

GESTION DEL CONOCIMIENTO.

DETERMINANTES, EQUIDAD SOCIAL Y EN SALUD.

Cali, diciembre de 2017.

Gus Bergonzoli. MD – Epidemiolgo
Director Fundacion para la Producción y Gestión del Conocimiento
(PROGESCO).
fundaprogesco@gmail.com

PRESENTACIÓN:

- Epistemología de la Salud
- Producción social de la Salud
- Determinantes sociales
- Promoción de la Salud
- Inequidades en Salud
- Desafíos

Proceso de Gestion del Conocimiento

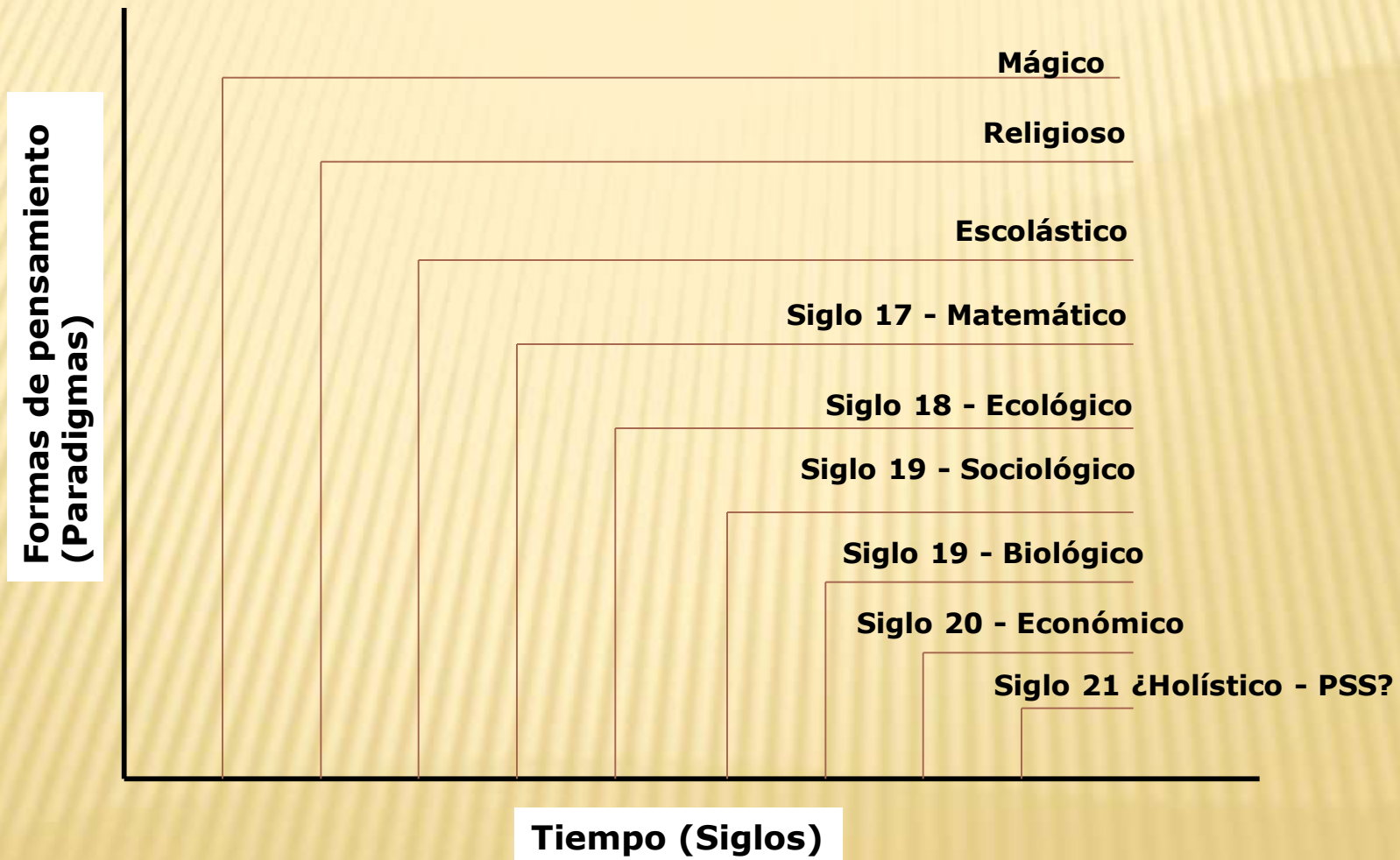
**¿Dónde está la sabiduría (Evidencias)
que hemos perdido en el conocimiento?**

**¿Dónde está el conocimiento
que hemos perdido en la información?**

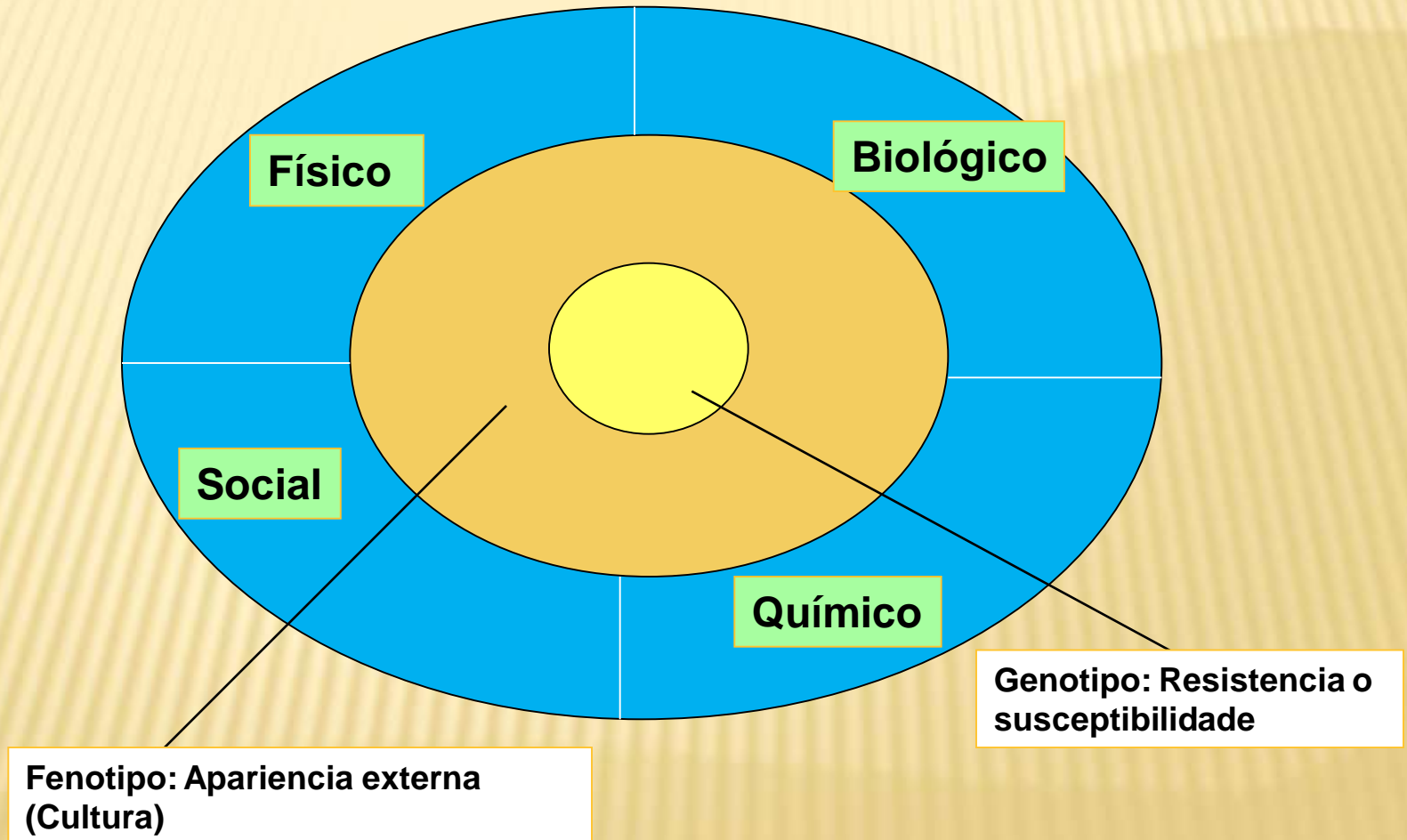
**¿Dónde está la información
que hemos perdido en los datos?**

**Fuente: Tomas Elliot
(1819-1888)**

Evolución Epistemológica del concepto Salud-Enfermedad.

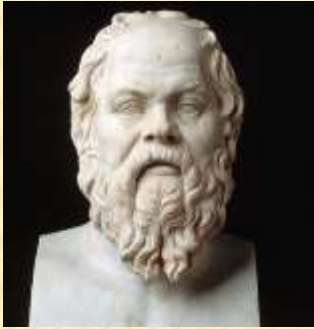


Mecanismo de producción de los fenómenos Sociales (Colectivos).



La diferencia no la hace la genética!!

Produccion Social de la Salud



470 – 399. AC

Definid, y no discutireis

Salud en el marco de la Producción Social – Definición.

Salud: es el producto del desarrollo armónico de la sociedad. **(DSS)**

Fonte: G. Bergonzoli. RVS, 1994

Promoción de Salud: es la estrategia mediante la cual se proporcionan los medios (recursos) necesarios para mejorar la salud y mantener un mayor control sobre la misma.

Fuente: Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No. 557, OPS., 1996.

Determinantes de la Salud

-Marcos conceptuales-

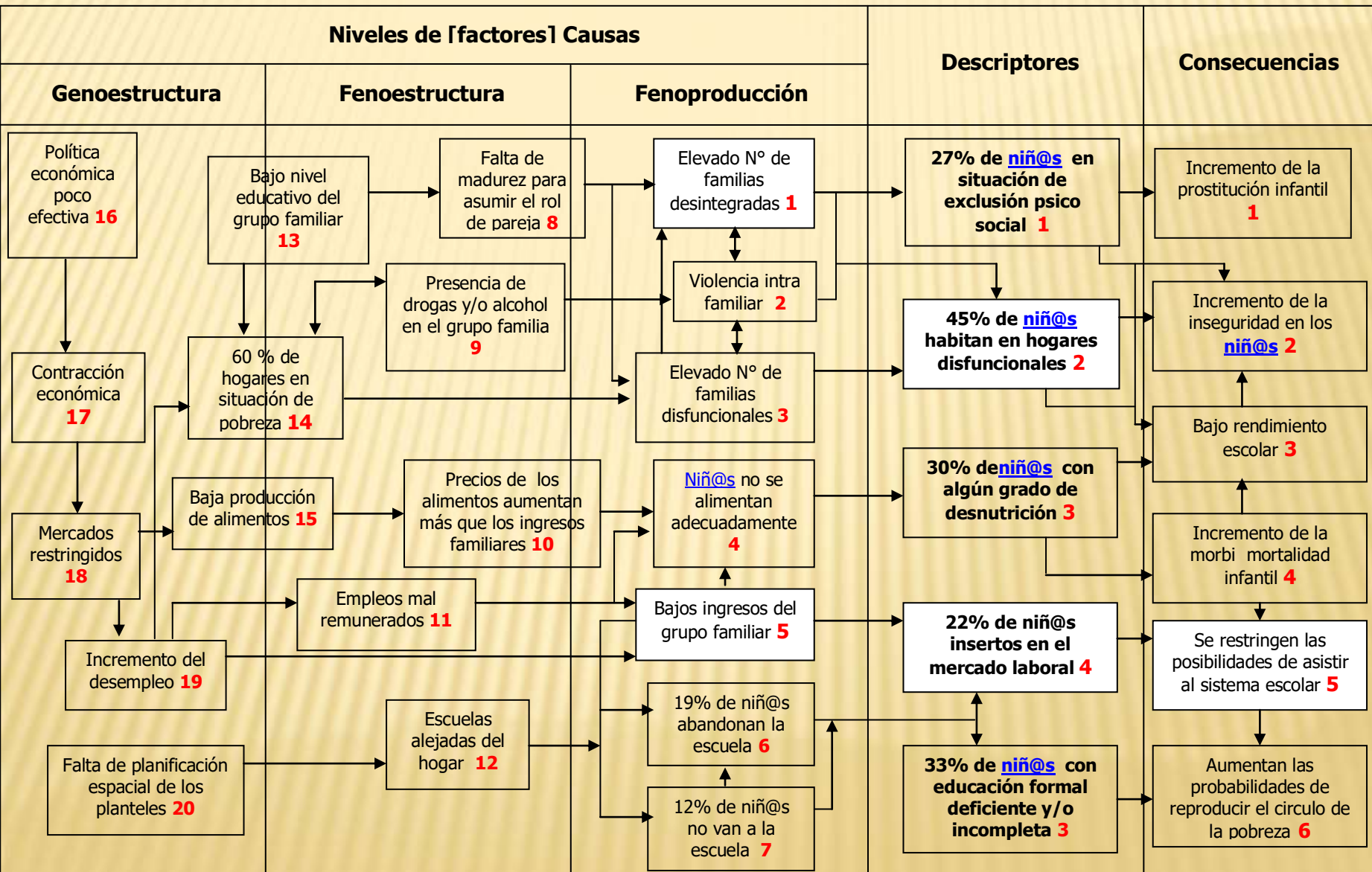
Qué se entiende por Determinante Social de la Salud?

Segun la OMS: "Son las condiciones en que la gente nace, crece, se desarrolla y muere".

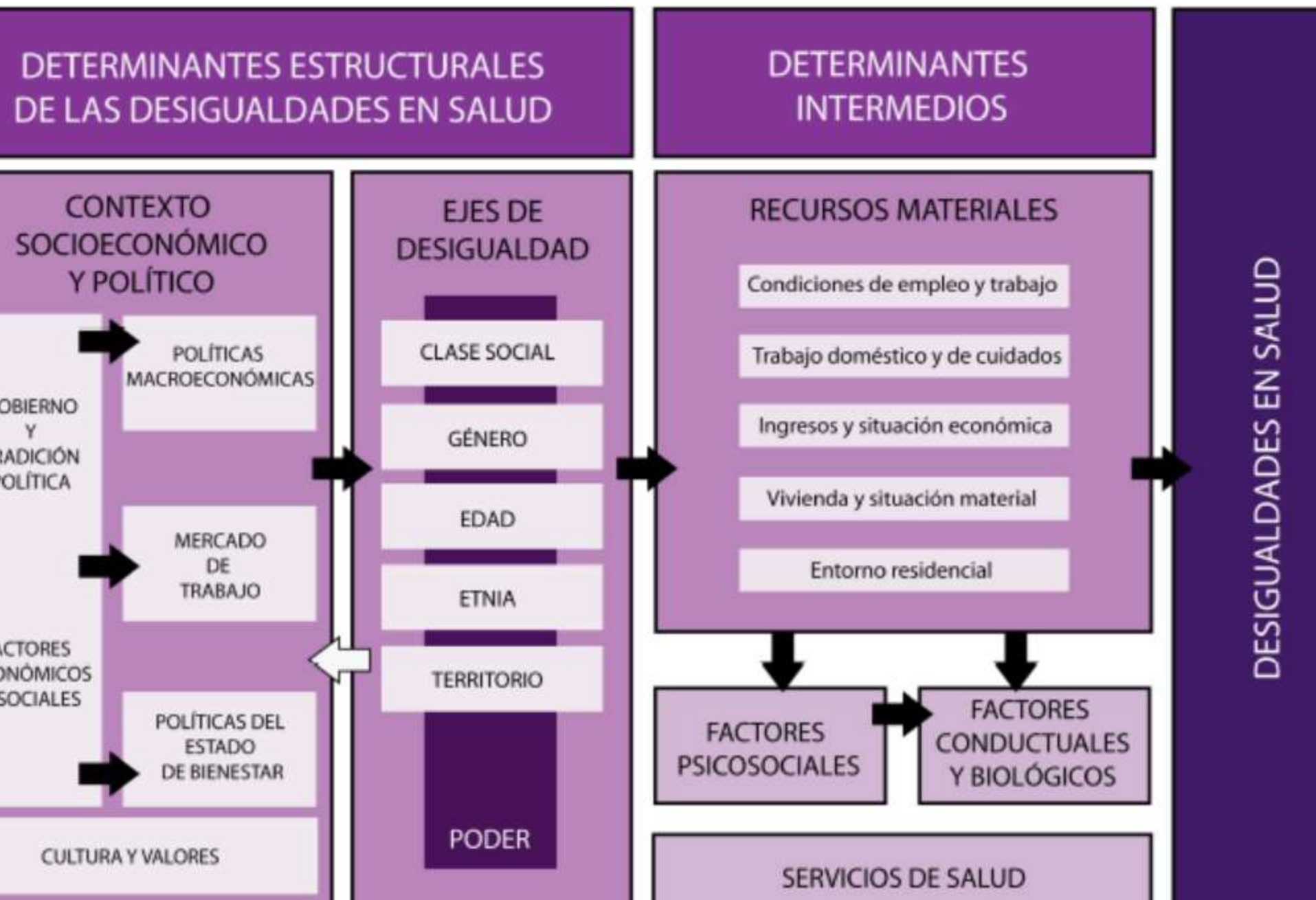
Definición: "Un DSS es un vector-fuerza que representa una decisión política"

Por lo tanto, implica un grupo de poder que decide intervenciones que producen beneficio en unos en detrimento de otros.

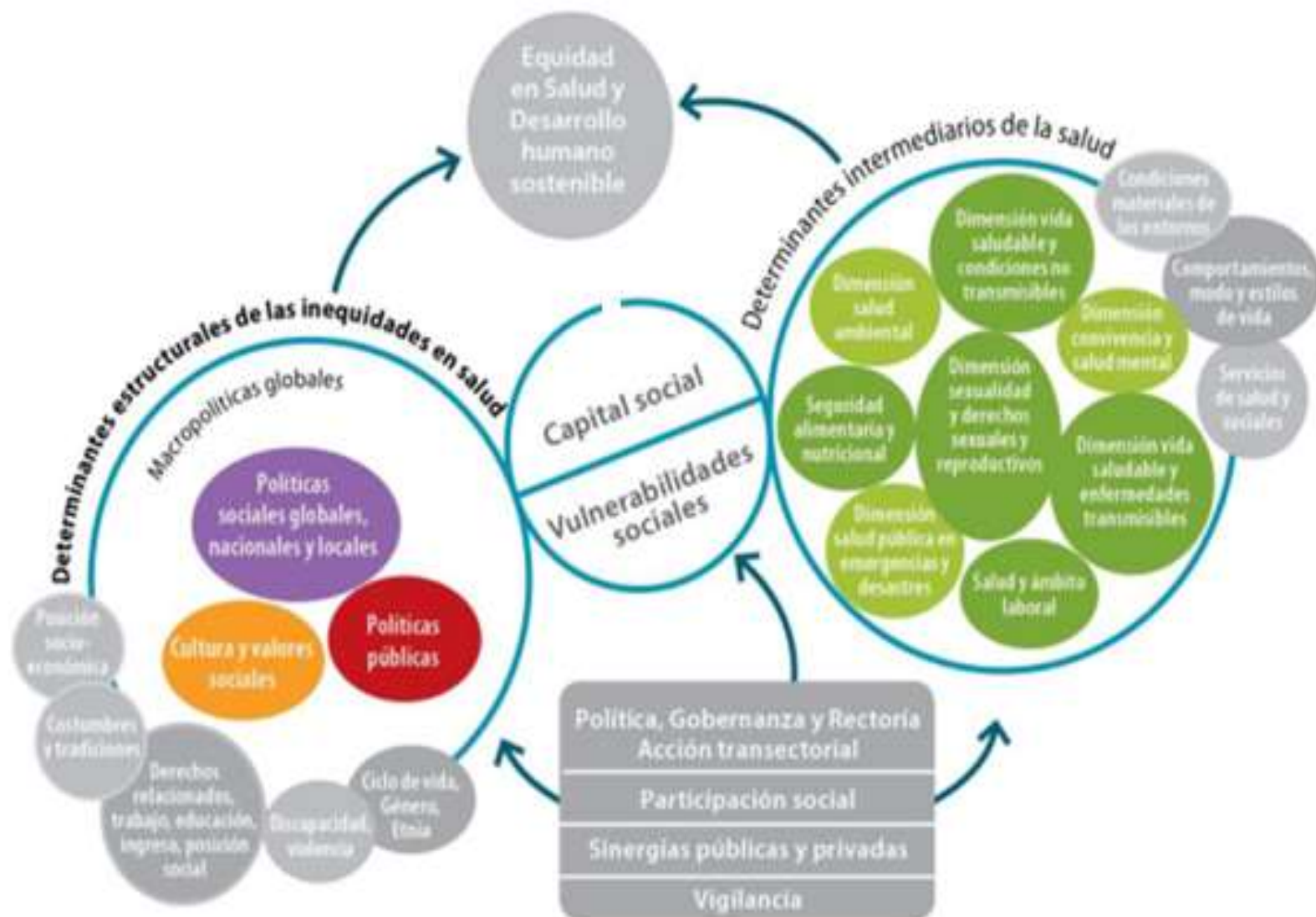
Flujograma Situacional



Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin¹ y Navarro⁷.

