa definición iniciar la acción conjunta para partir de una “*lógica diagonal ascendente*”. Es decir, en la solución de ese

problema social debemos identificar cuáles y cuántos de los programas actuales, derivados del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, podemos utilizar e identificar si vamos a necesitar, además de la interacción del sector público, la del sector social, del sector privado, del sector académico y de los tres niveles de gobierno para poder entrar en un trabajo intersectorial. De acuerdo al Inventario Nacional de Programas y Acciones para el Desarrollo Social del Coneval, en todo el país se cuenta con programas y acciones para el desarrollo social que están vinculados con los DSS, pero no se han propuesto con ese propósito; tal es el caso de la alimentación, la educación, el medio ambiente sano, la no discriminación, la salud, la seguridad social, el trabajo y la vivienda, que se integran en más de seis mil programas distribuidos en 233 federales, 3 788 estatales y 2 730 municipales.¹²

¿Por qué el cambio? Porque hoy y desde hace más de 50 años nuestro sistema de planeación de las políticas y programas sigue una “lógica diagonal descendente”: se formula un PND de donde, como ya se mencionó, parte la estructura de los programas derivados del mismo, los programas sectoriales, los institucionales, los especiales y los regionales, así como los programas especiales transversales y cada uno de ellos con sus respectivas estrategias, líneas de acción e indicadores, lo que no permite cerrar el círculo. Debido a que se evalúan los indicadores y metas de los programas y no si



Figura 5.2. De la planeación por programa social a la planeación por problema social.

Fuente: Framework for action on tackling social determinants of health inequities.

hubo una modificación a solución del problema social, como lo es la inequidad en salud.

El enfoque de los DSS para lograr la Equidad en Salud permite establecer políticas públicas con base en la evidencia, de tal forma que de las recomendaciones presentadas con la “lógica diagonal ascendente” se evalúen de acuerdo con los lineamientos generales del Coneval, la SHCP y la SFP a través del seguimiento a recomendaciones y análisis de lo implementado, como se ilustra en la Figura 5.2.

Marcos de acción, dimensiones, direcciones y recomendaciones adicionales

La OMS propuso un marco de acción para llevar a cabo las recomendaciones de la CDSS y las resoluciones adoptadas en las dos asambleas mundiales de salud. Se proponen las dimensiones y direcciones que se tienen disponibles para actuar sobre los determinantes estructurales e intermedios, las acciones intersectoriales o para la participación social y el empoderamiento. Las intervenciones de políticas pueden ser para paliar las diferentes consecuencias de la enfermedad; reducir las diferentes vulnerabilidades y exposiciones de los grupos sociales más desfavorecidos y, finalmente, alterar los patrones de estratificación social. Al mismo tiempo, las políticas e intervenciones pueden ser enfocadas al nivel “micro” de interacciones individuales, al nivel “meso” de condiciones comunitarias, o al nivel “macro” de políticas públicas nacionales y en un nivel global.

De igual forma, para verdaderamente elaborar políticas e intervenciones con el enfoque de DSS e inequidades en salud se debe:

- Monitorear y dar seguimiento a los resultados en equidad en salud y los DSS
- Desarrollar evidencia sobre qué intervenciones están impactando en los DSS a través de todas las acciones de gobierno
- Incluir a la equidad en salud como una meta en la política en salud o en la política social en general (que al retomar lo identificado en el PRO-SESA 2013-2018, este punto ya comenzó a presentarse en el país)

En la Figura 5.3 se muestra un diagrama que tiene el propósito de desarrollar estrategias con base en las recomendaciones de la CDSS presentadas para el contexto específico de cada país con las cuales se puedan abordar tanto los DSS estructurales como los intermedios.³

Se propone, como un inicio, tomar acción con un abordaje de los DSS e inequidades en salud bajo el entendimiento simple de que: la

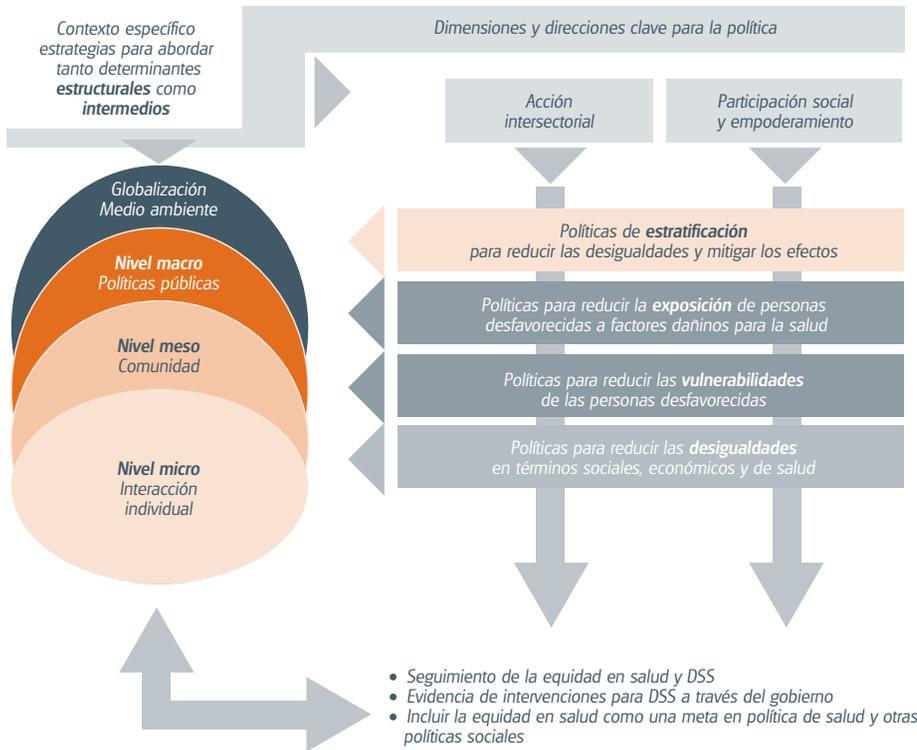


Figura 5.3. Marco de acción para abordar los determinantes sociales de las inequidades en salud.
Fuente: elaborado por EQH/EIP 2006 (OPSH).

salud depende principalmente de las condiciones donde las personas nacen, viven, aprenden, trabajan y juegan. Por lo tanto, se debe comenzar focalizando acciones e intervenciones escalables en cuatro áreas:

- Las viviendas
- Las escuelas
- Los centros de trabajo con medidas de seguridad
- Los centros y áreas para la recreación y convivencia

Los individuos somos sociales por naturaleza, y conforme nuestros lazos comienzan a desenredarse también nuestra salud:

- La salud comienza en nuestras casas con nuestras familias, donde debe existir una relación sana entre padres e hijos, sin violencia y donde los niños se puedan sentir seguros y protegidos
- La salud comienza con una buena educación, donde los niños no sólo aprendan a leer y escribir y sean preparados para una vida próspera, sino que también aprendan a tratarse mutuamente con dignidad y respeto

- *La salud comienza con trabajos seguros y sueldos justos, donde las personas puedan tener una sensación de satisfacción personal por su trabajo y conexión con sus colaboradores*
- *La salud comienza en comunidades saludables, con calles seguras libres de violencia y con parques donde los niños y los jóvenes puedan jugar*

Ninguna institución por sí sola puede restaurar la salud de las personas y familias de una comunidad, municipio, estado o país. Para ello se requiere liderazgo y una asociación entre industria, gobierno e instituciones de la sociedad civil y el sector privado. No se puede erradicar a la enfermedad, pero se puede promover y mantener la salud. Es así que la salud comienza con relaciones sanas en el hogar y la escuela, en comunidades sanas y trabajos sanos (Figura 5.4).

