

El Papel de los Institutos Nacionales de Salud en la Investigación de Salud y Monitoreo de la Determinación Social de la Salud

07 – 09 de mayo de 2014.

INFORME FINAL

1. ANTECEDENTES

La realización del Seminario- Taller “El Papel de los Institutos Nacionales de Salud en la Investigación de Salud y Monitoreo de la Determinación Social de la Salud” responde al mandato establecido por las Redes de Institutos Nacionales de Salud/Salud Pública de la Unión de Naciones Suramericanas (RINS/UNASUR) y de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (RINSP/CPLP) durante sus respectivas reuniones ordinarias, ambas realizadas en 2013.

La importancia de esta temática es incuestionable, por todas las evidencias existentes en cuanto a las profundas influencias que tiene sobre la salud la estructura de producción, incluyendo los procesos sociales, económicos y ambientales. Les cabe, por lo tanto, a los Institutos Nacionales de Salud/ Salud Pública- INS/INSP, en su carácter de instituciones estructurantes de los sistemas de salud, dar su contribución para la elucidación de este proceso y elaborar proposiciones para su enfrentamiento.

La actuación de los INS/INSP de ambas redes en esta temática es muy variada y, en la mayoría de los casos, bastante embrionaria pudiendo ir desde la responsabilización por la organización e implementación de Observatorios Nacionales de Salud, que incluyen los determinantes sociales y el monitoreo de las inequidades en salud, hasta la realización de investigaciones puntuales, pasando por los observatorios específicos de inequidades en salud.

Esta inserción de los INS en la investigación y monitoreo de la determinación social de la salud depende, en su mayor parte, del respectivo grado de estructuración particularmente en las competencias humanas disponibles, pero también del papel relativo que tienen los INS en relación a otras unidades de los niveles centrales de los respectivos Ministerios de Salud.

2. LOCAL

Palacio Itaboraí, sede del Fórum Itaboraí: Política, Ciencia y Cultura en la Salud, Programa Especial de la Presidencia de la Fiocruz. Petrópolis, Rio de Janeiro.

3. OBJETIVO

Desarrollar una propuesta conjunta de los Institutos Nacionales de Salud y organismos congéneres de la UNASUR y de la CPLP para el establecimiento y la implementación de proyectos generadores de evidencia sobre la determinación social de las inequidades en salud.

4. PROGRAMA

Miércoles 7 de mayo

09:00 – 09:40 - Apertura



- Paulo Buss, Presidencia da Fiocruz
- Manuel Lapão, Director de Cooperación de la CPLP
- Henri Jouval, Coordinador Técnico, ISAGS/UNASUR
- Felix Rosenberg, Secretario, RINS/UNASUR y RINSP/CPLP

09:40 – 10:20 – Sesión 1 – Introducción al Evento

- Antecedentes y Objetivos del Seminario. Felix Rosenberg, Secretario, RINS/UNASUR e RINSP/CPLP
- Propuesta y Acciones en DSS e inequidades en Salud en UNASUR. Alessandra Ninis. ISAGS / UNASUR

10:20 – 10:40 – Intervalo para café

10:40 – 13:00 – Sesión 2 – Marco Conceptual

- Determinantes sociales e inequidades en salud - Desafíos para los Institutos Nacionales de Salud de la CPLP y UNASUR. Paulo Buss (CRIS/Fiocruz)
- Clases sociales y desigualdades de salud en el Brasil: Un marco conceptual. José Alcides Figueiredo (UFJF)

13:00 – 14:00 – Intervalo para Almuerzo

14:00 – 16:00 – Sesión 3 – Función de Monitoreo de los DSS y de las Inequidades en Salud

- Portal y observatorio de inequidades en salud en el Brasil: La experiencia de la FIOCRUZ (INS Brasil). A. Pellegrini, CEPI/ENSP/Fiocruz
- Informe de las Inequidades en Salud en Europa – M. Marmot (por video)

16:00 – 16:20 – Intervalo para Café

16:20 – 18:00 – Sesión 3 – Continuación

- Observatorio Nacional de Salud de Colombia: Carlos Castañeda (INS Colombia)
- Construyendo un Sistema de Vigilancia de las Desigualdades en Salud. Alejandra Toledo, Ministerio de Salud Pública del Uruguay
- Debates: Presentación de Países

19:30 Cena de Confraternización, ofrecido por la Fiocruz

Jueves, 8 de mayo



08:30 – 10:30 – Sesión 4 – Investigación de campo sobre determinación social de la salud: Posibilidades y Casos

- Desafíos para la respuesta internacional para igualdad en salud global para 2020. Juan Garay (UE/México – Univ. Berkeley)
- La epidemiología crítica de la basura en el Ecuador. Fernanda Soliz (UASB, Ecuador)
- La Salud de los Trabajadores Mineros en África Austral. Barry Kistnasamy (NIOH, Sudáfrica).

10:30 – 10:50 – Intervalo para café

10:50 – 13:00 – Sesión 4 – Continuación

- Una nueva aproximación para la investigación de los DSS en la frontera entre Argentina y Brasil. Daniel Salomón (INMeT, Argentina)
- Cuotas verticales y salud en una comunidad de Petrópolis, Rio de Janeiro. Daniel Miranda (PIT/Fiocruz, Brasil)
- Inequidades en Salud. El papel del INS-Perú en la investigación y divulgación. Cesar Cabezas (INS, Perú)
- Debates. Presentaciones de los países.

