

Las Causas Sociales
de las Inequidades
en Salud en Brasil

Fundación Oswaldo Cruz

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vicepresidenta de Enseñanza, Información y Comunicación

Maria do Carmo Leal

Editora Fiocruz

Directora

Maria do Carmo Leal

Editor Ejecutivo

João Carlos Canossa P. Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima e Ricardo Ventura Santos

Consejo Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Maria Elizabeth Lopes Moreira

Pedro Lagerblad de Oliveira

Ricardo Lourenço de Oliveira



COMISIÓN NACIONAL SOBRE
DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD

Las Causas Sociales de las Inequidades en Salud en Brasil



Copyright © 2008 de los autores

Todos los derechos de esta edición reservados a FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-160-5

Portada, Proyecto Gráfico y Edición Electrónica

Mara Lemos (Prog.Visual/Icict) / Daniel Pose (versión en español)

Edición Electrónica de Gráficos

Marcello Pelliccione y Ruben Fernandes (Prog.Visual/Icict)

Fotos Portada

Raul Santana, Vinicius Marinho y Peter Illiciev (Fiocruz Multimagens/Banco de Imágenes Digitales)

Fotomontaje (portada)

Raul Santana

Foto Moacyr Scliar

Claudia R. Lopes

Revisión

Fernanda Veneu

Normalización bibliográfica

Clarissa Bravo

Supervisión

Janaina S. Silva

Traducción al Español

Walter Alejandro I. Casas

Catalogación en la fuente

Centro de Información Científica y Tecnológica

Biblioteca de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca

C733c Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud

Las Causas Sociales de las Inequidades en Salud en Brasil. / Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

220 p. il., tab., graf.

1. Desigualdades en Salud-Brasil. 2. Diagnóstico de la Situación en Salud. 3. Desarrollo Económico. 4. Condiciones Sociales. 5. Factores Socioeconómicos. 6. Redes Comunitarias. 7. Estilo de Vida. 8. Salud Materno-Infantil. 9. Salud Indígena. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10981

2008

EDITORIA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º piso – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 y 3882-9041 / Fax: (21) 3882-9007

e-mail: editora@fiocruz.br / <http://www.fiocruz.br>

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Adib Jatene

Médico, profesor e investigador, ex-director del Instituto del Corazón de la Universidad de Sao Paulo y del Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, ex secretario estadual de Salud de Sao Paulo, dos veces ministro de Salud. Integra la Academia Nacional de Medicina.



Aloísio Teixeira

Economista, rector de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, doctor en Economía por la Universidad Estadual de Campinas. Desarrolla investigación en políticas públicas y sistemas de protección social.



Cesar Victora

Profesor de Epidemiología de la Universidad Federal de Pelotas, doctor en Salud Pública por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, consultor de la Organización Mundial de la Salud y titular de la Academia Brasileña de Ciencias.



Dalmo Dallari

Abogado, profesor de la Universidad de Sao Paulo, ex secretario de Negocios Jurídicos de la Alcaldía de Sao Paulo. Tiene diversos artículos y libros publicados en las más diversas áreas del derecho, de la ética y de la participación popular.



Elza Berquó

Demógrafa, profesora titular jubilada de la Universidad de Sao Paulo, miembro titular de la Academia Brasileña de Ciencias, miembro del Consejo Superior del Núcleo de Estudios de Población de la Universidad de Campinas y coordinadora del Área de Población y Sociedad del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento.



Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira

Ingeniero, presidente del Sistema de la Federación de Industrias del Estado de Rio de Janeiro y del Centro Industrial de Rio de Janeiro. Integra el Consejo de Administración del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social.



Jaguar

Considerado un de los más grandes caricaturistas brasileños, inició su carrera en la página de humor de la revista *Manchete*. Cofundador del semanario *Pasquim*, en 1969, colaboró en diversos diarios y revistas brasileñas y actualmente es columnista del diario carioca *O Dia*.



Jairnilson Paim

Médico, profesor de la Universidad Federal de Bahía, doctor *honoris causa*, es cofundador del Centro Brasileño de Estudios de Salud y de la Asociación Brasileña de Postgrado en Salud Colectiva, de la cual fue vicepresidente.



Lucélia Santos

Actriz de televisión, teatro y cinema, alcanzó gran éxito nacional e internacional al interpretar la protagonista de la novela *La Esclava Isaura* de la Rede Globo, en 1976. Conjugando actividades artísticas y políticas, dirigió un documental sobre Timor Leste.



Moacyr Scliar

Escritor, médico y doctor en Ciencias por la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz, trabajó como sanitarista y dicta cátedra de salud pública en Porto Alegre. Tiene 67 libros publicados y fue elegido, en 2003, integrante de la Academia Brasileña de Letras.



Paulo Buss

Médico pediatra, sanitarista, actual presidente de la Fundación Oswaldo Cruz, investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, integra la Academia Nacional de Medicina y representa al Brasil en el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Es el presidente de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud.



Roberto Smeraldi

Periodista y especialista en desarrollo sustentable, es director de la Organización de la Sociedad Civil de Interés Público 'Amigos da Terra-Amazonia Brasileira'. Posee una amplia experiencia en la Región Amazónica, presidió el Comité Internacional de las ONGs para la ECO 92 y hace parte del Consejo de la Mesa Redonda Global sobre Biocombustibles.



Rubem César Fernandes

Historiador, fundador y secretario ejecutivo de la organización no gubernamental Viva-Rio, es magíster en filosofía por la Universidad de Varsovia, en Polonia, y doctor por la Universidad de Columbia, en los Estados Unidos.



Sandra de Sá

Cantante y compositora, inició su trayectoria de éxito en la música popular brasileña al participar del Festival MPB-80, a los 25 años, cuando lanzó su primer disco. Está comprometida en proyectos sociales de ampliación de la ciudadanía.



Sônia Fleury

Psicóloga, investigadora de la Fundación Getulio Vargas, doctora en Ciencia Política por el Instituto Universitario de Investigaciones de Rio de Janeiro, actúa en el Programa de Estudios e Investigación sobre la Democratización de la Esfera Pública.



Zilda Arns

Médica pediatra, sanitarista, fundadora y coordinadora nacional de la Pastoral del Niño, entidad que lidia con apoyo al desarrollo integral del niño. Fue postulada durante tres años seguidos, por el gobierno brasileño, al Premio Nóbel de la Paz.

