



Organización
Mundial de la Salud



Comisión sobre
Determinantes Sociales de la Salud

Subsanar las desigualdades en una generación

Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre
los determinantes sociales de la salud





Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud.

1. Factores socioeconómicos. 2. Asignación de recursos para la atención de salud. 3. Accesibilidad a los servicios de salud. 4. Defensa del paciente. I. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

ISBN 978 92 4 356370 1
(Clasificación NLM: WA 525)

Producción editorial: Ediciones Journal S.A.
Buenos Aires, Argentina
ediciones@journal.com.ar | www.journal.com.ar
Traducido por: Trad. Karina Ruth Tabacinic
Revisión de la traducción: Lic. Gabriela López Galelo
Diagramación: Juntagráfica

© Organización Mundial de la Salud 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS –ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales– deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen

presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables

para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene la opinión colectiva de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud y no representa necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Impreso en Argentina - Printed in Argentina
La Stampa S.A.
Se imprimieron 3000 ejemplares

Fotografías

WHO/Marko Kokic; WHO/Christopher Black; WHO/Chris De Bode.
Puede solicitarse a la OMS la autoría de cada fotografía.

La Comisión pide que se subsanen las desigualdades sanitarias en una generación

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Vemos maravillados como la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países.

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre. Cada vez hay una mayor convergencia entre los países pobres y los ricos con respecto al tipo de problemas de salud que hay que resolver. El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y

por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad.

En el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo.

Gracias a la labor de la Comisión, varios países y organizaciones son ahora socios que tratan de formular políticas y programas que abarquen al conjunto de la sociedad y permitan influir en los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria. Esos países y asociados se hallan en la vanguardia de un movimiento mundial.

La Comisión hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo. Alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación es posible; es lo que hay que hacer y éste es el momento adecuado para hacerlo.

Índice

RESUMEN ANALÍTICO	1
PARTE 1. SITUACIÓN ACTUAL: NECESIDAD DE UN MOVIMIENTO MUNDIAL PARA LA EQUIDAD SANITARIA	25
Capítulo 1: Comisión sobre determinantes sociales de la salud: un nuevo programa de acción mundial	26
Capítulo 2: Inequidad sanitaria mundial: necesidad de acción	29
Capítulo 3: Causas y soluciones	35
PARTE 2. DATOS CIENTÍFICOS, ACCIONES Y ACTORES	41
Capítulo 4: Las características de los datos científicos y las acciones	42
Recopilación de los datos científicos	42
El marco conceptual de la comisión	42
Valoración de los datos científicos	43
Ámbitos fundamentales de acción y recomendaciones de la Comisión	43
Las recomendaciones generales de la Comisión	44
Implicaciones para los diferentes actores	44
Las recomendaciones en contexto	46
PARTE 3. CONDICIONES DE VIDA	49
Capítulo 5: Equidad desde el principio	50
Medidas para lograr un comienzo más igualitario en la vida	51
Cambios en el esquema mental	51
Un enfoque integral frente a la primera infancia llevado a la práctica	52
El alcance de la educación	57
Obstáculos en el acceso a la educación	58
Impartir educación a las niñas	59
Capítulo 6: Entornos salubres para una población sana	60
Acciones encaminadas a crear un entorno próspero	63
Gobernanza urbana participativa	63
Mejorar las condiciones de vida en los entornos urbanos	63
Proyectos de urbanización que fomentan los comportamientos saludables y la protección	66
Derechos sobre la tierra	70
Medios de subsistencia en los entornos urbanos	70
Infraestructura y servicios en los entornos rurales	71
Éxodo desde los entornos rurales a los urbanos	71
El medio natural	71
Capítulo 7: Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno	72
Fomentar las prácticas justas en materia de empleo y el trabajo digno	74
Un entorno internacional favorable	74
Representación justa de los trabajadores en la elaboración del programa de acción nacional sobre políticas laborales	76
Normas de trabajo digno y seguro	78
Trabajo precario	80
Mejorar las condiciones laborales	81
Capítulo 8: Protección social a lo largo de la vida	84
Medidas para lograr la protección social universal	87
Sistemas universales de protección social a lo largo de la vida	87
La generosidad de los sistemas de protección social	89
Políticas selectivas	89
Extender los sistemas de protección social a los grupos excluidos	90

Capítulo 9:	Atención universal de salud	94
	Medidas para lograr una atención universal de salud	96
	Atención primaria de salud de alcance universal	96
	Atención primaria de salud: participación y poder efectivo de la comunidad	97
	Prevención de enfermedades y promoción de la salud	99
	La atención de salud selectiva como método para lograr la cobertura universal	99
	Financiación del sistema sanitario: fondos provenientes de la recaudación fiscal o la seguridad social	100
	Ayuda externa para el personal sanitario	105
PARTE 4. EL PODER, EL DINERO Y LOS RECURSOS		109
Capítulo 10:	La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas	110
	Una estrategia coherente para fomentar la equidad sanitaria	111
	La equidad sanitaria como indicador del progreso de la sociedad	111
	Coherencia política: mecanismos que fomenten la equidad sanitaria en todas las políticas	112
	Repercusiones de las políticas públicas sobre la equidad sanitaria	116
	Acciones dentro del sector sanitario	116
	Fortalecimiento institucional	117
	El sector sanitario como catalizador más allá del sector público	118
Capítulo 11:	Financiación equitativa	120
	Medidas para lograr una financiación equitativa	123
	Régimen impositivo progresivo	123
	Los impuestos en un mundo globalizado	124
	Asistencia para el desarrollo destinada a la salud	126
	Ayuda enmarcada dentro del contexto de los determinantes sociales de la salud	127
	Alivio de la carga de la deuda	129
	Responsabilidad sobre la deuda futura	129
	Asignación equitativa	130
Capítulo 12:	Responsabilidad del mercado	132
	Acciones para fomentar la responsabilidad del mercado	135
	Evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria en los acuerdos económicos	136
	Flexibilidad en los acuerdos	137
	Un sector privado responsable	142
Capítulo 13:	Equidad de género	145
	Acciones encaminadas a mejorar la equidad de género en favor de la salud	147
	Legislación	147
	Incorporación de una perspectiva de género	148
	Incluir la contribución económica de las mujeres en las cuentas nacionales	150
	Educación y formación	151
	Participación económica	152
	Salud sexual y reproductiva y derechos conexo	153
Capítulo 14:	Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse	155
	Acciones en favor de la equidad en la posibilidad de expresarse y la integración	157
	Leyes que garanticen la emancipación política: los derechos y la representación	158
	Participación justa en la formulación de políticas	159
	Enfoques ascendentes en favor de la equidad sanitaria	160
Capítulo 15:	Una gobernanza mundial eficaz	166
	Acciones para lograr una gobernanza mundial eficaz	170
	La equidad sanitaria: un objetivo mundial	170
	Coherencia multilateral	170
	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	171
	Paladines de la gobernanza sanitaria mundial	173

PARTE 5. CONOCIMIENTOS, SEGUIMIENTO Y CAPACIDAD: LA ESPINA DORSAL DE LA ACCIÓN	177
Capítulo 16: Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación	178
Medidas encaminadas a aumentar la capacidad de seguimiento, investigación e intervención	179
Sistemas de registro de los nacimientos	179
Sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria	180
Un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria	184
Ampliar la base de conocimientos	186
Formación profesional teórica y práctica en los determinantes sociales de la salud	188
PARTE 6. CREACIÓN DE UN MOVIMIENTO MUNDIAL	193
Capítulo 17: Intervenciones basadas en la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	194
Bases de las intervenciones futuras	194
Un programa inconcluso	196
Objetivos y metas para lograr la equidad sanitaria	196
Hitos para lograr la equidad sanitaria: objetivos previstos a corto y mediano plazo	198
APÉNDICE A: LISTA DE TODAS LAS RECOMENDACIONES	201
LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
SIGLAS	225
LISTA DE RECUADROS, FIGURAS Y TABLAS	227
ÍNDICE POR TEMAS	232

Agradecimientos

La labor de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud contó con la promoción, la inspiración y la orientación del Presidente de la Comisión y sus miembros.

Equipo de redacción del informe: Michael Marmot, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja AJ Houweling y Sebastian Taylor. El equipo está en deuda con todos aquellos que contribuyeron a la redacción del informe: los miembros de la Comisión, las redes expertas, los países asociados, los facilitadores de la sociedad civil y los colegas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ginebra. Agradecemos especialmente a Ron Labonte, Don Matheson, Hernán Sandoval (asesor especial de la Comisión) y David Woodward.

La secretaria de la Comisión (en la Escuela Universitaria de Londres) estuvo encabezada por Sharon Friel y conformada por Ruth Bell, Ian Forde, Tanja AJ Houweling, Felicity Porritt, Elaine Reinertsen y Sebastian Taylor. La Secretaria de la Comisión (en la OMS) estuvo encabezada por Jeanette Vega (del 2004 al 2007) y Nick Drager (2008). Personal de la OMS que colaboró con la definición y la conducción de las corrientes de trabajo de la Comisión: Erik Blas, Chris Brown, Hilary Brown, Alec Irwin, Rene Loewenson (consultor), Richard Poe, Gabrielle Ross, Ritú Sadana, Sarah Simpson, Orielle Solar, Nicole Valentine y Eugenio Raúl Villar Montesinos. Otras personas que participaron de la labor: Elmira Adenova, Daniel Albrecht, Lexi Bambas-Nolan, Ahmad Reza Hosseinpoor, Theadora Koller, Lucy Mshana, Susanne Nakalembe, Giorelley Niezen, Bongjwe Peguillan, Amit Prasad, Kumanan Rasanathan, Kitt Rasmussen, Lina Reinders, Anand Sivasankara Kurup, Niko Speybroeck y Michel Thieren.

La OMS brindó apoyo a la Comisión de muchas formas. Agradecemos en particular al antiguo Director General J. W. Lee y a la actual Directora General Margaret Chan. Agradecemos al Subdirector General Tim Evans por promover la labor de la Comisión dentro de la organización y a los Directores Regionales por el apoyo permanente: Marc Danzon, Hussein Abdel-Razzak Al Gezairi, Nata Menabde, Shigeru Omi, Samlee Plianbangchang, Mirta Roses Periago y Luis Gomes Sambo. También agradecemos a los centros de enlace regionales de la OMS: Anjana Bhushan, Soe Nyunt-U (WPRO); Chris Brown (EURO); Luiz Galvão, Marco Ackerman (OPS-AMRO); Davison Munodawato, Than Sein (SEARO); Benjamin

Nganda, Anthony Mawaya, Chris Mwikisa (AFRO); Sameen Siddiqi, Susanne Watts and Mohamed Assai (EMRO). Asimismo, agradecemos a los muchos profesionales de la OMS que brindaron apoyo a la labor de la Comisión, entre otros, los representantes nacionales Meena Cabral de Mello, Carlos Corvalán, Claudia Garcia-Moreno, Amine Kebe, Jacob Kumaresan y Erio Ziglio.

Estamos en deuda con los países asociados de la Comisión, cuyos funcionarios y ministerios aportaron ideas, orientación de expertos y críticas invaluable, además de financiación. En particular, agradecemos a Fiona Adshear y Maggie Davies (Inglaterra y el Reino Unido); David Butler-Jones, Sylvie Siachenko, Jim Ball y Heather Fraser (Canadá); María Soledad Barria, Pedro Garcia, Francisca Infante y Patricia Frenz (Chile); Paulo Buss y Alberto Pellegrini Filho (Brasil); Gholam Reza Heydari, Bijan Sadrizadeh y Alireza Olyaei Manesh (República Islámica del Irán); Stephen Muchiri (Kenya); Paulo Ivo Garrido y Gertrudes Machatine (Mozambique); Anna Hedin, Bernt Lundgren y Bosse Peterson (Suecia); Palitha Abeykoon y Sarah Samarage (Sri Lanka); Don Matheson, Stephen McKernan y Teresa Wall (Nueva Zelanda); y Ugrid Jindawatthana y Amphon Milintangkul (Tailandia).

Agradecemos también a los facilitadores de la sociedad civil que inspiraron la labor de la Comisión y utilizaron su base de datos científicos para promover en todo el mundo el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria: Diouf Amacodou, Françoise Barten, Amit Sen Gupta, Prem John, Mwajuma Masaiganah, Alicia Muñoz, Hani Serag, Alaa Ibrahim Shukrallah, Patrick Mubangizi Tibasimwa, Mauricio Torres y Walter Varillas.

Estamos agradecidos a todos los integrantes de las redes expertas por su dedicación al cotejo y la síntesis de la base mundial de datos científicos sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. En especial, agradecemos la labor de los directores y coordinadores de los centros de enlace: Joan Benach, Josiane Bonnefoy, Jane Doherty, Sarah Escorel, Lucy Gilson, Mario Hernández, Clyde Hertzman, Lori Irwin, Heidi Johnston, Michael P Kelly, Tord Kjellstrom, Ronald Labonté, Susan Mercado, Antony Morgan, Carles Muntaner, Proška Ostlin, Jennie Popay, Laetitia Rispel, Vilma Santana, Ted Schrecker, Gita Sen y Arjumand Siddiqi.

También agradecemos a los 25 especialistas que revisaron los informes finales de las redes expertas y a quienes aportaron comentarios acerca de la labor de la Comisión, incluidos quienes asistieron a la reunión de Vancouver, en especial Pascale Allotey, Sudhir Anand, Debebar Banerji, Adrienne Germain, Godfrey Gunatilleke y Richard Horton. Otros catedráticos e investigadores colaboraron estrechamente con la Comisión. Vaya nuestro agradecimiento especial a Robert N. Butler, Hideki Hashimoto, Olle Lundberg, Tony McMichael, Richard Suzman, Elizabeth Waters y Susan Watts.

El Simposio sobre la salud de los pueblos indígenas celebrado en Adelaida (Australia), la reunión de las Tres Ciudades realizada en Londres (Reino Unido) y la reunión de Nueva Orleáns (Estados Unidos de América) aportaron conocimientos y datos valiosos para la Comisión. Agradecemos en especial a Nancy Adler, Clive Aspin, Sue Atkinson, Paula Braveman, Lucia Ellis, Daragh Fahey, Gail Findlay, Evangeline Franklin, Heather Gifford, Mick Gooda, Sandra Griffin, Shane Houston, Adam Karpati, Joyce Nottingham, Paul Plant, Ben Springgate, Carol Tannahill, Dawn Walker y David Williams.

Las reuniones de la Comisión en Brasil, el Canadá, Chile, la China, Egipto, los Estados Unidos de América, la India, el Japón, Kenya, la República Islámica del Irán y Suiza no habrían sido posibles sin el respaldo de los líderes políticos, los funcionarios gubernamentales, las oficinas de la OMS, los catedráticos y el personal de organizaciones no gubernamentales que nos brindaron ayuda en esos países. La Comisión y las diversas corrientes de trabajo están sumamente agradecidas a los organismos y los países que las financiaron: el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, el Instituto de la Sociedad Abierta, la Agencia Canadiense de Salud Pública, la Fundación Purpleville, la Fundación Robert Wood Johnson, el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia, el Gobierno del Reino Unido y la OMS.

La corrección de este informe estuvo a cargo de Lucy Hyatt; la diagramación fue obra de Ben Murray y su equipo de BMD Graphic Design; el índice por temas fue elaborado por Liza Furnival.

Mensaje del Presidente

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue creada por el Dr. J. W. Lee, quien fue Director General de la Organización Mundial de la Salud, para acopiar, cotejar y sintetizar datos científicos de todo el mundo acerca de los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la inequidad sanitaria, y proponer medidas para abordar las desigualdades.

Los miembros de la Comisión, la secretaria y, en realidad, todos aquellos que estuvieron relacionados con la Comisión tenían tres intereses en común: la pasión por la justicia social, el respeto por los datos científicos y la frustración de que, aparentemente, era muy poco lo que se estaba haciendo para mejorar los determinantes sociales de la salud. Por cierto, algunos países habían logrado inmensos progresos en materia sanitaria y al menos algunos de estos progresos eran atribuibles a la actuación sobre las condiciones sociales. Los ejemplos de estos países nos infundieron estímulo. Sin embargo, el espectro de las desigualdades sanitarias se cernía sobre la escena mundial. Uno de los principales objetivos de la Comisión ha sido fomentar la creación de un movimiento mundial en favor de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Nos sentimos complacidos por lo logrado en este sentido.

Consideramos que hay suficientes conocimientos para decir que es necesario comenzar a actuar de inmediato, si bien también es preciso continuar con un programa activo de investigación en materia de determinantes sociales de la salud. El Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud define ámbitos esenciales —de las condiciones de vida y de los factores estructurales subyacentes que influyen en ellas— en los que es preciso intervenir. Asimismo, analiza los determinantes sociales de la salud y brinda ejemplos concretos de intervenciones que resultaron eficaces a la hora de mejorar la salud y la equidad sanitaria en países que están en distinto grado de desarrollo socioeconómico.

La **primera parte** explica la situación y expone la razón de ser de un movimiento mundial para fomentar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Asimismo, describe la magnitud de las desigualdades entre los distintos países y dentro de cada país, señala las causas de las desigualdades según la opinión de la Comisión y propone posibles modos de corregirlas.

La **segunda parte** reseña la perspectiva adoptada por la Comisión frente a los datos científicos y al valor indispensable de tener en consideración y utilizar una gran diversidad de

conocimientos. También describe el marco teórico que se aplicó para seleccionar los determinantes sociales que se investigaron y propone, haciendo uso de un marco conceptual, ideas acerca del modo en que interactúan entre sí.

Las **partes tercera a quinta** describen más pormenorizadamente las conclusiones y las recomendaciones de la Comisión. Los capítulos de la tercera parte abordan las condiciones de vida: los aspectos evidentes del nacimiento, el crecimiento y la educación, de la vida privada y el trabajo, y del uso del sistema sanitario. Los capítulos de la cuarta parte analizan las condiciones más estructurales: las políticas sociales y económicas que condicionan el crecimiento, la vida y el trabajo; la función del Estado y el mercado como responsables de garantizar un buen estado de salud que sea equitativo; y las amplias condiciones internacionales y mundiales que pueden fomentar o dificultar la acción nacional y local en favor de la equidad sanitaria. La quinta parte se concentra en la importancia esencial de los datos: no sólo en los obtenidos a través de investigaciones convencionales sino en los que demuestran la realidad del progreso o el deterioro de la calidad de vida y el estado de salud de las personas que sólo pueden obtenerse comprometiéndose con la vigilancia y el seguimiento de la equidad sanitaria y generando las capacidades necesarias.

Por último, la **sexta parte** aborda nuevamente el tema de las redes mundiales —las conexiones regionales con la sociedad civil de todo el mundo, el creciente cónclave de países asociados que están adoptando el programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud, los programas esenciales de investigación y las oportunidades de incorporar cambios en la esfera de la gobernanza mundial y las instituciones mundiales— que ha creado la Comisión y de las cuales dependerá el futuro del movimiento mundial en favor de la equidad sanitaria.

Nuestro más cálido agradecimiento, en particular, al compromiso y las aportaciones invaluable e igualmente inagotables de todos los miembros de la Comisión. Su orientación y liderazgo colectivos constituyen la base sobre la que reposan todos los logros de la Comisión.



Michael Marmot, *Presidente*

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Miembros de la Comisión

Michael Marmot
Frances Baum
Monique Bégin
Giovanni Berlinguer
Mirai Chatterjee

William H. Foege
Yan Guo
Kiyoshi Kurokawa
Ricardo Lagos Escobar
Alireza Marandi

Pascoal Mocumbi
Ndioro Ndiaye
Charity Kaluki Ngilu
Hoda Rashad
Amartya Sen

David Satcher
Anna Tibaijuka
Denny Vågerö
Gail Wilensky

Un nuevo programa mundial para la equidad sanitaria

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

Eso no tiene por qué ser así y no es justo que sea así. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando estas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables. Eso es lo que denominamos inequidad sanitaria. Corregir esas desigualdades —las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países— es una cuestión de justicia social. Para la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (en adelante la Comisión) reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.

Los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria

Creada con el fin de recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, la Comisión es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización. Un aspecto importante de la Comisión es que centra su labor en países con todo tipo de niveles de ingresos y desarrollo: el Norte y el Sur. La equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos nuestros países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial.

La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

La comunidad internacional puede corregir esa situación, pero para ello debe actuar con carácter urgente y de forma sostenida a nivel internacional, nacional y local. A escala mundial, las profundas desigualdades en las relaciones de fuerza y los acuerdos económicos tienen repercusiones en la equidad sanitaria. Ello no significa, en ningún modo, que haya que dejar de lado otros niveles de acción. Los gobiernos nacionales y locales pueden contribuir considerablemente y la Comisión se admira de la fuerza de la sociedad civil y de los movimientos locales, que prestan ayuda inmediata en las comunidades e incitan a los poderes públicos al cambio.

Además, el cambio climático tiene profundas consecuencias en el sistema mundial y afecta al modo de vida de la población y a la salud de muchos de los pueblos y del planeta. Hemos de hacer confluír las intervenciones sobre la equidad sanitaria con las medidas para combatir el cambio climático. Nuestras preocupaciones en materia de equidad sanitaria han de ser tenidas en cuenta por la comunidad internacional a la hora de encontrar un justo equilibrio entre las necesidades de desarrollo social y económico del conjunto de la población mundial, la equidad sanitaria y la puesta en marcha de medidas urgentes para hacer frente al cambio climático.

Un nuevo enfoque del desarrollo

La labor de la Comisión incorpora un nuevo enfoque del desarrollo. Posiblemente, la salud y la equidad sanitaria no sean siempre el objetivo de las políticas sociales, pero son un resultado esencial. Tomemos la gran importancia que se atribuye al desarrollo económico en las distintas políticas: es incuestionable que el desarrollo económico es importante, en particular para los países pobres, pues brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la vida de la población. Ahora bien, el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria.

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud – el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan – es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario. Dicho eso, el ministro de la salud y su ministerio son esenciales para que se efectúe ese cambio mundial. Pueden abogar por una estrategia centrada en los determinantes sociales de la salud al más alto nivel de la sociedad, pueden demostrar su eficacia mediante buenas prácticas y pueden prestar su apoyo a otros ministerios en la formulación de políticas encaminadas a promover la equidad sanitaria. En calidad de organismo mundial que se ocupa de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe hacer lo mismo en la escena internacional.

Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación

La Comisión hace un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. Se trata de una aspiración, no de una predicción. En los últimos 30 años se han producido importantes cambios a nivel mundial y nacional. Somos optimistas: disponemos de los conocimientos necesarios para alargar considerablemente la esperanza de vida y, así, contribuir a mejorar de forma notable la equidad sanitaria. Somos realistas: hay que actuar ya. El informe de la Comisión contiene material para preparar soluciones que permitan atajar las grandes desigualdades que existen en y entre los países.

Recomendaciones generales de la Comisión

1 Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

3 Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

Tres principios de acción

- 1 Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece
- 2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- 3 Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Esos tres principios de acción están integrados en las recomendaciones generales nombradas más arriba. El resto del presente resumen analítico y el informe final de la Comisión están estructurados con arreglo a esos tres principios.

1. Mejorar las condiciones de vida

Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades.

Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.

EQUIDAD DESDE EL PRINCIPIO

El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales. A través de esos mecanismos y de forma directa, la primera infancia influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia. Al menos 200 millones de niños en el mundo no se desarrollan plenamente. Eso

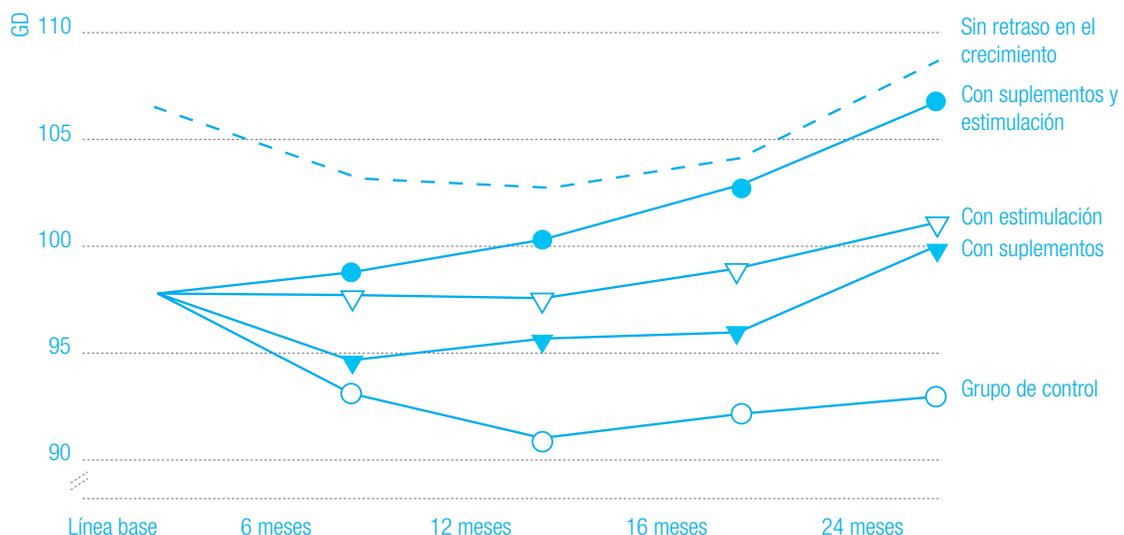
tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto.