13:00 – 14:00 – Intervalo para Almuerzo

14:00 – 18:00 – Grupos de Trabajo, con Guías de Discusión

GRUPO 1: Proceso de institucionalización para el monitoreo y evaluación continua de los datos sobre inequidades en salud en el ámbito de los INS

GRUPO 2: Proceso de institucionalización para la elaboración e implementación de protocolos de investigación de campo sobre las relaciones entre los determinantes sociales, económicos y ambientales e indicadores de salud

18:20 – 19:00 – Presentación de la Orquesta de Cámara del Palacio Itaboraí (OCPIT)

Viernes, 09 de mayo

08:30 – 10:30 – Sesión 5 – Presentaciones de los Trabajo de Grupo y Debates

10:30 – 10:50 – Intervalo para café

10:50 – 13:00 – Alternativas estratégicas para la implementación de las propuestas y para el fortalecimiento del monitoreo y la investigación sobre la determinación social y las inequidades en salud en los Institutos en el ámbito de la RINS / UNASUR e RINSP / CPLP. Debate plenario.

13:00 – 13:30 – Mesa de Cierre.



- Paulo Buss, en representación de Paulo Gadelha, Presidente da Fiocruz
- Lesley Resida, Presidencia Pro- Tempore da UNASUR – Salud
- Manuel Lapão, Director de Cooperación – CPLP
- Felix Rosenberg, Secretario, RINS/UNASUR e RINSP/CPLP

13:30 – Almuerzo

5. PARTICIPANTES

Participaron directores o representantes de los Institutos Nacionales de Salud o equivalentes de los siguientes países:

CPLP:

- Angola (INS)
- Brasil (Fiocruz)
- Guinea-Bissau (INASA)
- São Tomé e Príncipe (Comisión Instaladora del INS)

UNASUR:

- Argentina (INMET)
- Bolivia (INLASA)
- Brasil (Fiocruz)
- Colombia (INS)
- Peru (INS)
- Surinam (Dirección Nacional de Salud)
- Uruguay (Sistema Nacional Integrado de Salud)

Otros Países / Instituciones:

- Sud África (Instituto Nacional de Salud Ocupacional)
- Brasil (UFJF)
- El Salvador (INS)
- Ecuador (UASB)

6. RESUMEN DE LAS PRESENTACIONES / DEBATES

MESA DE ABERTURA

El **Dr. Jouval** presentó el contexto de surgimiento de la UNASUR y del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud – ISAGS, destacando particularmente su programa de acción basado en las estructuras constituidas de la UNASUR – Salud, y sus grupos técnicos, así como las redes estructurantes. En este sentido, se hizo énfasis en la necesidad de la integración de las áreas temáticas comunes, con el fin de evitar la fragmentación de las instituciones en programas verticales y paralelos. Se hizo referencia, en particular, a la necesidad del trabajo integrado entre el GT de Promoción y Determinantes de la Salud con las acciones que, en ese campo, son desarrolladas por los INS.

El **Dr. Lapão** presentó los antecedentes de la constitución de la CPLP y sus vectores de actuación, basados en:

- **Concertación político-diplomática** entre sus Estados-miembros, reforzando la presencia de la CPLP en el escenario internacional.



- **Cooperación** en todos los dominios, inclusive los de la Educación, Salud, Ciencia y Tecnología, Defensa, Agricultura, Administración Pública, Comunicaciones, Justicia, Seguridad Pública, Cultura, Deporte y Comunicación Social;
- Materialización de proyectos de **promoción y difusión de la Lengua Portuguesa** a través del Instituto Internacional de la Lengua Portuguesa;
- Potenciación del Desarrollo de las relaciones económicas y empresariales entre los Estados -miembros.

En este sentido, fue mostrada la estructura de funcionamiento de la CPLP y su estrategia de cooperación para el desarrollo, incluyendo el Plan Estratégico de Cooperación en Salud (PECS-CPLP), considerado un modelo de trabajo para todos los otros sectores de la cooperación en el ámbito de la Comunidad. Se destacó que ya se ha dado un gran paso en las sinergias entre la RINS/UNASURL y la RINS/CPLP, incluyendo, previo a este Seminario Conjunto, una visita de prospección y “benchmarking” de las Comisiones instaladoras de los INS de Cabo Verde y de Santo Tomé y Príncipe al Instituto Nacional de Salud de Perú y a la FIOCRUZ.

El **Dr. Buss** explicó la naturaleza del Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la FIOCRUZ (CRIS/Fiocruz), recientemente designado como Centro Colaborador de la OPS/OMS en salud global y cooperación Sur-Sur. Destacó, también, que los INS, como órganos estratégicos de Ciencia y Tecnología en Salud son instituciones estructurantes de los Sistemas Nacionales de Salud, teniendo, en general, un carácter más permanente frente a las autoridades sanitarias, que acostumbran cambiar con mayor frecuencia. En este sentido, a pesar de haberse estructurado en la mayoría de los casos a partir de los laboratorios centrales de salud pública en la época pasteuriana, actualmente los INS asumen un alcance mucho mayor, tornándose de mayor importancia para generar evidencia en el campo de la determinación social de las desigualdades en salud

SESION 1 – INTRODUCTORIA

Felix Rosenberg, Secretario de las redes de Institutos Nacionales de Salud de la UNASUR y de la CPLP, explicó los antecedentes de ambas redes que llevaron a la organización y realización del seminario. Este se encuadra en el movimiento iniciado desde su propia creación, que tiene como uno de los objetivos ampliar el alcance de intereses, estructuración y actuación de los institutos para tornarlos verdaderas agencias estratégicas sectoriales. En este sentido, el campo del monitoreo, evaluación e investigación de la determinación social y de las inequidades en salud se ha constituido en el principal y más amplio enfoque disciplinar aplicable a la vigilancia epidemiológica laboratorial y de campo, a los estudios epidemiológicos, a la investigación y capacitación profesional.

Seguidamente, **Alessandra Ninis**, del ISAGS, relató las acciones del Grupo Técnico de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la UNASUR, destacando, en particular, las acciones que en ese ámbito son realizadas por el ISAGS.

