



Determinantes Sociales de la Salud en America Latina: retos e logros

Reto conceptual ¿Causa de las causas?

**Reto operacional ¿Es posible formular
políticas públicas para redistribuir poder,
recursos e servicios?**

**Logros provisorios: algunas
iniciativas**

Retos futuros



O peso do cativo

Elefantes criados na natureza vivem bem mais do que os cativos em zoológicos. Pesquisadores da Inglaterra, do Canadá e do Quênia traduziram esta constatação em números num estudo publicado na revista *Science*. Animais da espécie *Loxodonta africana* que habitam um parque ecológico no Quênia (foto) vivem em média 56 anos, ante apenas 16,9 anos entre os abrigados em zoológicos europeus. No caso de elefantes asiáticos da espécie *Elephas maximus*, o tempo médio de vida em cativeiro é de 18,9 anos – numa reserva ambiental em Mianmar a longevidade é de 41,7 anos. O estresse, a obesidade e a infertilidade tornam pouco sustentável a vida dos elefantes em zoológicos, segundo o estudo.



“SALUD ES PRODUCIDA
SOCIALMENTE”



A collage of diverse human faces, including a young woman, a man, and a woman, with a textured circular pattern on the right side.

“Causa de las causas” e Políticas Públicas

- **¡Vivir en libertad!**
 - **Cerrar los zoológicos / Criar condiciones para que todos los elefantes vivan en Parques Ecológicos.**
- 
- A stylized globe with a grid of latitude and longitude lines, showing the Americas on the right side.

Esperanza de vida a nivel global: un caso para reflexionar sobre DSS

Glasgow (Escocia) (Área Pobre)	54
India	61
Filipinas	65
Korea	65
Lithuania	66
Poland	71
México	72
Cuba	75
United States of America	75
United Kingdom	76
Glasgow (Escocia) (Área Rica)	82

(OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2006; Hanlon,P.,Walsh,D. y Whyte,B.,2006)



Esperanza de Vida

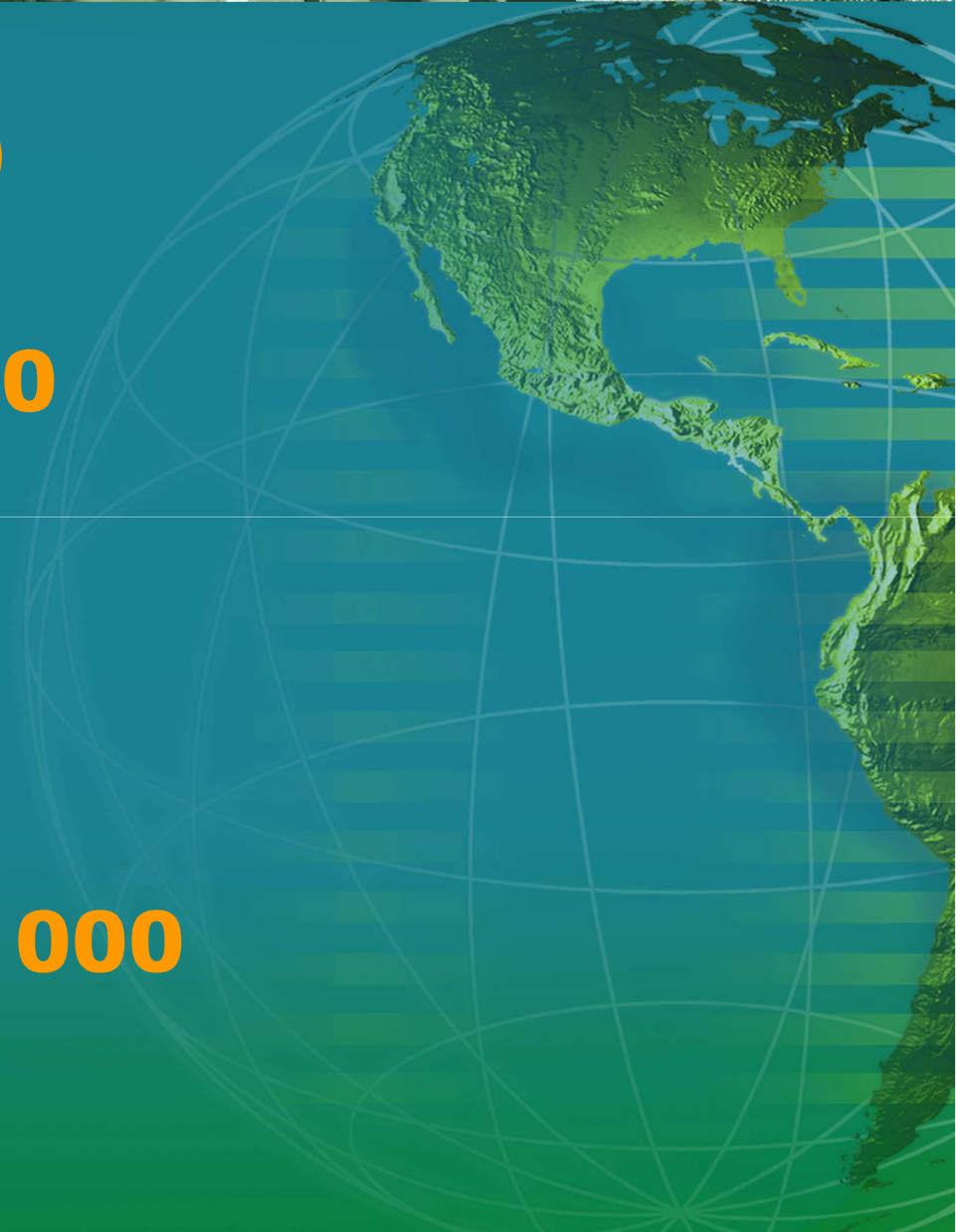


• Japón	82 ANOS
• Suecia	81 ANOS
• Suiza	80 ANOS
• Mozambique	41 ANOS
• Angola	38 ANOS
• Botswana	34 ANOS
• Suazilandia	33 ANOS



Mortalidad Infantil

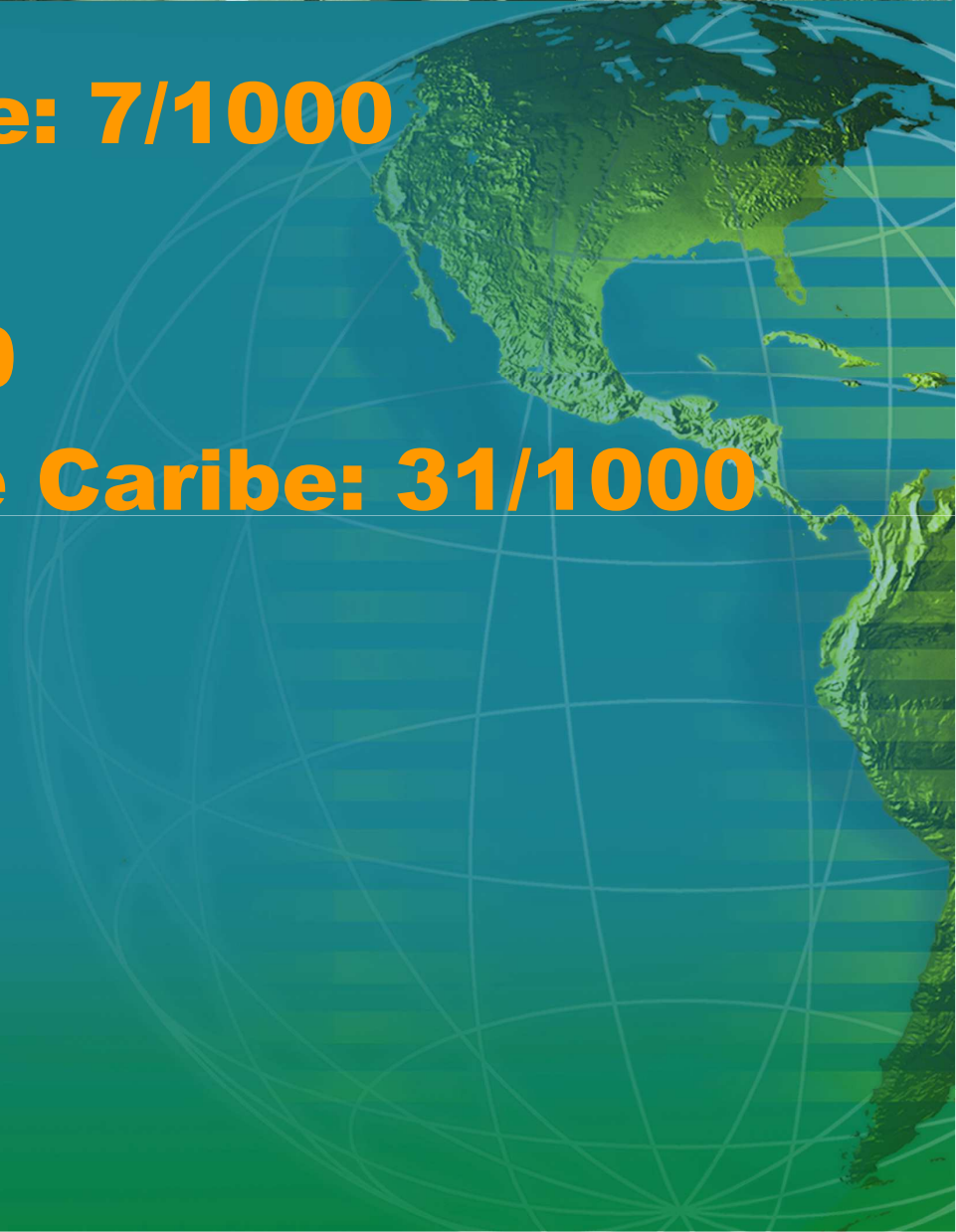
- **Japón: 3/1000**
- **EUA/Cuba: 7/1000**
- **Chile: 8/1000**
- **Argentina: 14/1000**
- **Brasil: 19/1000**
- **Perú: 21/1000**
- **Bolivia: 50/1000**
- **Haití: 60/1000**
- **Mozambique: 96/1000**