Para seguir avanzando en el posicionamiento y abordaje de los DSS de las inequidades en salud como una alternativa de política pública, también se debe tener una estrategia de difusión que logre concientizar y comprometer a otros organismos e institucio-

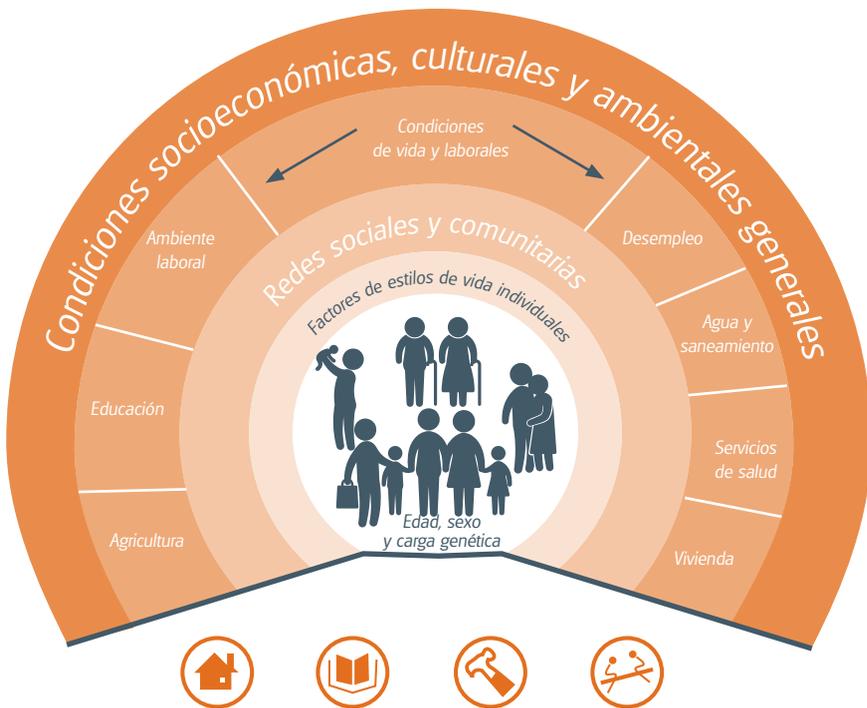


Figura 5.4. Los Determinantes Sociales de la Salud son las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, educamos, trabajamos, divertimos, envejecemos y morimos.

Fuente: versión propia adaptada de Whitehead M y Dahlgren G.¹³

nes dentro del país. El desarrollo de mensajes debe seguir un proceso que incluya tres pasos: 1) Determinar cómo los formuladores de políticas ven a la salud; 2) Desarrollar mensajes que puedan ser probados, y 3) Fortalecer el mensaje evaluando su impacto.¹⁴

Experiencias positivas muestran la ventaja de abordar objetivos de política que se deben seguir para reducir las inequidades en salud:¹⁵

- *Brindar a cada niño el mejor comienzo de vida posible*
- *Permitir a todos los niños, jóvenes y adultos maximizar sus capacidades y tener control sobre sus vidas*
- *Crear empleos justos y un ambiente laboral seguro*
- *Crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles*
- *Ampliar y fortalecer el papel de la prevención y la promoción de la salud*

Asimismo, hay áreas específicas de acción: 1) Las condiciones de vida de los niños y jóvenes; 2) Entorno en el que se vive y planeación urbana; 3) Educación; 4) Ingreso y empleo; 5) Servicios de salud, y 6) Cambios en los procesos para un desarrollo socialmente sustentable.¹⁶

Otras recomendaciones específicas de política pública y estrategias, intervenciones para implementar un enfoque de DSS e inequidades en salud por niveles son:

<i>Tipo</i>	<i>Intervención/acción</i>	<i>Horizonte temporal para implementación</i>	<i>Nivel</i>
Política pública	Incluir en la agenda política el desarrollo del abordaje de DSS e inequidades en salud en México (incluyendo específicamente el tema en los planes estatales y municipales de desarrollo)	Corto y mediano plazos	Federal, estatal y municipal. En estos momentos, ya es muy tarde para incluir en específico este tema en el PND y programas sectoriales, pero se puede incorporar en los planes de desarrollo de los estados y municipios y retomar el tema durante el 2017 y 2018 para un nuevo PND
Política pública	Implementar el abordaje de salud en todas las políticas (SeTP) a nivel nacional, estatal y municipal	Mediano y largo plazos	Federal, estatal y municipal

(Continúa)

Política pública	Que el enfoque de DSS e inequidades en salud se vea reflejado en las políticas y programas de los sectores gubernamentales más relevantes, incluyendo al sector salud	Mediano y largo plazos	Federal, estatal y municipal
Política pública	Incluir a los DSS e inequidades en salud dentro de las líneas de investigación de instituciones académicas y científicas	Corto plazo	Federal y estatal
Política pública	Desarrollar y detallar más en los planes de acción específicos (alineados con el PROSESA 2013-2018) cómo se implementará el enfoque de DSS e inequidades en salud dentro y fuera del sector salud. Las estrategias y acciones emanadas de dichos planes se deben ver reflejadas en el nivel estatal y local.	Corto plazo.	Federal, estatal y municipal.
Política pública	Definir cuáles son los objetivos de política que se buscarán en México al adoptar el enfoque de DSS e inequidades en salud y monitorear los resultados e impactos	Corto, mediano y largo plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Cumplir con las resoluciones, acuerdos y convenios internacionales sobre el tema que permitan mantener el compromiso nacional de dar seguimiento a la implementación	Corto, mediano y largo plazos	Federal y estatal
Estrategia	Formación de capital humano en el tema dentro y fuera del sector salud así como de los sectores social y privado	Mediano y largo plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Establecer un observatorio de DSS y equidad en salud con la participación de instituciones de educación e investigación que dé seguimiento al monitoreo de indicadores, resultados obtenidos e identifique qué acciones están funcionando y cuáles no	Corto plazo	Federal y estatal
Estrategia	Establecer estructuras temporales de soporte a la equidad en salud que comiencen a dar seguimiento a la implementación del abordaje de los DSS	Corto y mediano plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Implementación de herramientas para dar soporte a la acción sobre los DSS como el Análisis de Impacto en Salud (AIS), como base de acuerdos intersectoriales, listas de cotejo o auditorías de salud	Corto y mediano plazos	Federal, estatal y municipal

(Continúa)

Estrategia	Revisar y alinear las intervenciones dentro del sector salud, en un primer momento, y de los demás sectores, de acuerdo con las recomendaciones internacionales propuestas por la CDSS de la OMS	Corto y mediano plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Diseñar, desarrollar y acordar un plan de implementación del enfoque de DSS e inequidades en salud	Corto, mediano y largo plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Desarrollar un diagnóstico del problema social y las necesidades. Esto implica identificar las inequidades en salud existentes así como las acciones que actualmente se hacen, con o sin abordaje de DSS, pero que estén relacionadas con los DSS	Corto y mediano plazos	Federal, estatal y municipal
Estrategia	Fortalecer la cooperación con otros países de la región para la transferencia de conocimientos y prácticas efectivas sobre los DSS de la salud e inequidades en salud	Corto y mediano plazos	Federal y estatal

El enfoque de los DSS aporta el marco de referencia para la política social del país y para promover una mayor coordinación que permita el consenso, con todos los involucrados, de los indicadores más relevantes para ir midiendo la reducción de las inequidades en salud y otras áreas del desarrollo social, con lo que se iría más allá, por ejemplo, del PIB y del PIB per cápita en salud, educación y vivienda, como ya se refiere en el PND 2013-2018.

La Academia, como se ha planteado, debe dar los elementos programáticos en materia de salud de la próxima administración del Gobierno Federal, para la modificación y solución de las carencias que afectan principalmente a los 44 millones que son pobres, los 11 millones que viven en pobreza extrema y los más de dos millones de mexicanos que nacen anualmente, a fin de lograr la equidad en salud que aún no se tiene, actuando sobre los DSS.

