



525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037

www.paho.org



DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN REGIONAL SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN REGIONAL SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037, USA

2012

SIGLAS

MPS	Movimiento para Salud de los Pueblos
NPA	Alianza Nacional para la Acción Encaminada a Acabar con las Disparidades en Salud
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN	1
SECCIÓN 2. CONSULTA REGIONAL SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	4
SECCIÓN 3. RECOMENDACIONES REGIONALES	5
SECCIÓN 4. RESUMEN DE ESTUDIOS DE CASOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	9
Estudio de casos 1. La experiencia brasileña con transferencias monetarias condicionadas: una forma exitosa de reducir las inequidades y mejorar la salud.....	9
Estudio de casos 2. El Área Verde de Morro da Policia: el personal de salud trabaja con las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud en Brasil	12
Estudio de casos 3. El Grupo de Referencia Canadiense sobre los Determinantes Sociales de la Salud	14
Estudio de casos 4. Pasos para llevar a cabo el plan de trabajo sobre equidad en salud del Ministerio de Salud y las Autoridades Sanitarias Regionales de Chile.....	16
Estudio de casos 5. Políticas públicas y un modelo de salud basados en los determinantes sociales: el caso de Costa Rica	19
Estudio de casos 6. Una alianza nacional para la acción encaminada a acabar con las disparidades en materia de salud en los Estados Unidos de América	21
Estudio de casos 7. ¿Cómo podemos incorporar el mensaje sobre los determinantes sociales de la salud en la política pública y la agenda de salud pública? Convertir los datos en una herramienta de información sobre los determinantes sociales de la salud para fundamentar la política y los programas de salud pública: utilización de las bases de datos existentes para crear perfiles comunitarios de los factores sociales que influyen en la salud en Utah	23
SECCIÓN 5. ASPECTOS DESTACADOS DE LA CONFERENCIA MUNDIAL DE LA OMS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	26
SECCION 6. PRÓXIMOS PASOS	31
ANEXO A. DECLARACIÓN DE RIO	33



SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN

En el 2005, la Directora General de la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud¹ con el propósito de brindar apoyo a los países y a los asociados mundiales en la esfera de la salud para abordar los factores que conducen a una mala salud y desigualdades. Al establecerse claramente el papel de los determinantes de la salud en los resultados sanitarios de la población, esta Comisión creó una serie de redes expertas que colaboraron para evaluar a escala mundial el estado de la economía, el medio ambiente, los derechos relativos a las cuestiones de género, los derechos humanos, los temas prioritarios de salud y la salud urbana.

El trabajo de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y las redes expertas conexas ayudó a definir de una manera más cabal las causas subyacentes de las disparidades en materia de salud, que se describieron en el emblemático informe final de la Comisión denominado “Subsanar las desigualdades en una generación”², publicado en el 2008: a) inequidades en cuanto al poder y la influencia asociados con la desigualdad de los ingresos y de la situación social y económica, b) inequidades en cuanto a la exposición al estrés, las toxinas ambientales y otras condiciones adversas, y c) inequidades en cuanto a las consecuencias de la discriminación y el acceso desigual a servicios. La concientización generalizada sobre estos factores ha ayudado a alcanzar el consenso sobre la necesidad de adoptar medidas y sobre las situaciones más amplias en las que se debe intervenir dado que contribuyen a producir estos resultados desiguales y otros conexos.

En el Informe Final de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud además se subrayó la importancia de impulsar un movimiento mundial para actuar sobre los determinantes sociales a fin de reducir las brechas en materia de salud entre los países y dentro de ellos. Sobre la base de las recomendaciones formuladas en el Informe, en el 2009 la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la resolución WHA62.14³, instó a los Estados Miembros, a la Secretaría de la OMS y a la comunidad internacional a que abordasen las desigualdades en materia de salud al aplicar el enfoque basado en los determinantes sociales en los programas de salud pública y solicitó a la Secretaría de la OMS que preste apoyo a los Estados Miembros en la ejecución del enfoque que integre la “salud en todas las políticas”.

Para brindar apoyo a los países en su respuesta a esta resolución, la OMS convocó la primera Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, que tuvo lugar del 19 al 21 de octubre del 2011 en Rio de Janeiro (Brasil).⁴ Este evento reunió a los Estados Miembros y los interesados directos clave a fin de intercambiar experiencias sobre las políticas y estrategias dirigidas a reducir las desigualdades en materia de salud. Proporcionó una plataforma mundial para el diálogo sobre la manera en que se pueden poner en práctica las recomendaciones de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. La Conferencia se centró en las siguientes cinco áreas estratégicas para la acción, que se señalaron como fundamentales para la aplicación eficaz de las políticas que abordan los determinantes sociales y se mencionaron como componentes esenciales en todo el documento:

¹ Para más información se puede consultar la página: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/index.html.

² Enlace a la versión completa del informe: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

³ Enlace al texto completo de la resolución: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.

⁴ Enlace al sitio web de la OMS sobre la Conferencia (en inglés): <http://www.who.int/sdhconference/en/index.html>.

1. la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en materia de salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud;
2. la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en materia de salud;
3. la promoción de la participación: liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales;
4. la acción mundial sobre los determinantes sociales: alineamiento de las prioridades y los actores; y
5. la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas relativas a los determinantes sociales.

En preparación para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la OMS, en colaboración con organizaciones e instituciones de todo el mundo, preparó un documento técnico⁵ en el que se examinan las enseñanzas extraídas con respecto a estos cinco componentes esenciales descritos anteriormente. En la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, adoptada en la Conferencia Mundial, se manifiesta el compromiso político mundial con la ejecución del enfoque basado en los determinantes sociales de la salud a fin de reducir las desigualdades en materia de salud y lograr otras prioridades mundiales. Se espera que la Declaración de Río ayude a impulsar la formulación de planes de acción y estrategias nacionales dedicadas a este tema dentro de los países (véase el anexo A).

En preparación para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la OPS/OMS llevó a cabo varias consultas regionales para poner de relieve y aprovechar la pericia que existe en la Región sobre los determinantes sociales de la salud. La consulta regional constó de tres partes:

1. Una reunión presencial que tuvo lugar el 8 y 9 de agosto del 2011 en San José (Costa Rica) con actores políticos de alto nivel del sector de la salud y otros sectores de la Región de las Américas. Tuvo como objeto formular recomendaciones regionales sobre los determinantes sociales de la salud de acuerdo con los cinco temas identificados por la OMS y descritos en el documento técnico elaborado para la Conferencia.
2. Una consulta virtual con organizaciones de la sociedad civil de la Región de las Américas que se organizó en colaboración con la Organización de los Estados Americanos (OEA). Esta consulta además incluyó una reunión presencial de 15 organizaciones a fin de sintetizar los resultados de esta encuesta y formular recomendaciones que sirvieran de base para la Declaración de Río.
3. Una consulta en línea mediante un cuestionario enviado a los expertos de la lista de distribución EQUIDAD de la OPS/OMS para definir las prioridades clave que debían incluirse en la encuesta.

El objetivo de este documento de orientación es proporcionar un breve panorama de estos eventos pertinentes recientes relacionados con los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas. En él se incluye un resumen de los puntos clave y las

⁵ Se puede consultar en: http://www.who.int/sdhconference/consultation/draft_WCSDH_Technical_Paper.pdf (en inglés).

recomendaciones que surgieron de la Consulta Regional en San José (Costa Rica) y la Conferencia Mundial de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Además se brinda un resumen de los siete estudios de casos sobre la experiencia de los países al aplicar el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud en la Región (véase la sección 4) que se elaboraron en preparación para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Se espera que este documento de orientación sirva de apoyo para los funcionarios de la OPS participantes en los siguientes eventos:

- La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, también conocida como Rio+20, organizada de conformidad con la resolución A/RES/64/236⁶ de la Asamblea General de las Naciones Unidas. La Conferencia se realizó en Brasil del 4 al 6 de junio del 2012 en conmemoración del vigésimo aniversario de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo que se celebró en Rio de Janeiro en 1992 y el décimo aniversario de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible que tuvo lugar en Johannesburgo en el 2002. Considerada como una conferencia del nivel político más alto, contó con la participación de jefes de Estado y de gobierno y otros representantes. Esta conferencia tuvo como objeto asegurar un compromiso político renovado con el desarrollo sostenible, evaluar los avances logrados hasta la fecha y las brechas restantes en la ejecución de los resultados de las principales cumbres sobre desarrollo sostenible, y afrontar los retos nuevos y emergentes.
- La 8.a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS que tendrá lugar en Finlandia en el 2013 y se centrará en determinar las estrategias para traducir la promoción de la salud en hechos concretos mediante la acción multisectorial. Brindará una oportunidad de analizar la capacidad actual y la necesaria para responder a las exigencias planteadas por las tendencias anteriores y de destacar la evolución del campo y los nuevos acontecimientos.

A pesar de que el principal público destinatario del presente documento son los funcionarios de la OPS, se puede considerar provechoso informar además a otros asociados e interesados directos acerca de los acontecimientos regionales recientes y la posición de la OPS con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región.



⁶ Enlace a la versión completa de la resolución: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/476/02/pdf/N0947602.pdf?OpenElement>.

SECCIÓN 2. CONSULTA REGIONAL SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD

En preparación para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la OPS/OMS llevó a cabo una consulta regional a fin de aprovechar la pericia sobre este tema en la Región y establecer la posición regional al respecto. Como parte de esta consulta, se organizó una reunión en San José (Costa Rica) en agosto del 2011, en la que participaron autoridades políticas de alto nivel del sector de la salud y de otros sectores de la Región de las Américas a fin de formular recomendaciones regionales sobre los determinantes sociales de la salud de acuerdo con las cinco áreas estratégicas de acción establecidas por la OMS para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (véase la sección 1).

La consulta regional consistió en presentaciones, mesas redondas temáticas y sesiones en grupos de trabajo. Durante este evento de dos días, 58 participantes de 27 países de la Región de las Américas examinaron el documento técnico preparado por la OMS para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud a fin de aportar contribuciones para su revisión y de elaborar recomendaciones específicas de la Región.

A pesar de que los participantes eran principalmente funcionarios gubernamentales que representaban a los ministerios de salud de la Región, la OPS/OMS y las representaciones hicieron un esfuerzo especial por incorporar a profesionales de alto nivel de otros ministerios en la delegación de cada país. Además, se invitó a representantes de algunos organismos de las Naciones Unidas y a expertos de alto nivel sobre los determinantes sociales.

Preparación de estudios de casos regionales

En preparación para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, las oficinas regionales de la OMS encargaron una serie de estudios de casos. En ellos se describen ejemplos exitosos de las medidas de política aplicadas en diversos países con el propósito de reducir las inequidades en materia de salud. Abarcan una amplia gama de temas, como las transferencias monetarias condicionadas en efectivo, la violencia por razones de género, los programas contra la tuberculosis y la salud maternoinfantil.

Los estudios de casos fueron redactados por expertos individuales y circularon como proyecto de documento de antecedentes a fin de servir de información para el debate en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. En su conjunto, constituyeron las pruebas que se usaron en la Conferencia para ilustrar aspectos sistemáticos y prácticos (el “cómo”) de la aplicación del enfoque basado en los determinantes sociales de la salud a nivel de país. En la Región de las Américas se preparó un total de siete estudios de casos (véase la sección 4, donde se encuentran los resúmenes), que se publicaron en el sitio web de la conferencia de la OMS (http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html, en inglés).

