



PROGRAMA

Miércoles 10 de septiembre de 2014

18:00 horas

Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

***IN MEMORIAM* JOSÉ DOMINGO GAMBOA MARRUFO**

Coordinador: José Alberto García Aranda

Luis Velásquez Jones

Constanza García Delgado *

Pedro Valencia Mayoral

SIMPOSIO:

EL ESTADO DEL ARTE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Coordinador

Manuel Urbina Fuentes

Introducción

Manuel Urbina Fuentes

State of the Art of Social Determinants of Health

Professor Sir Michael Marmot*

La Bioética en los Determinantes Sociales de la Salud

Adolfo Martínez Palomo



**La Rectoría para incidir en la Equidad en Salud y
los Determinantes Sociales de la Salud**

Carlos Pedro Santos-Burgoa Zarneki

**Las Enfermedades no transmisibles y su vinculación
con los Determinantes Sociales de la Salud**

Pablo Antonio Kuri Morales

**El peso global de la enfermedad y los
Determinantes Sociales de la Salud**

Pedro Rafael Lozano Ascencio

**Recursos de investigación sobre Determinantes
Sociales de la Salud en México**

Nelly Salgado*

Discusión

*Por invitación

El Dr. Enrique Ruelas da inicio a la sesión en punto de las 18:00 hrs dando la palabra al Dr. José Alberto García Aranda coordinador del *In Memoriam* para el Dr. José Domingo Gamboa Marrufo. El Dr. García Aranda agradece este homenaje y el honor de participar en él para un compañero del Hospital General Infantil Federico Gómez. Presenta a los ponentes con los temas del amigo, el familiar y el académico. Inicia el Dr. Luis Velasquez Jones quien además de agradecer comenta que fue él y el Dr. Gamboa parte de la última generación de pediatras del sistema piramidal, y que fueron los que sobrevivieron al sistema. Desde residentes el Dr. Gamboa fue siempre responsable, y amigo. Después de ser Pediatra comenzó su labor en el Hospital Infantil en el área de medicina interna y le permitió ser un reconocido médico pediatra y en ese servicio realizó la investigación clínica. Relata una vivencia personal, que inicia en 1968 cuando el Dr. Torregrosa lo nombró jefe del servicio pues podía plantear hipótesis de acuerdo a lo que escuchaba de los casos clínicos, cuando se confirmaban los diagnósticos hacía una revisión



médica con los residentes y de allí todo mundo aprendía. Otra vivencia es que se enteraron que el servicio donde trabajaban tenía el sobre nombre de la “mitocondria” pues sabían los residentes que allí siempre llegaban al diagnóstico adecuado y eso era un honor. Concluye con una frase del boletín del Hospital Infantil que escribió cuando murió el Dr. José Domingo.

Continúa la Dra. Constanza García Delgado como familiar quien además de agradecer comenta que les emociona recordarlo. Menciona a sus padres yucatecos quienes le enseñaron a ser respetuoso, disciplinado, honesto y siempre hizo que sus familiares se sintieran orgullosos de él. Era un gran lector, escritor de poemas y cuentos, excelente conversador, disfrutaba la buena comida, música y viajes. Cuando llegó al Hospital Infantil fue su segundo hogar. Siempre sirvió con alegría y esfuerzo. Se convirtió en el doctor de la familia. Era religioso y le ayudó a salir adelante. Tenía amor por los semejantes, hombre humilde y servicial. Tenía muchos proyectos de vida, además de su familia, también a los residentes los consideraba sus familiares. Termina mencionando algunas palabras que ofreció cuando fue padrino de muchas generaciones.

En el uso de la palabra el Dr. Pedro Valencia Mayoral habla del académico. El Dr. Valencia además de agradecer comenta que el Dr. Domingo nació el 17 de febrero de 1945, fue médico de la UNAM, estudió pediatría en el HIMFG y su maestría y doctorado en bioética en la U. Anáhuac. Estudió también ortopedia en el hospital pero prefirió dedicarse a la pediatría clínica. Ocupó múltiples puestos en el hospital y siempre asociado a la enseñanza. Perteneció a varias sociedades desde la de médicos residentes, hasta la academia mexicana de pediatría, presidente de la asociación de médicos del hospital infantil, vicepresidente y miembro honorario de la asociación mexicana de pediatría, entre otras. Tuvo varios cargos en comisiones y cargos en congresos, jornadas, asambleas, etc. También obtuvo varias distinciones en diferentes sociedad médicas nacionales e internacionales. Menciona también su producción científica, comenta anécdotas de su vida con él, como la discusión de casos clínicos y que gracias a ello le ayudó mucho a entender la pediatría como patólogo. Los temas de interés del Dr. Gamboa eran las enfermedades infecciosas, congénitas, hepáticas, virales, neoplásicas, colestasis neonatal, entre otros intereses. Termina diciendo que la vida del Dr. Gamboa fue una vida académica muy productiva y da el pésame.