Fundamentos científicos de las intervenciones

Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad), y durante el período de educación infantil y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas de los primeros años de vida y que sus efectos son permanentes. Una buena alimentación es fundamental y empieza en el útero materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente. La madre y el niño necesitan atención ininterrumpida antes y durante el embarazo, en el parto y en los primeros días y años de vida. Los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo.

Como parte del contexto general que contribuye al desarrollo del niño, los programas educativos y las escuelas de preescolar también pueden desempeñar un papel esencial en el desarrollo de sus capacidades. Hay que enfocar los primeros años de vida de un modo más integral, partiendo de los programas de supervivencia infantil en curso y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

Efectos de la aplicación de medidas que conjugan los suplementos alimentarios y la estimulación psicosocial en niños con retraso en el crecimiento en el marco de un estudio sobre una intervención realizada a lo largo de dos años en Jamaica^a.



^a Grado de desarrollo (GD) medio de grupos con retraso en el crecimiento ajustado a la edad y al grado inicial, comparado con grupos sin retraso en el crecimiento ajustado únicamente a la edad, según la escala de desarrollo mental de Griffiths adaptada a Jamaica. Reimpreso con la autorización de la editorial, extraído de Grantham-McGregor et al (1991).

Medidas que deben adoptarse

Todo enfoque integral que aborde los primeros años de vida requiere políticas coherentes, compromiso y liderazgo a nivel nacional e internacional. También exige un amplio conjunto de medidas que favorezca el desarrollo de la primera infancia y programas y servicios educativos que lleguen a todos los niños del mundo.

Comprometerse con una estrategia integral que aborde los primeros años de vida y ponerla en marcha, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

- Establecer un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, a fin de que el conjunto de las instituciones apliquen un enfoque integral.
- Velar por que todos los niños, madres y otras personas que tengan niños a su cargo se beneficien de un amplio conjunto de programas y servicios de calidad para el desarrollo de la primera infancia, con independencia de su capacidad de pago.

Ampliar la cobertura y el ámbito de la enseñanza para incluir los principios de desarrollo de la primera infancia (desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo).

- Ofrecer a todos los niños y niñas una enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad, con independencia de su capacidad de pago. Definir y eliminar los obstáculos a que se enfrentan los niños y las niñas a la hora de matricularse y de seguir yendo a la escuela, y suprimir el pago de matrícula en las escuelas primarias.

ENTORNOS SALUBRES PARA UNA POBLACIÓN SANA

El lugar donde vive la gente afecta a su salud y a sus posibilidades de tener una vida próspera. En 2007, por primera vez, la mayoría de los habitantes del planeta vivía en entornos urbanos. Casi mil millones de estos viven en barrios de chabolas.

Fundamentos científicos de las intervenciones

Las enfermedades infecciosas y la desnutrición persistirán en algunas regiones del mundo y entre determinados grupos de población. Pero la urbanización está modificando los problemas de salud de la población, en particular entre los pobres de las ciudades, favoreciendo las enfermedades no transmisibles, los traumatismos por accidente y causas violentas, y la mortalidad y los efectos derivados de las catástrofes ecológicas.

Las condiciones en que vive la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda y un alojamiento de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana. El aumento de la motorización, los cambios en el uso del suelo para facilitar el tráfico rodado y la mayor incomodidad de los medios de transporte no motorizados, tienen efectos que repercuten en la calidad del aire, las emisiones de gas de efecto invernadero y la inactividad física. La planificación y el diseño de los espacios urbanos tienen consecuencias importantes en la equidad sanitaria, pues influyen en el comportamiento y la seguridad.

El equilibrio entre el hábitat rural y el hábitat urbano varía enormemente de un país a otro. Así por ejemplo, en Burundi o Uganda, el hábitat urbano representa menos del 10%, mientras

que en Bélgica, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Kuwait y Singapur alcanza el 100% o está cerca de esa cifra. La aplicación de políticas y pautas de inversión basadas en un modelo de crecimiento eminentemente urbano ha generado una progresiva falta de inversiones en infraestructuras y servicios en las comunidades rurales de todo el planeta, en particular en las indígenas. Eso ha dado lugar a tasas de pobreza desproporcionadas y ha creado condiciones de vida deficientes, que han contribuido, en parte, al éxodo hacia centros urbanos desconocidos.

El actual modelo de urbanización plantea importantes problemas medioambientales, en particular con respecto al cambio climático, cuyo efecto es mayor en los países de ingresos bajos y entre los grupos de población vulnerables. En la actualidad, las emisiones de gases de efecto invernadero son, principalmente, consecuencia de las pautas de consumo de las ciudades de los países desarrollados. El transporte y los edificios contribuyen en un 21% a las emisiones de CO₂, mientras que la actividad agrícola representa aproximadamente la quinta parte. Y sin embargo, la producción de los cultivos depende en gran medida de las condiciones climáticas imperantes. Las alteraciones climáticas y el agotamiento de los recursos tendrán que tenerse en cuenta a la hora de reducir las desigualdades sanitarias en el mundo.

Medidas que deben adoptarse

Para alcanzar la equidad sanitaria, es esencial que haya comunidades y barrios que tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, hayan sido concebidos para promover el bienestar físico y psicológico y protejan el medio ambiente.

Centrar la gestión y la planificación urbana alrededor de la salud y la equidad sanitaria.

- Gestionar el desarrollo urbano de forma que haya un mayor acceso a viviendas asequibles; invertir en la mejora de los barrios de chabolas, priorizando, en particular, el abastecimiento de agua y saneamiento, la electricidad y la pavimentación de las calles para todas las familias, con independencia de su capacidad de pago.
- Velar porque la planificación urbana promueva conductas sanas y seguras según criterios de equidad, mediante la inversión en medios de transporte activos, la planificación del sector minorista para controlar el acceso a alimentos poco saludables, una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores, incluida la limitación del número de establecimientos de venta de alcohol.

Promover la equidad sanitaria entre las zonas rurales y las zonas urbanas mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas y procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural de sus lugares de origen.

- Combatir las desigualdades derivadas del crecimiento urbano actuando sobre el régimen de propiedad de la tierra y los derechos inmobiliarios, y garantizando medios de subsistencia que favorezcan una vida saludable, inversiones suficientes en infraestructuras rurales y políticas que den apoyo a los migrantes que van del campo a la ciudad.

Velar por que las políticas económicas y sociales que se apliquen para afrontar el cambio climático y cualquier otro tipo de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria.

PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO Y TRABAJO DIGNO

El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales. Las intervenciones encaminadas a mejorar el empleo y el trabajo han de aplicarse a nivel internacional, nacional y local.

Fundamentos científicos de las intervenciones

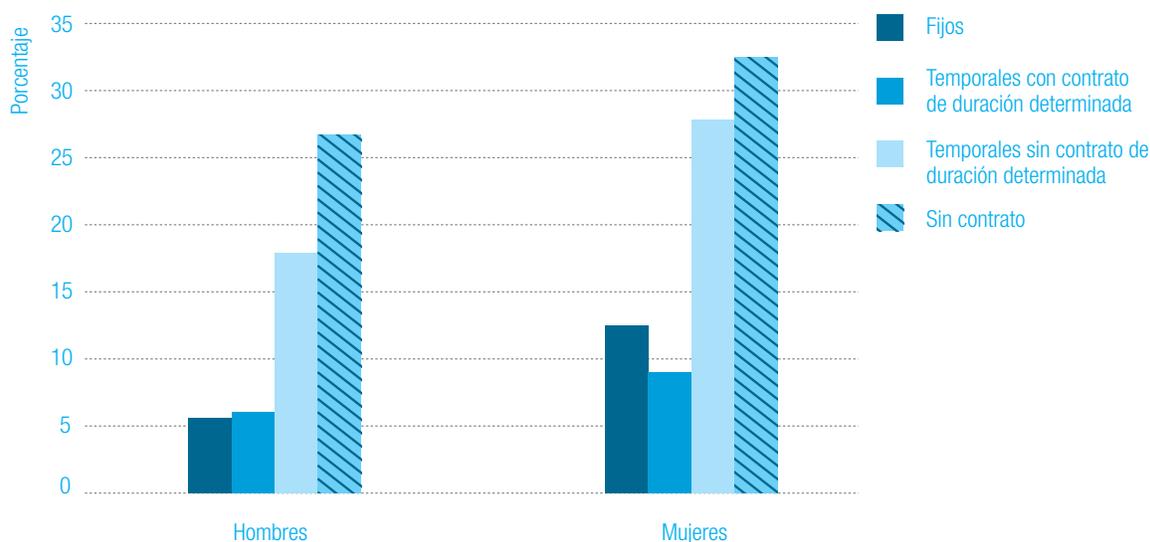
El trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Esto engloba las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo. Se considera que una mano de obra flexible beneficia la competitividad económica, pero ello repercute en la salud. Estudios realizados muestran que la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los fijos. Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). La precariedad laboral que percibe el trabajador tiene importantes efectos perjudiciales para su salud física y mental.

Las condiciones laborales también afectan a la salud y a la equidad sanitaria. Las malas condiciones de trabajo pueden hacer que el individuo se vea expuesto a toda una serie de riesgos físicos para la salud, que tienden a concentrarse en los trabajos de nivel inferior. Las condiciones de trabajo conseguidas en los países de ingresos altos, tras largos años de lucha organizada y regulación, distan mucho de ser la norma en muchos países de ingresos medianos y bajos. El estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental.

Medidas que deben adoptarse

Mediante la aplicación de prácticas justas en el empleo y el respeto de condiciones de trabajo dignas, los poderes públicos, los empleadores y los trabajadores pueden contribuir a erradicar la pobreza, mitigar las desigualdades sociales, reducir la exposición a riesgos físicos y psicosociales, y aumentar las oportunidades de gozar de salud y bienestar. Además, una mano de obra que tenga buena salud es más productiva.

Prevalencia de los problemas de salud mental entre trabajadores manuales en España en función del tipo de contrato.



Fuente: Artazcoz et al., 2005

Convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales e internacionales

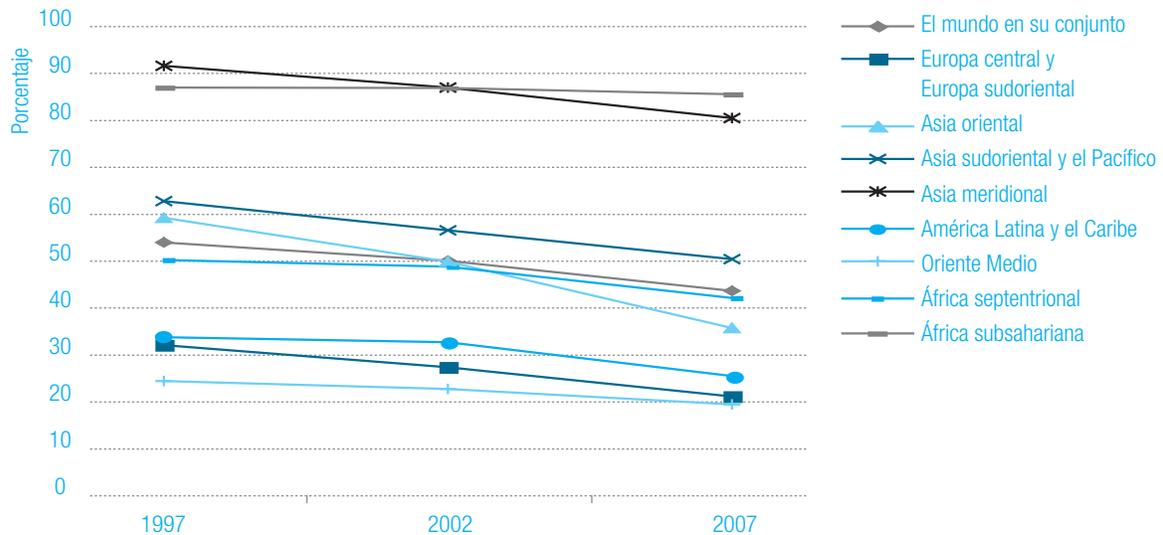
- El pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno han de ser objetivos comunes de las instituciones internacionales, y deben ser parte integrante de los programas políticos y las estrategias de desarrollo nacionales; los trabajadores han de estar mejor representados en los procesos de elaboración de políticas, legislación y programas de empleo y trabajo.

Para alcanzar la equidad sanitaria hace falta que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos.

- Ofrecer a los hombres y a las mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados, teniendo en cuenta el costo real y actual de una vida sana.
- Proteger a todos los trabajadores. Los organismos internacionales han de ayudar a los países a que apliquen las principales normas laborales en el sector estructurado y no estructurado, elaboren políticas que garanticen un equilibrio entre la vida laboral y la personal, y reduzcan los efectos negativos de la inseguridad entre los trabajadores en situación de precariedad laboral.

Mejorar las condiciones de trabajo de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud.

Variación regional del porcentaje de la población activa que vive con US\$ 2 al día o menos.



Las cifras de 2007 son estimaciones preliminares.
Reimpreso con la autorización del autor, extraído de la OIT (2008).

PROTECCIÓN SOCIAL A LO LARGO DE LA VIDA

Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral y en la vejez. Esa protección también es necesaria, en circunstancias inesperadas específicas, como la enfermedad, la discapacidad y la pérdida de ingresos o del trabajo.

Fundamentos científicos de las intervenciones

Un nivel de vida bajo es un importante determinante de inequidad sanitaria, que influye en toda nuestra trayectoria vital, entre otras cosas, a través de sus efectos en el desarrollo de la primera infancia. La pobreza infantil y la transmisión de la pobreza de una generación a otra son importantes obstáculos para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sanitarias. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social. Los sistemas de protección social redistributivos influyen en los niveles de pobreza, en la medida en que el mercado laboral permite a la población ganarse la vida adecuadamente. Hay una correlación entre la existencia de un sistema de protección social universal y generoso, y una población más sana, que se refleja en niveles inferiores de exceso de mortalidad entre las personas mayores y tasas de mortalidad menores entre los grupos sociales desfavorecidos. Los presupuestos de los sistemas de protección social tienden a ser más elevados, y quizá más sostenibles, en países con regímenes de protección social universal; la pobreza y las

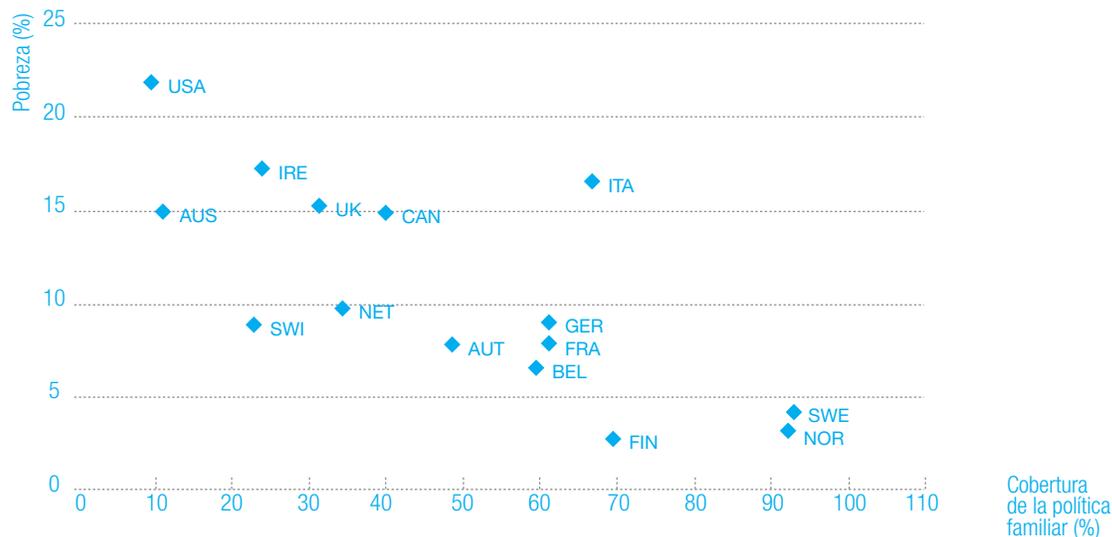
desigualdades en los ingresos suelen ser inferiores en esos países, comparado con países con sistemas dirigidos a las capas más desfavorecidas de la sociedad.

Extender la protección social a toda la población en los países y en el mundo constituye un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación. Ello incluye ampliar la protección social a quienes tienen empleos precarios, en particular en el sector no estructurado, en el del trabajo doméstico o en el de la asistencia a otras personas. Eso es esencial para los países pobres donde la mayoría de la población trabaja en el sector no estructurado, así como para las mujeres, pues sus obligaciones familiares a menudo les impide beneficiarse de un conjunto adecuado de prestaciones en los sistemas contributivos de protección social. Si bien la escasa infraestructura institucional y la reducida capacidad financiera sigue siendo un obstáculo importante en muchos países, la experiencia muestra que se pueden poner en marcha sistemas de protección social, aun en los países de ingresos bajos.

Medidas que deben adoptarse

Para reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación, los gobiernos han de crear sistemas que permitan alcanzar un nivel de vida saludable, por debajo del cual ningún miembro de la población deberá encontrarse debido a circunstancias que escapen a su control. Los regímenes de protección social pueden contribuir a alcanzar los objetivos de desarrollo, en lugar de depender de su consecución. Pueden ser un medio eficaz de reducir la pobreza y beneficiar la economía local.

Grado de cobertura de la política familiar y pobreza infantil en 20 países, alrededor de 2000.



Cobertura social neta de las transferencias como porcentaje del salario neto medio de un trabajador del sector manufacturero.

El umbral de la pobreza corresponde al 50% de los ingresos disponibles de equivalencia media.

AUS = Australia; AUT = Austria; BEL = Bélgica; CAN = Canadá; FIN = Finlandia; FRA = Francia;

GER = Alemania; IRE = Irlanda; ITA = Italia; NET = Países Bajos; NOR = Noruega;

SWE = Suecia; SWI = Suiza; UK = Reino Unido; USA = Estados Unidos de América.

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Lundberg et al. (2007).

Aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana.

- Aumentar progresivamente las prestaciones de los sistemas de protección social con el fin de llegar a un nivel suficiente que garantice una vida sana.
- Lograr que los sistemas de protección social incluyan a quienes suelen estar excluidos: personas en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas.

ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos

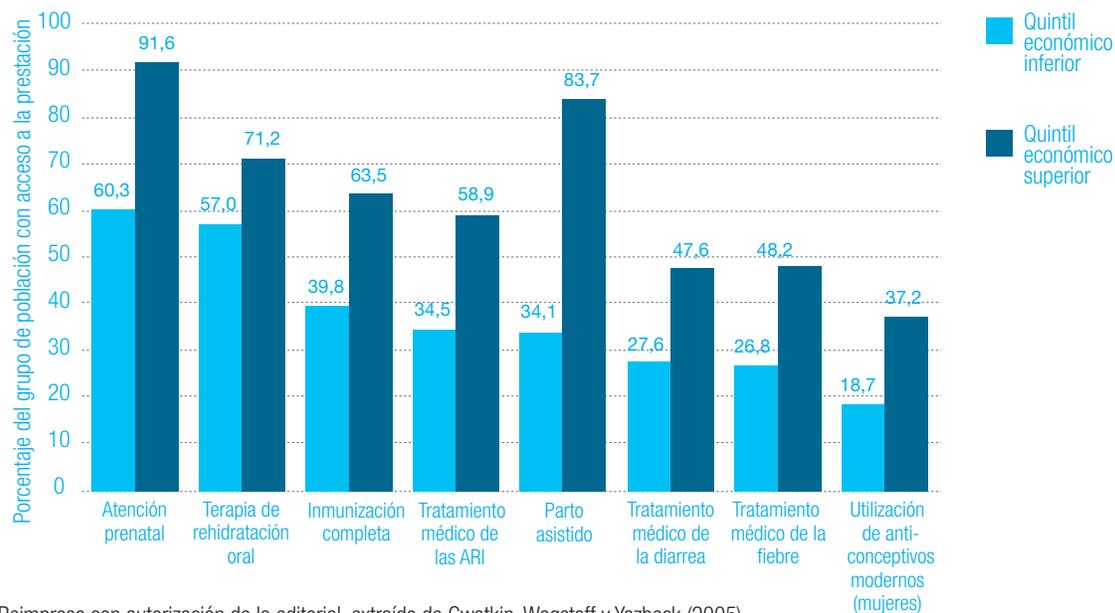
y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención de salud tienen una importante función de rectoría que desempeñar en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria.

Fundamentos científicos de las intervenciones

Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Los sistemas sanitarios donde las prestaciones son parciales o no son equitativas no permiten instaurar sistemas de salud universal en nombre de la justicia social. Se trata de cuestiones esenciales para todos los países, si bien más apremiantes en los países de ingresos bajos, pues un sistema de atención sanitaria accesible, bien concebido y bien gestionado contribuirá considerablemente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; de otro modo, las posibilidades de alcanzarlos se verán muy disminuidas. Ahora bien, en muchos países los sistemas de atención de salud son sumamente insuficientes y hay grandes desigualdades en la prestación y el acceso a los servicios, y el uso que de estos hacen los ricos y los pobres.

La Comisión considera que la atención sanitaria es un bien común, no un producto comercial. Prácticamente todos los países de ingresos altos organizan sus sistemas sanitarios según el principio de la cobertura universal (tanto en cuanto a la financiación, como a la prestación de los servicios de salud).

Utilización de los servicios de salud materno-infantil básicos por los quintiles económicos superior e inferior en más de 50 países.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Gwatkin, Wagstaff y Yazbeck (2005).

Cobertura universal significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo. También significa que toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones. No hay nada que justifique que otros países, incluidos los más pobres, no puedan aspirar a alcanzar la cobertura sanitaria universal, si se les presta apoyo suficiente de forma prolongada.

La Comisión recomienda financiar el sistema sanitario mediante impuestos o un seguro universal obligatorio. En todos los países, se ha visto que el gasto de la salud pública está basado en un sistema redistributivo. Los datos de que se dispone parecen estar firmemente a favor de un sistema de salud financiado con fondos públicos. En particular, es fundamental reducir al mínimo el pago directo de los servicios de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, las políticas que imponen al usuario el pago directo de los servicios de salud han tenido por consecuencia una reducción generalizada de su uso y el empeoramiento de los resultados sanitarios. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias. Eso es inaceptable.

Los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud. Se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro, y haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención.

En todos los países, y, en particular, en los más pobres y en aquellos víctimas del éxodo intelectual, es fundamental contar con una cantidad suficiente de personal sanitario cualificado a nivel local, con el fin de extender la cobertura y mejorar la calidad de la atención. Es vital invertir en formación y

en retener al personal sanitario para alcanzar el crecimiento deseado del sistema de salud. Ello significa que hay que prestar atención a los flujos de personal sanitario a nivel mundial y a la inversión y el desarrollo de capacidades a nivel nacional y local. Los profesionales médicos y sanitarios – desde la OMS a los ambulatorios locales – ejercen una fuerte influencia en las ideas y las decisiones sanitarias de la sociedad. Son testigos de que es imperativo, tanto desde un punto de vista ético, como en términos de eficacia, actuar sobre las causas sociales de las enfermedades de un modo coherente y en todo el sistema de salud.

Medidas que deben adoptarse

Fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

- Crear sistemas sanitarios de calidad con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud.
- Fortalecer la función directriz del sector público en la financiación de sistemas de asistencia sanitaria equitativos, que garanticen el acceso universal a la atención de salud, con independencia de la capacidad de pago.

Reforzar y fortalecer el personal sanitario, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

- Invertir en el personal sanitario nacional, y tratar de equilibrar la densidad de profesionales de la salud entre el medio rural y el medio urbano.
- Combatir la fuga de personal sanitario, invirtiendo en la contratación de más recursos humanos para la salud y en su formación, y mediante acuerdos bilaterales que regulen las pérdidas y las ganancias.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos.

LA EQUIDAD SANITARIA EN LAS POLÍTICAS, SISTEMAS Y PROGRAMAS

Todos los sectores de la administración pública y de la economía pueden incidir en la salud y en la equidad sanitaria – las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y los servicios de salud, por sólo mencionar algunos. Para mejorar la equidad sanitaria, es esencial que todas las instancias públicas actúen de forma concertada a todos los niveles.

Fundamentos científicos de las intervenciones

En función de su naturaleza, las distintas políticas públicas pueden contribuir a mejorar o a empeorar la salud y la equidad sanitaria. Así por ejemplo, un urbanismo que favorezca la proliferación de barrios periféricos con un número insuficiente de viviendas asequibles, escasos servicios públicos locales y medios de transporte irregulares y caros no contribuirá mucho a promover la salud para todos. Una buena política pública puede tener efectos beneficiosos en la salud de forma inmediata y a largo plazo.