UNICEF

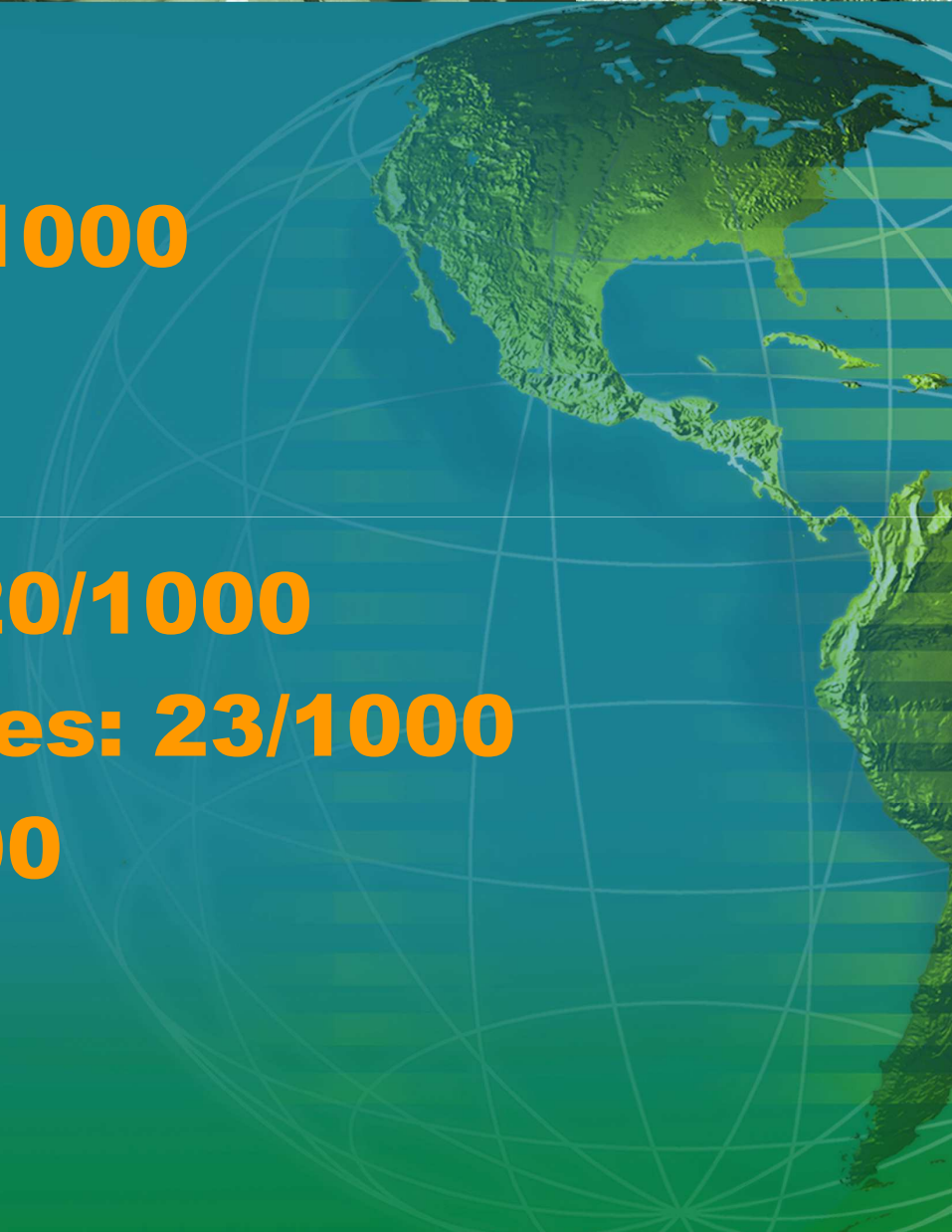


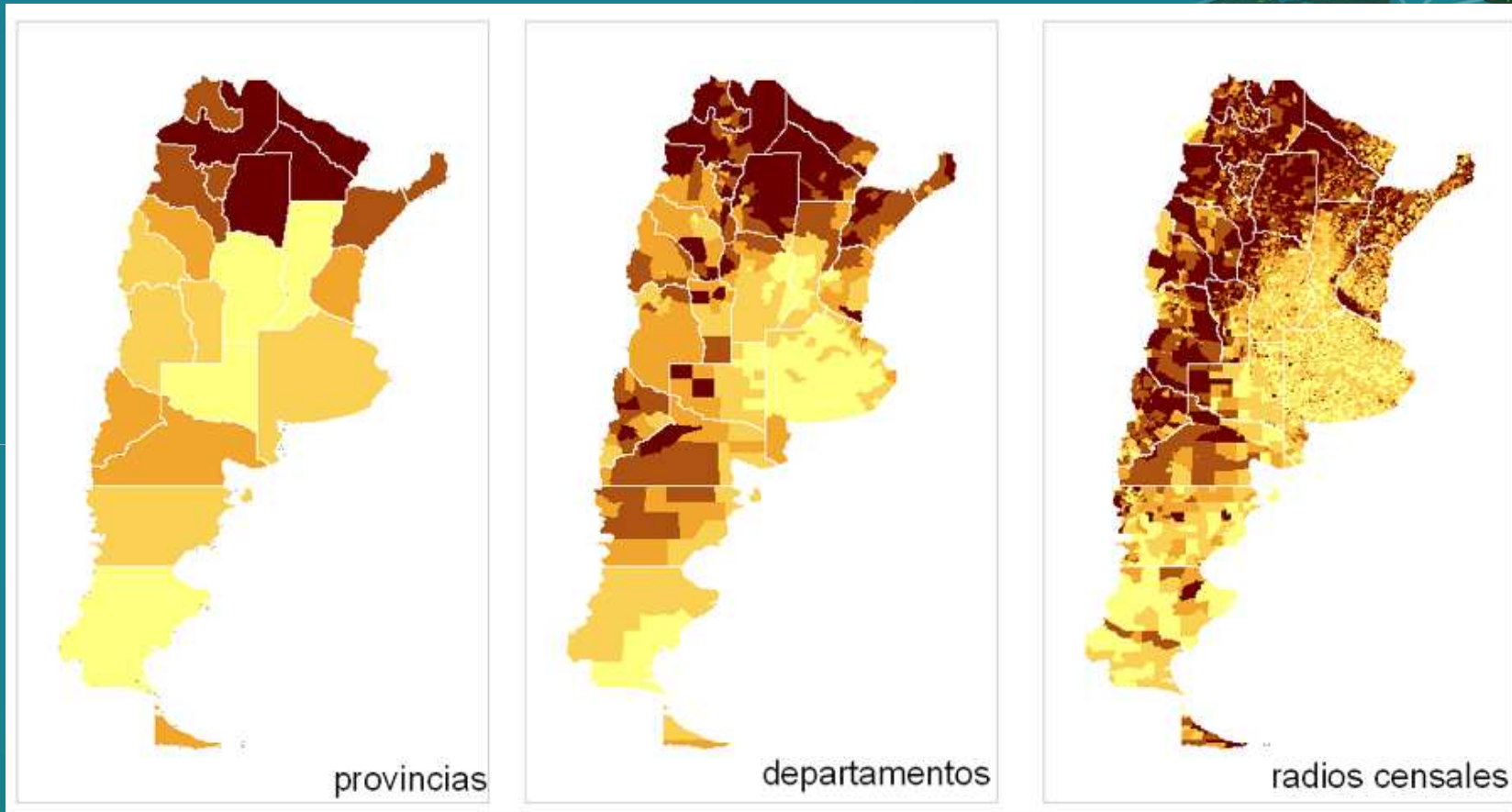
¿Entre continentes?

- **América do Norte: 7/1000**
 - **Europa: 9/1000**
 - **Oceanía: 28/1000**
 - **América Latina e Caribe: 31/1000**
 - **Asia: 55/1000**
 - **África: 88/1000**
- 

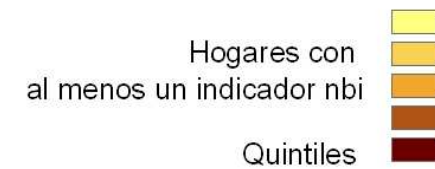


¿Y en San Pablo?

- **Moema: 5/1000**
 - **Vila Mariana: 8/1000**
 - **Saúde: 14/1000**
 - **Grajaú: 16/1000**
 - **Itaim Paulista: 20/1000**
 - **Cidade Tiradentes: 23/1000**
 - **Marsilac: 30/1000**
- 



Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

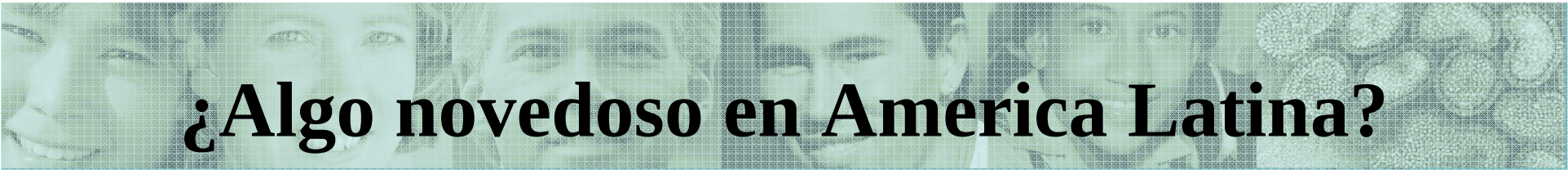




**¿De que sirve tratar
a las personas enfermas■ ■ ■**



**...si después vuelven a las
mismas condiciones que las
enfermaron?**

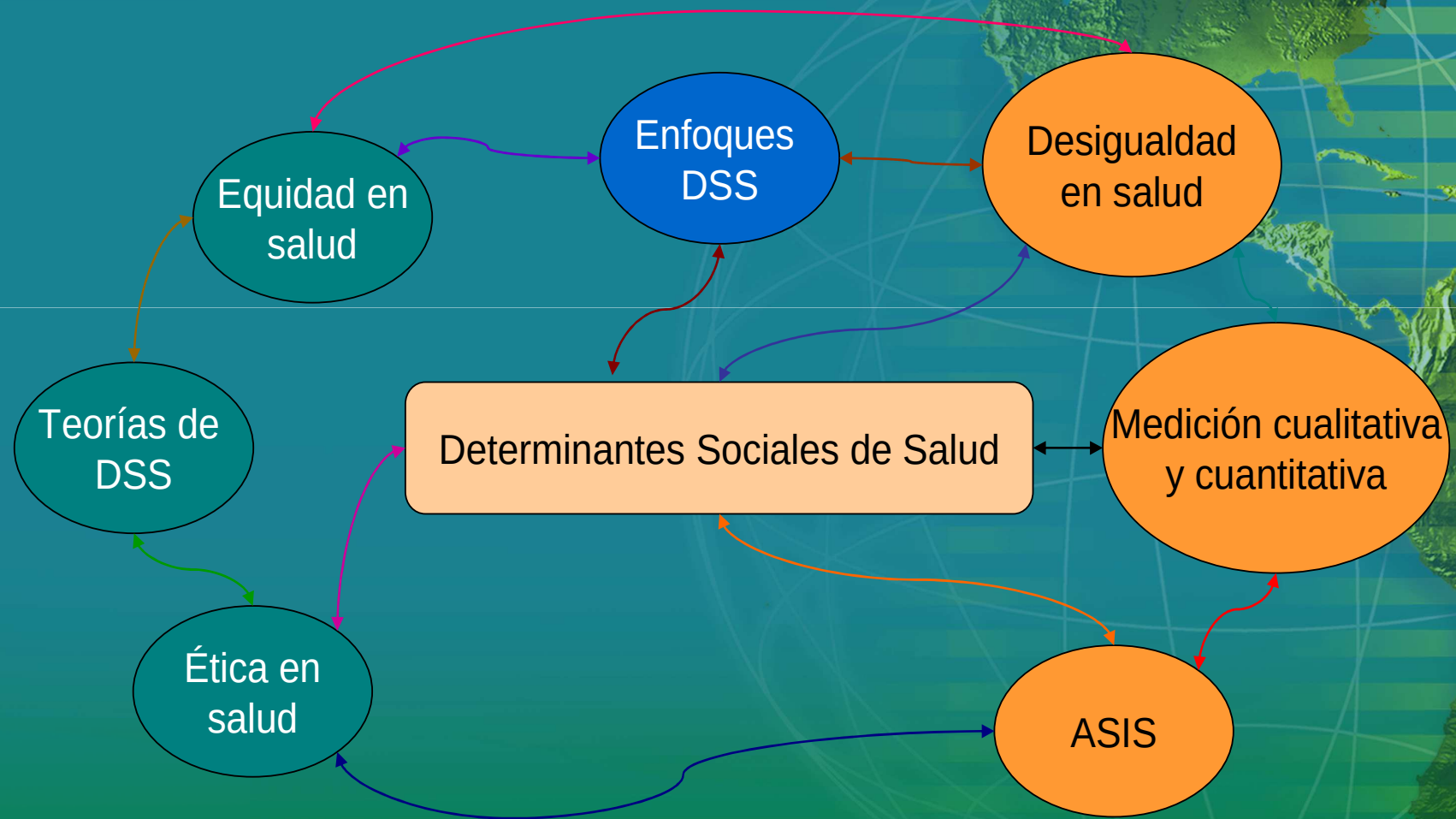


¿Algo novedoso en America Latina?

**DETERMINACION SOCIAL
DEL PROCESO
SALUD-ENFERMEDAD**



Campos de Conocimientos





- **El tema aunque no es nuevo todavía suscita debates y controversias.**

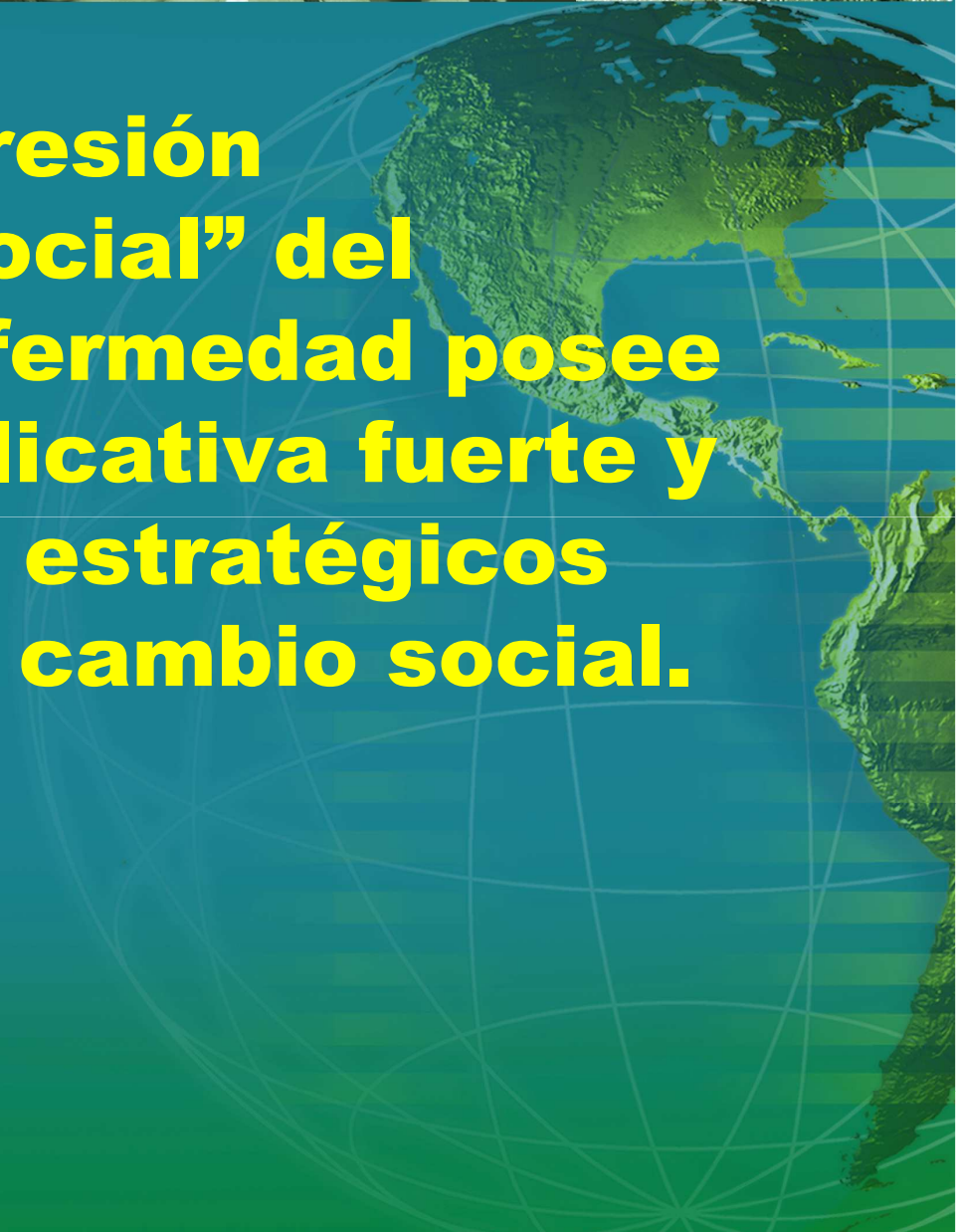


¿DETERMINANTES?

- **Algunos critican la expresión “determinantes sociales” basándose en que el término implicaría la existencia de una lógica social preponderante que determinaría la acción de los actores sociales perdiendo éstos su capacidad de transformación colectiva y de busca de su identidad.**



TATICA Y ESTRATEGIA

- **Para otros la expresión “determinación social” del proceso salud-enfermedad posee una potencia explicativa fuerte y ofrece elementos estratégicos para el necesario cambio social.**
- 



¿SOCIAL?

- **Unos prefieren “determinantes de salud” interpretando que el “social” limita la determinación ya que excluiría los determinantes políticos, los económicos, los ambientales, los culturales, los psicológicos, los espirituales, etc. Para otros el “social” incluye todos los atributos anteriores representando una síntesis englobadora.**



DS y D DE LA IS

- **Existe también una polémica acerca de las expresiones “determinantes de salud” y “determinantes de la inequidad en salud”, para algunos la primera expresión equivaldría a los “factores de riesgo” de la epidemiología clásica; al diferenciarla de la primera le otorgan a la segunda expresión un carácter más transformador, considerando que conduciría a la senda para comprender las injustas jerarquías de estructuras sociales, revelando la verdadera “causa de las causas” de la inequidad en salud.**



“ES IMPORTANTE RECONOCER...”

... que la Región tiene una historia de más de 20 años en abordar explícitamente los DSS. Esto se demuestra por un número importante de publicaciones científicas y de políticas públicas basadas en el enfoque de los DSS. Sin embargo, esta acumulación teórica y práctica no han tenido todavía un impacto sostenible en la reducción de las desigualdades entre países o incluso entre regiones de un mismo país”.

Mirta Roses (2008)

MEMO OPS para divulgação
das Recomendações da CDDS da OMS na Região

EL INGRESO DE LOS 10% MAS RICOS EN RELACION A LOS 10% MAS POBRES

EN LAS AMERICAS

Bolivia (2002) 168,1%
Paraguay (2002) 73,4%
Colômbia (2003) 63,8%
Brasil (2003) 57,8%
El Salvador (2002) 57,5%
Chile (2000) 40,6%
Argentina (2003) 34,5%
Costa Rica (2001) 30%
Venez. (2000) 20,4%
Nicaragua (2001) 15,5%
Uruguay (2003) 17,9%
Jamaica (2000) 11,4%

PNUD (2006)

EN LOS PAÍSES MAS RICOS

Finlândia (2000) 5,6%
Noruega (2000) 6,1%
Suécia (2000) 6,2%
Dinamarca (1997) 8,1%
Canadá (2000) 9,4%
Espanha (2000) 10,3%
Itália (2000) 11,6%
EUA (2000) 15,9%

IMPACTOS IMPORTANTES DE LA DESIGUALDAD ECONÓMICA EN LOS INDICADORES DE SALUD

ESPERANZA DE VIDA

Canadá 80,7 anos en comparación con **Haití 60,9** anos (Asimetría de 19.8 anos en las Américas)

(Argentina 75,8; Brasil 72,4; Paraguay 71,8; Uruguay 76,4; Venezuela 73,7)

Datos Básicos OPS 2007

Asimetría de 4,8 anos en el MERCOSUL entre la mayor y la menor esperanza de vida)