SECCIÓN 3. RECOMENDACIONES REGIONALES

Teniendo en cuenta las cinco áreas estratégicas para la acción definidas como base para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, los participantes en la consulta regional que tuvo lugar en Costa Rica formularon las siguientes recomendaciones para la Región de las Américas:

Componente esencial 1: la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas

- Situar a la salud como un medio beneficioso para alcanzar los objetivos de las políticas ante otros ministerios; en este sentido, el sector de la salud debe manifestar claramente el valor que la salud agrega a la labor de otras dependencias gubernamentales. Para lograrlo, se debe mejorar la comunicación en torno a la salud pública.
- Mejorar la transparencia al publicar el presupuesto en un sitio web oficial.
- Comunicar el concepto de la salud en todas las políticas de una manera eficaz para procurar que los países tengan la capacidad de aplicarlo.
- Mejorar la coordinación y la comunicación entre los distintos ministerios. Los sectores como el de la educación, vivienda y salud deben elaborar y coordinar planes estratégicos nacionales para garantizar la coherencia y alineación.
- Mejorar la coordinación de los donantes en consonancia con la Declaración de París.⁷
- Fortalecer la creación de capacidad en la administración pública dado que la falta de capacidad puede ser un obstáculo clave para llevar adelante una buena gobernanza y garantizar la rendición de cuentas. La atención debe centrarse en crear una capacidad técnica y administrativa que sea sostenible.
- Garantizar que la ayuda esté impulsada por las necesidades de los países en lugar de las necesidades de los donantes (como se establece en la Declaración de París), lo que en la práctica se logra mediante la elaboración de planes estratégicos nacionales.
- Trazar mapas de los servicios que ya existen para mejorar la eficiencia y evitar la duplicación de esfuerzos.
- Establecer un gabinete social integrado por representantes de los ministros relacionados con los servicios sociales a fin de asegurar coherencia y uniformidad en cuanto a la comunicación; un ejemplo es CARICOM, donde se ha establecido la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

⁷ Más allá de los principios sobre la ayuda eficaz, la Declaración de París (2005) establece una hoja de ruta práctica y orientada a la acción para mejorar la calidad de la ayuda y su repercusión sobre el desarrollo. Define una serie de medidas específicas de ejecución y un sistema de vigilancia para evaluar el progreso y garantizar que los donantes y los receptores se responsabilicen por sus compromisos. La Declaración de París establece los siguientes cinco principios fundamentales para lograr que la ayuda sea más eficaz:

1. Apropiación: Los países en desarrollo fijan sus propias estrategias para la reducción de la pobreza, mejoran sus instituciones y enfrentan la corrupción. 2. Alineación: Los países donantes se alinean con esos objetivos y usan los sistemas locales. 3. Armonización: Los países donantes coordinan y simplifican los procedimientos e intercambian información para evitar la duplicación. 4. Resultados: Los países en desarrollo y los donantes se centran en los resultados del desarrollo y se miden los resultados. 5. Responsabilidad mutua: Los donantes y los asociados son responsables de los resultados del desarrollo.

Fuente: <http://www.oecd.org/development/aideffectiveness/34580968.pdf>.

- Fortalecer los programas de transferencias monetarias condicionadas, que han funcionado muy bien en los países más pequeños así como en los más grandes. Los programas sociales similares que ya están en funcionamiento deben estudiarse y analizarse detenidamente, y se deben comunicar los resultados a las autoridades como apoyo para el fortalecimiento de dichos programas.
- Promover el uso de los términos relativos a los determinantes sociales de la salud entre los organismos colaboradores (por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo).
- Abordar el tema de la capacidad de los recursos humanos como un determinante social.
- Reconocer las políticas públicas que se enfrentan a los grandes intereses económicos de las empresas transnacionales (como las políticas de control del tabaco) como políticas regionales o mundiales para que los países puedan ejecutarlas adecuadamente.
- Promover la comprensión a escala mundial y, si fuera posible, la adopción del concepto de los determinantes sociales de la salud en otros sectores a fin de facilitar el diálogo intersectorial entre países.
- Establecer políticas regionales para apoyar la actuación de los gobiernos con respecto a los determinantes sociales de la salud.

Componente esencial 2: la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en materia de salud

- Hacer hincapié en la rendición de cuentas y la transparencia, procurando que la información esté disponible para el público.
- Alentar a los gobiernos federales a que actúen como ente convocador a fin de reunir a funcionarios de diferentes países para abordar el bienestar de las comunidades de una manera integral.
- Elaborar planes de trabajo nacionales en torno a un marco de trabajo común en el que puedan intervenir grupos con diferentes competencias.
- Promover que las políticas y la adopción de decisiones se basen en pruebas científicas.
- Tener en cuenta los determinantes sociales que son pertinentes para cada grupo distinto.
- Evaluar las necesidades a fin de que se pueda establecer la prioridad que tienen.
- Intercambiar datos de salud con otros interesados directos.
- Proporcionar datos de manera oportuna, lo que fortalecerá la función del sector de la salud.
- Fortalecer las capacidades administrativas y presupuestarias.
- Promover los programas de salud como parte de un esfuerzo más amplio para enfrentar las desigualdades sociales.

Componente esencial 3: la promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud

- Crear y establecer mecanismos formales que aseguren una relación sostenible con la sociedad civil.
- Promover la responsabilidad compartida con las comunidades para mantener el ambiente limpio, lo que tendrá una repercusión a corto y largo plazo sobre la salud.
- Trabajar de manera estrecha con los grupos más marginados y vulnerables a fin de comprender sus necesidades y satisfacerlas.
- Promover la educación para asegurar que haya una repercusión a largo plazo sobre el bienestar de las comunidades.
- Determinar las maneras en que se pueden integrar los mecanismos de participación de los diferentes interesados directos y los sectores para garantizar la convergencia.
- Establecer un grupo de referencia con representantes de distintos sectores para abordar específicamente los determinantes de la salud de una manera eficaz.
- Hacer que las organizaciones de la sociedad civil se responsabilicen por medio de la provisión de datos e información.
- Incluir a las organizaciones de la sociedad civil de una manera más integral y sistemática en las publicaciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.
- Garantizar que la participación de otros sectores además del sector de la salud sea mencionada en el debate sobre los determinantes sociales de la salud.
- Promover que la comunidad haga suyo el concepto de atención primaria de salud de una manera que sea culturalmente pertinente.
- Propiciar oportunidades apropiadas para la discusión con la sociedad civil y establecer soluciones conjuntas satisfactorias.
- Impartir capacitación en el sector de la salud sobre cómo fortalecer la participación social.
- Garantizar el derecho de los ciudadanos a la participación, incluso en las actividades de vigilancia del gobierno.

Componente esencial 4: la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud: alineamiento de las prioridades y de los actores

- Como parte de las Naciones Unidas (NU), la Organización Mundial de la Salud debe preconizar y promover sinergias para influir en los donantes. La Asamblea Mundial de la Salud es un entorno donde se debe abordar la coherencia entre los diferentes programas mundiales en el marco de la Declaración de París.
- Pensar de manera holística, pero actuar estratégicamente.

Componente esencial 5: la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales

- Establecer o fortalecer los sistemas de vigilancia sanitaria a fin de que sean más integrales y vayan más allá de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades y los factores de riesgo.
- Promover la recopilación eficaz de datos a nivel local.
- Integrar los datos para que puedan ser aprovechados por los diferentes servicios.
- Usar los datos para fundamentar la toma de decisiones.
- Interpretar los datos en todo el sistema usando depósitos nacionales de datos.
- Asegurarse de que los indicadores sean “SMART” (por sus siglas en inglés correspondientes a “específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos establecidos”).
- Fortalecer la capacidad de introducir datos en los sistemas y de interpretar los datos para garantizar la sostenibilidad y la coherencia.
- Usar la información sanitaria (la carga de morbilidad, la mortalidad por causa y por grupos y la morbilidad) como un recurso para establecer planes nacionales de desarrollo y puntos de comparación, guiar los planes nacionales de salud, evaluar su desempeño y establecer criterios para la distribución de los recursos.
- Diseñar iniciativas para educar e informar al público en general acerca de lo que está haciendo el gobierno a fin de velar por la transparencia y la rendición de cuentas.
- Recopilar y analizar información sobre los determinantes en dos niveles: para guiar la toma de decisiones y para vigilar si la medida que se tomó está generando los efectos deseados.
- Fortalecer el liderazgo del sector de la salud para guiar el proceso de recopilación, análisis y utilización de la información.
- Intercambiar información sobre lo que están haciendo los países y otros sectores con respecto a los datos, con el fin de obtener ejemplos y modelos que mejoren los ya implantados.



SECCIÓN 4. RESUMEN DE ESTUDIOS DE CASOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ^{8,9}

Estudio de casos 1. La experiencia brasileña con transferencias monetarias condicionadas: una forma exitosa de reducir las inequidades y mejorar la salud

Leonor Maria Pacheco Santos¹⁰, Romulo Paes-Sousa¹¹, Edina Miazagi¹², Tiago Falcão Silva¹³, Ana Maria Medeiros da Fonseca¹⁴

Desde hace varios decenios, la pobreza y la inequidad han preocupado a la sociedad brasileña. Sin embargo, hasta el año 2000, no se registró una tendencia de reducción clara de la concentración de los ingresos. El uso de transferencias monetarias condicionadas como un instrumento de la política social refleja la creencia difundida en Brasil de que las personas son pobres por “culpa de una sociedad injusta”. La Constitución de 1988 instituyó los fundamentos jurídicos de la asistencia social como un derecho garantizado para los necesitados, y también la obligación del estado de proporcionar servicios de salud y educación, entre otros, cuyo acceso es establecido como un derecho básico de todos los ciudadanos.

En enero del 2003, el Presidente Lula prometió en su discurso inaugural erradicar el hambre y combatir la pobreza y, de hecho, confirió una alta prioridad a la estrategia Hambre Cero. Esta estrategia incluía varias intervenciones y programas, como el Programa Bolsa Familia. Este programa procura invertir en el capital humano y asocia las transferencias monetarias con metas educativas y la captación de los servicios de salud. El programa evolucionó a partir de una larga tradición de transferencias monetarias condicionadas en Brasil (1995-2003), que fue el primer país en promover ese instrumento de las transferencias en América Latina. Desde el 2001 al 2003, Brasil creó cuatro programas de transferencias monetarias condicionadas. Hubo algunos problemas con estos programas iniciales: no se enunciaron con claridad, emplearon diferentes criterios de inscripción, utilizaron bases de datos que no podían interconectarse y dos de ellos tuvieron una cobertura muy baja. A principios del 2004, estos cuatro programas se fusionaron en el Programa Bolsa Familia y se ampliaron en gran medida.

El Programa Bolsa Familia es el programa de transferencias monetarias condicionadas más grande del mundo. Llega a los 5.564 municipios de los 27 estados de Brasil y a cerca de 12,9 millones de familias, que incluyen a aproximadamente 52 millones de personas (25% de la población brasileña). La inversión del gobierno en el programa ha aumentado desde el 2003. Inicialmente, el Programa Bolsa Familia enfrentó ásperas críticas de algunos sectores de la prensa. Sin embargo, a medida que con el transcurso de los años

⁸ Los estudios de casos completos pueden ser descargados del siguiente enlace: http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html.

⁹ Este documento de orientación incluye resúmenes de estudios de casos ya examinados y publicados por la OMS. Hay otros estudios de casos que aún están en el proceso de revisión y conclusión.

¹⁰ Universidad de Brasilia, Brasil.

¹¹ Ministerio de Desarrollo Social y de Lucha contra el Hambre, Brasil.

¹² Universidad de Brasilia, Brasil.

¹³ Ministerio de Desarrollo Social y de Lucha contra el Hambre, Brasil.