El Dr. García Aranda comenta que además de compañero, amigo y hasta vecino, y aunque en ocasiones discernía sobre algunos temas nunca se distanciaron. Continúa el Dr. Enrique Ruelas quien entrega una medalla de reconocimiento del *In Memoriam* a su hija Diana Gamboa Vasquez quien pasa a recibir dicha medalla conmemorativa a nombre de la familia. Termina esta sesión a las 18:27 hrs.

Posteriormente inicia la sesión en punto de las 19:00 con el video de protección civil. El Dr. Enrique Ruelas Presidente de la Academia Nacional de Medicina da la bienvenida a la sesión titulada “El estado del arte de los determinantes sociales de la salud”, y hace un breve resumen sobre los documentos de postura que está elaborando la ANM y uno de ellos es sobre este tema. Entrega la palabra al Dr. Manuel Urbina Fuentes, jefe del departamento de Salud Pública de nuestra corporación, quien además de agradecer esta sesión comienza con una pequeña introducción comentando que es un honor contar con el Profesor Sir. Michael Marmot. Presenta también al resto de los ponentes. Menciona sobre la equidad en salud como un concepto ético e indicador fundamental de justicia social, manifestando las desigualdades en salud. Comenta que las políticas públicas tienen una parte de realismo e idealismo, y que se requeriría analizar las causas cercanas y las causas de las causas para formular una política pública, así como el valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada comunidad, es observar no solo sus condiciones de salud sino también la situación de las desigualdades en salud, es decir, de aquellas diferencias en salud que cabe considerar como injustas, remediabiles y evitables y que la equidad en salud se logra a través de políticas públicas coordinadas, planes y programas de tipo económico, social y cultural. Señala que ya se ha publicado que la medicina es una ciencia social y las políticas no es otra cosa que medicina en gran escala. También menciona sobre los hechos probados publicados en un libro de determinantes sociales. Platica sobre los antecedentes y el contexto donde el Dr. Marmot recomienda a la comisión de DSS y se vincula la estrategia para intervenir en los determinantes sociales y en las desigualdades y en la atención primaria de la salud. Continúa mencionando sobre las recomendaciones que da la comisión, como mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y recursos y medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones. Menciona la declaración de Rio de



Janeiro y que a partir de entonces se desarrollan las prioridades con base en la equidad en salud, continua mencionando sobre las gestiones en tres grandes áreas que son sobre el agua, comida y energía y es lo que se viene dando por los cambios climáticos, contaminación y otros factores así como el crecimiento poblacional. Presenta todo ello con informes y publicaciones que se han referido al tema de determinantes. Otro ejemplo fue el índice de desarrollo humano del 2014 donde México está en el lugar 71, señalando las grandes diferencias con otros países. Presenta cuales podrían ser las causas de las inequidades a lo largo del ciclo de la vida. Enfatiza que para atender y educar a la población es un reto pues regresan a sus mismas condiciones. Comenta sobre varias desigualdades y las múltiples publicaciones sobre inequidad en salud y los aspectos bioéticos. Presenta reportes donde giran si se puede o no intervenir. Continúa mostrando los indicadores de pobreza, y finaliza comentando el programa de acción específica en la secretaría de salud.