Coeficiente de Mortalidad Infantil

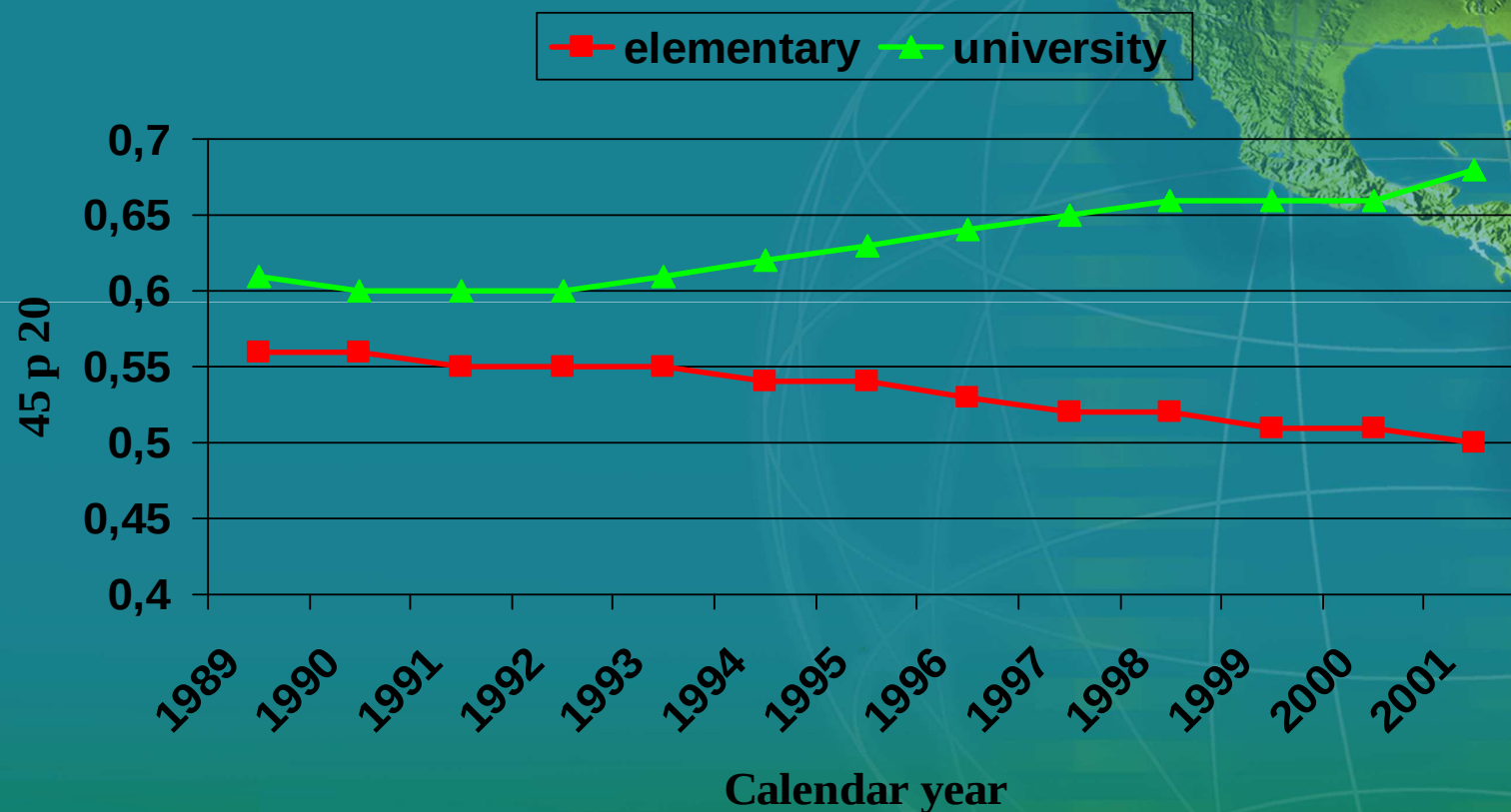
Canadá 5.3/1000 en comparación con **Haití 57/1000** (Asimetría de riesgo 10.7 veces mayor en Haití)

(Argentina 12.6/1000; Brasil 22.6/1000; Paraguay 17.0/1000; Uruguay 10.5/1000; Venezuela 15.5/1000)

Datos Básicos OPS 2007

Asimetría de riesgo de 2.1 veces entre el mayor y el menor coeficiente de mortalidad infantil en el MERCOSUL)

TENDENCIAS NA PROBABILIDADE DE SOBREVIVENCIA DE HOMENS RUSSOS EM RELACAO AO NIVEL ESCOLAR



45 p20 = probability of living to 65 yrs when aged 20 yrs

LANZAMIENTO DE LA CDSS EN 2005

- Strong WHO engagement from new leadership
- CSDH will set realistic objectives, focus on political strategy

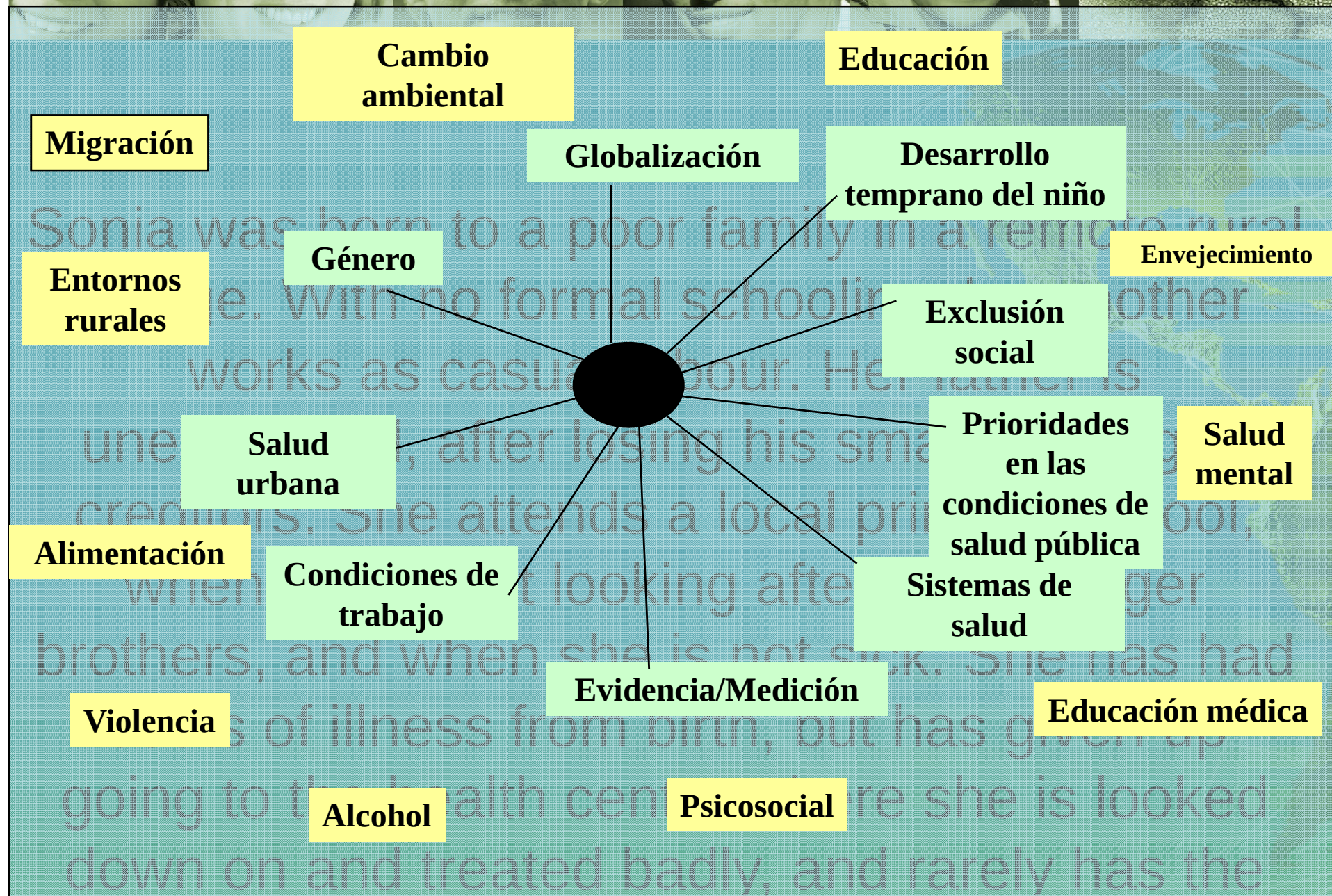


*WHO Director-General LEE Jong-wook,
address to the World Health Assembly,
May 2004*



**EN 2005 LA OMS INSTALA LA CDSS, QUE LANZA
SU INFORME FINAL EM 28 DE AGOSTO DE 2008 EN
GINEBRA.**

ÁREAS TEMÁTICAS DE LA COMISIÓN DE DSS





Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health

Justicia Social

Empoderamiento

- Material
- Psicosocial
- Político

**Para criar condiciones para el
buen vivir**





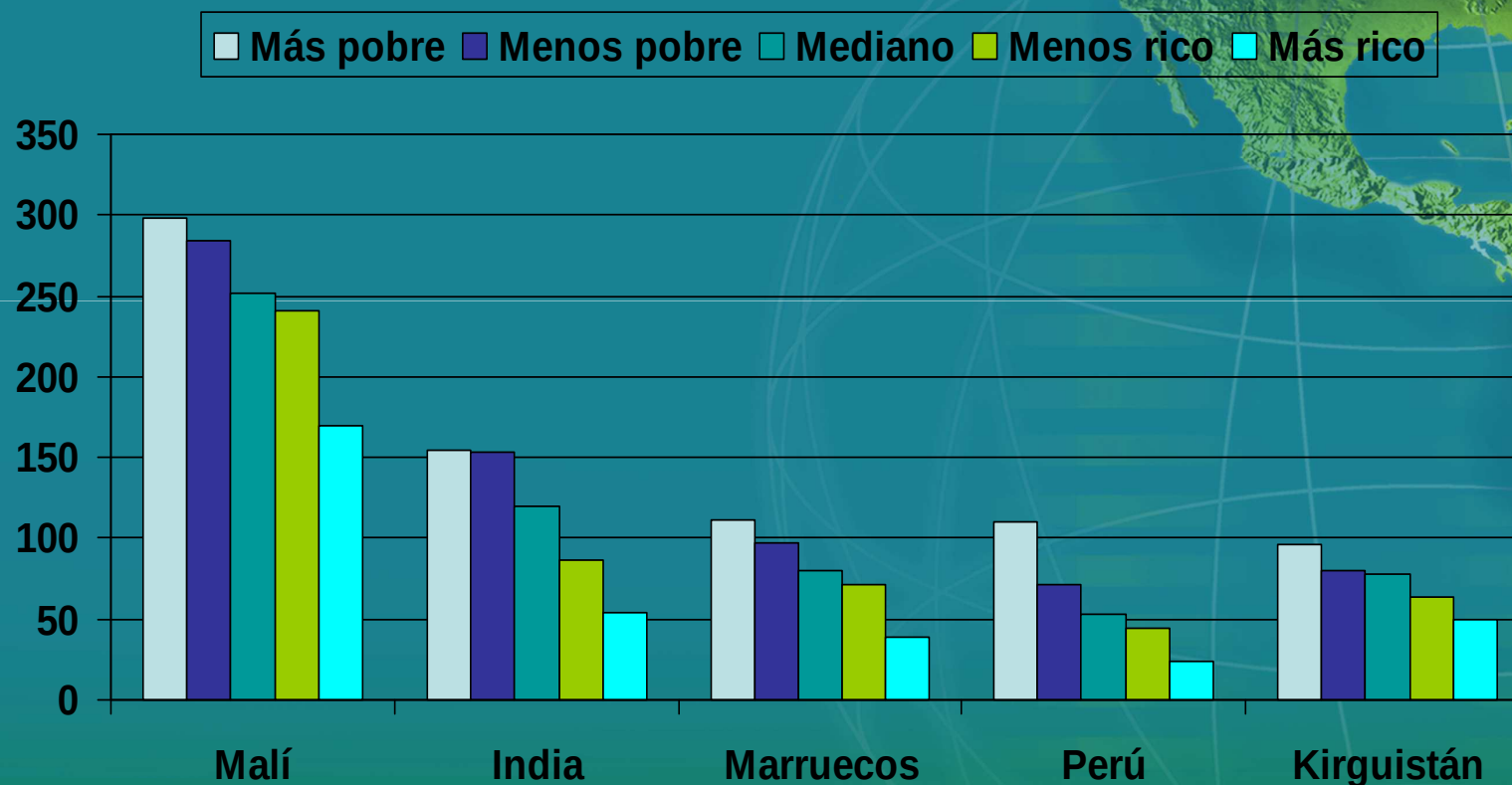
DSS segundo la CDSS de la OMS

“Cuando diferencias sistemáticas en salud son identificadas como evitables a través de políticas públicas, y sobre esto no se actúa, no hay como no decir que estas diferencias sean injustas. Esto es lo que llamamos iniquidad. Para la CDSS esto es una cuestión de justicia social. Por lo tanto, La INJUSTICIA SOCIAL ESTA MATANDO PERSONAS EN GRAND ESCALA” (CDDS, 2008).