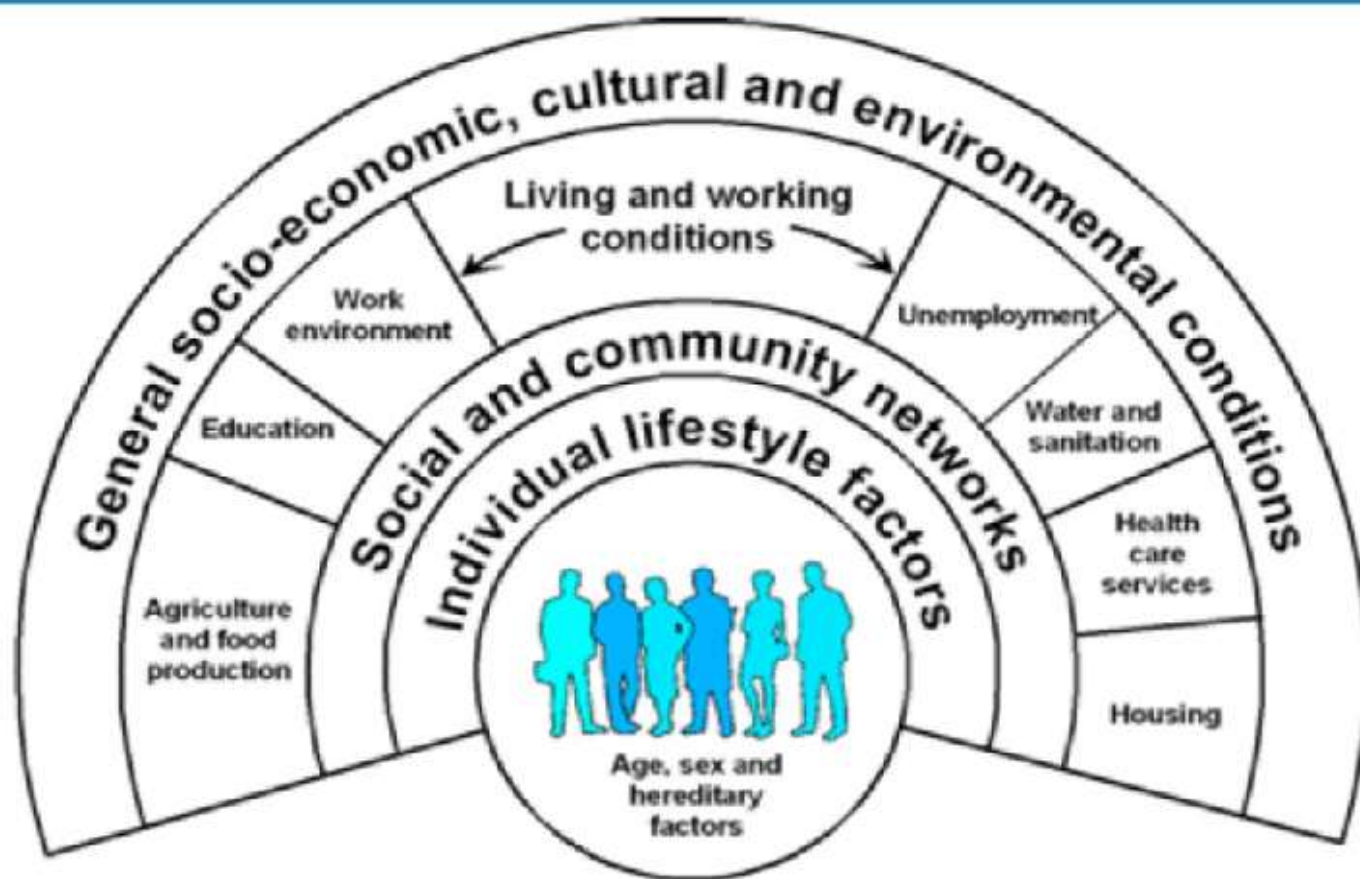


Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud en el PDSP 2012-2021

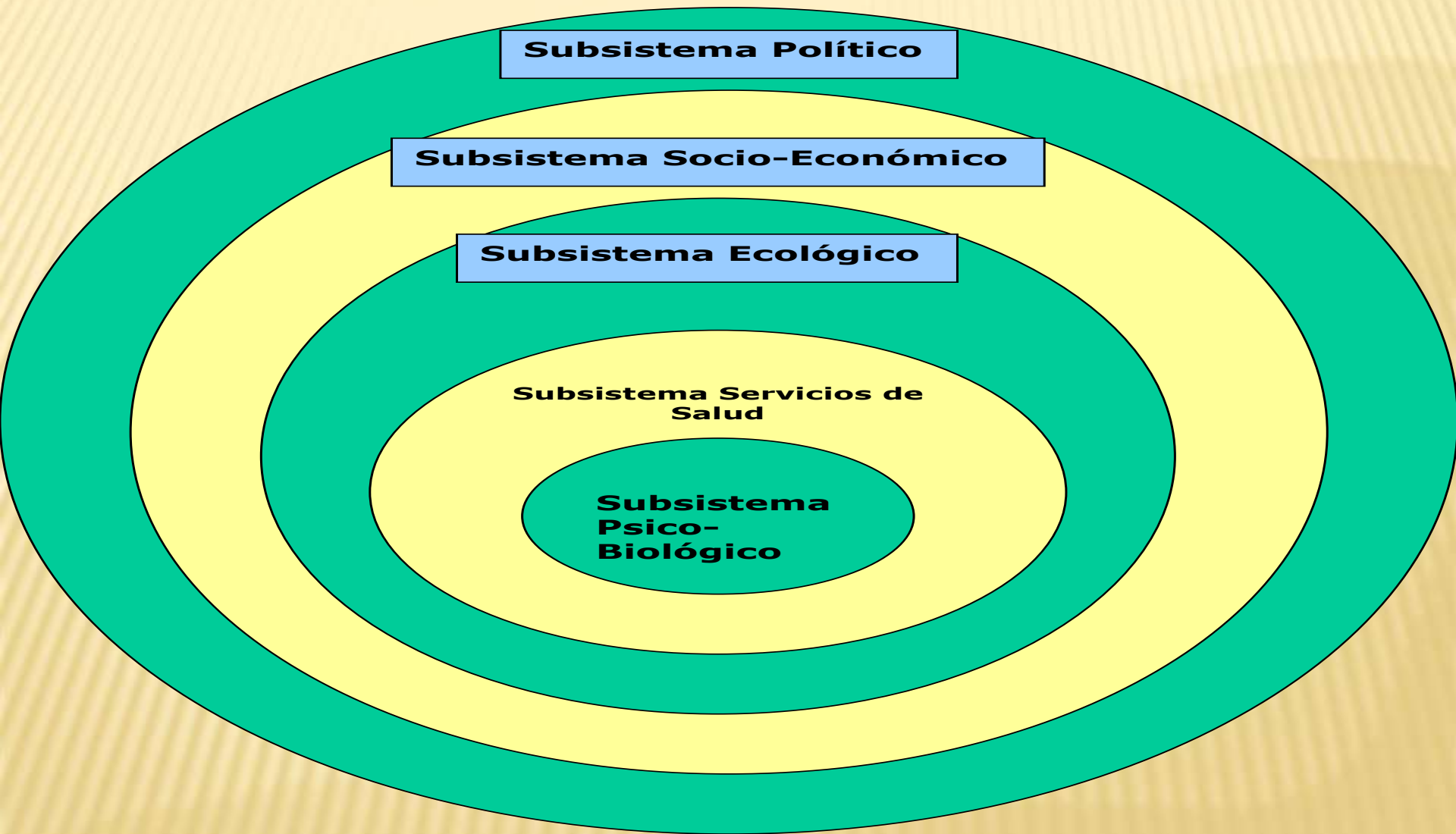


Fuente: J. Acosta. Adaptación del Modelo Conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud, 2010.

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud?



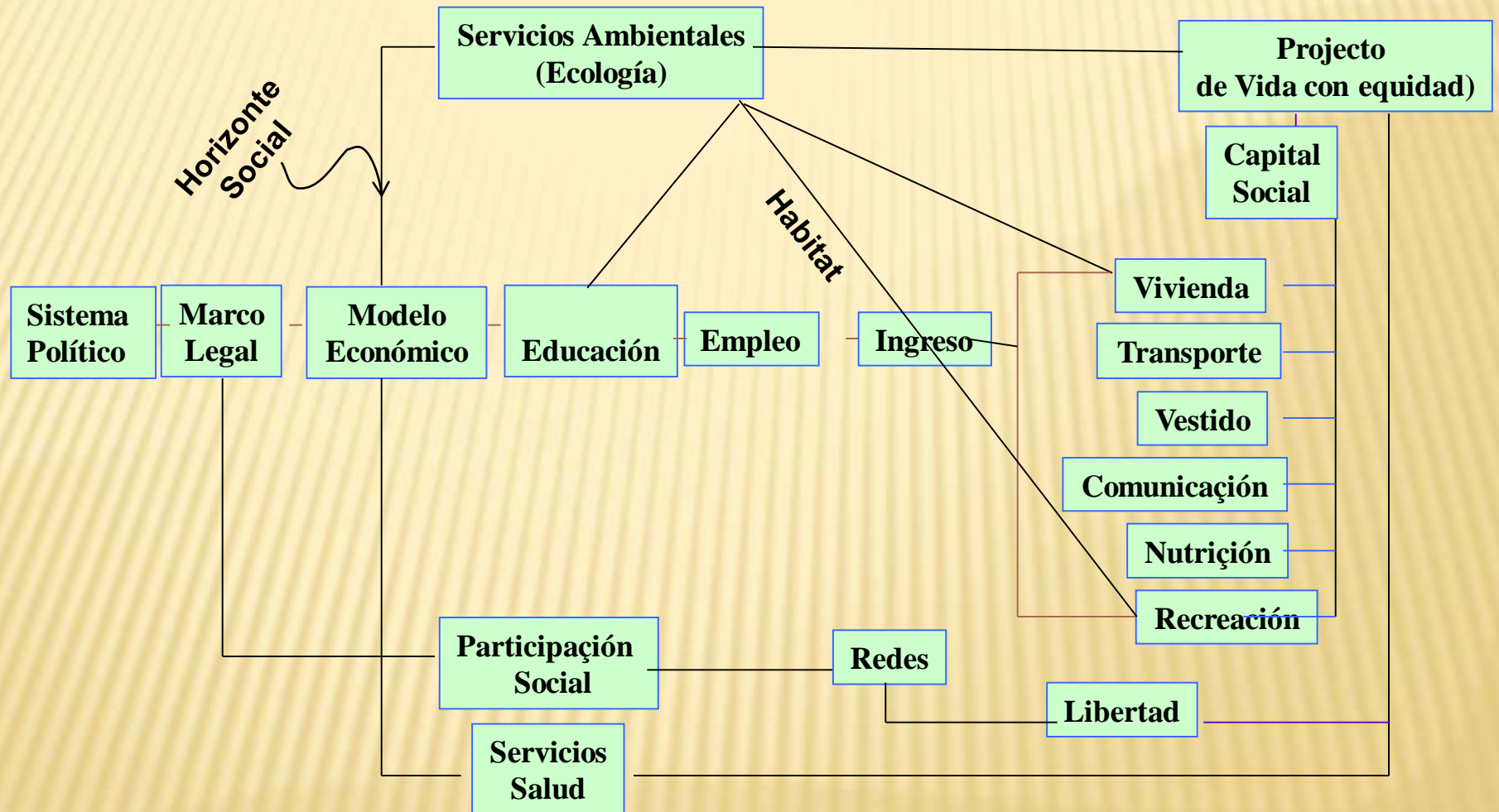
Determinantes de la Salud



Determinantes y Salud Pública - FESP



DETERMINANTES DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE SALUD [BIENESTAR]



DETERMINANTES DE LA SALUD: LAS EVIDENCIAS.

- ✗ Gradiente social
- ✗ Stress
- ✗ Curso de vida [Vida temprana]
- ✗ Exclusión social
- ✗ Ambiente laboral
- ✗ Desempleo
- ✗ Redes sociales [Apoyo]
- ✗ Adicciones [Drogas legales e ilícitas]
- ✗ Alimentación
- ✗ Transporte

¿POR QUE ENFATIZAR EN LOS DETERMINANTES SOCIALES?

- ✘ Los determinantes sociales tienen un impacto directo en la salud.
- ✘ Los determinantes sociales estructuran otros determinantes de la salud.
- ✘ Son las ‘causas de las causas’ (Red circular [niveles envolventes – Teoria del Caos] de causalidad).

shift^o Obesity System Influence Diagram

Full Map

Clusters

Core Loop

Individual Psychology

Social Psychology

Individual Activity

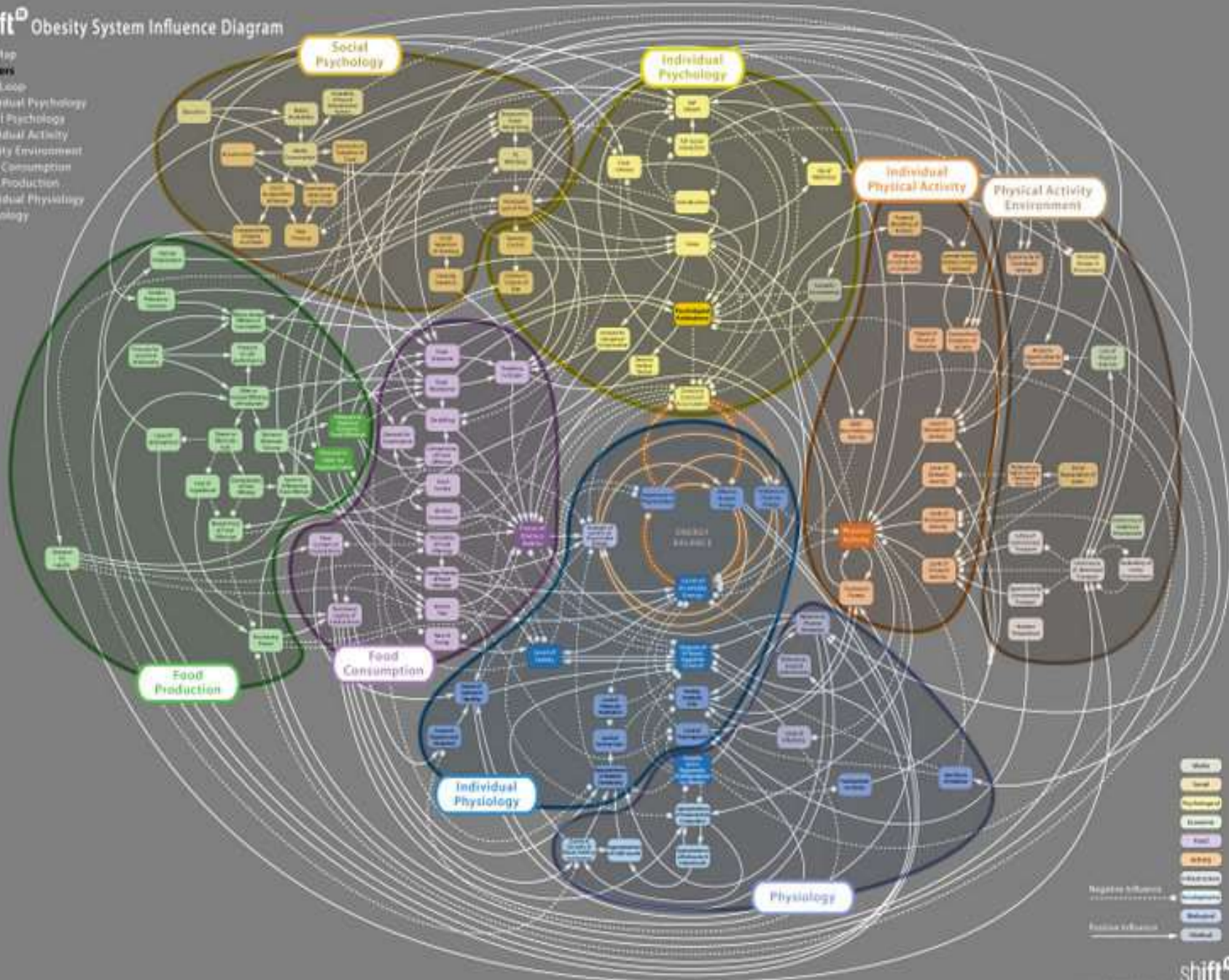
Activity Environment

Food Consumption

Food Production

Individual Physiology

Physiology



DETERMINANTES SOCIALES Y PROMOCIÓN DE SALUD

- ✗ Los determinantes sociales pueden tener un efecto **positivo** (fomento, promoción de la salud y en la calidad de vida) o **negativo** (procesos de riesgos, enfermedad, discapacidad o muerte prematura).
- ✗ Precisa de estrategias combinadas: individuales, colectivas, ambientales, financieras y políticas.

INEQUIDADES SOCIALES Y EN SALUD

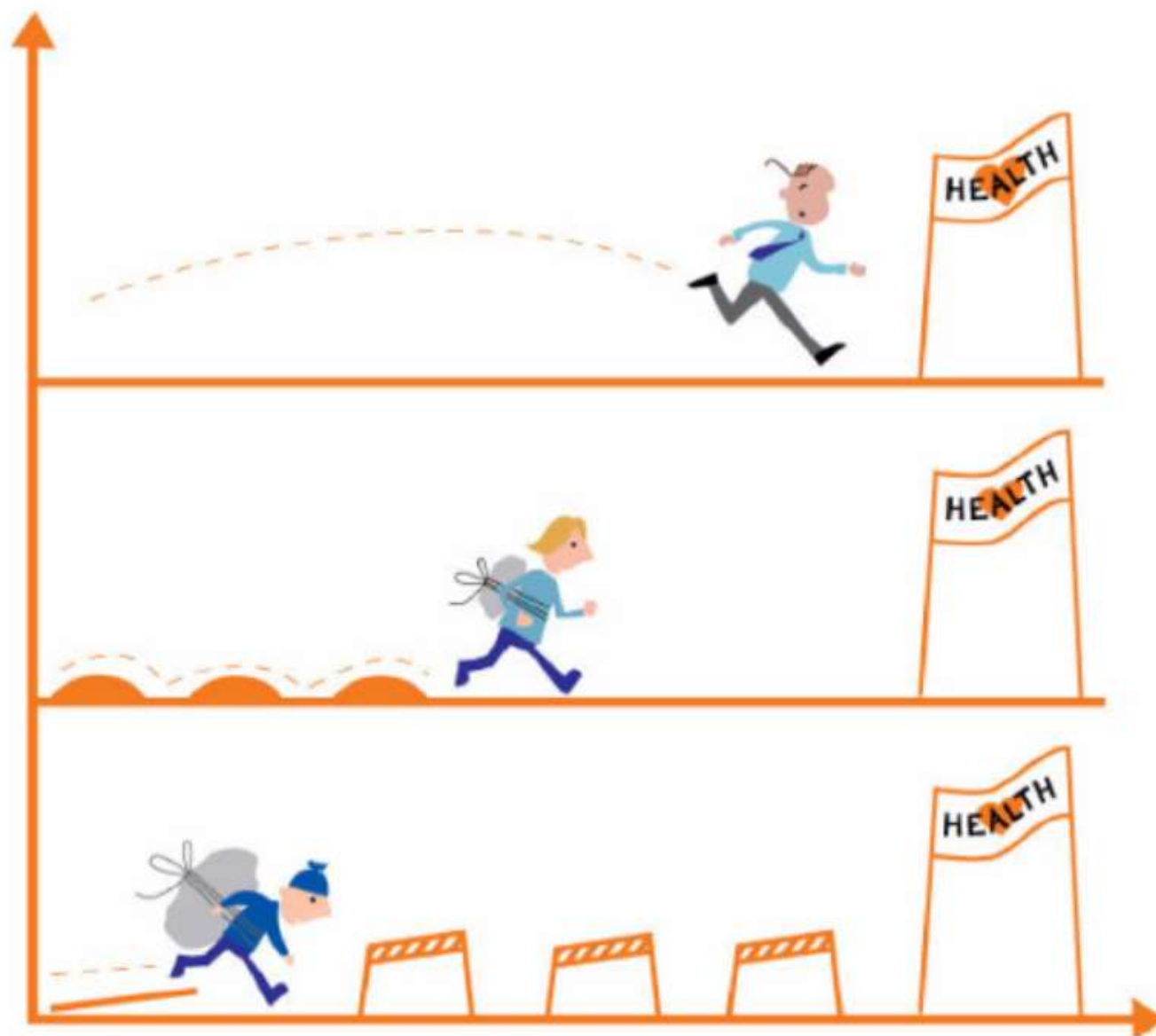
Objetivos de Desarrollo sostenible: Equidad

INEQUIDADES EN SALUD:

“Diferencias innecesarias e injustas entre grupos humanos, que además son evitables”

Margaret Whitehead, 1990

Desigualdades en salud según clase social.



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.

Razones [SS] para preocuparse por las inequidades en salud:

Razón pragmática: la evidencia empírica enseña que en países en donde las diferencias -brechas- son muy grandes, la situación sanitaria de la población es mala.