SESION 2 – MARCO CONCEPTUAL

En el primer bloque del marco conceptual, el **Dr. Buss** presentó la genealogía de la determinación social en salud, afirmando que las inequidades y desigualdades en salud se generan en el proceso de desarrollo del capitalismo. Las desigualdades e inequidades del modo de producción y consumo capitalista son “las causas de las causas de las causas”. En las crisis del capitalismo se acentúan las desigualdades y la exclusión con un efecto eco agresivo sobre el ambiente físico y social. Afirmó que “... sin reducciones significativas en las desigualdades económicas y sociales, será imposible disminuir inequidades sanitarias y mejorar la salud”... “El abordaje de los DSS depende fundamentalmente de políticas públicas y acciones intersectoriales”.



CPLP



La dimensión global de la determinación social de la salud resulta clave para la Agenda de Desarrollo Post 2015. “...no habrá salud ni sistemas de salud sin cambios en las políticas económicas, sociales, y ambientales tanto globales como a nivel nacional”. No habrá sectores sociales y de salud democráticos, públicos, universales, equitativos y de calidad sin una sociedad civil políticamente organizada. En este sentido, es necesaria...“la ampliación de la conciencia popular y de la deflagración de las luchas por los derechos sociales fundamentales y la equidad en todas las políticas...una lucha por una Agenda de Desarrollo Global y a nivel nacional, con prioridades en la equidad e inclusión social, ambientalmente sostenible, con intensa participación del sector salud, sus instituciones y sus profesionales”.

Finalmente el Dr Buss comentó sobre las intervenciones sobre los DSS y sus bases estratégicas, haciendo énfasis en el papel de los Institutos Nacionales de Salud en la generación de evidencias y traducción de las mismas a las políticas en pro de la equidad social y sanitaria, en los niveles nacionales y globales; en la formación de recursos humanos capaces de intervenir técnica y políticamente en el proceso, en la defensa de sistemas de salud universales, equitativos, integrales y de calidad; en el monitoreo político-técnico, influyendo así en la definición de la Agenda de Desarrollo Post-2015 con el enfoque de la determinación social de la salud.

En la segunda parte de la Sesión Conceptual, el Profesor **José Alcides Figueiredo** presentó el marco conceptual de la Investigación “Clases Sociales y Desigualdades de Salud en el Brasil”, basada en una tipología de clases sociales que se sustenta en la posición ocupacional y de empleo de las familias. Esa categoría sintetiza, de alguna forma, los tres principales recursos que caracterizan las clases sociales en el capitalismo del siglo XXI: el dominio de activos; la posición de poder, y el nivel de información/conocimiento. El Dr. Figueiredo señaló que las relaciones de propiedad y de poder generan desigualdades estructuradas y apoyadas por el control asimétrico sobre los recursos referidos.

El Trabajo, estructurado sobre datos obtenidos a partir de una Investigación Domiciliaria del IBGE-PNAD demuestran que las tradicionales categorías utilizadas en el ámbito de los Estudios de Determinantes Sociales de la Salud- DSS, tales como la educación y el ingreso, no explican plenamente las condiciones de salud, cuando son evaluadas según la auto percepción de los entrevistados y comparadas con la posición de empleo según las categorías propuestas. Se concluye que las tipologías de posición de empleo, ampliamente disponibles y comparables, que están basadas en categorías universalmente aceptadas por la OIT, constituyen excelentes variables para estudio de indicadores de DSS, aplicables por los Institutos Nacionales de Salud, tanto a los Observatorios Nacionales de Salud, como a las investigaciones específicas

SESION 3 – FUNCION DE MONITOREO DE LOS DSS Y DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

Fueron presentadas tres experiencias concretas vinculadas a los Institutos Nacionales de Salud u organismos congéneres.

El **Dr. Alberto Pellegrini** del CEPI/FIOCRUZ presentó los antecedentes de la Comisión de Determinantes en la Experiencia de Brasil, incluyendo la creación del propio Centro: el Observatorio de Inequidades en Salud de Brasil, en el ámbito de la Escuela Nacional de Salud Pública de la FIOCRUZ. Explicó que los estudios sobre DSS pueden ser clasificados como de primera generación – aquellos que trabajan sobre pobreza y salud –, los de segunda generación, que establecen un gradiente de salud según estratificación socioeconómica y los de tercera generación, que establecen mecanismos de como las desigualdades socioeconómicas afectan a la salud de la población.



A continuación, fue exhibido un video especialmente producido para el seminario por el **Prof. Michael Marmot**, denominado "Inequidades en Salud en Europa: Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud". El trabajo relata acciones desarrolladas a pedido de la Unión Europea y la OMS destinadas a mejorar la salud promedio de la población europea y a reducir las inequidades en salud al interior de la Región. A partir de un sólido marco conceptual que, incluso, rechaza el entendimiento de las actuales restricciones financieras como una barrera para alcanzar una mayor equidad en salud, el Prof. Marmot presenta las más diversas evidencias sobre tales inequidades, asociadas a gradientes de renta, educación y privaciones materiales. En la última parte de su presentación, compara las inequidades en salud em los países europeos con las respectivas políticas establecidas por los Gobiernos, tanto em el ámbito sectorial de la salud como fuera de él, dando especial énfasis al financiamiento de la protección social y a las condiciones de empleo y ocupación. En ese sentido, se hace una clara distinción entre los conceptos de Salud; Asistencia a la Salud; y Gastos en Salud, para finalizar destacando la relación directa entre las inequidades en salud y las estrategias políticas para combatirlas, tanto en el nivel nacional como local. "La salud es un derecho humano", finaliza la presentación.