ORGANIZACIÓN Y REDACCIÓN GENERAL DEL INFORME

Alberto Pellegrini Filho

Médico. Doctor en Ciencias por la Universidad Estadual de Campinas. Investigador de la Fundación Oswaldo Cruz y responsable por la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud.

El informe final de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud fue publicado en su íntegro, en portugués, por la Editora Fiocruz, con el sumario siguiente:

Prefacio

Presentación

1. Introducción

2. Análisis de la Situación de Salud

2.1. Situación y tendencias de la evolución demográfica, social y económica

2.2. La estratificación socioeconómica y la salud

2.3. Condiciones de vida, ambiente y trabajo

2.4. Redes sociales, comunitarias y salud

2.5. Comportamientos, estilos de vida y salud

2.6. Salud materno-infantil

2.7. Salud indígena

3. Recomendaciones

Referencias Y Bibliografía Complementaria

Anexos

Resumen Ejecutivo | *Executive Summary*

.....
Para adquisiciones, contactar a:

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º piso – sala 112 – Manguinhos

CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ - Brasil

Tels: (5521) 3882-9039 y 3882-9041 / Fax: (5521) 3882-9007

e-mail: editora@fiocruz.br

<http://www.fiocruz.br/editora>



PREFACIO

Es con gran satisfacción que veo publicado el informe final de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS), intitulado *Las Causas Sociales de las Inequidades en Salud en Brasil*.

A lo largo de sus dos años de existencia, desde marzo de 2006, la CNDSS – integrada por 16 personalidades de la vida civil, científica, cultural y empresarial del país y apoyada por una secretaría técnica instalada en la Fundación Oswaldo Cruz – desarrolló una serie de actividades que contribuyeron al debate nacional sobre la problemática de los determinantes sociales y de las inequidades en salud. Estas actividades estuvieron volcadas hacia la producción de conocimientos e informaciones sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), para la revisión y análisis de políticas y programas de intervención sobre estos determinantes y para la comunicación, a los 11 diversos sectores de la sociedad, sobre la importancia de los DSS y las posibilidades de actuación sobre ellos.

.....9

El informe es producto de tal trabajo. Con base en informaciones y conocimientos existentes en diversos sistemas de información o registrados en la literatura nacional e internacional, analiza el impacto de los DSS en sus diversos niveles sobre la situación de salud, con especial énfasis en las inequidades en salud. Comprende los determinantes vinculados a los comportamientos individuales y a las condiciones de vida y trabajo, así como los relacionados con la macroestructura económica, social y cultural. Sus recomendaciones, sólidamente fundamentadas en el análisis de la situación de salud y de las intervenciones en curso, tienen como objetivo permitir una actuación más sustentable, coordinada y eficiente sobre los determinantes sociales.

Estamos seguros que el conjunto de datos y reflexiones reunidos en el informe se constituirá en referencia obligatoria para investigadores, profesionales del área social, gestores de las diversas esferas de la administración pública y para todos aquellos interesados en contribuir a la promoción, tanto de la salud como de la equidad por medio de la actuación sobre los determinantes sociales que, como bien muestra la publicación, son producto de la acción humana y, por tanto, pueden y deben ser transformados mediante la acción humana.

José Gomes Temporão
Ministro de Salud



PRESENTACIÓN

El informe de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS) tiene tres objetivos:

- trazar un panorama general de la situación de salud del país, con énfasis en datos, informaciones y conocimientos sobre las inequidades en salud generadas por los determinantes sociales;
- proponer políticas, programas e intervenciones relacionadas a los determinantes sociales a partir de la evaluación de las políticas e intervenciones actualmente en curso y de las experiencias registradas en la literatura nacional e internacional;
- las actividades desarrolladas por la Comisión para cumplir con sus objetivos.

Los contenidos están dispuestos en las siguientes secciones: introducción, análisis de la situación de salud, recomendaciones (de políticas y programas), referencias y bibliografía complementaria, anexos y resumen ejecutivo. ...11.

La Introducción trae un breve histórico y antecedentes de la creación de la CNDSS, así como sus objetivos. Incluye además los principales compromisos que orientaran el trabajo de la CNDSS desde su creación – compromisos con la equidad, con las evidencias y con la acción. Finalmente, presenta el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) que esquematiza los diversos niveles de determinantes sociales de la salud (DSS) y sirvió de base para orientar las actividades de la Comisión y la organización de los contenidos de este informe.

El cuerpo del informe, intitulado Análisis de la situación de salud, congrega datos, informaciones y conocimientos disponibles sobre las relaciones entre los DSS, así como la situación de salud de los diversos grupos poblacionales, con énfasis de las relaciones entre estos determinantes y las inequidades en salud. Se utilizaron, como fuentes de información, diversos sistemas de cobertura nacional y la literatura científica producida por autores nacionales e internacionales durante los últimos cinco años.

Tanto el análisis de situación como las recomendaciones de políticas y programas están prioritariamente volcados hacia la problemática de las inequidades en salud en las áreas urbanas. Este énfasis se justifica no sólo porque la inmensa mayoría de la

población brasileña vive en áreas urbanas, sino también por la forma extremadamente acelerada con que se dio el proceso de urbanización, sin la equivalente contrapartida de adecuación de la infraestructura, generando enormes inequidades y concentrando, principalmente en las áreas metropolitanas, grandes parcelas de la población en precarias condiciones de vida, de ambiente y de trabajo.

El análisis de la situación de salud comprende las siguientes secciones:

- Situación y tendencias de la evolución demográfica, social y económica del país: traza un panorama general de referencia para el análisis de la situación de salud, describiendo la evolución de estos macrodeterminantes, particularmente en las últimas cuatro décadas. Incluye datos sobre crecimiento poblacional, fecundidad, mortalidad, migraciones, urbanización, estructura del mercado de trabajo, distribución de renta y educación.
- La estratificación socioeconómica y la salud: presenta la situación actual y tendencias de la situación de salud en el país, destacando las desigualdades de salud según variables de estratificación socioeconómica, como renta, escolaridad, género y local de vivienda.
- Condiciones de vida, ambiente y trabajo: presenta las relaciones entre situación de salud y condiciones de vida, ambiente y trabajo, con énfasis en las relaciones entre saneamiento, alimentación, vivienda, ambiente de trabajo, polución, acceso a la información y servicios de salud y su impacto en las condiciones de salud de los diversos grupos de la población.
- Redes sociales, comunitarias y salud: incluye evidencias sobre la organización comunitaria y redes de solidaridad y apoyo para la mejoría de la situación de salud, destacando particularmente el grado de desarrollo de esas redes en los grupos sociales más desfavorecidos.
- Comportamientos, estilos de vida y salud: incluye evidencias existentes en Brasil sobre conductas de riesgo como hábito de fumar, alcoholismo, sedentarismo, dieta inadecuada, entre otros, según los diferentes estratos socioeconómicos de la población.
- Salud materno-infantil y salud indígena: por su importancia social y por presentar necesidades específicas de políticas públicas.