Razón ética: si las brechas son evitables, entonces es injusto que persistan. *La justicia social es buena para la salud.*

Razón social: si aceptamos que la situación de salud es un reflejo de influencias sociales macros -determinantes-, entonces las brechas en salud son una consecuencia de las diferencias -exclusiones- de la sociedad en su conjunto.

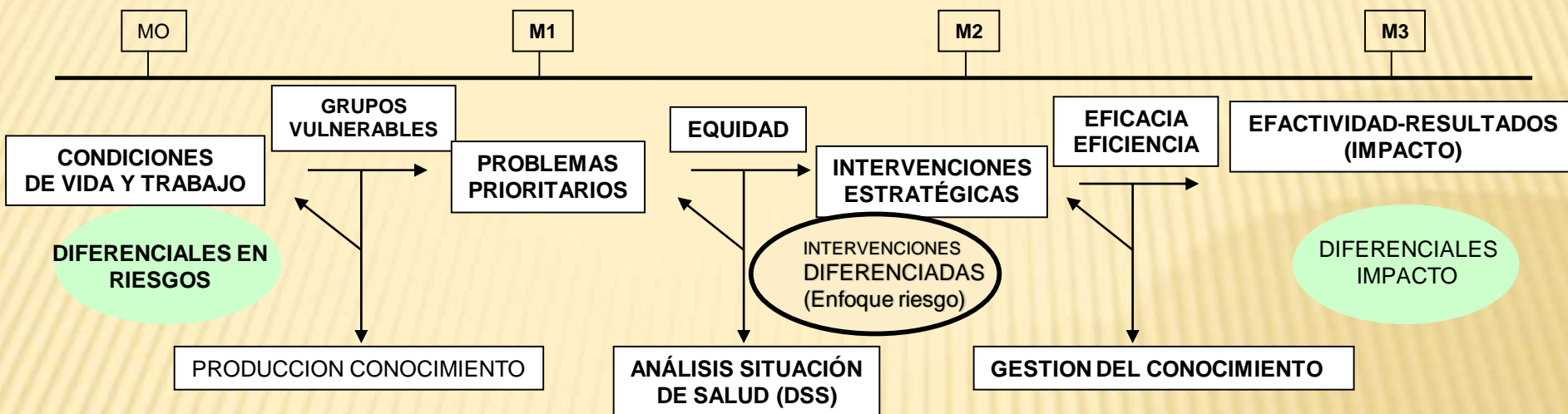
Desarrollo desigual, resultados desiguales:
inequidades en salud. (Enfoque diferencial)

NO TIENE SENTIDO SANAR A UN INDIVIDUO...



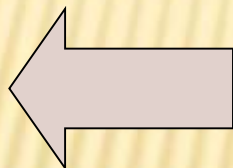
**... PARA DEVOLVERLO A LAS CONDICIONES
DE VIDA QUE LO ENFERMAN...**

PRODUCCION Y GESTION DEL CONOCIMIENTO

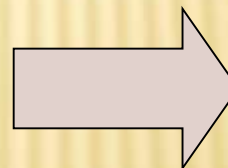


Salud en todas las Políticas (PSS)

ANÁLISIS
ENTORNO
(Demanda)



RECTORIA
DIMENSIÓN
SANITARIA



DESARROLLO
INSTITUCIONAL
(Oferta)

VIGILANCIA SALUD PUBLICA (DSS)

INFORMACIÓN
(DATOS BÁSICOS)

1. UNIVERSALIDAD
2. CALIDAD
3. INTEGRALIDAD
4. HUMANIZACIÓN
5. CONTINUIDAD
6. SOLIDARIDAD
7. OTROS



FUNDACIÓN PROGRESO: Enfoque Sistémico

Trilogía PROGRESO



“Comunidad”

Distribución resumen de la esperanza de vida al nacer, por grupos de países según nivel y brecha de ingreso, Región de las Américas, década de 1990.

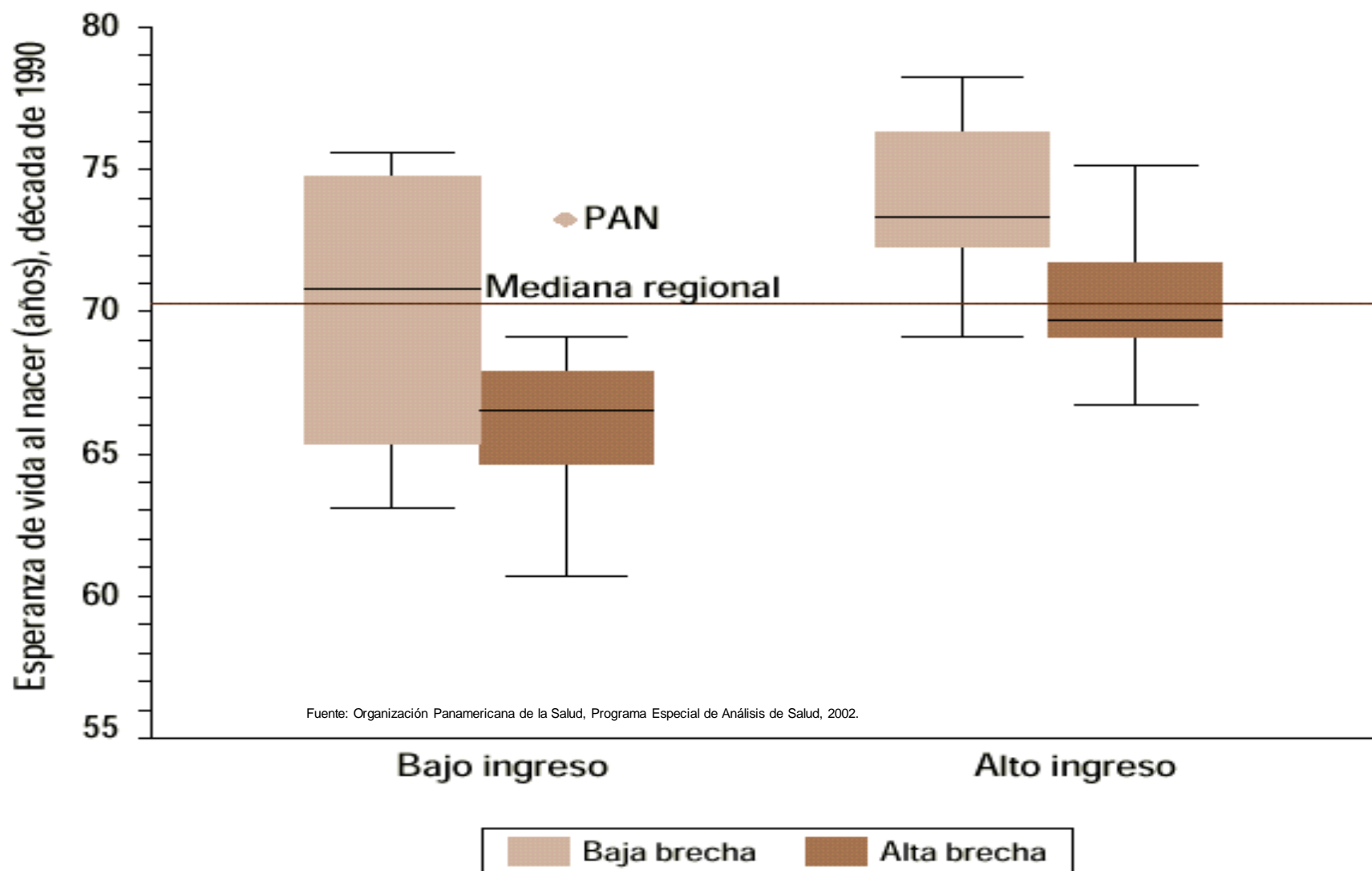
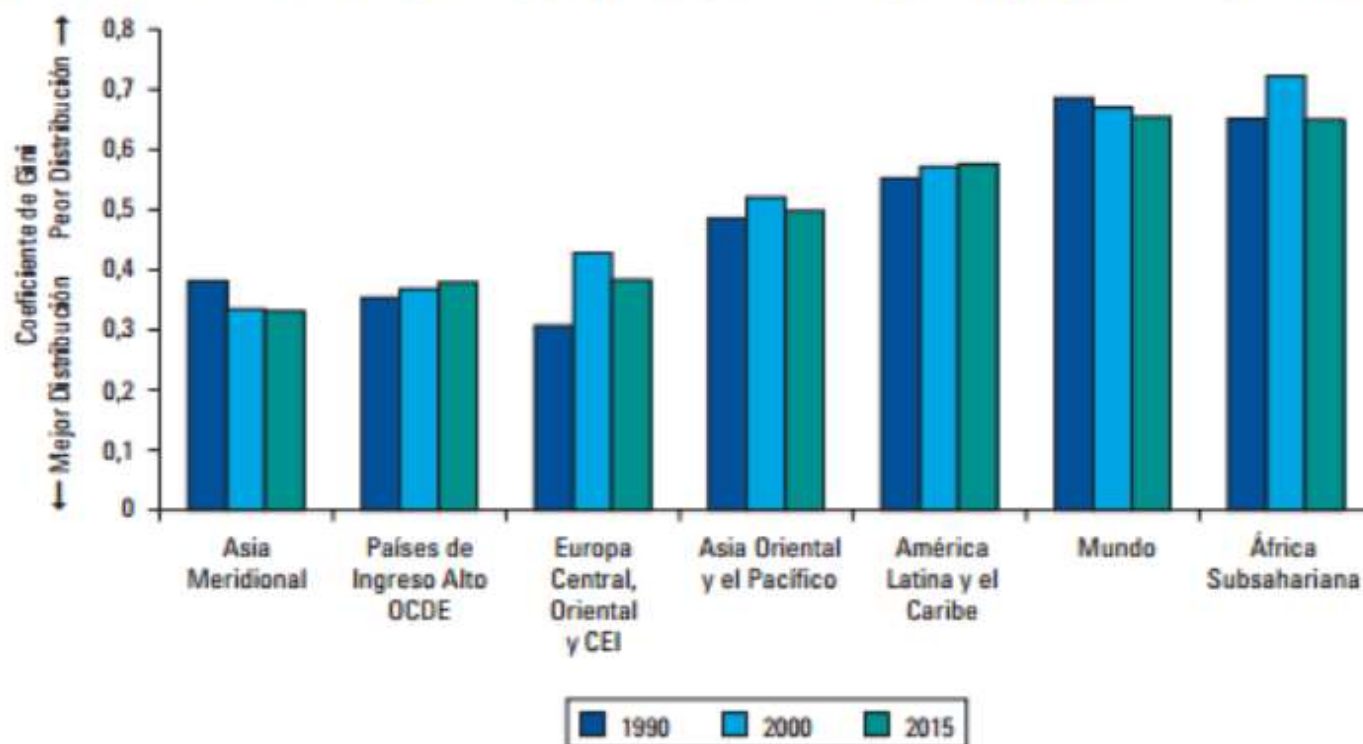


FIGURA 4. Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupos de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.

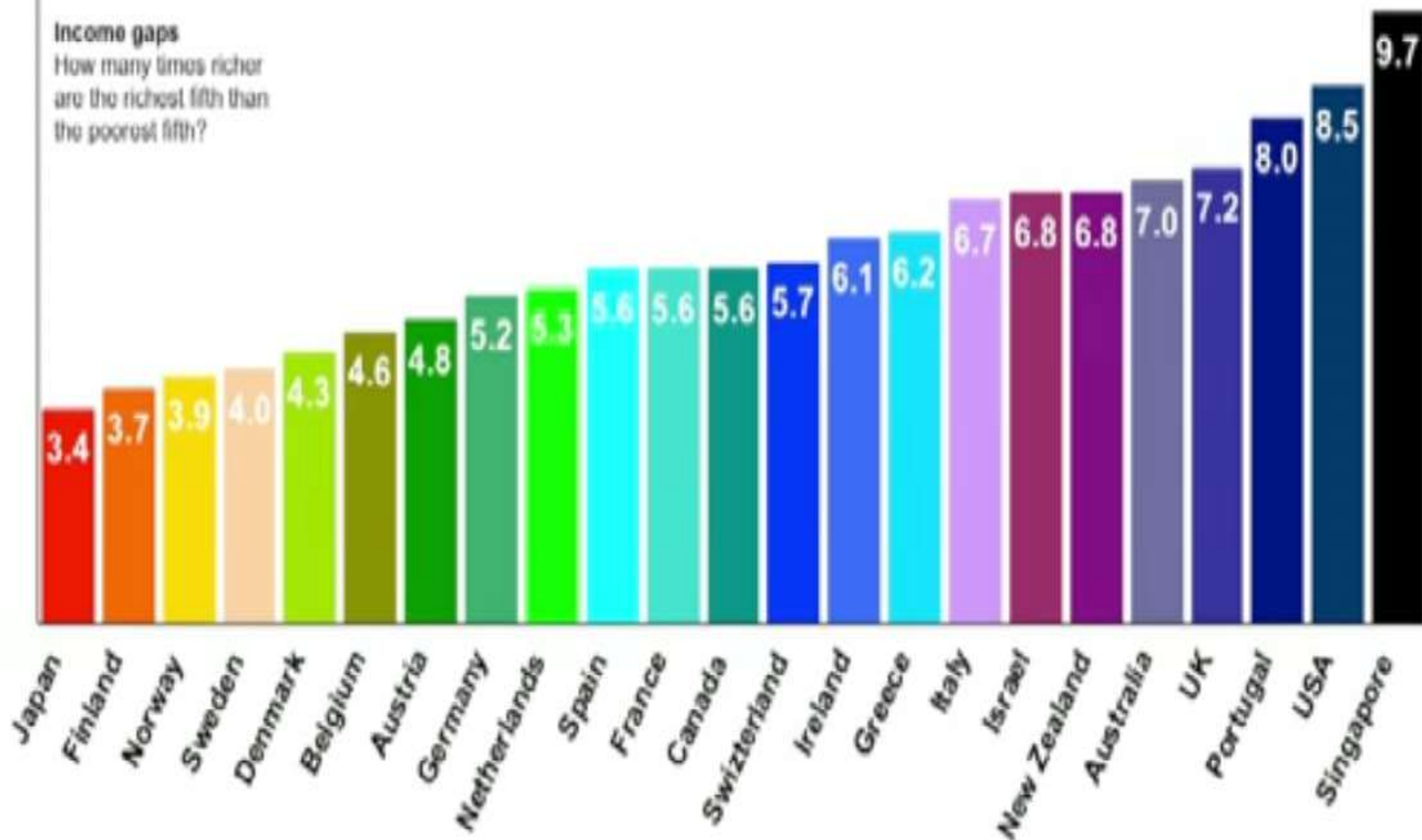


Fuentes: Dikhanov, Y. y M. Ward (2001), Evolution of the Global Distribution 1970–1999 y PNUD (2005) Informe de Desarrollo Humano 2005, p. 62.

How much richer are the richest 20% in each country than the poorest 20%?

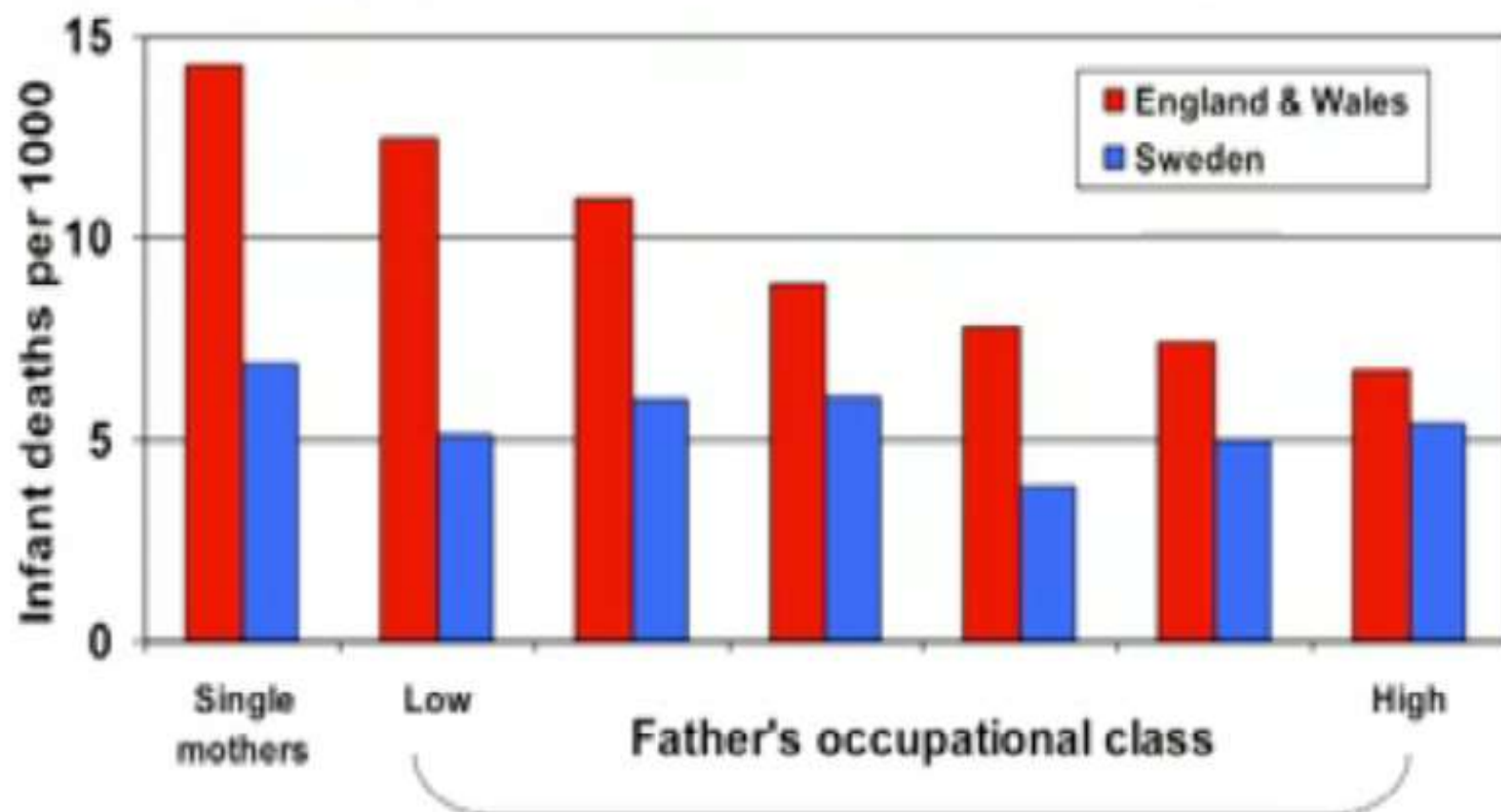
Income gaps

How many times richer are the richest fifth than the poorest fifth?



The benefits of greater equality are not confined to the poor but extend to all social classes

Infant mortality by class: Sweden compared with England & Wales



Leon, D. A., D. Vagero, et al. (1992). "Social class differences in infant mortality in Sweden: comparison with England and Wales." *Brit Med J* 305(6855): 687-91.