“Esta acentuada iniquidad entre países e dentro de los países es causada pela distribución desigual del PODER, del ingreso, de los recursos y de los servicios” (CDSS, 2008).



Mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) por grupo social

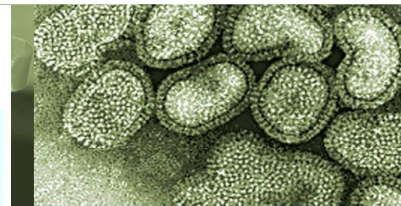


(Houweling et al, 2007)



Las recomendaciones y sus temas

- **1.- Equidad desde el comienzo de la vida**
 - **2.- Lugares y gentes saludables**
 - **3.- Empleo pleno y trabajo decente**
 - **4.- Protección social a lo largo de la vida**
 - **5.- Acceso universal al cuidado de la salud**
 - **6.- Equidad en salud en todas las políticas, sistemas y programas**
 - **7.- Financiamiento claro**
 - **8.- Mercado responsable**
 - **9.- Equidad de género**
 - **10.- Empoderamiento político y participación social**
 - **11.- Genuino gobierno global**
 - **12.- Monitorear, investigar y capacitar en los determinantes sociales de salud**
- 



Health Equity Through Intersectoral Action:

An Analysis of 18 Country Case Studies

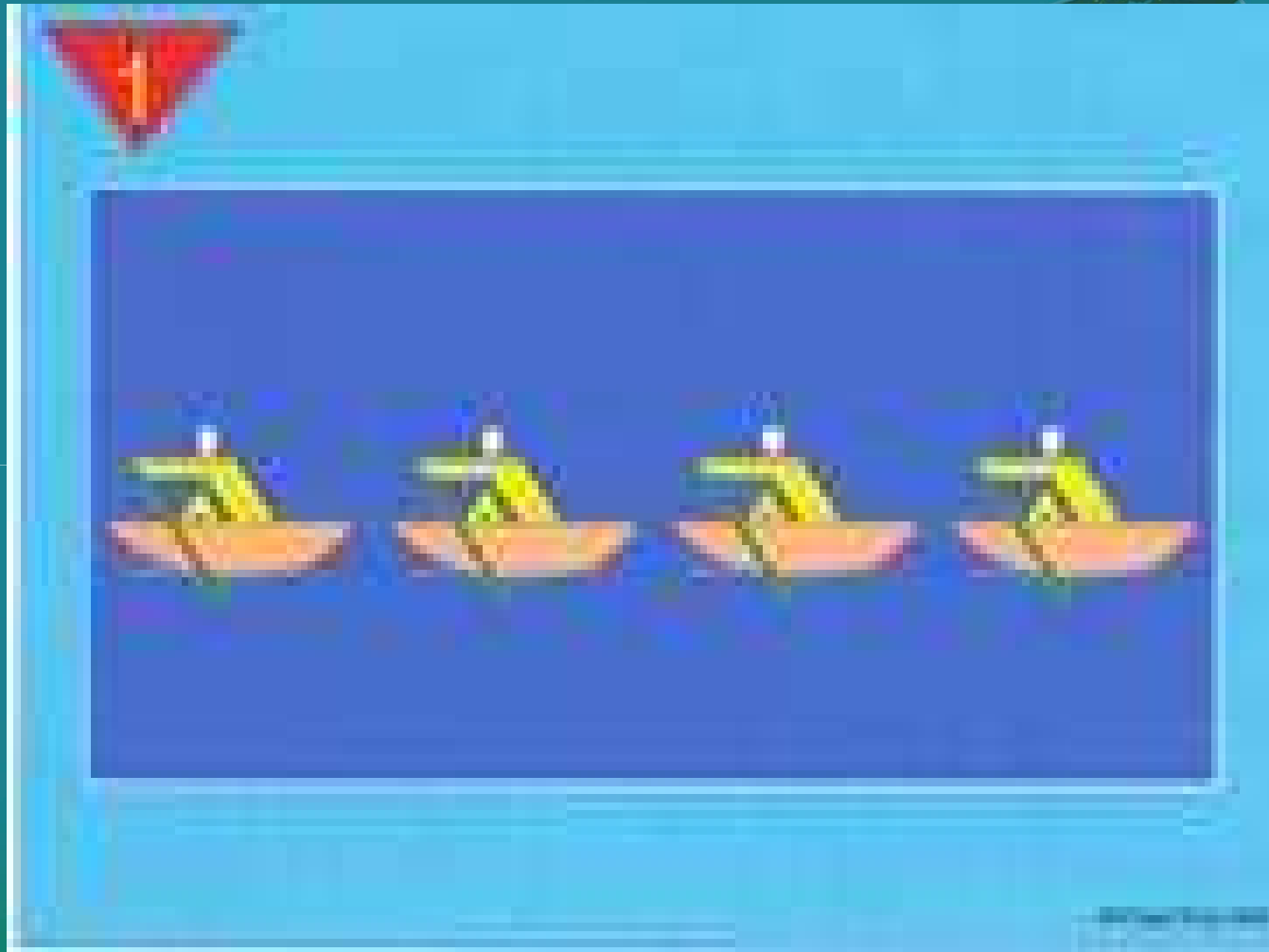


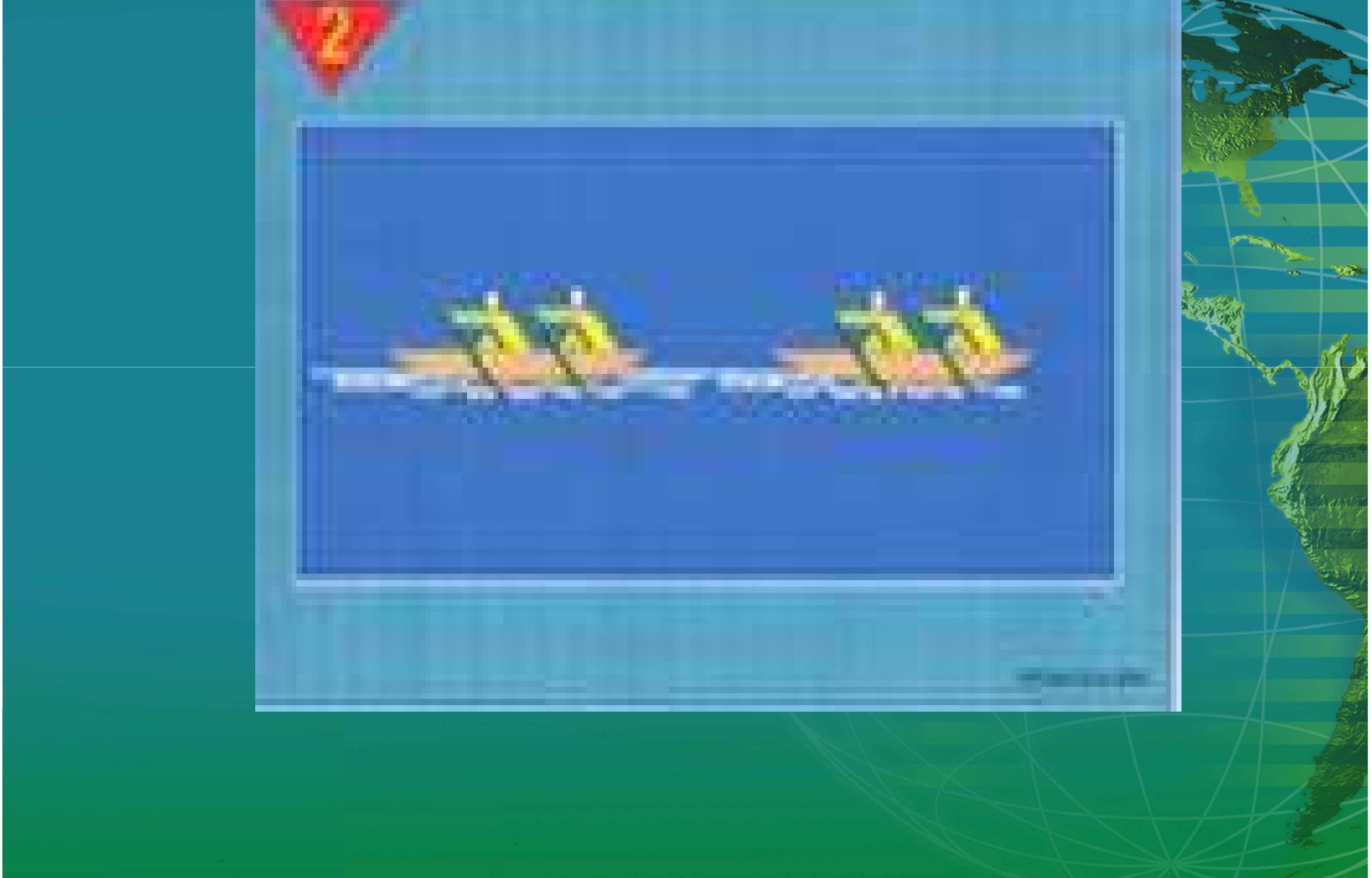
Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