¹⁴ Ministerio de Desarrollo Social y de Lucha contra el Hambre, Brasil.

se hicieron evidentes la seriedad del programa y sus repercusiones en la sociedad, las encuestas de opinión mostraron un mayor apoyo popular.

Las operaciones del Programa Bolsa Familia están muy bien reglamentadas. Hay una ley, nueve decretos presidenciales, una ordenanza y alrededor de 50 instrucciones de operación. Esta legislación garantiza la transferencia monetaria directa a las familias en situaciones de pobreza o de pobreza extrema cuyos integrantes incluyan a embarazadas, madres lactantes, niños de hasta doce años de edad y adolescentes de doce a quince años de edad. En el 2008, el grupo de adolescente se amplió hasta los 17 años de edad. Las cantidades de dinero transferidas dependen del grado de pobreza y de la composición sociodemográfica de la familia. Recientemente, en el 2011, el número de niños menores de 15 años que pueden recibir la prestación aumentó de tres a cinco por familia.

En algunos estudios se han examinado los efectos del Programa Bolsa Familia sobre la pobreza, la desigualdad, el gasto en alimentos, la educación, la utilización de los servicios de salud, la seguridad alimentaria y los resultados nutricionales. El índice de Gini, un indicador de la distribución de los ingresos que había permanecido estable en Brasil durante muchos decenios, comenzó a disminuir sistemáticamente desde el 2001; casi una cuarta parte de la reducción es atribuible al Programa Bolsa Familia. El análisis de las puntuaciones de la propensión efectuado en el estudio de referencia para el Programa Bolsa Familia demostró que los gastos familiares fueron más grandes en las familias inscritas que en el grupo de comparación, especialmente en alimentos (US\$ 172 más al año en productos alimentarios). En otro estudio econométrico realizado en una zona rural, se encontró que las familias inscritas gastaban US\$ 107 más en alimentos que las familias del grupo de comparación.

Un estudio basado en una muestra nacional representativa de las familias inscritas en el Programa Bolsa Familia indicó un aumento de 79% en la cantidad de alimentos adquiridos por las familias que estaban sufriendo una grave inseguridad alimentaria al inicio del estudio, en comparación con un aumento de 60% en las familias que informaron que gozaban de seguridad alimentaria. Se obtuvieron otras pruebas de la eficacia del programa mediante el análisis de los datos sobre la seguridad alimentaria de la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios de 2004. Esos datos indicaron que el promedio de US\$ 30 transferidos entonces por el Programa Bolsa Familia estaba asociado con un aumento de 52% en la seguridad alimentaria de las familias. Otro estudio nacional indicó que las familias incluidas en el Programa Bolsa Familia aspiran a consumir alimentos más saludables, como verduras y frutas.

En un estudio, las puntuaciones de la propensión revelaron tasas inferiores de evasión escolar y menos participación en el mercado de trabajo en los niños de las familias inscritas en el Programa Bolsa Familia; sin embargo, estos niños pasaron por la escuela más lentamente. Dado que estos servicios son menos accesibles que la educación básica, el efecto sobre su utilización se produce posteriormente. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la cobertura de la vacunación entre las familias inscritas en el Programa Bolsa Familia y otras familias. Esto era predecible porque la cobertura de vacunación ha sido extremadamente alta en Brasil durante varios decenios.

Una publicación reciente empleó los datos antropométricos de una muestra de 22.375 niños pobres de cinco años de edad y más pequeños para calcular los resultados nutricionales en los adjudicatarios del Programa Bolsa Familia. Era 26% más probable que los niños de

las familias beneficiadas por el Programa Bolsa Familia tuvieran tallas normales para la edad, en comparación con los niños de las familias no incluidas en el programa; también existía esa diferencia en cuanto al peso para la edad.

No se encontró un déficit estadísticamente significativo en el peso o la talla. La estratificación por grupo de edad reveló 19% y 41% más probabilidades de tener talla normal para la edad a los 12 a 35 y 36 a 59 meses de edad, respectivamente, en los niños que recibían prestaciones del Programa Bolsa Familia; no había ninguna diferencia a los 0 a 11 meses de edad. Los autores llegaron a la conclusión de que el Programa Bolsa Familia puede conducir a mejores resultados nutricionales en los niños de 12 a 59 meses de edad.

En Brasil, el Programa Bolsa Familia procura usar incentivos financieros para cambiar ciertas actitudes y el comportamiento en familias pobres. Específicamente, busca: i) evitar que las familias hagan entrar en el mercado de trabajo a niños menores de 14 años (está prohibido por ley); ii) motivar a las familias a procurar que sus niños completen una educación secundaria; iii) motivar a estas familias a utilizar los servicios de salud, especialmente para las embarazadas y los niños menores de 7 años.

El objetivo a largo plazo es romper el ciclo de pobreza intergeneracional. Los efectos del Programa Bolsa Familia sobre la inclusión económica no se observan de inmediato debido a las complejas variables que influyen en la inclusión económica y a los retos afrontados al ejecutar políticas específicas. En respuesta a la necesidad de disminuir las disparidades económicas, se puso en marcha en 2008-2009 un programa de gran alcance conocido como “Próximo Paso”. El programa, en el que participan tres ministerios y el sector privado, procura impartir capacitación técnica a adultos de las familias incluidas en el Programa Bolsa Familia y garantizarles trabajos en los proyectos de construcción del gobierno. En el momento de la publicación de este documento de orientación, 65 mil adultos de las familias del Programa Bolsa Familia ya han concluido su capacitación y 20 mil están ahora asistiendo a las secciones de capacitación. Un total de 229 municipios ya están aplicando el programa.



Estudio de casos 2. El Área Verde de Morro da Policia: el personal de salud trabaja con las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud en Brasil

Camila Giugliani, Denise Antunes do Nascimento, David Legge, Kátia Cesa, Neusa Vitória Marques, Vera Lúcia Machado de Oliveira

Esta experiencia tuvo lugar en la comunidad de Morro da Policia, ubicada en la ciudad de Porto Alegre, Brasil; comprende un asentamiento informal establecido en un terreno que ha sido designado como área de conservación porque contiene manantiales naturales. Las condiciones de vida de los habitantes de la comunidad han tenido efectos negativos sobre su salud. Su experiencia es común a otras comunidades que están experimentando una urbanización acelerada sin contar con la infraestructura adecuada; no obstante, en el contexto de Brasil, con sus rigurosas desigualdades raciales, la comunidad afronta una mayor marginación porque sus residentes son principalmente personas de ascendencia africana. Los retos que afectaban a la comunidad incluían la infestación con ratas y mosquitos, tasas elevadas de enfermedades transmisibles y la exclusión del sistema brasileño de atención sanitaria universal. Estos problemas eran agravados por la violencia descontrolada y el tráfico de drogas, que también reflejaban el contexto de pobreza, racismo y exclusión a que estaba expuesta esta población.

Durante años, los miembros de la comunidad habían buscado sin éxito el reconocimiento oficial de su comunidad y apoyo en cuanto a infraestructura y servicios. La situación precaria e insegura en la que vivía la comunidad volvía a los residentes muy vulnerables a enfermedades y desastres naturales. También provocaba la contaminación de las varias fuentes de agua ubicadas en el asentamiento.

El Departamento de Vigilancia Sanitaria del municipio diseñó la iniciativa “La divinidad del agua” como método para interesar a la comunidad en la salud ambiental y en los principios de respeto a la naturaleza al valorar los recursos naturales y el agua como un elemento sagrado. El proyecto comenzó en el 2008 con un seminario abierto a los miembros de la comunidad, que hizo hincapié en los vínculos entre las dimensiones ambientales y las espirituales.

Durante los tres años siguientes, se pusieron en práctica una serie de iniciativas, conducidas en gran parte por la Asociación de Mujeres del lugar y apoyadas por profesionales del Departamento de Vigilancia Sanitaria y un número creciente de otros funcionarios y organizaciones. Las iniciativas incluyeron la limpieza los espacios comunes y la recolección periódica de desechos, mejora de los entornos comunitarios con canteros con flores que reemplazaron la basura diseminada, negociaciones con los departamentos de abastecimiento de agua y saneamiento para que proporcionaran la infraestructura apropiada y registro de las familias en el centro de salud local para que pudieran tener acceso a los servicios de atención de salud.

Hubo una inmediata repercusión física de estas iniciativas ya que generaron un entorno más limpio y organizado en la comunidad. Hay sólidos datos anecdóticos de un mejor estado de salud, en particular de los lactantes y los niños. Además, se han observado algunos cambios profundos en la autoestima y la confianza de los miembros de la comunidad, que se refleja, por ejemplo, en una negociación discreta que tuvo lugar entre lideresas de la Asociación de las Mujeres y los traficantes locales de drogas, quienes se

habían opuesto a la iniciativa debido a la mayor presencia de autoridades públicas en la zona. Si bien los distribuidores de drogas no participan activamente en la iniciativa, ya no obstruyen el proceso.

Los logros de la comunidad de Morro da Policia también han dado lugar a una alianza próspera entre profesionales de salud ambiental y las lideresas de la Asociación de Mujeres.

El proyecto se sostuvo gracias a dos elementos: la creatividad y capacidad para asociarse de las personas y la creciente comprensión y confianza establecidas entre la comunidad y las instituciones públicas interesadas en prestarle apoyo. Este proyecto tuvo implicaciones importantes para el sector de la salud ya que mejoró las aptitudes y las actitudes del personal técnico, la capacidad de gestión y el liderazgo y la formulación de políticas y el compromiso con la comunidad.

Hay que destacar algunos elementos importantes en esta exitosa experiencia, como las relaciones positivas y sostenibles que se establecieron desde el inicio de la iniciativa, ciertas características y circunstancias específicas de la comunidad que facilitaron la acción y el entorno político de la ciudad de Porto Alegre, que permitió llevar a cabo este tipo de intervención. El proyecto se puede “ampliar a mayor escala” si se dota a los profesionales de las necesarias aptitudes, actitudes y herramientas para actuar con las comunidades de una manera respetuosa, y si los valores y los principios reflejados en esta experiencia son adoptados a nivel de la práctica, la gestión y la política.

Esta historia fue documentada y analizada como un proyecto del Movimiento para la Salud de los Pueblos (MPS) de Brasil; la idea surgió a partir de un curso breve titulado “La lucha por la salud”, que fue presentado por la Universidad Internacional por la Salud de los Pueblos en Porto Alegre en septiembre del 2008. Este vínculo señala la función de la sociedad civil al hacer frente a las estructuras de exclusión y marginación a nivel mundial y nacional, así como en las comunidades locales.



Estudio de casos 3. El Grupo de Referencia Canadiense sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Dirección de Iniciativas Estratégicas e Innovaciones, Agencia de Salud Pública de Canadá

El Grupo de Referencia Canadiense sobre los Determinantes Sociales de la Salud es el único mecanismo nacional e intersectorial de Canadá para promover la acción colectiva encaminada a reducir las desigualdades en materia de salud en el país. La Agencia de Salud Pública de Canadá estableció el grupo en el 2005 en respuesta al mayor impulso y comprensión a nivel mundial de la importancia de los determinantes sociales de la salud. La Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud fue un componente fundamental de este impulso y proporcionó una base de conocimientos esenciales para la acción.

El Grupo de Referencia Canadiense es un grupo autónomo de expertos e interesados directos, dirigido conjuntamente por el gobierno y organizaciones no gubernamentales. Desde su creación, el grupo ha establecido sólidas alianzas cohesivas e intersectoriales que han servido como base crítica para lograr sinergias en las políticas y la acción colaborativa en relación con las inequidades en materia de salud en Canadá. Estas alianzas implican la participación de sectores tales como las empresas, los trabajadores, los sectores de desarrollo social y comunitario, de la educación, de la planificación urbana y del medio ambiente.