En la presentación del **Dr. Carlos Castañeda**, fueron resumidos los antecedentes de la creación del Observatorio Nacional de Salud en el Instituto Nacional de Salud de Colombia, sus objetivos y funciones, la plataforma estratégica, su contribución a la gestión del conocimiento, la estructura y organigrama del ONS. El Observatorios trabaja prioritariamente en la carga de enfermedad y en la determinación social de la salud, analizando las desigualdades sociales y de salud en el país. En referencia a la conceptualización de Determinantes versus Determinación Social de la Salud, señaló que se trata de un debate epistemológico actual. Alertó, en este sentido, que los determinantes pueden ser visto con un enfoque reduccionista que convierte los procesos estructurales en simples factores de riesgo.

Alejandra Toledo, de Uruguay presentó una experiencia que se viene desarrollando desde el Ministerio de Salud Pública con el propósito de avanzar en una política de salud pública orientada a la equidad y a la acción sobre los DSS, por medio de la producción de información, apoyando la reorientación de los programas de salud pública para la reducción de las inequidades, para fortalecer la gobernanza y el abordaje intersectorial de las inequidades en salud. Las informaciones del Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud de Uruguay estratifican los indicadores a partir de género, etnia, raza, clase social y territorio.

Para complementar la sesión, el **Dr. Juan Garay** habló sobre "*Modelos de Estimación, Vigilancia y Acción, basados en la equidad ética de la salud*". Identificó en este sentido, siete premisas básicas: La necesidad de partir de una definición holística de salud; hacer operativo el derecho universal a la salud; considerar principios-guía de las políticas y estrategias de salud; considerar las causas raíces de la salud y sus efectos; la vigilancia de la inequidad en salud; la relación de la equidad en salud con la equidad económica; y los aspectos operativos del sistema de salud basados en la equidad.

Después de recordar la Constitución de la OMS, mencionó que se puede identificar una dimensión individual y otra colectiva del concepto de salud, lo que permite considerar nuevos indicadores de salud. A nivel individual implica incorporar a los tradicionales como los años de vida saludables, dimensiones psíquicas y sociales (como el índice de felicidad). En el nivel colectivo, implica medir el acúmulo actual de desigualdades de recursos y el impacto en generaciones próximas, evitando la eco-degradación de la naturaleza y del suelo. Un índice consolidado como el referido permitiría dar cuenta del efectivo goce de la salud, tanto individual como colectiva. También mencionó el compromiso con el derecho universal a la salud, establecido en la Carta Fundamental de los Derechos Humanos en su artículo 25. Como Acuerdo vinculante, el Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales reafirma este derecho y reconoce a los Estados como garante del mismo.



En este sentido, el referido Tratado no ha sido ratificado por los países y apenas 13 Estados ha suscripto el referido protocolo opcional.

Luego de referirse a los concepto, críticas y modalidades actuales de salud global, el Dr. Garay reflexionó sobre son las causas de las inequidades en salud y las estrategias para su reducción incorporando la dimensión internacional en su consideración. Concluyendo en la identificación de estrategias orientadas para la equidad global en salud, señaló la necesidad de una gobernanza democrática de la salud basada en un Marco Internacional vinculante de la salud como derecho garantido por el Estado, incluyendo responsabilidades internacionales y sistemas globales y nacionales de vigilancia de las inequidades. En este sentido, debe ser considerada la equidad fiscal global y nacional que limite las desigualdades injustas; las inversiones nacionales e internacionales en bienes públicos globales para garantizar el progreso y la equidad; sistemas socio económicos basados en un uso eficiente y sustentable de los recursos naturales para garantizar la equidad intergeneracional; y finalmente sistemas de salud orientados por la equidad de los servicios y políticas sociales.

SESION 4 - INVESTIGACIÓN DE CAMPO SOBRE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: POSIBILIDADES Y CASOS

Fernanda SOLIZ, de la UASB, Ecuador, presentó su investigación sobre "*Epidemiología Crítica de la Basura en Ecuador*". Partiendo de un marco teórico conceptual muy estructurado, la instrumentalización de conceptos como clase social, la determinación social y la posibilidad de enfermar resultan de suma utilidad para el desarrollo de estudios e investigaciones de campo. Resaltó el territorio como espacio social donde las desigualdades pueden ser medidas. Insistió en que la discusión entre los conceptos de determinación social versus determinantes sociales no resulta menor desde el punto de vista metodológico, ya que ambas parten de paradigmas diferentes. La basura es consecuencia de un modelo de desarrollo y consumo que no es compatible con la vida y la salud. La salud es presentada desde una mirada de la complejidad del dominio general (sociedad); particular (grupos sociales, clases, género y etnia) y singular (estilos de vida). Entre estos tres dominios existe una relación dialéctica que afecta el proceso de salud-enfermedad. Después de la explicación de la metodología utilizada fueron presentados los resultados del gradiente de patologías acompañando, de forma inversa, el gradiente territorial de la localización de las familiar desde el centro urbano generador de la basura hasta la periferia donde son depositados los residuos (basureros a cielo abierto) dando especial énfasis al complejo cuadro patológico en los trabajadores buscadores de basura y sus familias.

El **Dr. Cesar Cabezas**, del INS de Perú, hizo una presentación del papel del Instituto Nacional de Salud Pública del Perú en la generación de evidencias científicas, desde un abordaje más tradicional, esto es, demostrando de qué forma investigaciones puntuales sobre diversos temas prioritarios han influenciado en políticas específicas de salud en el país. También presentó observaciones sobre la presumible responsabilidad de la cultura de la caña de azúcar en la ocurrencia y posible diseminación del reciente brote de peste bubónica en el país.

El **Dr. Barry Kistnasamy**, de Sudáfrica, hizo un análisis sobre la salud de los trabajadores y ex trabajadores mineros en países de África Austral. La minería representa la principal actividad vinculada al modelo de crecimiento económico de muchos de los países de ese continente. En su presentación analizó los mercados de trabajo, la cantidad de personas que emplea el sector minero, las características de la población migrante, la falta de protección social de los trabajadores mineros y el cuadro de enfermedades prevalecientes en esta población con especial destaque de las enfermedades respiratorias crónicas, como la silicosis, y la consecuente tuberculosis, con una elevada prevalencia de multi resistencia al tratamiento.