Finalmente, en este documento de postura la Academia proyecta su papel social con propuestas para las políticas de salud del país, que también implicaran la mejora en la formación del personal de la salud, así como en la investigación, el desarrollo y la innovación en nuestro campo.¹⁷

Agradecimientos

Deseo dejar constancia de mi reconocimiento y agradecimiento por las sugerencias recibidas para la integración del contenido de esta publicación de parte de los doctores Enrique Ruelas Barajas, Miguel Ángel González Block, Adolfo Martínez Valle y especialmente por el apoyo del licenciado Eduardo Rodríguez Samaniego en la integración de las diferentes versiones estenográficas e ilustraciones.

Referencias

1. 62ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA62/14). Resolución EB124.R6. “Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” 22 de mayo de 2009.
2. 65ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA65/16). Resolución EB130.R11. “Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Declaración Política de Río y sus recomendaciones)” 26 de mayo de 2012.
3. OMS Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Agosto 28 de 2008.
4. OMS Declaración Política de Río y sus recomendaciones. Conferencia Mundial sobre los Determinante Sociales de la Salud Río de Janeiro, Brasil 19-21 de octubre de 2011. Nota: no asistieron a la conferencia las autoridades federales de salud de nuestro país, sino los representantes del Consulado Mexicano en la ciudad de Río de Janeiro, acreditados para el evento.
5. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. La Asamblea General A/66/L.1/ Sexagésimo sexto periodo de sesiones Tema 117 del programa. Septiembre 16 de 2011.
6. UN Asamblea General, A/69/L.85. Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. (Temas 13 a) y 115). 12 de agosto del 2015.
7. UN Asamblea General. Resoluciones 67/290 y 70/1 del Foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible organizado bajo los auspicios del Consejo Económico y Social E/HLPF/2016/7.
8. DOF. Ley de Planeación. Publicada el 5 de enero de 1983.
9. DOF. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Publicada el 30 de marzo de 2006.

10. CONEVAL-SHCP-SFP_ Lineamientos Generales de Evaluación PbR SED. Metodología de Marco Lógico (MML) y MIR 2014.
11. Ruelas BE. La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud. En: Urbina FM, Gonzáles B MA (ed). “La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas”. INSP-ANMM; 2012:95-97.
12. CONEVAL, Inventario Nacional de Programas y Acciones para el Desarrollo Social 2014.
13. Whitehead M, Dahlgren G. 2006. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 1) and European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 2). Studies on social and economic determinants of population health, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
14. Robert Wood Johnson Foundation. (2010) A New Way to Talk About The Social Determinants of 2) Health. Robert Wood Johnson Foundation, New York, U.S.
15. Strategic Review of Health Inequalities in England. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. UCL Institute of Health Equity, The Marmot Review; 2010.
16. Commission for a Socially Sustainable Malmö. Malmö's path towards a sustainable future. Malmö: Malmö Municipal Executive Committee; 2013.
17. Urbina FM, Gonzáles B MA. “La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas”. INSP-ANMM; 2012:11-129.

REFERENCIAS NACIONALES

- Arizti O, Castro MF, Fernández-Ordóñez X. Improving the quality of public expenditure through the use of performance information in Mexico. IEG World Bank. 2012
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008. México, D.F.: Coneval; 2008.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. México, D.F.: Coneval, 2009.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2011. México, D.F.: Coneval; 2011.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2012. México, D.F.: Coneval; 2012.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza en México, 2012. México, D.F.: Coneval, 2013.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014. México, D.F.: Coneval; 2015.
- De la Fuente A, Ortiz-Juárez E, Rodríguez-Castelán C. Living on the edge. Vulnerability to poverty and public transfers in Mexico. World Bank Group; 2015.
- Esquivel-Hernández G. Desigualdad extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político. México: Iguales/Oxfam; junio de 2015.
- INEGI. Indicadores de bienestar autorreportado de la población urbana, cifras del período de julio-2013 a enero-2015. México: Boletín de prensa Num. 98/15; 2015.
- Jasso-Gutiérrez L, López-Ortega M. El impacto de los determinantes sociales de la salud en los niños. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(2):117-25.

- Martínez-Valle A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(4):264–9.
- Merino M, Vilalta C. La desigualdad de trato en el diseño del gasto público federal mexicano. México: CIDE/Conapred: 2014.
- OECD Divided we stand: Why inequality keeps rising. Nota país: México. 2011.
- OCDE Estudios económicos de la OCDE México. Visión general. Enero de 2015.
- OCDE Midiendo el bienestar en los estados mexicanos. Resultados más destacados. 2015.
- OCDE Todos juntos. ¿Por qué reducir las desigualdades nos beneficia? en México. 2015.
- PNUD Índice de desarrollo humano municipal en México: nueva metodología. 2014.
- Salgado-de Snyder VN, Guerra y Guerra G. Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México*. 2014;56(4).
- Sedesol. I. Avances y retos de la política social. *Indicadores de Desarrollo Social*. Año 2, num. 48. Enero 31 de 2013.
- Tendencias económicas y financieras. Dos agendas para México. 15 de junio de 2015; año 29, vol. XXIX, Núm. 431.
- Universalidad de los servicios de salud. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. *Salud Pública de México*. 2013;55(número especial).
- Urbina-Fuentes M, González-Block MA. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. México: INSP; 2012.

REFERENCIAS INTERNACIONALES

- A new way to talk about. The social determinants of health. New York: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
- Albornoz V, Durán C, Fausto M, García S, González P, Imas VJ, et al. Pobreza, desigualdad de oportunidades y políticas públicas en América Latina. Río de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung; 2012.
- ALAMES. El debate y la acción sobre la determinación social de la salud. Posición desde los movimientos sociales. Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011. Disponible en www.alames.org
- Albrecht D, Bhattacharyya S. Energy: shared interests in sustainable development and energy services. Social determinants of health sectoral briefing series 5. Geneva: WHO; 2013.
- Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):83–9.
- Alonge O, Peters DH. Utility and limitations of measures of health inequities: a theoretical perspective. *Glob Health Action*. 2015;8:27591 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27591>
- Allen M, Allen J, Hogarth S, Marmot M. Working for health equity: The role of health professionals. UCL Institute of Health Equity; 2013.
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015; 8:27106.
- Archer P (ed). Declaration on health equity. Policy Statement 10. International Federation of Environmental Health. 21st May 2012.
- Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(suppl 1):1-6.
- Asada Y, Hurley J, Frithjof NO, Johri M. Unexplained health inequality – is it unfair? *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:11. DOI 10.1186/s12939-015-0138-2

- Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Mayo. 2010.
- Background paper to VicHealth position statement on health inequalities. Victorian Health Promotion Foundation. Victoria, Australia; October 2005.
- Banco Mundial (2015). Informe sobre el desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y conducta, cuadernillo del "Panorama general". Washington, DC: Banco Mundial.
- Beltran VM, McDavid-Harrison K, Hall HI, Dean HD. Collection of social determinant of health measures in US national surveillance systems for HIV, viral hepatitis, STDs, and TB. *Public Health Reports*. 2011;126(suppl 3):41-53.
- Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles No. 103*, 2008.
- Best advice - Social determinants of health. The College of Family Physicians of Canada, 2015.
- Blas E, Sivasankara-Kurup A. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.
- Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara-Kurup A. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. Geneva: WHO; 2011.
- Bojórquez-Chapela L, Salgado de Snyder N, Guerra y Guerra G. Interdisciplinary approach to the study of SDH (20-hour classroom-based workshop). WP4 - Research Capacity Building: Research Methodology and SDH. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.
- Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V, et al. Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide. The Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN) of the WHO. Universidad del Desarrollo, Chile, and National Institute for Health and Clinical Excellence, UK. November, 2007.
- Borde E, Akerman M, Pellegrini-Filho A. Mapping of capacities for research on health and its social determinants in Brazil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2014;30(10):2081-91.
- Bosma H. Social epidemiology: Shuttling between upstream and downstream: A personal and narrative review. *OA Epidemiology*. 2014 Mar 22;2(1):5.
- Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto D, Cali J, Pérez-Cuevas R. Comparative review of health system integration in selected countries in Latin America. IDB Technical Note 585. January 2014.
- Bowen S, Botting I, Roy J. Promoting action on equity issues: a knowledge-to-action handbook. Canadian Institutes of Health Research. September, 2011.
- Braveman P. Accumulating knowledge on the social determinants of health and infectious disease. *Public Health Reports*. 2011;126(suppl 3):28-30.
- Brito PE. Conferencia Atención primaria de la salud en el siglo xxi, un compromiso con la equidad. VI Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 11 a 13 de junio de 2009.