Los canadienses son una de las poblaciones más saludables del mundo y disfrutan de una amplia gama de prestaciones y servicios sociales, como el acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, este mecanismo nacional era necesario para abordar mejor las desigualdades continuas en materia de salud existentes en Canadá. Este grupo multisectorial sirve de catalizador para la acción y como un foro para analizar los datos, explorar las oportunidades para la acción y aumentar la atención y los recursos dedicados a las inequidades en materia de salud por todas las organizaciones integrantes y otros interesados directos. El grupo ha logrado un éxito temprano en varias áreas, como el establecimiento de sólidas alianzas y sinergias entre los sectores, la obtención e intercambio de conocimientos haciendo hincapié en argumentos económicos para apoyar las medidas concernientes a los determinantes sociales de la salud y mejores prácticas para la colaboración intersectorial y la movilización para reducir las desigualdades en materia de salud en Canadá.

Como parte de su mandato actual, el grupo ha identificado la pobreza y los pueblos indígenas como áreas prioritarias de particular interés. El Grupo de Referencia Canadiense sigue siendo una respuesta excepcional, innovadora y progresiva a los retos asociados con la acción sobre los determinantes sociales de la salud con el fin de abordar significativamente las inequidades en materia de salud en Canadá. El grupo sirve orgullosamente de catalizador para la acción y proporciona un modelo a los países que se esfuerzan por establecer un mecanismo intersectorial que permita mejorar considerablemente la salud de la población y reducir las inequidades en materia de salud.



Estudio de casos 4. Pasos para llevar a cabo el plan de trabajo sobre equidad en salud del Ministerio de Salud y las Autoridades Sanitarias Regionales de Chile

Jeanette Vega¹⁵

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, convocada por la OMS en el 2005, brindó asesoramiento a los Estados Miembros sobre cómo reducir las inequidades en salud. En su informe final del 2008, la Comisión propuso tres recomendaciones integrales para poner fin a la inequidad en el mundo: 1) mejorar las condiciones de vida, 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. La Comisión también definió las áreas de acción y formuló recomendaciones específicas dirigidas a todos los sectores e interesados directos.

Después de que fuera considerada por los Estados Miembros, en 2009 se aprobó la resolución WHA 62.14, "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud". En ella se exhortó a los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y la comunidad internacional a poner en práctica las recomendaciones de la Comisión y se destacó en particular la necesidad de mejorar la medición de las inequidades de salud, aplicar el enfoque relativo a los determinantes sociales en los programas de salud pública, adoptar el criterio de integración de la salud en todas las políticas del gobierno y alinear el trabajo concerniente a los determinantes sociales con la revitalización de la atención primaria de salud.

En respuesta a las recomendaciones de la Comisión y como parte del mandato más amplio de mejorar la equidad, en el 2008 el Ministerio de Salud chileno creó la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud. Esta Secretaría trabajó hasta marzo del 2010 en la promoción de la iniciativa "Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile", que buscaba mejorar el estado y la distribución de la salud en la población chilena. Se definieron los siguientes seis objetivos, cada uno de los cuales implicaba la adopción de medidas concretas relacionadas con la formulación de políticas, la planificación de programas e intervenciones específicas orientadas a determinados problemas:

1. contribuir a la disminución de las desigualdades sociales que generan inequidades en salud;
2. reducir las inequidades sociales que restringen y limitan el acceso a la salud y los servicios de salud;
3. implementar acciones de "inclusión social" para los grupos y territorios excluidos;
4. desarrollar competencias relacionadas con la equidad y los determinantes sociales de la salud en el personal del Ministerio de Salud;
5. generar herramientas para la planificación, el monitoreo y la evaluación de los determinantes sociales de la salud y la equidad en el sector de la salud; y
6. establecer instancias y mecanismos para la coordinación y la integración de diversos sectores a fin de implantar las medidas necesarias para reducir las inequidades en materia de salud.

¹⁵ Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Universidad del Desarrollo de Chile.

Hay que destacar varios aspectos de la experiencia que propiciaron la participación y la sostenibilidad continuas:

- la metodología participativa de trabajo usada en todas las actividades promovió el empoderamiento y el compromiso del personal con el programa;
- la inversión en el desarrollo de competencias en el personal de salud pública produjo beneficios porque los profesionales capacitados se convirtieron en instructores de otros profesionales en todo el país;
- con respecto a la intersectorialidad, la iniciativa “13 pasos” demostró que la asignación de presupuesto es una buena estrategia para promover la sostenibilidad del trabajo con otros sectores, principalmente porque el dinero solicitado va acompañado del entendimiento de que estas iniciativas son una prioridad para el sector de la salud;
- la experiencia con la iniciativa “13 pasos” reafirma la importancia de generar una base amplia de consenso acerca de los problemas y las soluciones, antes de emprender iniciativas nuevas. Su diseño fue el resultado de la convergencia en cuanto a los objetivos y los pilares clave de la acción dentro del Ministerio de Salud, a pesar de perspectivas ideológicas que pudieran haber dado lugar a una mayor discordancia; esa convergencia se enriqueció mediante la discusión pública que involucró a miles de participantes. Es también un ejemplo de una modalidad diferente de liderazgo ejercida por los directivos de nivel medio, que permanecen en las instituciones cuando se producen cambios políticos.

No obstante, es también importante notar que, a pesar de los considerables adelantos que resultaron de la fase de ejecución de la iniciativa “13 pasos”, hubo tensiones cuando la necesidad de responder implicó modificar criterios técnicos, cambiar procedimientos administrativos o adaptar servicios o productos a la demanda de población.

La iniciativa “13 pasos” es una de las pocas experiencias en Chile en que el Ministerio de Salud ha podido desempeñar una función verdaderamente protagónica. El proceso de elaborar y ejecutar “13 pasos” influyó en la filosofía del personal del Ministerio de Salud, pero también en otros sectores. Algunas de las enseñanzas extraídas durante el proceso son:

1. Para fortalecer la equidad en salud, debe existir un compromiso político explícito en el nivel más alto.
2. Es importante tener una agenda explícita, con claros incentivos definidos para la acción.
3. Es un requisito esencial establecer la confianza.
4. Las relaciones intersectoriales son cruciales y toda iniciativa debe incluir una estrategia clara para movilizar las relaciones intersectoriales con el fin de adoptar medidas encaminadas a mejorar la equidad en materia de salud.
5. Es esencial involucrar a la comunidad; las iniciativas deben incluir oportunidades claras y mecanismos para fomentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y la acción.
6. La capacitación es una estrategia eficaz para la institucionalización del cambio en los procesos de elaborar y aplicar políticas para abordar los determinantes sociales de la salud.

La mayoría de las iniciativas que formaron parte del programa “13 pasos” siguen en marcha más de un año después del cambio de gobierno. Mantener el trabajo sobre los determinantes sociales y la salud es un esfuerzo continuo. En el futuro, el reto principal estriba en la sostenibilidad. Una tarea prioritaria es la promoción constante del plan de trabajo y sus oportunidades ante las nuevas autoridades para obtener su compromiso explícito de continuar la labor durante los próximos 4 años. Si bien es importante, esto no es necesariamente crucial para la sostenibilidad debido a la institucionalización del enfoque en el personal técnico estable de nivel medio que tiene control de su presupuesto y debido a la activa y continua participación de la comunidad en el proceso, institucionalizada mediante canales oficiales (como Juntas y otros organismos).

La voluntad de participar de personas que provienen de diferentes culturas y entornos institucionales no necesariamente depende del apoyo institucional. Establecer un compromiso institucional configurado por objetivos, metas y resultados compartidos y apoyado por mecanismos concretos para protegerlos es un elemento clave no solo para el éxito sino también para la sostenibilidad. Los ministros pueden cambiar, el apoyo puede desaparecer y los programas, ser pospuestos, pero, si permanecen los objetivos compartidos, se siguen abriendo nuevas oportunidades para la política.

La documentación sistemática de la experiencia y su intercambio con otros países y con la comunidad científica es también un mecanismo importante para lograr la sostenibilidad y la visibilidad. Esos esfuerzos aportan datos que actúan como un elemento impulsor del cambio y brindan la oportunidad de alcanzar un consenso más amplio a nivel regional y mundial. En este aspecto, el liderazgo de los organismos mundiales es clave.

La colaboración cambió la forma en que las personas se relacionan entre sí en los equipos profesionales involucrados en el proceso. Los criterios basados en los derechos y los valores democráticos exigen una cultura de respeto y de capital social institucional. En estas experiencias donde la acción era proactiva, pero no una orden, los actores fueron invitados y no forzados y se negociaron las responsabilidades y obligaciones; este compromiso y desarrollo sostenidos del capital social institucional son objetivos logrados perdurables que serán puestos a prueba en años venideros.



Estudio de casos 5. Políticas públicas y un modelo de salud basados en los determinantes sociales: el caso de Costa Rica

Ana Morice and Arodys Robles

En los años cincuenta, al mismo tiempo que abolió su ejército, Costa Rica adoptó un modelo de desarrollo que asignó prioridad a la inversión pública en el sector social. Con ese fin, el Estado promovió el acceso a la salud, la educación, la vivienda, el saneamiento y el bienestar social. A comienzos de los años setenta, el país alcanzó su madurez política e inició una transformación profunda del sector de la salud al ampliar el seguro de salud y el de maternidad a dependientes de trabajadores, transferir hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, crear infraestructura para prestar de servicios de salud en todo el país y apoyar los programas de salud comunitarios y rurales.

En los años ochenta, al enfrentar una crisis económica internacional y la necesidad de modificar su estructura orgánica, el país puso en marcha un proceso de reforma del sector de la salud que condujo a la transferencia de todos los establecimientos de salud pública a la Caja Costarricense de Seguro Social y modificó el modelo de atención de los pacientes, con lo cual se fortaleció considerablemente la función de gestión del Ministerio de Salud. Este estudio de casos documentó el caso de Costa Rica mediante un análisis histórico de la evolución de un modelo sanitario conceptual y estratégico guiado por un Ministerio de Salud vigoroso.

La estrategia para mejorar la salud de una sociedad se alía estrechamente con la conceptualización del proceso de salud y enfermedad. Durante muchos decenios, Costa Rica reconoció que el estado de salud de la población no depende de manera exclusiva de las medidas tomadas por las instituciones tradicionalmente vinculadas con la salud y por los prestadores de servicio de salud; más bien, es un producto del desarrollo coordinado de la sociedad en su totalidad, concepto conocido como la producción social de la salud. Esta comprensión histórica ha sido fundamental para mejorar los indicadores de salud de Costa Rica.

El sistema nacional de salud de Costa Rica consta de una serie de entidades que actúan sinérgicamente, generan repercusiones positivas sobre la salud y asignan prioridad a la población más vulnerable. El Ministerio de Salud es responsable de la gobernanza en la producción social de la salud y garantiza la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población mediante su gestión y orientación de los diferentes actores sociales.

La gobernanza se ejerce por medio de ocho funciones sustantivas, no exclusivas, realizadas de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial y participativa: la orientación de las políticas, la mercadotecnia de la estrategia de promoción de la salud, la cultura de la inclusión de todos, la vigilancia sanitaria, la planificación estratégica de salud, la modularización del financiamiento sanitario, la armonización de la prestación de servicios de salud y la reglamentación de las medidas relacionadas con la salud y la evaluación de sus repercusiones.

El modelo actual de gobernanza en el Ministerio de Salud de Costa Rica se centra en la necesidad de influir en los determinantes sociales de la salud para proteger y mejorar la salud. Con este fin, el modelo se basa en la estrategia maestra de “pasar del tratamiento de las enfermedades a la promoción de la salud”, que representa un cambio fundamental en el paradigma hacia una cultura de la inclusión de todos y la equidad en el acceso al bienestar.