El tema "Enfoque para la investigación de la determinación social de la salud en la frontera Argentina – Brasil" fue presentado por el **Dr. Daniel Oscar Salomón**, director del INMET de la Argentina. Considerando el territorio como una construcción histórica social inserta en un ambiente geográficamente situado, la investigación se propone considerar la producción social de la salud, desde una perspectiva de Clase Social/Ambiente/Territorio/Salud, considerada a una escala regional. El estudio analiza los cambios históricos que ha tenido lugar en el territorio a la luz del desarrollo del modelo de producción de la región, con especial énfasis en las transformaciones rurales determinadas por la expansión del agro negocio de la soja y la expulsión de agricultores para las periferias de las ciudades. En este proceso se van estructurando diversas fracciones de clase social, considerando a la salud con relación a este proceso. El estudio tiene el propósito de generar evidencia desde un Instituto Nacional de Salud para la comprensión de la determinación social de las condiciones de salud y la reducción de las inequidades de ellas derivadas.

Finalmente, **Daniel Miranda**, investigador del Fórum Itaboraí presentó los fundamentos del Estudio de Caso: Cotas Verticales y Salud en la Comunidad de Florido- Petrópolis, Río de Janeiro, que tiene como propósito la construcción de una metodología de trabajo que pueda ser utilizada para futuros estudios sobre la territorialización de las clases sociales, creando medios efectivos para la realización de la cartografía social del acceso a la salud en escala local. La investigación da cuenta de la distribución espacial de las desigualdades como una herramienta analítica que fomente el estudio sobre la relación clase social y territorio como categoría hegemónica en el análisis de las condiciones de exposición y de acceso a los servicios de salud y demás servicios sociales.

SESION 5 – TRABAJO DE GRUPO.

Siguiendo las guías de discusión elaboradas por la coordinación del seminario, dos grupos de trabajo discutieron respectivamente los procesos de institucionalización de:

- a) el monitoreo y evaluación continua de datos sobre inequidades en salud en el ámbito de los INS
- b) la elaboración e implementación de protocolos de investigación de campo entre los determinantes sociales, económicos y ambientales e indicadores de salud.

Grupo 1: Monitoreo y evaluación continuada de datos sobre inequidades en salud en el ámbito de los INS.

El Grupo inició por la descripción sucinta de la situación actual de cada país:

En **Angola**, el Departamento de Epidemiología tiene la coordinación de todas las instituciones vinculadas al Ministerio de Salud que tienen que ver con el registro y la vigilancia epidemiológica y también trabaja con los Centro Nacionales de Estadísticas. El Ministro se reúne con todos los directores para analizar y evaluar la ocurrencia de los fenómenos epidemiológicos y la definición de acciones. El Plano de Salud con directrices sobre los determinantes sociales articula con otros ministerios que integran objetivos y funciones al respecto.

En el caso de **Bolivia**, la vigilancia es realizada por las áreas de epidemiología del Ministerio de Salud conjuntamente con los Laboratorios de Salud Pública del INLASA. El SNIS es el sistema de análisis de información que, entre otras, da seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas. No hay definición en el país sobre responsables por el análisis sobre los DSS.

Brasil: en el marco del Ministerio de la Salud, la Secretaría de Vigilancia en Salud- SVS es la responsable por el seguimiento de las inequidades. La FIOCRUZ creó el Centro de Estudios e Investigaciones en Inequidades y Determinantes de la Salud CEPI/DSS, en el ámbito de la



Escuela Nacional de Salud Pública ENSP/FIOCRUZ. También el ISAGS/UNASUR ha tomado iniciativas para la capacitación de recursos humanos para la región, estrategias que pueden extenderse a los Institutos Nacionales de Salud, tanto de la UNASUR como de la CPLP.

En el caso de **Colombia**, el Ministerio de la Salud y de la Protección Social ha diseñado el Plan Decenal de Salud Pública, donde toma relevancia el análisis de los DSS. El Observatorio Nacional de Salud, creado en el ámbito del INS, es el responsable del análisis de los determinantes sociales de la salud.

En **Guinea Bissau**, el INASA, que funciona desde 2009, tiene un departamento de epidemiología responsable por los sistemas de información sanitaria y de la vigilancia epidemiológica (vigilancia de las principales enfermedades epidémicas). El encargado de la producción de información demográfica y epidemiológica es el Instituto Nacional de Estadística. También se realiza una investigación financiada por la UNICEF, cada cinco años relevando los datos socioeconómicos.

Perú, no tiene un observatorio. La normativa vigente exige un observatorio de la situación nutricional, la alimentación y la salud, lo que es realizado por el Viceministro con otros Directores. En cuanto a la evaluación de los programas de salud, es ejecutada por el Instituto de Estadística e Informática. El componente de salud y alimentación de la investigación domiciliar es financiado por el INS que, en ese sentido, tiene incidencia en las definiciones técnicas. Se dispone de información continua lo que permite su estratificación y desagregación socio económica.

En **Santo Tomé y Príncipe**, los sistemas de información están organizados por programas verticales, con una fuerte orientación a la Malaria, HIV/Sida y Tuberculosis. Los datos socio económicos son trabajados por el Instituto Nacional de Estadísticas. En este sentido, la información es muy fragmentada y la idea es que el Instituto Nacional de Salud, cuando sea creado, permita su coordinación.

En **Sudáfrica**, la responsabilidad es compartida entre el Ministerio de Salud y otras organizaciones (Departamento de Estadística, Institutos de Salud Pública, que están en proceso de consolidación /fusión). Existe necesidad de la desagregación de los datos por clase y etnia que posibiliten la utilización de la información para formular y definir políticas. Es preciso mejorar la interfaz entre el Ministerio y la Universidad, para posibilitar la elaboración de investigaciones que apoyen la toma de decisiones. También existe la necesidad de mayor desagregación de la información.