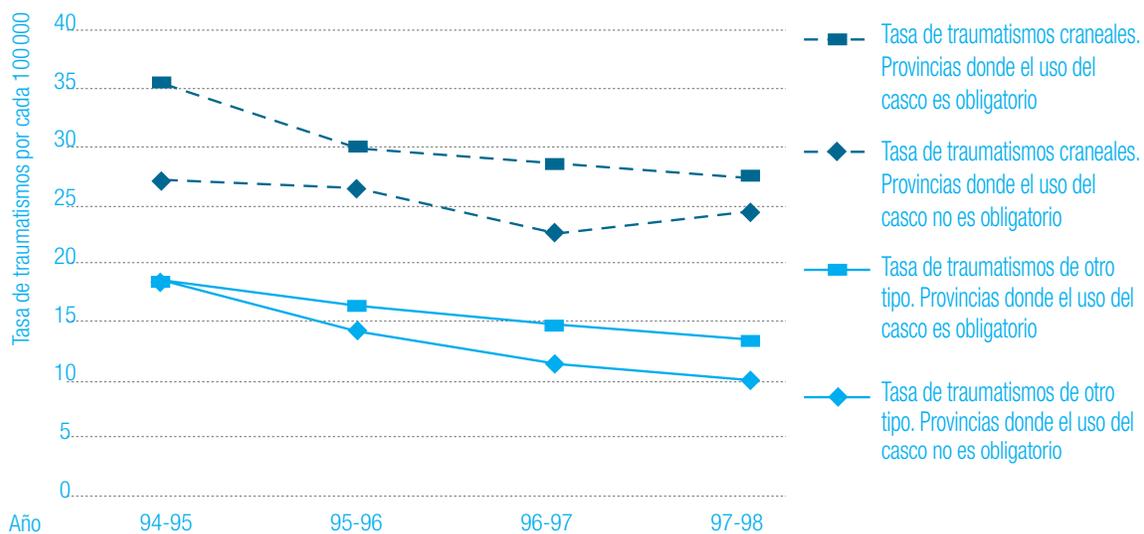
Es esencial que haya coherencia política. Eso significa que las políticas de los distintos departamentos de la administración pública han de complementarse, en lugar de contradecirse,

con el fin de promover la salud y la equidad sanitaria. Así por ejemplo, una política comercial que fomente la producción, comercialización y consumo sin restricciones de alimentos ricos en grasas y azúcares, en detrimento de la producción de frutas y verduras, va en contra de una política sanitaria que recomiende un consumo relativamente limitado de alimentos ricos en grasas y azúcar, y un mayor consumo de frutas y verduras. Una acción intersectorial en favor de la salud, esto es, la puesta en marcha de políticas y acciones coordinadas entre el sector sanitario y los sectores no sanitarios, puede ser una estrategia clave para alcanzar ese objetivo.

Salir del ámbito de la administración pública e involucrar a la sociedad civil y al sector del voluntariado, así como al sector privado es un paso fundamental para alcanzar la equidad sanitaria. Una mayor participación de la comunidad y de la sociedad en los procesos de elaboración de políticas contribuirá a que las decisiones adoptadas en materia de equidad sanitaria sean más justas. Además la salud es un punto de confluencia de diferentes sectores y actores – ya se trate de una comunidad local que esté elaborando su propio plan sanitario (como el proyecto “ciudad sana” de Dar es Salaam (Tanzania), o de la participación de toda una ciudad, incluidas las autoridades locales, en el diseño de espacios que promuevan los desplazamientos a pie y en bicicleta (como el proyecto “Healthy by Design” en Victoria, Australia).

Lograr que la salud y la equidad sanitaria sean un valor compartido por todos los sectores es una estrategia difícil desde el punto de vista político, pero es indispensable a nivel mundial.

Evolución de los traumatismos craneales y de otro tipo ocasionados por accidentes de bicicleta en las provincias canadienses donde el uso del casco es obligatorio y en las provincias donde no lo es.



El uso del casco se hizo obligatorio por ley en todas las provincias entre 1995 y 1997.

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Macpherson et al. (2002).

Medidas que deben adoptarse

Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.

- Hacer que la salud y la equidad sanitaria sean cuestiones que preocupen al conjunto del gobierno y tengan el apoyo del jefe de Estado, mediante la inclusión de la equidad sanitaria entre los criterios de evaluación de la actuación del gobierno.
- Evaluar los efectos de todas las políticas y programas en la salud y la equidad sanitaria, teniendo como objetivo la coherencia de la acción del gobierno en su conjunto.

Establecer un marco basado en los determinantes sociales para todas las funciones normativas y programáticas del ministerio de salud y reforzar su función de rectoría para que el gobierno en su conjunto pueda aplicar un enfoque basado en los determinantes sociales.

- El sector de la salud es un buen punto de partida para poner en marcha medidas de apoyo y crear estructuras que inciten a actuar sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Ello requiere un fuerte liderazgo del ministro de la salud y el apoyo de la OMS.

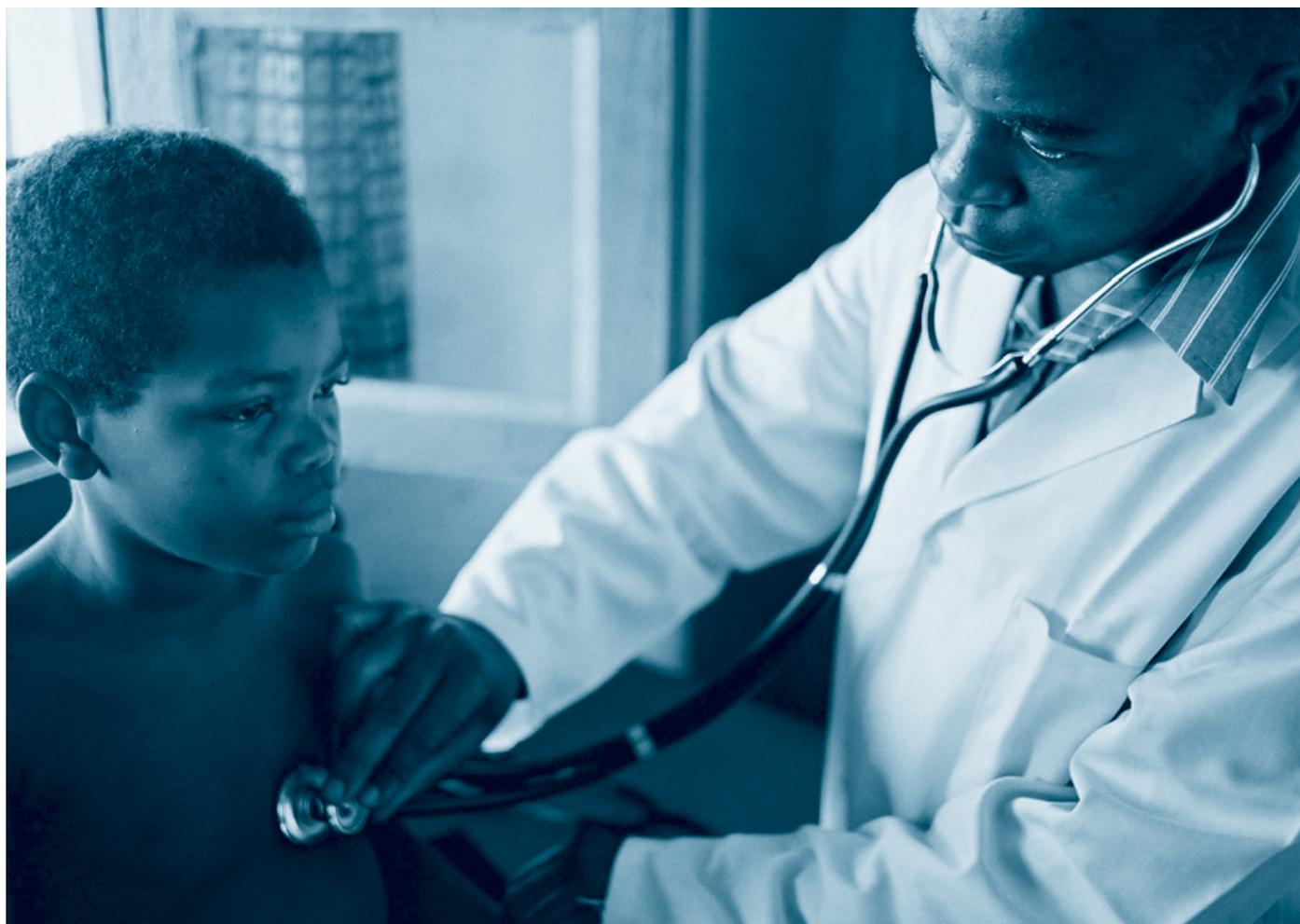
Financiación equitativa

Disponer de fondos públicos que permitan financiar las intervenciones sobre los distintos determinantes sociales de la salud es fundamental para la protección social y la equidad sanitaria.

Fundamentos científicos de las intervenciones

En todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo económico, para tener una buena protección social y alcanzar la equidad sanitaria, es fundamental aumentar la financiación pública de las intervenciones ligadas a los determinantes sociales de la salud, ya se trate del desarrollo infantil y la educación, las condiciones de vida y de trabajo, o la atención sanitaria. Los datos de que se dispone muestran que el desarrollo socioeconómico de los países ricos se ha visto muy favorecido por la existencia de infraestructuras financiadas con fondos públicos y la creación progresiva de servicios públicos universales. Dado que el mercado es incapaz de suministrar bienes y servicios esenciales de un modo equitativo, hay que hacer hincapié en una financiación pública que exija el firme liderazgo del sector público y un gasto público adecuado. Eso, a su vez, requiere un sistema impositivo progresivo, pues se ha visto que una redistribución moderada tiene efectos mucho mayores en la reducción de la pobreza, que el crecimiento económico por sí solo. En el caso de los países más pobres, ello significa que será necesario contar con una asistencia financiera internacional mucho mayor.

En los países de ingresos bajos, las instituciones y los mecanismos de imposición directa suelen ser relativamente deficientes y



la mayor parte de la población activa trabaja en el sector no estructurado. A menudo, el Estado recauda a través de impuestos indirectos, tales como los aranceles aduaneros. Los acuerdos económicos entre los países ricos y los pobres que prevén una reducción arancelaria pueden reducir la renta interior disponible en los países de ingresos bajos antes de que se hayan puesto en marcha otros canales de financiación. El robustecimiento de los regímenes impositivos progresivos es una importante fuente de financiación pública y una condición necesaria previa a todo acuerdo que prevea un recorte arancelario.

Paralelamente, la puesta en marcha de medidas para combatir el uso de centros financieros extraterritoriales y reducir la evasión de impuestos nacionales, podría generar recursos para el desarrollo comparables, al menos, a los que se obtienen mediante nuevos impuestos. A medida que aumenta la globalización y la interdependencia entre los países, los argumentos en favor de una estrategia mundial en materia de impuestos cobran mayor peso.

La ayuda es importante. Si bien los datos disponibles indican que la ayuda permite promover el crecimiento económico, y, de hecho, así ocurre, y que puede contribuir de un modo más directo a mejorar la salud, la Comisión estima que la principal utilidad de la ayuda es que sirve como mecanismo de distribución de los recursos, como parte del esfuerzo común para aumentar el desarrollo social. Pero el volumen de la ayuda es extremadamente bajo. Es bajo en términos absolutos (globalmente y para la salud); con relación a la riqueza de los países donantes; con relación al compromiso asumido por estos en 1969 de dedicar aproximadamente el 0,7% de su producto interior bruto (PIB) a la ayuda para el desarrollo; y con relación a las cantidades necesarias para avanzar de forma sostenible en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se impone, pues, un aumento rápido y sensible. Con independencia del incremento de la ayuda, la Comisión también recomienda un mayor y más profundo alivio de la deuda.

También hay que mejorar la calidad de la ayuda – con arreglo al acuerdo de París – mediante una coordinación más eficaz entre los donantes y una mayor armonización con los planes de desarrollo de los beneficiarios. Los donantes han de considerar la posibilidad de canalizar la mayor parte de la ayuda mediante un mecanismo multilateral único; por otro lado, los planes de reducción de la pobreza nacionales y locales de los países receptores se verían beneficiados por la adopción de un marco basado en los determinantes sociales de la salud que garantizara una financiación intersectorial coherente. Dicho marco podría contribuir a mejorar el grado de responsabilización de los países beneficiarios a la hora de demostrar cómo ha sido asignada la ayuda y cuáles han sido sus efectos. En particular, los gobiernos receptores han de aumentar su capacidad para asignar los fondos públicos disponibles de forma equitativa entre las regiones y los grupos de población, y reforzar su sistema de rendición de cuentas.

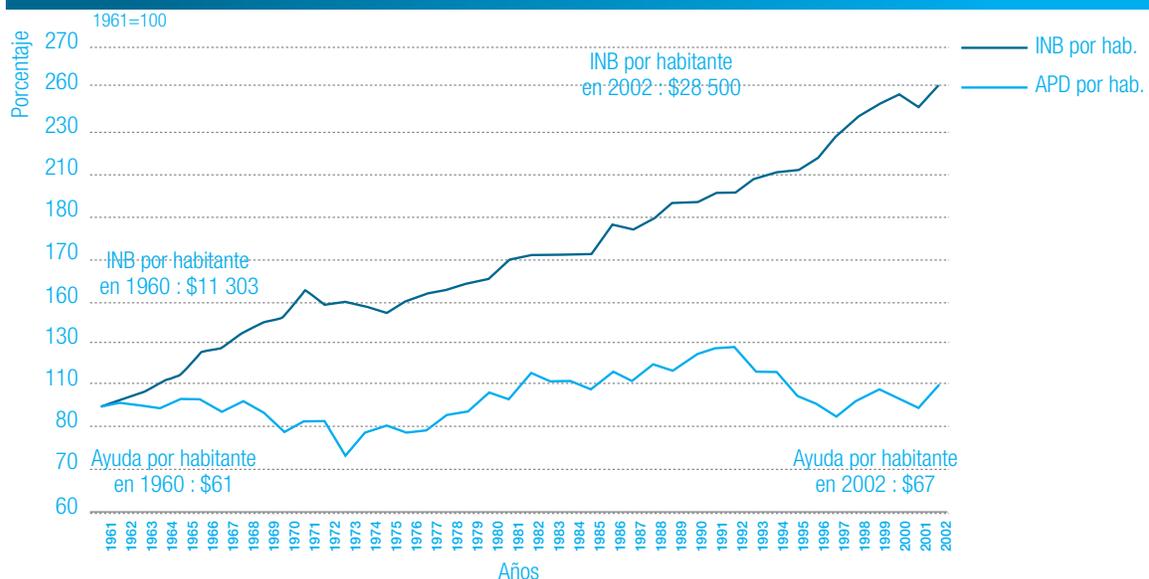
Medidas que deben adoptarse

Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

- Fortalecer la capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo y evaluar la posibilidad de implantar nuevos mecanismos nacionales e internacionales de financiación pública.

Incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios con arreglo a un marco de acción basado en los determinantes sociales de la salud.

Aumento del desnivel: ayuda per cápita de los países donantes con relación a la riqueza per cápita, 1960–2000.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Randel, German y Ewing (2004).

- Cumplir los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB prometido y ampliar la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral; intensificar las medidas adoptadas en materia de equidad sanitaria, incluyendo un conjunto coherente de determinantes sociales de la salud en marcos de acción existentes, como los documentos de la estrategia de lucha contra la pobreza.

Asignar de forma equitativa los recursos públicos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

- Instaurar mecanismos para financiar la intervención del conjunto del gobierno sobre los determinantes sociales de la salud y distribuir la financiación de forma equitativa entre las regiones geográficas y los grupos sociales.

Responsabilidad del mercado

Los mercados contribuyen a mejorar la situación sanitaria aportando nuevas tecnologías, nuevos bienes y servicios, y mejorando el nivel de vida. Pero el mercado también puede generar situaciones perjudiciales para la salud: desigualdades económicas, agotamiento de los recursos, contaminación del medio ambiente, condiciones laborales insalubres y circulación de productos peligrosos y malos para la salud.

Fundamentos científicos de las intervenciones

La salud no es un producto comercial. Se trata de un derecho y de un deber del sector público. Por ese motivo, los recursos destinados a la salud deben repartirse de forma equitativa y ser universales. Hay tres cuestiones importantes que están relacionadas entre sí. En primer lugar, la experiencia muestra que la comercialización de bienes sociales esenciales, tales como la educación y la atención médica, genera inequidad sanitaria.

La prestación de tales bienes sociales esenciales ha de estar regida por el sector público, y no por la ley del mercado. En segundo lugar, el sector público ha de tomar las riendas para poder garantizar una reglamentación nacional e internacional eficaz de los productos, actividades y circunstancias que perjudican la salud o generan desigualdades sanitarias. Esos dos imperativos conllevan un tercero: la evaluación periódica y competente de los efectos en la equidad sanitaria de todas las políticas formuladas y de la regulación del mercado debe institucionalizarse a nivel nacional e internacional.



La Comisión considera que determinados bienes y servicios, tales como el acceso a agua potable o la asistencia sanitaria, forman parte de las necesidades básicas del ser humano y la sociedad. Dichos bienes y servicios deben estar a disposición de todo el mundo, con independencia de su capacidad de pago. Por tanto, en esos casos, ha de ser el sector público, y no el mercado, quien garantice una oferta y un acceso adecuados.

Para garantizar el suministro de bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, como el agua, la atención de salud y unas condiciones de trabajo dignas, y controlar la circulación de los productos perjudiciales para la salud (como el tabaco y el alcohol) el sector público ha de tener un firme liderazgo. Muy a menudo las condiciones laborales y de trabajo – en muchos países, ricos y pobres – son desiguales, insalubres, peligrosas y generan explotación. Habida cuenta de la importancia de disfrutar de buenas condiciones laborales y de trabajo para tener una población y una economía saludables, el sector público ha de tomar las riendas a la hora de garantizar el cumplimiento progresivo de las normas laborales internacionales y apoyar el crecimiento de las microempresas. A medida que aumenta la integración de los mercados y la circulación de productos perjudiciales para la salud y el acceso a éstos, mecanismos mundiales de gobernanza, como el Convenio Marco para el Control del Tabaco, son cada vez más necesarios. Dada su importancia, los alimentos procesados y el alcohol deberían ser objeto de mayores controles internacionales, regionales y nacionales.

Con la globalización, en los últimos decenios, ha aumentado la integración de los mercados, lo que se ha puesto de manifiesto en la creación de nuevos regímenes de producción, que han traído consigo cambios importantes en las condiciones de trabajo y empleo, han expandido el ámbito de aplicación de

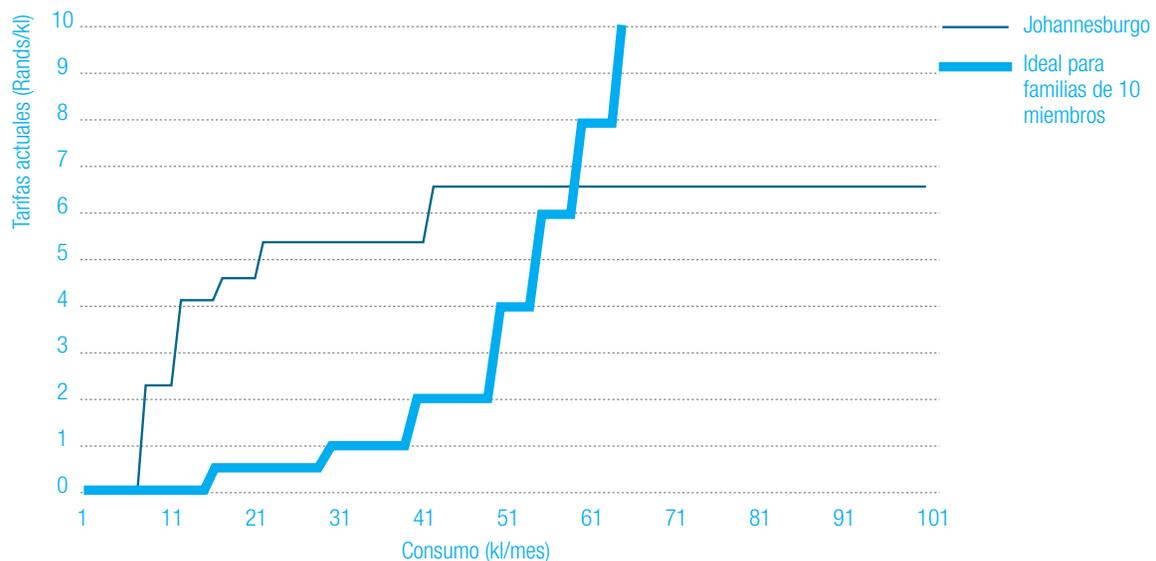
los acuerdos económicos internacionales y mundiales, y han acelerado la comercialización de bienes y servicios, algunos de los cuales tienen efectos beneficiosos para la salud, mientras que otros tienen efectos desastrosos. La Comisión insta a los países participantes a que sean prudentes a la hora de adquirir nuevos compromisos económicos internacionales, regionales y bilaterales en materia de política comercial y de inversión.

Antes de contraer nuevos compromisos, es vital comprender los efectos de los acuerdos en vigor en la salud, los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Es más, la evaluación de los efectos en la salud a lo largo del tiempo indica de forma concluyente que es importante que los acuerdos internacionales prevean desde el principio un grado de flexibilidad suficiente que permita a los países firmantes modificar su compromiso con respecto a esos acuerdos, si tuvieran efectos perjudiciales para la salud o la equidad sanitaria. Esas modificaciones deberán surtir efecto con arreglo a criterios de transparencia.

La función directiva del sector público no elimina las responsabilidades y la capacidad de otros actores: la sociedad civil y el sector privado. Los actores del sector privado son influyentes y pueden contribuir en gran medida a la equidad sanitaria mundial. No obstante, hasta la fecha, iniciativas como las emprendidas en el marco de la responsabilidad social empresarial han tenido un efecto real limitado. Es posible que la responsabilidad social empresarial sea una vía eficaz para avanzar, pero hacen falta datos concluyentes que lo demuestren.

La obligación empresarial de rendir cuentas puede ser una base sólida sobre la que fundar una relación responsable de colaboración entre el sector privado y las instancias que defienden los intereses públicos.

Precio del agua en Johannesburgo. El sistema de subvenciones en vigor (línea fina) favorece a los consumidores ricos (y permite un consumo excesivo), en tanto que la estructura ideal de tarificación (línea gruesa) favorece un abastecimiento subvencionado adecuado para los consumidores pobres y desincentiva un consumo más elevado.



Reimpreso con autorización del autor, extraído de GKN (2007).

Medidas que deben adoptarse

Institucionalizar la toma en consideración de las consecuencias para la salud y la equidad sanitaria de las políticas y los acuerdos económicos nacionales en el momento de su elaboración.

- Institucionalizar y fortalecer los medios técnicos para evaluar las consecuencias de todos los acuerdos económicos nacionales e internacionales en la equidad sanitaria.
- Aumentar y mejorar la representación de los actores sanitarios en las negociaciones nacionales e internacionales sobre políticas económicas.

Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).

Equidad de género

Únicamente será posible reducir las desigualdades sanitarias en una generación, si se mejora la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas, que representan aproximadamente la mitad de la población del mundo, y si se lucha contra las desigualdades entre los sexos. Promover la emancipación de la mujer es clave para lograr una distribución equitativa de la salud.

Fundamentos científicos de las intervenciones

Las desigualdades entre los sexos están omnipresentes en todas las sociedades. Los prejuicios sexistas en el reparto del poder, los recursos y las prestaciones sociales, en las normas y los valores, y en la forma en que se estructuran las organizaciones y se administran los programas tienen efectos perjudiciales en la salud de millones de mujeres, jóvenes y niñas. La posición de las mujeres en la sociedad también está ligada a la salud y la supervivencia infantil, de los niños y las niñas. Las desigualdades entre los sexos influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas.

El origen de las desigualdades de género es social, y, por consiguiente, éstas pueden modificarse. Si bien la posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, los progresos son desiguales y sigue habiendo muchos obstáculos que superar. Las mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y de acceder a la educación. La mortalidad y la morbilidad maternas siguen



siendo elevadas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen estando muy mal distribuidos entre los países y en el interior de éstos. Los efectos intergeneracionales de las desigualdades entre los sexos hacen que sea realmente imperioso actuar. Es esencial que actuemos ahora para mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres, si queremos reducir las desigualdades sanitarias en una generación.

Medidas que deben adoptarse

Las desigualdades entre los sexos son injustas; además generan ineficacia e ineficiencia. Los gobiernos, los donantes, las organizaciones internacionales y la sociedad civil pueden mejorar la vida de millones de niñas, jóvenes y mujeres, y de sus familias, promoviendo la equidad de género.

Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país.

- Crear y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo.

- Intensificar la incorporación de una perspectiva de género creando y financiando una unidad para la equidad de género en la administración central de los gobiernos y las instituciones internacionales.