12....

El informe no puede, ni pretende ser exhaustivo. Hay una serie de temas, que están ausentes o fueron parcialmente tratados y que, por su importancia, merecerían un

mayor desarrollo posterior. Entre estos temas podrían ser incluidos: salud y ambiente en las grandes ciudades; seguridad social y salud; cultura y promoción de la salud; distribución, acceso y utilización de servicios de salud en áreas urbanas; violencia y salud; iniciativas comunitarias de promoción y protección de la salud; desempleo y salud, entre otros.

Para la superación de los problemas relacionados, son realizadas Recomendaciones de políticas y programas, teniendo como base la experiencia internacional y nacional en intervenciones sobre los DSS en sus diversos niveles.

Atendiendo a uno de sus compromisos fundamentales, las recomendaciones de la Comisión deben estar fundamentadas en sólidas evidencias. En esta parte se incluyen dos tipos de recomendaciones. Un primer tipo deriva del análisis de políticas y programas existentes en la esfera federal y que inciden sobre los DSS. Se presenta un análisis de conjunto de esas políticas y programas, buscando identificar superposiciones, paralelismos o contradicciones, con las correspondientes recomendaciones para superación de los problemas encontrados, procurando una acción intersectorial más integrada.

Un segundo grupo de recomendaciones se refiere a la institucionalización de determinados procesos que son fundamentales para la actuación sustentable sobre los DSS y cuyo desarrollo debe generar políticas y programas específicos. Se incluyen recomendaciones para la institucionalización de la acción intersectorial procurando la mejora de la calidad de vida y salud, de la participación social y empoderamiento de grupos poblacionales más vulnerables y de la producción sistemática de informaciones y conocimientos sobre las relaciones entre DSS y la salud y sobre evaluación de intervenciones.

La literatura científica nacional e internacional, publicada en los últimos cinco años, sobre DSS en Brasil, fue ampliamente revisada y está reunida en Referencias y bibliografía complementaria.

Finalmente, el informe incluye tres Anexos, a saber:

- Anexo I – para el cumplimiento de sus objetivos, la Comisión definió cinco líneas de acción y proyectos específicos relacionados a cada una de ellas. Este anexo describe las actividades realizadas y presenta sus principales resultados.
- Anexo II – reproduce el Decreto Presidencial de 13 de marzo de 2006, que creó la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud, y la Resolución Ministerial que nombró a sus integrantes.

- Anexo III – contiene el documento “Inequidades en Salud en Brasil: nuestra más grave enfermedad”, que fue presentado con ocasión del lanzamiento de la CNDSS el 13 de marzo de 2006, y el discurso dado por el Dr. Adib Jatene en la ceremonia de entrega del informe al Excmo. Presidente de la República, el 1º de agosto de 2008.

El informe trae además un CD en encarte, producido por el equipo del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (Bireme/OPS/OMS), con versiones, en su íntegro, de textos que constan en las referencias y bibliografía complementaria.

1. INTRODUCCIÓN

En marzo de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health, CSDH), con el objetivo de promover, en el ámbito internacional, la toma de conciencia sobre la importancia de los determinantes sociales en la situación de salud de individuos y poblaciones, así como la necesidad de combatir las inequidades en salud por ellos generadas. Un año después, el 13 marzo de 2006, por medio de Decreto Presidencial, fue creada, en Brasil, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS), con un mandato de dos años.

La CNDSS estuvo integrada por dieciséis representantes líderes de nuestra vida social, cultural, científica y empresarial. Su constitución diversificada es una expresión del reconocimiento de que la salud es un bien público, construido con la participación solidaria de todos los sectores de la sociedad brasileña.

...15

Los objetivos de la CNDSS pueden ser resumidos del siguiente modo:

- generar información y conocimientos sobre los determinantes sociales de la salud en Brasil;
- contribuir a la formulación de políticas que promuevan la equidad en salud; y
- movilizar diferentes instancias del gobierno y de la sociedad civil sobre este tema.

Para alcanzar sus objetivos la CNDSS se apoya en tres compromisos básicos:

Compromiso con la Equidad: a pesar de los importantes avances de los últimos años en la mejoría del valor promedio de sus indicadores de salud, Brasil está entre los países con mayores inequidades en salud, es decir, desigualdades de salud entre grupos poblacionales que además de sistemáticas y relevantes son también evitables, injustas e innecesarias.

El compromiso de la CNDSS con la equidad, procurando asegurar el derecho universal a la salud, no es sólo una decisión racional, sino, fundamentalmente, un compromiso ético y una posición política.

Compromiso con la evidencia: La CNDSS procura fundamentar sus análisis y recomendaciones en sólidas evidencias científicas, pues son estas las que permiten, por un lado, entender cómo operan los determinantes sociales en la generación de las inequidades en salud y, por otro, cómo y donde deben incidir las intervenciones para combatirlos y qué resultados pueden ser esperados en términos de efectividad y eficiencia.

Compromiso con la acción: el mayor compromiso de la Comisión y que le da sentido a su existencia es el combate a las inequidades en salud por medio de la actuación sobre los determinantes sociales que las generaran, los cuales, siendo producto de la acción humana, pueden y deben ser modificados por la misma acción humana. El compromiso con la acción está fundamentado, por un lado, en las evidencias científicas, conforme a lo ya señalado, y por otro, en una amplia base de sustentación política, producto de la toma de conciencia y movilización de diversos sectores de la sociedad.

Los diversos estudios sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y las inequidades en salud permitieron la construcción de modelos que procuran esquematizar la trama de relaciones entre los varios niveles de determinantes sociales y la situación de salud.

16....