GREENER LIVING ENVIRONMENTS: LOWER HEALTH INEQUALITIES, ENGLAND

B Deaths from circulatory disease

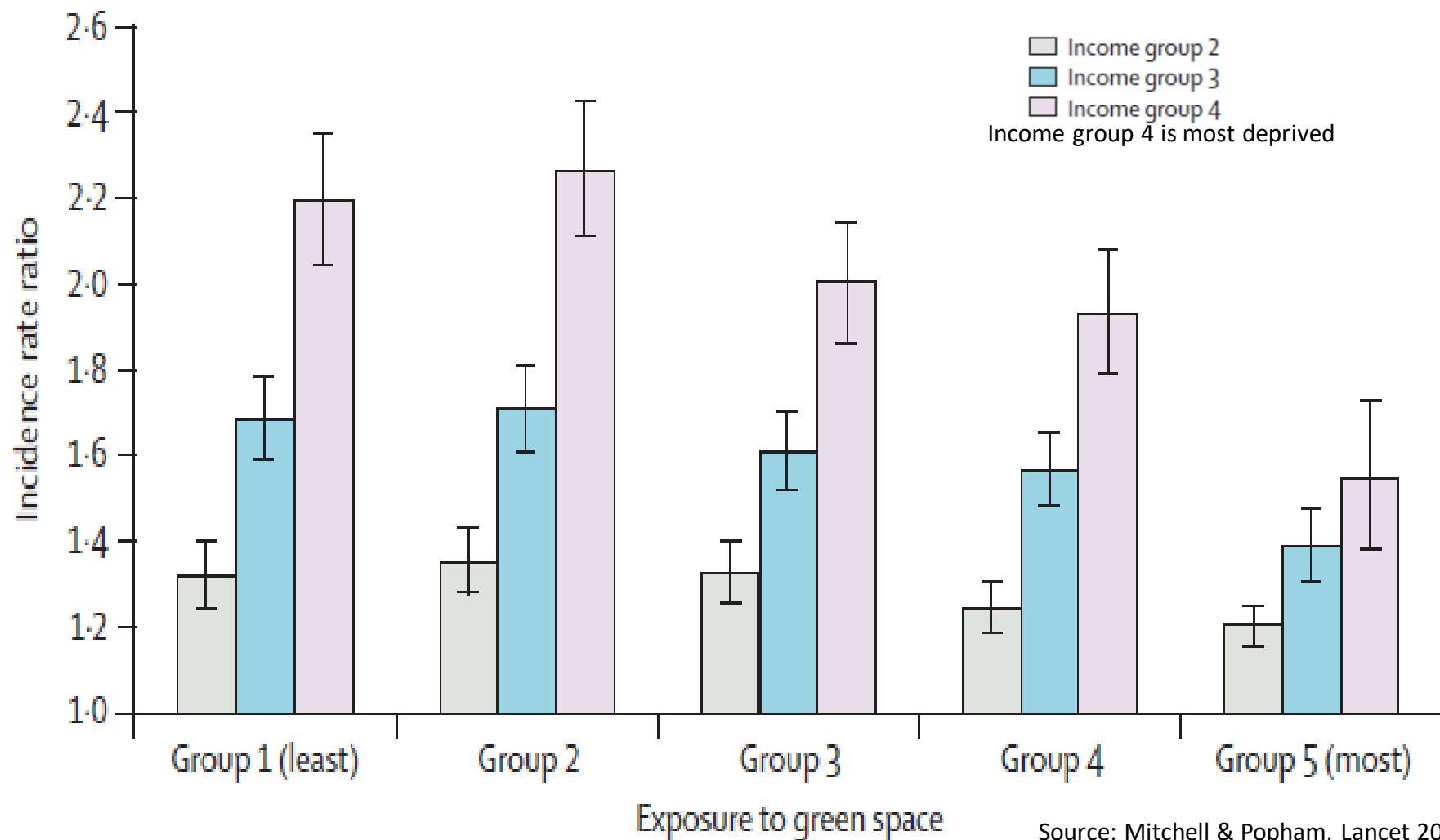
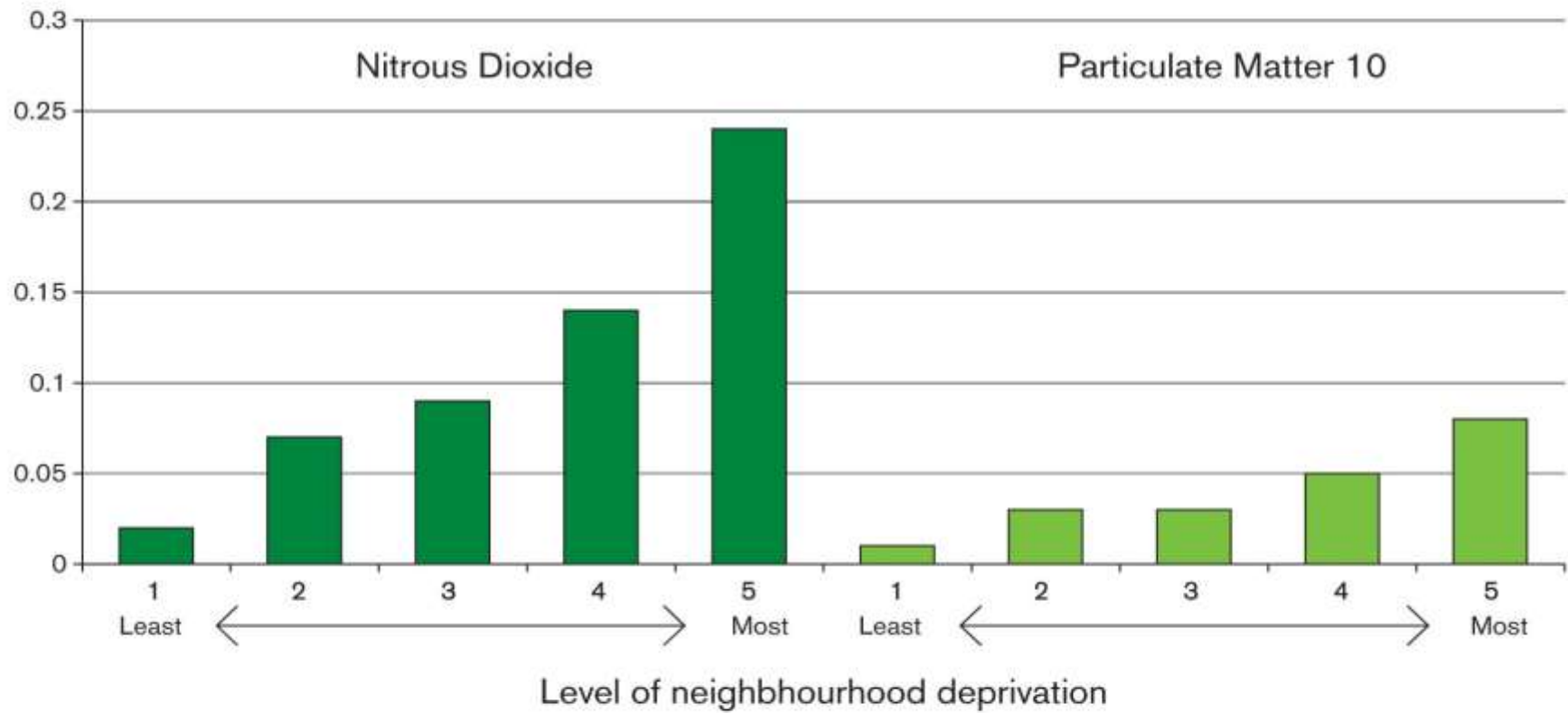


Figure 4.8 Modelled changes in air pollution concentration due to London Congestion Charge, by area of London and level of socioeconomic deprivation, 2003–07

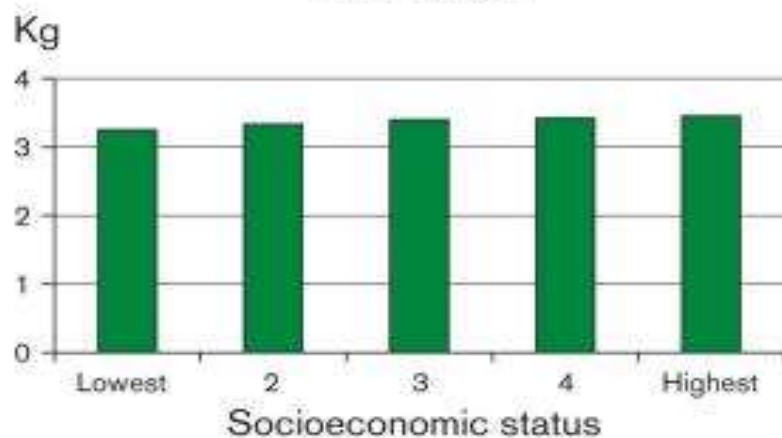
Difference in microgram per cubic metre ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)



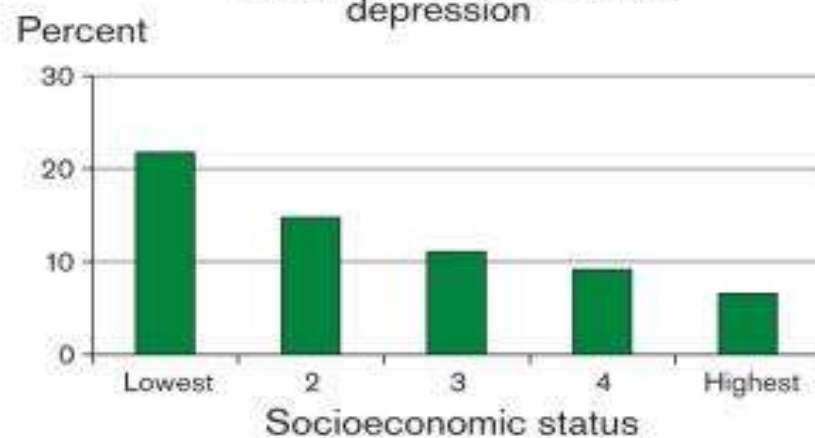
Note: Post – pre difference $\mu\text{g}/\text{m}^3$ = change in air pollution concentration measured in micrograms per cubic metre
Source: Tonne et al ⁴³⁸

Figure 2.20 Links between socioeconomic status and factors affecting child development, 2003–4

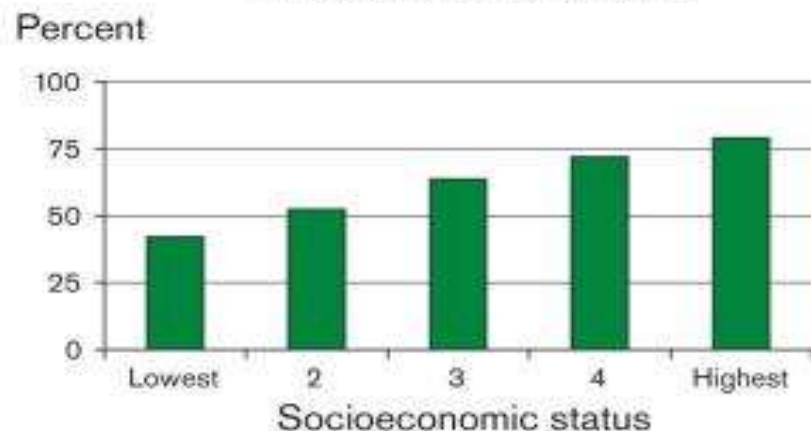
Birth weight



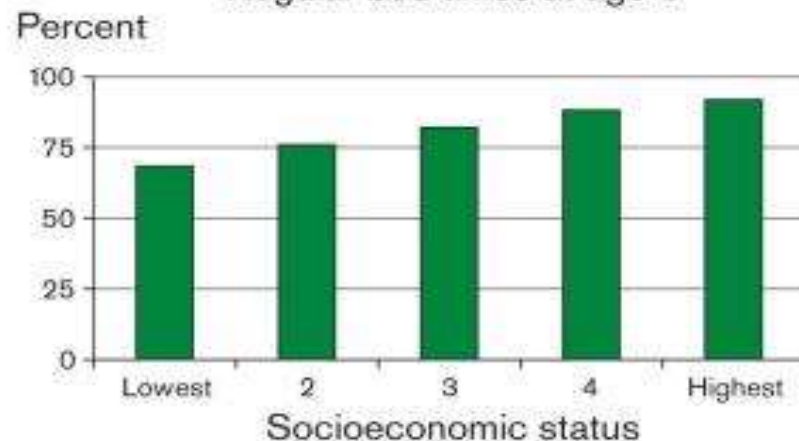
Mother suffered post-natal depression



Read to every day at age 3



Regular bed times at age 3

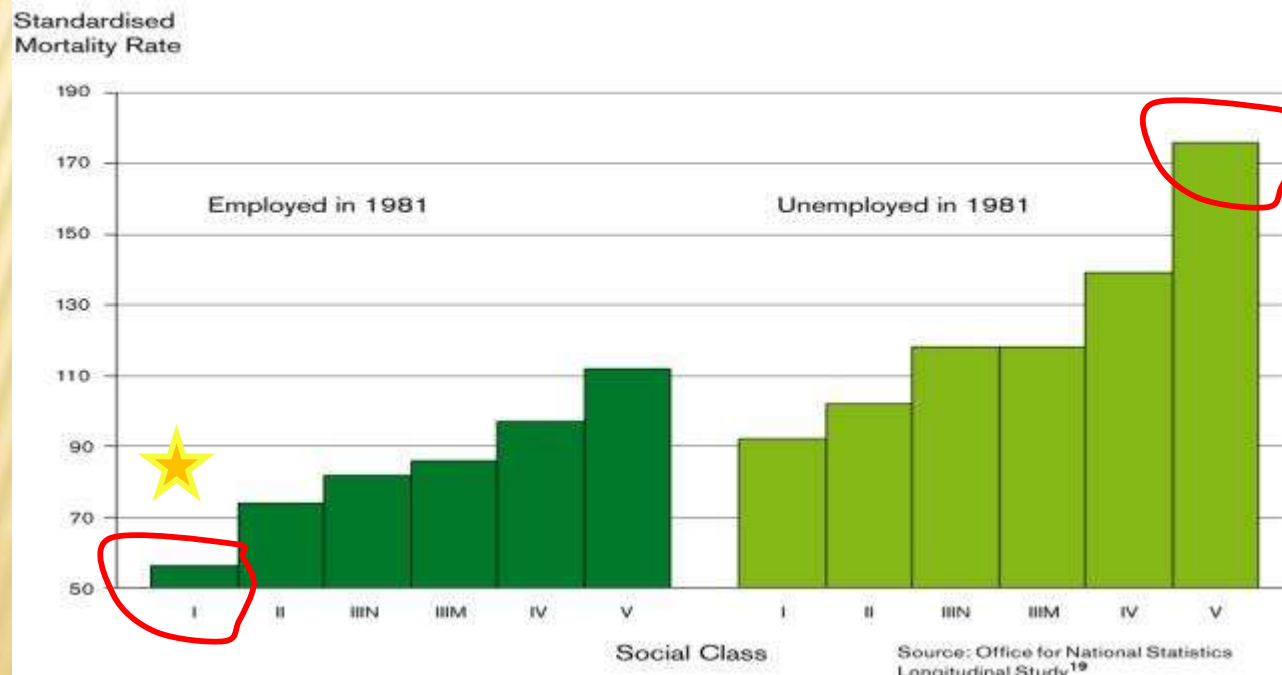


Source: Department for Children, Schools and Families⁹³

EMPLOYMENT AND LIFE EXPECTANCY

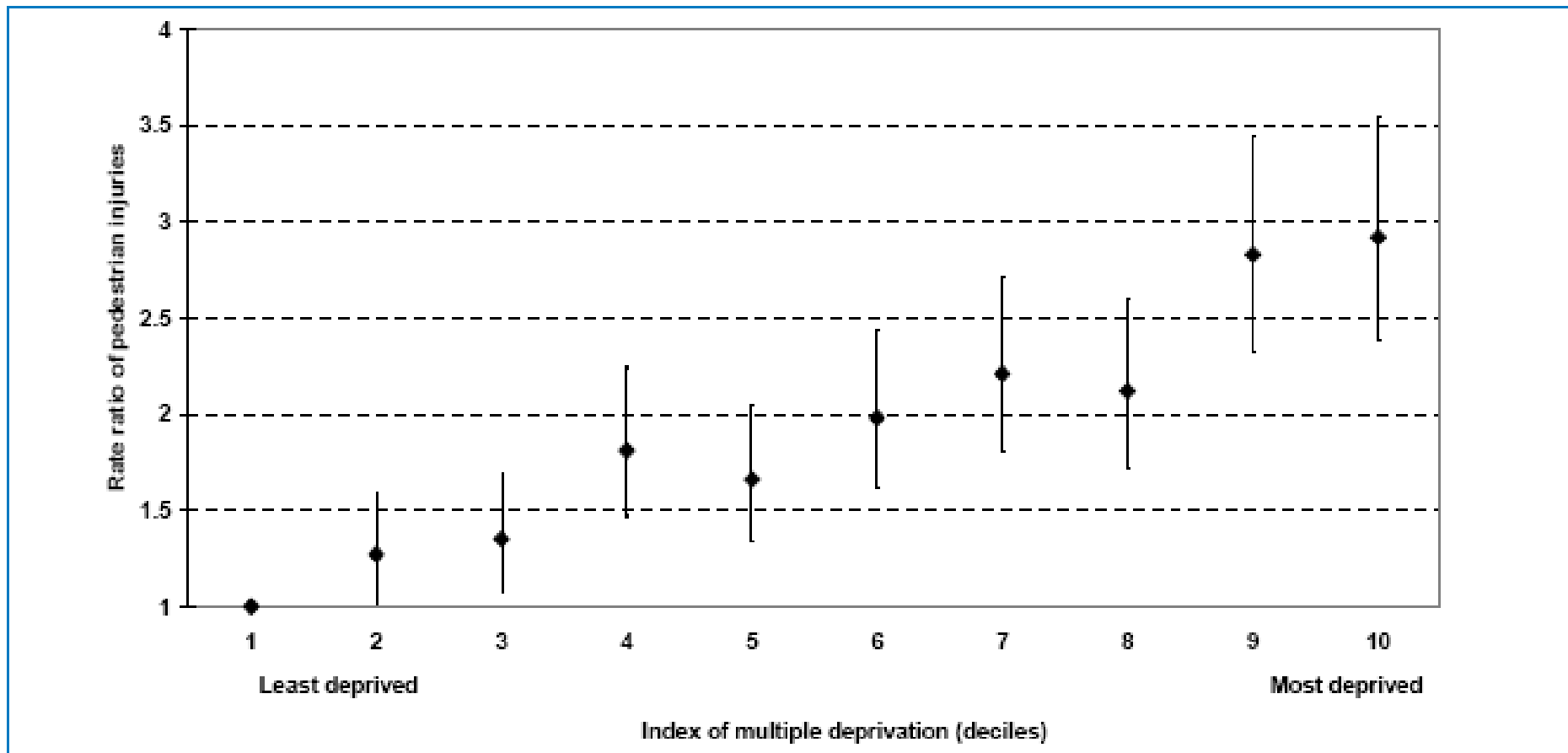
- Those experiencing unemployment are likely to have higher mortality rates over their next decade, than those working.
- Mortality rates are higher in manual compared to professional professions.

Figure 8 Mortality of men in England and Wales in 1981–92, by social class and employment status at the 1981 Census



Riesgo para un peatón de ser atropellado, según el nivel de deprivación múltiple.

Fig. 1. Relationship between injury rate ratios among adult pedestrians and deprivation in London



Note: the horizontal axis shows deciles of an index of multiple deprivation in small areas with a population of 1500.

Source: Edwards et al. (2006b).

Fuente: Addressing the socioeconomic safety driving: a policy briefing. WHO, Europe. 2009.

INEQUIDADES EM SAÚDE SEGÚN RAZA/ETNIA

Taxa de mortalidade infantil segundo raça/cor da mãe (2000)

Branca	22,9
Negra	38,0
Índia	94,0
Brasil	30,1

Fontes: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud-Brasil), Atlas Racial Brasileiro 2004 e Funasa.

INEQUIDADES EN SALUD E INGRESO.

Taxa de mortalidade infantil segundo a renda familiar (2000)

20% mais ricos	15,8
20% mais pobres	34,9
Brasil	30,1

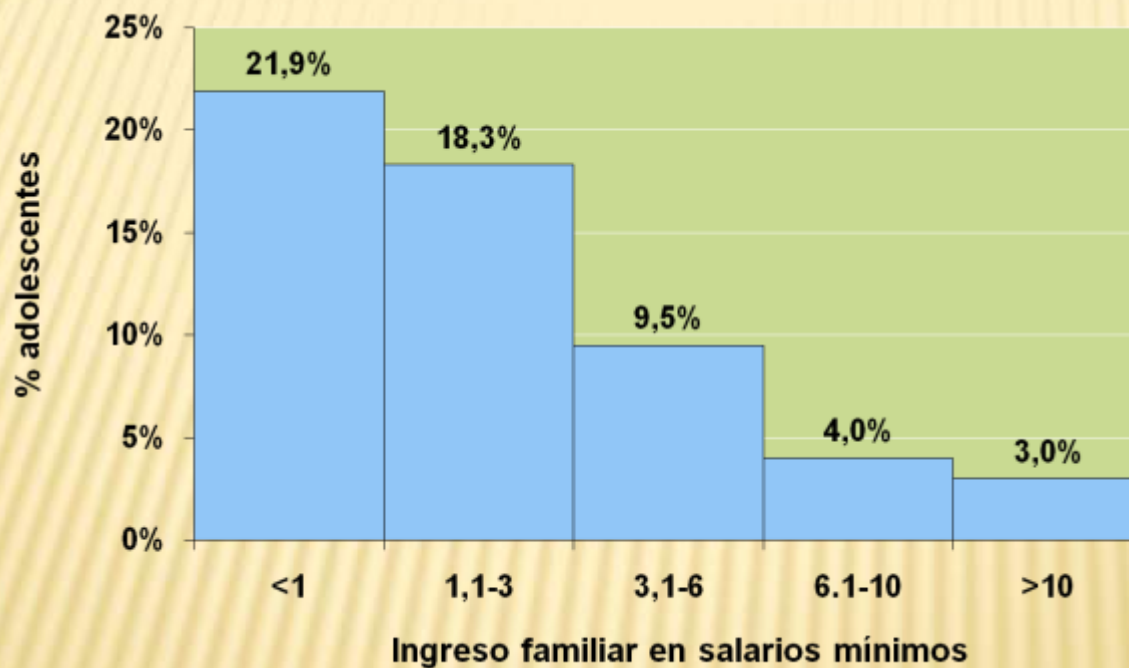
Fonte: IBGE, cruzamento feito por Celso Simões a partir de dados do Censo 2000.