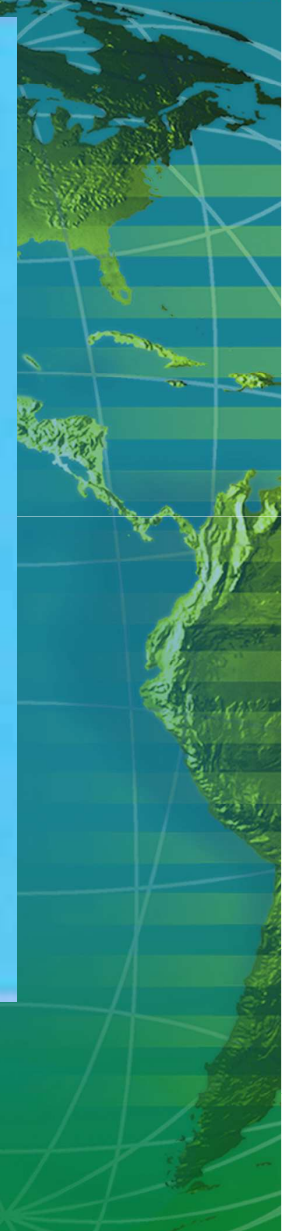


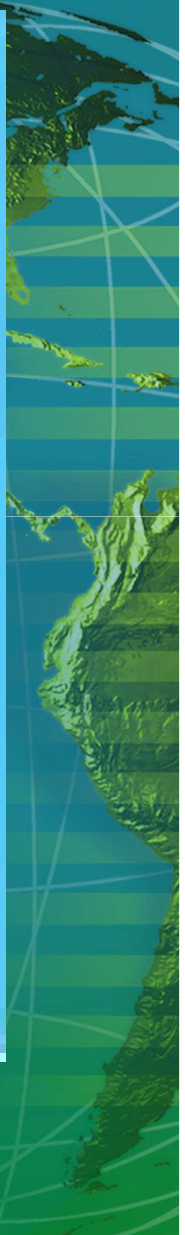
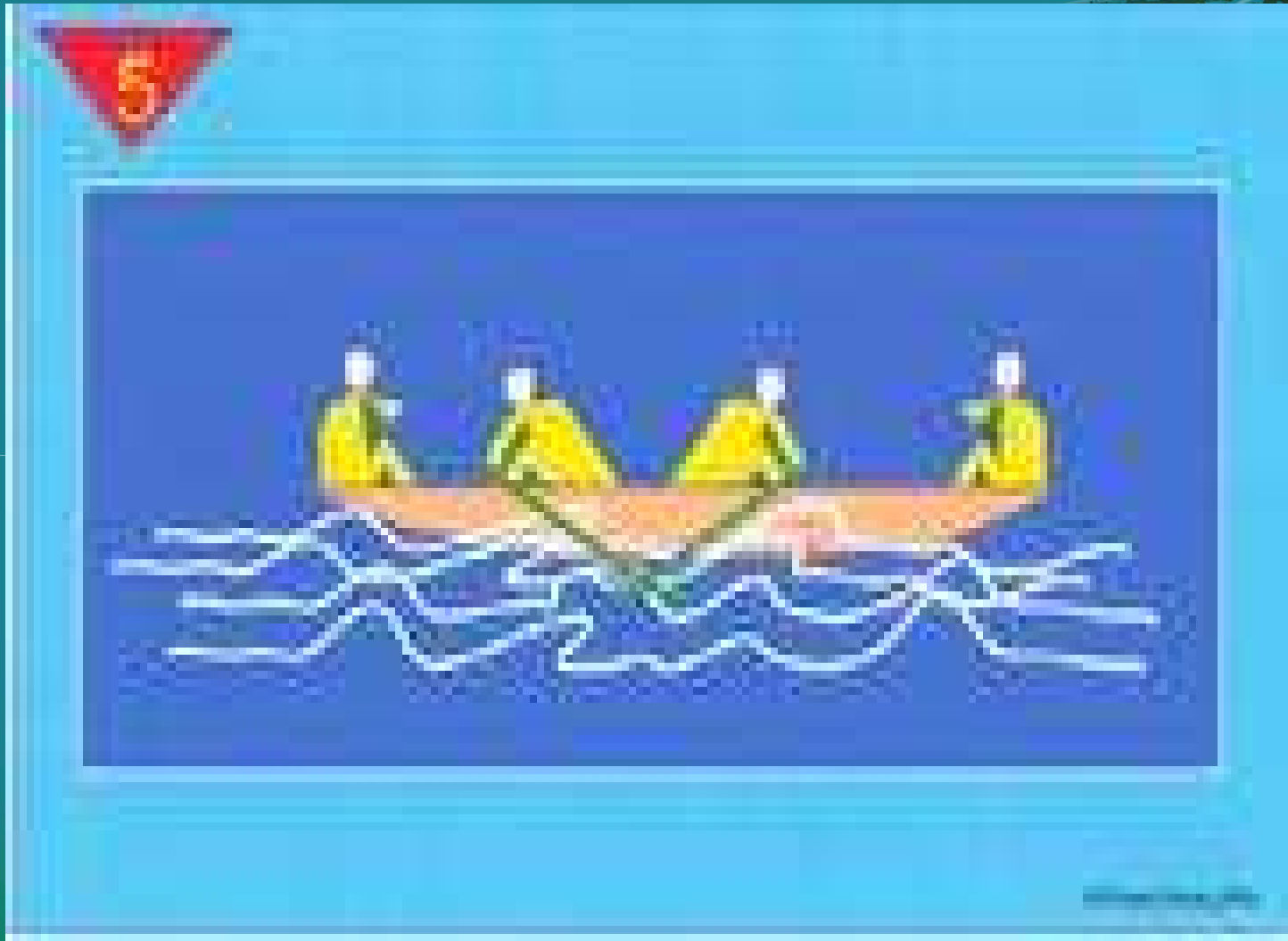
World Health
Organization













ESTA LÓGICA ESTA BIEN MARCADA EN LAS AGENDAS POLÍTICAS Y TÉCNICAS DE LA OPS

Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 que dentro de los 8 principios estratégicos incluye:

2. Abordar los determinantes de salud:

“La educación, el empleo, el ingreso; y otros factores sociales tiene un impacto directo en la salud. De esto se puede concluir, entonces, que los logros en salud no dependen exclusivamente de los esfuerzos de los servicios y del sector salud.”

4. Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades en salud en el interior de los mismos:

“Mismo se percibiendo mejoras importantes en los indicadores de salud en todos los países de la región, persisten grandes desigualdades entre los países e profundas inequidades en el interior de los mismos”.

TECNOLOGIA (Medicamentos y Propiedad Intelectual, el programa de Pueblos Originarios y Derechos Humanos)

SERVICIOS Y POLITICAS
(Protección Social y Políticas Públicas Intersectoriales: empleo, seguridad alimentaria, educación, salud, etc.)

CUIDADO (APS e Programas Prioritarios en Salud Pública)

VIGILANCIA (Enfermedades Transmisibles, Medición de Situación de Salud y de las Inequidades a nivel local/municipal)

DESARROLLO Y AMBIENTE
(Desarrollo Local, Promoción de la Salud, Intersectorialidad, Salud Urbana)

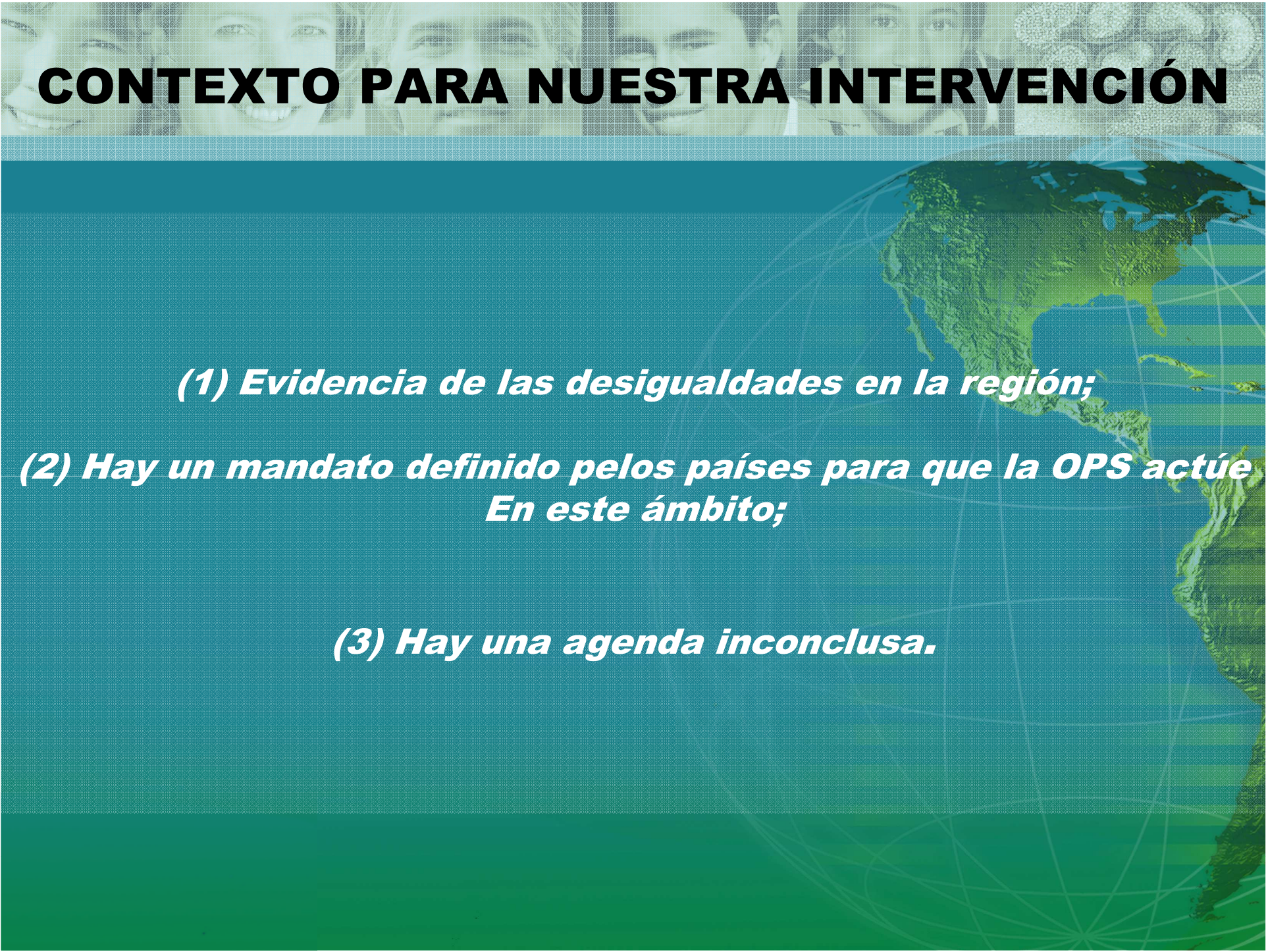
EN LA VIGENCIA DE LA INSTALACIÓN DE LA CDSS DE LA OMS, EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, MUCHOS PAÍSES DE LA REGIÓN SE COMPROMETERÁN POLÍTICAMENTE CON EL TEMA DE LOS DSS

1. Implementando comisiones o grupos de alto nivel para abogar los DSS en las políticas publicas.
2. Participando de las nueve Redes de Conocimiento convocadas por la CDSS.
3. Convocando consultas a la sociedad civil sobre los DSS.
4. Organizando procesos educativos basados en el enfoque de los DSS.
5. Comprometiendo recursos y tiempo de sus consultores para promover y abogar el enfoque de los DSS en los países.