Entre estos modelos, la CNDSS resolvió adoptar el de Dahlgren y Whitehead, que sirve de base para orientar la organización de sus actividades y los contenidos del presente informe. La elección se justifica por su simplicidad, por su fácil comprensión de parte de varios tipos de público y por la clara visualización gráfica de los diversos DSS. En este modelo, los DSS están dispuestos en diferentes estratos, según su nivel de cobertura, desde un estrato más próximo a los determinantes individuales hasta un estrato más remoto a donde se sitúan los macrodeterminantes.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

2.1. 1. Situación y tendencias de la evolución demográfica, social y económica del país

Brasil viene pasando por grandes transformaciones económicas, sociales y demográficas, particularmente en las cuatro últimas décadas, con significativas repercusiones en las condiciones de vida y trabajo de la población y, consecuentemente, en su situación de salud.

El censo demográfico de 1960 revelaba que el 55% de la población económicamente activa, por tanto, su mayoría, se dedicaba a la agricultura, mientras que el restante

45% se dedicaba a los sectores secundario y terciario. Ya en la década siguiente, esa proporción se invierte, con 54% de la población empleada en la industria o en el sector servicios. Según el último censo del 2000, sólo 19% de la población estaban empleados en el campo, es decir, una caída de 55% para 19% en cuatro décadas. En ese mismo período, la población empleada por el sector servicios pasó de 27% a 60%, mientras que la dedicada a la industria, después de una ascensión de 17% a 29% entre 1960 y 1980, cayó al 21% en el censo del 2000.

Evidentemente, esa redistribución acelerada de la población económicamente activa (PEA) del sector agrícola hacia los sectores industriales y de servicios implicó un proceso de urbanización también extraordinariamente acelerado. En 1960, la mayoría de la población (55%) poseía su domicilio en la zona rural. En la década siguiente, la proporción se invierte, con 56% de la población residiendo en el área urbana, proporción que crece explosivamente desde entonces hasta alcanzar el 81% en el 2000.

Los procesos de industrialización y urbanización acelerada fueron responsables por importantes cambios en los patrones de fecundidad de la población. Según datos del Censo, la tasa media geométrica de crecimiento anual de la población pasó de 2,89%, en el período 1960/70, para 1,64% en el período 1991/2000. La tasa de fecundidad que era de 6,3 hijos por mujer en edad fértil en 1960, cayó para 2,3 en 2000, debiendo situarse en 2,0 en 2006, según proyecciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Aunque la caída acelerada de la tasa de fecundidad ocurra en todas las regiones del país, existen importantes diferencias según la escolaridad de las mujeres. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional por Muestreo de Domicilios (PNAD), de 2006, la tasa de fecundidad total que, en 2005, era de 2,1 hijos por mujer en edad fértil, variaba de 4 para mujeres con hasta tres años de estudio a 1,5 para las que poseían ocho o más años de estudio. A pesar de las bajas tasas actuales de fecundidad, la población brasileña aún debe crecer de manera significativa en las próximas décadas, como resultado de la fecundidad pasada. Habrá, también, una importante modificación en la estructura etaria, con envejecimiento de la población, causado por la disminución de la fecundidad y aumento de la expectativa de vida.

Las cuatro décadas entre 1960 y 2000 también fueron marcadas por importantes transformaciones económicas. Según la base de datos macroeconómicos del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEADATA), el Producto Interno Bruto (PIB) per capita pasó de 2.060 dólares, en 1960, para 5.250 en 2000 y 5.720 en 2006 (en valores constantes del dólar de 2006). La agropecuaria, que

era responsable por 25% del PIB en 1960, disminuyó su participación a 8,9 % en 2004, con un crecimiento de 209% en ese período, mientras la industria, que correspondía a 18% del PIB en 1960, pasó a responder por 42% del PIB en 2004, con un crecimiento de 1.727 % en el período.

Entretanto, ese extraordinario aumento de la riqueza producida y la modernización de la economía no significaron una mejora importante en la distribución de la renta. Inclusive con las mejoras recientes en la distribución de renta, relacionadas al control de la inflación, a la estabilidad macroeconómica (proporcionadas por el Plan Real), a la valorización del salario mínimo y a los programas de transferencia de renta intensificados en los últimos años, la distribución de renta en Brasil continúa entre las peores del mundo. Con base en un índice de Gini de 0,57 en 2003, el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de 2007, sitúa a Brasil en 11° lugar entre los países con más alta concentración de renta (en 2006, el índice de Gini cayó a 0,54).

18....

En la esfera del desarrollo social, ocurrieron también grandes cambios en las últimas décadas, destacándose, entre ellos, los ocurridos en la educación. En 1940, 56% de la población brasileña era analfabeta, porcentual que cayó para 40% en 1960 y 13,6% en el 2000. Según la PNAD, en 2006, había 10,4% de analfabetos entre las personas con 15 o más años de edad, observándose, entretanto, importantes diferencias regionales, ya que este porcentual en la región Sur era de 5,76%, mientras en el Nordeste era de 20,8%. Existen, también, importantes diferencias de acuerdo con la renta familiar. El promedio de analfabetos de 10,4%, entre las personas con 15 o más años de edad, variaba de 17,9% para las personas con rendimiento mensual familiar *per capita* menor a medio salario mínimo hasta 1,3% para las personas con más de dos salarios mínimos.

También según la PNAD 2006, hay un extraordinario avance de la escolaridad en el nivel básico, con cobertura casi universal entre los 7 y los 14 años, en todas las regiones, tanto en el área urbana como rural. En el caso de la educación secundaria, la tasa de frecuencia neta entre 15 a 17 años aún es bastante baja para Brasil como un todo (cerca de 47%), con grandes variaciones según región y según ubicación del domicilio (urbano/rural), mientras para la educación primaria es de 95%, sin grandes disparidades según estas variables.

Los importantes avances y contradicciones en el desarrollo económico-social de las últimas décadas son también observados en la situación de salud. Según el IBGE, la tasa de mortalidad infantil (TMI), que era de 124 óbitos en el primer año de vida

para cada mil nacidos vivos en 1960, cayó para 48,3 en 1990; 35,26 en 2000 y 25,1 en 2006. En cuanto a la esperanza de vida al nacer, hubo una ganancia de más de 20 años, entre 1960 y 2006, para Brasil como un todo, pasando de 51,6 a 72,4. Aunque persistan importantes diferencias regionales, como por ejemplo, la expectativa de vida en el Nordeste, en 2006, aún es dos años menor de la que era en el Sur en 1990, hay una tendencia a la disminución de estas diferencias. En 1960, un brasileño que naciese en el Nordeste tenía una expectativa de vida 20 años menor que la de otro brasileño nacido en la región Sur, diferencia esta que cae para cinco años en 2006.