Antes de dar la palabra al profesor Sir. Marmot para que presente el tema de "State of the Art of Social Determinants of Health", da una breve reseña de él, mostrando su liderazgo mundial. Comenta el Dr. Marmot aceptó gustoso venir a México. Comienza mencionando los modelos de acción mencionados por el Dr. Urbina. Él cree que tiene una manera ideal de cómo hacer que los modelos se conviertan en realidad y de forma práctica. Menciona sobre el cierre de brechas generacionales, iniciando con el conocer cuáles son, los medios y la pregunta es cómo cerrar estos vacíos. Señala aspectos de la justicia social el empoderamiento material, mejorar las condiciones en las cuales la población nace, crece, vive, trabaja, y la distribución de poder, dinero y recursos. Presenta una gráfica de la esperanza de vida, mencionando los cambios que ha tenido México, desde un país pobre a ser parte del club de países ricos. El crecimiento de México ha sido despacio y esto lo manifiesta al compararlo con Corea quien tuvo un crecimiento mayor. Comenta que en ambos países el desarrollo comenzó en los 80s pero Corea se desprende de México en los 90s. Señala el porcentaje de sobrevivencia a la edad de 65 años y el per cápita de gastos en salud donde se ve una dramática diferencia en la esperanza de vida utilizando como ejemplo y comparación países como USA, Japón, Suecia, Perú, Brasil, México, Turquía entre otros. Y esto se ve igual en hombres y mujeres y que estas diferencias tienen como respuesta a las determinantes sociales. Presenta diversos libros y documentos donde se trata de contestar como deben aplicarse las decisiones globales en un país y todos estos



documentos tratan de responder a ello. Comenta sobre los países europeos y su esperanza de vida, la esperanza de vida libre de discapacidad al nacimiento por privación de ingresos, mostrando también que se ha incrementado la edad de pensión y la esperanza de vida es casi la misma entre otras características estables. Si la pensión continúa a los 65-68 años una tercera parte de la población no está en la privación de ingresos, solo una tercera parte. Comenta sobre 6 recomendaciones y sus políticas que son dar un buen comienzo de vida a los niños, dar la posibilidad a los niños, jóvenes y adultos para maximizar sus posibilidades y tener control sobre sus vidas, crear empleos y un buen trabajo para todos, asegurar un salud estándar para todos, crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles y fortalecer el rol e impacto en la prevención de la salud. Continúa presentando proyecciones de la esperanza de vida a la edad de 25 años en hombres y lo compara con varios países, observando que ésta aumenta por la educación, también muestra la diferencia entre países. La educación en cualquier lugar es dar salud, también da una mejor posición, mejores casas, mejor salario. Presenta también un ejemplo donde en Suiza no existen tantas diferencias entre salarios y comenta que los suizos saben cómo hacer que la educación aumente la esperanza de vida. Menciona sobre un estudio que realizó para el nivel de respuestas a las políticas públicas dividiendo Europa en tres sectores como una respuesta positiva y activa ante las inequidades en salud, el segundo es una respuesta variable a las inequidades y el tercer es una respuesta relativamente subdesarrollada y lo que observó es que cada sector es básicamente un sector de salud y da un ejemplo de cómo distribuyó los países de acuerdo a varios indicadores señalando que las diferencias que encontró entre los países dependió de las políticas de salud que tomaron los propios países. Presenta como mejora la pobreza en los niños cuando hay transformaciones sociales por lo que concluye que la pobreza en la niñez es una decisión política. Dice que los determinantes deben ser tomadas en serio y habla sobre las prioridades acordadas por el gobierno inglés presentando la estrategia que tomaron para las inequidades en salud con base en 5 objetivos que son el empoderamiento individual de londinenses y en sus comunidades para mejorar la salud, mejorar el accesos a los servicios de salud londinenses particularmente a los pobres, reducir las inequidades y minimizar las consecuencias de salud negativas relacionadas con la pobreza relativa, incrementar las oportunidades para la población para el accesos a los beneficios potenciales de trabajo y otras formas de actividad, desarrollar y promover a Londres como un lugar saludable para



todos. Comenta que la educación y el entrenamiento es importante y el trabajar con individuos, comunidades con organizaciones en trabajo de equipo, de cabildeo, y con un sistema de salud para enfrentar los retos y tomar las oportunidades. Concluye que está muy consciente de las inequidades en salud entre países, que hay que hacer algo y hacerlo más y mejor.