- Brose DA. Developing a framework for measuring community resilience: Summary of a workshop. 2015. The National Academy of Sciences. Washington, DC.
- Bryant T, Chisholm S, Crowe C. Housing as a determinant of health. From The Social Determinants of Health Across the Life-Span conference at Toronto, Canada; November 2002
- Buckley J (ed). The role of physicians and national medical associations in addressing the social determinants of health and health equity. Canadian Medical Association; 2015.
- Camarero-Rioja L, DelPino-Artacho JA. Cambios en las estructuras de los hogares rurales: formas de adaptación y resiliencia. *Revista Internacional de Sociología*. 2014;72(2):377-401. doi:10.3989/ris.2012.12.27
- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91:853-63. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118729>
- Campbell J, et al. Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ*. 2015;351(suppl1):h4148.
- Cardoso FH, Cetrángolo O, Costa S, Durán MA, Espina A, Gallego MT, et al. Cohesión social en Iberoamérica: algunas asignaturas pendientes. *Revista Pensamiento Iberoamericano*. 2007;2(1).
- Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the applications of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:81. DOI 10.1186/s12939-015-0207-6
- Carey G, Friel S. Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(12):795-8. doi:10.15171/ijhpm.2015.185
- Carmona-Fonseca J, Correa-Botero AM. Understanding the social determinants of health/disease: intestinal parasites and malnutrition in the families of Urabá, Colombia. *Social Medicine*. August 2014;8(2):56-67.
- Carrasco-Portiño M. El estatus social de las mujeres y su impacto en la salud de la población. *Feminismo/s* 18. Diciembre 2011: 333-42.
- Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. The public health observatory handbook of health inequalities measurement. Oxford: South East Public Health Observatory (SEPHO); 2005.
- Cecchini S, Martínez R. Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. Santiago de Chile: CEPAL; marzo de 2011.
- Cecchini S, Filgueira F, Martínez R, Rossel C (ed). Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL; 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. Establishing a holistic framework to reduce inequities in HIV, viral hepatitis, STDs, and tuberculosis in the United States. Atlanta (GA): October 2010. Disponible en www.cdc.gov/socialdeterminants

- CEPAL, CELADE. Panorama social de América Latina, 2010.
- Chun-Hai Fung I, Tsz Ho Tse Z, Wa Fu K. The use of social media in public health surveillance. *WPSAR*. 2015;6(2). doi: 10.5365/wpsar.2015.6.1.019
- Cingano, F. (2014), "Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 163, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxrjncwxv6j-en>
- Chovar-Vera A, Vásquez-Lavín F, Paraje G. Desigualdad e inequidad en la utilización de servicios médicos según grupos etarios en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):171–8.
- Communicating the social determinants of health guidelines for common messaging. Canadian Council on Social Determinants of Health. October 23, 2013.
- Considerations for incorporating health equity into project designs: A guide for community-oriented maternal, neonatal, and child health projects. USAID from the American people; 2011.
- Cord LJ, Lucchetti L, Rodríguez-Castelán C, et al. Shifting gears to accelerate shared prosperity in Latin America and the Caribbean. World Bank LAC; June 2013.
- Cord LJ, Genoni ME, Rodríguez-Castelán C (ed). Prosperidad compartida y fin de la pobreza en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Banco de Reconstrucción y Fomento /Banco Mundial; 2015.
- Cotlear D. Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina? Washington, DC: Banco Mundial; 2011.
- Cruces G, Gasparini L. Políticas sociales para la reducción de la desigualdad y la pobreza en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, propuesta y proyecciones en base a la experiencia reciente. CEDLAS. Marzo de 2013.
- Daghofer D. A Review of frameworks on the determinants of Health Canadian Council on social determinants of health. Canadá: May 20, 2015.
- Davison CM and National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2013). Critical examination of knowledge to action models and implications for promoting health equity. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University
- Declaración del Milenio. 13 de septiembre de 2000. Naciones Unidas. Nueva York: 2000.
- De la Torre A, Yeyati EL, Beylis G, Didier T, Castelan CR, Schmukler S. Desigualdad en una América Latina con menor crecimiento. Informe Semestral – Oficina del Economista Jefe Regional, Octubre 2014: Washington, DC: Banco Mundial.
- De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, De Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(6):452–60.
- Dmytraczenko T, Almeida G (ed). Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015.
- Dobbs R, Smit S, Remes J, Manyika J, Roxburgh C, Restrepo A. Urban world: Mapping the economic power of cities. McKinsey Global Institute. March, 2011.

- Dulin MF, et al. A trans-disciplinary approach to the evaluation of social determinants of health in a hispanic population. *BMC Public Health*. 2012;12:769
- Early intervention and prevention in family and parenting support. *Compendium of Inspiring Practices*. Eurochild. October 2012.
- ECLAC. Inclusive social development. The next generation of policies for overcoming poverty and reducing inequality in Latin America and the Caribbean. Regional Conference on Social Development. Lima, 2-4 November 2015.
- Edwards P (ed). *The Social Determinants of Health: An overview of the implications for policy and the role of the health sector*. From *The Social Determinants of Health Across the Life-Span* conference at York University. Canada; 2002.
- Edward JS. Understanding social determinants of healthcare access from the perspective of Hispanic Latino immigrants in Louisville, Ky. (2013). *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 391. <http://dx.doi.org/10.18297/etd/391>
- Edwards P (ed). *The social determinants of health: An overview of the implications for policy and the role of the health sector*. Health Canada. 2002 late. (Based on conference *Social determinants of health across the life span* at York University.)
- Erin P, Balogh EP, Miller BT, John R. Ball JR (ed). *Improving diagnosis in health care*. Washington, DC: National Academies of Sciences.; 2015.
- European Commission/EACEA/Eurydice/Eurostat, 2014. *Key data on early childhood education and care in Europe*. 2014 Edition. Eurydice and Eurostat Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Exworthy M. *Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process*. Oxford University Press. *Health Policy and Planning*. 2008;23:318-27.
- Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. *Advocacy for health equity: a synthesis review*. *EuroHealthNet*. *The Milbank Quarterly*. 2015;93(2):392-437.
- Ferrel R. *Cohesión social y equidad en salud en EUROsociAL*. Abstract de la ponencia en el marco del encuentro de la OPS “La equidad de salud y la agenda post-2015 en América Latina y Caribe” (Washington, 15-16 de junio 2015).
- Foegen WH. *Social determinants of health and health-care solutions*. *Public Health Reports*. 2010;125(suppl 4).
- Franco-Giraldo A. *Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud*. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl 1):S73-S86.
- Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. *Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)*. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:1068–72.
- Frenz P, Titelman D. *Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(4):665-70
- Friendly M, Browne G. *Early childhood education and care as a determinant of health*. *The social determinants of health across the life-span conference*. Toronto, November 2002.