Las tendencias positivas observadas en las últimas décadas con relación a la renta, escolaridad y salud se expresan en la evolución del índice de desarrollo humano (IDH), del PNUD, que pasó de 0,649 en 1975 para 0,800 en 2005.

2.2. La Estratificación Socioeconómica y la Salud

Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de una determinada sociedad, o sea, los determinantes más generales y remotos del modelo de Dahlgren y Whitehead, generan una estratificación económico-social de los individuos y grupos de la población, confiriéndoles posiciones sociales distintas, las cuales a su vez provocan diferenciales de salud. En otras palabras, la distribución de la salud y de la enfermedad en una sociedad no es aleatoria, estando asociada a la posición social que, a su vez, define las condiciones de vida y trabajo de los individuos y grupos.

...19

En esta sección, son presentadas algunas asociaciones entre estratificación socioeconómica (según renta, escolaridad, género, color de piel y lugar de vivienda) y resultados de salud, destacando las inequidades en salud derivadas de la posición social ocupada por individuos y grupos de la población.

La realización de exámenes preventivos para cáncer de mama y de cuello uterino, así como de consulta prenatal son buenos ejemplos de las desigualdades de acceso y utilización de servicios de salud, de acuerdo con la escolaridad, observándose un nítido gradiente según esta variable. La proporción de mujeres de 25 años de edad o más, que ya realizaron alguna vez examen de mamografía varía de 24,3%, para las mujeres sin instrucción o con menos de un año de estudio, hasta 68,1% para aquellas con 15 años o más. La proporción de mujeres de 25 años de edad o más, que realizaron alguna vez examen preventivo para cáncer de cuello uterino varía de 55,8%, para aquellas con menos de un año de estudio, hasta 93,1% para mujeres con 15 años o más. Entre las mujeres con 12 o más años de estudio, 20% de sus hijos

nacieron después de un prenatal con siete o más consultas, al paso que para aquellas sin instrucción ese porcentual cae para 1,2%. Inversamente, entre las mujeres sin instrucción, 14,4% de sus hijos nacieron sin que hubiese ninguna consulta prenatal, porcentaje que cae para 2,7% entre aquellas con 12 o más años de estudio.

2.3. Condiciones de Vida, Trabajo y Salud

En este ítem, se presentan algunos aspectos fundamentales de las condiciones de vida y trabajo, con énfasis en las desigualdades existentes entre estas condiciones y su asociación con la situación de salud. Se destacan las condiciones de alimentación y nutrición, saneamiento básico y vivienda, condiciones de empleo y trabajo, ambiente y salud, acceso a servicios de salud y acceso a la información.

Alimentación y Nutrición

20... En las últimas décadas, Brasil ven pasando por un proceso de transición nutricional, que consiste en la sustitución de un estándar alimentario basado en el consumo de cereales, frijoles, raíces y tubérculos por una alimentación más rica en grasas y azúcares. Conforme ocurre con los procesos de transición demográfica y epidemiológica, el proceso de transición nutricional es también marcado por la superposición de patrones, por la temporalidad indefinida y, sobre todo, por las desigualdades de acuerdo con la estratificación socioeconómica.

Ese cambio en los patrones alimentarios viene aumentando el riesgo de sobrepeso y obesidad, condiciones que contribuyen de forma importante para el apareamiento de enfermedades crónicas e incapacidades. La Investigación de Presupuesto Familiar (IPF), de 2003, mostró que el número de brasileños adultos con exceso de peso se había prácticamente duplicado con relación a 1974, cuando fue hecha la Encuesta Nacional de Gastos Familiares. En 2003, el exceso de peso afectaba, en promedio, a cuatro de cada diez brasileños adultos, superando en cerca de ocho veces el déficit de peso entre las mujeres y en quince veces entre los hombres. Considerando el universo de brasileños con edad de 20 años o más, el IBGE estima que haya 3,8 millones de personas (o 4,0%) con déficit de peso y 38,8 millones (40,6%) con exceso de peso, de las cuales 10,5 millones son considerados obesos.

Saneamiento Básico y Vivienda

La PNAD registró mejora en los índices de cobertura de los servicios de agua y desagüe en el período de 1999 a 2004. De acuerdo a la PNAD 2004, el porcentual de

domicilios particulares permanentes atendidos por la red general de abastecimiento de agua aumentó de 80% para 83% y el porcentual de domicilios que cuentan con desagüe sanitario adecuado (red colectora o fosa séptica) aumentó de 65% a 70%, en el referido período. Entretanto, hay que se destacar las desigualdades regionales y entre municipios. En 2005, mientras que en las regiones Sur y Sudeste, respectivamente 83% y 91% de la población estaban cubiertos por la red general de abastecimiento de agua, en las regiones Norte y Nordeste la cobertura de esos servicios alcanzaba apenas 54,8% y 72% de la población, respectivamente. En lo que se refiere a las regiones metropolitanas de las capitales, las diferencias también son bastante significativas. Por ejemplo, la proporción de la población cubierta por la red de desagüe sanitario, en 2005, variaba de 44,26% en Recife y 66,33% en Fortaleza hasta 92,21% en Curitiba y 91,97% en Porto Alegre.

Condiciones de Empleo y Trabajo

Los problemas de salud de los trabajadores están íntimamente relacionados con el grado de desarrollo alcanzado por un país o una región. Acompañando las grandes diferencias en el desarrollo social y económico de las diversas regiones de Brasil, las características de la salud de los trabajadores y de las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo muestran un patrón mixto, caracterizando una doble carga de enfermedades. Se verifica la presencia de algunas enfermedades ya controladas en países desarrollados, como la silicosis y otras neumoconiosis, envenenamiento por plomo y asbestosis, junto a otras “nuevas” enfermedades relacionadas al trabajo, como afecciones musculoesqueléticas, enfermedades dermatológicas causadas por compuestos químicos, además de los síntomas y desórdenes mentales relacionadas al estrés. La combinación de formas tradicionales y nuevas de organización del trabajo acaba por determinar altos niveles de exposición a los peligros químicos y físicos, tareas repetitivas, excesivo uso de fuerza, posturas inadecuadas, exposición al estrés y factores psicosociales, causando sufrimiento e incapacidades temporales y a largo plazo.