Continúa el Dr. Adolfo Martínez Palomo comentando que además de lo realizado por el Dr. Marmot, durante este tiempo se hacía algo en la UNESCO en 2005 interesados en una declaración sobre bioética y derechos humanos la cual contiene muchos de los elementos y determinantes sociales presentando algunos de ellos como cuando se mencionan los aspectos de cooperación y sobre los componentes sociales. En México se publicó también algo al respecto con determinantes en salud. Menciona sobre las metas del milenio que ahora se están posponiendo para el 2015-2020 y tienen que ver con los determinantes en salud. En México se ha tratado de abordar dos temas en particular como el pasar del ejercicio académico a la práctica, con los temas de bioética y discapacidad que es más global y de enorme interés, donde más de un billón de personas tienen discapacidad y 80% viven en países en desarrollo, esto genera pobreza y la pobreza discapacidad, muestra varios libros de autoridades en bioética. Menciona sobre la convención y los derechos de las personas y discapacidad en 2008, presentando varias imágenes al respecto. Y el otro tema es el de migración; presenta diversas cifras al respecto y donde no hay día que no se trate este problema y que el verdadero problema es de la migración de los niños que no van acompañados de sus padres, y esto va aumentando. Todo ello tiene implicaciones como la violencia, y es debido a la pobreza extrema. Concluye que si la OMS pensó que tendríamos salud para todos en el 2000, se acabó el tiempo pues ahora ya no tienen un año en particular ahora es todo un siglo.

Continúa el Dr. Carlos Santos Burgoa quien es Jefe de la Unidad de Factores de Riesgo del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental quien inicia mencionando lo que significa rectoría que es la capacidad del estado para tomar responsabilidad por la salud y responsabilidad de la población, al igual que para conducir al sistema en su totalidad y contiene tres grandes responsabilidades: proveer de visión y dirección al sistema, recolectar información (inteligencia), y ejercer influencia mediante regulación y otros mecanismos y dice que tiene tres grandes responsabilidades, y menciona a



cual se referirá. Comenta sobre la función que radica en la autoridad sanitaria, Muestra la asimetría de la descentralización en México señalando que entonces la regulación es prácticamente del gobierno central. Menciona como la regulación de riesgos a la salud puede incidir en los determinantes y como el análisis de riesgos y gradiente social, el análisis del impacto en salud, y equidad la normatividad, y consideración de equidad, los instrumentos económicos (incluyendo incentivos e impuestos, en consideración a su progresividad), el licenciamiento, verificación, asegurar cumplimiento, enfatizando la protección de vulnerables y la coherencia en política. Menciona sobre los riesgos a enfermedades no transmisibles, diciendo que están determinadas socialmente y explica por qué y el impacto económico en la familia. Muestra datos de las métricas en salud señalando la magnitud del problema de los determinantes como dieta, tabaquismo, alcoholismo etc., y como impactan en la mortalidad. Presenta el plan global y comenta sobre las 5 metas que se deben reducir como la de dieta, sal, alcohol, obesidad, actividad física y tabaco, y se lograrían reducir perfectamente bien la mortalidad. Presenta gráficas que demuestran ello de cómo se ha incrementado las muertes atribuibles al alto índice corporal y tabaquismo y como ellos son verdaderamente factores diferenciadores. Exhibe también sobre la capacidad regional donde observaron la posibilidad de ejecutar convenios como en lactancia materna, uso de sustitutos de leche, reducción de sal, lo de tabaquismo, muchos planes y poco se ejecuta. Alude a las recomendaciones sobre las determinantes sociales en salud que propone la OMS. Comenta que se debe tener para las decisiones del sistema de salud como la información, análisis, cobertura, regular los esquemas regulatorios y el diseño de política sectorial e intersectorial. Concluye que el plan de implementación de los tratados internacionales, acuerdos, resoluciones internacionales, y reflejarlos en el monitoreo de su cumplimiento que la acción regulatoria debe sustentarse en una evaluación de riesgos que considere el gradiente social, y la aplicación de instrumentos de intervención que diferencialmente atienda las necesidades de los más vulnerables, que los ministerios de Salud deben revisar sus marcos regulatorios en cuanto a licencias, registros, acreditación y calidad de servicios de salud pública y deben asegurar coherencia en la estrategia y dirección en sus distintos niveles, utilizando sistemas de monitoreo del desempeño y asegurando la rendición de cuentas. Que la protección de la Salud a través de la Capacidad Reguladora debe adecuar el sistema de salud y los programas de ENTs de modo que aborden el gradiente social que la capacidad técnica para



evaluación de riesgos y gradiente social que afectan el comportamiento saludable, ocupacionales, inspección por autoridades de salud pública, monitoreo y aseguramiento del cumplimiento de normatividad en poblaciones más vulnerables y la cooperación entre ministerios de salud y otros sectores para el cumplimiento de la legislación.

