

## TALLER

### ¿Cómo pueden los institutos nacionales de salud pública avanzar en enfoques equitativos del bienestar para influir en los resultados de salud de la población?

#### Comité de Desigualdades Sociales y de Salud Pública de la IANPHI

11-13 de junio de 2025, Saint-Maurice, Francia

#### Informe del taller

#### INTRODUCCIÓN

El taller del Comité Temático sobre Desigualdades Sociales y de Salud Pública de la IANPHI se llevó a cabo del 11 al 13 de junio de 2025 en la sede de Santé Publique France, en Saint-Maurice (Francia). Reunió a representantes de 22 institutos y organizaciones asociadas, de todas las regiones de la IANPHI, para explorar la siguiente cuestión: **¿Cómo pueden los institutos nacionales de salud pública promover enfoques equitativos del bienestar para influir en los resultados de salud de la población?**

Esta iniciativa forma parte de un proyecto más amplio financiado por el Programa de Subvenciones Internacionales para la Salud de la Agencia de Salud Pública de Canadá, cuyo objetivo es promover intercambios bien estructurados sobre el rol y la experiencia de los institutos nacionales de salud pública (INSP) en la transición de la observación y documentación de las desigualdades al diseño y la implementación de acciones destinadas a reducir estas en materia de salud y bienestar.

La reunión fue abierta por *Anne-Catherine Viso*, directora de Asuntos Científicos e Internacionales de Santé Publique France, quien presentó la misión general del instituto y la importancia de contar con un programa transversal relacionado con las inequidades en materia de salud. Tras las observaciones iniciales, el taller continuó con una descripción detallada del *profesor Felix Rosenberg*, de la FIOCRUZ, presidente del Comité Temático de IANPHI sobre Desigualdades Sociales y Salud Pública quien asoció la secuencia de las sesiones individuales de los talleres con un marco de acción general. Describió cómo cada sesión se había diseñado estratégicamente para abordar enfoques clave para promover la equidad en salud y garantizar que todos los debates se ajustaran a los objetivos generales del comité. Por último, se centró en el proyecto y el contexto de las actividades del Comité, señalando que esta reunión presencial era una oportunidad única para convertir años de debates conceptuales en acciones concretas, y que su trabajo colectivo sentaría las bases para un plan de trabajo sostenible y financiado para combatir eficazmente las inequidades en salud.

#### SESIÓN 1: EL PAPEL DE LOS INSPS EN EL FOMENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS TRABAJADORES COMUNITARIOS

*Coordinador: Prof. Félix Rosenberg, director del Foro Itaboraí, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), presidente del Comité Temático de Desigualdades Sociales y Salud Pública en IANPHI*

La primera sesión se inició con la presentación por parte del *profesor Rosenberg* de los resultados del proyecto «Diagnóstico territorial multicéntrico de las desigualdades sociales y las inequidades en salud mediante la aplicación de tecnología social», llevado a cabo en 2024 en Argentina, México, Colombia, El

Salvador y Paraguay. El proyecto se centró en promover la equidad en salud desde una perspectiva territorial, integrando los sistemas de salud pública nacionales y locales. El profesor Rosenberg explicó que este enfoque se basa en un modelo conceptual en el que el territorio no es solo otra variable epidemiológica, sino la base estructural en la que interactúan sus comunidades o habitantes, revelando importantes desigualdades sociales como determinantes de las inequidades en salud, basadas en la geografía y la clase social. Abogó por intervenciones de salud pública basadas en el territorio y destacó el papel de los institutos nacionales de salud pública en el desarrollo de respuestas políticas en los territorios.

Tras su presentación, *la Dra. Laura Recoder*, del INSP de Argentina, en el Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación de Enfermedades Endémicas (CENDIE/ANLIS), compartió un estudio de caso del proyecto multicéntrico en la localidad de Dock Sud, una zona ambientalmente vulnerable cerca de Buenos Aires. Su proceso de Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) involucró a múltiples partes interesadas, incluyendo al gobierno, la academia y grupos comunitarios, a través de entrevistas, ejercicios de mapeo y talleres, y produjo resultados tangibles como informes gubernamentales, mapas analógicos y digitales, sesiones de capacitación y exámenes comunitarios. Estos esfuerzos no solo generaron nuevos datos locales de salud, sino que también fortalecieron la participación de la comunidad e influyeron en las políticas municipales de salud.

A continuación, el debate se centró en reflexiones más generales de los participantes sobre el uso del DRP y la cartografía participativa, haciendo hincapié en la eficacia de estas herramientas para dar a luz problemas sanitarios locales que a menudo se pasan por alto en las encuestas convencionales, y para promover la apropiación y la participación local. Los DRP se presentaron como una alternativa de bajo costo a las encuestas nacionales, ya que proporcionan información en tiempo real a las comunidades y garantizan la transparencia y la legitimidad de los datos sanitarios mediante la validación comunitaria, lo que los convierte no solo en una innovación metodológica, sino también en un enfoque estratégico para la equidad.