Estudio de casos 6. Una alianza nacional para la acción encaminada a acabar con las disparidades en materia de salud en los Estados Unidos

Mirta R. Beadle¹⁶, Garth N. Graham¹⁷, Paul E. Jarris¹⁸, Carlessia A. Hussein¹⁹, Alan Morgan²⁰, Ron Finch²¹

En su esfuerzo por lograr equidad en materia de salud, los Estados Unidos se unen a otros países que también afrontan el problema de poner fin a las disparidades de salud. La equidad en salud implica alcanzar el nivel más alto de salud para todas las personas. El logro de la equidad en salud requiere valorar a todos por igual mediante actividades sociales permanentes y específicas para abordar desigualdades evitables, injusticias antiguas y recientes y la eliminación de las disparidades en salud y en la atención sanitaria.

Las disparidades en salud son persistentes y generalizadas en los Estados Unidos y afectan a sus minorías raciales y étnicas, a otras poblaciones en riesgo y a las personas de posición socioeconómica y nivel educativo bajos. La visión de un país más saludable fue la fuerza que reunió a miles de líderes de la comunidad y al gobierno para establecer la Alianza Nacional para la Acción Encaminada a Acabar con las Disparidades en Salud (NPA, por sus siglas en inglés). Si bien, hubo esfuerzos por abordar la equidad en salud que empezaron antes de la NPA, fueron impulsados por organizaciones y sectores específicos (por ejemplo, departamentos de salud locales, universidades, sistemas de salud, organizaciones filantrópicas, etc.).

Las actividades para eliminar las disparidades en salud son intrínsecamente un esfuerzo para lograr un cambio integral en la comunidad y los sistemas. La NPA se ocupa del cambio: por qué debe haber un cambio, quién debe lograrlo y las estrategias que se pueden aplicar para producirlo. Los cambios necesarios para lograr la equidad en materia de salud en los Estados Unidos pueden alcanzarse solo con la cooperación de las personas en todos los niveles de las actividades públicas y privadas. La NPA es el primer esfuerzo comunitario nacional y multisectorial impulsado por una alianza en pro de la equidad en salud, encabezado por el gobierno.

El desarrollo de la NPA fue patrocinado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y su Oficina de Salud de las Minorías mediante una secuencia de actividades que incluyeron reuniones regionales de líderes de la comunidad e interesados directos en todo el país, un período de recepción de comentarios del público y numerosas etapas de examen, análisis y perfeccionamiento de los contenidos por diversos expertos. Más de 2000 personas participaron en representación de la comunidad y de organizaciones religiosas, empresas, instituciones sanitarias y de seguros, la comunidad académica, dependencias gubernamentales federales, estatales, municipales, tribales y de condados y otras circunscripciones.

¹⁶ Oficina de Salud de las Minorías, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América.

¹⁷ Oficina de Salud de las Minorías, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América.

¹⁸ Asociación de Funcionarios Sanitarios Estatales y Territoriales, Estados Unidos de América.

¹⁹ Asociación Nacional de Oficinas Estatales de Salud de las Minorías, Estados Unidos de América.

²⁰ Asociación Nacional de Salud Rural, Estados Unidos de América.

²¹ Grupo Empresarial Nacional sobre Salud, Estados Unidos de América.

El producto primordial de la NPA, la Estrategia Nacional de los Interesados Directos para Lograr la Equidad en Salud, ofrece un conjunto de 20 estrategias impulsadas por la comunidad para acabar con las disparidades en salud en los Estados Unidos y para lograr la equidad en salud mediante la colaboración y la acción sinérgica. Fue puesta en marcha a nivel nacional el 8 de abril del 2011, simultáneamente con el Plan de Acción del Departamento de Salud y Servicios Sociales para Reducir las Disparidades Raciales y Étnicas en Salud (que representa el compromiso federal con la equidad en salud y una respuesta a las medidas recomendadas en la Estrategia Nacional de los Interesados Directos para Lograr la Equidad en Salud). En conjunto, los dos documentos ofrecen nuevas estrategias y un mecanismo para forjar otras alianzas encaminadas a acabar con las inequidades sanitarias en las comunidades raciales, étnicas y subatendidas del país.

Un cambio integral requiere tiempo, recursos considerables y los esfuerzos de muchos socios. Más allá del capital financiero y humano, estos esfuerzos también necesitan una amplia coordinación, transparencia y compromiso. La Alianza Nacional para la Acción Encaminada a Acabar con las Disparidades en Salud abre un camino nuevo para el cual no existe ninguna hoja de ruta previa. A pesar de que está a principios de su aplicación, la NPA ya ha logrado un cambio en la manera en que los socios estructuran su trabajo a nivel individual y colectivo. Los socios están empezando a adoptar las metas de la NPA y, en último término, estas acciones se traducen en oportunidades positivas para las comunidades. Una enseñanza clave extraída es que la NPA logra impulsar el cambio al crear un foro y una estrategia nacionales para la cooperación.



Estudio de casos 7. ¿Cómo podemos incorporar el mensaje sobre los determinantes sociales de la salud en la política pública y en la agenda de salud pública? Convertir los datos en una herramienta de información sobre los determinantes sociales de la salud para fundamentar la política y los programas de salud pública: utilización de las bases de datos existentes para crear perfiles comunitarios de los factores sociales que configuran la salud en Utah

Len B. Novilla, Michael D. Barnes, Carl Hanson, Josh West y Eric Edwards²²

Desde 1990 al 2010, el Estado de Utah había sido sistemáticamente clasificado entre los 10 estados más saludables en los Estados Unidos. Sin embargo, un examen más cercano revela que las esperanzas de vida de Utah disfrazan problemas profundos a nivel local. El desglose de los datos estatales en 29 condados y luego aun más en 61 zonas pequeñas, como grupos o áreas postales, mostró disparidades en las esperanzas de vida al nacer (cálculos del 2009). Dentro de un mismo condado, había una diferencia graduada en las esperanzas de vida. En algunas zonas las esperanzas de vida llegan a los 80 años y son mucho mejores que las correspondientes a toda la nación y equivalentes a las cinco mejores del mundo. No obstante, residentes que viven solo a una distancia de tres a diez millas dentro del mismo condado podrían morir entre 3 y 10 años antes y tienen una longevidad media similar a la observada en los países en desarrollo.

Estas disparidades entre los condados fue fundamental para la caída de Utah en la clasificación de la salud: el estado pasó de segundo en la nación en el 2009 a séptimo en el 2010, el lugar más bajo alcanzado en los últimos 20 años. Como las esperanzas de vida miden el estado de salud y sintetizan la mortalidad de los grupos de edad en una zona específica, estas diferencias de las esperanzas de vida indican desigualdades en la salud que provienen de las “causas de las causas”, o las condiciones de vida y los procesos que determinan la calidad general de la vida, a los que en términos generales se les llama los determinantes sociales de la salud. Si bien son mucho más evidentes en las poblaciones vulnerables, en riesgo y subatendidas, las disparidades en la salud se presentan en forma diferenciada en los grupos sociales y limitan la prolongación de la vida y la movilidad socioeconómica.

A pesar de las repercusiones de los factores sociales sobre la salud, la incorporación de los determinantes sociales de la salud en la política y la práctica es una tarea que afronta muchos retos. En primer lugar, los datos sanitarios normalmente se notifican como indicadores individuales en lugar de presentarlos en forma integral por zona geográfica, en el contexto de índices no sanitarios que también afectan la salud. Sin tener en cuenta la relación entre los resultados en materia de salud y los determinantes sociales, no hay manera de evaluar plenamente las repercusiones de las políticas y los programas sobre la salud de las personas. En segundo término, aun después de años de recopilación de datos, persiste la falta de traducción de los datos en políticas y actividades de salud pública coherentes con los principios concernientes a los determinantes sociales de la salud. Persiste la dicotomía entre la agenda de políticas públicas y las actividades de salud pública, que deberían ser compatibles y coordinadas en servicio de la salud. Por lo tanto, impulsar un cambio sostenible que se integre en los diversos niveles de gobernanza se vuelve una tarea casi hercúlea.

²² Todos los autores forman parte del cuerpo académico de la Universidad Brigham Young, Provo, Utah, Estados Unidos de América.

El reto al traducir el mensaje de los determinantes sociales de la salud reside en vincular la política sanitaria con la práctica de salud pública. La finalidad general de este estudio en curso es traducir el concepto de determinantes sociales de la salud en enfoques prácticos que sean significativos a nivel local de la gobernanza y la comunidad en Utah y que utilicen los datos como una herramienta de información sobre los determinantes sociales de la salud en la política y los programas de salud pública. Usando indicadores demográficos y de salud comunes a cinco mediciones de la población existentes, esta iniciativa elaboró un perfil de los determinantes sociales de la salud de la comunidad de Utah y de sus poblaciones vulnerables, a nivel de las áreas postales o zonas pequeñas. Luego se presentó este perfil usando un software de visualización de datos de código abierto para proporcionar a las instancias normativas, los profesionales de salud pública y el público una imagen visual de cómo factores sociales en Utah repercuten en la salud a nivel del estado y de las comunidades.

Las lecciones clave de la investigación para interpretar los datos sobre los determinantes sociales de la salud a nivel local fueron las siguientes:

1. **El gradiente social es más profundo.** Las inequidades en salud que dan como resultado disparidades en la esperanza de vida son evidentes aun en el nivel más bajo de los datos notificables, a nivel de las áreas postales o zonas pequeñas. El reto siempre ha estribado en qué hacer al respecto.
2. **Comunicar datos contextualizados y procesables.** En la medida en que los informes integrales sobre la epidemiología sean útiles y sirvan para diversos propósitos, a fin de actuar conforme a los datos probatorios, las instancias normativas y los profesionales de salud pública necesitan información sencilla, precisa, exacta, fácil de comprender, de aprender y de visualizar a nivel de sus comunidades. Cuando ya se dispone de datos fidedignos y notificados sistemáticamente, se debe usar la tecnología y la sanimetría existentes para apoyar el mensaje sobre los determinantes sociales de la salud. Un panorama demográfico y sanitario sucinto y visualmente claro que se concentre en las prioridades y tendencias vitales a nivel de la comunidad puede ser un mecanismo que permita reconocer el mensaje sobre los determinantes sociales de la salud y actuar conforme a ese mensaje, orientarlo y evaluarlo en los niveles locales de gobernanza.
3. **Formular el mensaje de acuerdo con las necesidades locales.** “¿Qué está mal? ¿Por qué es importante? ¿Qué se debe hacer al respecto?” El problema no siempre es la falta de información sino cómo se comunican los datos demográficos. La forma en que comunicamos los datos es estratégica para involucrar tanto a las instancias normativas como al público. Presentados de manera adecuada, usados con eficacia, dirigidos a la audiencia correcta, dentro del contexto de los determinantes sociales de la salud, los datos pueden persuadir, despertar interés, ayudar a informar, involucrar, preconizar e iniciar la acción. Los datos existentes formulados de tal modo que hablen de necesidades y problemas de la comunidad con los que las personas se puedan conectar, en un lenguaje que las personas puedan comprender, tienen muchas más probabilidades de producir resonancias en el espectro político.
4. **Seguir repitiendo el mensaje.** El mensaje puede perderse en un torbellino de temas políticos y de salud que compiten con él. La comercialización del mensaje requiere difundir repetidamente y reiterar la información para contrarrestar el modo de pensar fatalista con respecto al cambio.