Continúa el Dr. Eduardo Jaramillo quien presenta en lugar del Dr. Pablo Kuri y menciona la problemática alrededor de la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y que México está en el 2 lugar de obesidad y en la población general y el 4to en infantil, que el 90% de los diabéticos son atribuibles a la obesidad y sobrepeso, como algunos ejemplos de la problemática encontrada. Presenta el complejo mapa de la obesidad y las variables que intervienen. Menciona sobre la transición de los factores de riesgo que van desde el sedentarismo, violencia HTA, problemas del alcohol, etc. También presenta su relación con las enfermedades no transmisibles, donde el trabajo sectorial es desempeñar una función de establecer entornos y alternativas saludables que es una estrategia intersectorial y lograr su sensibilización y da ejemplo de ellos pues el problema ya rebasó al sector salud. Ilustra algo sobre determinantes y la relación con ENT y cuáles son los factores modificables y no modificables y su posible impacto. Presenta cambios en la oferta de productos y en uso del tiempo. Y da ejemplo de ello como de 2000 a 2010 los precios de la fruta fresca aumentaron 124% mientras que los refrescos envasados 58% y los chocolates y golosinas 67%. Que los precios marginales en refrescos que fomentan mayores volúmenes: el precio por litro dependiendo de la presentación puede variar casi tres veces. Ha disminuido de 10 a 8 horas de tiempo semanal dedicado a cocinar y preparar alimentos en el periodo 2002-2009. En 2009 en promedio se realizan 10 minutos de ejercicio al día. El 70% de los escolares no realiza actividad física regular y consumen 433 calorías en el recreo (275 recomendadas). Comenta que México es el mayor consumidor de bebidas azucaradas en el mundo, una media de 163 litros por persona al año que con la comida con alta densidad energética, alimentos procesados y la comida tradicional constituyen una dieta hipercalórica que favorece el sobrepeso y la obesidad, menciona aspectos económicos de la obesidad como la reducción en el costo de las calorías entre 1992 y 2010 es un factor importante que explica el mayor consumo de calorías entre la población. Lo anterior puede contribuir a explicar el incremento en obesidad. El costo por caloría en alimentos con alta densidad energética es



menor que en alimentos con baja densidad energética. La población con ingresos bajos tiende a consumir alimentos con mayor contenido energético y menor precio. Cuando el ingreso real cae, las familias incrementan el consumo de alimentos con alta densidad energética con precios relativamente bajos. Concluye con la estrategia nacional, los pilares y ejes estratégicos donde se encuentran como pilares a) salud pública, b) atención médica, y 3) regulación sanitaria y política fiscal.

Continúa el Dr. Rafael Lozano que inicia preguntándose si la carga de la enfermedad es un esfuerzo científico sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de las pérdidas de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo; por edad, sexo, zonas geográficas y puntos específicos en el tiempo y ¿Cómo medir las pérdidas de salud?. Señala que tradicionalmente se cuentan las muertes y los casos de enfermedad o discapacidad y esas son consideradas como pérdidas y que estos eventos no se pueden sumar. En lugar de agregar eventos (casos o muertes), se calcula el tiempo perdido por muertes prematuras y el tiempo vivido con discapacidad. Presenta la forma en que se puede medir, calculando la atribución categórica debida a lesiones y enfermedades directamente, o también por la carga de la exposición a factores de riesgo. Muestra las fórmulas. Señala que siempre se dan por resultados 7 métricas de enfermedad y una saludable. Alude a lo que hicieron con 303 causas, 2350 secuelas, 69 factores, 20 grupos de edad y 180 países y como agruparon los factores de riesgo. También se veía como relaciona ambos marcos de referencia: el de la Dra. Whthead dados en 1991, con el del profesor Marmot para describir las desigualdades en tiempo lugar y persona. Señala sobre los mensajes claves del estudio de GBD 2010 que tiene la transición demográfica, enfermedades, discapacidad, riesgos y se ve la visualización. Habla sobre las desigualdades en África y sus condiciones mostrándolo con evidencias y la carga de la enfermedad (principalmente por los objetivos del milenio números 4 5 y 6). Muestra también lo visto en México y como se encuentra cada estado y el progreso de la carga de la enfermedad, el asunto está en el progreso desigual ya que la carga cambia de los niños a los jóvenes adultos. Se observa el progreso importante que ha existido en los menores de 15 años pero poco en los mayores de esta edad. La disminución de la carga por APMP de 1990 a 2013 en los menores de 15 años es mayor en estados con más alta marginación, pero es en estas áreas en donde el riesgo de muerte prematura es mayor en todas las edades. Posteriormente presenta que más del