Surinam, tiene un de Departamento de Epidemiología que funciona como Instituto Nacional de Salud Pública y es el link con la Universidad, por lo que muchas de las investigaciones son realizadas por la academia. Un problema identificado es la falta de personal calificado y por eso no actúa de manera continua en el monitoreo de los indicadores, centrándose más en respuestas a demandas específicas.

En el **Uruguay** un Departamento específico del Ministerio de Salud Pública se ha responsabilizado por el análisis de informaciones relativas a los Determinantes Sociales de la Salud y por el nuevo Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud. No tienen Instituto Nacional de salud, solo un Laboratorio Central de Salud Pública. Las universidades tienen poco trabajo al respecto.

Juan Garay destacó tres componentes fundamentales de un sistema para monitorear los DSS:

- a) **Los Datos:** Búsqueda de variables socio económicas y los sistemas de información integrados en nivel individual.
- b) **Los Análisis:** La principal características debe ser la autonomía.



- c) **La Incidencia (impacto) de los Resultados: Procura** cambios en las políticas públicas en los servicios de salud. Al final, la equidad en salud es el mejor indicador de la cohesión social.

A continuación, el Grupo de Trabajo 1, analizó y destacó diversos aspectos relativos a las estrategias institucionales para la incorporación del monitoreo y evaluación de los DSS y la igualdad en salud en los planos de acción de los INS/INSP y congéneres. Los principales destaques son presentados en las CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES del SEMINARIO.

Con relación a los indicadores, diversos países hicieron variadas contribuciones, de acuerdo con demandas sentidas en los mismos. Entre ellas se destacaron las siguientes:

- Enfocar la población de menos de 2 años, estratificando por Necesidades Básicas Insatisfechas; Educación de la Madre, Tipo de Servicio de Salud, Pobreza y otros indicadores económicos.
- Evaluación de las desigualdades a partir de los ODM, particularmente la mortalidad infantil y materna.
- Incluir entre los indicadores de las inequidades las víctimas de conflictos armados y otras formas de violencia urbana.
- Intentar consultar y armonizar con los indicadores y las acciones establecidas por la UNASUR, MERCOSUR y CPLP en sus agendas de trabajo con relación a los DSS y la Igualdad en Salud.
- Inclusión de la salud oral, acceso al agua y saneamiento en la revisión y desarrollo de los indicadores para el monitoreo de las inequidades y los DSS.
- Abordar el problema de los Medicamentos Falsos y de la venta informal, resistencia a los antibióticos, etc.,
- Considerar indicadores de tuberculosis vinculados al HIV/SIDA.
- Es preciso desarrollar metas inter-sectoriales y de salud en otras políticas sociales y económicas. Así, también es preciso el trabajo intersectorial en el momento de construcción de indicadores.
- Desarrollar indicadores sobre pago de bolsillo para la atención de la salud.

Fue resaltado que hay indicadores disponibles como por ejemplo los de ODM. Es preciso identificar la calidad y disponibilidad de la información, armonización de las distintas fuentes, desagregación y estratificación socio económica (lugar de trabajo, nivel educativo, acceso a servicios básicos)

Grupo 2: Elaboración e Implementación de Protocolos de Investigación de Campo sobre las Relaciones entre los Determinantes Sociales, Económicos y Ambientales e indicadores de Salud.

A continuación se presenta un breve resumen de la situación en cada uno de los países:

Argentina: En el Ministerio de Salud existe un órgano que trabaja sobre los DSS y, por otro lado, en los INS perteneciente al ANLIS existe una vigilancia epidemiológica más clásica. Fundamentalmente son instituciones estructuradas por patologías. El Nuevo Instituto de Medicina Tropical- INMET puede trabajar en red y desarrollar consorcios de producción de conocimiento con la Academia sobre la Determinación social y las inequidades en salud.

Bolivia: siendo uno de los países con mayor desigualdad en la Región y con una población sin protección social que representa más de su mitad, existe la voluntad política del Presidente con relación a la reducción de las inequidades, pero el sector salud no ha podido acompañar esto. El Ministerio de Salud tiene una unidad de epidemiología clásica que tiene como objetivo analizar las inequidades en salud. La elevada rotación de las autoridades ministeriales no permitió avanzar en este sentido. Así, el modelo de monitoreo es más del tipo "apaga



incendio" luego después que se detecta un problema. Sin embargo, se ha avanzado en la identificación de macro problemas y estructurado programas. En este contexto, el INLASA es un organismo centenario que quedó congelado en el tiempo, con una función pasteuriana clásica y muy segmentada en su interior. Tiene un eje de control de alimentos y medicamentos, un eje de diagnóstico laboratorial y otro eje de producción de biológicos. Necesitaría generar una nueva área de monitoreo, investigación y evaluación de la determinación social y de las inequidades en salud. El INLASA responde a las demandas espontáneas del Ministerio de Salud y tiene algunos datos de inequidades y de pobreza. No cuentan con recursos humanos para dar cuenta de los DSS. Esperan poder avanzar en el área en cuestión con la cooperación de todos los países de UNASUR.

Brasil: La Escuela Nacional de Salud Pública ENSP/FIOCRUZ creó un Centro de Estudios e Investigación en políticas de Salud que tiene un observatorio de las inequidades en salud, considerando un conjunto de variables, pero con un foco priorizado en la educación. El CEPI-DSS cuenta con un financiamiento de 200 mil dólares, lo que le ha permitido el desarrollo de investigaciones y proyectos. Realizó un mapeo nacional de las capacidades de investigación en DSS e identificó 70 grupos trabajando en esa temática. La Comisión Nacional de los DSS elaboró un Informe Nacional sobre los DSS y las Inequidades en Salud en Brasil. En la ENSP, así como otras unidades de la FIOCRUZ existen diversos grupos de investigación que trabajan sobre la salud ambiental y Geografía Social.

