

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

Informe de la Secretaría

1. En su alocución dirigida a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud,¹ el fallecido Director General, Dr. Lee Jong-wook, anunció la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que echó a andar en marzo de 2005 con el objetivo de orientar a los Estados Miembros y los programas de la OMS reuniendo datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de poner remedio a las inequidades sanitarias. En el presente informe se sintetizan las recomendaciones formuladas por la Comisión en su informe final.²
2. Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.
3. La Comisión, integrada por 19 miembros, estaba presidida por el Profesor Sir Michael Marmot del University College de Londres.³ Con el apoyo de la Secretaría, la Comisión creó cuatro grupos de trabajo sobre los temas siguientes: colaboración con los Estados Miembros; colaboración con la sociedad civil; redes mundiales de expertos; y colaboración dentro de la OMS. Muchos Estados Miembros participaron en la labor de la Comisión con ánimo de aprender de ella y compartir experiencias.
4. La Comisión mantuvo reuniones consultivas con numerosas entidades de la sociedad civil de todas las regiones, que aportaron datos probatorios y estudios monográficos tocantes a todos los ámbitos de trabajo de la Comisión. La sociedad civil elaboró asimismo un informe independiente.⁴ La

¹ Documento A57/3.

² Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

³ Los demás miembros eran: Profesor Frances Baum (Australia), Dra. Monique Bégin (Canadá), Dr. Giovanni Berlinguer (Italia), Sra. Mirai Chatterjee (India), Dr. William Foege (Estados Unidos de América), Profesora Yan Guo (China), Profesor Kiyoshi Kurokawa (Japón), Dr. Ricardo Lagos (Chile), Profesor Alireza Marandi (República Islámica del Irán), Dr. Pascoal Mocumbi (Mozambique), Dr. Ndioro Ndiaye (Senegal), Sra. Charity Ngilu (Kenya), Profesora Hoda Rashad (Egipto), Profesor Amartya Sen (India), Dr. David Satcher (Estados Unidos de América), Dra. Anna Tibajuka (República Unida de Tanzania), Profesor Denny Vågerö (Suecia), Dra. Gail Wilensky (Estados Unidos de América).

⁴ *Informe de la sociedad civil a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Presentado a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en su novena reunión, Beijing, octubre de 2007.

Comisión convocó a expertos de prestigio internacional sobre desarrollo en la primera infancia, condiciones de trabajo, mundialización, sistemas sanitarios, mediciones y datos probatorios, afecciones prioritarias para la salud pública, exclusión social, medio urbano y condición de la mujer y equidad de género, que constituyeron nueve «redes expertas» de dimensión mundial. La Secretaría participó más directamente en dos de esas redes expertas. El Centro OMS de Kobe albergó la red experta dedicada al medio urbano. La Secretaría, por su parte, albergó la red experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública, que coordinó el análisis de los determinantes sociales de esas dolencias.

5. La Comisión se reunió 10 veces: en Brasil, Canadá, Chile, China, Egipto, India, Japón, Kenya, República Islámica del Irán y Suiza. Además, en todas las regiones de la OMS se celebraron consultas de ámbito regional. Por otra parte, cada grupo de trabajo convocó numerosos encuentros y consultas.

6. El Consejo Ejecutivo fue informado al respecto en sus reuniones 115^a y 120^a,¹ y en su 124^a reunión consideró la cuestión teniendo presente el informe definitivo de la Comisión.²

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país son cada vez más agudas. Entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida. Además, en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, hay grandes inequidades entre distintos grupos de población por lo que respecta al estado de salud. En los países de ingresos altos se observan diferencias de más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos, en función de factores como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica. En los países de ingresos bajos de todas las regiones, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de riqueza de cada hogar.

8. Tal situación no es una fatalidad, sino más bien el síntoma de políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, el acceso al poder y los recursos y la participación en la sociedad.