65% de la carga por muerte prematura es debida a enfermedades crónicas no transmisibles en 2013 y presenta lo que sucede por estado, y las tendencias comparando las de 1990 a 2013. Comenta sobre los objetivos del nuevo milenio. El Dr. Lozano le llama la utopía de la salud para 2030 pues el no. 3 es lograr vida saludable para todos en todas las edades y hace una crítica de ellos. Presenta a 14 estados cuya principal causa de muerte prematura es cardiopatía isquémica, le sigue la cirrosis, enfermedad renal crónica, homicidios etc. y presenta las 10 principales causas de muerte prematura por entidad federativa. Señala que hay que revisar con cuidado los resultados a nivel estatal del GBD 2013 y calcular proyecciones como el calcular el gasto en salud por enfermedad, lesiones y factores de riesgo GBD 2015, transformar las necesidades de salud a equivalentes en servicios y recursos en el marco de la cobertura universal en salud, con especial atención a los más marginados y vulnerables y que hay que hablar más de “cómo hacerle” y no solo de “que hacer”. Concluye que la difusión del conocimiento por las vías tradicionales (revistas de alto impacto) se traduce en una actitud pasiva que la diseminación del conocimiento hay que hacerla junto con los profesionales de la comunicación, apoyándose en herramientas de visualización, como una actitud proactiva y la aplicación del conocimiento es responsabilidad de todos.

Sigue la Dra. Nelly Salgado quien presenta el proyecto que se realizó en 11 instituciones de salud pública en África, Latinoamérica y Europa y su objetivo principal fue el fortalecimiento de capacidades de investigación de amplio espectro en torno a las determinantes de salud. Lo que hicieron fue analizar el panorama general de la investigación en México sobre los DSS para detectar retos y áreas de oportunidad para la generación, diseminación e implementación de hallazgos derivados de la investigación, que contribuyan a la equidad en salud en el ámbito nacional. Hacer recomendaciones puntuales sobre la incorporación de estrategias que fortalezcan la investigación sobre DSS en el sistema nacional de investigación en salud de México y su impacto en la política pública; comenta sobre la metodología realizada como la revisión sistemática, de los proyectos financiados, de las instituciones académicas, etc. Los resultados más importantes están orientados en estas categorías. Producción Científica, vieron que hay un crecimiento en México desde 2005 a 2012. Son publicaciones de alto impacto menciona los temas, y los grupos poblacionales. Con relación al Financiamiento, CONACYT-FOSSIS Y SEDESOL financiaron la 3era parte, también hay financiadoras internacionales



y menciona cuales. La investigación fue básica, clínica, biomédica, y que los montos son reducidos y no siempre reflejan las prioridades nacionales en salud. Con recursos humanos identificaron 200 investigadores de 39 instituciones que trabajan en determinantes, pocas instituciones privadas así como el número interesado en el tema pero lo que se publica es reducido. Con respecto al Sistema Nacional de Investigación en Salud encontraron que aparecieron en el programa de acción específica pero no se radicó en las políticas y programas. Con relación a la vinculación de actores clave, hay limitado pero creciente red de colaboración. Poca comunicación entre academia decisores y poblaciones, entre otras. Concluye que la investigación en DSS en cuanto a producción puede considerarse robusta y en crecimiento, a pesar de las limitaciones en su divulgación nacional y que hay tres factores que inhiben el fortalecimiento de la investigación sobre DSS ya que el financiamiento es limitado, el sistema de evaluación de investigación que favorece publicaciones en foros internacionales, pero desincentiva la difusión en foros nacionales, la diseminación entre tomadores de decisiones, y su posible impacto en las condiciones de salud de la población y las escasa vinculación de grupos de trabajo académico sobre DSS a nivel nacional y los retos son desarrollar competencias en los actores clave de los DSS, que incluya: académicos, tomadores de decisión, financiadores y sociedad civil para generar vinculaciones estratégicas. Entre los investigadores, desarrollar capacidades nuevas y fortalecer las ya existentes en DSS: aspectos metodológicos, periodismo científico y fortalecimiento de redes de colaboración Fomentar en el Sistema Nacional de Investigación en Salud el financiamiento y publicación de resultados de investigación sobre DSS en revistas nacionales y en otros foros como revistas de difusión y resúmenes ejecutivos para tomadores de decisiones. Homologar los incentivos que reciben los investigadores por publicar en México y en el extranjero y que hay una ventana de oportunidad como Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 cuyo objetivo 1; Estrategia 1.1; Línea de acción 1.1.1 es “Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud” A través de este objetivo implementar acciones concretas basadas en evidencia e investigación que incluyan a los DSS en los espacios de discusión y toma de decisión de políticas públicas y finaliza dando algunas recomendaciones. Menciona también que es necesario establecer un “Observatorio Mexicano de los Determinantes Sociales de la Salud” de carácter intersectorial con el propósito de contribuir al logro de la