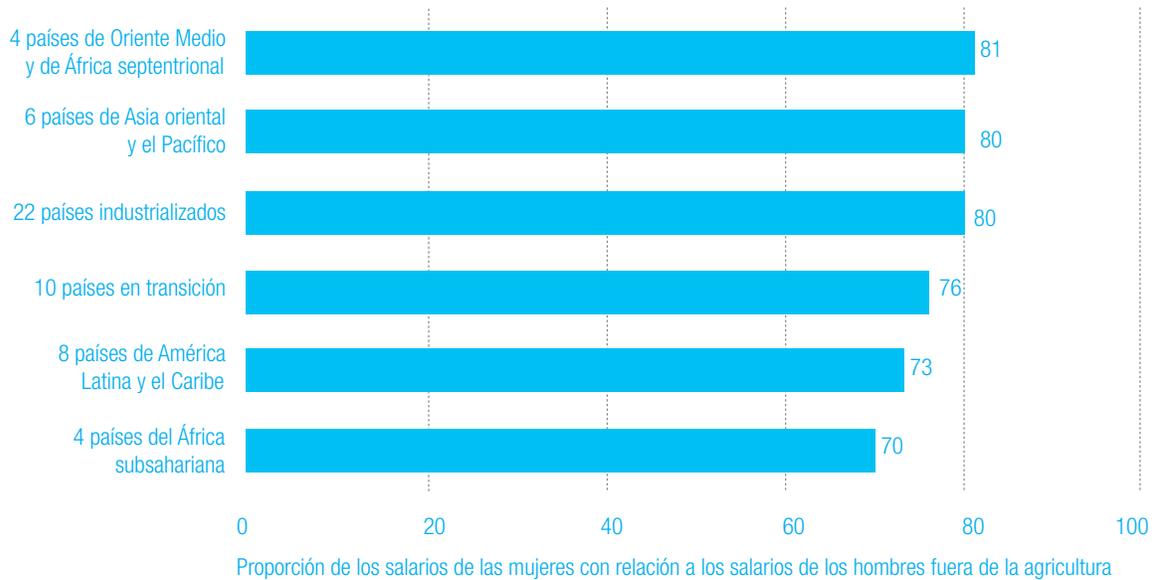
- Incluir la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales.

Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer.

- Invertir en educación y formación reglada y profesional, garantizar la equidad salarial por ley, velar por la igualdad de oportunidades de empleo a todos los niveles y poner en marcha políticas favorables a la familia.

Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.

Los salarios nominales de las mujeres son mucho más bajos que los de los hombres.



Reimpreso con autorización del autor, extraído de UNICEF (2006).

EMANCIPACIÓN POLÍTICA – INTEGRACIÓN Y POSIBILIDAD DE EXPRESARSE

Estar integrado en la sociedad en que se vive es esencial para la emancipación material, psicológica y política sobre la que reposa el bienestar y la equidad sanitaria.

Fundamentos científicos de las intervenciones

El derecho a gozar de las condiciones necesarias que permitan alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr es universal. El riesgo de que ese derecho sea conculcado se debe a desigualdades estructurales profundamente arraigadas.

Las desigualdades sociales se manifiestan en distintos rasgos de la sociedad que convergen, tales como la clase social, la educación, el género, el origen étnico, la discapacidad y la situación geográfica. No se trata únicamente de diferencias, sino de una jerarquía, pues reflejan profundas desigualdades en la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio entre los individuos y las comunidades. Las personas marginadas están en una situación de mayor desventaja en cuanto a su salud. La posibilidad de participar en las relaciones económicas, sociales, políticas y culturales tiene un valor intrínseco. La integración, la representación y el control son importantes para el desarrollo social, la salud y el bienestar. Una participación restringida priva al ser humano de su capacidad, creando las condiciones propicias para las desigualdades en ámbitos como el de la educación y el empleo, y en las posibilidades de acceso a los avances biomédicos y técnicos.

Toda tentativa seria para reducir las desigualdades sanitarias supone repartir de otro modo el poder entre los miembros de la sociedad y las distintas regiones del mundo, permitiendo que los individuos y los diferentes colectivos defiendan con eficacia y vigor sus intereses y necesidades, de forma que al hacerlo pongan en tela de juicio y modifiquen la distribución injusta y jerarquizada de los recursos sociales (las condiciones necesarias para gozar de buena salud), a los que todo individuo, como ciudadano, tiene derecho y puede aspirar.

Las relaciones de poder pueden modificarse a distintos niveles, desde el nivel “micro”, integrado por los individuos, las familias y las comunidades, hasta el nivel “macro”, conformado por las relaciones estructurales entre las instituciones y los actores económicos, sociales y políticos. Si bien es esencial dar más poder a los grupos sociales, permitiendo que estén representados en los procesos de elaboración de las grandes orientaciones y decisiones políticas para que puedan ejercer un amplio conjunto de derechos y garantizar una distribución equitativa de bienes materiales y sociales esenciales entre los distintos grupos de población, también es importante dotarles de los medios necesarios que les permitan actuar en el ámbito local a través enfoques ascendentes. La lucha contra las injusticias a que han de hacer frente las personas más desfavorecidas de la sociedad y el proceso de organización de esos grupos genera espíritu de iniciativa en la población local. Ello puede aportar autonomía y da al individuo la sensación de que tiene un mayor control sobre su vida y su futuro.



La actuación de la comunidad o la sociedad civil con relación a las desigualdades sanitarias no puede desligarse de la responsabilidad del Estado de garantizar un amplio conjunto de derechos y velar por una distribución justa de los bienes materiales y sociales esenciales entre los distintos grupos de población. Los enfoques descendentes y los ascendentes son igualmente fundamentales.

Medidas que deben adoptarse

Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad, en particular, en lo tocante a los efectos que éstas puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas.

- Robustecer los sistemas políticos y jurídicos con el fin de proteger los derechos humanos, garantizar la identidad jurídica y tener en cuenta las necesidades y las reivindicaciones de los grupos marginados, en particular de los pueblos indígenas.
- Garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones sanitarias, y hacer que ello se convierta en una característica del derecho a la salud.

Permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afecten a la equidad sanitaria.

Una gobernanza mundial eficaz

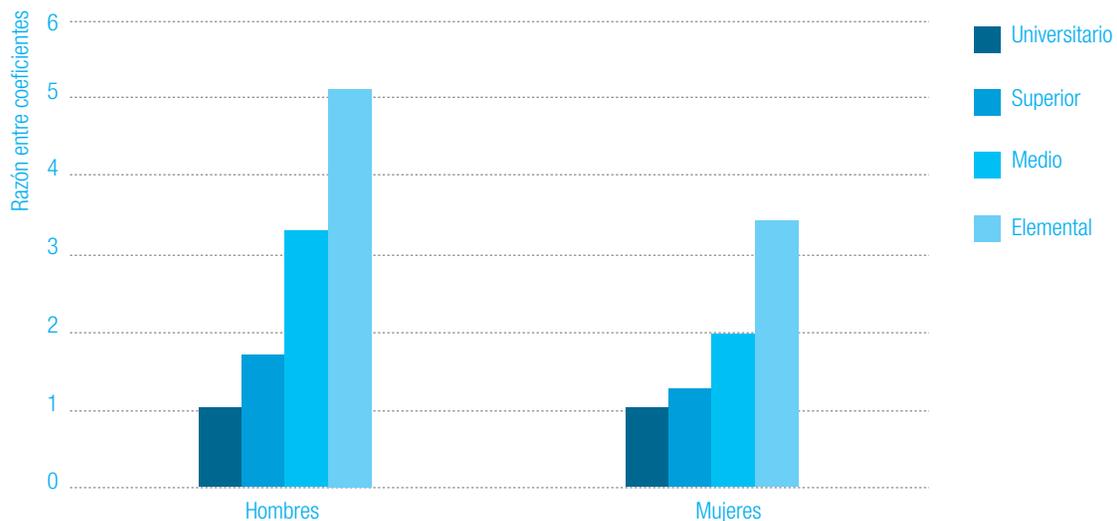
Las enormes diferencias en el estado de salud y en las oportunidades en la vida entre los distintos pueblos del planeta reflejan el desequilibrio de poder y prosperidad entre las naciones. Los indudables beneficios de la globalización siguen estando repartidos de forma muy desigual.

Fundamentos científicos de las intervenciones

El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial se ha caracterizado por un enorme crecimiento. Ahora bien, el crecimiento mundial de la riqueza y el conocimiento no se ha traducido en un aumento de la equidad sanitaria mundial. En lugar de convergencia y de permitir que los países pobres alcanzaran el nivel de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, la fase más reciente de la globalización (después de 1980) ha dividido a los países entre ganadores y perdedores; de hecho, el África subsahariana y algunos países de la antigua Unión Soviética han experimentado un estancamiento y un retroceso en la esperanza de vida al nacer particularmente alarmantes. El crecimiento económico y el avance de la equidad sanitaria registrados entre 1960 y 1980 sufrieron una desaceleración considerable durante el periodo posterior (1980-2005), pues la influencia de la política económica mundial afectó muy negativamente al gasto social y al desarrollo social. Además en la segunda fase de la globalización (después de 1980), las crisis financieras han sido mucho más numerosas y frecuentes, los conflictos han proliferado y la migración forzosa y voluntaria ha adquirido grandes dimensiones.

Es fundamental que, en el proceso actual de globalización, la comunidad internacional, consciente de la existencia de

Mortalidad ajustada a la edad entre los hombres y las mujeres de la República de Corea en función del nivel de formación, 1993-1997.



Fuente: Son et al., 2002

intereses comunes y de la interdependencia de las perspectivas de futuro, reanude su compromiso con un sistema multilateral en que todos los países, ricos y pobres, participen de forma equitativa. Únicamente mediante un sistema de gobernanza mundial de esas características, que convierta la equidad sanitaria en uno de los principales componentes de los programas de desarrollo y permita a todos ejercer su influencia en los procesos de decisión en pie de igualdad, se podrá actuar de forma concertada con relación a la equidad sanitaria mundial.

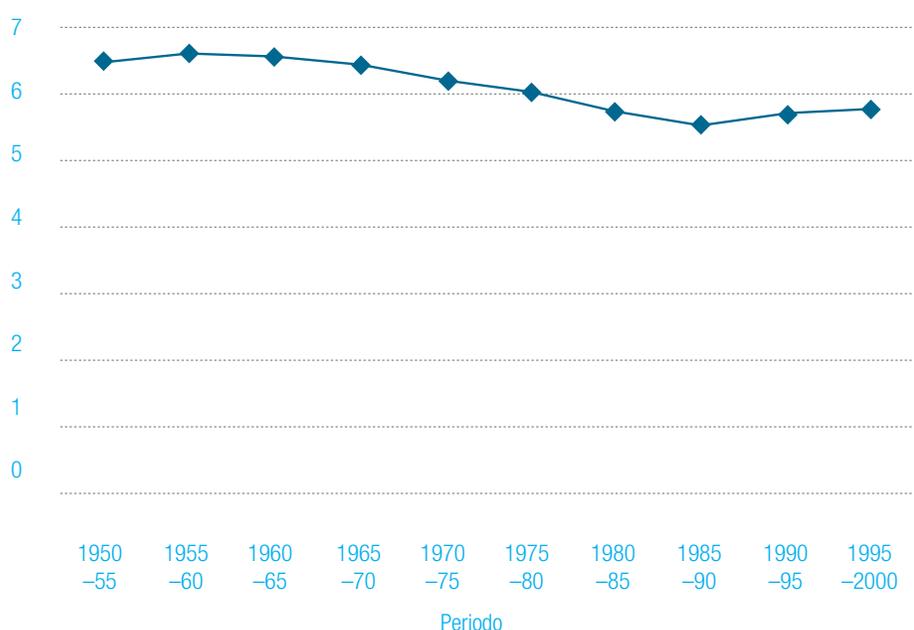
Medidas que deben adoptarse

Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial y adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud que permita potenciar las acciones multilaterales en favor del desarrollo.

- Las Naciones Unidas, a través de la OMS y del Consejo Económico y Social, deben convertir la equidad social en un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilizar un marco basado en indicadores de los determinantes sociales de la salud para medir los progresos realizados.
- Las Naciones Unidas han de crear grupos de trabajo multilaterales encargados de estudiar los determinantes sociales de la salud por temas, empezando por el desarrollo de la primera infancia, la equidad de género, las condiciones de empleo y de trabajo, los sistemas de salud y la gobernanza participativa.

Fortalecer el liderazgo de la OMS en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, convirtiéndolos en un principio rector para todos los departamentos y programas de los países de la OMS.

Evolución de la medida de dispersión de la mortalidad (MDM) referida a la esperanza de vida al nacer, 1950–2000.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Moser, Shkolnikov y León (2005).

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

El mundo está cambiando a toda velocidad y a menudo no está claro cómo afectarán los cambios sociales, económicos y políticos a la salud en general y a las desigualdades sanitarias en los países y en el mundo en su conjunto. La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz, si hay sistemas de datos básicos – tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud – y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud es esencial.

Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación

A menudo la falta de datos significa que no se reconoce el problema. Para entender la magnitud del problema, evaluar los efectos de las intervenciones y hacer un seguimiento de los progresos realizados, hacen falta datos fidedignos sobre el estado de salud de la población, la distribución de los problemas de salud y los determinantes sociales de la salud.

Fundamentos científicos de las intervenciones

La experiencia muestra que los países donde no hay datos básicos sobre la mortalidad y la morbilidad en función de una serie de indicadores socioeconómicos tienen dificultades a la hora de mejorar la equidad sanitaria. En los países donde se registran los problemas de salud más graves, en particular los países en conflicto, es donde hay menos datos. Muchos países ni siquiera tienen sistemas básicos para registrar los nacimientos y las defunciones.

La insuficiencia de sistemas de registro de nacimientos tiene consecuencias importantes para la salud y el desarrollo infantiles. Hay que desarrollar la base de conocimientos científicos sobre la inequidad sanitaria, los determinantes sociales de la salud y los medios más eficaces para mejorarlos. Desafortunadamente, la mayor parte de los fondos dedicados a la investigación sanitaria sigue privilegiando fundamentalmente la investigación biomédica. Es más, los prejuicios sexistas siguen siendo frecuentes en gran parte de la investigación. La jerarquización clásica de los datos (que sitúa en primer lugar los ensayos aleatorizados controlados y los experimentos de laboratorio) no suele aplicarse en la investigación de los determinantes sociales de la salud. Más bien, la utilidad de los datos debe establecerse en función de su idoneidad para los fines que se persiguen, es decir, determinando si responden de forma convincente a la pregunta formulada.

Los datos científicos no son más que uno de los elementos que influyen en las decisiones políticas: la voluntad política y la capacidad institucional también son importantes. Los responsables políticos deben saber cuáles son los factores que influyen en la salud de la población y cómo funciona el gradiente. Para actuar sobre los determinantes sociales de la salud también hay que mejorar la capacidad de los profesionales, en particular integrando formación sobre esa materia en los programas de estudios de los profesionales sanitarios y médicos.

Medidas que deben adoptarse

Hay suficientes datos concluyentes sobre los determinantes sociales de la salud como para actuar de forma inmediata. Con el apoyo de las organizaciones internacionales, los gobiernos pueden hacer que las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud sean aún más eficaces, mejorando las infraestructuras de seguimiento, investigación y formación locales, nacionales e internacionales.

Nacimientos no registrados (en miles) en 2003 por regiones y nivel de desarrollo.

Región	Nacimientos	Niños no registrados, n (%)
El mundo entero	133 028	48 276 (36%)
África subsahariana	26 879	14 751 (55%)
Oriente Medio y África septentrional	9790	1543 (16%)
Asia meridional	37 099	23 395 (63%)
Asia oriental y el Pacífico	31 616	5901 (19%)
América Latina y el Caribe	11 567	1787 (15%)
ECO/CEI y Estados Bálticos	5250	1218 (23%)
Países industrializados	10 827	218 (2%)
Países en desarrollo	119 973	48 147 (40%)
Países menos adelantados	27 819	19 682 (71%)

ECO = Europa central y oriental; CEI = Comunidad de Estados Independientes.
Fuente: UNICEF 2005

Poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.

- Velar por que todos los niños sean registrados al nacer sin que ello suponga un gasto para la familia.
- Poner en marcha sistemas nacionales e internacionales de vigilancia que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias.

Realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas para reducir las desigualdades sanitarias mediante medidas que incidan en los determinantes sociales.

- Prever un presupuesto específico para generar y e intercambiar datos sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria a nivel mundial.

Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud en materia de determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la ciudadanía.

- Integrar los determinantes sociales de la salud en la formación médica y sanitaria, y proporcionar información básica sobre dichos determinantes a mayor escala. Formar a los responsables y los planificadores de la política en el uso de los estudios de impacto sobre la equidad sanitaria.
- Dotar a la OMS de más medios para dar apoyo a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

ACTORES

Acabamos de ver cuáles son las intervenciones clave contenidas en las recomendaciones. En esta sección, nos centraremos en explicar de quién depende que esas intervenciones sean eficaces. La función de los gobiernos a través de la actuación del sector público es fundamental para la equidad sanitaria. Pero no solamente son los poderes públicos quienes tienen un papel que desempeñar. Una intervención real en favor de la equidad sanitaria únicamente es posible a través de procesos democráticos de participación de la sociedad civil y de elaboración de políticas públicas, que gocen de apoyo local e internacional y estén respaldados por estudios científicos sobre medidas eficaces que promuevan la equidad sanitaria, con la colaboración del sector privado.

Organismos multilaterales

Una de las recomendaciones generales de la Comisión es que es necesario que haya coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para actuar



con más eficacia sobre los determinantes sociales de la salud y aumentar la equidad sanitaria. Colectivamente, los organismos especializados y los organismos de financiación multilaterales pueden actuar con mucha más contundencia sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, a través de:

- *La coherencia de las medidas de vigilancia y las intervenciones internacionales:* convertir la equidad sanitaria en un objetivo común fundamental y utilizar un conjunto común de indicadores válidos a nivel mundial para hacer un seguimiento de los progresos realizados en materia de desarrollo; y colaborar con los grupos de trabajo temáticos interinstitucionales, con el fin de llevar a cabo una acción concertada en el ámbito de los determinantes sociales de la salud.
- *Una financiación coherente y responsable:* velar por que el aumento de la ayuda y un mayor alivio en la carga de la deuda sirvan para financiar políticas y acciones coherentes en materia de determinantes sociales de la salud entre los gobiernos beneficiarios, que deberán dar cuenta de sus acciones, utilizando indicadores de desempeño con relación a la equidad sanitaria y a los determinantes sociales de la salud.
- *Una mayor participación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la gobernanza mundial:* favorecer la participación equitativa de los Estados Miembros y otras partes interesadas en los foros mundiales encargados de la formulación de políticas.

OMS

La OMS es la institución encargada de las cuestiones sanitarias en el mundo. Es hora de potenciar su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria mundial. Ello requiere una serie de acciones, entre las que figuran las siguientes:

- *Asegurar la coherencia política internacional y nacional:* desempeñar una función de rectoría que, en el ámbito de los determinantes sociales de la salud, facilite el desarrollo de medios de acción y promueva la coherencia entre las políticas de los organismos asociados del sistema multilateral; reforzar la capacidad técnica a nivel mundial y en los Estados Miembros para que la salud pública esté representada en los principales foros multilaterales; y prestar apoyo a los Estados Miembros para que pongan en marcha mecanismos que garanticen la coherencia de las políticas y las acciones intersectoriales en la esfera de los determinantes sociales de la salud.
- *Medir y evaluar:* contribuir a que los países conviertan la equidad sanitaria en uno de sus principales objetivos de desarrollo, y a que se fijen objetivos en ese ámbito y hagan un seguimiento de los progresos realizados en cada país y entre los países; apoyar la creación de sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria y dotar a los países de los medios técnicos necesarios; ayudar a los Estados Miembros a crear y a utilizar instrumentos para medir el impacto en la equidad sanitaria, así como otros instrumentos afines, tales como un barómetro de la equidad nacional; y organizar con regularidad una reunión mundial para hacer balance de la situación en el mundo a ese respecto de forma periódica.
- *Reforzar la capacidad de la OMS:* robustecer la capacidad del conjunto de la Organización con relación a los determinantes sociales de la salud, desde la Sede, hasta las oficinas regionales y los programas de los países.

Autoridades nacionales y locales

Las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria han de estar respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, que se apoye en los principios de justicia, participación y colaboración intersectorial. Para ello es necesario fortalecer las funciones esenciales de las instancias y las instituciones públicas nacionales y subnacionales,

en particular con respecto a la coordinación de las políticas, la gobernanza participativa, la planificación, la elaboración de normativas y su aplicación, y el establecimiento de normas. Por su parte, el ministerio de la salud debe asumir un papel rector y director con el apoyo de la OMS. La acción del gobierno debe englobar lo siguiente:

- *Coherencia de todas las políticas gubernamentales:* confiar a las más altas instancias del gobierno la responsabilidad de actuar en favor de la salud y de la equidad sanitaria, y velar por que las políticas de todos los ministerios y departamentos de la administración pública hagan una aportación coherente a ese fin. Los ministros de la salud pueden contribuir a que las cosas cambien en el mundo, pues desempeñan un papel crucial a la hora de obtener el apoyo del jefe de estado y de los demás ministros.
- *Intensificación de medidas que promuevan la equidad:* comprometerse a poner en marcha de forma progresiva servicios de salud universales; crear una unidad central encargada de las cuestiones de género para que todas las políticas del gobierno promuevan la equidad de género; mejorar los medios de subsistencia, la inversión en infraestructuras y los servicios de las zonas rurales; rehabilitar los barrios de tugurios y favorecer la participación local en un urbanismo salubre; invertir en políticas y programas que promuevan el pleno empleo y el trabajo digno; invertir en el desarrollo de la primera infancia; tender a una oferta universal de servicios y programas básicos que tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud y estén respaldados por un programa de protección social universal, con independencia de la capacidad de pago; y crear un marco regulatorio que permita controlar los productos perjudiciales para la salud.
- *Financiación:* dinamizar la financiación internacional recibida (ayuda, alivio de la deuda), definiendo un marco de acción sobre los determinantes sociales de la salud que esté dotado de mecanismos transparentes de rendición de cuentas; aumentar la recaudación fiscal mejorando el sistema nacional de imposición progresiva; y colaborar con otros Estados Miembros en la formulación de propuestas regionales e internacionales para establecer nuevas fuentes de financiación pública internacional.
- *Medición, evaluación y formación:* aumentar paulatinamente el registro de los nacimientos hasta que sea universal; definir indicadores de desempeño para evaluar la actuación de todo el gobierno en materia de equidad sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema de vigilancia de la equidad sanitaria nacional; dotarse de medios que permitan utilizar los estudios de impacto en la equidad sanitaria, como parte de un protocolo estándar para la elaboración de las principales políticas; formar en materia de determinantes sociales de la salud a los profesionales y los responsables de la formulación de políticas; y sensibilizar a la ciudadanía acerca de los determinantes sociales de la salud.

Sociedad civil

Estar integrado en la sociedad en la que se vive es esencial para la autonomía material, psicológica y política sobre la que reposa el bienestar social y la equidad sanitaria. Como miembros de la comunidad, los promotores de los intereses locales, los prestadores de servicios y los responsables de programas y las entidades encargadas de medir el desempeño, actores de la sociedad civil de todos los niveles, desde el local al mundial, constituyen un vínculo fundamental entre las políticas y los planes, por un lado, y los cambios y las mejoras concretas en la vida de toda la población, por otro. Ayudando a los diferentes protagonistas de las distintas comunidades a organizarse y a hacer que su voz sea escuchada, la sociedad civil puede defender con fuerza la causa de la equidad sanitaria. Muchas de las acciones enumeradas anteriormente serán, al menos en parte, el resultado de la presión y el empuje de la sociedad civil. A lo largo del camino que lleva hacia la equidad sanitaria en el lapso de una generación, se

de favorecer la equidad sanitaria, necesitarán la colaboración permanente de las universidades y los profesionales sanitarios, así como la puesta en marcha de nuevos métodos (aceptar y utilizar distintos tipos de datos científicos, ser consciente de la existencia de prejuicios sexistas en los procesos de investigación y reconocer la utilidad de las redes de conocimiento de alcance mundial). Los centros de investigación deben hacer lo siguiente:

- *Participación en las políticas, la planificación, los programas y las evaluaciones:* participar en la elaboración y planificación de políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud, así como en la ejecución de programas y la realización de evaluaciones a nivel mundial, en los foros intersectoriales nacionales y a nivel local (evaluación de las necesidades, y prestación de servicios y de apoyo); y evaluar la calidad, la equidad y el impacto de los servicios.
- *Seguimiento del desempeño:* seguir la evolución de algunos determinantes sociales de la salud específicos, tales como la mejora de las condiciones de vida y la prestación de servicios en los poblados de chabolas, las condiciones de empleo estructurado y no estructurado, el trabajo infantil, los derechos de los pueblos indígenas, la equidad de género, la prestación de servicios de salud y la educación, las actividades empresariales, los acuerdos comerciales y la protección del medio ambiente, informar al respecto y poner en marcha campañas en favor de una mayor equidad.

Sector privado

El sector privado tiene una gran influencia en la salud y el bienestar. Si bien la Comisión subraya la importancia fundamental de la función rectora del sector público a la hora de favorecer la equidad sanitaria, eso no significa que las actividades del sector privado sean menos importantes.