MAMOGRAFIA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, SEGÚN ESCOLARIDAD DE LA MUJER. BRASIL 2003



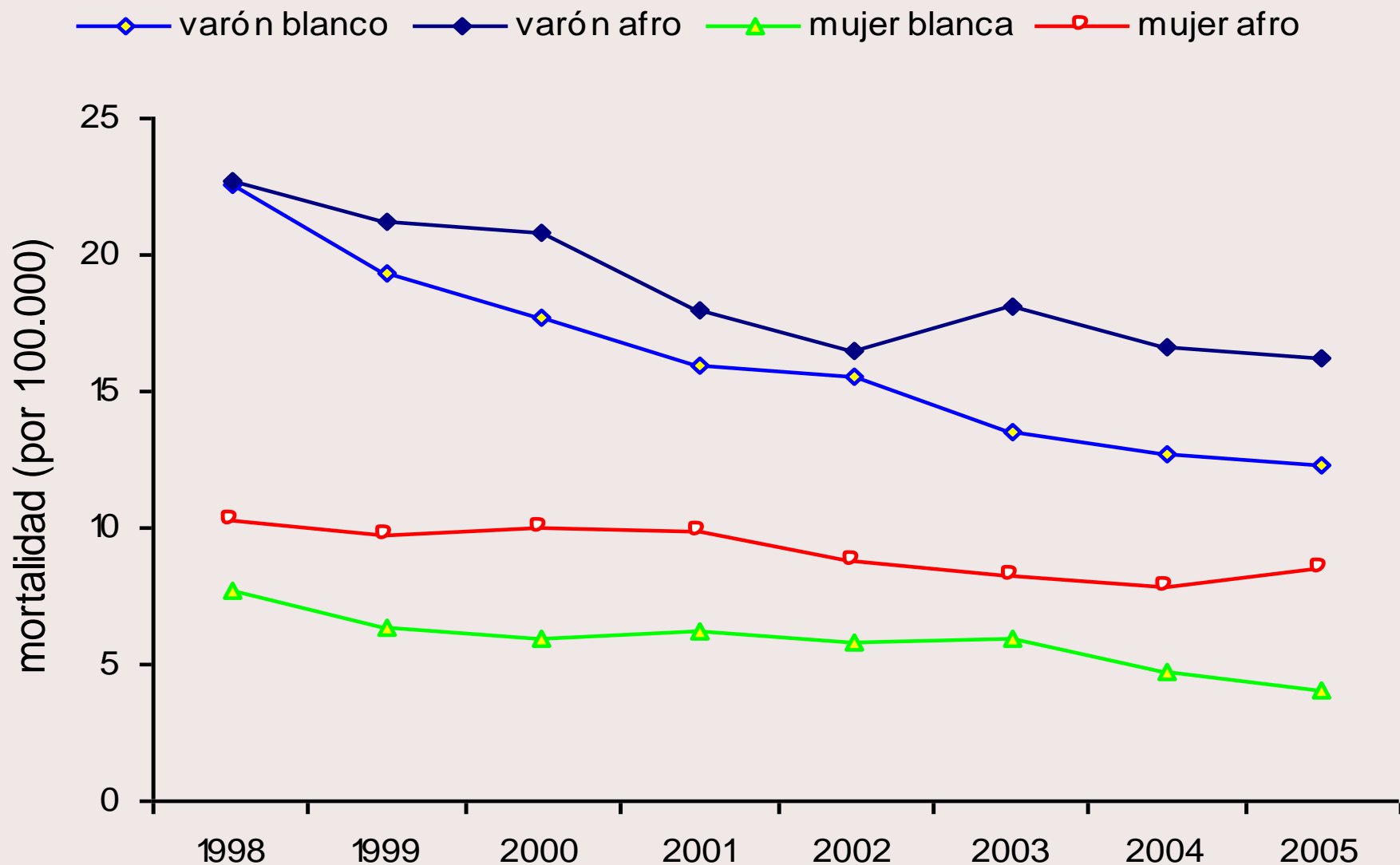
Fonte: PNAD Saúde 2003

ADOLESCENTES EMBARAZADAS. PELOTAS, 1982-2003

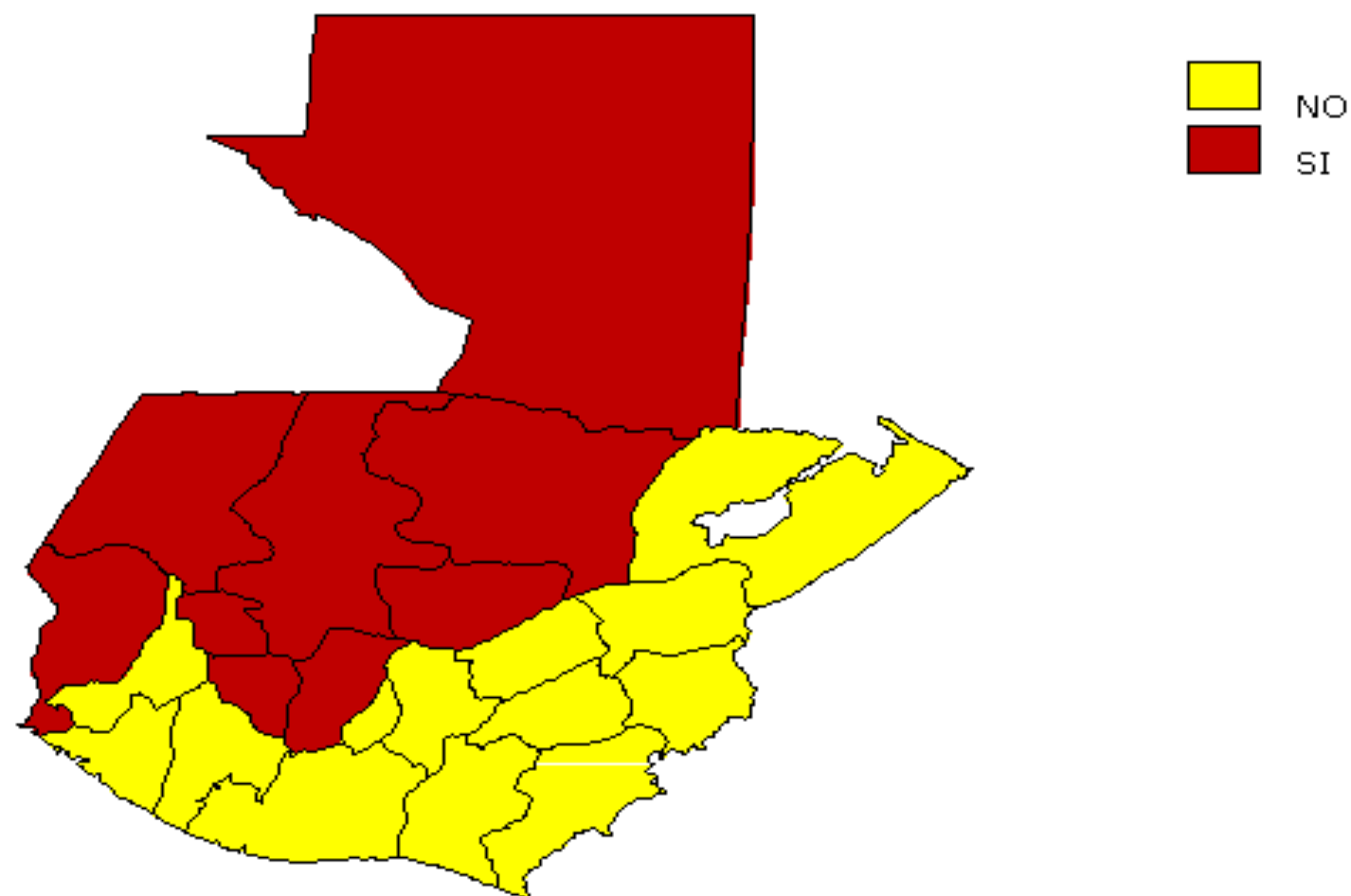


Fonte: Coorte de 1982 (Pelotas)

RIESGO DE MORIR POR SIDA POR SEXO Y ORIGEN ÉTNICO. MUNICIPIO DE SAO PAULO, BRASIL.



Grafica # 1.
Resultado de la votación

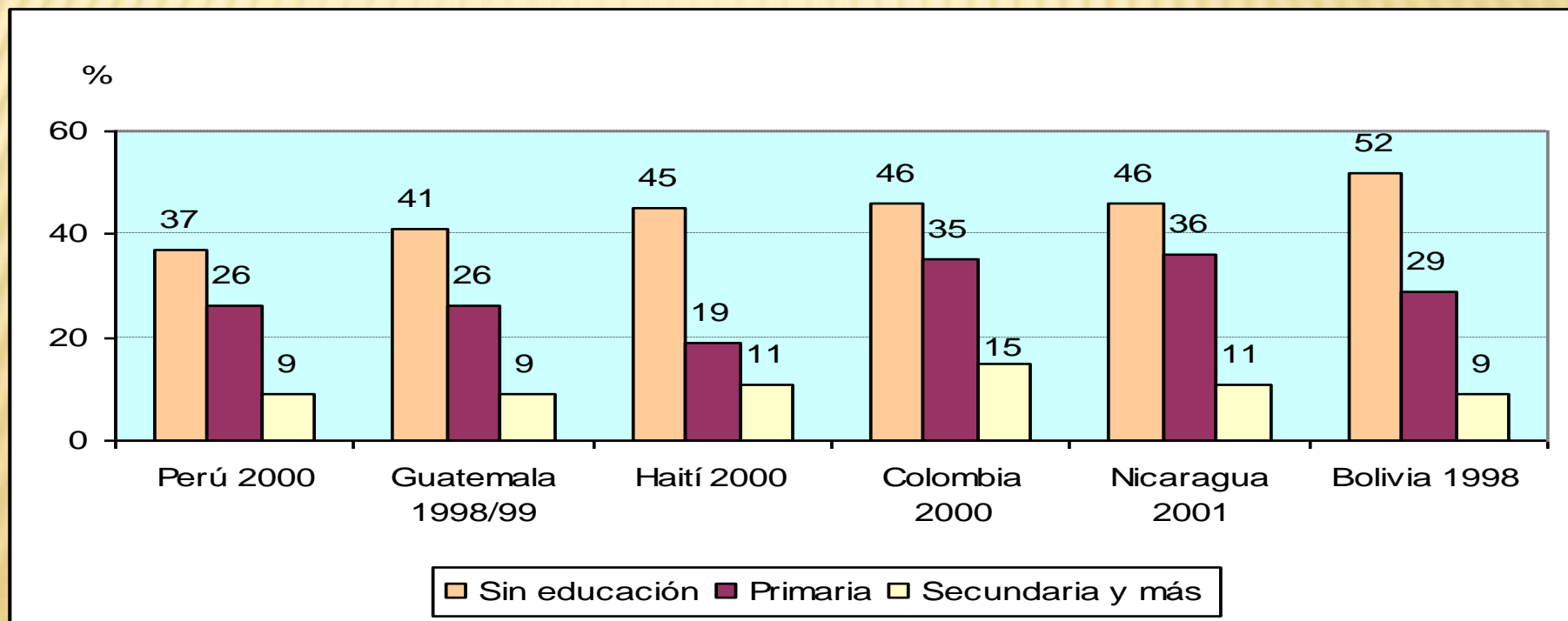


Variable	Media		Desv. Estándar		T	Gl	P
	NO	SI	NO	SI			
Mort. Materna	62.7	<u>124.9</u>	29.4	56.8	-3.02	11*	0.012
Cobertura antipoliomielítica	89.3	75.2	6.7	9.2	4.18	20	0.000
Cobert. Triple bacteriana (DPT)	88.8	75.2	7.4	10.6	3.28	20	0.004
Cobert. Antisarampión	80.2	66.2	7.5	5.4	4.80	20	0.000
Cobert. Antituberculosis (BCG)	92.3	83.9	10.9	7.1	2.04	20	0.054
Analfabetismo (masculino)	23.3	<u>35.9</u>	6.4	7.6	-4.21	20	0.054
Analfabetismo (femenino)	34.8	<u>53.4</u>	9.6	11.3	-4.17	20	0.000
Mortalidad por homicidios	<u>76.3</u>	34.8	35.5	24.4	3.04	20	0.007
Camas hospitalarias/10.000 hbts	0.7	0.3	0.4	0.1	2.99	16*	0.008
Atención parto/personal especial	22.0	7.4	16.9	3.7	3.01	14*	0.010
PIB/ per cápita	1825	789	1363.5	338.6	2.22	20	0.038
Cobertura excretas	67.5	<u>75.8</u>	9.5	6.3	-2.12	20	0.046
% Población indígena	21.8	<u>72.3</u>	20.9	22.6	-5.39	20	0.000
% población rural	65.5	<u>78.7</u>	17.0	10.5	-2.06	20	0.052
Tasa natalidad	30.3	<u>38.7</u>	5.1	2.7	-5.04	19*	0.000

Cuadro No. 3.
Variables con significación estadística.

ODM2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

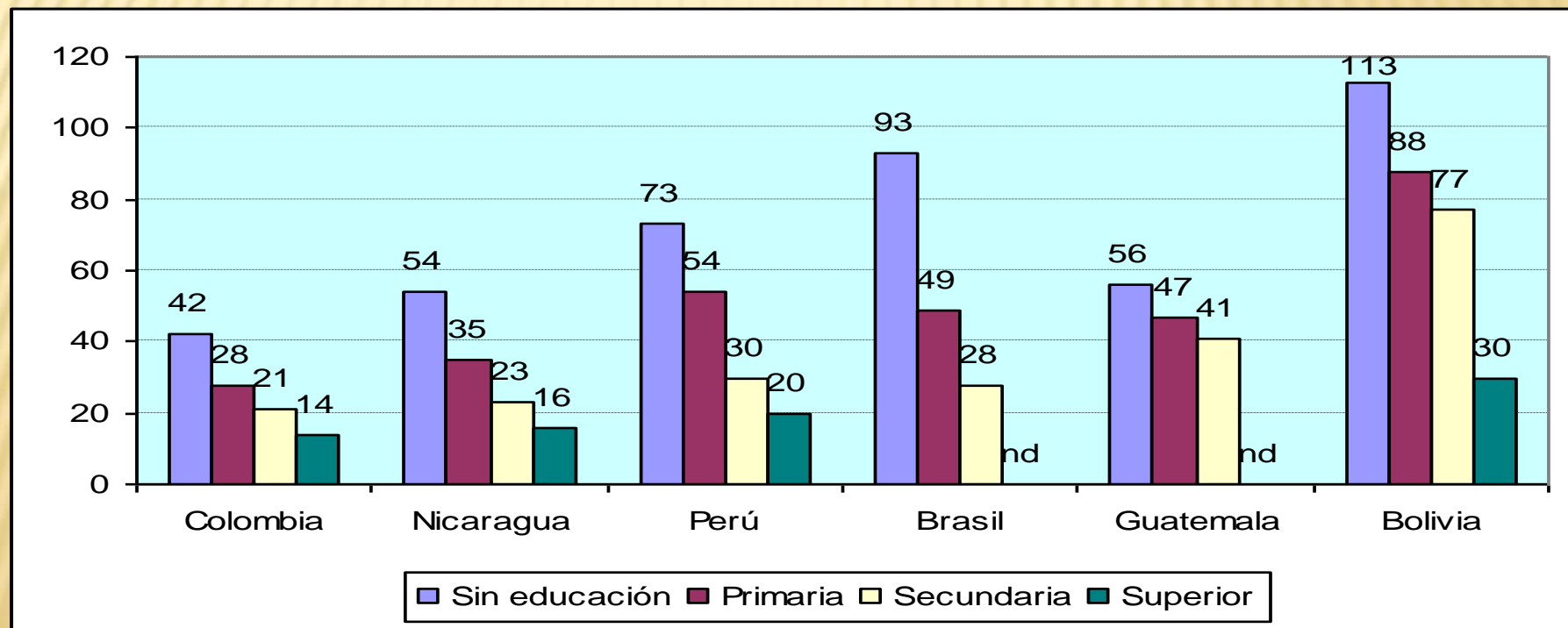
Porcentaje de ♀ de 15 a 19 años que eran madres o estaban embarazadas, por nivel de instrucción. 1998-2001



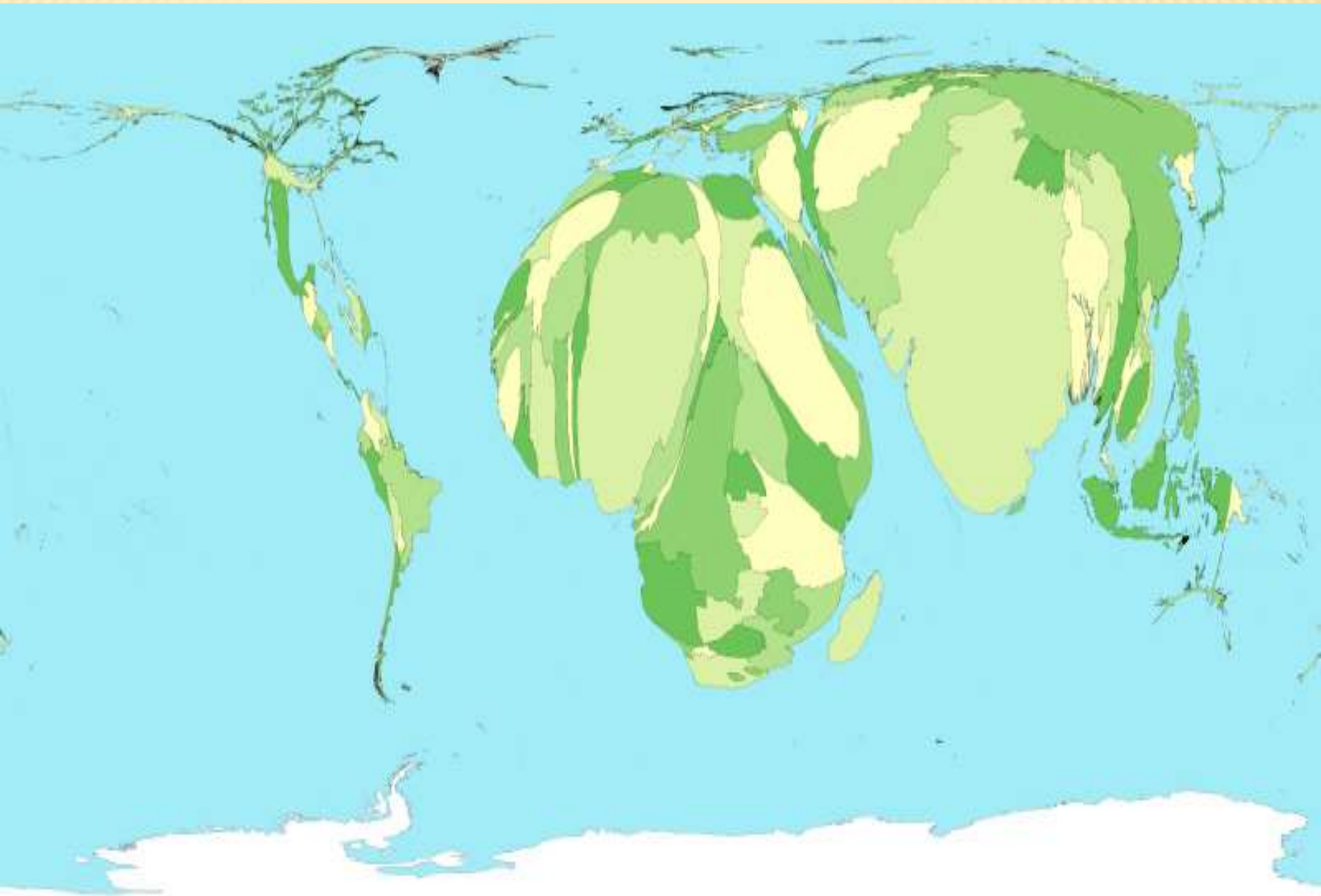
ODM4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Mortalidad infantil por nivel de instrucción de la madre.