...21

De acuerdo con los datos oficiales, referentes, únicamente, a los trabajadores formales, en 2005, 2.700 trabajadores murieron y 491.000 quedaron fuera del trabajo recibiendo beneficios del seguro del trabajador. En el período de 2000 a 2002, el Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) reconoció 58.978 casos de enfermedades relacionadas al trabajo, lo que corresponde a una cobertura de tan sólo el 23% de los trabajadores, aquellos que tienen contratos formales y son elegibles para beneficios. Consecuentemente, un gran número de casos permanece desconocido.

Ambiente y Salud

El impacto de la polución del aire en la salud, en Brasil, ha sido ampliamente documentado en la literatura. Los estudios han mostrado que los aumentos en los niveles de contaminadores del aire se asocian a incrementos en la mortalidad y en la morbilidad, tanto por problemas respiratorios como cardiovasculares, en especial entre ancianos y niños. Otros efectos se refieren a pérdidas económicas, aumento del ausentismo escolar, días de trabajo perdidos, asma y nebulizaciones.

En la década de los 90, las primeras estimativas de efecto de la polución del aire mostraron que la mortalidad total de ancianos está directamente asociada a la variación del material particulado inhalable (PM10), pues variaciones de $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en sus concentraciones aumentan las muertes de ancianos en 1,3%. Entre esas muertes, la mayor parte se debe a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Los efectos de los contaminantes pueden ser modulados por la condición socioeconómica de aquellos que están expuestos. Los individuos presentan respuestas diferentes a estímulos semejantes en función de sus condiciones de vida. Este punto es de fundamental importancia en la formulación de políticas públicas orientadas al establecimiento de metas de reducción de emisión de contaminadores.

22...

Acceso la Servicios de Salud

A pesar de los innegables avances en la producción de servicios y de los principios de universalidad y equidad que rigen el Sistema Único de Salud (SUS), aún se observan importantes desigualdades en la oferta de recursos y servicios, así como una fuerte influencia de la posición social de los individuos en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud.

Datos de la PNAD de 2003 muestran que las personas de la clase de mayor renta tienen 59,5% más probabilidades de usar servicios de salud que aquellas de la clase de menor renta. El mismo efecto es observado con relación a la escolaridad: entre los individuos con nueve o más años de escolaridad la probabilidad de uso es 20,9% mayor que la de las personas de menor escolaridad. A pesar de la persistencia de un patrón de marcadas desigualdades sociales en el uso de servicios de salud, tanto para adultos como para niños, se observa una tendencia de reducción al compararse con las informaciones obtenidas en la PNAD de 1998.

Acceso a la Información

Un determinante social de la salud, cuya importancia no siempre es reconocida con el énfasis que merece es el acceso a la información. El acceso a la información en salud está hoy enormemente facilitado por las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC), particularmente la Internet, las cuales pueden ejercer gran influencia sobre la situación de salud y, en particular, sobre las inequidades en salud. Entretanto, este potencial de las TIC está amenazado si no se resuelven las inequidades de acceso a estas tecnologías, también denominadas brecha digital o *digital divide*. Según el Instituto Brasileño de Opinión Pública y Estadística - IBOPE/Netratings, en el tercer trimestre de 2007, los usuarios de Internet en Brasil, a pesar de un crecimiento de aproximadamente 21% con relación al año pasado, son actualmente cerca de 39 millones, una minoría de la población total, que a través de este medio consigue acceso a bienes y oportunidades para ascender socialmente. Datos de la PNAD 2006 muestran enormes desigualdades en el acceso a Internet según escolaridad, renta y región de vivienda, con gradientes que llegan a más de 60 o 70 veces de diferencia entre los dos grupos situados en los extremos de renta y escolaridad.

...23

2.4. 4. Redes Sociales, Comunitarias y Salud

Las redes sociales y comunitarias son constitutivas del llamado capital social, entendido éste como el conjunto de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos. El desgaste del capital social es un importante mecanismo a través del cual las inequidades socioeconómicas impactan negativamente en la situación de salud. Países con frágiles lazos de cohesión social resultantes de tales inequidades son los que menos invierten en capital humano y en redes de apoyo social, y son también donde hay menor participación en la definición de políticas públicas.

Son pocos los estudios realizados en la población brasileña que relacionan redes sociales y comunitarias con problemas en materia de salud, lo que puede ser explicado, en parte, por la falta de dominio de metodologías adecuadas para abordar estos objetos. Estudios con poblaciones de ancianos mostraron que el mantenimiento de la independencia para las actividades de la vida diaria, autonomía y satisfacción con relaciones familiares y amistades fueron factores predictivos independientes del envejecimiento con calidad de vida, tanto para hombres como para mujeres. Estudios sobre asociación entre trastornos mentales comunes y apoyo social muestran que personas con bajo apoyo social presentaron mayor prevalencia de trastornos mentales comunes que las personas con mayor apoyo social. El apoyo

social se mantuvo asociado a los trastornos mentales comunes inclusive después del ajuste por edad, escolaridad y participación en el mercado de trabajo.

2.5. 5. Comportamientos, estilos de vida y salud

Esta sección está basada en la revisión de la literatura reciente sobre dieta, ejercicio físico, tabaquismo y alcoholismo y su distribución entre los diversos grupos sociales.

Dieta

El consumo de frutas y verduras es bajo, en Brasil como un todo, y cuanto mayor es la renta y la escolaridad, mayor es el consumo de estos alimentos. Hay una participación directa de la renta en el patrón de consumo: a cada 1% en el aumento de la renta, se observa un aumento de 0,04% de las frutas, legumbres y verduras (FLV) en la composición de la dieta; por otro lado, la disminución de 1% en el precio de estos productos aumenta su participación en la dieta en 0,2%.

Tabaquismo

24...

Comparando dos encuestas nacionales (Encuesta Nacional de Salud – PNS/1989 y Encuesta Mundial de Salud – PMS/2003), hubo una reducción importante en el hábito de fumar, en todas las franjas etarias, en ambos sexos y en el medio urbano y rural. Sin embargo, se observan desigualdades en la intensidad de la reducción, de acuerdo con el poder adquisitivo y la escolaridad. En el caso del poder adquisitivo, el patrón fue semejante en hombres y mujeres: cuanto menor la renta, menor la intensidad de la reducción; ya para escolaridad, las diferencias fueron más acentuadas en las mujeres: cuanto menor la escolaridad, menor la reducción. Las mujeres con escolaridad igual o menor a cuatro años presentaron el doble de prevalencia de tabaquismo comparado con aquellas con escolaridad entre 9 a 11 años de estudio. En realidad, las desigualdades se acentuaron en 2003, a pesar de la disminución en todas las categorías.