Los participantes identificaron las siguientes estrategias a nivel local para abordar las desigualdades en materia de salud:

1. **Reconsiderar cómo se mide el éxito en salud pública**, yendo más allá de los indicadores biomédicos hacia nuevas métricas que reflejen el bienestar, la equidad y la transformación sistémica, y **abogar por la integración de los conocimientos de las ciencias sociales en las instituciones de salud pública**, ya que el predominio de los modelos clínicos a menudo limita el alcance de la acción. Estos enfoques requieren cambios metodológicos y transformaciones institucionales, incluyendo reformas educativas, desarrollo de capacidades a largo plazo y autoría compartida con las comunidades involucradas en la investigación y la planificación.
2. **Reducir la brecha entre los sistemas centralizados y las realidades locales**. Las INSP deben apoyar a los actores locales mediante capacitación y recursos, al tiempo que actúan como coordinadores que alinean las necesidades de la comunidad con las estrategias nacionales. Esta perspectiva territorial es clave para comprender cómo las desigualdades estructurales se manifiestan de manera diferente en cada lugar y cómo las respuestas localizadas pueden ser más eficaces cuando se crean conjuntamente con los más afectados.
3. **Abordar los retos relacionados con la inclusión y la confianza**, especialmente en entornos en los que las prácticas participativas son nuevas o en los que siguen existiendo fuertes desequilibrios de poder entre las instituciones y las comunidades. La colaboración intersectorial es un factor de éxito.

Todos los participantes informaron del éxito obtenido con el uso de herramientas participativas, como la cartografía sanitaria y los diagnósticos comunitarios, para generar datos relevantes y movilizar respuestas conjuntas. Sin embargo, también se reconoció que, sin un apoyo estructural, como

financiación, mandatos institucionales y voluntad política, estas prácticas corren el riesgo de convertirse en proyectos aislados, sin impacto a largo plazo. Los participantes pidieron que se reconociera el diagnóstico participativo como una herramienta para el empoderamiento de la comunidad y la transformación de las políticas, y que se reforzara el compromiso institucional con la justicia social y medioambiental y la inversión a largo plazo.

## SESIÓN 2: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: ¿CÓMO INTEGRAR LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN LAS POLÍTICAS INTERSECTORIALES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL?

*Coordinadora: Dra. Ivalda Macicame, directora nacional de Encuestas y Observación Sanitaria, Instituto Nacional de Salud de Mozambique*

La Dra. Macicame realizó una presentación sobre el papel fundamental de los INSP en la lucha contra la inseguridad alimentaria y nutricional, destacando las disparidades mundiales en materia de desnutrición e inseguridad alimentaria, especialmente en África y en los países de ingresos bajos y medios, donde la carga es mayor y se ve agravada por los conflictos armados, el cambio climático y los retos económicos. A continuación, presentó el modelo de colaboración de la red de INSP para los países de habla portuguesa, cuyo objetivo es integrar los INSP en los consejos nacionales de alimentación y nutrición, compartir las mejores prácticas y superar retos como la debilidad de los sistemas de vigilancia y la fragmentación de los datos. Concluyó proponiendo estrategias para que las INSP refuercen la seguridad alimentaria y nutricional mediante el análisis de datos, la orientación normativa, la coordinación intersectorial, el desarrollo de capacidades y la promoción de la equidad.

Tras esta presentación, los participantes propusieron recomendaciones concretas que podrían aplicarse para integrar las INSP en las políticas intersectoriales de seguridad alimentaria y nutricional:

1. **Ampliar el papel de las INSP en materia de nutrición**, más allá de la prevención y el control de la obesidad y los hábitos individuales, con el fin de abordar el hambre y la inseguridad alimentaria como prioridades de salud pública. Las INSP deben participar activamente en las comisiones nacionales y los organismos intersectoriales para romper los silos y promover la colaboración entre los sectores de la alimentación, la salud y el medio ambiente.
2. **Compartir y promover las mejores prácticas**: Aprovechar modelos probados, como Nutri-Score en Francia, las comidas escolares gratuitas en Inglaterra y los enfoques comunitarios en Quebec, para orientar las políticas y fomentar la colaboración internacional. Centrarse en adaptar los recursos existentes en lugar de crear nuevas soluciones.
3. **Coordinar acciones a varios niveles**: A nivel local, utilizar métodos participativos para crear guías alimentares culturalmente apropiadas, influir en la oferta alimentaria limitando la concesión de licencias a los establecimientos que venden alimentos poco saludables y apoyar los programas comunitarios de producción de alimentos y nutrición. A nivel regional y nacional, abordar problemas estructurales como la pobreza y la desigualdad, al mismo tiempo promoviendo regulaciones basadas en datos empíricos para obtener apoyo político.
4. **Fortalecer el monitoreo y la investigación**: Evaluar periódicamente las intervenciones nutricionales utilizando indicadores como la desnutrición, la inseguridad alimentaria y las disparidades socioeconómicas. Desarrollar investigaciones sobre el impacto del cambio climático en los sistemas alimentarios y la calidad nutricional para informar las políticas.
5. **Abordar tanto la desnutrición como la obesidad** adaptando las estrategias a las realidades locales, logrando un equilibrio entre la mejora del entorno alimentario y las intervenciones destinadas a cambiar los comportamientos individuales, y reconociendo la doble carga que suponen la desnutrición y la obesidad.
6. **Enfrentar los determinantes comerciales de la salud**: los INSP deben fortalecer su capacidad para contrarrestar la influencia de la industria alimentaria en la salud pública y utilizar herramientas

internacionales para proteger los intereses de la salud. Generar confianza pública garantizando que la salud prevalezca sobre los beneficios empresariales y evaluando de forma crítica las asociaciones público-privadas.