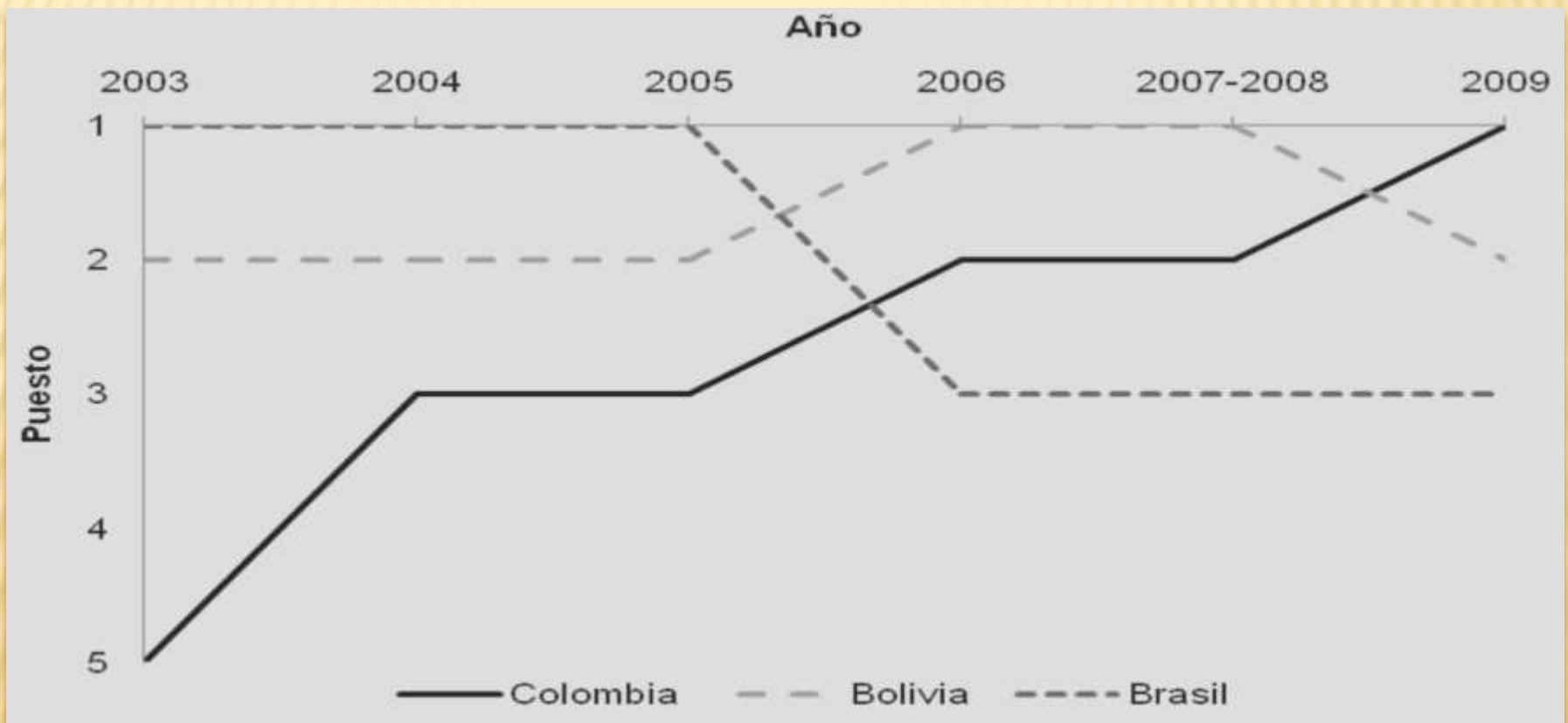
Países seleccionados de AL, 2000



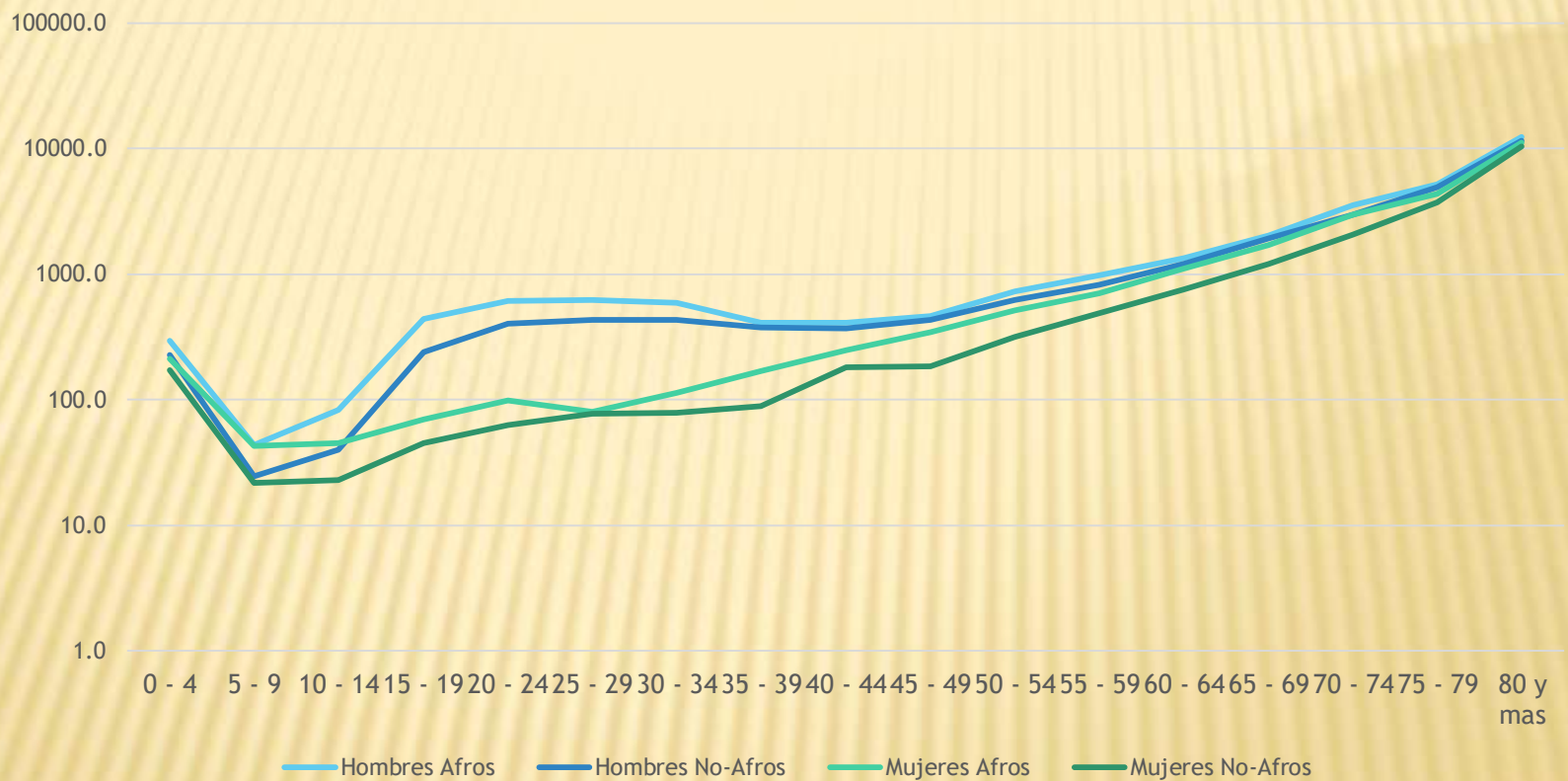
Mortalidad Infantil, según regiones de la OMS.



Inequidad por ingresos, en AL, medida con el Gini, 2003-2009.
Primeros lugares.

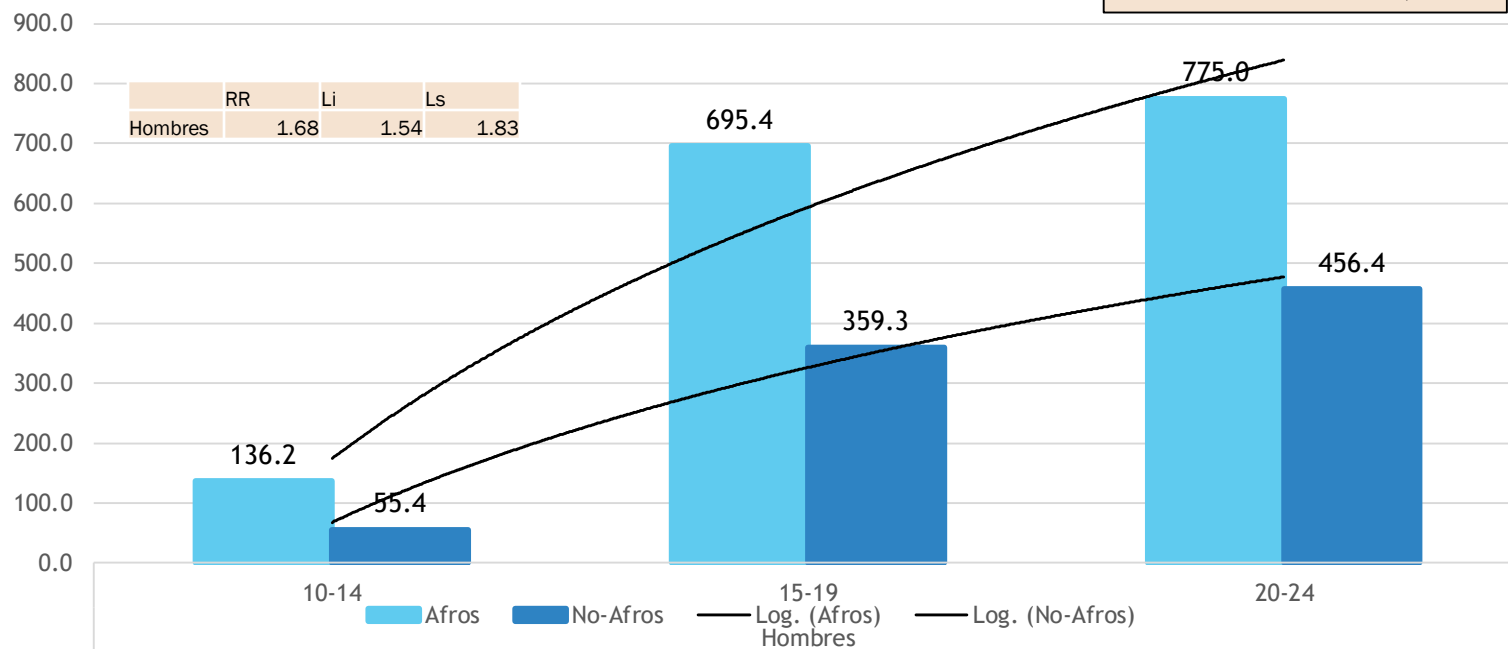


Mortalidad segun sexo, edad y grupo etnico. Valle del Cauca, 2011.
(Incluye Cali).

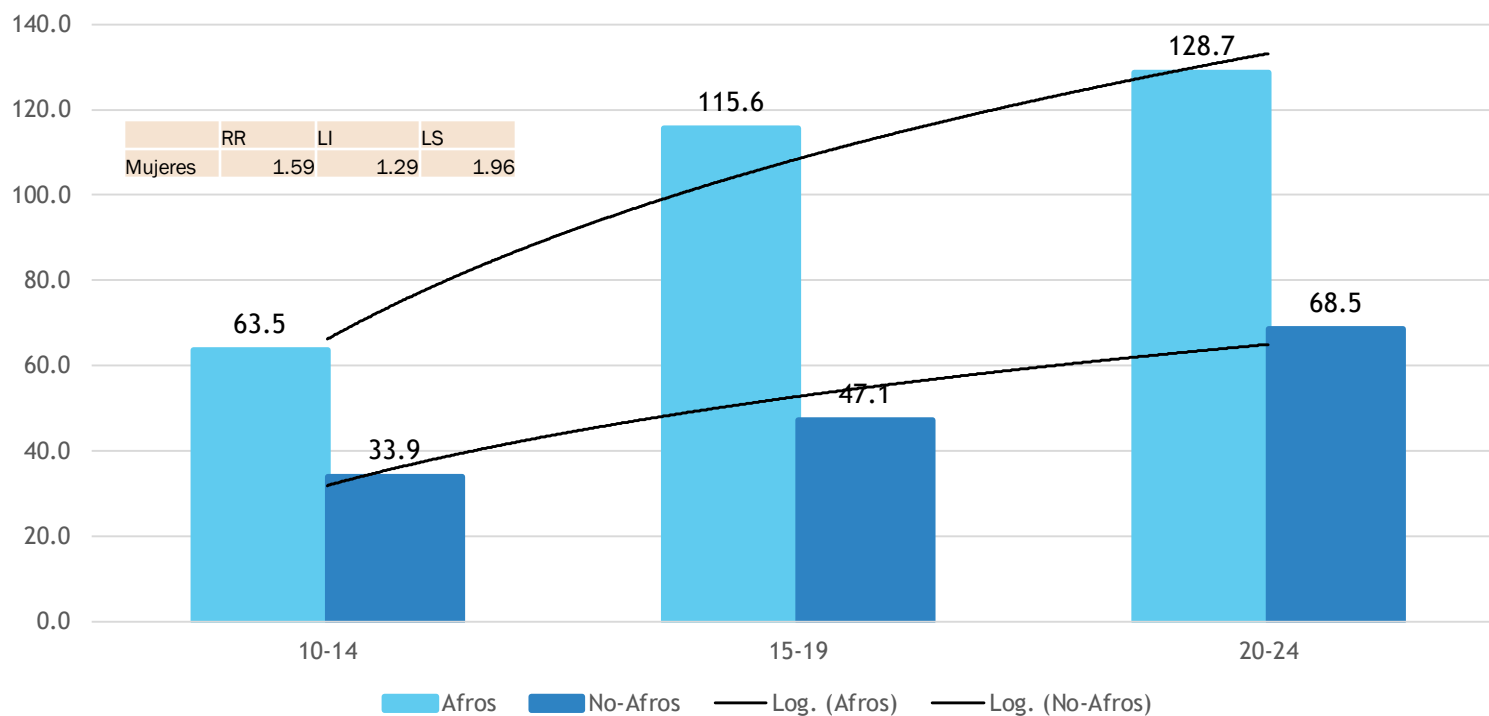


Mortalidad en adolescentes hombres, segun pertenencia etnica. Cali, 2010.

Fuente: Dr. Fernando Urrea et als, 2015.

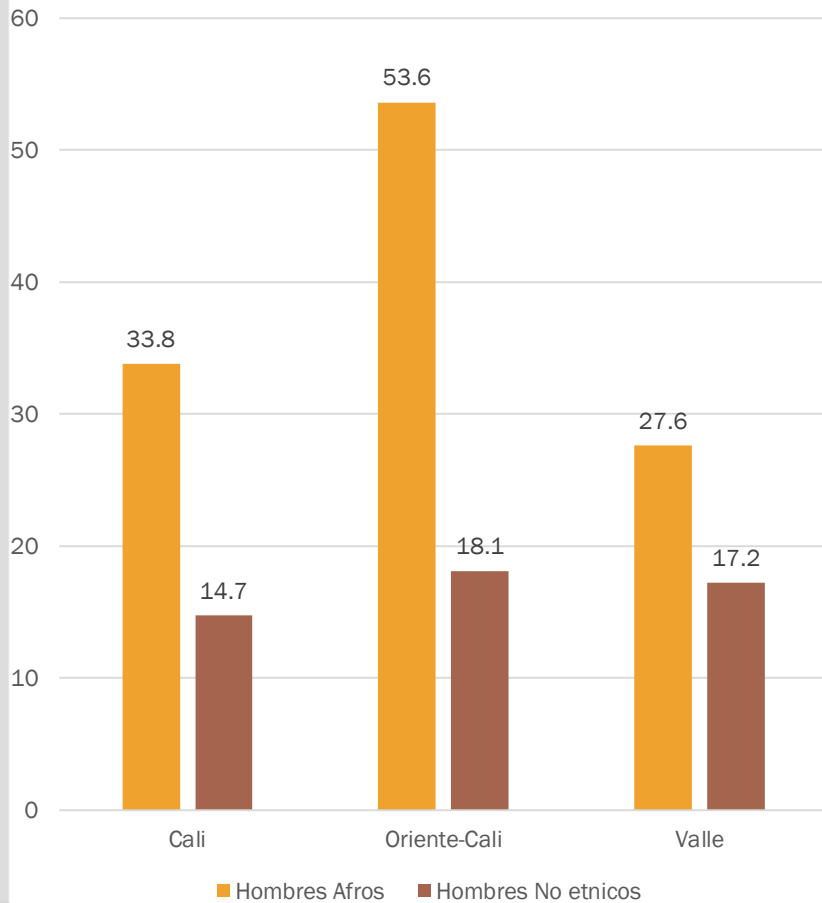


Mortalidad en adolescentes mujeres, segun pertenencia etnica. Cali, 2010.

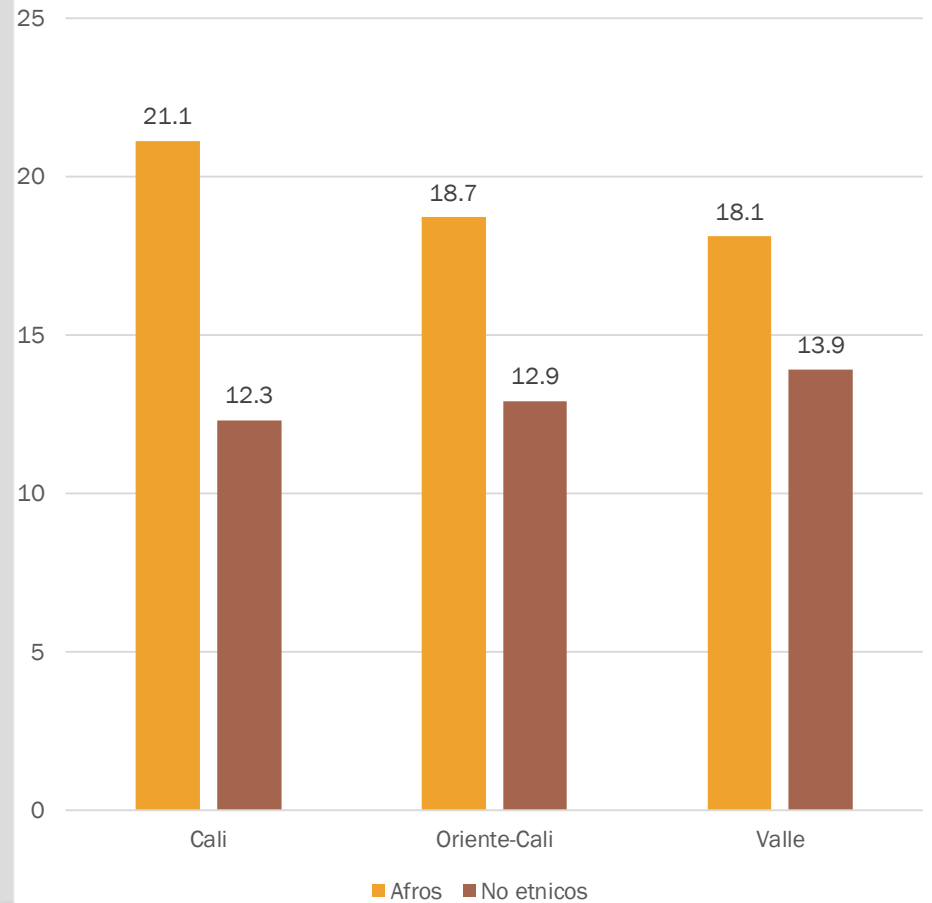


Fuente: Dr. Fernando Urrea et als, 2015.