No obstante, es preciso reconocer que estas pueden tener un impacto negativo con el fin de actuar con responsabilidad y regular ese impacto. Si bien es necesario controlar esos efectos no deseados en la salud y la equidad sanitaria, la vitalidad del sector privado tiene mucho que ofrecer para mejorar la salud y el bienestar. En particular, hay que hacer lo siguiente:

- *Aumentar la responsabilización:* reconocer y aplicar de forma responsable los acuerdos, las normas y los códigos de buenas prácticas en materia de empleo en vigor a nivel internacional; garantizar condiciones de empleo y de trabajo equitativas para los hombres y las mujeres; reducir y suprimir el trabajo infantil y velar por que se respeten las normas de salud y seguridad en el trabajo; apoyar los programas de enseñanza y formación profesional, en particular los que están dirigidos a la mujer, como parte de las condiciones de empleo; y velar por que las actividades del sector privado y los servicios que presta (como la producción y patentabilidad de medicamentos indispensables para salvar vidas humanas o la puesta en marcha de planes de seguro médico) contribuyan a mejorar la equidad sanitaria en lugar de a minarla.
- *Invertir e investigar:* invertir de forma decidida en la investigación y el desarrollo de tratamientos para las enfermedades desatendidas y las enfermedades de la pobreza, e intercambiar conocimientos en áreas esenciales para la vida humana (tales como las patentes de medicamentos).

Instituciones de investigación

El conocimiento – de la situación sanitaria mundial, regional, nacional y local, de lo que puede hacerse para mejorar esa situación y de cuáles son las medidas más eficaces para subsanar las desigualdades sanitarias, influyendo en los determinantes sociales de la salud – es la base en la que se sienta la labor de la Comisión y se sostienen todas sus recomendaciones. Es necesario investigar. Pero en lugar de sencillos ejercicios académicos, hay que emprender trabajos de investigación que aporten nuevos conocimientos, y difundir ese conocimiento de un modo práctico y accesible entre todos los asociados enumerados anteriormente. La investigación y el conocimiento de los determinantes sociales de la salud y las distintas formas

de favorecer la equidad sanitaria, necesitarán la colaboración permanente de las universidades y los profesionales sanitarios, así como la puesta en marcha de nuevos métodos (aceptar y utilizar distintos tipos de datos científicos, ser consciente de la existencia de prejuicios sexistas en los procesos de investigación y reconocer la utilidad de las redes de conocimiento de alcance mundial). Los centros de investigación deben hacer lo siguiente:

- *Generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo:* velar por que se dediquen fondos a estudios de investigación sobre los determinantes sociales de la salud; apoyar el observatorio mundial de la salud y los trabajos intersectoriales emprendidos a nivel multilateral, nacional y local, elaborando y poniendo a prueba indicadores sobre los determinantes sociales de la salud, y evaluando los efectos de las intervenciones; crear redes y centros de intercambio de información virtuales – o reforzar los que existen–, organizados según el principio del acceso libre y gestionados de forma que sean fácilmente accesibles en todos los países, ya sean de ingresos altos, medianos o bajos; contribuir a invertir el éxodo de profesionales de los países de ingresos bajos y medianos; y combatir y eliminar los prejuicios sexistas de los equipos de investigadores, así como de los proyectos, los modelos, las prácticas y los informes de investigación.

¿SE PUEDEN REALMENTE SUBSANAR LAS DESIGUALDADES SANITARIAS EN EL LAPSO DE UNA GENERACIÓN?

¿Se pueden realmente subsanar las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación? Hay dos respuestas a esa pregunta. Si continuamos como hasta ahora, no tenemos ninguna posibilidad de lograrlo. Ahora bien, si realmente queremos que cambien las cosas, si nos proponemos crear un mundo mejor y más justo, donde las oportunidades en la vida y la salud de la población no se malogren por la fatalidad de haber nacido en un lugar determinado, el color de la piel o la falta de posibilidades de nuestros padres, la respuesta es que podemos contribuir en gran medida a lograrlo.

Como mostramos a lo largo del informe, se puede actuar. Pero para llevar a cabo una acción coherente, hay que intervenir sobre el conjunto de los determinantes sociales y sobre todos los ámbitos expuestos anteriormente, tanto para eliminar las desigualdades estructurales, como para alcanzar un bienestar más inmediato. Para ello, serán necesario introducir cambios que afecten a todo el ciclo vital, desde las primeras fases de la vida y a lo largo de ésta. Al hacer un llamamiento para subsanar las desigualdades sanitarias en una generación, no suponemos que el gradiente social de salud de los países o que las grandes diferencias que existen entre éstos vayan a desaparecer en el lapso de treinta años. No obstante, los datos que figuran en el informe final acerca de la rapidez con la que puede mejorar la situación sanitaria y los medios para llevar a cabo los cambios necesarios, nos hacen pensar que esas diferencias pueden subsanarse en gran medida.

Se trata de un trabajo a largo plazo que requiere inversiones desde ya, y que entraña grandes cambios en las políticas sociales, los programas económicos y la acción política. Las intervenciones han de centrarse en dotar de autonomía al individuo, a las comunidades y a los países que en la actualidad no gozan de la situación que les corresponde. Los conocimientos y los medios necesarios para que se produzca el cambio existen y están expuestos en el presente informe. Ahora lo que hace falta es que haya voluntad política para proceder a esos cambios, extraordinariamente difíciles, sin duda, pero viables. La inacción será juzgada en las décadas venideras como una negativa de consecuencias imprevisibles a asumir una responsabilidad que nos incumbe a todos.



PORTE 1. Situación actual: necesidad de un movimiento mundial para la equidad sanitaria



CAPÍTULO 1

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: un nuevo programa de acción mundial

La esperanza de vida de un niño depende enormemente del lugar donde haya nacido. En el Japón o en Suecia, es superior a los 80 años, en el Brasil es de 72, en la India, de 63, pero en algunos de los países africanos, no supera los 50 años. También es muy disímil la esperanza de vida entre los distintos habitantes de un mismo país, diferencia que se observa en todos los países, en los más ricos inclusive. Si bien es probable que la proporción de habitantes pobres y ricos en los países de bajos ingresos no sea la misma que en los países ricos, no deja de ser verdad que los más ricos prosperan y los menos ricos, no.

No tiene por qué ser así y no está bien que sea así. No es un conjunto desafortunado de sucesos desvinculados ni de diferencias entre el comportamiento de distintas personas lo que ocasiona que la situación sanitaria de algunos países y grupos demográficos se mantenga en un grado de precariedad respecto de la situación de los demás. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud cuando es posible evitarlas mediante la aplicación de medidas razonables, tanto en la esfera mundial como dentro de cada sociedad. Esa injusticia es lo que denominamos “inequidad sanitaria”.

LA EQUIDAD SANITARIA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La sociedad siempre esperó que el sector sanitario se ocupara de las enfermedades y de las cuestiones que afectan a la salud. No cabe ninguna duda de que la mala distribución de la atención sanitaria —es decir, no prestar asistencia sanitaria a quienes más la necesitan— es uno de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la alta morbilidad que deriva en índices de mortalidad prematura terriblemente altos es producto, en gran parte, de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, condiciones que, en conjunto, proporcionan la libertad que necesita todo ser humano para apreciar la vida (Sen, 1999; Marmot, 2004).

A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de factores estructurales más profundos que, en conjunto, determinan la organización social: políticas y programas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Estos “factores estructurales” están circunscritos a cada país y dependen de su gobierno pero, cada vez en mayor medida en el transcurso de los últimos 150 años, también tienen repercusiones que trascienden los límites políticos a causa de la globalización. Esta combinación nociva de políticas injustas, una situación económica precaria y una mala gestión política es, en gran parte, el motivo fundamental por el que un gran número de personas de todo el mundo no puede gozar de la buena salud que deberían tener a su alcance desde el punto de vista biológico. Las condiciones de vida, que en sí mismas son producto de esos factores estructurales, constituyen el conjunto de los determinantes sociales de la salud.

Corregir estas desigualdades es una cuestión de justicia social. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (en adelante, la Comisión), reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. El derecho a gozar de las condiciones necesarias que permitan alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr está consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en muchos otros tratados internacionales (UN,

2000a). Sin embargo, el respeto por ese derecho es sumamente desigual en las distintas partes del mundo. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.

UN NUEVO PROGRAMA DE ACCIÓN DESTINADO A MEJORAR LA SALUD, LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO

Partimos de la concepción de que no hay ningún motivo biológico que justifique que una niña de una parte del mundo, como podría ser Lesotho, tenga una esperanza de vida al nacer 42 años menor que la de una niña de otra parte del mundo, por ejemplo, del Japón. Por otra parte, no hay ningún motivo biológico que justifique una diferencia de 20 años o más en la esperanza de vida al nacer entre los distintos grupos sociales de un mismo país. Poner en práctica medidas para modificar los determinantes sociales de la salud permitirá obtener enormes mejorías en lo que respecta a la equidad sanitaria.

Hacemos un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. Este llamamiento obedece a que, a nuestro juicio, las intervenciones —en materia social, política y económica— podrían conseguir una disminución espectacular de las diferencias sanitarias entre los distintos países y dentro de cada país. No suponemos que el gradiente social de la salud entre los distintos países ni las enormes diferencias entre ellos vayan a desaparecer al cabo de treinta años; más bien, nuestro llamamiento tiene como propósito exigir que la terrible injusticia que vemos en todo el mundo pase a ser una cuestión prioritaria en los programas de acción a nivel mundial, regional y nacional. Los datos científicos, consignados en este informe, acerca de la rapidez con que puede mejorar la situación sanitaria y los medios necesarios para llevar a cabo esos cambios nos hacen pensar que es factible subsanar esas diferencias en gran medida pero, para ello, es preciso comenzar a actuar de inmediato.

TRES PRINCIPIOS DE ACCIÓN PARA LOGRAR LA EQUIDAD SANITARIA

El análisis llevado a cabo por la Comisión, en función de los determinantes sociales de la salud que ya se resumieron, derivó en la formulación de tres principios de acción:

- 1 Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- 2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos —es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida— en el plano mundial, nacional y local.
- 3 Definir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública acerca de los determinantes sociales de la salud.

Si bien el informe que sigue está estructurado con arreglo a estos tres principios, la numeración no implica un orden en que las intervenciones deban llevarse a la práctica; en otras palabras, deben ser simultáneas las intervenciones destinadas a definir la magnitud del problema y la adopción de las medidas necesarias para resolverlo, así como la puesta en práctica de medidas para mejorar las condiciones de vida y los factores estructurales que determinan esas condiciones. No se trata de intervenciones optativas.

La labor de la Comisión incorpora un nuevo enfoque con relación al desarrollo. Es probable que la salud y la equidad sanitaria no siempre constituyan la meta principal de todas las políticas sociales, pero serán un resultado esencial. A modo de ejemplo, podemos tomar la gran importancia que atribuyen las distintas políticas al desarrollo económico: es incuestionable la importancia del desarrollo económico, en particular para los países pobres, pues brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la calidad de vida de la población. Ahora bien, el crecimiento por sí solo, que no viene de la mano de políticas sociales adecuadas cuyo propósito sea garantizar una distribución justa de los beneficios, no mejora la salud.

Los sistemas sanitarios cumplen una función importante, al igual que los ministros de la salud, quienes tienen una responsabilidad fundamental de rectoría. El sector sanitario debe trabajar de común acuerdo con otros sectores de la sociedad. La salud y la equidad sanitaria son parámetros que permiten determinar el éxito de las políticas sociales pero, además del sector sanitario, las intervenciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil¹, las comunidades locales y el sector empresarial, así como los foros mundiales y los organismos internacionales.

A medida que los procesos de la globalización nos acercan cada vez más como pueblos y naciones, comenzamos a reconocer la interdependencia de nuestras ambiciones, ambiciones respecto de la seguridad humana, incluida la protección contra la pobreza y la exclusión, así como de la libertad humana (Sen, 1999), no sólo las ambiciones de crecer y prosperar como individuos, sino de crecer y prosperar como sociedad. Reconocemos los obstáculos que dificultan la prosperidad del mundo todo, en particular, los intereses arraigados de algunos grupos sociales y países, pero también reconocemos el valor y la necesidad de poner en marcha intervenciones colectivas —en la esfera nacional y mundial— para eliminar los efectos corrosivos que tiene la inequidad sobre las oportunidades de progresar en la vida.

DOS PROGRAMAS DE ACCIÓN URGENTES: EQUIDAD SANITARIA Y CAMBIOS AMBIENTALES

Finalmente, el mundo todo ha reconocido que el deterioro y el agotamiento de los sistemas naturales, que traen aparejado el cambio climático entre otros efectos, no representan cuestiones técnicas que sólo importan a los ambientalistas, sino un problema que tiene profundas repercusiones en el modo de vida de las personas de todo el mundo y en todos los seres vivos. Trasciende el cometido, y la competencia, de la Comisión proponer un nuevo orden económico internacional que equilibre las necesidades de desarrollo social y económico de la población mundial, la equidad sanitaria y la urgencia por resolver los problemas del calentamiento global, pero la innovación de urgencia y la voluntad de experimentar con soluciones innovadoras constituyen el impulso necesario para tratar ambos problemas.

¹ El término “sociedad civil” se refiere al ámbito de acción colectiva y voluntaria respecto de intereses, objetivos y valores compartidos. En teoría, adopta formas institucionales diferenciables de las del estado, la familia y el mercado aunque, en la práctica, son complejos los límites entre el estado, la sociedad civil, la familia y el mercado. La sociedad civil suele estar conformada por organizaciones tales como entidades de beneficencia autorizadas, organizaciones no gubernamentales de desarrollo, grupos comunitarios, organizaciones de mujeres, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales, sindicatos, grupos de autoayuda, movimientos sociales, asociaciones empresariales, coaliciones y grupos de promoción de causas específicas.

LA COMISIÓN Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En aras de la justicia social, el doctor Jong Wook Lee, ex Director General de la OMS, creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, pues consideró que la adopción de medidas e intervenciones para mejorar los determinantes sociales de la salud podría constituir un modo de lograr la equidad sanitaria. La Comisión, creada con el fin de recabar datos científicos sobre posibles acciones para promover la equidad sanitaria y fomentar la organización de un movimiento mundial que tenga como propósito alcanzar ese objetivo, se sustenta en la colaboración internacional entre encargados de formular políticas, investigadores y la sociedad civil encabezada por los miembros de la Comisión, los que aportaron una amplia experiencia en cuestiones políticas y académicas y en promoción de la causa. Sin duda, la equidad sanitaria constituye un verdadero programa de acción mundial. La doctora Margaret Chan, actual Directora General de la OMS, ha hecho suyos los objetivos de la Comisión. En sus propias palabras:

“Nadie debería tener vedado el acceso a intervenciones destinadas a conservar la vida o promover la salud por motivos injustos, sean de causa económica o social. Estos son algunos de los problemas que trata de resolver la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud... Cuando está en juego la salud, la equidad es realmente una cuestión de vida o muerte.” (Chan, 2007)

La Directora General Chan ha expresado el compromiso de la OMS con la ejecución de medidas para mejorar los determinantes sociales de la salud, no sólo porque la OMS tiene el poder para intervenir sino porque tiene la autoridad moral.

FOMENTAR UN MOVIMIENTO MUNDIAL EN FAVOR DEL CAMBIO

La Comisión tiene entre sus metas fomentar la creación de un movimiento mundial cuya meta sea promover el cambio. Las indicaciones son claras: la salud es apreciada por todos y las personas anhelan gozar de equidad en este sentido. En los países donde se han realizado investigaciones, los datos recabados hasta el momento son reveladores: es evidente la preocupación por la injusticia de las condiciones de vida (YouGov Poll, 2007), que trae aparejadas diferencias en materia sanitaria (RWJF Commission, 2008). Las principales conclusiones a las que llegó esta Comisión se fundamentan en un gran número de datos. Si bien la OMS tiene una función esencial en lo que respecta a la concreción del programa de acción para alcanzar la equidad sanitaria, el movimiento mundial en este sentido es producto de la labor de un gran número de interesados directos. Por otra parte, es evidente que modificar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la equidad sanitaria constituye un programa de acción a largo plazo que necesita apoyo continuo y financiamiento constante.

TRASCENDER LAS PRÁCTICAS HABITUALES

Una de las cuestiones centrales para la Comisión, desde el momento de su creación, es la probabilidad de que se considere poco realista la adopción de medidas destinadas a conseguir cambios reales, de modo que los cambios superficiales sean más atractivos para quienes prefieren continuar con las prácticas habituales. Los datos científicos demuestran que cada vez es menos viable continuar con las prácticas habituales. Si bien hemos observado entusiasmo por la labor de la Comisión, también nos hemos topado con dos tipos de críticas que apuntan a

los determinantes sociales de la salud: “Ya los conocemos” y “No hay ningún dato científico que fundamente la ejecución de medidas”. Atendiendo a estas dos críticas, la Comisión se ha propuesto crear una nueva estrategia de acción. Es verdad que sabemos mucho acerca de los determinantes sociales de la salud, pero pareciera que la formulación de políticas no tiene en cuenta todo lo que sabemos. Por otra parte, aún no sabemos lo suficiente. Es acuciante la necesidad de invertir en más investigaciones que integren diferentes disciplinas y ámbitos de especialización, de dilucidar el modo en que los determinantes sociales de la salud crean inequidad sanitaria y la manera en que se puede lograr una situación sanitaria mejor y más justa actuando sobre esos determinantes.

La Comisión concretó metas inusuales al inspirar y apoyar la ejecución de intervenciones en el mundo real desde sus inicios. En el transcurso de tres años, fueron varios los países que adhirieron a la visión de la Comisión. Varios países, entre los que se cuentan el Brasil, el Canadá, Chile, Kenia, Mozambique, el Reino Unido, la República Islámica de Irán, Sri Lanka y Suecia, ya son socios de la Comisión y han hecho progresos en la formulación de políticas de todos los sectores de la administración pública destinadas a mejorar los determinantes sociales de la equidad sanitaria. Otros países seguirán su ejemplo (la Argentina, México, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia y Tailandia ya expresaron interés por asociarse). Con todo, la lista de países asociados es bastante pequeña hasta ahora teniendo en cuenta el número de países que conforman el mundo. En muchos sitios, las condiciones de vida siguen sin cambiar y, sin duda, tardarán mucho en hacerlo, pero los países asociados representan una clara voluntad política y un sincero compromiso con la causa. ¿Es viable el cambio? Por supuesto. Estos países ya comenzaron a incorporar cambios. Como lo demuestran la parte 3 y la parte 4 de este informe, la asociación con otros países, la sociedad civil, la OMS y otros organismos internacionales, así como con formadores de opinión, es fundamental para promover un programa de acción destinado a modificar los determinantes sociales de la salud.

¿POR QUÉ AHORA?

La OMS hizo declaraciones inspiradoras hace 60 años, en ocasión de su nacimiento, y nuevamente hace 30 años, en Alma-Ata, declaraciones que son coherentes con el llamamiento que hacemos en la actualidad. ¿Hay razones para suponer que esta vez sí habrá cambios?

Más conocimiento

Hoy en día, en todo el mundo se sabe mucho más tanto acerca del problema de la inequidad sanitaria como respecto de lo que puede hacerse para modificar los determinantes sociales de la salud.

Mejor desarrollo

El modelo dominante de desarrollo está en pleno cambio. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan una preocupación mundial sin precedentes por incorporar cambios

reales y sostenibles para mejorar la vida de los habitantes de los países pobres. Son cada vez mayores las exigencias de cambio en torno a los modelos de desarrollo social: el nuevo modelo debe abandonar el crecimiento económico como meta primordial y centrarse en promover el bienestar combinando los efectos del crecimiento y la participación efectiva (Stern, 2004).

Liderazgo más enérgico

Al convocar a esta Comisión, la OMS plasmó su voluntad de hacer las cosas de manera diferente. Además, los Estados Miembros exigen cada vez más un nuevo modelo sanitario, que tenga en cuenta tanto el criterio de justicia social como la imposibilidad creciente de sostener el modelo tradicional de asistencia sanitaria.

Un statu quo insostenible

Lo que sucede en una parte del mundo tiene ahora efectos en todas partes, desde las crisis económicas y los conflictos hasta las migraciones, el comercio y el trabajo, la producción de alimentos y la seguridad alimentaria, y las enfermedades. La magnitud de la inequidad es sencillamente insostenible. Como respaldo al llamamiento por la justicia humana mundial, los datos científicos ineludibles sobre el cambio climático y la degradación ambiental definen con claridad la imposibilidad de pensar un futuro basado en el statu quo actual y fomentan la voluntad internacional cada vez mayor de cambiar las estrategias de acción.

¿ES POSIBLE CAMBIAR EL STATU QUO?

Hay dos respuestas evidentes al interrogante sobre la factibilidad de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Si continuamos por esta senda, no tenemos ninguna posibilidad de lograrlo. Si realmente tenemos intenciones de cambiar, si adoptamos una visión que proponga crear un mundo mejor y más justo, donde las oportunidades de vida y la salud de las personas ya no dependan de un mero accidente ligado al lugar donde les toca nacer, al color de su piel o a la falta de oportunidades de sus padres, podríamos lograr grandes progresos en este sentido.

Hacer realidad esta visión implicará la incorporación de cambios importantes en las políticas sociales, los acuerdos económicos y las estrategias de acción política. La clave de esta acción debe ser otorgar más poder a las personas, las comunidades y los países que no gozan de una distribución equitativa. El conocimiento y los medios necesarios para concretar el cambio están al alcance de la mano y fueron reunidos en este Informe. Lo que resta es contar con la voluntad política para llevar a la práctica estos cambios difíciles, pero factibles.

Este es un programa de acción a largo plazo, que depende de que se aporten inversiones para mejorar las condiciones de vida de las personas de toda edad y de que empecemos a actuar sin demora. La falta de acción será, en los próximos decenios, prueba de nuestro fracaso a gran escala en lo que respecta a asumir la responsabilidad que nos incumbe.

CAPÍTULO 2

Inequidad sanitaria mundial: necesidad de acción

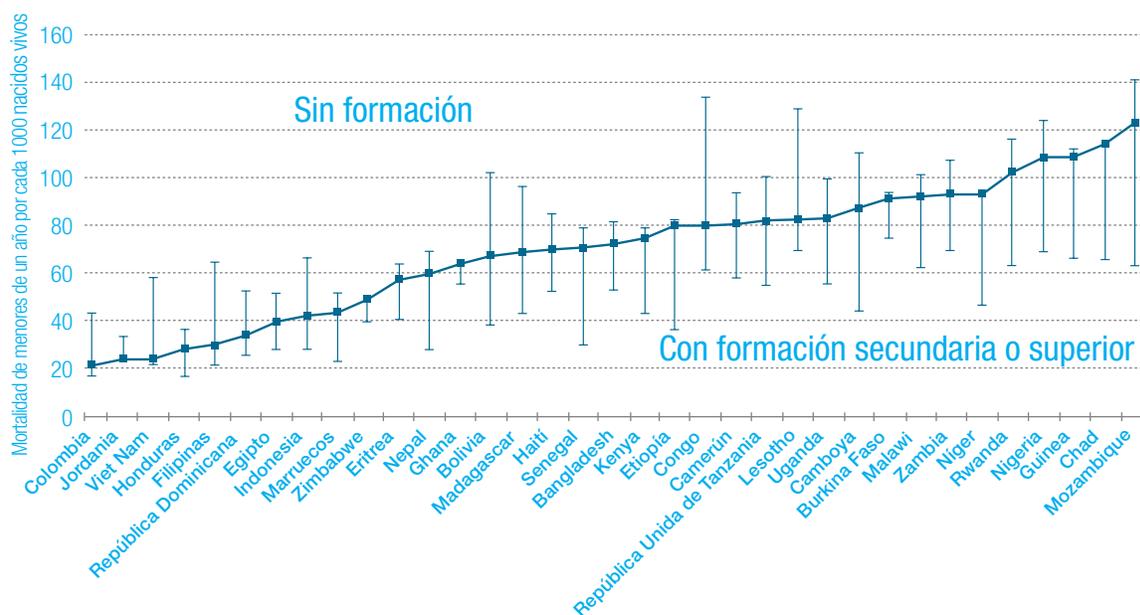
INEQUIDAD SANITARIA EN TODOS LOS PAÍSES

“No hay ninguna condición de vida a la que el hombre no pueda acostumbrarse, en particular si ve que todos los que lo rodean la aceptan.” (Tolstoy, 1877)

Estamos demasiado acostumbrados a la muerte prematura y las enfermedades, y a las condiciones de vida que las generan. Sin embargo, gran parte de la morbilidad y las muertes prematuras de todo el mundo son evitables y, por tanto, inaceptables. Se trata de una situación desigual. La acción destinada a alcanzar la equidad sanitaria tiene dos metas fundamentales: mejorar la situación sanitaria promedio de todos los países y eliminar todas las desigualdades sanitarias evitables dentro de cada país. En los dos casos, el objetivo ha de ser mejorar el estado de salud de los que están en peor situación para que gocen del mismo grado de salud que los que mejor están. Si la mortalidad de los menores de un año que se registra en Islandia (WHO, 2007c) representara la situación de todo el mundo, sólo morirían dos bebés por cada 1 000 nacidos vivos y morirían 6 600 000 menos lactantes por año en todo el mundo.