Alcoholismo

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), la prevalencia de consumo de bebida alcohólica, en las 15 capitales brasileñas y en el Distrito Federal, varió de 32,4% a 58,6%. La prevalencia de consumo en los hombres varió de 48,9% a 72,1%, mientras que en mujeres esta variación fue de 19,7% a 47,5%, debiéndose observar que incluso la mayor tasa encontrada para mujeres (47,5%) fue inferior a la menor encontrada para hombres.

En sociedades desarrolladas, principalmente los países europeos, esas diferencias de género no son tan evidentes, en torno de 10% a 20%. En los países en desarrollo, esas diferencias son mayores, siendo que en América Latina, esas diferencias variaron de 20% a 100%, dependiendo del país. Esta variación puede ser explicada por el tipo de bebida consumida con más frecuencia. En Porto Alegre, en la región Sur, donde se concentra la producción vinícola del país, se observó la menor diferencia por género (40%).

Las diferencias por género acostumbran ser aún más distintivas cuando se evalúa el consumo de riesgo. Entretanto, las tasas de este indicador, en este estudio, quedaron entre 4,6% y 11,1%. En la región Sur, a pesar de las tasas de consumo haber sido altas, en comparación a las encontradas en las otras regiones, las tasas para consumo de riesgo se encontraron entre las menores, lo que debe estar relacionado a las diferencias regionales en el tipo de bebida consumida.

2.6. 6. Salud Materno-Infantil

Esta sección consta de dos componentes. El primero de ellos analiza los determinantes de la mortalidad de la infancia en Brasil y Regiones, destacando entre ellos la renta y escolaridad de la madre. El segundo está basado en una revisión de la literatura científica sobre diversos aspectos de la salud materno-infantil en Brasil.

...25

Algunos Determinantes de la Mortalidad en la Infancia en Brasil

La mortalidad en la infancia, es decir en menores de cinco años, ha sido utilizada como un buen indicador de evaluación de las condiciones de salud y de vida de la población. En su fase más reciente (1990-2005), la mortalidad en la infancia, en Brasil, pasa de 53,7 óbitos de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, para 28,8%, es decir, una disminución de 46,4 %.

A pesar de los avances alcanzados en el indicador, persisten, aún, profundos contrastes regionales. Durante el período, la región Nordeste presentó caídas en la mortalidad en la infancia de aproximadamente 55%, es decir, 10 puntos porcentuales sobre el promedio nacional. No obstante, el valor de la tasa, en esa región, en 2005 (38,9%), aún representa el doble de la observada para las regiones Sudeste y Sur del país, significando una mejora, en la medida que, en 1990, esa relación era de 2,5.

Existe una relación inversa entre el nivel de educación de la madre y la mortalidad en la infancia, es decir, a medida en que aumenta la escolaridad materna, disminuye de forma intensa la mortalidad de menores de 5 años. En este sentido, para Brasil

como un todo, en 1990, mientras esta mortalidad, que era de 89,7% en niños cuyas madres tenían menos de cuatro años de instrucción, se reduce a 30,3% en niños con madres con nivel de instrucción superior a ocho años, representando un diferencial de 196,6%.

La misma situación de desigualdad en la sobrevivencia de niños se repite cuando se considera el impacto de otra variable socioeconómica importante, como es el caso de la renta. Esta variable, cuando es desagregada por quintiles de renta familiar *per capita*, muestra que la mortalidad en la infancia es siempre superior para los quintiles de renta familiar *per capita* más pobre. De modo general, se nota que las diferencias entre los tres primeros quintiles de renta familiar *per capita* son pequeñas, acentuándose en los dos últimos quintiles, independientemente de la unidad espacial analizada.

Revisión de la Literatura sobre Salud Materno-Infantil

26... Fue realizada una revisión de la producción científica brasileña e internacional sobre los diferenciales en salud de madres y niños menores de cinco años en Brasil, según grupos socioeconómicos y cubriendo el período de 1990 hasta mediados de 2007.

Los resultados de la revisión no dejan dudas sobre la presencia de marcadas inequidades sociales en salud y nutrición infantil en todo el país, evidenciadas en los indicadores de mortalidad, morbilidad, situación nutricional y utilización de servicios de salud. De todos los indicadores estudiados, los resultados muestran que los pobres casi siempre presentan situación menos favorable en términos de atención prenatal, peso al nacer (tanto por retardo en el crecimiento intrauterino como por parto prematuro), amamantamiento exclusivo, cobertura de vacunación, consultas preventivas, morbilidad, desnutrición, deficiencias de micronutrientes, desarrollo cognitivo y, consecuentemente, mortalidad.

Los pocos indicadores que son peores entre las madres y niños de familias ricas incluyen el parto por cesárea, sobrepeso/obesidad y el uso de terapia de rehidratación oral durante episodios de diarrea. Investigaciones recientes sobre amamantamiento muestran que esta práctica, que antes era más común entre los niños de familias pobres, ahora es más común entre los de nivel socioeconómico más elevado, por lo menos para los primeros seis meses de vida.

2.7. Salud Indígena

El más reciente censo demográfico (2000) muestra que los niveles de escolaridad de los indígenas permanecen muy bajos y que hay diferencias importantes en las tasas

de fecundidad total de las mujeres indígenas urbanas (2,7 hijos) y rurales (5,7 hijos). Los datos de censos muestran, también, una tasa de mortalidad infantil para los indígenas en 2000 (51,4 por mil nacidos vivos) significativamente más elevada que la tasa nacional (de 30,1 por mil). La mortalidad infantil indígena es muy superior a la de los demás grupos de color/raza, inclusive de los niños “negros” y “pardos” (34,9 y 33,0 por mil, respectivamente).

Las infecciones respiratorias agudas y las diarreas son las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años. La desnutrición alcanza a más de una cuarta parte de los niños menores de cinco años y, quizá, a más de la mitad de ellas. Condiciones precarias de saneamiento y vivienda, aliadas a la baja cobertura y calidad de los servicios de salud, interactúan, conduciendo al agravamiento y deterioro de las condiciones nutricionales de los niños indígenas.