7. **Pasar de enfoques conductuales a enfoques estructurales:** coordinar las intervenciones estructurales y conductuales en todos los sectores, independientemente de las estructuras de financiación. Las recomendaciones políticas deben ser flexibles para abordar de manera eficaz todos los aspectos del entorno alimentario.
8. **Desarrollar capacidades y habilidades:** invertir en formación sobre nutrición en todos los sectores, como la salud pública, la educación y la agricultura familiar. Los programas intergeneracionales pueden preservar los conocimientos alimentarios y las habilidades culinarias, promoviendo hábitos alimentarios sostenibles.
9. **Enmarcar la producción alimentaria como una cuestión de salud:** la planificación de la salud pública debe abordar las prácticas agrícolas, en particular el uso de agroquímicos y los plaguicidas. Apoyar los enfoques agroecológicos para una población y un planeta más saludables.
10. **Integrar el clima y la sostenibilidad:** Las políticas y la investigación deben vincular el cambio climático y la nutrición, promoviendo la colaboración entre el Norte y el Sur. Esta área ofrece oportunidades para la acción conjunta y el aprendizaje mutuo.
11. **Mejorar las estrategias de comunicación:** Adaptar los mensajes para que resuenen en diversos grupos y promover las prácticas alimentarias tradicionales como patrimonio cultural y nutricional. Una comunicación eficaz crea ímpetu y un sentido de pertenencia colectiva a favor de sistemas alimentarios más saludables.

### SESIÓN 3: EL PAPEL DE LA INSP EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE LA FUERZA LABORAL PARA HACER FRENTE A LAS DESIGUALDADES SOCIALES, ECONÓMICAS Y AMBIENTALES COMO DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD

*Coordinador: Dr. Bernardo Hernández Prado, decano de la Escuela de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud de México*

En su presentación introductoria, *el Dr. Hernández Prado* afirmó que la disponibilidad de personal sanitario público adecuado (cualitativa y cuantitativamente) es probablemente una de las desigualdades más llamativas entre países y regiones de todo el mundo. Se prevé que en 2030 habrá un déficit de 11 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medio-bajos, debido a factores como la inversión crónicamente insuficiente en la educación y la formación de los profesionales de la salud y el desajuste entre la educación, los sistemas de salud y las necesidades de la población. Aunque se ha trabajado en la definición de las competencias del personal de salud pública, es necesario definir de forma más específica las competencias necesarias para hacer frente a las desigualdades como determinantes de las inequidades en materia de la salud.

Según *el Dr. Hernández Prado*, las estimaciones prospectivas de la oferta y la demanda de recursos sanitarios, la formación interprofesional centrada en la responsabilidad social, incluido el trabajo comunitario, la educación y la investigación, y el uso de nuevos modelos educativos son aspectos clave del desarrollo de capacidades para abordar las cuestiones de salud.

A seguir, la sesión se enfocó en que los participantes describieran sus experiencias y retos en cuanto a las necesidades y la formación de la fuerza laboral. Se hizo un llamado para tratar de centrarse en el desarrollo de la capacidad de la fuerza laboral para hacer frente a las desigualdades sociales, económicas y ambientales como determinantes de las inequidades en salud, y en el papel que deben desempeñar las INSP. Sobre esta base, se presentaron algunas propuestas de acción para recentrar la atención en la equidad:

1. **Reformular la definición de la fuerza laboral de salud pública:** hacer hincapié en los enfoques interdisciplinarios y multisectoriales (por ejemplo, la inclusión de profesionales de los servicios sociales, la educación y la planificación urbana), destacar la necesidad de una representación diversa, la experiencia vivida y las competencias antirracistas/culturales, vinculadas explícitamente a la capacidad de abordar las causas fundamentales de las desigualdades, y hacer referencia a la atención primaria de salud como mecanismo de equidad, llamando la atención sobre el acceso de primer nivel y las clases sociales. Esta reformulación ayuda a garantizar que el desarrollo de capacidades no se limite a las habilidades técnicas, sino que se dote a la fuerza laboral de los conocimientos necesarios para comprender las desigualdades y actuar consecuentemente.
2. **Definir competencias que aborden directamente las desigualdades:** incluir el análisis político, la organización y cobertura de los sistemas de salud, la comunicación estratégica y la participación comunitaria como habilidades esenciales relacionadas con la equidad, y exigir la alineación entre la formación y las necesidades reales de los sistemas de salud pública, teniendo en cuenta el contexto de los determinantes sociales de la salud en lugares específicos. Estas adiciones desplazan el enfoque de la formación genérica en salud pública hacia la capacidad que apoya directamente la acción sobre las desigualdades sociales, económicas y ambientales.
3. **Fortalecer el papel de las INSP en la formación orientada a la equidad:** aunque existe una heterogeneidad sustancial en los mandatos y actividades de los diferentes INSP, es necesario reconocer que estos no pueden supervisar formalmente la formación, pero pueden influir, apoyar y garantizar la calidad, con una perspectiva clara de equidad, y considerar las comisiones de servicio, la tutoría y el aprendizaje entre pares como herramientas flexibles para el aprendizaje aplicado de la equidad. Esto reafirma la responsabilidad más amplia de los INSP en fomentar el desarrollo de la fuerza laboral para la equidad, no solo a través de mandatos de formación, sino también dando el ejemplo de las mejores prácticas y ofreciendo formación y oportunidades de desarrollo profesional continuo a su personal, incluyendo la formación para organizaciones externas.
4. **Los INSP como facilitadores estructurales de la equidad:** Los INSP están en una buena posición para solicitar inversiones multidisciplinares a largo plazo en formación que aborde las causas fundamentales de las desigualdades y apoye la institucionalización de las Escuelas de Salud Pública con un claro enfoque en la equidad y la sostenibilidad. Estos enfoques estructurales ayudarán a garantizar que la equidad no sea un complemento, sino que se integre en la forma en que el sistema apoya a la fuerza laboral.
5. **Orientaciones futuras con una perspectiva de equidad:** Para reducir las desigualdades en materia de salud, es necesario hacer hincapié en la formación como palanca para el cambio a largo plazo: los alumnos de hoy como los líderes de la equidad del mañana, lo que destaca la necesidad de integrar los determinantes sociales de la salud en los planes de estudios básicos y promover comunidades de práctica intersectoriales, en las que participen especialmente los profesionales marginados e incluir competencias fundamentales como la humildad epistémica, la capacidad de escuchar y la alfabetización política, habilidades fundamentales para el trabajo en pro de la equidad. Esto refuerza la idea de que la transformación de la salud pública hacia la equidad requiere un cambio más profundo en la mentalidad, las habilidades y las estructuras.