Sin embargo, la distribución de la mortalidad de los niños menores de un año es muy desigual, tanto entre países como dentro de cada país. La Figura 2.1 ilustra la disparidad de los índices de mortalidad infantil de menores de un año, que, por ejemplo, es de poco más de 20/1000 nacidos vivos en Colombia y algo más de 120/1000 nacidos vivos en Mozambique. Además, son enormes las desigualdades a este respecto dentro de cada país: las oportunidades de sobrevivir que tienen los niños menores de un año están íntimamente ligadas al nivel de educación de la madre. En Bolivia, entre los hijos de mujeres que carecen de educación, la mortalidad de este grupo de edad es superior a 100/1000 nacidos vivos, mientras que entre los hijos de madres que al menos tienen educación secundaria es inferior a 40/1000. Los datos de todos los países que aparecen en la Figura 2.1 demuestran las desventajas en términos de supervivencia que sufren los hijos de mujeres que no tienen educación. Si parece demasiado poco realista tener como objetivo un índice de mortalidad de 2 por cada 1000 nacidos vivos en los países de bajos ingresos, al menos debemos reconocer la gran influencia positiva que parece tener la educación de las niñas y las mujeres sobre la supervivencia de estos niños.

Figura 2.1 Inequidad en la mortalidad de niños menores de un año entre los distintos países y dentro de cada país en función del nivel de educación de la madre.



Los datos fueron extraídos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS, s.f.), STATcompiler. La línea negra continua representa la mortalidad promedio de cada país; el extremo superior de las barras representa la mortalidad en el grupo de madres sin formación y el inferior, en el grupo que tiene educación secundaria o superior.

DESIGUALDADES SANITARIAS

La esperanza de vida al nacer entre los pueblos aborígenes de Australia es considerablemente inferior (59,4 entre los varones y 64,8 entre las mujeres en el período 1996–2001) a la de los demás australianos (76,6 y 82,0, respectivamente, en el período 1998–2000) (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2005).

En Europa, el riesgo adicional de morir al que están expuestos los adultos de mediana edad que integran los grupos socioeconómicos menos favorecidos oscila entre 25% y 50%, y hasta llega a 150% en algunos casos (Mackenbach, 2005).

Las desigualdades sanitarias son evidentes entre los más ancianos. La prevalencia de las discapacidades a largo plazo que registran los varones europeos mayores de 80 años es de 58,5% entre los que tienen un nivel básico de educación y de 40,2% entre los que cuentan con un nivel superior.

En los Estados Unidos de América, se habrían evitado 886 202 muertes entre 1991 y el 2000 si se hubiera equiparado la mortalidad entre las personas de raza blanca y las de raza negra. Estos datos se contraponen a las 176 633 vidas que fue posible salvar gracias a los avances tecnológicos de la medicina (Woolf et al., 2004).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el principal grupo de afecciones responsables de mortalidad en todo el mundo. Según estimaciones, las enfermedades cardiovasculares se cobraron 17 500 000 vidas en el 2005, cifra que representa el 30% de la mortalidad mundial total. Más del 80% de las muertes por esta causa se registraron en los países de ingresos bajos y medianos (WHO, s.f.,a).

De todas las personas del mundo que padecen diabetes, más del 80% viven en países de ingresos bajos y medianos. Es probable que las muertes por diabetes aumenten más de 50% en los próximos 10 años, a menos que se tomen medidas de inmediato (WHO, s.f.,c).

Los problemas de salud mental están adquiriendo cada vez mayor relevancia. Se estima que los trastornos depresivos unipolares se convertirán en la principal causa de carga de morbilidad en los países de altos ingresos hacia el 2030 y que representarán la segunda y tercera causa en los países de ingresos medianos y bajos, respectivamente (Mathers & Loncar, 2005).

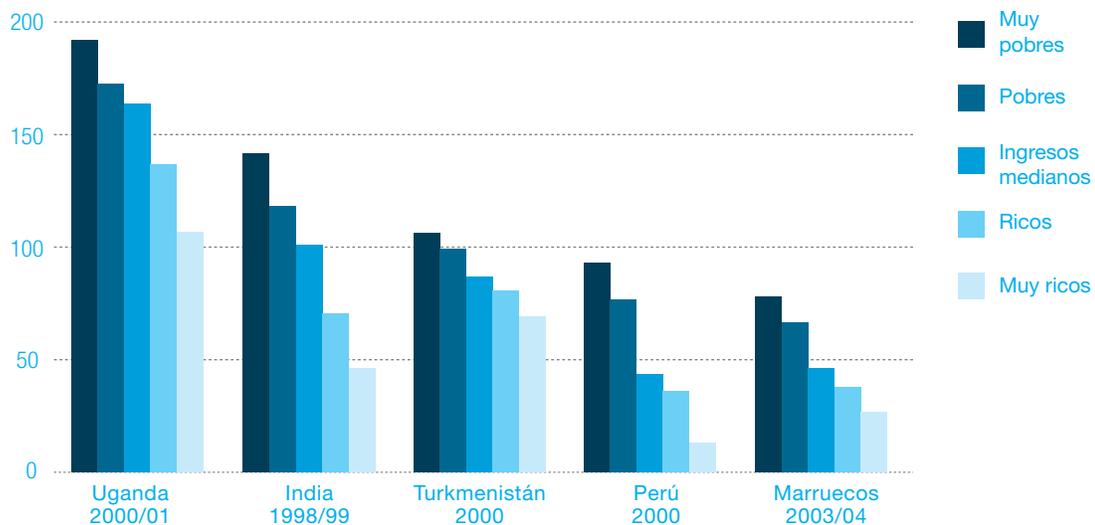
El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida en Afganistán es de 1/8 pero de 1/17 400 en Suecia (WHO et al., 2007).

En Indonesia, la mortalidad materna que se registra entre las mujeres pobres es de tres a cuatro veces mayor que la de los grupos ricos (Graham et al., 2004).

Todos los días mueren más de 13 500 personas en todo el mundo a causa del tabaquismo. La cifra total de muertes por tabaquismo ascenderá de 5 millones a 8 millones en los próximos 20 años. Muy pronto el tabaquismo será la principal causa de muerte en los países en desarrollo (como sucede en los países de altos ingresos) (Mathers & Loncar, 2005).

En todo el mundo, el alcoholismo provoca 1 800 000 muertes (3,2% del total), de las cuales las lesiones accidentales solas representan alrededor de un tercio (WHO, nd,b).

Figura 2.2 Mortalidad entre menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos en función del nivel de ingreso de los hogares.



Extraído de Gwatkin et al. (2007), datos de EDS.

El gradiente social no es exclusivo de los países más pobres. La Figura 2.3 muestra datos oficiales recogidos de algunas regiones del Reino Unido (Inglaterra y Gales) respecto de personas clasificadas en función del grado de privación que se observa en su vecindario. Como puede observarse, la mortalidad es correlativa al grado de privación (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). El margen es amplio: se observa una diferencia superior a 2,5 veces en la mortalidad entre las personas que viven en situación de privación extrema y las que no tienen tantas privaciones.

EL GRADIENTE SOCIAL

Los más pobres de entre los pobres de todo el mundo son los que tienen el peor estado de salud. Quienes se encuentran en el último escalón de la distribución de la riqueza mundial y nacional, los marginados y excluidos dentro de su propio país, y los países que están en una situación desfavorecida a causa de la explotación histórica y la inequidad persistente en las instituciones que ejercen poder y formulan políticas internacionales plantean una cuestión moral urgente que exige intervenciones inmediatas. Sin embargo, centrar la atención en los más desfavorecidos, en las desigualdades entre los que están en situación de pobreza extrema y el resto, sólo representa una respuesta parcial al problema. La Figura 2.2 ilustra la mortalidad entre menores de 5 años en función de la riqueza doméstica. No hay dudas de la significación de estos datos: la relación entre el nivel socioeconómico y la situación sanitaria muestra un gradiente. La mortalidad es más alta entre la prole de las personas que integran el segundo quintil de riqueza doméstica que entre aquellos del quintil más rico. Esa diferencia es lo que hemos dado en llamar “gradiente social de la salud” (Marmot, 2004).

El gradiente social no es exclusivo de los países más pobres. La Figura 2.3 muestra datos oficiales recogidos de algunas regiones del Reino Unido (Inglaterra y Gales) respecto de personas clasificadas en función del grado de privación que se observa en su vecindario. Como puede observarse, la mortalidad es correlativa al grado de privación (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). El margen es amplio: se observa una diferencia superior a 2,5 veces en la mortalidad entre las personas que viven en situación de privación extrema y las que no tienen tantas privaciones.

LOS MÁS POBRES DE ENTRE LOS POBRES Y EL GRADIENTE SOCIAL DE LA SALUD

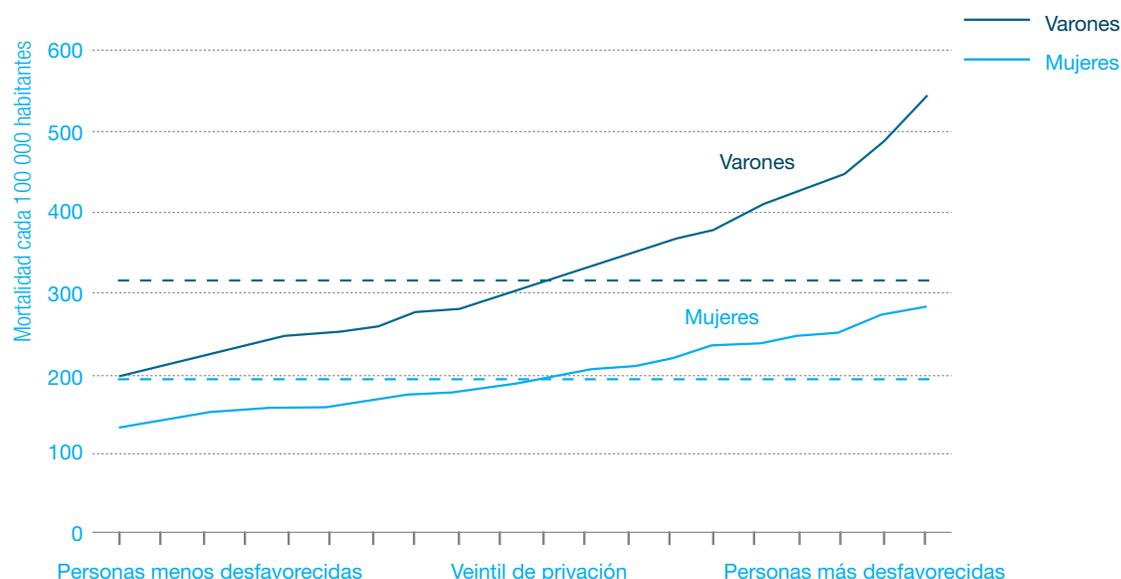
Las repercusiones de los datos ilustrados en las Figuras 2.1, 2.2 y 2.3 son más que evidentes. Debemos ocuparnos tanto de las privaciones materiales —las malas condiciones materiales del 40% de la población mundial que vive con US\$ 2 por día o menos— como del gradiente social de la salud que afecta a las personas de los países ricos y de los países pobres por igual.

La pobreza no implica únicamente la falta de ingresos. Las implicancias, tanto del gradiente social de la salud como de la mala situación sanitaria de los más pobres de entre los pobres, revelan que la inequidad sanitaria es producto de la distribución desigual del ingreso, los bienes y los servicios y, en consecuencia, de las oportunidades de llevar adelante una vida próspera. Esta distribución desigual de ninguna manera es un fenómeno “natural”, sino el resultado de políticas que priorizan los intereses de unos pocos por sobre los de otros, muy a menudo los intereses de una minoría rica y poderosa por sobre los de una mayoría que carece de capacidad de acción y decisión.

Las personas situadas hacia el margen izquierdo de la Figura 2.3 están consideradas ricas según los parámetros internacionales, es decir, son personas que viven con más de US\$ 2 por día, tienen acceso a agua potable y a servicios de saneamiento y presentan una mortalidad de menores de un año inferior a 10 por cada 1 000 nacidos vivos. Sin embargo, la mortalidad en este grupo es superior a la que se registra entre las personas que componen el

Figura 2.3 Datos normalizados por edades sobre mortalidad por todas las causas en función del veintil de privación en el grupo de edad de 15-64 años, registrados en el período de 1999-2003 en el Reino Unido (Inglaterra y Gales).

Inglaterra y Gales



Las líneas entrecortadas representan la mortalidad masculina y femenina promedio de determinadas regiones del Reino Unido (Inglaterra y Gales).

grupo intermedio del espectro socioeconómico. Sin duda, estos últimos no tienen las privaciones materiales ya descritas, pero también registran una mortalidad más alta que quienes están situados en el extremo derecho de la figura: a mayores desventajas sociales, peor situación sanitaria. La inclinación del gradiente se va modificando con el paso del tiempo y es muy diferente de un país a otro, de modo que es probable que las intervenciones para mejorar los determinantes sociales de la salud también reduzcan el gradiente social de la salud (Marmot, 2004).

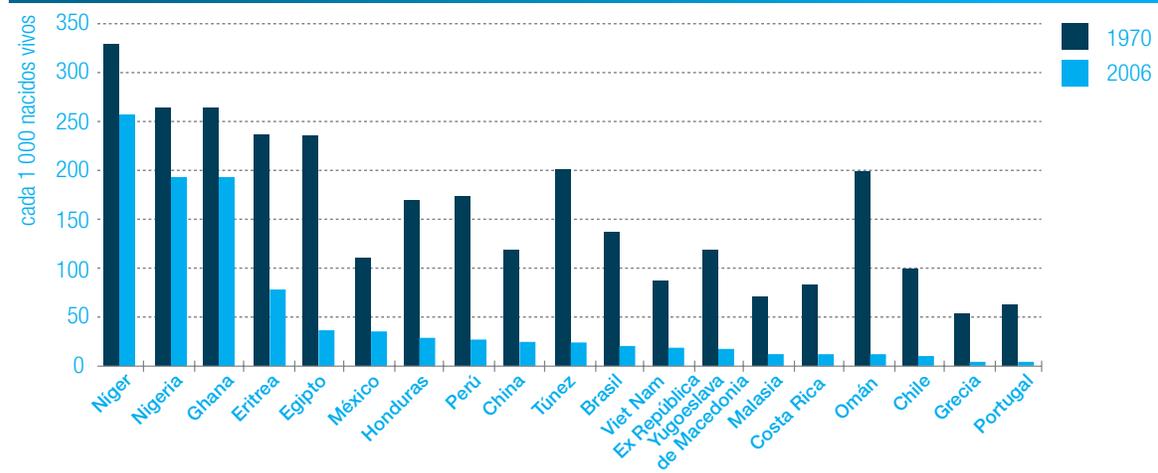
En los países ricos, una mala situación socioeconómica comprende un bajo nivel de educación, falta de servicios públicos, desempleo e inestabilidad laboral, malas condiciones de trabajo y vecindarios peligrosos, factores que inciden directamente en la vida familiar. Todos estos factores también determinan la situación de los grupos sociales desfavorecidos en los países de bajos ingresos además de la carga considerable que implican las privaciones materiales y la vulnerabilidad a los desastres naturales. Por lo tanto, estas condiciones que sufren los grupos sociales desfavorecidos —que la situación

Tabla 2.1
Esperanza de vida masculina y desigualdades entre algunos países y dentro de cada uno de ellos

País	Esperanza de vida al nacer	País	Esperanza de vida al nacer
Reino Unido, Escocia, Glasgow (Calton) ^b	54	Estados Unidos ^a	75
India ^a	62	Cuba ^a	75
Estados Unidos, Washington DC (negros) ^c	63	Reino Unido ^a	77
Filipinas ^a	64	Japón ^a	79
Lituania ^a	65	Islandia ^a	79
Polonia ^a	71	Estados Unidos, Condado de Montgomery (blancos) ^c	80
México ^a	72	Reino Unido, Escocia, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

a) Datos del país: datos correspondientes al 2005 publicados en World Health Statistics (WHO, 2007c).
 b) Datos agrupados de 1998–2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).
 c) Datos agrupados de 1997–2001 (Murray et al., 2006).

Figura 2.4 Mortalidad entre menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos de algunos países en 1970 y el 2006.



No obstante, así como la situación puede cambiar a un ritmo tan acelerado, también puede deteriorarse rápidamente. En el período de 30 años comprendido entre 1970 y el 2000, la mortalidad infantil de menores de un año fue decayendo tanto en la Federación de Rusia como en Singapur, pero la esperanza de vida al nacer aumentó 10 años en Singapur y cayó 4 años en la Federación de Rusia. Esta divergencia surgió a raíz del aumento de la mortalidad entre los adultos que se registró en la Federación de Rusia y que estuvo asociado, sobre todo, a los cambios radicales que sufrió el país en los sistemas político, económico y social a partir de 1992. La figura 2.5 ilustra la rapidez con que puede empeorar la magnitud del gradiente social de la salud en relación, además, con el nivel de educación.
 Fuente: (UNICEF, 2007c).

sanitaria de los que tienen menos recursos en los países de altos ingresos sea, en algunos casos extremos, peor que la situación sanitaria promedio de algunos de los países de bajos ingresos (Tabla 2.1)—constituyen factores fundamentales en materia sanitaria.

Como lo demuestran estos datos, la inequidad sanitaria es motivo de preocupación para todos, en todos los países del mundo. La urgencia de la cuestión se ve agravada por la confluencia de los diversos tipos de problemas sanitarios que afronta cada país y las soluciones que exigen cada uno de esos problemas. Mientras que los países más pobres tienen una alta carga de morbilidad por enfermedades transmisibles así como no transmisibles y lesiones, en las demás regiones del mundo predominan las enfermedades no transmisibles (WHO, 2005c). Las causas de las cardiopatías, el cáncer y la diabetes son las mismas en todas partes; tanto es así que lo más probable es que las intervenciones necesarias para combatirlos sean similares en los países ricos y los países pobres. La situación mundial de las enfermedades transmisibles y no transmisibles exige un marco coherente de ejecución de intervenciones mundiales en materia sanitaria.

¿PUEDEN SUBSANARSE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS EN UNA GENERACIÓN?

Las diferencias sanitarias que hemos descrito en el presente informe son tan amplias que podrían hacer mella en la credibilidad acerca de la factibilidad de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. La realidad es que es posible incorporar cambios significativos en la situación sanitaria en un lapso increíblemente corto. Si hay equidad sanitaria, será posible mejorar todo lo que empeore. Los datos son prueba suficiente. La mortalidad en la infancia de 50 niños por cada 1 000 es un valor altísimo y, por ende, inaceptable. Tal era la situación en Grecia y Portugal hace 40 años (Figura 2.4). Los últimos datos demuestran que estos dos países tienen una mortalidad en la infancia apenas superior a la de Islandia, el Japón y Suecia. Quizá el ejemplo de Egipto sea el más sorprendente, puesto que experimentó un

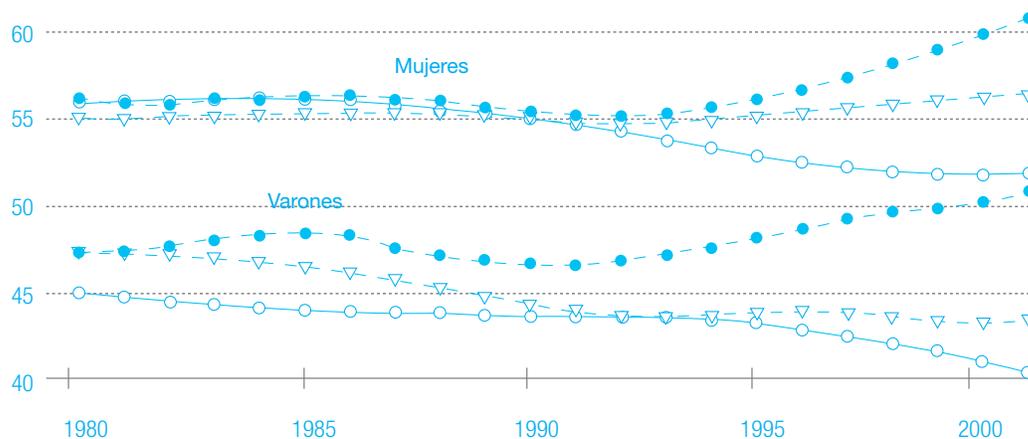
cambio extraordinario: de 235 a 35 niños por cada 1 000 en el lapso de 40 años. La mortalidad en la infancia que se registra en Egipto en la actualidad es inferior a la que se registraba en Grecia y Portugal hace 40 años.

No obstante, así como la situación puede mejorar a un ritmo tan acelerado, también puede deteriorarse rápidamente. En el período de 30 años comprendido entre 1970 y el 2000, la mortalidad infantil de menores de un año fue decayendo tanto en la Federación de Rusia como en Singapur, pero la esperanza de vida al nacer aumentó 10 años en Singapur y cayó 4 años en la Federación de Rusia. Esta divergencia surgió a raíz del aumento de la mortalidad entre los adultos que se registró en la Federación de Rusia y que estuvo asociado, sobre todo, a los cambios radicales que sufrió el país a nivel político, económico y social a partir de 1992. La Figura 2.5 ilustra la rapidez con que puede empeorar la magnitud del gradiente social de la salud en relación, también, con el nivel de educación.

CONSTRUIR PARTIENDO DE BASES SÓLIDAS: EXPERIENCIAS A LO LARGO DE LA HISTORIA

La iniciativa de poner en ejecución intervenciones para alcanzar la equidad sanitaria en todo el mundo tomando como marco integrador estrategias para mejorar los determinantes sociales de la salud es un método novedoso, pero no hay nada nuevo en las ideas que subyacen a tal emprendimiento. Los problemas actuales son de larga data y la experiencia en lidiar con ellos es amplia, pese a que quizá ahora tengan otro nombre. Con el correr de los siglos, las iniciativas colectivas, entre ellas, las destinadas a promover la emancipación de la mujer, el voto universal, el movimiento sindical y el movimiento por los derechos cívicos permitieron mejorar las condiciones de vida y trabajo de millones de personas de todo el mundo. Si bien no se ocupaban específicamente de las cuestiones sanitarias, estos movimientos mejoraron la capacidad de todas las personas del mundo de llevar adelante una vida próspera.

Figura 2.5 Tendencias de la esperanza de vida masculina y femenina a los 20 años en función del nivel de formación, Federación de Rusia.



Nivel de formación: ○ elemental (círculos blancos), ▽ intermedio (triángulos) y ● universitario (círculos rellenos).

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Murphy et al. (2006)

La buena situación sanitaria de los países nórdicos siempre ha llamado la atención. El análisis de las mejoras sanitarias que tuvieron lugar en estos países desde los últimos años del siglo XIX recalcan la importancia de los derechos cívicos, los derechos políticos y los derechos sociales (Lungberg et al., 2007). Algunos de los aspectos importantes de la experiencia de los países nórdicos son la adhesión a políticas universales basadas en la igualdad de derechos a gozar de beneficios y servicios, de un empleo pleno y de equidad de género, y en una exclusión social casi inexistente. Estos aspectos obedecen a una distribución del ingreso relativamente uniforme y la ausencia de diferencias importantes en cuanto al nivel de vida entre los distintos individuos y grupos demográficos.

Algunos países de bajos ingresos —Costa Rica, la China, la India (estado de Kerala) y Sri Lanka— lograron una buena situación sanitaria fuera de toda expectativa teniendo en cuenta la magnitud de su producto interno bruto. Estos datos permiten suponer con relativa certidumbre que la equidad sanitaria y el buen estado de salud no dependen de que el país sea rico. Cuba es otro ejemplo. Las enseñanzas que pueden extraerse de la experiencia de estos países ponen de manifiesto la importancia de cinco factores políticos que les son comunes (Irwin & Scali, 2005):

- un compromiso histórico con la salud como meta social;
- las iniciativas de desarrollo orientadas al bienestar social;
- la participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la cuestión sanitaria;
- la cobertura universal de los servicios sanitarios para todos los grupos sociales;
- los vínculos intersectoriales destinados a mejorar la situación sanitaria.

Fundada en 1948, la OMS cristalizó una nueva visión acerca de la salud mundial, definiendo el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Treinta años después, en 1978, la comunidad internacional volvió a reunirse en Alma-Ata, ocasión en la que el entonces Director General Halfdan Mahler propuso su visión de que la meta “Salud para todos” implicaba eliminar los obstáculos que impiden un estado de plena salud en la misma medida que solucionar los problemas estrictamente médicos. La declaración de Alma-Ata (WHO & UNICEF, 1978) promueve la atención primaria de salud como medio fundamental para alcanzar una buena situación sanitaria mundial que sea justa, no como meros servicios de atención de la salud en el nivel primario (aunque no les resta importancia), sino como un modelo de sistema sanitario que también intervenga para eliminar las causas sociales, económicas y políticas que derivan en una situación sanitaria precaria.