Ecuador: La Universidad Simón Bolívar, así como otras Universidades establecen convenios con áreas del Ministerio de la Salud, incluyendo el INSPI, para apoyar la investigación. No obstante el enfoque que ha predominado en el Ministerio y en el INSPI es el de la epidemiología más tradicional o convencional.

El Salvador: El Instituto tiene apenas un año y medio desde su creación. La vigilancia de las inequidades está bajo la competencia del Vice-Ministerio de Políticas. Esas funciones deberán ser transferidas para el INS. El Sistema de Vigilancia considera algunas variables de estratificación, incluyendo algunos datos domiciliarios. Es preciso trabajar para mejorar la capacidad institucional en este sentido. Es necesario incorporar la formación y calificación en DSS e inequidad en Salud para todo el personal del Ministerio de Salud.

El Ministerio de la Salud de **Guinea Bissau** ha priorizado alcanzar las metas de cobertura universal en salud, en forma de campañas e intervenciones puntuales. El Ministerio trabaja con instituciones de la sociedad civil. En la actualidad, a fin de superar barreras de acceso de determinados grupos o regiones se propicia la atención gratuita. Pero no hay indicadores claros que permitan priorizar o focalizar en determinados grupos o clases sociales, priorizándose regiones administrativas y políticas o determinados centros de salud. El INASA no participa ni produce ninguna información que permita orientar la formulación de criterios de selección. El INASA tiene dos líneas de trabajo: una de seguimiento de algunos indicadores epidemiológicos con bajo grado de estratificación, sobre todo por región. Y tiene un Centro de investigación que utiliza una metodología de clúster por localidad, en las cuales es realizado un seguimiento en forma longitudinal. Se recolectan datos de condiciones de vivienda y hogares, pero no se poseen datos de renta o de inserción ocupacional. Se cuenta con algunos datos "proxi" para caracterizar los niveles sociales, que se relacionan con datos de mortalidad y morbilidad. En el año 2011 se trabajó con otras áreas de Gobierno para definir una agenda de investigación sobre determinantes. Uno de los grandes temas es el financiamiento y los recursos humanos, con la consideración sobre el acceso a los servicios de salud. El Instituto no cuenta con profesionales con una mirada más social, como demógrafos, economistas, sociólogos, etc.

Perú destaca que en el Plano Estratégico del INS aparece el tema de las inequidades en salud, pero que no tienen una masa crítica de recursos humanos para lidiar con el tema. El Instituto tiene un área de epidemiología y una de salud intercultural pero los recursos resultan



insuficientes. El INS priorizó el tema de la anemia y la desnutrición crónica. Están planeando un curso para incorporar un enfoque de salud ambiental. Fueron establecidos convenios con las Universidades para poder hacer tesis sobre los DSS.

Las principales conclusiones sobre los otros temas del guía de discusión del grupo y propuesta de acción son presentadas a seguir, como resumen de CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES del Seminario.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A) Fortalecimiento de los Observatorios Nacionales de Salud con foco en la Determinación Social y las Inequidades en Salud – DSS-IS

- Los Institutos Nacionales de Salud (Pública) – INS(P) e instituciones congéneres deben desarrollar estrategias institucionales que permitan la incorporación de los DSS-IS en el monitoreo y la evaluación de la salud en los respectivos países y compartir las experiencias de aquellos países que ya se encuentran en el proceso de su implementación.
- Los INS(P) deben involucrarse en el monitoreo y la evaluación sistemática de los DSS-IS. Esto podría ser logrado mediante la incorporación de ese objetivo como una responsabilidad nacional prioritaria de los Institutos, como es el caso del INS de Colombia, o bien a través de compartir activamente informaciones, actividades y responsabilidades con otras instituciones u organismos nacionales generalmente establecidos en las sedes centrales de los Ministerios de Salud.
- Recomendar que, al formular y discutir los planes estratégicos y de acción, los INS/P prioricen el desarrollo de programas y proyectos que superen la visión biomédica tradicional, que todavía prevalece en la mayoría de ellos, mediante el monitoreo, evaluación e investigación de variables sociales, económicas y ambientales asociadas.
- Se recomienda la realización de un diagnóstico de la situación, en nivel de cada país, con el objetivo de identificar las fuentes disponibles de datos e informaciones, así como los mecanismos existentes que permitan su gerenciamiento, procesamiento y análisis.
- A pesar de la importancia relativa de las DNT y de otros factores que impiden el bienestar general de la población, se debe prestar especial atención en todos los países suramericanos y de la CPLP para la carga de enfermedad causada por las enfermedades transmisibles, particularmente en lo que respecta a su determinación social.
- Hay una necesidad generalizada de construir indicadores que integren y articulen los ODM con otras variables que incluyan datos socio económicos, ocupacionales, de políticas públicas y de programas de ingresos mínimos, objetivando la creación o fortalecimiento de sistemas de información integrados.
- El sitio Web de la RINS podría constituirse en un poderoso instrumento de “clearinghouse” y diseminación. En tal sentido, es requerido un compromiso mayor de los institutos miembros. <http://www.ins.gob.pe/rpmesp/Articulos> sobre DSS solicitados