## SESIÓN 4 - CONSTRUIR CONFIANZA, CREAR PUENTES *versus* DIVISIONES: APOYAR A LOS INSP EN UNA COMUNICACIÓN EQUITATIVA Y EFICAZ EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

*Coordinadores: Jalpa Shah (Santé Publique France), Giri Shankar (Public Health Wales)*

*Giri Shankar* abrió la sesión haciendo hincapié en la importancia de una comunicación equitativa en materia de salud pública, especialmente en un contexto de creciente desinformación y división social. Explicó que los INSP deben servir como fuentes fiables de información precisa y oportuna, especialmente durante las crisis. La comunicación equitativa debe ser accesible a todos los segmentos de la población, incluidos los grupos marginados, y estar adaptada para empoderar a las comunidades para que adopten medidas significativas. Destacó que la comunicación en materia de salud no solo debe informar, sino también promover la alfabetización sanitaria, generar confianza y garantizar que nadie se quede atrás.

A continuación, *Jalpa Shah* presentó un estudio de caso en Francia, elaborado junto con *Stéphanie Vandentorren*, sobre la coproducción de comunicaciones sobre la COVID-19 para poblaciones marginadas, en particular las personas sin hogar. La iniciativa, que se desarrolló entre 2021 y 2023, produjo 22 boletines informativos y se convirtió en una fuente de información fiable, ampliamente difundida por correo electrónico, WhatsApp, materiales impresos y redes sociales. También influyó en los debates sobre políticas, dando a luz barreras estructurales como los requisitos de domicilio en los sistemas de vacunación. Concluyó destacando el valor de la coproducción para salvar la brecha entre los sectores sanitario y social, al mismo tiempo señaló los retos que plantea la evaluación del impacto de la comunicación, dada la difusión cada vez más generalizada de la información *online* a través de canales privados (por ejemplo, WhatsApp), y la lucha contra la desinformación.

De la discusión posterior con los participantes surgieron los siguientes mensajes clave:

1. **Los INSP deben liderar el camino desarrollando mensajes basados en evidencias**, creando herramientas y plataformas de comunicación y coordinando respuestas estratégicas a la desinformación, promoviendo redes de colaboración que fomenten la difusión de información sanitaria fiable y garantizando el uso eficaz de los recursos. Las noticias falsas deben ser rápidamente contrarrestadas con hechos basados en evidencia. Los INSP tienen la responsabilidad de garantizar activamente que sus comunicaciones no perpetúen ni agraven las desigualdades sanitarias existentes. Un enfoque eficaz consiste en desarrollar comunicaciones que aborden y desafíen la discriminación estructural y los desequilibrios de poder, garantizando que las comunidades marginadas tengan capacidad de acción, por ejemplo, mediante la coproducción, la participación comunitaria, los enfoques basados en la comunidad, etcétera.
2. **Importancia de la coproducción:** Una comunicación eficaz en materia de salud pública requiere una colaboración genuina con las comunidades, basada en la confianza. Estas relaciones, cultivadas durante períodos sin crisis y mantenidas a lo largo del tiempo, permiten una rápida movilización durante las crisis y apoyan la resiliencia de las comunidades. Romper las barreras burocráticas y crear redes ascendentes también ayuda a garantizar que la comunicación sea relevante, especialmente para los grupos marginados que pueden no priorizar cuestiones de salud específicas, dada la prioridad de las necesidades básicas y urgentes que dominan su vida cotidiana.
3. **Garantizar la participación de la comunidad:** Escuchar a las comunidades y reconocer las incertidumbres es tan importante como compartir información basada en evidencia. También es fundamental establecer vías eficaces para desarrollar un entendimiento común, así como reconocer y abordar las dinámicas de poder entre las instituciones y las comunidades. Cada uno



de estos elementos contribuye a generar confianza y a garantizar que los mensajes se reciban y se comprendan según lo previsto. Además, hay que tener cuidado de que los mensajes no aumenten la estigmatización de los grupos ya marginados.

4. **Ventajas de los enfoques basados en la comunidad:** Las estrategias ascendentes en las que participan líderes locales e intermediarios de confianza han demostrado ser más eficaces que la comunicación centralizada aislada. Es esencial armonizar la comunicación con los valores y los matices culturales de la comunidad.
5. **Sensibilidad contextual:** los mensajes de salud pública deben ir más allá de la precisión técnica para abordar barreras estructurales como las barreras lingüísticas, el estigma, la discriminación y la marginación. Abordar estas barreras de manera directa es esencial para mejorar la equidad en la salud y garantizar que los mensajes lleguen y resuenen en todos los segmentos de la población.
6. **Comunicación rápida y confiable, especialmente durante emergencias de salud pública:** la rapidez no debe ir en detrimento de la confianza, los mensajes deben sincronizarse cuidadosamente y adaptarse a la cultura local para evitar que se perciban como condescendientes o excesivamente prescriptivos. Para combatir la desinformación y la información errónea, los comunicadores deben anticipar los tipos de desinformación que probablemente pueden surgir y planificar de acuerdo a ellas.
7. **Tensiones entre las autoridades locales y centrales:** Los mensajes inconsistentes pueden deteriorar la confianza y la eficacia. La fragmentación de la información sanitaria no solo causa confusión entre los profesionales de la salud y los trabajadores en las comunidades, sino que también erosiona la confianza de las poblaciones marginadas, en particular los que tienen un nivel limitado de conocimientos sobre la salud.
8. **Formación y desarrollo de capacidades:** Es esencial formar a los profesionales de la salud pública en técnicas de comunicación e integrar en los equipos a expertos en comunicación, incluidos estudiantes e investigadores sociales. Del mismo modo, los comunicadores deben recibir formación sobre los principios de salud pública y los marcos referenciales de equidad para garantizar que los mensajes sirvan a toda la población. Fomentar a las instituciones nacionales de salud pública a adoptar estrategias digitales más proactivas para llegar a públicos diversos.
9. **Situar la equidad en el centro de los mensajes:** A la hora de diseñar y difundir comunicaciones de salud pública, deben tenerse en cuenta los niveles de conocimientos sobre salud, las creencias culturales y la diversidad lingüística.