Pese a ello, en los decenios que siguieron, el modelo social de atención sanitaria que se propuso en esa ocasión se hizo realidad en muy pocos países (Irwin & Scali, 2005): no se llevaron a la práctica programas de acción intersectorial ni se crearon sistemas integrales de atención primaria de salud. A partir de la década de 1980, el objetivo fue elaborar un modelo de desarrollo diferente, basado en la creciente presión que ejercía la ejecución mundial de un conjunto de políticas económicas centradas en los mercados, que implicaban una reducción significativa de la función del estado y de los niveles de gasto e inversiones públicas. Ese modelo recibió muchas críticas merecidas. Los programas de reajuste estructural, elaborados en respuesta al consenso de Washington, que dependían —y siguen dependiendo, aunque las políticas y los programas hayan adoptado otra forma— excesivamente de los mercados para resolver los problemas sociales, demostraron ser perniciosos. Asimismo, se ha señalado que el conjunto de principios económicos que se promovían en los países de bajos ingresos no eran los mismos que los que se seguían en los países de altos ingresos (Stiglitz, 2002; Stiglitz, 2006).

Los defensores del concepto “salud para todos” no han desaparecido; es más, siguen siendo muchos y se hacen oír en el mundo entero. El movimiento que promueve la atención primaria de la salud tiene entre sus filas a defensores firmes de la causa. De hecho, la atención primaria de la salud tiene un papel esencial en el actual programa de acción de la OMS y es el tema central del Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Carta de Ottawa para el fomento de la salud de 1986 y su versión renovada en Bangkok en el 2005 plasman una visión mundial de las intervenciones en materia de salud pública y la importancia que revisten los determinantes sociales de la salud (WHO, 1986; Catford, 2005). El mundo fue testigo del surgimiento de diferentes iniciativas —entre ellas, el movimiento latinoamericano de medicina social, la Atención Primaria Orientada a la Comunidad que comenzó en Sudáfrica antes del apartheid (Kark & Kark, 1983) y se extendió hacia el Canadá, Israel, los Estados Unidos de América y el Reino Unido (Gales) (Abramson, 1988), el movimiento de salud comunitaria en los Estados Unidos de América (Geiger, 1984; Geiger, 2002; Davis et al., 1999), el Canadá (Hutchison, Abelson & Lavis, 2001) y Australia (Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995), el movimiento de Trabajadores Sanitarios de Aldeas (Sanders, 1985) y de Salud de los Pueblos, así como de declaraciones tales como la Observación general sobre el derecho a la salud y la amplia perspectiva social de los ODM— que reafirman la importancia fundamental de la salud, la necesidad de poner en ejecución intervenciones sociales y participativas en materia de salud, y la equidad sanitaria como valor humano esencial (Tájer, 2003; PHM, 2000; UN, 2000a; UN, 2000b). La Comisión reconoce estar en deuda con estos movimientos y se propone seguir trabajando a partir de sus logros y su perspectiva aún vigente.

CAPÍTULO 3

Causas y soluciones

No cabe duda de que las diferencias sanitarias que se observan dentro de cada país y entre los distintos países pueden cambiar rápidamente. Consideramos que es posible fomentar este proceso aplicando mejores medidas económicas y sociales.

POLÍTICAS SOCIALES, ECONOMÍA Y GESTIÓN POLÍTICA CENTRADAS EN LAS PERSONAS

Nuestro principal interés consiste en crear las condiciones necesarias para que todas las personas por igual puedan llevar adelante una vida próspera, para lo cual es preciso que tengan buenas condiciones materiales, que tengan pleno control de su vida, y que las personas, las comunidades y los países tengan una voz política (Sen, 1999). Está en manos de los gobiernos crear condiciones que fomenten el acceso igualitario al buen estado de salud mediante la aplicación cuidadosa de políticas y leyes sociales y económicas en este sentido. La equidad sanitaria mundial sólo será una realidad si todas las instancias de gobierno ponen en práctica intervenciones con el apoyo de un entorno político internacional que valore el desarrollo social holístico en la misma medida que el crecimiento económico. El dinero, aunque no es el único recurso necesario para cumplir el objetivo, es fundamental. Es probable que los ministros de economía tengan más influencia sobre las variables que determinan la equidad sanitaria que los ministros de sanidad, y la estructura económica mundial, más influencia que los programas de asistencia internacional en lo que a la atención sanitaria se refiere.

Pero esta responsabilidad no recae solamente en el gobierno. Si el gobierno carece de la capacidad o la voluntad política para intervenir, es preciso contar con ayuda técnica y económica del exterior, y con iniciativas que nazcan del pueblo. Cuando las personas se organizan —se unen y crean organizaciones y movimientos propios—, los gobiernos y los encargados de formular las políticas responden con políticas sociales.

LA INEQUIDAD EN LAS CONDICIONES DE VIDA

De los tres mil millones de personas que viven en entornos urbanos, alrededor de mil millones viven en barrios de chabolas. En la mayor parte de los países africanos, la mayoría de la población urbana vive en estos barrios: por ejemplo, en Kenya, el 71%, y en Etiopía, el 99%. La población urbana de muchos países africanos tarda nada más que 10 a 20 años en duplicarse (World Bank, 2006b).

La mitad de la población rural de Mozambique debe caminar más de 30 minutos para conseguir agua; sólo el 5% de la población rural tiene acceso al agua corriente (EDS, s.f.).

Alrededor de 126 millones de niños de entre 5 y 17 años trabajan en condiciones peligrosas (UNICEF, s.f.,a).

En la India, el 86% de las mujeres y el 83% de los varones que no están empleados en el sector agrícola trabajan en el sector no estructurado de la economía. (ILO, 2002).

En África, menos del 10% de la fuerza laboral tiene asegurado un ingreso para la vejez (ILO, s.f.).

Más de 900 médicos y 2200 enfermeras que estudiaron en Ghana trabajan en países de ingresos altos. Ghana tiene 0,92 enfermeras cada 1000 habitantes; el Reino Unido tiene más de 13 veces ese número (WHO, 2006a).

Desde luego, será necesario coordinar los esfuerzos con el sector sanitario para poner en ejecución programas de lucha contra las enfermedades y la creación de sistemas sanitarios. Es probable que prestar atención a los determinantes sociales de la salud, entre ellos, la atención sanitaria, mejore la eficacia de los servicios sanitarios. El sector sanitario también tendrá una función de liderazgo y promoción de la causa en la elaboración de políticas encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la falta de atención sanitaria no es la causa de la altísima morbilidad que aqueja al mundo: las enfermedades de transmisión hídrica no son producto de la falta de antibióticos sino de la falta de acceso a agua salubre, y de los factores políticos, sociales y económicos que no garantizan el acceso al agua potable para todos; las cardiopatías no son producto de la falta de unidades coronarias sino del modo de vida, que está determinado por el ambiente en el que viven las personas; la obesidad no es producto de un fracaso moral de los individuos sino del fácil acceso a los alimentos que tienen gran contenido de grasas y azúcares. Por lo tanto, las principales acciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud deben provenir de sectores que no son el sanitario.

Tiene profundas repercusiones considerar que la salud y la distribución justa de las condiciones que permiten gozar de buena salud constituyen un índice del desarrollo social y económico. Cuando las políticas —cualquiera sea el campo de ejecución— tienen como objetivo mejorar el bienestar de la población la situación sanitaria es un indicador del éxito. La equidad sanitaria, por su parte, es un parámetro que expresa el grado en que esas políticas pueden lograr una distribución justa de las condiciones de bienestar.

Uno de los conjuntos de recomendaciones de la Comisión se propone mejorar las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Sin embargo, dado que las condiciones de vida de cada individuo dependen de un conjunto más amplio de factores —la economía, las políticas sociales y la gestión política— es preciso ocuparse también de estas cuestiones, objetivo central de gran parte de este informe y las intervenciones que proponemos.

Ya expresamos que gran parte de la inequidad sanitaria tiene su origen en una combinación nociva de políticas sociales insuficientes, una situación económica injusta y una mala gestión política. En los países de bajos ingresos y en algunas comunidades pobres de los países ricos, estas injusticias se traducen en privaciones materiales: es decir, la carencia de las condiciones materiales necesarias para llevar adelante una vida satisfactoria. Nadie que haya estado en algún barrio de chabolas donde habitan mil millones de personas en el mundo ni nadie que haya sido testigo de la falta de oportunidades para acceder a los medios económicos de subsistencia que sufren los pobres de los entornos rurales puede dudar de la importancia que reviste combatir la pobreza. Esta

combinación nociva también es responsable del gradiente social de la salud que se observa entre las personas que no sufren ese tipo de privaciones materiales pero carecen de otros bienes y servicios que son necesarios para llevar adelante una vida próspera.

LOS FACTORES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS

El quinto superior de la población mundial que vive en los países de más altos ingresos hace usufructo del 82% de los mercados mundiales de exportación en expansión y del 68% de la inversión extranjera directa; el quinto inferior apenas logra usufructuar poco más del 1% (UNDP, 1999).

En 1999, el mundo en desarrollo destinó al pago de la deuda externa US\$ 13 por cada dólar que recibió en concepto de subsidios (World Bank, 1999).

De todos los habitantes de los países desarrollados, el 20% consume el 86% de las mercaderías del mundo (UNDP, 1998).

En 1997, la crisis económica que sacudió al Asia oriental fue consecuencia de una fuga de capitales del orden de US\$ 105 000 millones, cifra relativamente pequeña a nivel mundial, pero equivalente al 10% del producto interno bruto (PIB) de toda la región. Desde entonces, se observaron crisis similares en Rusia y el Brasil (ODI, 1999).

Desde 1990, los conflictos armados acabaron con la vida de 3 600 000 personas (UNICEF, 2004). El Sudán tiene 5 400 000 desplazados internos; Colombia, 3 millones; Uganda, 2 millones; el Congo, 1 700 000 e Irak, 300 000 (UNHCR, 2005).

Muchos países destinan más dinero a las fuerzas armadas que a la cuestión sanitaria. Eritrea es un ejemplo extremo, ya que destina el 24% del PIB en las fuerzas armadas y sólo el 2% en la cuestión sanitaria. Pakistán destina menos dinero a la salud y la educación en conjunto que a las fuerzas armadas (UNDP, 2007).

En Europa, el sector ganadero recibe un subsidio superior a los US\$2 diarios por vaca, más que el ingreso diario de la mitad de la población mundial. Estos subsidios implican alrededor de 2 500 millones por año para los contribuyentes de la Unión Europea (UE). El destino de la mitad de este dinero son los subsidios a las exportaciones, que repercuten negativamente en el mercado local de los países de bajos ingresos (Oxfam, 2002).

EL CRECIMIENTO ECONÓMICO Y LAS POLÍTICAS SOCIALES

La riqueza es importante para la cuestión sanitaria. La Figura 3.1 ilustra la relación entre la renta nacional y la esperanza de vida al nacer, es decir, la curva de Preston (Deaton, 2003; Deaton, 2004). Cuando la renta nacional es baja, se observa una relación considerable entre la renta y la esperanza de vida al nacer, apreciación que es coherente con el concepto de que los beneficios del crecimiento económico mejoran las oportunidades de vida y el estado de salud. No obstante, hay dos excepciones importantes. Por un lado, cuando la renta es alta, es decir, superior a alrededor de US\$ 5000 en términos de paridad del poder adquisitivo², es ínfima la relación entre la renta nacional y la esperanza de vida al nacer. Por otro

RECUADRO 3.1 LA INEQUIDAD Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS: EFECTOS DE UNA COMBINACIÓN NOCIVA DE POLÍTICAS

Los pueblos indígenas de todo el mundo corren un riesgo irremediable de perder la tierra, la lengua, la cultura y los medios de subsistencia, situación que no cuenta con su consentimiento y escapa de su control: se trata de una pérdida permanente que difiere de la situación de los inmigrantes, que provienen de un país donde siguen vigentes su lengua y su cultura. Los pueblos indígenas son cultural, histórica, ecológica, geográfica y políticamente únicos debido a la forma en que sus ancestros conformaron sus antiguas comunidades y al uso y ocupación que han dado a la tierra. La colonización les enajenó sus tierras y les impuso una estructura social, política y económica sin haberlos consultado, sin su

autorización y sin haberles dado alternativa. La vida de estos pueblos continúa supeditada a leyes y disposiciones específicas y particulares que no rigen para el resto del mundo. Además, estos pueblos continúan viviendo en territorios delimitados o segregados y, a menudo, en medio de conflictos jurisdiccionales entre los distintos niveles de gobierno, en particular en lo atinente a los servicios, los programas y las asignaciones financieras. Puesto que tienen una posición social y necesidades específicas diferentes de las de otros grupos, es preciso debatir por separado su situación particular en lugar de considerarlos parte del problema general o universal de exclusión social.

lado, se observa una gran variabilidad en las áreas cercanas a la línea. Como ya se describió, hay algunos ejemplos destacables —Costa Rica, la India (Kerala), Sri Lanka— de países y estados relativamente pobres que lograron una excelente situación sanitaria pese a que no contaban con una gran riqueza nacional. Entre las enseñanzas que pueden aprenderse de estos países está la importancia de poner en práctica una buena política social que haga hincapié en la educación, en particular para las niñas y las mujeres.

El crecimiento económico brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la calidad de vida de la población. Ahora bien, el crecimiento por sí solo, que no viene de la mano de políticas sociales adecuadas, no mejora la situación sanitaria. El economista Angus Deaton expresa que “El crecimiento económico es lo que todos consideran necesario porque alivia la terrible pobreza material que aqueja a gran parte de la población mundial. Pero el crecimiento económico en sí mismo no es suficiente para mejorar la salud de la población, al menos no en un lapso aceptable. ... Cuando de salud se trata, el mercado, por sí solo, no puede reemplazar a la acción colectiva” (Deaton, 2006a; Deaton, 2006b). La clave es que el crecimiento venga acompañado de una distribución razonable de los beneficios entre todas las personas. Las iniciativas colectivas pueden consistir en establecer instituciones sociales y adoptar disposiciones destinadas a solucionar las necesidades de vivienda, educación, alimentación, protección del empleo, protección y saneamiento del ambiente y seguridad social, y a subsanar los fracasos del mercado (Stiglitz, 2006).

EL CRECIMIENTO ECONÓMICO Y LA DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS

Para cualquier país —quizá con más urgencia para los países de bajos ingresos—, el crecimiento económico es sinónimo de grandes beneficios. Sin embargo, hasta la fecha, el mundo

ya fue testigo de un descomunal crecimiento en términos de riqueza, tecnología y nivel de vida. El problema no radica en determinar si es necesario un crecimiento económico a nivel mundial de mayores proporciones para aliviar la pobreza y lograr los ODM, porque para cumplir con esos objetivos hay riqueza e ingresos más que suficientes. El problema radica en el modo en que se distribuyen y se utilizan.

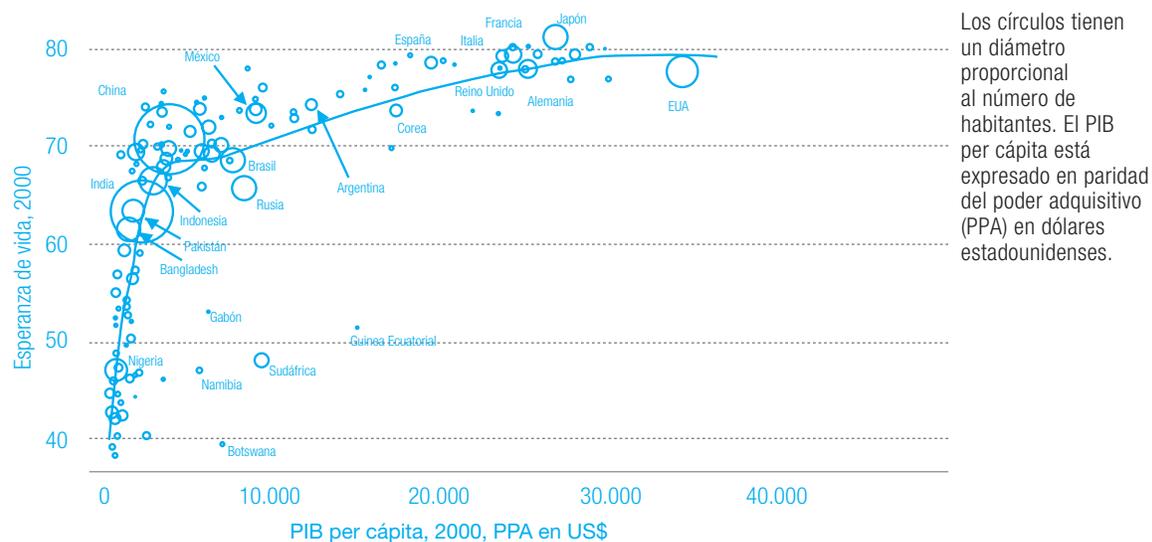
En primer lugar, la distribución de los beneficios derivados del crecimiento económico de los últimos 25 años —período caracterizado por una rápida globalización— es sumamente desigual entre los países. La Tabla 3.1 muestra que, en 1980, los países más ricos, donde vivía el 10% de la población mundial, tenían un producto interno bruto 60 veces superior al de los países más pobres, donde vivía otro 10% de la población mundial. Hacia 2005, esta relación había aumentado a 122.

Tabla 3.1
Aumento de la desigualdad de la renta entre los distintos países

Ingreso nacional bruto per cápita expresado en US\$ nominales			
Año	Países más ricos*	Países más pobres*	Relación
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	122

*En estos países vivía el 10% de la población mundial. Datos obtenidos de la Tabla 1 del Informe sobre el desarrollo mundial del Banco Mundial correspondiente a los años 1982, 2002 y 2007, y del tipo de cambio del mercado en los años pertinentes. La relación que se observa entre estas cifras expresadas en dólares estadounidenses nominales es similar a la de los demás años no consignados. Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Pogge (2008).

Figura 3.1 Curva de Preston correspondiente al año 2000.



² El tipo de cambio de la paridad del poder adquisitivo equipara el poder adquisitivo de distintas monedas en el país de curso legal en función de una determinada canasta de productos.

En segundo lugar, las remesas de fondos para asistencia —realmente insuficientes y muy inferiores a las cifras prometidas en 1970 por los países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)— quedan eclipsadas por la magnitud de las obligaciones de pago de la deuda externa que deben enfrentar muchos países pobres (UNDESA, 2006). Como consecuencia, en muchos casos, hay una salida neta de capitales desde los países pobres hacia los países ricos, lo que constituye un statu quo alarmante. La magnitud de este flujo financiero es pequeña en comparación con el gran volumen de capital que negocian los mercados económicos del mundo —a razón de US\$ 3,2 billones por día en el 2007 (HIFX, 2007)—, los que, mediante la fuga de capitales, pueden alterar sobremanera el desarrollo socioeconómico de los países de ingresos medianos y bajos.

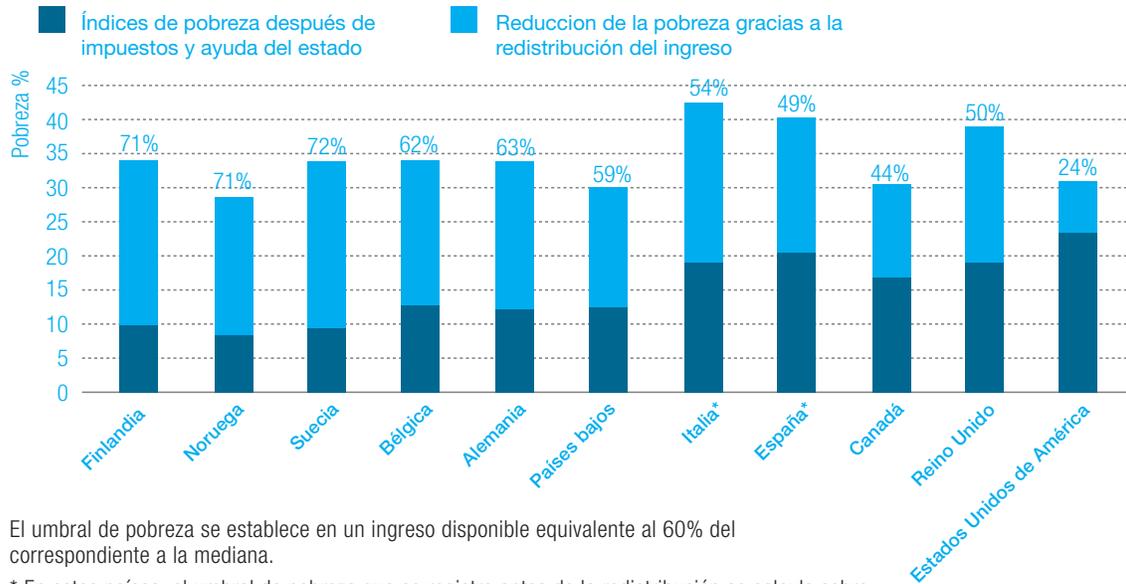
Se ha calculado que el costo anual de las intervenciones destinadas a mejorar la situación del 40% de la población mundial que actualmente vive con menos de US\$ 2 por día sería de US\$ 300 000 millones, es decir, menos del 1% del producto interno bruto de los países de altos ingresos (Pogge, 2008). En este informe, argüimos que el problema fundamental para resolver estos temas no es el dinero, sino el modo en que se lo emplea para distribuir con justicia los bienes y servicios y establecer instituciones sólidas en los países de bajos ingresos. No obstante, este cálculo simple demuestra que no es dinero lo que falta a nivel mundial.

En tercer lugar, las desigualdades en materia de ingreso se observan tanto entre los distintos países como dentro de cada país. En los últimos 15 años, en muchos países se ha observado una menor participación en el consumo nacional del quintil más pobre de la población (MDG Report, 2007). Si bien se ha suscitado un debate

intenso acerca del papel que tienen las desigualdades en términos de ingreso como principales determinantes de la salud en los distintos países (Wilkinson, 1996; Deaton, 2003), dado que son representativas de la distribución desigual de los bienes y servicios, su profundización brinda argumentos empíricos a la preocupación por este tema. Los gobiernos tienen el poder de mitigar los efectos de las desigualdades en los ingresos brutos. La Figura 3.2 muestra los efectos que tienen las políticas sobre la pobreza, según datos correspondientes a algunos países de altos ingresos (Lundberg et al., 2007). Esta figura toma una definición relativa de pobreza, es decir, menos del 60% del ingreso correspondiente a la mediana, y muestra que en los países nórdicos la política fiscal redundó en una prevalencia mucho menor de la pobreza que en el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Como se desprende de estos datos, las políticas son importantes.

En cuanto a los países que tienen una renta nacional más baja, resulta evidente que un mayor crecimiento económico tiene menor efecto sobre la pobreza medida en términos de ingresos cuanto mayores sean las desigualdades. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) calcula que en Kenia, por ejemplo, teniendo en cuenta los índices de crecimiento económico y las desigualdades en términos de ingresos que se registran en la actualidad, una familia pobre que se ubique en la mitad de la distribución de hogares por ingreso no lograría salir de la pobreza hasta el 2030. Si se duplicara la participación de los pobres en el crecimiento de los ingresos, podría reducirse la pobreza antes del 2013. En otras palabras, los ODM concernientes a mitigar la pobreza implican la necesidad de modificar la distribución del ingreso, no sólo fomentar el crecimiento económico.

Figura 3.2 Proporción de pobres antes y después de recibir ayuda del estado, datos de varios países.



El umbral de pobreza se establece en un ingreso disponible equivalente al 60% del correspondiente a la mediana.

* En estos países, el umbral de pobreza que se registra antes de la redistribución se calcula sobre la base del ingreso neto del impuesto a las ganancias.

Datos obtenidos de Luxembourg Income Study.

Reimpreso con autorización de los autores, de Lundberg et al. (2007), cita de Ritakallio & Fritzell (2004).

RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Así como el crecimiento económico, y su distribución, son cruciales para la salud, la inversión en el ámbito sanitario y sus determinantes es una importante estrategia para fomentar el desarrollo económico (CMH, 2001). Mejorar el estado de salud de las personas que conforman el grupo más desfavorecido de la jerarquía social con el fin de igualarlo con el de las personas que tienen una situación sanitaria media podría tener repercusiones importantes sobre la situación sanitaria general y debería mejorar la productividad del país (Recuadro 3.2) (Health Disparities Task Group, 2004; Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

RECUADRO 3.2 RELACIÓN ENTRE LAS INVERSIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO Y EL RENDIMIENTO ECONÓMICO: EXPERIENCIA EN EL CANADÁ

Un estudio realizado en el Canadá demuestra que reducir las disparidades sanitarias puede derivar en beneficios económicos importantes porque disminuye las necesidades de atención sanitaria y los costos por disminución de la productividad.

El gasto en atención sanitaria del Canadá es de alrededor de 120 000 millones de dólares canadienses por año (la población internada en establecimientos sanitarios representa 26 000 millones de dólares canadienses y la población que recibe atención ambulatoria, 94 000 millones). El quintil de la población no internada que percibe los ingresos más bajos representa alrededor del 31% de los 94 000 millones de dólares canadienses, aproximadamente el doble de lo

que utiliza el quintil que percibe los ingresos más altos. Este estudio halló que, si se igualaran el estado de salud y los usos de aquellos que conforman los grupos de menores ingresos con los de ingresos medianos, sería posible ahorrar sumas significativas en concepto de costos de atención sanitaria.