- Fuentes-Nieva R, Galasso N. Working for the few: political capture and economic inequality. (178 Oxfam briefing paper). Cowley, Oxford: Oxfam GB; 20 January 2014.
- Galabuzi GE, Labonte R. Social inclusion as a determinant of health. Prepared for the Social determinants of health across the life-span conference. Toronto, November 2002.
- George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e0141091.
- Gherardi N, Hoyos C, Gebruers C. Violencia sexual en la relaciones de pareja: el derecho al aborto y la aplicación de estándares internacionales de derechos humanos. Docuemntos REDAAS. Buenos Aires: CEDES / ELA; 2015.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V, et al. Challenging inequity through health systems. WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; June 2007.
- Global health and foreign policy. United Nations General Assembly A/Res/67/81. Washibgton, DC. 14 March, 2013.
- Global Risks 2015. 10th ed. Geneva: World Economic Forum; 2015.
- Global strategy for women's and children's health. United Nations-Secretary General. New York; 2010.
- Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L, Costongs C, et al. Improving health equity through action across the life course. Summary of evidence and recommendations from The Drivers Project. UCL Institute of Health Equity; 2015.
- Gong Y, Yin X, Wang Y, Li Y, Qin G, et al. (2014) Social determinants of community health services Utilization among the users in China: A 4-year? Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2014;9(5):e98095. doi:10.1371/journal.pone.0098095
- Göran D, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2. Copenhague: OMS Europa; 2006
- Gwatkin DR. 10 best resources on... health equity. *Health Policy and Planning*. 2007;22:348-51. doi:10.1093/heapol/czm028
- Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Juicios de valor implícitos en la medición de las desigualdades en salud. *Rev Panama Salud Publica*. 2014;35(4):293-304.
- Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. Europe Union, December 2013.
- Herbermann JD, Miranda D. Defusing the demographic “time-bomb” in Germany. *Bull World Health Organ*. 2012;90:6–7.
- Hillemeier M, Lynch J, Harper S, Casper M. Data set directory of social determinants of health at the local level. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

- Hinchliff CE, Smith SA, Allman JF, Burleigh JG, Chaudhary R, Coghill LM, et al. Synthesis of phylogeny and taxonomy into a comprehensive tree of life. PNAS Early Edition. July 2015.
- Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health, 1-18:2011 (an informal document, and does not represent the official positions of the organizations).
- Helliwell JF, et al. "Good governance and national well-being: What are the linkages?". OECD Working Papers on Public Governance, No. 25, OECD Publishing; 2014.
- Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. (número especial dedicado al tema de la medición de las inequidades en el ámbito de la salud), Rev Panam Salud Publica. Dec 2002;12(6).
- Hofman K, Blomstedt Y, Addei S, Kalage R, Maredza M, Sankoh O, et al. Addressing research capacity for health equity and the social determinants of health in three African countries: the INTREC programme. Glob Health Action. 2013;6:19668 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19668>
- Hoomans T, Severens JL. Economic evaluation of implementation strategies in health care. BioMed Central, Implementation Science. 2014;9:168.
- Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S. From public to planetary health: a manifesto. The Lancet. March 8, 2014;383:847.
- Hosseinpoor AR, Parker LA, Tursan-d'Espaignet E, Chatterji S. Social determinants of smoking in low- and middle- income countries: Results from the World Health Survey. PLoS ONE. 2011;6(5):e20331. doi:10.1371/journal.pone.0020331
- Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. PLoS Med, 2014;11(9):e1001727.
- Hosseinpoor AR, Bergena N, Veronica Magara V. Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015. Bull World Health Organ. 2015;93:591–591A.
- Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. N Engl J Med. 2013;369:1336-43.
- Improving health equity via the social determinants of health in the EU. Update on the first year of work by the DETERMINE Consortium. Action summary. July 2008.
- Improving health and wellbeing: healthy parks healthy people stream. Stream 3: improving health and well-being. Launches and legacies. IUCN World Parks Congress. Sydney, 22 October 2014.
- Informe sobre las ciencias sociales en el mundo. Las brechas del conocimiento. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC; UNESCO, 2011.
- Ingleby D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. Psychosocial Intervention. 2012;21:331-41. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>

- IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). Investing in the health and well-being of young adults. Washington, DC: The National Academies Press; 2014.
- Jackisch J, Sethi D, Mitis F, Szymański T, Arra I. European facts and the global status report on road safety 2015. Copenhagen: WHO Europe; 2015.
- Jennings V, Larson L⁺, Yun J⁺. Advancing sustainability through urban green space: Cultural ecosystem services, equity, and social determinants of health. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(196):1-15.
- Jones-Smith JC, Dieckmann MG, Gottlieb L, Chow J, Fernald LCH. Socioeconomic status and trajectory of overweight from birth to mid-childhood: the early childhood longitudinal study-birth cohort. *PLoS ONE*. 2014;9(6): e100181. doi:10.1371/journal.pone.0100181
- Jutz R. The role of income inequality and social policies on income-related health inequalities in Europe. *Jutz International Journal for Equity in Health*. 2015;14:117. DOI 10.1186/s12939-015-0247-y
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:647–52.
- Kjellstrom T, et al. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the knowledge network on urban settings. July 2007.
- King County Strategic Plan 2010-2014. Seattle, WA. July 2010.
- King County Equity and Social Justice Annual Report / November 2014. Seattle, WA.
- Kiwara A, Semakafu AM, Frumence G. 2014., ‘The quest for one health: Human resource training aspects’. *Onderstepoort Journal of Veterinary Research*. 81(2) Art. #720, 6 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/ojvr.v81i2.720>
- Kolahdooz F, Nader F, Yi KJ, Sharma S. Understanding the social determinants of health among indigenous Canadians: priorities for health promotion policies and actions. *Global Health Actions*; 2015.
- Komro KA, Burris S, Wagenaar AC. Social determinants of child health: concepts and measures for future research. *Health Behavior & Policy Review*. 2014;1(6):432-45.
- Kosny A, Ennis G; Women’s Health Network, Newfoundland and Labrador. The social determinants of health: Equity across the lifespan. Maritime Centre of Excellence for Women’s Health. Dalhousie University. National Symposium, Halifax, Nova Scotia, 3-6 October 1999.
- Kuipers Y, EuroHealthNet. Applying structural funds to address health inequalities. Equity Action Conference. 23rd January 2014. Bruselas, Bélgica.
- Lalloué B, et al. A statistical procedure to create a neighborhood socioeconomic index for health inequalities analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12:21.
- Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Women and Health: the key for sustainable development. *The Lancet Commissions*. 2015.

- Local action on health inequalities: Reducing social isolation across the lifecourse. Practice resource summary: September 2015. Public Health England.
- Long term monitoring of health inequalities. Headline indicators – September 2009. Edinburgh: The Scottish Government.
- Lowe JI, et al. A new way to talk about. Robert Wood Johnson Foundation’s Vulnerable Populations Portfolio. New York; 2010.
- Lustig N, Lopez-Calva LF, Ortiz-Juarez E. Declining inequality in Latin America in the 2000s: The cases of Argentina, Brazil, and Mexico. The World Bank Latin America and the Caribbean Region Poverty, Equity and Gender Unit. October, 2012.
- Lustig N. Inequality and fiscal redistribution in middle income countries: Brazil, Chile, Colombia, Indonesia, Mexico, Peru and South Africa. Commitment to Equity. Working paper No. 31. July 2015.
- Macinko J. Measuring population experiences of primary care: innovations in primary care assessment in OECD and LAC countries. IDB: Social Protection and Health Division. Technical Note IDB-TN-493. January 2014.
- McPheeters M, Butler M, Maglione M, Viswanathan M, O’Neil M, Epstein R, et al. Challenges in conducting EPC Reviews of behavior change interventions. Methods Research Report. AHRQ Publication No. 15-EHC029-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2015.
- Magar V. Gender, health and the sustainable development goals. Bull World Health Organ 2015;93:743
- Malik K, Jespersen E, et al. Sostener el progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Informes sobre desarrollo humano 2014. Nueva York: PNUD; 2014.
- Malmusi D, Borrell C, et al. Social and economic policies matter for health equity: Conclusions of the SOPHIE Project. Barcelona: Addenda; septiembre de 2015.
- Marmot M, Baum F, Bégin M, Berlinger G, Chatterjee M, Foege WH, et al. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372:1661-69.
- Marmot M. Social determinants of health – What doctors can do. BMA. 4-27; October 2011.
- Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. Comment. The Lancet. 2013;382:1227-28.
- Marmot M, et al. Action on social determinants of health in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):379-81
- Marmot M. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO Regional Office for Europe, 2013.
- Marmot M, Allen J. Social Determinants of Health Equity. American Journal of Public Health: September 2014, Vol. 104, No. S4, pp. S517-S519. doi: 10.2105/AJPH.2014.302200