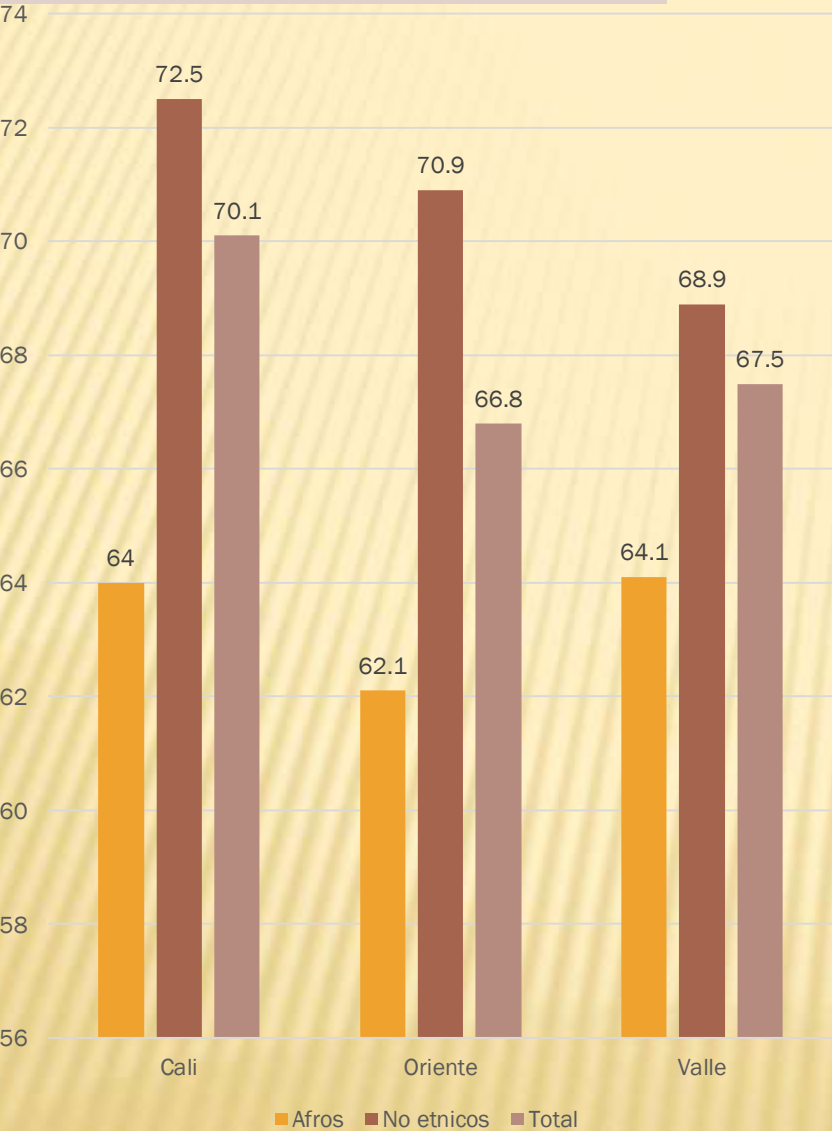
**Mortalidad infantil, en hombres segun grupo etnico.
Valle, Cali y Oriente de Cali, 2005.**



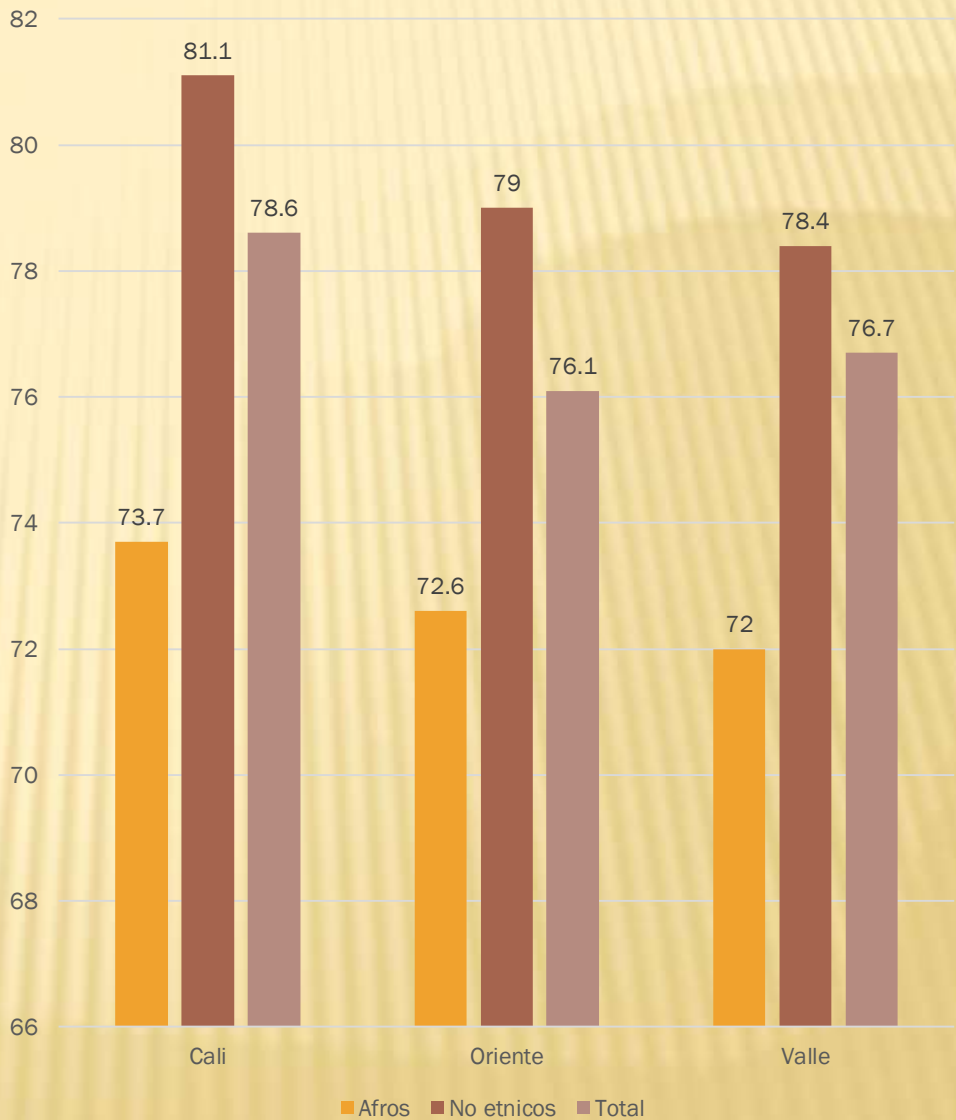
**Mortalidad infantil, en mujeres segun grupo etnico.
Valle, Cali y Oriente de Cali, 2005.**



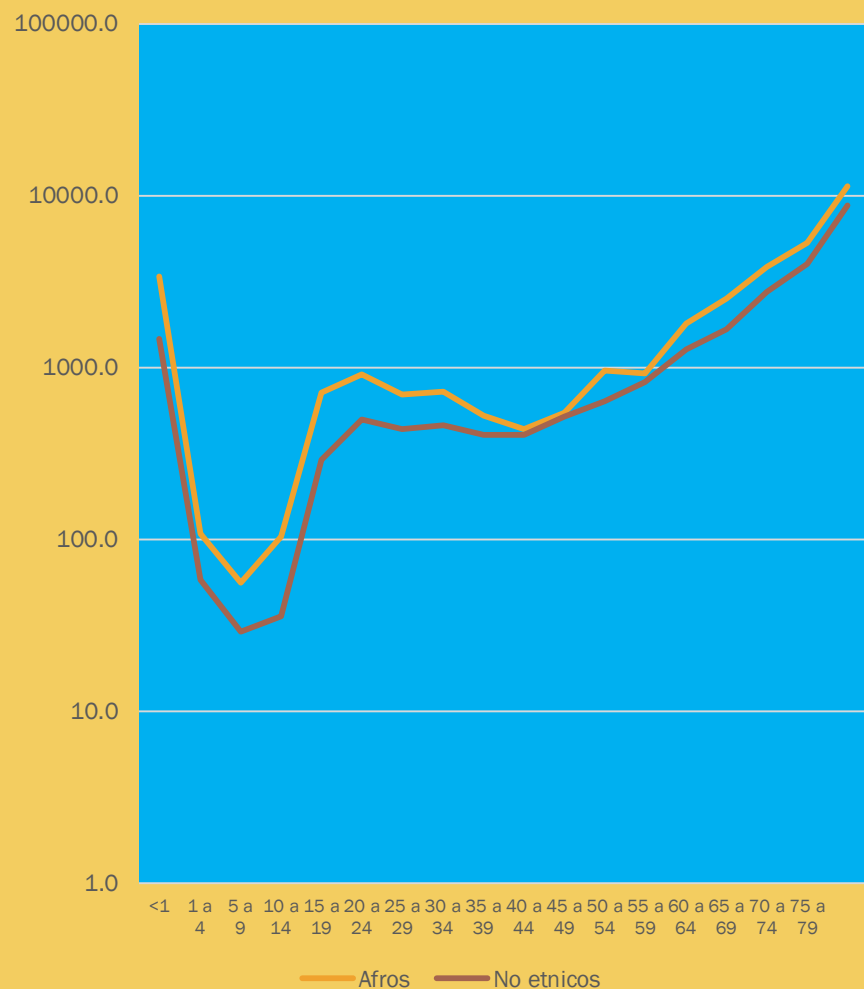
Esperanza de vida en hombres, segun grupo etnico y lugar. Censo, 2005.



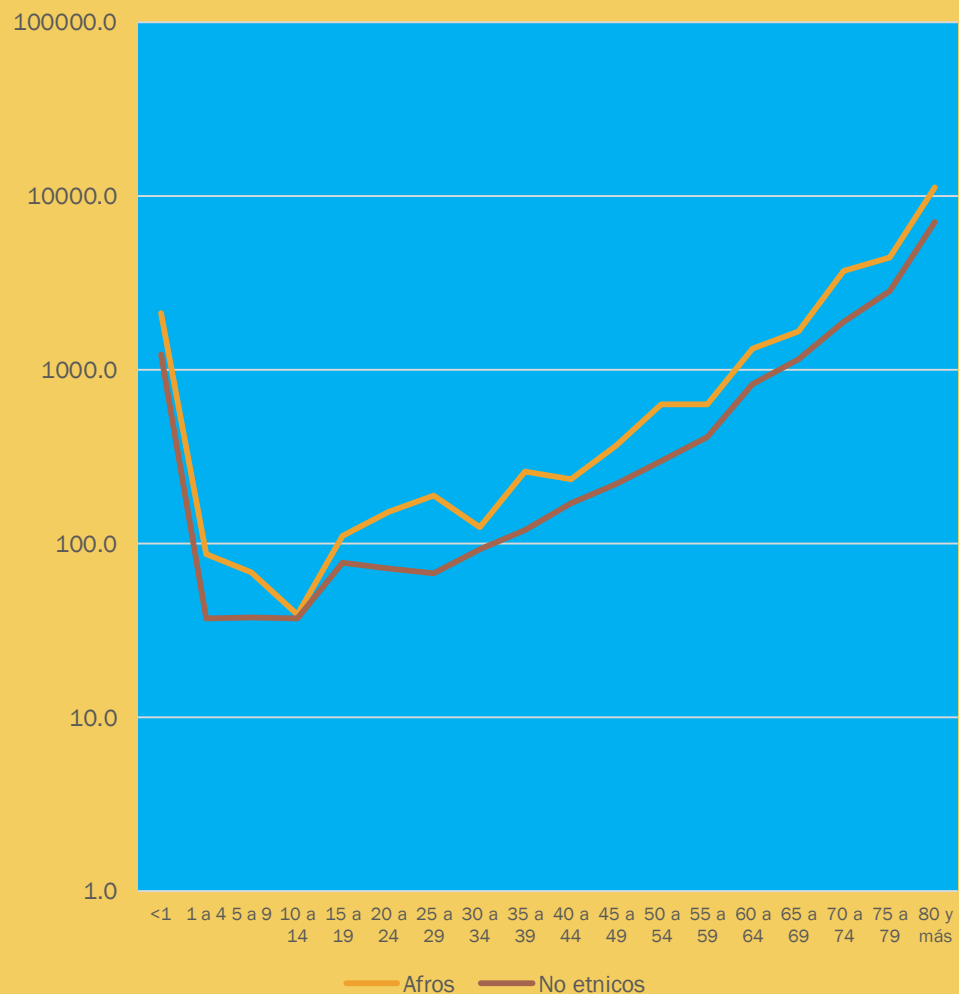
Esperanza de vida en mujeres, segun grupo etnico y lugar. Censo, 2005.



Mortalidad, hombres. Cali, 2005.



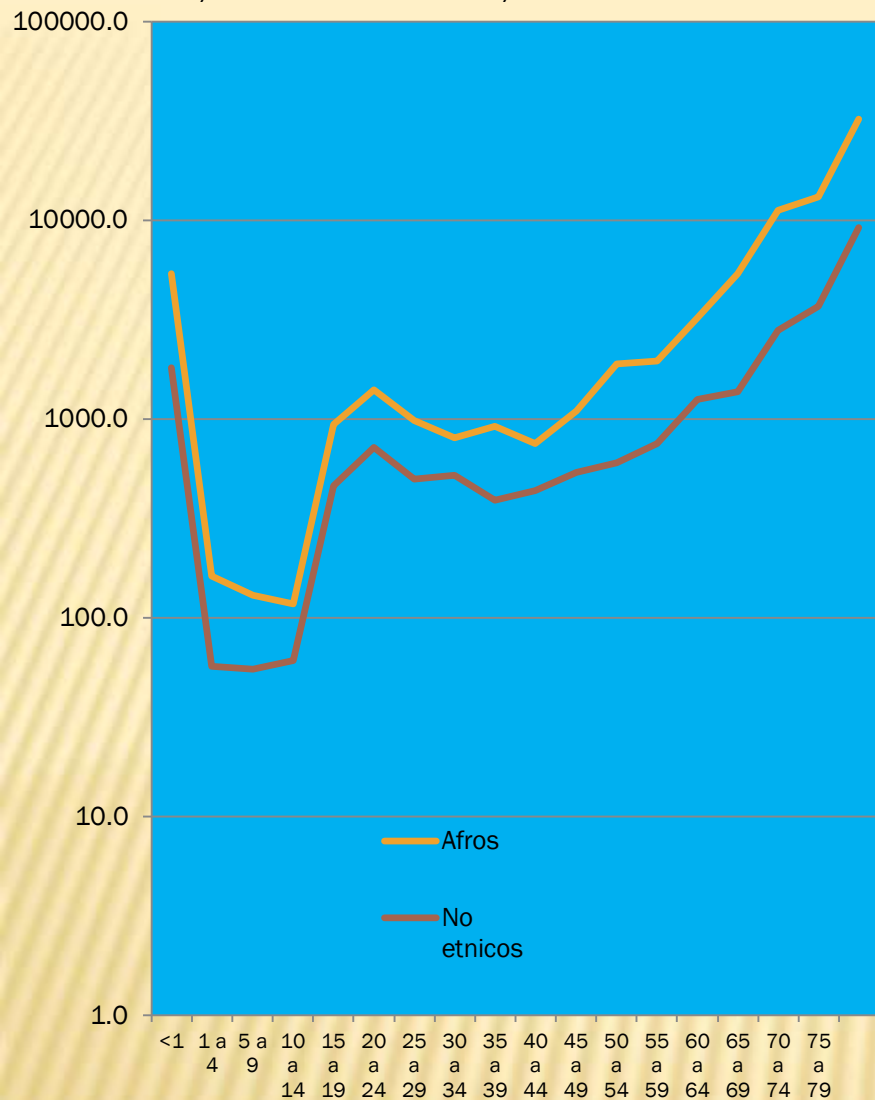
Mortalidad, mujeres. Cali, 2005.



Hombres			
Cali			
Poisson	OR	LI	LS
< 30	2.01	1.83	2.20
< 50	1.75	1.62	1.89
Curso vida	1.53	1.48	1.61

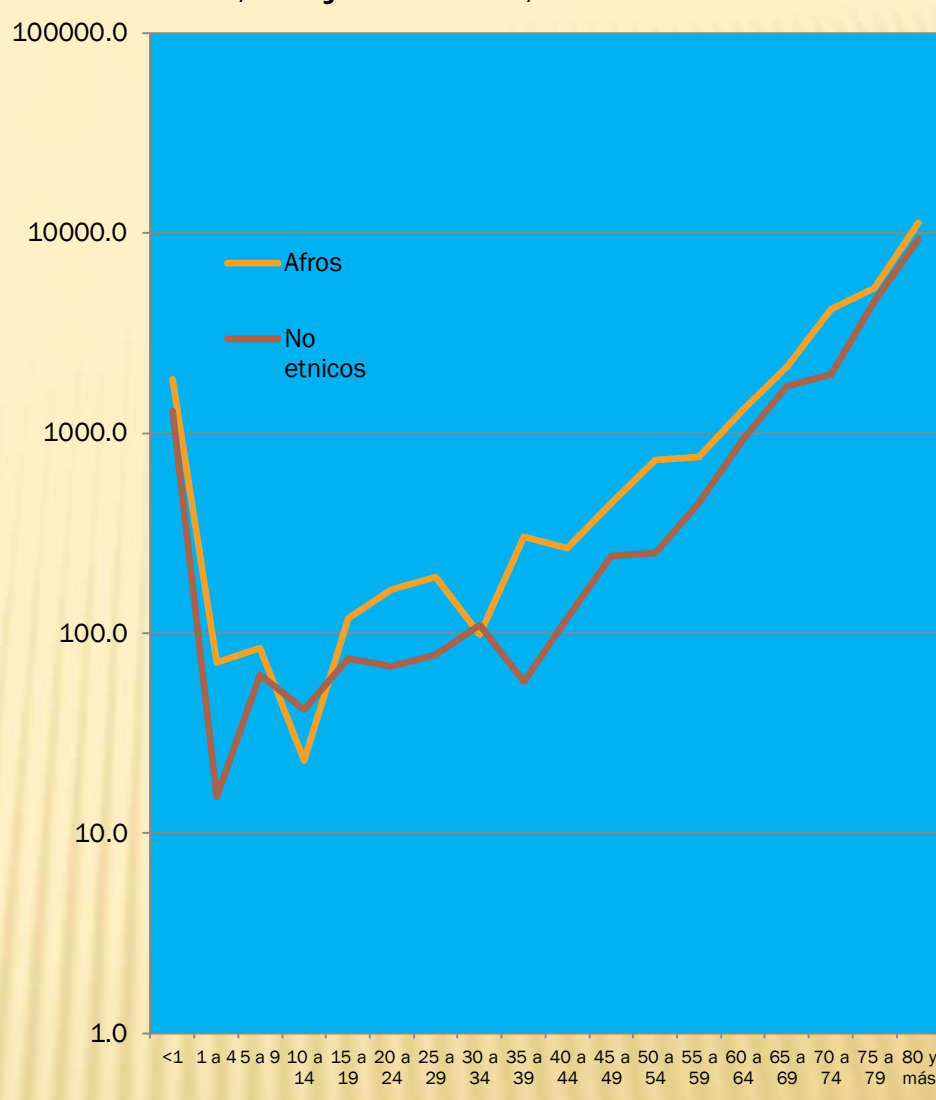
Mujeres			
Cali			
Poisson	OR	LI	LS
< 30	1.79	1.53	2.10
< 50	1.72	1.52	1.96
Curso vida	1.67	1.57	1.79

Oriente, hombres. Cali, 2005.



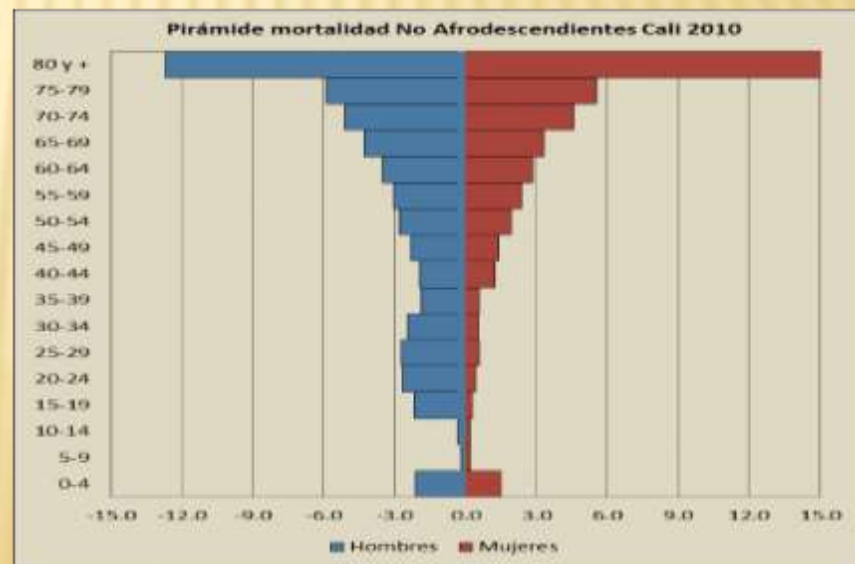
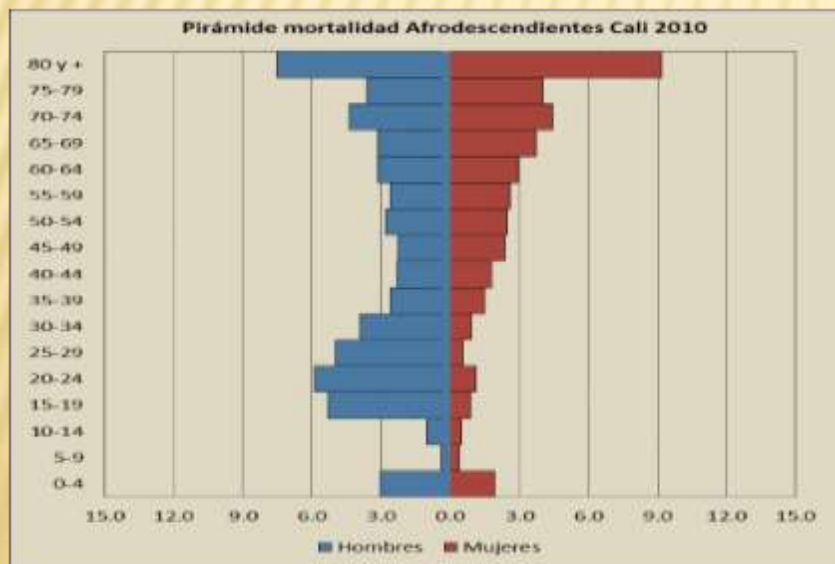
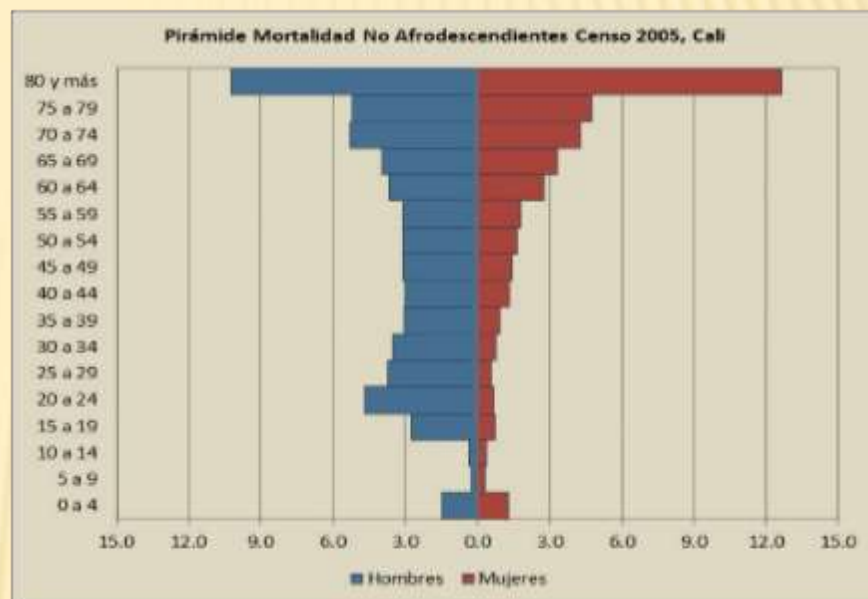
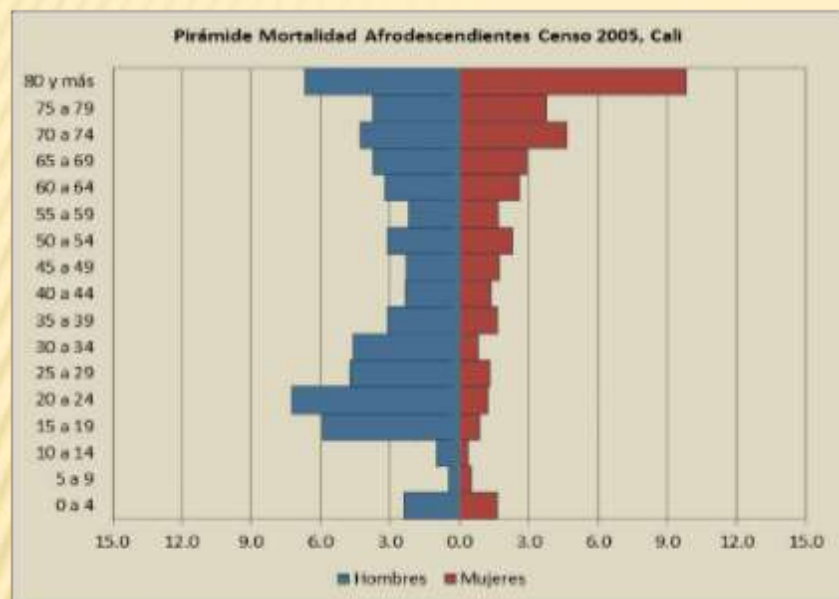
Hombres			
Poisson	OR	LI	LS
< 30	1.46	1.30	1.68
< 50	2.08	1.87	2.32
Curso vida	2.58	2.38	2.79

Oriente, mujeres. Cali, 2005.