En el ultimo mes de septiembre y ahora en octubre

Realizamos un conjunto de reuniones de trabajo y eventos con gestores de políticas publicas, sociedad civil, académicos y funcionarios de la OPS en Washington (48º Comité Directivo), Brasil, Argentina y Chile con la presencia del Dr. Michael Marmot, coordinador de la CDSS, que aparte de lanzar el Informe de la CDSS en la Región buscó recoger líneas estratégicas prioritarias para la cooperación técnica en la en la Región con base en las recomendaciones de la CDSS

En Quito, Ecuador, entre 22 y 24 de Octubre se realizó una Reunión Regional de DSS y Pueblos Originarios con la presencia de los Representantes de los Pueblos, Ministerios de Salud e equipos técnicos de la OPS



CONTEXTO PARA NUESTRA INTERVENCIÓN

(1) Evidencia de las desigualdades en la región;

***(2) Hay un mandato definido pelos países para que la OPS actúe
En este ámbito;***

(3) Hay una agenda inconclusa.

MATRIZ DE COOPERACIÓN TÉCNICA (EM BORRADOR)

Acciones Actores	Convergencia articulada de Agendas Estratégicas	Desarrollo de capacidades; diseminación/traducción de información en acciones concretas para audiencias específicas; investigación	Promover debate de las redes de conocimiento y abogacía del enfoque de DSS en las políticas públicas
Estados miembros			
Sociedad civil			
Academia			
Secretaría OPS/OMS			
Otras agencias de cooperación			



LAS PRÓXIMAS DIAPOSITIVAS HACEN HINCAPIÉ EN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE CADA UNO DE LOS 3 EJES ESTRATÉGICOS DE LA PROPUESTA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

- 
- **(1) Convergencia Articulada de Agendas Estratégicas;**
 - **(2) Fortalecimiento de capacidades;**
 - **(3) Promover el enfoque de DSS**



The World Health Report 2008 on PHC: The Four Sets of Reforms

UNIVERSAL COVERAGE REFORMS

to improve
health equity

SERVICE DELIVERY REFORMS

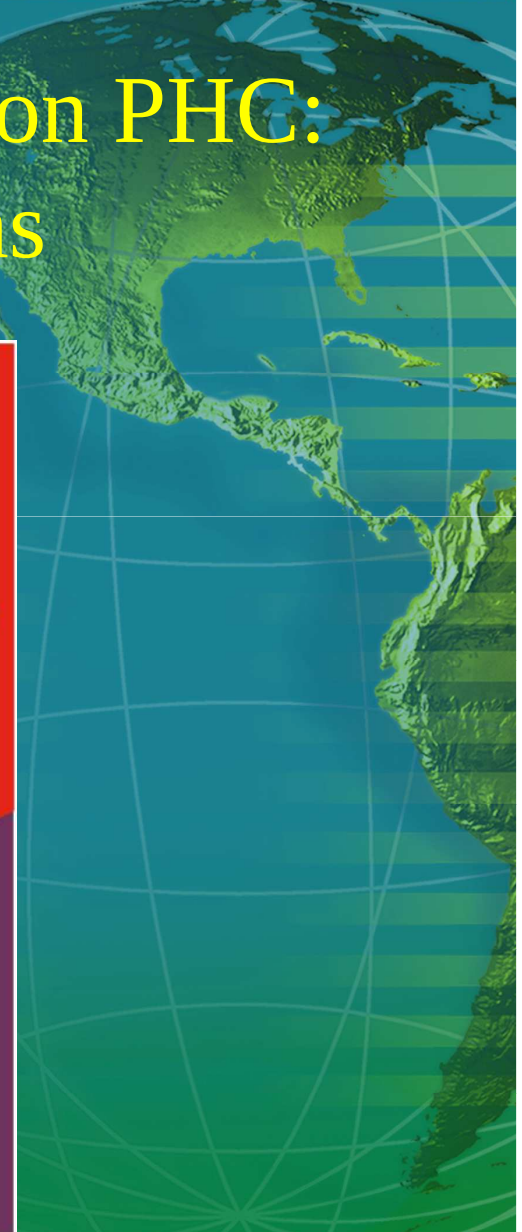
to make health systems
people-centred

LEADERSHIP REFORMS

to make health
authorities more
reliable

PUBLIC POLICY REFORMS

to promote and
protect the health of
communities



DISPOSITIVO GLOBAL DE APRENDIZAJE SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

GLOBAL LEARNING DEVICE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND PUBLIC POLICY FORMULATION

DISPOSITIVO GLORAL DE APRENDIZAGEM SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



DISPOSITIVO GLOBAL DE APRENDIZAJE SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS



English - Portuguese

BENVENIDA

QUE ESPERAMOS DE USTEDES

UNIDADES

REFERENCIAS

ENLACES

GLOSARIO

ANEXOS

AUTO EVALUACIÓN

MODULO INTRODUCTORIO

Introducción a los
Determinantes Sociales
de Salud (DSS) y
Estrategias Políticas
de Acción

¿Quiénes hicieron posible
este curso?

Propósitos del Módulo
Introdutorio (MI)

Audiencia básica

Objetivos Generales del
Módulo Introdutorio

Estructura del Módulo
Introdutorio

¿Quiénes hicieron posible este curso?

Organizado por Marco Akerman (Asesor Regional de Salud y Desarrollo Local – OPS/SDE – Área de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente – OPS Argentina) y Grislina Benini (Consultora por proyectos educativos en OPS) a partir de los aportes de Alicia Castillo (Red de Determinantes Sociales de la Salud, REDES) y Hernán Sandorai (CDSS OMS) como consultores temporarios del Proyecto y la colaboración de Rosa María Borrell (OPS/Área de Sistemas y Servicios de Salud). Revisaron las diferentes versiones del manuscrito Daniel Ernesto Albrecht Alba (OMS), Eugenio Raúl Montesinos Villar (OMS), Orielle Schar (Chile, Nísal Chile) y Marcelo Amable (Argentina). Importante reconocer a CETI – Centro de Traducción e Interpretación por la versión en Inglés; Diego Rendón y Juan Davello por el trabajo de ingeniería de sistema y Rosario Salinas por la revisión del texto en español.

Jeannette Vega (Mesa Chile), Paulo Buss (FIOCRUZ Brasil) y Luiz Augusto Cassanha Galvao (Gerente de SDE OPS) conceptualizaron el proyecto y dieron su apoyo a las reuniones preparatorias y a todo el proceso de elaboración del Módulo. Kumanan Ramanathan (OMS) coordinó la relación entre APS y DSS. Diego González (Asesor Regional de Toxicología OPS/SDE-Área de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente – OPS Brasil) con su larga experiencia sobre cursos de auto aprendizaje aportó importantes enfoques metodológicos. Andrés Venturino (OPS Argentina) concibió toda la estructura y diseño gráfico del Módulo.

Propósitos del Módulo Introdutorio (MI)

El Módulo Introdutorio se propone sensibilizar y ampliar las bases de reflexión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), con el propósito de disminuir las inequidades en salud, impulsar la transformación de la agenda política y contribuir al mejor ejercicio de la justicia social y los derechos humanos. Con esta actitud se espera generar una visión crítica sobre los determinantes sociales de salud facilitando la difusión del enfoque y la comprensión de las claves de intervención y teniendo como base el material científico ya validado sobre DSS, políticas públicas basadas en el enfoque de los DSS, así como en los productos de la Comisión de DSS, establecida por la OMS en 2005: (1) su Informe Final de Recomendaciones, lanzado el 28 de agosto de 2008, y (2) los Reportes de sus nueve Redes de Conocimiento.



[http://dds-
dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/](http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/)

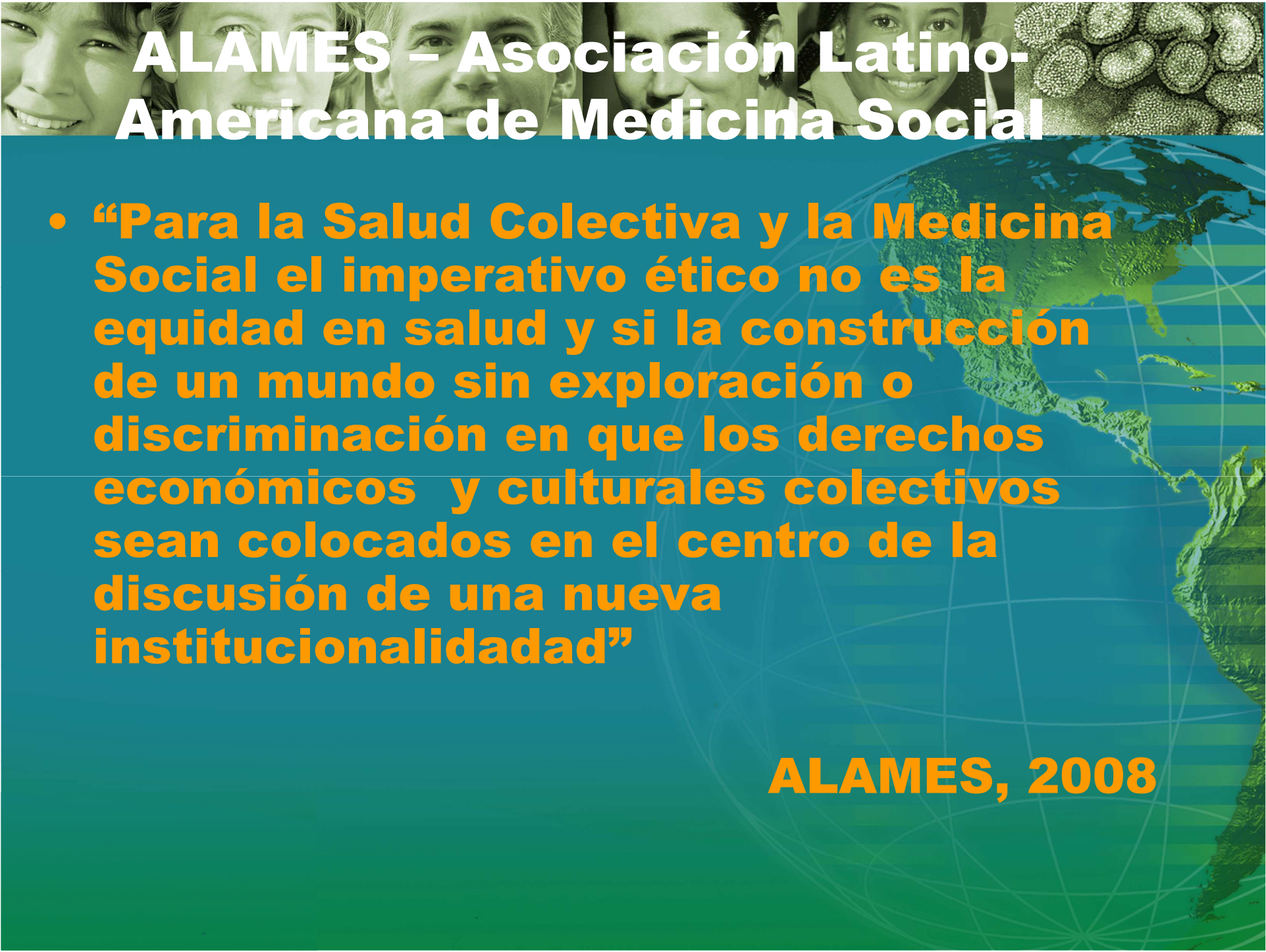
No Google: OPS Dispositivo Global











ALAMES – Asociación Latino-Americana de Medicina Social

- **“Para la Salud Colectiva y la Medicina Social el imperativo ético no es la equidad en salud y si la construcción de un mundo sin exploración o discriminación en que los derechos económicos y culturales colectivos sean colocados en el centro de la discusión de una nueva institucionalidad”**