- Marmot M. We can do better in building society. Perspectives about How good we can be by Will Hutton. Little Brown, 2015. www.thelancet.com Vol 385 June 27, 2015.
- Marmot M. Evidence based optimist. *BMJ*. 2015;351:h4577.
- Marseille E, Larson B, Kazi DS, Kahn JG, Rosen S. Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bull World Health Organ*. 2015;93:118–24. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.138206>
- Martin-Breen P, Anderies JM. Resilience: A literature review. The Rockefeller Foundation. September 18, 2011.
- Mejía LM. Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl 1):S28-S36.
- Mente, sociedad y conducta: panorama general. Informe sobre el desarrollo mundial 2015. Banco Mundial.
- Merino-Merino B, Campos-Esteban P, Santaolaya-Cesteros M, Gil-Luciano A, Vega-Morales J, Swift-Koller T. Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: health equity training process in Spain. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 9 (Case studies). Geneva: WHO, 2013
- Meyer H. Inequality and work uin the second machine age. The Worker Institute. No. 4, December 2014.
- Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health. The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.
- Mitchell E, Daniels Jr. ME, Donilon TE, Bollyky TJ. The emerging global health crisis noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. Independent task force report No. 72. The Council on Foreign Relations; 2014.
- Moro-Coco M, Raaber N, et al. Llegando hasta la raíz: reincorporación de los derechos humanos y la igualdad de género a la agenda de desarrollo post 2015. La Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID), Octubre de 2012.
- Muntaner C, Ng E, Chung H. Better health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations. Ottawa: CNA/CHSRF; June 2012. Disponible en www.chsrf.ca
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2013). A guide to community engagement frameworks for action on the social determinants of health and health equity. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2014). Glossary of essential health equity terms. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.

- Nieves-Rico M, Delamónica E, Espíndola E, Jiménez M, Silva A (ed). Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. CEPAL/UNICEF; 2010.
- Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2013 13:1056.
- Ñopo H, Chong A, Moro A. Discriminación en América Latina, una perspectiva económica. Washington, DC: Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo; 2010.
- OECD (2014), Society at a Glance 2014: OECD social indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en
- OECD Regional Outlook 2014. Regions and cities: where policies and people meet. October 2014.
- O'Hara P. Creating social and health equity: adopting an Alberta social determinants of health framework. Edmonton Social Planning Council. May 2005.
- One Health: A new professional imperative. American Veterinary Medical Association; 2008.
- OMS. Urban HEART. Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en los medios urbanos. Organización Mundial de la Salud; 2010.
- OMS. Determinantes sociales de la salud. 66ª Asamblea Mundial de la Salud A66/15. 11 de marzo de 2013. Washington, DC.
- ONU. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. Proyecto de documento final de la Cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la Agenda para el Desarrollo después de 2015. Naciones Unidas – 69ª Asamblea General, 12 de agosto de 2015.
- OPS/OMS. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2013.
- OPS/OMS. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. “En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad”. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2013.
- OPS/OMS. Protección social en salud. Documento conceptual. 52º Consejo Directivo CD 52/5. Washington, D.C., 17 de julio de 2013.
- OPS/OMS. Estrategia sobre legislación relacionada con la salud. CD54/14, Rev. 1. 22 de septiembre de 2015. Washington, D.C.
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*. 2014;383:630-67.
- Palomino-Moral PA, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*. Junio de 2014;72(supl 1):71-91.
- Patlak M. Harvesting the scientific investment in prevention science to promote children's cognitive, affective, and behavioral health. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2014.

- Pew Research Center, March, 2014, “Millennials in adulthood: Detached from institutions, networked with friends”.
- PNUD. Panorama general. Informe sobre desarrollo humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015.
- Pobreza y desigualdad en América Latina. Síntesis 1. Inter-American Dialogue. Noviembre, 2009.
- Pooransingh S, Misir A, Ramdath D, Ramsewak S, Jaglal S, Cameron C, et al. Barriers and facilitators to establishing a national public health observatory. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(5):403-9
- Popay J, Enoch E, Johnston H, Rispel L. Social exclusion knowledge network (SEKN). Submitted to the Commission on Social Determinants of Health World Health Organisation by The Central Co-ordinating Hub for the SEKN, 2006.
- Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. Health Promotion International. Oxford University Press; February 28, 2013.
- Prüss-Üstün A, Corvalán C. Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2006.
- Public health round up. *Bull World Health Organ*. 2015;93:440–41.
- Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2012;26(2):178-81.
- Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholars’ Press; 2009.
- Rasanathan K, Krech R. Action on social determinants of health is essential to tackle noncommunicable diseases. *Bull World Health Organ*. 2011;89:775–76.
- Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(1):9–16.
- Reza-Hosseinpoor A, Bergen N, et al. (ed). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle income countries. Geneva: WHO; 2013.
- Riqueza: tenerlo todo y querer más. Informe temático de Oxfam. Enero de 2015.
- Roberts J, et al. Improving health literacy to reduce health inequalities. Local action on health inequalities. Practice resource: September 2015. Public Health England.
- Roberts J, et al. Improving school transitions for health equity. UCL Institute of Health Equity; 2015.
- Robson J, Nares P. Wealth and well-being / ownership and opportunity: new directions in social policy for Canada. Ontario: SEDI; 2006.
- Royal College of Nursing. Health inequalities and the social determinants of health. Policy briefing 01/12. London, January 2012.

- Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Reports*. 2013;128(suppl 3).
- Samans R, Blanke J, Corrigan G, Drzeniek M. The inclusive growth and development report 2015. Geneva: World Economic Forum; 2015.
- Saraswathy-Sivan YI. Mainstreaming social determinants of health (SDH) terms into the PubMed database would facilitate research into SDH. *Social Medicine*. 2014;8(3):139-42.
- Schleicher A, et al. Equity, excellence and inclusiveness in education: policy lessons from around the world. OECD 2014.
- Schrempft S, Van Jaarsveld CHM, Fisher A, Wardle J. (2015) The obesogenic quality of the home environment: Associations with diet, physical activity, TV viewing, and BMI in preschool children. *PLoS ONE*. 2015;10(8): e0134490. doi:10.1371/journal.
- Schwab K. The global competitiveness report 2015-2016. Geneva: World Economic Forum; 2015.
- Scott K, Richard Lessard R. Income inequality as a determinant of health The social determinants of health across the life-span conference. Toronto, November 2002
- Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud. "Políticas a favor de la salud". Las Recomendaciones de Adelaida (Australia), 1988. Andalucía: Revista Salud para Todos.
- Smoyer AB, Kjær Minke L. Food systems in correctional settings. Copenhagen: WHO Europe;2015
- Social and economic policies matter for health equity. Conclusions of the SOPHIE project. Barcelona: 2015.
- Social inequalities in the leading causes of early death. A life course approach. UCL Institute of Health Equity; 2015.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; April 2007.
- Special focus: Inequality in emerging economics. Divided We Stand Why Inequality Keeps Rising. OECD 2011.
- Stegeman I, Kuipers Y. Health equity and regional development in the EU: Applying EU structural funds. Equity Action Regional Network. October 2013.
- Terry RF, Salm Jr JF, Nannei C, Dye C. Creating a global observatory for health R&D. *Science*. 12 September 2014;345(6202):1302-4.
- The art of medicine. What kind of society do we want: getting the balance right. *Election UK* 2015. *Lancet*. 2015;385.
- The impact of adverse experiences in the home on the health of children and young people, and inequalities in prevalence and effects. UCL Institute of Health Equity. 2016.
- The science of climate change: Questions and answers. Australian Academy of Science, Canberra, 2015. www.science.org.au/climatechange