9. Para cumplir muchos objetivos vinculados a enfermedades concretas, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y para controlar y eliminar epidemias que ponen en peligro a poblaciones enteras, resulta indispensable actuar sobre los determinantes sociales. La mayoría de las afecciones prioritarias para la salud pública tienen en común una serie de determinantes sociales básicos, entre ellos los que inciden en la exposición a los riesgos, la vulnerabilidad a las enfermedades, el acceso a la atención sanitaria y las consecuencias de las afecciones sufridas. Existen grandes oportunidades para trabajar colectivamente sobre esos determinantes, desde dentro y desde fuera de los sistemas sanitarios. En este sentido, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la población es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública actuando dentro de sistemas robustos, basados en la atención primaria de salud.

¹ Documentos EB115/35 y EB120/35, sección B.

² Documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la quinta sesión.

10. La Comisión formula tres recomendaciones principales:

- a) mejorar las condiciones de vida;
- b) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos;
- c) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Dentro de esas recomendaciones principales, la Comisión presenta áreas de acción y recomendaciones específicas dirigidas a todas las partes, incluida la OMS, a otros organismos multilaterales, gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil, el sector privado y las instituciones de investigación.

11. Por lo que respecta a la primera recomendación, la Comisión distingue los siguientes ámbitos de trabajo:

- a) abordar de forma integrada el desarrollo en los primeros años de vida, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo;
- b) invertir de forma sostenida en el desarrollo rural, combatiendo políticas de exclusión que generen pobreza rural, acaben privando de tierras a los campesinos y desplacen a la población de sus lugares de origen; gestión y planificación urbanas;
- c) velar por que las políticas económicas y sociales destinadas a afrontar el cambio climático y otros procesos de degradación ambiental tengan en cuenta la cuestión de la equidad sanitaria;
- d) convertir el pleno empleo, la equidad laboral y el trabajo digno en objetivos básicos de la formulación de políticas sociales y económicas de ámbito nacional e internacional, lo que supone facilitar un empleo seguro, sin peligros y bien remunerado, así como posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y un sano equilibrio entre vida laboral y vida privada para todos, y además mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud;
- e) instituir políticas de protección social de amplio alcance para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente para llevar una vida sana;
- f) por lo que respecta específicamente al sector de la salud, la Comisión preconiza la creación de sistemas que ofrezcan atención sanitaria universal centrados en la atención primaria de salud.

12. En lo tocante a la segunda recomendación, la Comisión distingue los siguientes ámbitos de trabajo:

- a) responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente;
- b) adaptar convenientemente el sector sanitario, integrando los determinantes sociales en las funciones normativas y programáticas de los ministerios de salud y reforzando la función de rectoría de éstos para que el gobierno en su conjunto aplique un enfoque basado en los determinantes sociales;

- c) fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud; incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios así obtenidos con arreglo a un marco de acción centrado en los determinantes sociales;
- d) reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (como los relativos al agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias sanitarias importantes (como el tabaco, el alcohol o los alimentos);
- e) combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que están dirigidas las organizaciones y concebidas las intervenciones y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país;
- f) reafirmar el compromiso de promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos desde la óptica de la universalidad;
- g) dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema justo de representación en los procesos de toma de decisiones sobre el funcionamiento de la sociedad, en particular en relación con los efectos que esas decisiones puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas;
- h) permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria.

13. Por lo que respecta a la tercera recomendación, la Comisión distingue los siguientes ámbitos de trabajo:

- a) poner en marcha sistemas que sirvan para hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud y para obrar en consecuencia a escala local, nacional e internacional;
- b) realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria y sobre la eficacia de las medidas que apuntan a reducir las inequidades sanitarias incidiendo en los determinantes sociales;
- c) facilitar información sobre los determinantes sociales a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud e invertir recursos en sensibilizar a la ciudadanía.

ANÁLISIS Y LABOR FUTURA

14. El anhelo de equidad que inspira a la Comisión cuando exhorta a trabajar sobre los determinantes sociales entronca con los valores de la atención primaria de salud. Sus recomendaciones vienen a completar el llamamiento en favor de la acción formulado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*.¹ En ambos informes se insiste en la necesidad de trascender el sector sanitario para tra-

¹ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

bajar sobre «la salud en todas las políticas». Cabe considerar que el informe de la Comisión es un análisis completo del arsenal de políticas que conviene tener en cuenta al aplicar medidas multisectoriales en pro de la salud como parte de un proceso de revitalización de la atención primaria de salud.