## SESIÓN 5: EL PAPEL DE LOS INSP EN LA PROMOCIÓN DE LA INCLUSIÓN SISTEMÁTICA DE INDICADORES GEOGRÁFICOS Y DE DESIGUALDAD.

*Coordinadores: Andrew Hayward (UKHSA), Stéphanie Vandentorren (Santé Publique France)*

La sesión se centró en cómo se pueden hacer más significativos y aplicables los indicadores de desigualdad en salud, especialmente para los actores locales y las poblaciones marginadas.

*Andrew Hayward* destacó la importancia de utilizar los datos sobre equidad en salud para la toma de decisiones aplicables, y no solo para la elaboración de informes. En el Reino Unido, a pesar de la gran cantidad de datos y herramientas interactivas como Fingertips y Health Inequalities Dashboard, sigue existiendo una brecha entre la traducción de los datos y su impacto. Hayward destacó la necesidad de contar con datos sencillos y específicos, una mejor visualización de los datos y la inclusión de los grupos socialmente excluidos (por ejemplo, las personas sin hogar o los migrantes), que a menudo son invisibles en las bases de datos habituales.

*Stéphanie Vandentorren* compartió la perspectiva francesa, donde los datos sociales son escasos, lo que limita la capacidad de respuesta durante crisis como la de la COVID-19. Francia está integrando

sistemáticamente los determinantes sociales claves (por ejemplo, la vivienda, el empleo y el origen) en las encuestas nacionales. Destacó el cambio del uso de índices compuestos de privación a indicadores estructurales más específicos para informar mejor las políticas y las intervenciones. Los estudios de caso sobre las olas de calor y la tuberculosis mostraron cómo centrarse en las condiciones de vivienda (hacinamiento, mala ventilación) en lugar de en índices generales orientó mejor las medidas de salud pública específicas y eficaces. Destacó la necesidad de formación, claridad metodológica y comunidades colaborativas para convertir los datos sociales en un cambio sistémico.

A continuación, se formularon algunas recomendaciones clave durante los debates con los participantes:

1. **Pasar de la mera descripción de las desigualdades al uso de indicadores para combatirlas**, abordando la pregunta de si la prioridad debe ser generar más indicadores o traducir los datos existentes en acciones concretas. Se expresó preocupación por los repetidos esfuerzos de recopilación de datos que no logran influir en las políticas o la prestación de servicios, pero también se reconoció que los indicadores sólidos y transparentes son herramientas fundamentales para la rendición de cuentas, la planificación y la participación de la comunidad, especialmente cuando se diseñan con objetivos claros y teniendo en cuenta a las poblaciones destinatarias.
2. **Valor de los datos granulares de áreas pequeñas para revelar las desigualdades locales** y apoyar intervenciones específicas, al tiempo que se reconocen los retos éticos y prácticos relacionados con la confidencialidad cuando se trata de datos muy desglosados. Reestructurar los datos espaciales centrándose menos en la cartografía específica de enfermedades y más en el análisis de las fragilidades estructurales y ambientales que subyacen a las disparidades en materia de salud, con el fin de apoyar estrategias proactivas de salud pública que aborden las causas fundamentales en lugar de los síntomas.
3. **Importancia de coproducir indicadores con las comunidades afectadas por las desigualdades**. Utilizar la investigación cualitativa con los trabajadores sanitarios locales para rediseñar los paneles de control que mejor apoyen la toma de decisiones. Necesidad de enfoques diversos para la recopilación de datos y de la participación de las comunidades desde la planificación hasta la interpretación.
4. **Mejorar la alfabetización en materia de datos**, especialmente a nivel local, para garantizar que los indicadores se comprendan y se utilicen de manera eficaz, ya que las métricas de desigualdad tienden a ser más complejas que los datos de salud tradicionales.
5. **Mirar más allá de las fuentes de datos convencionales**, por ejemplo, las bases de datos de los centros de control de intoxicaciones, el análisis de aguas residuales y los inventarios de activos comunitarios, pueden ofrecer información oportuna y específica del contexto que a menudo se pasa por alto en la vigilancia rutinaria. Las dimensiones éticas y políticas de la producción de datos son una preocupación importante, en particular el fenómeno del «genocidio estadístico», en el que los grupos marginados se vuelven invisibles por su ausencia en las estadísticas oficiales o su dilución en los índices medios, lo que repercute en sus derechos y en su acceso a los recursos. Esto demuestra el rol de los datos a la hora de visibilizar problemas invisibles y amplificar las voces excluidas.
6. **Integrar salvaguardias éticas en todo el proceso de desarrollo y presentación de informes para evitar resultados no deseados, prestando atención al uso indebido de los datos, que nunca son neutrales y pueden utilizarse como arma para estigmatizar o justificar políticas perjudiciales.**

En general, los participantes pidieron un cambio de paradigma hacia indicadores coproducidos y sensibles al contexto, que reflejen las realidades vividas y sirvan como herramientas no solo para la medición, sino también para la promoción, la colaboración y cambios significativos.