B) Fortalecimiento de la Investigación de Campo sobre os DSS-IS

- La investigación existente que tiene como finalidad apoyar la formulación de políticas basadas en evidencias es, en general, débil, orientada según parámetros tradicionales y con análisis poco profundos, comprometiendo la toma de decisiones. La información socio económica en estas investigaciones es débil.
- Es necesario realizar un mapeo de todos los actores involucrados en las investigaciones de DSS-IS en el ámbito de los INS(P) e instituciones congéneres, con la finalidad de promover sinergias relacionadas con la generación de evidencias y el monitoreo de las DSS-IS.
- Tomando como base las metodologías y los resultados presentados durante el seminario, surge la necesidad de validar un modelo de Determinación Social de la Salud que utilice como categoría analítica principal la relación dialéctica existente entre clases sociales y territorios. Desde el punto de vista metodológico, sería bastante interesante desarrollar un protocolo mínimo que permita validar los “territorios paradigmáticos” de salud, en niveles locales.
- Se recomienda la creación de un espacio virtual donde experiencias de investigaciones puedan ser compartidas; protocolos multicéntricos desarrollados y trabajos sobre investigaciones conjuntos preparados para publicación.
- Se sugiere el desarrollo de un proyecto multicéntrico que integre experiencias locales concretas sobre investigación en determinación social de la salud. Este proyecto podría servir como fundamento para movilizar recursos de investigación existentes en niveles nacionales e internacionales.
- Resulta de gran importancia no solo que los INS(P) se involucren en la realización de investigaciones sobre DSS-IS, sino también que encuentre medios para orientar los tomadores de decisión sobre políticas de salud en niveles nacionales; sub-regionales y locales.
- Se recomienda enfáticamente a los INS(P), en tanto instituciones con liderazgo estratégico nacional en el ámbito sectorial de la salud, que no reproduzcan errores comunes tales como la selección arbitraria de objetos de pesquisa tradicional basados en decisiones individuales o direccionadas por agencias donadoras o financiadoras. Son necesarios nuevos enfoques teóricos y metodológicos; se requieren mecanismos de diseminación diferentes; se deben crear espacios de colaboración (formales e informales) entre los diversos actores nacionales e Internacionales; se deben promover diálogos con los gestores de salud, tomadores de decisiones y la población.
- A la hora de construir nuevos conocimientos sobre DSS-IS, debería ser promovida una acción sinérgica con participación de la comunidad.

C) Alternativas estratégicas para la implementación de las recomendaciones del Seminario.

1. Planificación Estratégica

- Construir una propuesta Modelo de Plan Estratégico que tenga como objetivo e fortalecimiento del monitoreo y la evaluación de las Inequidades en salud en las Redes de INS(P).



- Los Observatorios deben disponer de autonomía / independencia relativa para el planeamiento y la ejecución de sus trabajos. Con esa finalidad, las alianzas con la Academia pueden tener un efecto virtuoso.
- Se torna, también necesario el fortalecimiento de vínculos formales con los Institutos Nacionales de Estadísticas, con la finalidad de trabajar en forma conjunta datos e indicadores a ser recolectados y analizados.
- Se recomienda que las autoridades nacionales encuentre medios para institucionalizar actividades de Observatorios de DSS-IS en los niveles de los INS(P).

2. Bases de Datos y Diseminación

- Construir una Base de Datos sobre estudios de DSS-IS en el ámbito de las redes de INS(P) y alimentar los portales de las redes con esas informaciones.
- Desarrollar estrategias para la diseminación de información a los formuladores y tomadores de decisión; los movimientos sociales y a la población en general, mediante la construcción de fóruns organizados por los INS(P) donde espacios de diálogo sean abiertos para presentar resultados de investigaciones y la definición de políticas y estrategias en consonancia con los mismos.
- Se recomienda que la CPLP desarrolle un sitio específico en su portal sobre DSS-IS, donde se pueda acceder a experiencias y protocolos, así como resultados de investigaciones. Este sitio debería estar intercomunicado (interfaz-link) con su similar en el portal de la RINS/UNASUR.
- Ambos sitios en los portales de la RINS/UNASUR y de la RINSP/CPLP deberían incluir informaciones sobre a literatura gris sobre DSS-IS y divulgarlos a través de las redes sociales. Se solicita al CEPI / ENSP / FIOCRUZ que contribuya para este esfuerzo.
- El Secretariado Ejecutivo estimulará a los INS(P) miembros a que alimenten las bases de datos en los portales de las redes.
- Se solicita al Secretariado Ejecutivo que desarrolle un formulario destinado a obtener información actualizada sobre todas las actividades, proyectos de investigación y experiencias sobre DSS-IS en el ámbito de los INS(P), incluyendo información sobre portales existentes y los vínculos existentes entre ellos.
- Se solicita al Secretariado Ejecutivo que explore medios para obtener apoyo financiero para crear portales de DSS-IS en los INS(P) de ambas redes de Institutos de UNASUR y de CPLP.

3. Estrategias de Cooperación

- Construir sinergias de Cooperación entre ambas redes de Institutos (UNASUR y CPLP) generando un círculo virtuoso de mejoras en las capacidades y desempeños institucionales.
- Trabajar en conjunto con otras instancias de los foros regionales. En este sentido, sería apropiado que el ISAGS entre en contacto formal con el Consejo de Desarrollo Social de la UNASUR y del propio GT de DSS y Promoción de la Salud generando trabajo conjunto como por ejemplo, la homogeneización/ armonización de indicadores



4. Desarrollo de Recursos Humanos

- A pedido del Consejo de Salud de UNASUR, el ISAGS estará ofreciendo un curso de capacitación en DSS-IS para gestores de salud durante el segundo semestre de 2014. El ISAGS abrirá una vacante adicional en el curso para aquellos INS que estén interesados a abrir actividades relacionadas con los Observatorios Nacionales sobre DSS-IS.
- En el sentido del párrafo anterior se realizarán gestiones para la incorporación en el curso de un representante de cada uno de los INS de los PALOP, con financiamiento de la CPLP.
- Se estimulará para que los participantes del curso a desarrollar por el ISAGS actúen como multiplicadores, replicando el curso en sus respectivos países.
- Se considera que el curso del ISAGS deberá enfatizar la evaluación del impacto de las políticas nacionales sobre las inequidades en salud.

Petrópolis, 10 de mayo de 2014