15. Análogamente, por lo que respecta al propio sector de la salud, la Comisión abunda en la línea del llamamiento formulado en el *Informe sobre la salud en el mundo* para que los sistemas sanitarios se basen en los principios de la atención primaria de salud y, en particular, proporcionen cobertura universal. La Comisión señala también que el hecho de abordar los determinantes sociales dentro del sector de la salud puede generar en sistemas sanitarios más integradores, accesibles y adaptados a las comunidades desfavorecidas y conferir mayor eficacia a la promoción de la salud.

16. Para avanzar hacia el cumplimiento de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio es preciso, entre otras cosas, combatir las inequidades sanitarias, en particular dentro de los países, fortalecer los sistemas sanitarios a partir de la atención primaria de salud y actuar sobre los determinantes sociales. Por ello las recomendaciones de la Comisión apuntan a una serie de importantes ámbitos en los que un trabajo concertado podría acelerar el avance.

17. La persistente crisis financiera, alimentaria, energética y ambiental confiere aún más importancia si cabe al trabajo sobre los determinantes sociales, no en vano los más pobres son los que más probabilidades tienen de sufrir desproporcionadamente las consecuencias de la situación. Para reducir al mínimo esas inequidades mientras duren las crisis hay que preservar los niveles de gasto sanitario y social, amén de utilizar mejor esos recursos. Ahora resulta más importante que nunca revitalizar la atención primaria de salud e incidir en los determinantes sociales para avanzar más rápidamente hacia la reducción de las inequidades sanitarias y el cumplimiento de objetivos sanitarios como los que forman parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

18. En la Secretaría y los Estados Miembros ya está en marcha una importante labor para corregir las inequidades sanitarias y actuar sobre los determinantes sociales, según lo dispuesto en el Undécimo Programa General de Trabajo y en la línea marcada por el objetivo estratégico 7 del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013.

19. La Comisión pide a la OMS que se base en esta labor, y recomienda que la Secretaría trabaje en tres ámbitos concretos. En primer lugar, debería fortalecer la capacidad mundial y de los países para incidir en los determinantes sociales, de la siguiente manera: *a)* prestando apoyo a los Estados Miembros para que apliquen el criterio de integrar «la salud en todas las políticas» dentro del gobierno en su conjunto, y para que reorienten la labor de su sector sanitario de tal forma que incida en los determinantes sociales; *b)* capacitando a los Estados Miembros para que tengan en cuenta la influencia de las políticas mundiales sobre las inequidades sanitarias en sus países; y *c)* colaborando con organismos del sistema multilateral para generar la capacidad de estudiar respuestas adecuadas en materia de determinantes sociales e inequidad sanitaria.

20. En segundo lugar, la Secretaría debería intensificar las actividades en curso para medir y evaluar los determinantes sociales y las inequidades sanitarias, de la siguiente manera: *a)* facilitando la definición de objetivos y haciendo un seguimiento de la progresión hacia la equidad sanitaria entre los países y dentro de ellos; *b)* ayudando a establecer sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria en los Estados Miembros; y *c)* prestando apoyo a los Estados Miembros de cara a la elaboración y utilización de herramientas para evaluar los efectos sobre la equidad sanitaria.

21. En tercer lugar, la Secretaría debería reforzar su capacidad interna para incidir en los determinantes sociales en todos sus ámbitos de trabajo, de la siguiente manera: *a)* mejorando la competen-

cia de su personal y fijando criterios para integrar sistemáticamente su labor sobre los determinantes sociales en todos los ámbitos de trabajo; y *b*) contrastando sus programas con estos criterios de referencia.

22. El Consejo Ejecutivo consideró el informe *supra* en su 124ª reunión y adoptó la resolución EB124.R6, que había sido propuesta por varios Estados Miembros.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

23. Se invita a la Asamblea de la Salud a considerar el proyecto de resolución que figura en la resolución EB124.R6.

= = =