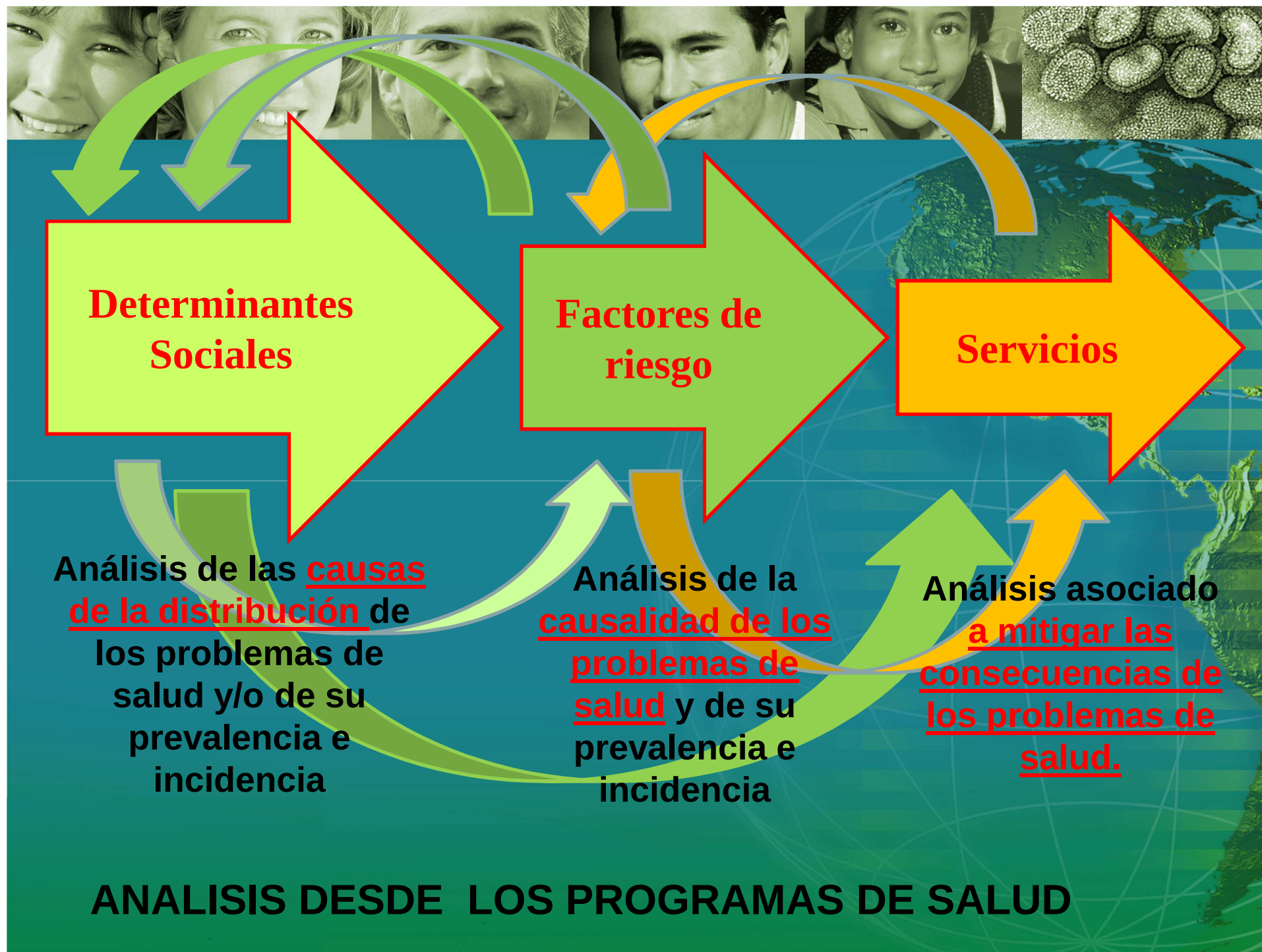
ALAMES, 2008

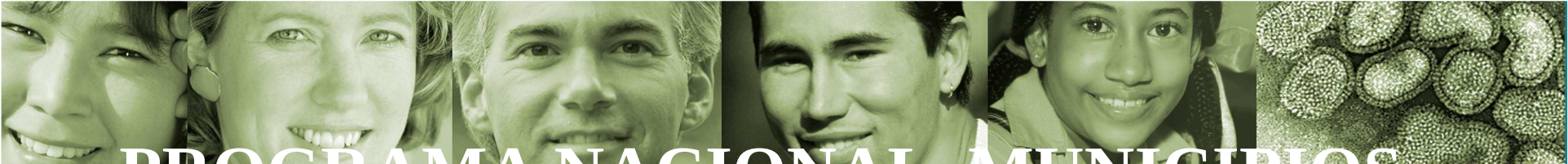


GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Integración del Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en los Programas de Salud Pública

**Dra. Orielle Solar H.
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud Chile
26,27 y 28 de Noviembre 2008**





PROGRAMA NACIONAL MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

PLAN ESTRATÉGICO 2008 - 2011

SUBSECRETARIA DE RELACIONES SANITARIAS E INVESTIGACION.
Secretaria de DSS y Relaciones Sanitarias



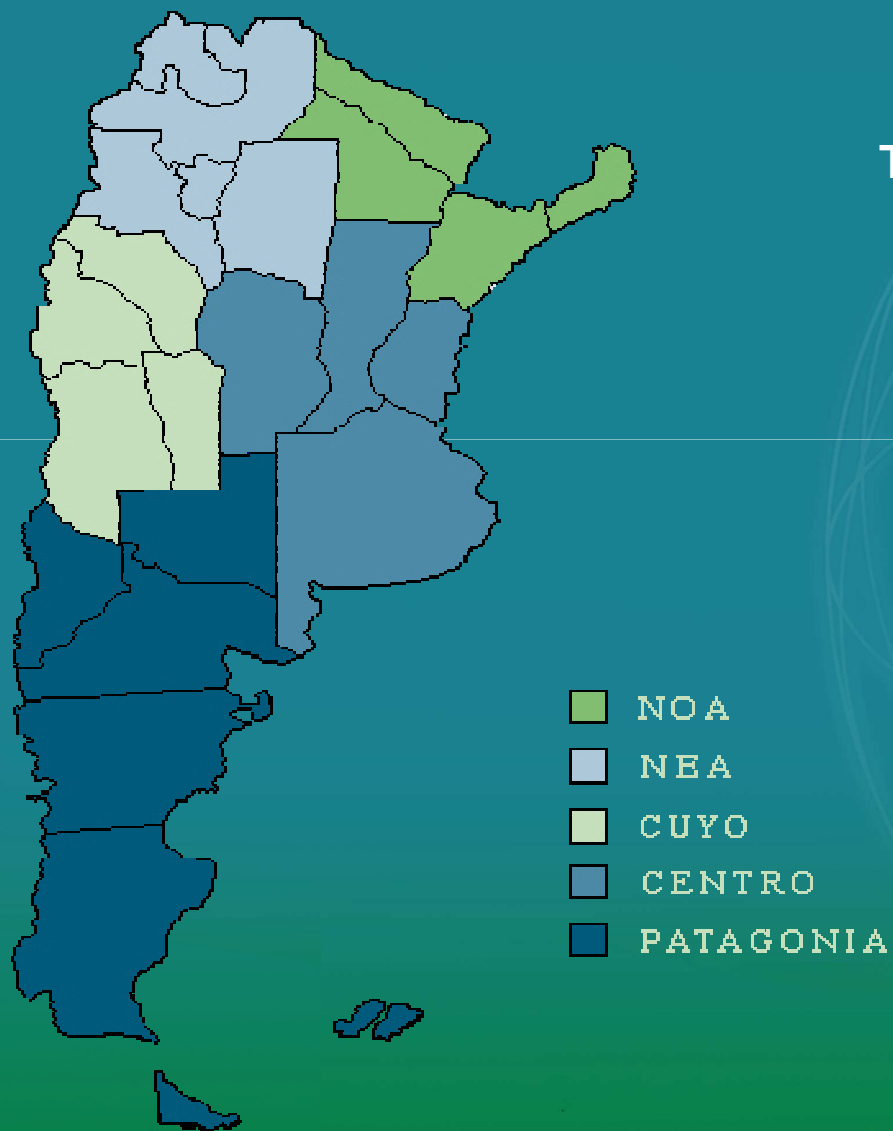
Red Argentina
de Municipios y
Comunidades
Saludables



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

PRIMERA ETAPA: 2003-2007

RED ARGENTINA DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES



TOTAL MUNICIPIOS PAIS = 2171

**477 MUNICIPIOS Y COMUNAS
MIEMBROS**

149 TITULARES

328 ADHERENTES

SEGUNDA ETAPA : PLAN ESTRATEGICO 2008-2011

PROGRAMA NACIONAL MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Diseñar el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

Fortalecer el rol de la Provincia: Convenio Marco

EJES ESTRATÉGICOS

Mejorar la capacidad institucional de los Municipios:
Acuerdos Territoriales

Abordar integralmente los determinantes de la salud.

Implementar una estrategia de acreditación / certificación.



Países más involucrados con el tema en el mundo

Expressions of interest	Discussing collaboration	In process of formalizing collaboration
India	Kyrgyzstan	Brazil
Mozambique	China	Canada
Peru		Chile
Algeria		England
		Iran
		Kenya
		Sweden

INTERCONTINENTAL PRESS

SE A VIDA É UM JOGO, POR QUE NUNCA
CHEGA A MINHA VEZ DE
JOGAR?

E-mail: frankandernest.com
©2000 Thaves / Dist. by NEA, Inc.
www.frankandernest.com

11-2
THAVES









gracias