- Towards health-equitable globalisation: Rights, regulation and redistribution. Final report to the Commission on Social Determinants of Health. Globalization Knowledge Network (GKN); 2007.
- Tracking progress to 2030. *Bull World Health Organ.* 2015;93:444–5. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.030715>
- Tulenko K, Møgedal S, Mahmood-Afzal M, Frymus D, Oshin A, Pate M, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bull World Health Organ.* 2013;91:847–52. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118745>
- UNCSO. Population dynamics and sustainable development. Rio 2012 Issues Briefs No. 14. June 2012.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 2012. Resumen ejecutivo. Niñas y niños en un mundo urbano. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2012.
- UNICEF. Inequidades en el desarrollo en la primera infancia: Qué indican los datos. Pruebas de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2012.
- UNICEF Issue Briefs. Child Poverty in the Post-2015. Agenda, June 2014.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. State of the World's Indigenous Peoples. 2nd volume. United Nations – Indigenous peoples' access to health services. 2013
- United Nations Development Programme. HIV, Health and Development Addressing the social determinants of noncommunicable diseases. New York. October, 2013
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Inequality matters. Report of the World Social Situation 2013. New York: United Nations; 2013.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, (ST/ESA/SER.A/366).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights (ST/ESA/SER.A/352).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: Organización de las Naciones Unidas; 2015.
- Using the social value act to reduce health inequalities in England through action on the social determinants of health. Local action on health inequalities. UCL Institute of Health Equity; 2015.
- Vaillancourt Y, Armstrong P. Social policy as a determinant of health: the contribution of the social economy. Prepared for the Social determinants of health across the life-span conference. Toronto, November 2002.
- Vaillancourt Y, Aubry F, Kearney M, Thériault L, Tremblay L. La contribución de la economía social a las reformas de las políticas sociales en Canadá: una visión desde el Québec. *CAYAPA Revista Venezolana de Economía Social.* 2006;Año 6(11):64-94.

- Vakis R, Rigolini J, Lucchetti L. Los Olvidados, pobreza crónica en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.
- Van Bergen AP, Hoff SJ, Van Ameijden EJ, Van Hemert AM. Measuring social exclusion in routine public health surveys: construction of a multidimensional instrument. *Plos ONE*. 2014;9(5):e98680.
- Van Lerberghe W, Evans T, Rasanathan K, Mechbal A, et al. (ed). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Vega J, Frenz P. Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(6):468–72.
- VicHealth. Health inequalities. Victoria, Australia. October 2005. Disponible en www.vichealth.vic.gov.au/inequalities
- Viens O, et al. 2010-2015 Strategy of centraide of greater Montreal for fighting poverty and social exclusion. March, 2010.
- Vulnerabilidad y desarrollo humano #IDH2014. PNUD. Revista Humanum. 217
- Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002;11(5/6).
- Watkins K. Leaving no one behind: an agenda for equity. *Lancet*. 2014;384:2248-55.
- Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1. Oficina regional de la OMS para Europa. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- Whitehead M, Povall S, Loring B. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2014.
- Wilkinson R, Marmot M. Hechos probados. OMS-Oficina Regional para Europa; 2003.
- World Development Indicators 2015. Washington: World Bank Group.
- WHO Europe. Declaration of Alma-Ata. 12 September 1978.
- WHO Europe. Health 21. An introduction to the health for all policy frameworks for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1998.
- WHO. Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities. World Health Organization; 2009
- WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Debates, policy & practice, case studies. Geneva: WHO; 2010.
- WHO. Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation. Geneva: World Health Organization; 2010.
- WHO. Consultation on implementing action on social determinants of health to reduce health inequities: The contribution of collaborative work between sectors. Meeting report. Wasan Is., Ontario, 20-24 September 2010.
- WHO. Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.

- WHO Europe. Health 2020 policy framework and strategy. Regional Committee for Europe. Sixty second session. Malta, 10-13 September 2012.
- WHO. Social determinants of health. Executive board EB132/14. 23 November 2012.
- WHO Europe. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
- WHO Europe. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
- WHO: Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva: World Health Organization; 2013.
- WHO. Health in all policies (HIAP) framework for country action. January 2014.
- WHO. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- WHO. Concept paper on capacity building for social determinants of health. (Concept note for the stakeholder meeting on capacity building for social of health, to be hold in Rio de Janeiro, Brazil on 8-9 May 2013. Geneva: WHO; 2013.
- WHO. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva: WHO; 2013.
- WHO. Communicating the economics of social determinants of health and health inequalities. Geneva: WHO; 2013.
- WHO Europe. Governance for health equity. Denmark: WHO; 2013.
- WHO Europe. Governance for health equity. Denmark: WHO; 2013.
- WHO. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity. Sixty-seventh World Health Assembly. A67/25. 14 March 2014.
- WHO. Monitoring the achievement of the health-related millennium development goals. Health in the post-2015 development agenda. Sixty-seventh World Health Assembly (A67/20). 25 April 2014.
- WHO. Addressing the global challenge of violence, in particular against women and girls. Sixty-seventh World Health Assembly (A67/22). 28 March 2014.
- WHO. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Sixty-seventh World Health Assembly (A67/31). 4 April 2014.
- WHO. Monitoring the achievement of the health-related millennium development goals. Sixty-seventh World Health Assembly. A67/19. 4 April 2014.
- WHO. Monitoring the achievement of the health-related millennium development goals. Health in the post 2015 development agenda. Sixty-seventh World Health Assembly. A67/20. 25 April 2014.
- WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014.
- WHO. Health in all policies (HiAP) framework for country action. January 2014.
- WHO. State of inequality reproductive, maternal, newborn and child health. Switzerland: World Health Organization; 2015.

- WHO. Global action on the social determinants of health to address health equity. Supplementary report on progress in implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health and WHA65.8. [This report is an informal supplement to the official progress report on WHA65.8 submitted to the Sixty-Eighth World Health Assembly, Geneva, May 2015.]
- WHO. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2015.
- WHO. Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2015.
- Wizemann T (ed). Collaboration between health care and public health: Workshop summary. Washington: The National Academies Press; 2015.
- Woetzel J, Ram S, Mischke J, Garemo N, Sankhe S. A blue print for addressing the global affordable housing challenge. McKinsey Global Institute. October, 2014.
- Woetzel J, Madgavkar A, Ellingrud K, Labaye E, Devillard S, Kutcher E, et al. The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. McKinsey Global Institute. September, 2015.
- World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. International Labour Office – Geneva: ILO, 2014.
- Xie X, Wu Q, Hao Y, Yin H, Fu W, et al. (2014) Identifying determinants of socioeconomic inequality in health service utilization among patients with chronic non-communicable diseases in China. Plos ONE. June 2014;9(6):e100231. doi:10.1371/journal.pone.0100231
- Zerbitzuan 45. Eusko Jaurlaritza, Gobierno Vasco. Revista de servicios sociales. Ekaina, Junio 2009; 1-151.

ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros, la letra *f* a figuras.