3. RECOMENDACIONES

Esta sección incluye una serie de recomendaciones para intervenciones sobre los DSS, con el propósito de contribuir a la superación de los problemas señalados en este informe, particularmente para el combate a las inequidades en salud. ...27.

3.1. 1. Las políticas y programas en curso

Fue realizado un mapeo de las acciones de políticas sociales que tienen relación con los determinantes sociales de la salud y que son ejecutadas, principalmente, por otros ministerios aparte del de Salud, verificando su ejecución presupuestaria en el trienio 2004-2006, e identificando las que son objeto de la actuación de esos varios órganos y presentan posibilidades o potencialidades de articulación con el sector salud.

Los valores y el volumen de acciones envueltas indican que el conjunto temático estudiado ocupa lugar destacado en la agenda política del gobierno federal. El crecimiento de los valores envueltos indica que no hubo, de manera general, depreciación en los niveles de inversión en el sector.

En lo referente a la articulación de las políticas, programas y acciones, los datos sugieren: (1) baja articulación entre los temas elegidos, (2) baja articulación entre los órganos ejecutores, (3) baja articulación del Ministerio de Salud en cuanto a su participación en las acciones estudiadas, (4) fragmentación de las acciones, (5) probable duplicación de acciones, (6) competencia entre órganos públicos federales y baja coordinación entre estos. A despecho del carácter descriptivo de esta revisión, es

posible adelantar algunas implicancias en términos de políticas públicas: (1) ampliar el nivel de inversión de las acciones estudiadas; (2) promover la racionalización de las inversiones, concentrándolas en las acciones que presentaron mayor consistencia a lo largo del tiempo; (3) promover la articulación de estas acciones e integrar los varios órganos federales envueltos en la ejecución de programas y acciones, inclusive el Ministerio de Salud, en una agenda común pautada por los determinantes sociales de la salud.

3.2. La Institucionalización de Procesos

Las intervenciones sobre los DSS, con el objetivo de promover la equidad en salud, deben contemplar los diversos niveles señalados en el modelo de Dahlgreen y Whitehead, es decir, deben incidir sobre los determinantes *proximales*, vinculados a los comportamientos individuales, *intermediarios*, relacionados a las condiciones de vida y trabajo y distales, referentes a la macroestructura económica, social y cultural. Para que las intervenciones en los diversos niveles del modelo sean viables, efectivas y sustentables, deben estar fundamentadas en tres pilares básicos: la *intersectorialidad*; la *participación social* y las *evidencias científicas*.

28...

Con propósito de institucionalizar un proceso sustentable de coordinación de las acciones intersectoriales sobre los DSS, que permita superar los problemas de baja articulación anteriormente mencionados, la CNDSS recomienda establecer, en el ámbito de la Casa Civil de la Presidencia de la República, una instancia de *Acciones Intersectoriales para Promoción de la Salud y Calidad de Vida*, que deberá responsabilizarse por el seguimiento y evaluación de proyectos, programas, intervenciones o políticas relacionadas a los DSS, desarrolladas por las diversas instituciones representadas.

Esta instancia debe ser coordinada por la Casa Civil de la Presidencia de la República. El Ministerio de Salud deberá funcionar como Secretaria Técnica/Ejecutiva. Se recomienda que, en un primer momento, sea dada prioridad a las acciones intersectoriales relacionadas a la *promoción de la salud en la infancia y adolescencia*, y al fortalecimiento de las *redes de municipios saludables*. Además, se propone el fortalecimiento de otras dos estrategias de la promoción de la salud, experimentadas con éxito en diferentes contextos: *las escuelas promotoras de la salud* y *los ambientes de trabajo saludables*.

Para la producción regular de evidencias científicas sobre los DSS, se sugiere la creación de un *programa conjunto MCT/MS* para apoyo, a través de edictos periódicos, a

proyectos de investigación sobre DSS y para el establecimiento de redes de intercambio y colaboración entre investigadores y gestores, procurando el seguimiento de los proyectos y utilización de resultados. Se sugiere, también, establecer un sistema de monitoreo de las inequidades en salud y de evaluación del impacto de acciones intersectoriales sobre la salud.

Para la promoción de la *participación social*, con la finalidad de proporcionar la necesaria base de apoyo político a las acciones sobre los DSS y para 'empoderar' los grupos poblacionales vulnerables, se sugiere fortalecer los mecanismos de gestión participativa, principalmente los Consejos Municipales de Salud.

ANEXO

Las actividades desarrolladas por la CNDSS estuvieron organizadas en cinco líneas de acción. En el ámbito de cada una de estas líneas, fueron desarrolladas diversas actividades que contaron con la participación de especialistas, profesionales y participantes de instituciones colaboradoras, además de miembros de la Comisión.

La primera línea de acción se refiere a la *Producción y Difusión de Conocimientos e Informaciones*, teniendo como objetivo producir conocimientos e informaciones sobre las relaciones entre los determinantes sociales y la situación de salud, particularmente las inequidades en salud, con el fin de fundamentar políticas y programas.

La segunda línea de acción se refiere a *Políticas y Programas* y tuvo como objetivo promover, coordinar y evaluar políticas, programas e intervenciones gubernamentales y no gubernamentales sobre los DSS, realizadas a nivel local, regional y nacional.

La tercera línea de acción se refiere a la *Movilización de la Sociedad Civil* y tuvo como objetivo llamar la atención de diversos sectores de la sociedad sobre la importancia de los DSS y las posibilidades de actuación sobre ellos.

La cuarta línea de acción corresponde a la *Construcción y Mantenimiento del Portal sobre DSS* (www.determinantes.fiocruz.br), con el objetivo de coleccionar y registrar informaciones y conocimientos sobre DSS, disponibles en los sistemas de información y en la literatura científica nacional e internacional, constituyéndose en un espacio de referencia para los interesados en el tema.

La quinta línea de acción se refiere a la *Cooperación Internacional*, que incluye Cooperación con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH) y con los países de América Latina, para la promoción del enfoque de DSS en sus políticas de salud y/o creación de sus respectivas comisiones nacionales.

.....

Formato: 14,8 X 21cm
Tipologia: Caxton Lt Bt e Calibri
Papel: Cartão Supremo 250g/m² (capa)
e Offset 75g/m² (miolo)
CTP, impressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, março de 2009.

Não encontrando nossos títulos em livrarias
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Fax: (21) 3882-9007
<http://www.fiocruz.br>
e-mail: editora@fiocruz.br