5. **Involucrar a las personas indicadas para que hagan lo correcto.** Tener una visión y un objetivo compartidos de una mejor salud y la reducción de las disparidades de salud. Los determinantes sociales de la salud son resultado de “la manera en que organizamos nuestros asuntos en la sociedad”. Estos factores están tan complejamente incrustados en la realidad de la vida cotidiana que reducir las desigualdades que hemos creado implica aliarnos con las personas indicadas de diversos sectores: las que comparten una visión y tienen las aptitudes, el coraje y la determinación para propiciar el cambio en el sistema o con el sistema.



SECCIÓN 5. ASPECTOS DESTACADOS DE LA CONFERENCIA MUNDIAL DE LA OMS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Desde el 19 al 21 de octubre del 2011, se celebró en Rio de Janeiro, Brasil, la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud. La Conferencia buscaba concentrar la atención de los líderes e instancias normativas sanitarias en cómo se podrían reducir las inequidades en materia de salud en distintos países y dentro de una misma nación, y forjar una visión mundial para una respuesta internacional coordinada.

La Conferencia se celebró de conformidad con la resolución WHA62.14 de la Asamblea Mundial de la Salud, “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (2009), después de la publicación del informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). El evento fue apoyado y patrocinado por el Gobierno de Brasil y organizado conjuntamente por la OMS, el Ministerio de Salud del Brasil y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), el principal instituto de salud de Brasil.

Líderes de salud y encargados de adoptar las decisiones de más de cien Estados Miembros se reunieron con un grupo de diversos interesados directos, incluidos representantes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas y grupos de investigación. Participaron más de mil personas y más de 19.000 personas siguieron la conferencia por medio de la transmisión por internet. Hubo hasta diecinueve eventos celebrados por interesados directos antes y después de la conferencia.

Durante este evento de tres días, las sesiones plenarias, las sesiones paralelas y una sesión ministerial especial permitieron a los participantes intercambiar experiencias sobre políticas y estrategias que podrían ayudar a reducir la notable brecha de 36 años en la esperanza de vida en todo el mundo. Los participantes también consideraron cómo se podrían traducir en medidas políticas concretas las recomendaciones de la Comisión y las sugerencias descritas en el documento de trabajo de la Conferencia de la OMS,.

Documento de trabajo de la OMS

Para esta Conferencia, se elaboró un documento de trabajo de la OMS,²³ en consulta con un Grupo Asesor integrado por expertos prominentes y con las aportaciones recibidas durante una extensa consulta pública en la web. El documento estableció los componentes clave que todos los países deberían integrar cuando pongan en práctica un “enfoque basado en los determinantes sociales de la salud”. En particular, se describieron cinco áreas clave de la política que requieren acción inmediata: 1) la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud; 2) la promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales; 3) la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud; 4) la acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los

²³ Se puede consultar el documento de discusión en: www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-Sp.pdf.

actores; y 5) la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.

La OMS también elaboró cinco sinopsis de la política específica para el sector y las Oficinas Regionales de la OMS coordinaron la producción de 28 estudios de casos que abarcaron una serie de temas, como las transferencias monetarias condicionadas, la violencia de género, los programas relacionados con la tuberculosis y la salud maternoinfantil.

Declaración política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud

El 21 de octubre del 2011, los Estados Miembros aprobaron una declaración política en la cual se comprometen a trabajar para reducir las inequidades en salud adoptando medidas en las cinco áreas prioritarias abordadas en la conferencia (véase el anexo A).

La declaración expresa el compromiso político mundial de aplicar un “enfoque basado en los determinantes sociales de la salud”, que se espera que contribuya a impulsar a los países a formular planes de acción y estrategias nacionales específicos.

Los Estados Miembros también acordaron que la acción debe adaptarse a los contextos nacionales y subnacionales particulares de cada país y región y tener en cuenta los distintos sistemas sociales, culturales y económicos. Los Estados Miembros exhortaron a la OMS, a los organismos de las Naciones Unidas y a otras organizaciones internacionales a coordinarse y colaborar con ellos en la ejecución de estas medidas.

Actuar sobre los determinantes sociales de la salud: una nueva plataforma para la acción innovadora en relación con la equidad en salud

En el segundo día de la conferencia, la OMS puso en marcha en la web una plataforma innovadora para contribuir a la discusión sobre cómo se podría mejorar la equidad en materia de salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud²⁴. Esto permitirá a la OMS unir fuerzas con una serie de otras organizaciones y redes de todo el mundo que también están comprometidas con este plan de trabajo.

La plataforma permite a sus miembros intercambiar experiencias sobre las oportunidades y los retos encontrados en esta área compleja y proporciona un acervo de prácticas innovadoras, ejemplos y herramientas. En el Foro de Miembros, los miembros pueden plantear temas de discusión y responder a ellos. Estas discusiones serán resumidas periódicamente a fin de extraer enseñanzas sobre los obstáculos y los facilitadores clave para la acción. La plataforma también tiene Foros a Puerta Cerrada, que se pueden usar para mantener discusiones con acceso reservado.

Recomendaciones de la OMS sobre las políticas

En el Documento de Trabajo preparado para la conferencia, la OMS desarrolló un llamado mundial a la acción en relación con cinco puntos con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud. Los mensajes clave se pueden resumir de la siguiente manera:

²⁴ Puede tener acceso a la plataforma en: www.actionsdh.org.

1. La reforma de la gobernanza en el sector de la salud es esencial. Para lograr resultados sostenibles en la reducción de las inequidades en materia de salud, los ministerios de salud tienen que trabajar sistemáticamente con otros sectores para abordar las dimensiones de la salud y el bienestar en las actividades de esos sectores. Es preciso basarse en planes de acción que definan los valores, las estrategias y las metas de la reducción de las inequidades en salud, así como los marcos establecidos para la acción colaborativa entre los sectores ("acción intersectorial").
2. Es necesaria una nueva cultura de la participación. Se requiere una nueva cultura de la participación en salud que genere una colaboración estrecha de los actores y las personas influyentes ajenas al gobierno. En particular, los gobiernos deben facilitar la función clave de las organizaciones de la sociedad civil formalizando su participación en la formulación de políticas, permitiéndoles actuar como avaladores de la rendición de cuentas y la transparencia gubernamentales y reconociendo su potencial para reunir datos relacionados con la salud y el análisis que fundamenta la formulación de las políticas.
3. El sector de la salud debe asumir una nueva función. Los sistemas de salud sólidos, basados en la atención primaria de salud, son la piedra angular de una sociedad saludable. El sector de la salud debe avanzar hacia la cobertura universal de una atención sanitaria accesible, asequible y de buena calidad para todos, financiada mediante la tributación, el seguro social u otros mecanismos de prepago mancomunado. Además, el sector de la salud tiene que ser proactivo, tratar de conectarse con otros sectores y organizar el establecimiento de un enfoque de salud que abarque a la totalidad de la sociedad.
4. Se necesita una acción mundial coordinada. Las medidas nacionales para actuar sobre los determinantes sociales no son suficientes. Los organismos internacionales, los socios en la cooperación bilateral y las organizaciones de la sociedad civil tienen que alinear sus actividades concernientes a los determinantes sociales con las de los gobiernos nacionales. También es necesario armonizar las prioridades mundiales, como los esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el establecimiento de la protección social, las medidas para hacer frente al cambio climático y a la epidemia de enfermedades no transmisibles. El sistema de las Naciones Unidas debe dar el ejemplo y armonizar su trabajo sobre los determinantes sociales de la salud.
5. Es preciso desglosar los datos de salud. Los gobiernos tienen que desglosar los datos para revelar el gradiente social en la salud, que es evidente en todos los países. Deben establecer un marco para la vigilancia de las inequidades en los resultados de salud, los determinantes sociales y las repercusiones de las políticas ajenas al sector de la salud. Es necesario hacer evaluaciones de la salud y la equidad durante la formulación de todas las políticas nuevas del gobierno. Se requieren sistemas de vigilancia integrados tanto a nivel nacional como mundial, además de metas universalmente respaldadas.

Etapas siguientes

En enero del 2012, el Consejo Ejecutivo de la OMS examinó los resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, incluido el progreso en la ejecución de la resolución WHA 62.14. Durante esa sesión, el Consejo Ejecutivo recomendó a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, que se realizó en mayo del 2012, que aprobara una resolución donde hiciera suya la Declaración política de Rio sobre determinantes sociales

de la salud. Las discusiones que tuvieron lugar durante estas sesiones de los Cuerpos Directivos contribuyeron aun más al establecimiento de prioridades a nivel nacional y mundial para el trabajo futuro sobre los determinantes sociales de la salud. En estas deliberaciones también se proporcionó orientación sobre cómo avanzar en el cumplimiento de los compromisos expresados en la Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud. También se tomaron medidas para conseguir que se estableciera un nexo sólido con la Conferencia Rio+20, celebrada en Brasil, y la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se llevará a cabo en Finlandia en el 2013.

La sistematización del conocimiento sigue siendo una meta clave. Se realizarán esfuerzos para promover la colaboración con organizaciones de la sociedad civil y la comunidad académica, cuyas iniciativas contribuirán a traducir en la práctica los resultados de la conferencia. Si bien las redes de información de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud han contribuido a la generación de datos sobre las inequidades de salud, es importante trabajar ahora en el establecimiento de la infraestructura necesaria para conectar a todos los interesados directos clave y facilitar el intercambio de conocimientos.

Actividades específicas de la OPS

Varios ministros de la Región de las Américas concurrieron a la conferencia; cuando asistieron a la sesión ministerial, tres de ellos participaron activamente en la sesión paralela como presidente o como panelistas. Al comienzo de la conferencia, los representantes de diferentes Regiones de la OMS se reunieron a fin de tratar los preparativos para la conferencia y abordaron las diferentes consultas regionales y los estudios de casos elaborados; esta fue una reunión abierta que facilitó el debate sobre una serie de temas pertinentes.

Al concluir la conferencia, los representantes de las Regiones de la OMS se reunieron nuevamente para examinar cuál era la mejor manera de hacer avanzar el plan de trabajo después de la conferencia y acordaron establecer una red regional que facilitara la discusión, mejorara la calidad de los productos regionales y asegurara la coherencia de los esfuerzos que se hacen en todo el mundo para corregir las inequidades actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

En preparación para la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Sostenible Rio+20, la Serie de Seminarios hacia Rio+20 que ofreció la Organización Panamericana de la Salud contribuyó a generar un debate importante acerca de los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud y el desarrollo sostenible, así como otros temas tratados en la Conferencia Rio+20. La serie de 19 seminarios permitió la participación en persona y en línea e incluyó discusiones sobre la salud de los trabajadores, las enfermedades no transmisibles, la globalización, la seguridad vial y el agua, entre otros temas. En uno de los seminarios, el orador principal fue Sir Michael Marmot, anterior presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

La contribución experta de Sir Marmot a la Serie de Seminarios formó parte de su visita de dos días a la OPS. El doctor Marmot examinó las enseñanzas extraídas del trabajo de la Comisión y las vinculó con los problemas de la equidad en salud que se relacionan con los determinantes de la salud y el desarrollo sostenible, subrayando la necesidad fundamental de vigilar la equidad en la Región. Si bien el análisis y el debate contribuyeron

a mantener la salud y los determinantes sociales de la salud en la agenda de Rio+20, también proporcionaron orientación acerca del camino hacia adelante en la Región y delinearon formas de colaborar mejor y avanzar en la agenda de la equidad en salud.