221

A

- ámbito de los compromisos internacionales, 178
 - adoptar una mejor gobernanza
 - en pro de salud y desarrollo, 182
 - atención de salud universal, 180
 - entornos saludables para una población sana, 179
 - equidad desde el principio, 179
 - fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas, 183
 - fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, 184
 - luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 181
 - medición y análisis del problema, 181
 - mejorar las condiciones de vida cotidianas, 179
 - prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, 180
 - protección social a lo largo de la vida, 180
 - sector privado y sociedad civil, 182
 - seguir reorientando el sector de la salud, 183
 - vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas, 185
- ámbito normativo y programático nacional para las acciones
 - en los DSS y la Equidad en Salud, 187, 188*f*
 - de la planeación por programa social a la planeación por problema social, 191*f*
- DSS son las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales, 8, 194*f*

instancias para plantear y llevar a cabo las recomendaciones, 189
marco de acción para los DSS e inequidades en salud, 193f, 194f
marcos de acción, dimensiones, direcciones y recomendaciones
adicionales, 192
recomendaciones de política pública y estrategias, 195-197

B

bioética en los Determinantes Sociales de la Salud, 64-68
capacidad del país para implementar la salud pública
de enfermedades no transmisibles, 71f
Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 65f

C

222

Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS), 8
Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social (CIDS), 190
Comisión Nacional de Desarrollo Social (CNDS), 190
Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes Sociales
de la Salud en México (CPEDSSM), 3, 173
consolidar la intersectorialidad para lograr la Equidad en Salud, 89
contexto internacional, 123
equidad en Salud y los Objetivos de Desarrollo
del Milenio *post* 2015, 156
evidencias e importancia de los DSS y Desarrollo Sostenible
en las Américas, 167
impacto de la medicina antienvjecimiento, 131
contexto nacional, 15
bioética, 64
consolidar la intersectorialidad para lograr la Equidad
en Salud, 89
DS de las tendencias de mortalidad y morbilidad, 15
educación, determinante clave para la Equidad, 108
elementos y bases para la integración de la Política de Salud, 43
experiencias exitosas a nivel municipal, 114
experiencias y lecciones aprendidas en la evaluación
de la desigualdad y los DSS, 23
importancia de los DSS en las Políticas de Población y Desarrollo
Social, 32
objetivos del Desarrollo del Milenio, 99
peso global de la enfermedad y los DSS, 72
promoción de la Equidad en Salud, 59

rectoría para incidir en la Equidad en Salud, 68
recursos de investigación, 83
vivienda como factor clave para la Equidad en Salud, 93

D

Desarrollo del Milenio y su vinculación con los DSS en las políticas
y programas públicos, 99
de la planeación por programa social a la planeación por problema
social, 108*f*, 191*f*
objetivos, 101*c*

Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definición, 8

Determinantes Sociales de la Salud y Medicina Antienvejecimiento, 131
ámbitos para las intervenciones, 13
Comisión de OMS, 139*f*
cómo abordarlos, 11
concepto de envejecimiento, 143*f*
curso de vida y proceso de salud-enfermedad, 142*f*
efecto del curso de vida individual sobre la Equidad en Salud, 137, 138*f*
ejemplo de la medicina digital: píldora digerible aprobada
por la FDA, 136*f*
intervenciones de prevención, tratamiento y cura *vs.* alta
tecnología médica, 148
investigación, transferencia de conocimiento y ética, 149
la edad debe considerarse como factor dinámico, no estático, 137*f*
mejora muscular, 154*f*
nuevo paradigma de la longevidad, 146*f*
nutrición de la Restricción Calórica, 150, 151*f*
Pirámide del régimen Okinawa, 152*f*
prevención y mejora del sistema de salud, 149
resultados principales del Panel de Hogares de Suiza, 140*f*
revertir incapacidades relacionadas con la edad, 144*f*
revolución: transferencia de biotecnología al ser humano, 133*f*
seguridad e información del consumidor, 149
tendencias de mortalidad y morbilidad, 15

223

E

educación, determinante clave para la Equidad, 108
acceso a la educación, 113*f*
contexto de los Determinantes Sociales de la inequidad, 111*f*
infraestructura de salud, 112*f*

- red de protección social, 112*f*
- resultados de Prueba Enlace nivel Educación Secundaria, 114*f*
- elementos y bases para integración de la Política de Salud en México, 43
 - evolución en el foco de atención, 54*f*
 - lineamientos para el desarrollo, 56*f*
 - modelo conceptual basado en lo curativo, 51, 52*f*
 - plan de trabajo, 58*f*
 - políticas con enfoque sectorial, 51
 - prevalencia de desnutrición infantil, 48*f*
 - principios de acción recomendados para subsanar la desigualdad y equidad en salud, 55*f*
 - representación de la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, 45*f*
- equidad en Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio *post* 2015, 156
 - cronología de eventos previos, 166*f*
- estado del arte de los DSS, 123
 - desigualdad de ingresos en Argentina (urbana), Brasil y México 1990-2010, 130*f*
 - esperanza de vida al nacer (años), 124*f*
 - y la esperanza de vida libre de incapacidad al nacer, 127*f*
 - porcentaje de supervivencia a la edad de 65 (ambos sexos), 124*f*, 125*f*
 - prioridades acordadas por la salud y el bienestar-gobierno local de Inglaterra, 130*f*
 - probabilidades estimadas de informar mala o muy mala salud en general, 128*f*
 - tasas de pobreza infantil menores de 60%, 129*f*
- evidencias e importancia de los DSS y el Desarrollo Sostenible en las Américas, 167
 - herramientas relevantes, 174*f*
 - recomendaciones de la CDS, 170
- experiencias exitosas a nivel municipal que tienen como base los DSS, 114
 - amplia participación y acción por parte de la comunidad, 121*f*
 - construcción, 118
 - costo, 118
 - declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas, 117*f*
 - foro de debate y difusión de información de la Red Mexicana de Municipios, 115*f*
 - implementación de tecnologías de agua y saneamiento a nivel local y escuelas, 116*f*
 - modelo demostrativo de "vivienda saludable, 119*f*

protección del cambio climático, 118
replicación de "viviendas saludables" en Chiapas, 120f
seguridad y servicios básicos, 118
tamaño, 118
tenencia, 118
vista interior de una "vivienda saludable, 120f
zonas IMESEVI, 116f

experiencias y lecciones aprendidas en la evaluación de la desigualdad
y los DSS, 23

acceso a los servicios de salud, 25f
distribución del gasto público en salud, 26f
gasto en salud financiado por los hogares, 26f
Programas de la Secretaría de Salud, 27f, 28c-30c
propuesta de protección social en salud, 31f
sistema de salud en México, 24f

225

I

importancia de los DSS en las Políticas de Población y Desarrollo
Social, 32

combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 39f
erradicar la pobreza extrema y el hambre, 37f
fomentar una alianza mundial para el desarrollo, 40f
garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, 40f
grado de marginación por entidad federativa, 35f, 36f
indicadores socioeconómicos de marginación a nivel nacional, 36f
localidades con alta presencia indígena, 42f
lograr la enseñanza primaria universal, 37f
mejorar la salud materna, 39f
población por edad y sexo, 33f
promover la igualdad de género y empoderamiento de la mujer, 38f
propuesta de protección social en salud, 34f
reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, 38f

O

Objetivos del Desarrollo del Milenio y su vinculación con los DSS, 99-108
Objetivos del Desarrollo Sostenible, 186

P

peso global de la enfermedad y los DSS, 72
carga por muerte prematura, 79f

condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales, 73f
de las desigualdades sanitarias y de salud, 75f
disminuir la carga asociada con los ODM, 76f
entidades federativas, 77f
muertes prematuras debidas a los ODM, 75f
principales causas de APMP por entidad federativa, 80c, 81c
promoción de la Equidad en Salud para el posicionamiento de los DSS, 59
dimensiones para abordar la Equidad en Salud, 61f

R

rectoría para incidir en la Equidad en Salud y los DSS, 68
capacidad del país para implementar la salud, 71f
nueve objetivos para 2025, 70f
recomendaciones del documento de postura de la Academia, 177
recursos de investigación sobre DSS en México, 83
análisis de las instituciones académicas que enfocan el desarrollo
de recursos humanos, 86
foro de consulta nacional con actores clave, 87, 88f
organizaciones miembro del consorcio SDH-Net, 84c
poblaciones de estudio en la producción científica mexicana, 85f
revisión de la documentación oficial, 86
r. de proyectos financiados por el Fondo Sectorial del Conacyt
y los Fondos Mixtos, 85
r. sistemática de la literatura publicada, 84
temas de investigación en la producción científica mexicana, 86f

V

vivienda como factor clave para la Equidad en Salud, 93

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