## SESIÓN 6: CÓMO DESARROLLAR LA CAPACIDAD Y EL RECONOCIMIENTO DEL PAPEL DE LOS INSP EN LOS ESFUERZOS Y PROYECTOS INTERSECTORIALES PARA HACER FRENTE A LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD Y BIENESTAR

*Coordinadores: Beth Jackson (Agencia de Salud Pública de Canadá), Marianne Jacques (Centro Nacional de Colaboración para Políticas Públicas Saludables, Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec)*

Durante este estimulante y multifacético debate, *Marianne Jacques* y *Beth Jackson* exploraron el papel de los INSP en la promoción de la acción intersectorial para abordar las desigualdades en materia de salud y actuar sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y estructurales de la salud, basándose en los cuatro pilares de la OMS, la gobernanza, el liderazgo, los métodos de trabajo y los recursos, como marco para fortalecer la capacidad de los INSP para actuar de manera intersectorial.

*Beth Jackson* explicó que los marcos referenciales de bienestar, como el Marco de Calidad de Vida de Canadá, abren nuevas puertas a la colaboración intersectorial al proporcionar un lenguaje y objetivos comunes que trascienden los silos tradicionales de la salud. También destacó la importancia de poner en práctica estos principios integrando la equidad, el compromiso y la evidencia en las funciones básicas de salud pública, y posicionando a la Agencia de Salud Pública de Canadá no solo como asesora, sino también como catalizadora del cambio a nivel sistémico en entornos políticos centrados en el bienestar de la población.

A continuación, *Marianne Jacques* presentó la Red Canadiense para Salud en Todas las Políticas, creada para fomentar la colaboración intersectorial y el aprendizaje entre pares y profesionales de la salud pública de todo Canadá. Aunque muchas personas trabajan por objetivos similares, sus esfuerzos suelen permanecer aislados. Al facilitar el intercambio de conocimientos, esta red tiene como objetivo apoyar las estructuras de gobernanza que promueven enfoques holísticos y colaborativos de la salud y el bienestar.

Las discusiones con los participantes concluyeron en que el progreso depende de modelos institucionales que sitúen la equidad y la colaboración en el centro de las funciones fundamentales de la salud pública. En este contexto, es necesario un apoyo sólido a las redes profesionales que puedan sortear los impasses y los conflictos que surgen cuando las responsabilidades y prioridades de salud pública divergen entre los organismos a nivel nacional, regional y local. Estas redes son esenciales para fomentar la alineación y abordar las tensiones que pueden impedir el progreso. Esto también se relaciona con las reflexiones críticas del grupo sobre el liderazgo, la autonomía y conceptos como la «resiliencia» y la «salud en todas las políticas», haciendo hincapié en que estos términos deben utilizarse con precaución para evitar reforzar las limitaciones estructurales. El debate también reveló la tensión entre la autonomía de los INSP y su dependencia financiera o a mandatos gubernamentales, lo que destaca la necesidad de un marco más claro y favorable que equilibre la independencia y la eficacia en el liderazgo de la salud pública.

De los debates también surgieron los siguientes puntos clave:

- La importancia de establecer objetivos realistas para reducir las desigualdades en materia de salud y la necesidad de una infraestructura de datos sólida para orientar las políticas.
- El papel del liderazgo informal y formal, los cambios culturales dentro de las instituciones y el potencial de las herramientas de diagnóstico para mejorar la colaboración.
- Necesidad de una defensa más firme dentro de las instituciones de salud pública y de una rendición de cuentas centrada en la colaboración a largo plazo y orientada a los procesos.
- La falta de estrategias nacionales integrales contra las desigualdades en materia de salud es una laguna importante.

Algunas de las estrategias sugeridas fueron:

- El fortalecimiento de las acciones intersectoriales locales.
- Involucrar a representantes de otros sectores en la gobernanza.
- Mantener la independencia institucional con un liderazgo resiliente capaz de navegar por los cambios políticos.
- Promover una legislación moderna en materia de salud pública.

La sesión concluyó con reflexiones sobre la importancia de crear una tracción intersectorial dentro de los institutos a través de comités en los que participen partes interesadas tanto internas como externas.

## DEBATE PLENARIO: CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS PARA EL COMITÉ TEMÁTICO DE IANPHI SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD PÚBLICA

*Coordinador: Felix Rosenberg (FIOCRUZ), presidente del Comité Temático sobre Desigualdades Sociales y Salud Pública de IANPHI*

### Conclusiones generales y recomendaciones sobre las desigualdades en salud como tema central de los INSP

Los debates permitieron a los participantes identificar diferentes mecanismos mediante los cuales las INSP pueden contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud, entre los que se incluyen los siguientes:

- **Situar las desigualdades en salud como una cuestión institucional central y evitar el aislamiento del trabajo sobre equidad dentro de los institutos:** las desigualdades en salud suelen estar aisladas en unidades especializadas y no se integran en los INSP, lo que conlleva a el riesgo de marginación y de un impacto limitado. Abogar por la integración de las desigualdades en salud en todos los programas institucionales, en lugar de aislarlas. Compartir ampliamente los conocimientos y apoyar a quienes trabajan en el ámbito de las desigualdades para evitar el aislamiento.
- **Centrarse en la acción y la colaboración intersectorial:** Muchas instituciones nacionales de salud pública realizan estudios sobre el impacto de diferentes tipos de desigualdades sociales y económicas en las inequidades en salud. Se necesitan actividades prácticas para actuar de manera eficaz y reducir dichas inequidades. Las instituciones nacionales de salud pública también deben participar en la colaboración intersectorial, incluyendo la educación, la agricultura, el desarrollo ambiental y la vivienda, entre otros.
- **Evaluar las posiciones institucionales actuales:** los institutos varían mucho en cuanto a su mandato, capacidad y madurez en materia de equidad en salud. Adaptar los objetivos y los plazos permite reconocer estas diferencias, garantizar expectativas realistas y fomentar un progreso gradual sin desanimar a los institutos menos avanzados.
- **Aprovechar los recursos existentes y buenas prácticas,** incluido el trabajo sobre las desigualdades en otros programas institucionales dentro de los INSP.
- **Establecer objetivos realistas,** los institutos nacionales varían mucho; las intervenciones deben ser adaptables y los objetivos realistas para garantizar un progreso efectivo.
- **Hacer obligatorias las evaluaciones del impacto en la equidad en salud** para las actividades institucionales (por ejemplo, actividades de promoción de la salud, desarrollo de capacidades, capacitación o investigación), a fin de promover la rendición de cuentas y un cambio medible.

- **El análisis actual de la equidad es esencial para la validez científica** a fin de reforzar su aceptación entre los investigadores. Esto posiciona la equidad no solo como un imperativo moral, sino también como un factor esencial para lograr resultados de salud pública creíbles y eficaces.
- **Involucrar a las comunidades en sus prioridades para garantizar intervenciones más relevantes, aceptadas y eficaces.** Ignorar las preocupaciones locales crea el riesgo de soluciones ineficaces y de desperdicio de recursos. Las aplicaciones de los instrumentos de tecnología social son necesarias para escuchar y trabajar en función de las preocupaciones y prioridades de la comunidad.
- **Los trabajadores sanitarios de primera línea son esenciales para implementar eficazmente las iniciativas de equidad.** La participación de los trabajadores de atención primaria de salud en estudios locales y prácticas recupera los sentimientos originales de la Declaración de Alma Ata Sobre Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud, lo que permite una profunda participación de la comunidad en el diagnóstico territorial rápido y en soluciones viables para reducir las desigualdades en materia de la salud.

### Acciones concretas para el comité

- **Fortalecer el comité como una comunidad de apoyo**, fomentando la interacción regular, el impulso y la acción colectiva, para ampliar la influencia del comité y el intercambio de conocimientos.
- **Llevar a cabo reuniones virtuales trimestrales** para mantener el compromiso, compartir actualizaciones periódicas y elaborar guías para políticos y el público.
- **Desarrollar un plan de acción concreto** para las actividades del comité y cómo integrar las desigualdades en materia de salud en las estructuras y proyectos institucionales existentes.
- **Organizar grupos de apoyo más pequeños, regionales o contextualmente similares** para abordar de manera eficaz los diversos contextos de cada país y fomentar el apoyo mutuo.
- **Redactar un breve documento de posición para involucrar a los directores** de los institutos, programado para cuando los objetivos del comité maduren, con el fin de lograr un mayor impacto.
- **Garantizar que la equidad se integre en todos los planes de trabajo de los comités temáticos de IANPHI** y organizar reuniones conjuntas para armonizar las estrategias.
- **Garantizar que la equidad se incorpore en todos los proyectos, así como en los marcos y herramientas institucionales clave**, como el Marco de IANPHI para la Creación y el Desarrollo de Institutos Nacionales de Salud Pública.
- **Establecer una Comunidad de Práctica**, desarrollar una plataforma para compartir las mejores prácticas, puntos de referencia y herramientas para integrar la equidad en la salud.
- **Identificar y aprovechar los recursos existentes**, solicitando a cada instituto que informe sobre cómo se estructura y organiza la equidad para informar sobre la mejora colectiva a través de un cuestionario dirigido por el comité.

## ANEXO I: PARTICIPANTES

País	Nombre	Instituto/Organización	Cargo
Argentina	Laura Recoder	National Center for Diagnosis and Research in Endemic Epidemics (CENDIE) - ANLIS-Malbran	Investigadora
ASPHER	Alison Mc Callum	Association of Schools of Public Health in (WHO) European Region (ASPHER)	Profesora visitante (honoraria) de Salud Pública, Centro de Ciencias de la Salud de la Población, Instituto Usher, Universidad de Edimburgo.
Austria	Marion Weigl	Austrian National Public Health Institute (GÖG)	Jefa del Departamento de Salud, Sociedad y Equidad
Bélgica	Aline Scohy	Sciensano	Investigadora y directora de proyectos
Brasil	Felix Rosenberg	Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)	Director del Foro Itaboraí
Burkina Faso	Seydou Barro	Institut National de santé publique du Burkina Faso	Director del Instituto
Camboya	Vannarah Te	National Institute of Public Health	Coordinador del programa de doctorado
Canadá	Beth Jackson	Public Health Agency of Canada	Gerente y asesora científica sénior de la División de Políticas de Equidad en Salud
Francia	Anne-Catherine Viso	Santé Publique France	Director de la División Científica e Internacional
Francia	Jalpa Shah	Santé Publique France	Investigadora del programa Desigualdades Sociales y Territoriales en Salud
Francia	Stéphanie Vandentorren	Santé Publique France	Coordinadora de actividades de seguimiento, vigilancia, prevención e intervención
Alemania	Digo Chakraverty	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)	Responsable científico
Alemania	Julia Waldhauer	Robert Koch Institute	Investigadora del Departamento de Determinantes Sociales de la Salud
IANPHI	Inés Ferrer y Fernández	IANPHI	Coordinadora de proyectos
IANPHI	Marie Le Roy	IANPHI	Gerente de programas
IANPHI	Sarah Fernandes	IANPHI	Responsable de eventos y proyectos
IANPHI	Yi Shang	IANPHI	Asistente de proyectos y programas
Irlanda	Roger O'Sullivan	Institute of Public Health in Ireland	Director de Investigación sobre el Envejecimiento
Italia	Ornella Punzo	Istituto Superiore di Sanità	Investigadora sénior
Jordania	Ala'a B. Al-Tammemi	Jordan Center for Disease Control	Director de Investigación, Política Sanitaria y Formación