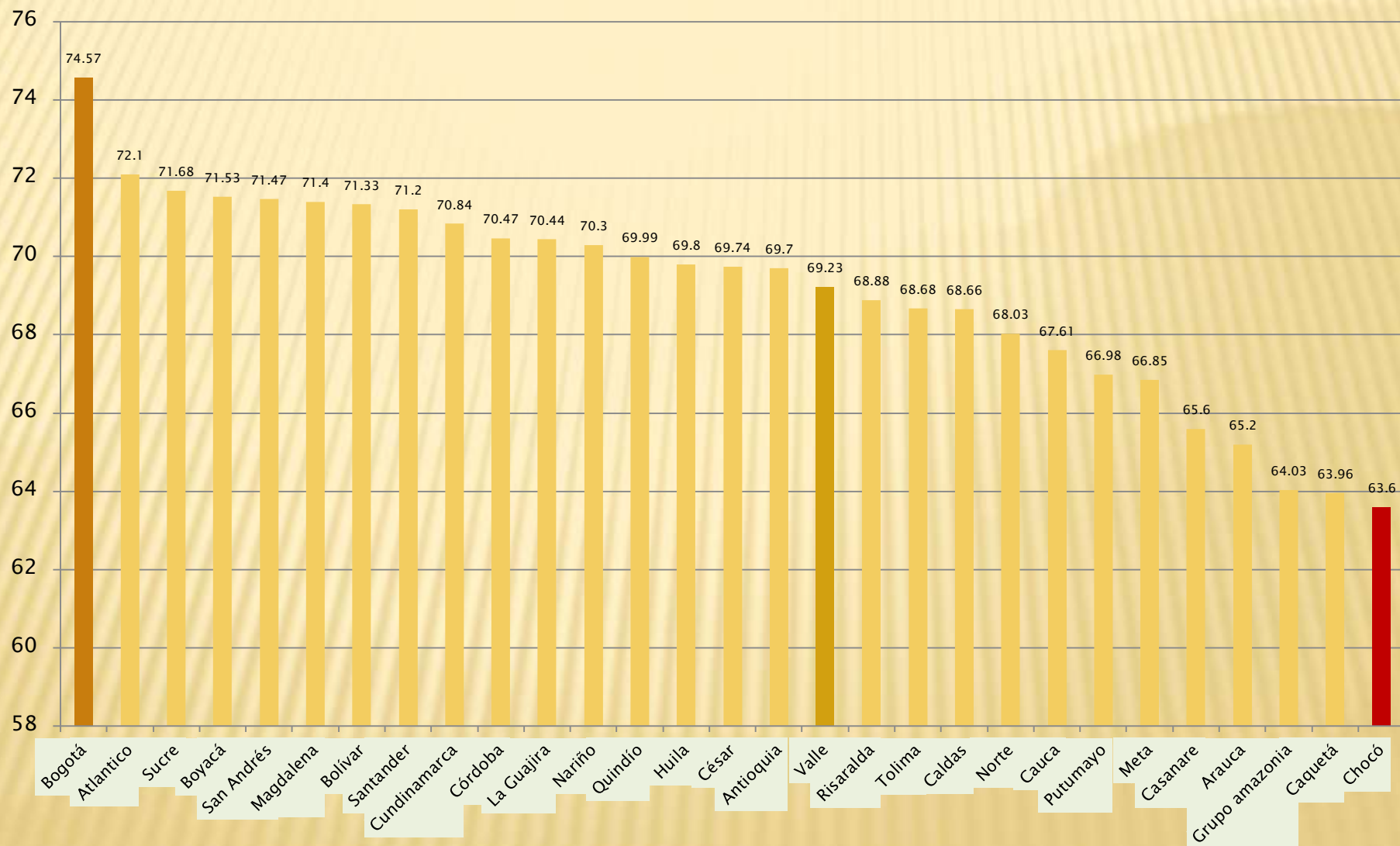


Mujeres			
Poisson	OR	LI	LS
< 30	1.67	1.30	2.16
< 50	1.83	1.51	2.24
Curso vida	1.56	1.40	1.74

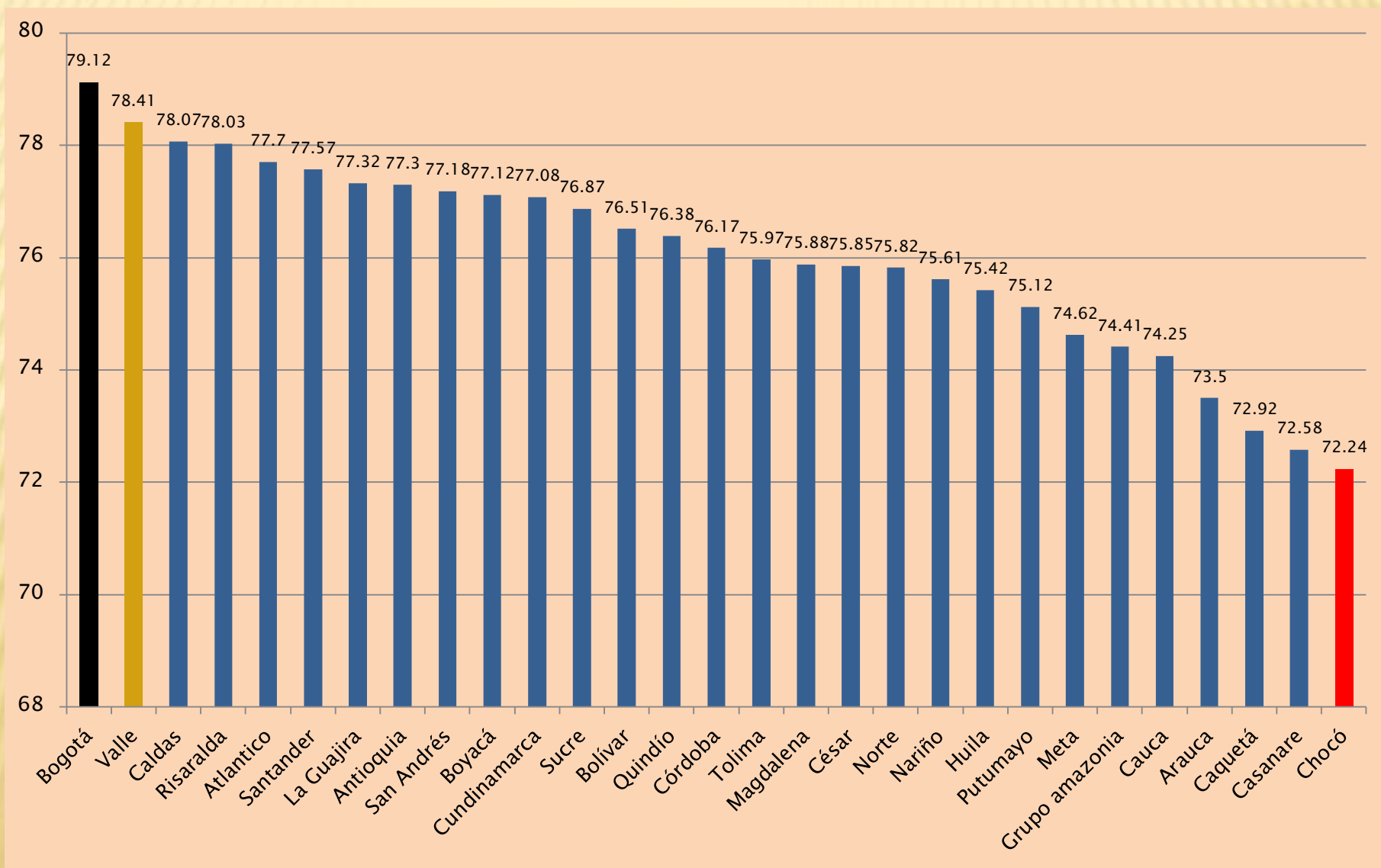
PIRÁMIDES DE MORTALIDAD PARA CALI. (CENSO-2005 Y REGISTROS ADMINISTRATIVOS-2010)



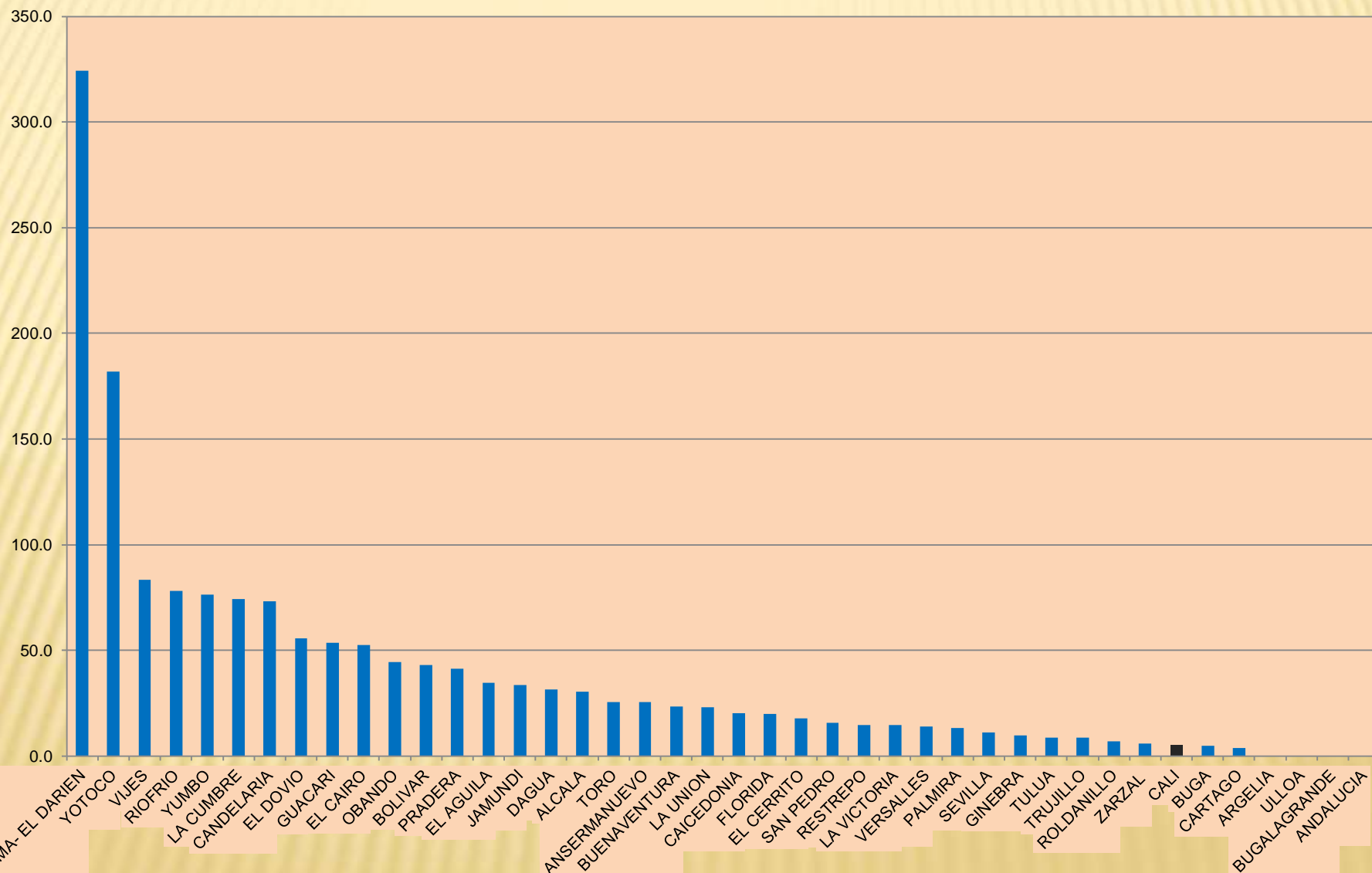
Esperanza de vida hombres, según departamento. Colombia, 2005-2010.



Esperanza de vida en mujeres, según departamento. Colombia, 2005-2010.

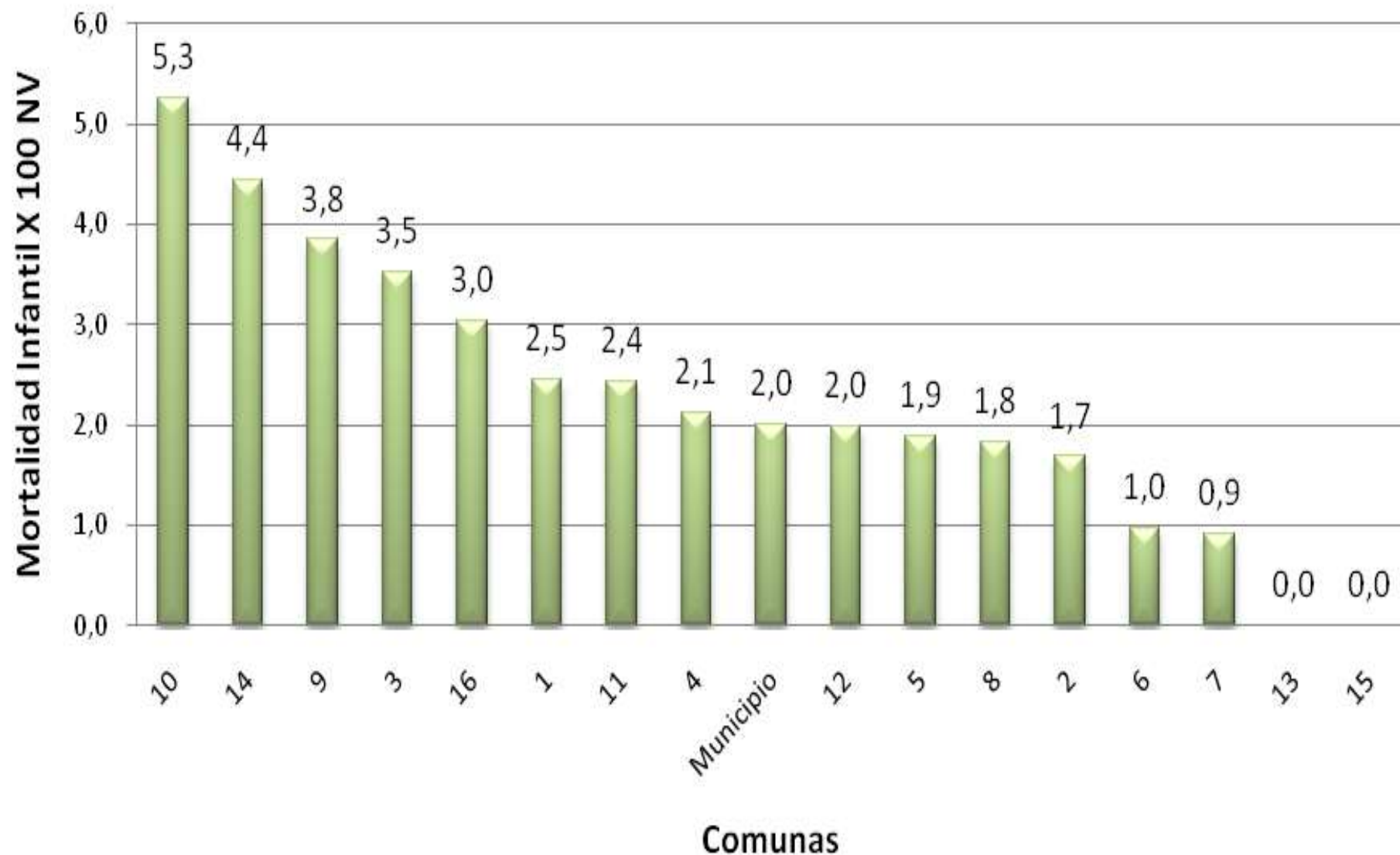


Mortalidad infantil. Valle del Cauca, 2005.



Tasa de Mortalidad Infantil. Municipio de Palmira - Valle

2009



50 AÑOS DEBATIENDO LA DETERMINACIÓN SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1. Rescatar la Epidemiología Social en América Latina: Hugo Behn (1971), Laurell (1976) e Breilh (1979)
2. Tareas pendientes en el sector salud:
 - 2.1. *Comprender que tanto la salud, como la enfermedad, tienen carácter político, histórico y social;*
 - 2.2. *Definir los mecanismos para fomentar la salud basada en dicho concepto (Intersectorialidad , participación social , promoción de la salud, transdisciplinaridad, crecimiento económico y desarrollo social, con equidad);*
 - 2.3. *Cambiar el concepto actual de causalidad, (Predominio biologista) por el de Complejidad social* (E. Morin, 1971- Laurell, 1982).

¿Y las políticas públicas?



La riqueza de las
85
personas más
pudientes del planeta...



...es equivalente a los recursos que tienen
3.570 millones
de pobres del mundo.



1%
de las familias del
planeta tiene el
46%
de la riqueza mundial.

Fuente: Informe Davos, 2013.

En el mundo hay
1.426
multimillonarios, cada uno con una
fortuna personal superior a los
1.000
millones de dólares.



10%
de la población mundial posee el



86%
de los recursos del planeta.



El **70%**
más pobre solo tiene el

3%



En Estados Unidos, el
1%
más rico acaparó el

95%
del crecimiento posterior
a la crisis de 2008.

¿Y las políticas públicas?



10%

de los estadounidenses
más ricos concentra el
54,4%
de la riqueza de esa nación.



La fortuna de las 10 personas
más ricas de Europa es de
217.000
millones de euros y supera las
ayudas económicas a la
Unión Europea.



En India, con **1.200**
millones de habitantes, el número de
multimillonarios pasó de 6 a 61, con una
riqueza de
250.000
millones de dólares.



DESAFIOS PARA LA GESTION DEL CONOCIMIENTO:

- INEQUIDAD SOCIAL Y EN SALUD (POBREZA Y HAMBRE)
- GOBERNANZA DEL SECTOR SALUD (RECTORIA)
- FINANCIAMIENTO (CRISIS ECONOMICA) COMPETENCIA
- URBANIZACION NO PLANIFICADA
- ENVEJECIMIENTO Y FEMINIZACION
- LAS ENT (TB EN GRANDES MEGACIUDADES)
- POBRE CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA RED DE SERVICIOS
- DEFICIT E INEFICACIA DEL RR-HH SECTORIAL
- INCAPACIDAD PARA RETENER RR-HH CALIFICADO
- ACCION SOBRE DSS (MOVILIZAR RECURSOS SOCIALES)

DESAFIO: ¿QUÉ HACER?

Para discusion

Introducir el concepto de Gestion de conocimiento sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y promover el logro de la EQUIDAD mediante la implementación de la estrategias innovadoras en los Sistemas y Servicios de Salud Humana y Ambiental. (PAIS-MIAS, 2016)

Recordar:

Ningun Gestor Social esta autorizado
a asumir que lo que hace es lo que
la gente necesita, existe un imperativo
Etico que lo obliga a demostrarlo.

Solo es posible demostrarlo mediante el monitoreo y la evaluacion del proceso de
gestion del conoCIMIneto

Proceso de Gestion del Conocimiento

**¿Dónde está la sabiduría (Evidencias)
que hemos perdido en el conocimiento?**

**¿Dónde está el conocimiento
que hemos perdido en la información?**

**¿Dónde está la información
que hemos perdido en los datos?**

**Fuente: Tomas Elliot
(1819-1888)**

MUCHAS GRACIAS!!!