equidad en salud en México a través del monitoreo de acciones y promoción de interlocución entre investigadores, financiadoras, tomadores de decisión y sociedad civil y que las funciones del observatorio deben ser sistematizar y mantener actualizada una base de datos sobre investigación en DSS en México; así como convocar periódicamente a investigadores, tomadores de decisiones y sociedad civil a discutir hallazgos de investigación y sus implicaciones para las políticas públicas y sociales y articular y vincular a investigadores de diversas instituciones para colaborar en proyectos de investigación sobre DSS y difundir información de interés sobre los DSS a través de un órgano de diseminación periódico y monitorear y evaluar el impacto de la investigación sobre DSS en las políticas públicas

Posteriormente se da inicio a la sesión de preguntas y comentarios. El Dr. Jasso comenta que se está haciendo el cambio rápido y sobre la importancia de los determinantes sociales principalmente enfocándose en los niños. El Dr. Gonzalez Block, felicita y pregunta la postura de recientes reformas implementadas en el país que es el impuesto a bebidas azucaradas, y le gustaría saber cuál sería el impacto de este impuesto en la salud. (positivamente) así como también pregunta la importancia de tener seguridad social y servicios más regulares y el beneficio de facilitar el aseguramiento y la actividad regulatoria y sobre la energética para el medio ambiente y sobre el impacto de salud en estas medidas. El Dr. Jaramillo responde sobre el activismo de la industria en el impacto negativo por estos impuestos. Pero la buena noticia es que el INEGI reportó una caída de estos productos y que ahora toca para que los investigadores documenten esta disminución en términos de salud pública. Todas las políticas y reformas tienen que ser articuladas. El Dr. Marmot da un comentario de cierre a la sesión señalando que se habló sobre la equidad en salud en las políticas donde el consumo de impuestos en el tabaquismo es muy claro su impacto y que fue una política muy agresiva. Y se ve que ante diferentes niveles de impuestos existe una mayor progresión del consumo bajo. Comenta sobre el consumo de azúcar y de cómo ha ido subiendo, pero si se tuvieran impuestos como los de tabaco se podría ver un efecto semejante. Recomienda que debemos ser cuidadosos porque hay cosas que no son regresivas, como el caso del alcohol que sigue siendo alto, pero necesitamos saber dónde serán exitosos y que podemos hacer la equidad en diferentes caminos. Un análisis recientemente realizado sobre la privatización de servicios públicos, vieron que se redujo el consumo,



porque se debía al impacto de todas las políticas que afecten a la salud. Cree que México está en muy buena posición para tomar acciones, la economía es segura, y se tiene la posibilidad para hacer las cosas y es una gran oportunidad.

Acto seguido el Dr. Enrique Ruelas agradece a los participantes y sobre todo al profesor Sir. Marmot por acompañarnos en esta sesión, agradece al Dr. Urbina por la coordinación del simposio y a los ponentes por su participación y da por concluida la misma a las 21:17 hrs.

Atentamente:

Dra. Elsa Sarti.
Secretaria Adjunta de la ANM.

"Donde hay justicia no hay pobreza" Confucio (551 a. C. - 479 a. C.) pensador chino.