Kenia	Sophia Michael	Kenya National Public Health Institute (KNPHI)	Salud comunitaria e inteligencia social
México	Bernardo Hernández Prado	National Institute of Public Health of Mexico	Decano de la Escuela de Salud Pública de México
Mozambique	Ivalda Macicame	National Institute of Health	Director Nacional de Encuestas y Observación de la Salud
Quebec	Marianne Jacques	National Collaborating Centre for Healthy Public Policy and Institut national de santé publique du Québec	Responsable científica del Centro Nacional de Colaboración para Políticas Públicas Saludables (NCCHPP)
Quebec	Olivier Bellefleur	Institut national de santé publique du Québec	Jefe de la Unidad Científica de Productos y Sustancias Psicoactivas
Serbia	Milena Vasic	Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut	Jefe del Departamento de Investigación Científica y Coordinación de Proyectos
Reino Unido Inglaterra	Andrew Hayward	UK Health Security Agency (UKHSA)	
Reino Unido Inglaterra	Noor Saeed	UK Health Security Agency (UKHSA)	Jefe de Inteligencia en Equidad Sanitaria
Reino Unido Escocia	Rishma Maini	Public Health Scotland	Consultora en medicina de salud pública
Reino Unido Gales	Giri Shankar	Public Health Wales	Director de Protección de la Salud



## ANEXO II: AGENDA

Día 1 – Miércoles, 11 de junio		
8:30-9:00	Bienvenida y registro	
9:00 a. m. – 12:00 p. m.  (Pausa para café de 30 minutos a las 10:45 a. m.)	<p><b><u>Sesión 1</u></b></p> <p>El papel de las instituciones nacionales de salud pública en el fomento de la atención primaria de salud y el desarrollo de la capacidad de los trabajadores comunitarios.</p> <p>Presentación sobre «Implementación de herramientas de tecnología social para identificar poblaciones frágiles/vulnerables y elaborar propuestas con participación de la comunidad (proyecto en cinco países latinoamericanos)».</p>	<b>Moderador: Félix Rosenberg</b> (Fiocruz)
12:00 p. m. – 1:00 p. m.	<b>PAUSA PARA ALMUERZO</b>	
13:00 – 14:45	<p><b><u>Sesión 2</u></b></p> <p>Seguridad alimentaria y nutricional: ¿Cómo integrar las políticas nacionales de salud pública en las políticas intersectoriales de seguridad alimentaria y nutricional? (El modelo RINSP/CPLP).</p>	<b>Presidenta: Ivalda Macicame</b> (Instituto Nacional de Salud de Mozambique)
14:45 – 15:15	<b>PAUSA PARA EL CAFÉ</b>	
15:15 – 17:00	<p><b><u>Sesión 3</u></b></p> <p>El papel de las instituciones nacionales de salud pública en el desarrollo de la capacidad de la fuerza laboral para hacer frente a las desigualdades sociales, económicas y ambientales como determinantes de las desigualdades en materia de salud</p>	<b>Presidente: Bernardo Hernández Prado</b> (Instituto Nacional de Salud Pública de México)
Día 2 – Jueves, 12 de junio		
8:00 a. m. – 9:45 a. m.	<p><b><u>Sesión 4</u></b></p> <p>Fomentar la confianza, salvar las diferencias: apoyar a las instituciones nacionales de salud pública en una comunicación equitativa y eficaz en materia de salud pública</p>	<b>Copresidentes: Jalpa Shah</b> (Santé Publique France), <b>Giri Shankar</b> (Salud Pública de Gales)
9:45 a. m. – 10:15 a. m.	<b>PAUSA PARA EL CAFÉ</b>	
10:15 a. m. – 12:00 p. m.	<p><b><u>Sesión 5</u></b></p> <p>El papel de las instituciones nacionales de salud pública en la promoción de la inclusión sistemática de indicadores geográficos y de desigualdad.</p>	<b>Copresidentes: Andrew Hayward</b> (UKHSA), <b>Stéphanie Vandentorren</b> (Santé Publique France)

12:00 – 13:00	<b>PAUSA PARA ALMUERZO</b>	
1:00 p. m. – 4:00 p. m.  <i>Con una pausa para café de 2:45 a 3:15 p. m.</i>	<b>Sesión 6</b>  Cómo desarrollar la capacidad y el reconocimiento del papel de las INSP en los esfuerzos y proyectos intersectoriales para hacer frente a las desigualdades en materia de salud y bienestar	<b>Copresidentes: Beth Jackson</b> (Agencia de Salud Pública de Canadá), <b>Marianne Jacques</b> (Centro Nacional de Colaboración para Políticas Públicas Saludables e Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec)
<b>Día 3 – Viernes, 13 de junio</b>		
9:00 a. m. – 12:30 p. m.  (Pausa para café de 30 minutos a las 10:45 a. m.)	<b>Debate plenario:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrador de recomendaciones</li> <li>• Plan de acción del Comité para editar las recomendaciones y apoyar y promover su implementación por parte de los institutos miembros de IANPHI</li> <li>• Alternativas para publicar los resultados del taller</li> </ul>	<b>Presidente: Félix Rosenberg</b> (FIOCRUZ)
12:30	<b>ALMUERZO</b>	