La 65.a Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en Ginebra, Suiza, en mayo del 2012, contó con la presencia de las delegaciones de todos los Estados Miembros de la OMS y se concentró en una agenda de salud específica preparada por el Consejo Ejecutivo. Si bien la agenda abarcaba algunos de los mayores retos y oportunidades que enfrenta actualmente la salud pública, los delegados observaron considerables logros en la salud en los últimos decenios y el surgimiento de la solidaridad mundial en torno a la salud. Nombrada Directora General de la OMS para otro período quinquenal, la doctora Margaret Chan reafirmó su compromiso continuo de mejorar la salud de los grupos más vulnerables y de mantener el impulso hacia una mejor salud que marcó el comienzo del siglo XXI.

Entre las resoluciones aprobadas por los Estados Miembros durante la Asamblea Mundial de la Salud, hay una relacionada con los Determinantes Sociales de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud hizo suya la Declaración Política de Rio y sus recomendaciones y aprobó las medidas encaminadas a apoyar las cinco esferas prioritarias de acción recomendadas en la Declaración para abordar los determinantes sociales de la salud. Las medidas conducirán a, entre otras cosas, una mayor colaboración entre las Naciones Unidas y los organismos asociados y un apoyo más amplio a los Estados Miembros para que adopten un enfoque inclusivo que promueva la “salud para todos”.

SECCIÓN 6. PRÓXIMOS PASOS

Durante la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, se celebró una Reunión Interregional Interna sobre los Determinantes Sociales de la Salud con los representantes de las diferentes Regiones de la OMS. Cada Región de la OMS presentó un plan para “avanzar después de Río” y acordó establecer una red interregional con el objetivo de abordar los determinantes sociales de la salud y efectuar el seguimiento de las recomendaciones de la Conferencia de Río. **Esta red interregional planea reunirse en forma sistemática; la sede de la OMS y la OPS organizarán la próxima reunión.**

En el 2012, se pidió a la OMS y sus Regiones que presenten un informe a la Asamblea Mundial de la Salud sobre el progreso relacionado con la resolución WHA62.14; esta es una oportunidad de alinear el trabajo en las Regiones y fortalecer aun más la agenda de actividades concernientes a los determinantes sociales de la salud.

Los puntos principales destacados por la OPS durante esta sesión incluyeron:

- Tres importantes Conferencias Mundiales tuvieron lugar en el 2011 y el 2012, a saber, la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Enfermedades no Transmisibles (septiembre del 2011), la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (octubre del 2011) y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20, en junio del 2012). Todas estas conferencias abordaron un tema común, junto con la transformación de las condiciones de vida de la población mediante agendas y sinergias compartidas entre los sectores y los grupos sociales. **Abordar las agendas de las reuniones de una manera coherente y uniforme es una prioridad clave para la OPS.**
- Después de la Conferencia de Río, se llevó a cabo la reunión bianual del área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) de la OPS con los Centros Colaboradores para analizar el plan bienal de trabajo de la OPS e identificar cómo cada centro puede contribuir de la mejor manera a la ejecución del plan. El tema clave de este año fue la próxima Conferencia Río+20 y cómo la OPS, conjuntamente con los Centros Colaboradores de la OMS, podrían basarse en la Declaración de Río sobre determinantes sociales de la salud en preparación para Río+20. **La OPS seguirá trabajando con sus Centros Colaboradores para definir y mejorar el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud que están haciendo y puedan hacer los Centros.**
- En la OPS, se ha establecido un Equipo Interinstitucional sobre los Determinantes de la Salud y los Riesgos para promover el trabajo interprogramático e intersectorial; esto incluye usar el concepto de “Salud en todas las Políticas” para alinearse con otra orientación mundial y regional estratégica. El Equipo Interinstitucional ha reunido a asesores con diferentes antecedentes, pericia y competencias para afrontar desafíos específicos relacionados con los riesgos y los determinantes sociales de la salud. **La OPS propone el establecimiento de un mecanismo similar en las otras Regiones de la OMS.**

- En el 2011, en la Región de las Américas el Consejo Directivo de la OPS aprobó seis documentos que son sumamente pertinentes para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Como resultado, la OPS cuenta ahora con algunos instrumentos políticos sólidos para promover el plan de trabajo concerniente a los determinantes sociales de la salud. **La OPS aplicará la Estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Urbana para los próximos 10 años en las Américas, aprobados por los Estados Miembros durante las sesiones del 51.º Consejo Directivo, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.**
- Se definieron tres prioridades clave de la OPS para el futuro: 1) el fortalecimiento de la capacidad (garantizar que los países tengan las herramientas necesarias para “cerrar la brecha en la equidad”); 2) el seguimiento y la evaluación (la recolección y un mayor desglose de los datos); y 3) el fortalecimiento y la expansión de las redes en la Región (conjuntar las aptitudes, los conocimientos y los datos para trabajar en forma coordinada, coherente y estratégica). **La OPS se concentrará en tres áreas prioritarias: el fortalecimiento de la capacidad, el seguimiento y evaluación y el establecimiento de redes.**



An aerial photograph of Rio de Janeiro, Brazil, showing the bay, mountains, and city skyline. The bay is filled with many small sailboats. In the foreground, the city skyline is visible with several tall buildings. In the background, the mountains are visible, including the iconic Sugarloaf Mountain (Pão de Açúcar) on the right. The text "ANEXO A" and "DECLARACIÓN DE RIO" is overlaid on the image.

ANEXO A DECLARACIÓN DE RIO

Rio de Janeiro, Brasil, 19 - 21 de octubre del 2011



Conferencia Mundial en
Determinantes Sociales de Salud

RIO DE JANEIRO, BRASIL, 19-21 OCTUBRE 2011



Organización
Mundial de la Salud

DECLARACIÓN POLÍTICA DE RIO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

RIO DE JANEIRO, BRASIL, OCTUBRE 2011

1. **Nosotros, Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos**, nos reunimos el día 21 de octubre de 2011, por invitación de la Organización Mundial de la Salud, en Río de Janeiro, con objeto de expresar nuestra determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.
2. **Entendemos que la equidad sanitaria** es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: «todos por la equidad» y «salud para todos».
3. **Subrayamos los principios y disposiciones establecidos en la Constitución** de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Alma-Ata de 1978, así como en la Carta de Ottawa de 1986 y en la serie de conferencias internacionales sobre promoción de la salud, en las que se reafirma el valor esencial de la equidad sanitaria y se reconoce que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.» Reconocemos que los gobiernos son responsables de la salud de su población, y que sólo pueden cumplir con esta obligación adoptando las medidas sociales y de salud adecuadas, y que estas actividades nacionales tienen que contar con el apoyo de un entorno internacional propicio.
4. **Reafirmamos que las inequidades sanitarias** dentro de las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad.
5. **Reiteramos nuestra determinación de actuar sobre los determinantes sociales de la salud** tal y como se acordó de forma colectiva en la Asamblea Mundial de la Salud y quedó reflejado en la resolución WHA62.14 [«Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»], en la que se toma nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, a saber: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.
6. **Las inequidades en materia de salud** se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.
7. **Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad**, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada

e intersectorial en materia de medidas políticas p. El planteamiento de la «Salud en todas las políticas», junto con la cooperación y las actividades intersectoriales, ofrece un enfoque prometedor para reforzar la rendición de cuentas de otros sectores en materia de salud, así como para promocionar la equidad sanitaria y una sociedad más integrada y productiva. Al tratarse de objetivos colectivos, la buena salud y el bienestar para todos deberían gozar de alta prioridad en el ámbito local, nacional, regional e internacional.

8. **Reconocemos que se necesitan más esfuerzos para acelerar los avances** encaminados a resolver la distribución desigual de los recursos en materia de salud así como las condiciones perjudiciales para la salud a todos los niveles. A partir de las experiencias compartidas durante esta Conferencia, expresamos nuestra voluntad política de asignarnos como objetivo la equidad sanitaria a escala nacional, regional y mundial y de abordar los problemas actuales tales como la erradicación del hambre y la pobreza, la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a un agua potable segura y al saneamiento, el empleo y el trabajo digno y la protección social, la protección del medio ambiente y el fomento de un crecimiento económico equitativo, mediante una actuación firme sobre los determinantes sociales de la salud en todos los sectores y a todos los niveles. Asimismo, reconocemos que ocupándonos de los determinantes sociales podremos contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
9. **La actual crisis económica y financiera mundial exige** la urgente adopción de medidas para reducir las crecientes inequidades sanitarias e impedir que empeoren las condiciones de vida y se deterioren los sistemas de atención de salud y protección social de carácter universal.
10. **Reconocemos que es necesario reclamar** una actuación sobre los determinantes sociales de la salud tanto dentro de los países como a escala mundial. Subrayamos que, para contribuir a las actividades nacionales y locales relacionadas con esos determinantes resulta esencial el incremento de la capacidad de los actores mundiales gracias a una mejor gobernanza mundial, a la promoción de la cooperación y el desarrollo internacionales, y a la participación en la formulación de políticas y en el seguimiento de los progresos. La actuación sobre los determinantes sociales de la salud debería adaptarse a los contextos nacionales y subnacionales de cada país y de cada región, teniendo en cuenta los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos. Sin embargo, la investigación y la experiencia en materia de ejecución de políticas sobre determinantes sociales de la salud muestran que existen algunas características comunes para lograr una aplicación eficaz. Existen principalmente cinco esferas de actividad que son críticas para abordar el problema de las inequidades sanitarias, a saber: i) adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo; ii) fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas; iii) seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias; iv) fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo; y v) vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas. Por lo tanto, la actuación sobre los determinantes sociales de la salud significa que nosotros, los representantes de los gobiernos, con el apoyo de la comunidad internacional, tenemos que esforzarnos individual y colectivamente para formular y apoyar políticas, estrategias, programas y planes de acción que se centren en los determinantes sociales de la salud y que abarquen lo siguiente:

11. **Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo**

11.1 Reconociendo que la gobernanza para abordar los determinantes sociales implica procesos transparentes e incluyentes de toma de decisiones que tengan en cuenta a todos los grupos y sectores involucrados, así como la formulación de políticas eficaces que proporcionen resultados claros y cuantificables, propicien la rendición de cuentas y, lo más importante, sean justas tanto en su proceso de elaboración como en sus resultados;

11.2 Nos comprometemos a lo siguiente:

- (i) trabajar con los diferentes sectores y los diversos niveles de gobierno, incluso por conducto, según proceda, de las estrategias nacionales de desarrollo, teniendo en cuenta su contribución a la salud y a la equidad sanitaria, y reconociendo que los ministerios de salud desempeñan una función rectora en la materia;
- (ii) formular políticas integrales que tengan en cuenta las necesidades de toda la población, prestando una atención especial a los grupos vulnerables y las zonas de alto riesgo;

- (iii) apoyar programas integrales de investigación y encuestas que fundamenten las políticas y medidas;
- (iv) fomentar la concienciación, consideración y mayor rendición de cuentas de las instancias normativas en lo referente a las repercusiones de todas las políticas sobre la salud;
- (v) elaborar planteamientos, incluso mediante el establecimiento de lazos de asociación eficaces, para lograr la participación de otros sectores en la identificación de las funciones individuales y conjuntas en la mejora de la salud y la reducción de las inequidades sanitarias;
- (vi) brindar apoyo a todos los sectores para que puedan crear los instrumentos y la capacidad que les permitan abordar los determinantes sociales de la salud en el ámbito nacional y local;
- (vii) fomentar la colaboración con el sector privado, cuidándose de los conflictos de intereses, para contribuir a la consecución de la salud gracias a políticas y actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud;
- (viii) aplicar la resolución WHA62.14, en la que se toma nota de las recomendaciones del informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud;
- (ix) reforzar la seguridad y la protección de la salud en el trabajo y la supervisión de las mismas, y alentar a la población y a los sectores privados a ofrecer condiciones de trabajo salubres, contribuyendo así a la promoción de la salud para todos;
- (x) promover y reforzar un acceso universal a servicios sociales y a un nivel mínimo de protección oficial;
- (xi) 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;
- (xii) promover el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de calidad, incluso mediante la aplicación plena de la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;
- (xiii) fortalecer la cooperación internacional con miras a promover la equidad sanitaria en todos los países, facilitando, según términos establecidos de mutuo acuerdo, la transferencia de conocimientos, de tecnologías y de datos científicos relacionados con los determinantes sociales de la salud, así como el intercambio de buenas prácticas para gestionar la formulación de políticas intersectoriales.

12. Fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas

12.1 Reconociendo que los procesos de participación en la formulación y aplicación de las políticas son importantes para una gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los determinantes sociales de la salud;

12.2 Nos comprometemos a:

- (i) fomentar e incrementar en todos los ámbitos la integración y transparencia en materia de formulación, aplicación y rendición de cuentas de políticas sobre asuntos de salud y de gobernanza de la salud, facilitando en particular el acceso a la información, a la justicia y a la participación pública;
- (ii) adoptar medidas para potenciar el papel de las comunidades y reforzar la contribución de la sociedad civil a la formulación y aplicación de políticas, permitiendo así 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, desde un principio, los sectores afectados a todos los niveles de gobierno, apoyar la participación social y fomentar la colaboración de la sociedad civil y del sector privado, cuidándose de los conflictos de intereses;
- (iv) considerar los determinantes sociales particulares que conllevan inequidades sanitarias persistentes para los pueblos indígenas, conforme al espíritu de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, y examinar sus necesidades concretas, así como fomentar una colaboración valiosa con éstos a la hora de formular y aplicar las políticas y programas pertinentes;
- (v) examinar las contribuciones y capacidades que puede aportar la sociedad civil en la promoción, movilización social y aplicación de los determinantes sociales de la salud;
- (vi) promover la equidad sanitaria en todos los países, en particular mediante el intercambio de buenas prácticas en lo que se refiere a al aumento de la participación en la formulación y aplicación de políticas;
- (vii) promover una participación plena y efectiva de los países desarrollados y en desarrollo en la formulación y aplicación de políticas y medidas para abordar los determinantes sociales de la salud en el ámbito internacional.

13. Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias

13.1 Reconociendo que la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria y de los servicios de salud pública son esenciales para disfrutar del más alto grado posible de salud, lo cual representa uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, y que el sector de salud debería actuar con firmeza para reducir las inequidades sanitarias;

13.2 Nos comprometemos a lo siguiente:

- (i) mantener y formular políticas de salud pública eficaces que aborden los determinantes sociales, económicos, medioambientales y comportamentales de la salud, centrándose particularmente en reducir las inequidades sanitarias;
- (ii) fortalecer los sistemas de salud con miras a ofrecer una cobertura universal equitativa y fomentar el acceso a servicios de salud de alta calidad, preventivos, curativos, de promoción y de rehabilitación, durante toda la vida, centrándose particularmente en una atención primaria de salud integral e integrada;
- (iii) crear, consolidar y mantener las capacidades en materia de salud pública, y en particular la capacidad de actuación intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud;
- (iv) establecer, consolidar y mantener sistemas de financiación de la salud y de mancomunación de riesgos para evitar 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 mancomunación de riesgos;
- (vi) promover, cuando sea preciso, cambios en el sector de la salud con miras a ofrecer capacidad e instrumentos que permitan actuar para reducir las inequidades sanitarias, en particular gracias a actividades de colaboración;
- (vii) 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;
- (viii) llegar hasta todos los niveles y sectores de gobierno y trabajar con todos ellos, promoviendo mecanismos para el diálogo, la resolución de problemas y la evaluación de los efectos de la salud, centrándose en el concepto de equidad a la

hora de identificar e impulsar políticas, programas, prácticas y medidas de carácter legislativo que puedan ser decisivos para alcanzar el objetivo al que aspira la presente Declaración Política, y para adaptar o reformar los que puedan ser perjudiciales para la salud y la equidad sanitaria;

- (ix) intercambiar buenas prácticas y experiencias satisfactorias en materia de políticas, estrategias y medidas para seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias.

14. Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo

14.1 Reconociendo la importancia de la cooperación y la solidaridad internacionales para el beneficio equitativo de todas las personas y el papel destacado que desempeñan las organizaciones multilaterales a la hora de formular normas y directrices e identificar buenas prácticas que apoyen la actuación sobre los determinantes sociales, así como de facilitar el acceso a recursos financieros y a la cooperación técnica, además de revisar y, cuando sea necesario, modificar estratégicamente las políticas y las prácticas que tengan un efecto negativo sobre la salud y el bienestar de la población;

14.2 Nos comprometemos a lo siguiente:

- (i) adoptar enfoques políticos coherentes, basados en el derecho a disfrutar del más alto grado posible de salud, teniendo en cuenta el derecho al desarrollo que figura, entre otros, en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, que fomenten un mayor interés por los determinantes sociales de la salud con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- (ii) prestar apoyo a los niveles mínimos de protección social, en función de la definición y de las necesidades específicas de cada país, y a la labor sobre protección social que están llevando a cabo los organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluida la Organización Internacional del Trabajo en particular;
- (iii) prestar apoyo a los gobiernos nacionales, organizaciones internacionales, organismos no gubernamentales y otros, con miras a abordar los determinantes sociales de la salud y a luchar para asegurarse la sinergia de los esfuerzos para alcanzar las metas y objetivos de desarrollo internacionales relacionados con la mejora de la equidad sanitaria;
- (iv) alentar a los Estados Partes a 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 y, además, animar a los países que todavía no lo hayan hecho a adherirse a dicho Convenio, ya que reconocemos que una reducción sustancial del consumo de tabaco aporta una contribución importante a la actuación sobre los determinantes sociales de la salud, y viceversa;
- (v) llevar adelante en el ámbito local, nacional e internacional 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 sanitarias;
- (vi) brindar apoyo a la función rectora de la Organización Mundial de la Salud en la gobernanza mundial en materia de salud y en el fomento de una armonización de políticas, planes y actividades sobre determinantes sociales de la salud con organismos de las Naciones Unidas asociados, bancos de desarrollo y otras organizaciones internacionales clave, en particular con respecto a una labor conjunta de promoción y a la prestación de asistencia financiera y técnica a los países y las regiones;
- (vii) prestar apoyo a la labor de los gobiernos para promover la capacidad y establecer incentivos con miras a disponer de una mano de obra sostenible en el sector de la salud y en otros ámbitos, especialmente en las esferas que más lo necesiten;

- (viii) crear capacidad para que los gobiernos nacionales puedan abordar los determinantes sociales de la salud aportando conocimientos técnicos, y facilitando el acceso a recursos mediante el apoyo de los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud;
- (ix) 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 sobre las inequidades sanitarias, en consonancia con las prioridades y necesidades nacionales, incluso en lo que se refiere a los servicios de salud y la producción farmacéutica, según proceda.

15. Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas

15.1 Reconociendo que si se quieren lograr avances significativos es fundamental vigilar las tendencias de las inequidades sanitarias y las repercusiones de las medidas adoptadas para hacerles frente, que los sistemas de información deberían facilitar el establecimiento de relaciones entre los resultados sanitarios y las variables de estratificación social, que los mecanismos de rendición de cuentas son esenciales para ofrecer una orientación a las instancias normativas de todos los sectores, y teniendo en cuenta los diversos contextos nacionales;

15.2 Nos comprometemos a:

- (i) establecer, fortalecer y mantener sistemas de vigilancia destinados a facilitar datos desglosados para evaluar las desigualdades tanto en materia de resultados sanitarios 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, cuando sea posible, sobre los indicadores, patrones y programas existentes, y que abarquen todo el gradiente social y vayan más allá del crecimiento económico;
- (iii) promover la investigación de las relaciones entre determinantes sociales y resultados sanitarios 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, y tenerlos en cuenta en la formulación de políticas;
- (vii) aplicar mecanismos intersectoriales tales como el enfoque de «la salud en todas las políticas» para abordar las inequidades sanitarias y los determinantes sociales de la salud; mejorar el acceso a la justicia y consolidar un sistema de rendición de cuentas comprobable;
- (viii) prestar apoyo al papel rector que desempeña la Organización Mundial de la Salud en las actividades de colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas destinadas a reforzar la vigilancia de los progresos en el ámbito de los determinantes sociales de la salud, y a ofrecer orientación y apoyo a los Estados Miembros que deseen aplicar un enfoque que integre la salud en todas las políticas para hacer frente a las inequidades sanitarias;
- (ix) promover sistemas de vigilancia apropiados que tengan en cuenta el papel de todas las partes interesadas pertinentes, tales como la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, cuidándose debidamente de los conflictos de intereses durante el proceso de vigilancia y evaluación;

- (x) promover la equidad sanitaria dentro de los países y entre ellos, siguiendo los progresos internacionales y reforzando la rendición de cuentas colectiva en el ámbito de los determinantes sociales de la salud, en particular intercambiando buenas prácticas al respecto;
- (xi) mejorar el acceso universal y el uso de tecnologías e innovaciones de la información inclusivas en relación con los principales determinantes sociales de la salud.

16. Llamamiento para una acción mundial

- 16.1 Nosotros, Jefes de Gobierno, Ministros y representantes gubernamentales, reafirmamos solemnemente nuestra resolución de actuar sobre los determinantes sociales de la salud para lograr una sociedad vigorosa, inclusiva, equitativa, económicamente productiva y sana, y para superar los problemas nacionales, regionales y mundiales del desarrollo sostenible. Ofrecemos nuestro sólido respaldo a estos objetivos comunes y nuestra determinación para lograrlos.
- 16.2 Exhortamos a la Organización Mundial de la Salud, a los organismos de las Naciones Unidas y a otras organizaciones internacionales que colaboren con nosotros para promover y coordinar la aplicación de estas medidas. Reconocemos que una actuación mundial sobre los determinantes sociales exige reforzar capacidades y conocimientos para que la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones multilaterales puedan establecer y compartir reglamentos, normas y buenas prácticas. Los valores y responsabilidades que tenemos en común en pro de la humanidad nos empujan a cumplir con nuestro compromiso de actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Creemos firmemente que no se trata únicamente de un imperativo moral y de los derechos humanos, sino que también es una acción indispensable para promover el bienestar de la humanidad, la paz, la prosperidad y el desarrollo sostenible. Pedimos a la comunidad internacional que, mediante el intercambio de mejores prácticas, la prestación de asistencia técnica y un mejor acceso a recursos financieros, preste apoyo a los países en desarrollo para que éstos puedan aplicar dichas medidas. Asimismo, reafirmamos las disposiciones que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas así como en el Consenso de Monterrey, adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo.
- 16.3 Instamos a los países desarrollados que se han comprometido a lograr el objetivo de dedicar el 0,7% de su producto interno bruto a la asistencia oficial para el desarrollo antes de 2015, y a los países desarrollados que todavía no lo han hecho, a que adopten medidas adicionales concretas para cumplir con su compromiso al respecto. Asimismo, instamos a los países en desarrollo a emplear eficazmente esa asistencia oficial para el desarrollo con el fin de alcanzar sus objetivos y metas de desarrollo.
- 16.4 Los dirigentes mundiales se volverán a reunir próximamente en Río de Janeiro para estudiar la forma de tratar la problemática del desarrollo sostenible que se planteó hace 20 años. Esta Declaración Política reconoce la importancia de las políticas necesarias para conseguir un desarrollo sostenible y una equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales.
- 16.5 Recomendamos que el planteamiento de los determinantes sociales de la salud reciba la debida consideración en el proceso de reforma en curso en la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, recomendamos que la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud adopte una resolución de respaldo a la presente declaración política.