Asimismo, este estudio informa que el mejor estado de salud permite que más personas participen en las actividades económicas. Una reducción de sólo el 10%-20% de los costos que son producto de una disminución de la productividad podría aportar miles de millones de dólares a la economía.

Fuente: Health Disparities Task Group, 2004



PARTE 2. Datos científicos, acciones y actores



CAPÍTULO 4

Las características de los datos científicos y las acciones

RECOPILACIÓN DE LOS DATOS CIENTÍFICOS

Los valores que inspiran el enfoque que emplea la Comisión para cumplir con su tarea ya fueron definidos en la parte 1: la importancia de la salud y la justicia social y la visión de que todos los individuos tienen derecho al mismo grado de dignidad. En lo que respecta a las políticas, aunque se trate de un imperativo ético importante, no basta con los valores. Es preciso contar con datos científicos acerca de las medidas e intervenciones que, en la práctica, probablemente logren el objetivo de mejorar la salud y reducir las desigualdades sanitarias.

Por todo ello, fue necesario definir qué consideraríamos datos científicos. En el ámbito de la atención médica, es bastante clara la jerarquía de los datos científicos. ¿Funciona mejor una nueva intervención médica que los tratamientos ya existentes? Esta pregunta encuentra respuesta sometiendo los tratamientos a ensayos comparativos y aleatorizados, que permiten realizar una evaluación imparcial de los efectos en condiciones de supervisión minuciosa.

En lo que a los determinantes sociales de la salud se refiere, hay dos problemas conexos que convierten a este tipo de respuesta en un ideal utópico: las características de las intervenciones y la ausencia de datos científicos acerca de los ámbitos relevantes. En nuestra opinión, como lo expresamos en este informe, las medidas económicas y las políticas sociales de cada país ejercen una influencia fundamental en las condiciones de vida y trabajo y, por ende, en la equidad sanitaria. No obstante, resulta difícil imaginar la realización de ensayos comparativos y aleatorizados en condiciones de supervisión en muchos de estos ámbitos, dado que los países no se prestan a la distribución al azar. No es posible asignar al azar a los distintos países para evaluar los efectos de intervenciones tales como la redacción y promulgación de leyes que protegen la equidad de género, por ejemplo. Si la Comisión decidiera basarse únicamente en los datos científicos provenientes de experimentos bien supervisados, este informe sería muy corto, puesto que sólo incluiría recomendaciones elaboradas a partir de datos biomédicos y la conclusión de que es necesario seguir investigando. Un enfoque de este tipo no supondría un progreso para la equidad ni para la justicia social, ni siquiera para la situación sanitaria en sí.

Desde luego, es necesario seguir investigando. Dadas las características de las acciones que considera este informe en las partes 3 a 5, poco sería lo que respetaría el esquema de un ensayo médico comparativo y aleatorizado. Sin embargo, esta dificultad no debería ser un obstáculo para sacar conclusiones a partir de los datos científicos de que se dispone en la actualidad. Por tanto, la Comisión adoptó una definición más amplia de lo que constituyen los datos científicos (Kelly et al., 2006). En este informe, el lector hallará datos que provienen de estudios observacionales (experimentos naturales y estudios transnacionales), estudios de casos y trabajos de campo, de información especializada y lega, y de ensayos de intervención comunitaria, en los países donde se hayan efectuado. Si bien la Comisión puso todo su empeño en recopilar datos científicos que fueran representativos de toda la situación mundial, hay lagunas, en particular en lo que respecta a los países de ingresos bajos y medianos, quizá porque la información no existe, no fue publicada en un modo accesible o no está en inglés, que es la lengua de trabajo de la Comisión.

EL MARCO CONCEPTUAL DE LA COMISIÓN

Para fortalecer la equidad sanitaria —en todo el mundo y dentro de cada país—, es preciso adoptar un enfoque que trascienda el interés contemporáneo por estudiar las causas inmediatas de las enfermedades. Más que ninguna otra iniciativa mundial en el ámbito sanitario, la Comisión centra la atención en las “causas de las causas”, es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. La Figura 4.1 ilustra el marco conceptual que fue concebido para la Comisión (Solar & Irwin, 2007), el que propone que las acciones pueden tener como propósito modificar:

Las circunstancias de vida:

- La exposición diferenciada según la estratificación social a influencias que provocan enfermedades en la niñez, el medio social y físico, y el trabajo. Según las características de estas influencias, los distintos grupos tienen diferentes experiencias en cuanto a las condiciones materiales, el apoyo psicosocial y las opciones de conducta, lo que los torna más o menos vulnerables a las condiciones precarias en materia sanitaria;
- Las respuestas de atención sanitaria destinadas a promover la salud, prevenir y tratar las enfermedades;

Y los factores estructurales:

- Las características y el grado de estratificación social que tiene la sociedad, es decir, la magnitud de la inequidad en función de las dimensiones enumeradas;
- Los prejuicios, las normas y los valores de la sociedad;
- Las políticas sociales y económicas de todo el mundo y de cada país;
- Los procesos de gobernanza a nivel mundial, nacional y local.

Debido a sus características particulares, muchos de los determinantes sociales que considera la Comisión están bastante alejados, ya sea en términos de ubicación o de tiempo, de los individuos y su experiencia sanitaria. Esta situación es compleja, tanto desde lo conceptual como lo empírico, cuando se trata de definir una relación de causalidad y demostrar la eficacia de las acciones sobre la equidad sanitaria. La elección del conjunto de determinantes sociales sobre los cuales centrar la atención se fundamenta en parámetros de coherencia de los datos científicos mundiales —es decir, una mezcla de verosimilitud, disponibilidad de datos empíricos probatorios y uniformidad de la relación entre los integrantes de la población de un mismo país y las poblaciones de los distintos países— y en la comprobación de que es factible intervenir para modificar estos determinantes. Asimismo, fueron identificados unos pocos determinantes respecto de los cuales no había datos científicos sobre estrategias que podrían modificarlos aunque se presumía su profunda relación con las desigualdades sanitarias.

A partir de esta base, y con el respaldo del marco conceptual, la orientación del trabajo de la Comisión se definió en torno a nueve redes expertas cuyos temas comprendían cuestiones

mundiales, asuntos del nivel de los sistemas sanitarios y un enfoque de la cuestión sanitaria que tuviera en cuenta todas las etapas de la vida. Las redes expertas se concentraron en estudiar el desarrollo de la primera infancia (ECDKN), las condiciones de trabajo (ECOMNET), los entornos urbanos (KNUS), la exclusión social (SEKN), las mujeres y la equidad de género (WGEKN), la globalización (GKN), los sistemas sanitarios (HSKN), las afecciones prioritarias para la salud pública (PPHCKN) y los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos (MEKN). Las cuestiones de género también están contempladas en los demás temas de investigación. Aunque estas redes expertas no cubren la totalidad de los temas que inciden en la salud, tales como los alimentos y la alimentación, los factores rurales, la violencia y la delincuencia, y el cambio climático, también se los considera factores importantes para la equidad sanitaria. La Comisión se ocupa de estos temas en los capítulos que siguen, en los que aporta algunas recomendaciones generales, aunque no define los pasos específicos que deberían seguirse para poner en ejecución las intervenciones.

VALORACIÓN DE LOS DATOS CIENTÍFICOS

El proceso de formulación de las recomendaciones propuestas por la Comisión acerca de las acciones que son necesarias para mejorar la equidad sanitaria mundial comprende equilibrar el uso de diferentes tipos de información, determinar el alcance y la eventual necesidad de más datos, y evaluar el grado de factibilidad y eficacia de las intervenciones respecto de estos determinantes sociales de la salud. Las recomendaciones efectuadas por la Comisión están: a) respaldadas por un marco conceptual que define las causas de las inequidades, b) sustentadas en una amplia base de datos científicos de todo el mundo que demuestra las repercusiones que tienen estas acciones sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades sanitarias (eficacia), c) apoyadas por datos científicos acerca de la factibilidad de ponerlas en ejecución en diferentes

contextos, y d) basadas en datos científicos que demuestran la uniformidad que tienen los efectos de las acciones entre los distintos grupos demográficos y países que presentan diferente nivel de desarrollo económico nacional.

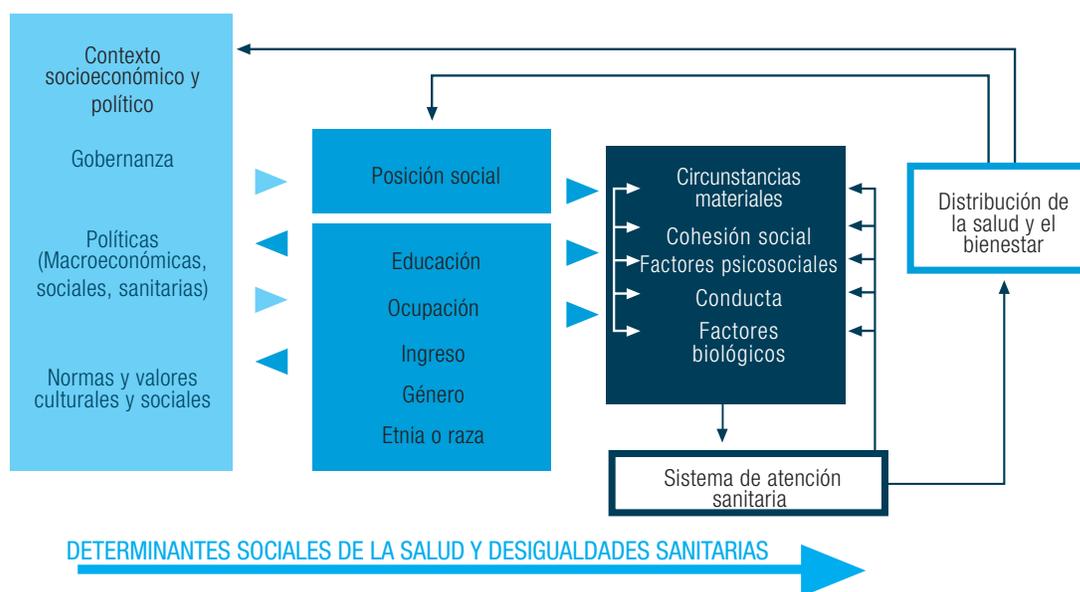
ÁMBITOS FUNDAMENTALES DE ACCIÓN Y RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN

El mundo comprende, hoy mejor que nunca, el modo en que los factores sociales influyen en la salud y la equidad sanitaria. Aunque la información siempre es parcial y siguen siendo necesarios más datos científicos, sabemos lo suficiente para brindar recomendaciones sobre las acciones que pueden ser eficaces. Al relacionar nuestra comprensión de la pobreza con el gradiente social, confirmamos que ambos subyacen a la inequidad sanitaria. Al reconocer la naturaleza y el alcance de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, demostramos los vínculos inextricables entre los países, ricos y pobres por igual. Es preciso actuar para modificar los determinantes sociales de la salud desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las condiciones de vida en que las personas crecen, viven y trabajan, desde la esfera mundial a la local, en todas las instancias de gobierno y respecto de todos los interesados directos, desde la sociedad civil hasta el sector privado.

A medida que cumplíamos con nuestro trabajo, nos convencíamos de que es posible subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Será necesario un inmenso esfuerzo, pero es posible. Los capítulos correspondientes a las partes 3 a 5 demuestran que es impostergable introducir cambios en el modo en que entendemos las causas de las desigualdades sanitarias, en el modo en que aceptamos y usamos diferentes tipos de datos científicos, en el modo en que trabajamos conjuntamente, y en los diferentes tipos de acciones que se ponen en ejecución para resolver las inequidades sanitarias a escala mundial y nacional. Dichas acciones deberán llevarse a cabo a nivel mundial, nacional, local e individual.

En el capítulo 1, expresamos que el análisis que llevó a cabo la Comisión deriva en tres principios de acción:

Figura 4.1 Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Corregido de Solar & Irwin, 2007.

- 1 Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- 2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos —es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida— en el plano mundial, nacional y local.
- 3 Definir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública acerca de los determinantes sociales de la salud.

Los tres principios de acción definidos por la Comisión están incorporados en las tres recomendaciones generales descritas a continuación. Si las intervenciones respetan estas y otras recomendaciones más detalladas, que aparecen descritas en los capítulos que siguen, será posible lograr una equidad mayor en cuanto al derecho que asiste a todas las personas a gozar de las condiciones necesarias para lograr el mayor grado posible de salud.

LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA COMISIÓN

1. Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las circunstancias en las que nacen sus hijos, hacer especial hincapié en mejorar el desarrollo de la primera infancia y la educación de los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y crear políticas de protección social para todos, y propiciar las condiciones para que las personas de edad avanzada tengan una vida próspera. Las políticas para lograr estos objetivos deben contar con la participación de la sociedad civil, los gobiernos y los organismos internacionales.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

A fin de resolver la inequidad sanitaria y las desigualdades en las condiciones de vida, es preciso luchar contra otras desigualdades que se observan en la organización social —por ejemplo, las que existen entre los varones y las mujeres— que son producto de la organización social. Para ello, es imprescindible el compromiso de un sector público potente y capaz que cuente con recursos financieros suficientes. Más que con un mejor gobierno, es necesario contar con una mejor gobernanza: la legitimidad, el espacio de participación y el apoyo para la sociedad civil, para un sector privado responsable y para que las personas de toda la sociedad acepten los intereses públicos y vuelvan a confiar en el valor de la acción colectiva. En este mundo globalizado, la necesidad de gobernanza en materia de equidad es aplicable tanto a cada comunidad como a los organismos internacionales.

3. Definir la magnitud del problema, entenderlo y evaluar las repercusiones de las intervenciones

Es fundamental, como punto de partida de cualquier tipo de intervención, reconocer que hay un problema y garantizar medidas para definir la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel mundial y dentro de cada país. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales, con el apoyo de la OMS, deben poner en práctica observatorios nacionales y mundiales a fin de efectuar un control sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, deben evaluar las repercusiones que tienen en la equidad sanitaria las políticas y las intervenciones puestas en práctica. Para crear un espacio dentro de las organizaciones y generar la capacidad para poner en ejecución medidas destinadas a solucionar la inequidad sanitaria, es preciso invertir en proyectos de capacitación para los responsables de formular políticas y los profesionales sanitarios, además de campañas de información pública, acerca de los determinantes sociales de la salud. Por otra parte, es necesario incorporar el concepto de los determinantes sociales en las investigaciones sobre salud pública.

Las partes 3 a 5 de este informe están estructuradas conforme a estos tres principios. Si bien el conjunto de recomendaciones de la Comisión tiene como propósito mejorar tanto las condiciones de vida como los factores estructurales que determinan la distribución de dichas condiciones, cada capítulo temático (capítulos 5 a 16, que conforman las partes 3 a 5) enuncia recomendaciones acerca de las acciones que se proponen luchar contra los factores estructurales y las causas inmediatas de las desigualdades respecto de estos temas. Las recomendaciones son de diversa índole: desde cuestiones de gobernanza y políticas hasta la acción comunitaria, es decir, una combinación de métodos ascendentes y descendentes en las esferas mundial, regional, nacional y subnacional.

IMPLICACIONES PARA LOS DIFERENTES ACTORES

Si bien la Comisión hace especial hincapié en la función central que tienen el gobierno y el sector público en lo que respecta a las acciones que tienen como fin mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, también es consciente de la pluralidad de los actores que componen el espectro: los organismos y las organizaciones internacionales, los gobiernos mismos (nacionales y locales), la sociedad civil, el mundo científico y académico, y el sector privado. Cada uno de estos actores debería poder reconocerse con claridad en los capítulos que siguen (partes 3 a 5) y en las implicaciones de las recomendaciones. A continuación, incluimos un panorama general de los ámbitos fundamentales de ejecución de las acciones y recomendaciones que son responsabilidad de cada actor, haciendo referencia a las recomendaciones específicas que se describen en cada uno de los capítulos siguientes.

Organismos multilaterales

Una de las recomendaciones generales de la Comisión es la necesidad de coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para actuar con más eficacia sobre los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria. En conjunto, los organismos especializados y las entidades multilaterales de financiación pueden actuar con

mucha más contundencia sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, a través de:

- *La coherencia de las medidas de vigilancia y las intervenciones internacionales:* convertir la equidad sanitaria en un objetivo común fundamental y utilizar un conjunto común de indicadores válidos a nivel mundial para hacer un seguimiento de los progresos realizados en materia de desarrollo; y colaborar con los grupos de trabajo temáticos interinstitucionales, con el fin de llevar a cabo una acción concertada en el ámbito de los determinantes sociales de la salud.
- *Una financiación coherente y responsable:* velar por que el aumento de la ayuda y un mayor alivio en la carga de la deuda sirvan para financiar políticas y acciones coherentes en materia de determinantes sociales de la salud entre los gobiernos beneficiarios, que deberán dar cuenta de sus acciones, utilizando indicadores de desempeño con relación a la equidad sanitaria y a los determinantes sociales de la salud.
- *Una mayor participación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la gobernanza mundial:* favorecer la participación equitativa de los Estados Miembros y otras partes interesadas en los foros mundiales encargados de la formulación de políticas.

OMS

La OMS es la institución encargada de las cuestiones sanitarias en el mundo. Es hora de potenciar su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria mundial. Ello requiere una serie de acciones, entre las que figuran las siguientes:

- *Asegurar la coherencia en las políticas a nivel internacional y nacional:* desempeñar una función de rectoría que, en el ámbito de los determinantes sociales de la salud, facilite la elaboración de medios de acción y promueva la coherencia entre las políticas de los organismos asociados del sistema multilateral; reforzar la capacidad técnica a nivel mundial y en los Estados Miembros para que la salud pública esté representada en los principales foros multilaterales; y prestar apoyo a los Estados Miembros para que pongan en marcha mecanismos que garanticen la coherencia de las políticas y las acciones intersectoriales en la esfera de los determinantes sociales de la salud.
- *Medir y evaluar:* contribuir a que los países conviertan la equidad sanitaria en uno de sus principales objetivos de desarrollo, y a que se fijen objetivos en ese ámbito y hagan un seguimiento de los progresos realizados en cada país y entre los países; apoyar la creación de sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria y dotar a los países de los medios técnicos necesarios; ayudar a los Estados Miembros a crear y a utilizar instrumentos para medir el impacto en la equidad sanitaria, así como otros instrumentos afines, tales como un barómetro de la equidad nacional; y organizar con regularidad una reunión mundial para hacer balance periódico de la situación en el mundo a ese respecto.
- *Reforzar la capacidad de la OMS:* robustecer la capacidad del conjunto de la Organización con relación a los determinantes sociales de la salud, desde la Sede, hasta las oficinas regionales y los programas de los países.

Autoridades nacionales y locales

Las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria han de estar respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, que se apoye en los principios de justicia, participación y colaboración intersectorial. Para ello, es necesario fortalecer las funciones esenciales de las instancias y las instituciones públicas nacionales y subnacionales, en particular con respecto a la coordinación de las políticas, la gobernanza participativa, la planificación, la elaboración de normativas y su aplicación, y el establecimiento de normas. Por su parte, el ministerio de salud debe asumir un papel rector y director con el

apoyo de la OMS. La acción de los gobiernos debería englobar lo siguiente:

- *Coherencia de todas las políticas gubernamentales:* confiar a las más altas instancias del gobierno la responsabilidad de actuar a favor de la salud y de la equidad sanitaria, y velar por que las políticas de todos los ministerios y departamentos de la administración pública hagan una aportación coherente a ese fin.
- *Intensificación de medidas que promuevan la equidad:* comprometerse a poner en marcha de forma progresiva servicios de salud universales; crear una unidad central encargada de las cuestiones de género para que todas las políticas del gobierno promuevan la equidad de género; mejorar los medios de subsistencia, la inversión en infraestructuras y los servicios de las zonas rurales; rehabilitar los barrios de chabolas y favorecer la participación local en proyectos de urbanización salubre; invertir en políticas y programas que promuevan el pleno empleo y el trabajo digno; invertir en el desarrollo de la primera infancia; tender a una oferta universal de servicios y programas básicos que tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud y estén respaldados por un programa de protección social universal, con independencia de la capacidad
- *Financiación:* dinamizar la financiación internacional recibida (ayuda, alivio de la deuda), definiendo un marco de acción sobre los determinantes sociales de la salud que esté dotado de mecanismos transparentes de rendición de cuentas; aumentar la recaudación fiscal mejorando el sistema nacional de imposición progresiva; y colaborar con otros Estados Miembros en la formulación de propuestas regionales e internacionales para establecer nuevas fuentes de financiación pública internacional.
- *Medición, evaluación y formación:* aumentar paulatinamente el registro de los nacimientos hasta que sea universal; definir indicadores de desempeño para evaluar la actuación de todo el gobierno en materia de equidad sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema de vigilancia de la equidad sanitaria nacional; dotarse de medios que permitan utilizar los estudios de impacto en la equidad sanitaria como parte de un protocolo estándar para la elaboración de las principales políticas; formar en materia de determinantes sociales de la salud a los profesionales y los responsables de la formulación de políticas; y sensibilizar a la ciudadanía acerca de los determinantes sociales de la salud.

Sociedad civil

Estar integrado en la sociedad en la que se vive es esencial para la autonomía material, psicológica y política sobre la que reposan el bienestar social y la equidad sanitaria. Como miembros de la comunidad, los promotores de los intereses locales, los prestadores de servicios y los responsables de programas y las entidades encargadas de medir el desempeño, los actores de la sociedad civil de todos los niveles, desde el local al mundial, constituyen un vínculo fundamental entre las políticas y los planes, por un lado, y los cambios y las mejoras concretas en la vida de toda la población, por otro. Ayudando a los diferentes protagonistas de las distintas comunidades a organizarse y a hacer que su voz sea escuchada, la sociedad civil puede defender con fuerza la causa de la equidad sanitaria. Muchas de las acciones enumeradas anteriormente serán, al menos en parte, el resultado de la presión y el empuje de la sociedad civil. A lo largo del camino que lleva hacia la equidad sanitaria en el lapso de una generación, se cubrirán muchas etapas, con o sin éxito, bajo la mirada atenta de los actores de la sociedad civil. La sociedad civil puede desempeñar un importante papel en las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, a través de lo siguiente:

- *Participación en las políticas, la planificación, los programas y las evaluaciones:* participar en la elaboración y planificación de políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud, así como en la ejecución de programas y la realización de evaluaciones a nivel mundial, en los foros intersectoriales nacionales y a nivel local (evaluación de las necesidades, y prestación de servicios y de apoyo); y evaluar la calidad, la equidad y el impacto de los servicios.
- *Seguimiento del desempeño:* seguir la evolución de algunos determinantes sociales de la salud específicos, tales como la mejora de las condiciones de vida y la prestación de servicios en los barrios de chabolas, las condiciones de empleo dentro del sector estructurado y del no estructurado de la economía, el trabajo infantil, los derechos de los pueblos indígenas, la equidad de género, la prestación de servicios de salud y la educación, las actividades empresariales, los acuerdos comerciales y la protección del medio ambiente, informar al respecto y poner en marcha campañas en favor de una mayor equidad.

Sector privado

El sector privado tiene una gran influencia en la salud y el bienestar. Si bien la Comisión subraya la importancia fundamental de la función rectora del sector público a la hora de favorecer la equidad sanitaria, eso no significa que las actividades del sector privado sean menos importantes. No obstante, es preciso reconocer que éstas podrían llegar a tener un impacto negativo y que es necesario actuar con responsabilidad para regular ese impacto. Si bien es necesario controlar esos efectos no deseados en la salud y la equidad sanitaria, la vitalidad del sector privado tiene mucho que ofrecer para mejorar la salud y el bienestar. Entre otras acciones, pueden mencionarse:

- *Aumentar la responsabilización:* reconocer y aplicar de forma responsable los convenios internacionales, las normas y los códigos de buenas prácticas en materia de empleo; garantizar condiciones de empleo y de trabajo equitativas para los hombres y las mujeres; reducir y suprimir el trabajo infantil y velar por que se respeten las normas de salud y seguridad en el trabajo; apoyar los programas de enseñanza y formación profesional, en particular los que están dirigidos a la mujer, como parte de las condiciones de empleo; y velar por que las actividades del sector privado y los servicios que presta (como la producción y patentabilidad de medicamentos indispensables para salvar vidas humanas o la puesta en marcha de planes de seguro médico) contribuyan a mejorar la equidad sanitaria en lugar de a minarla.
- *Invertir e investigar:* invertir de forma decidida en la investigación y el desarrollo de tratamientos para las enfermedades desatendidas y las enfermedades de la pobreza, e intercambiar conocimientos en áreas esenciales para la vida humana (tales como las patentes de medicamentos).

Instituciones de investigación

El conocimiento —de la situación sanitaria mundial, regional, nacional y local, de lo que puede hacerse para mejorar esa situación y de cuáles son las medidas más eficaces para subsanar las desigualdades sanitarias, influyendo en los determinantes sociales de la salud— es la base en la que se asienta la labor de la Comisión y se sostienen todas sus recomendaciones. Es necesario

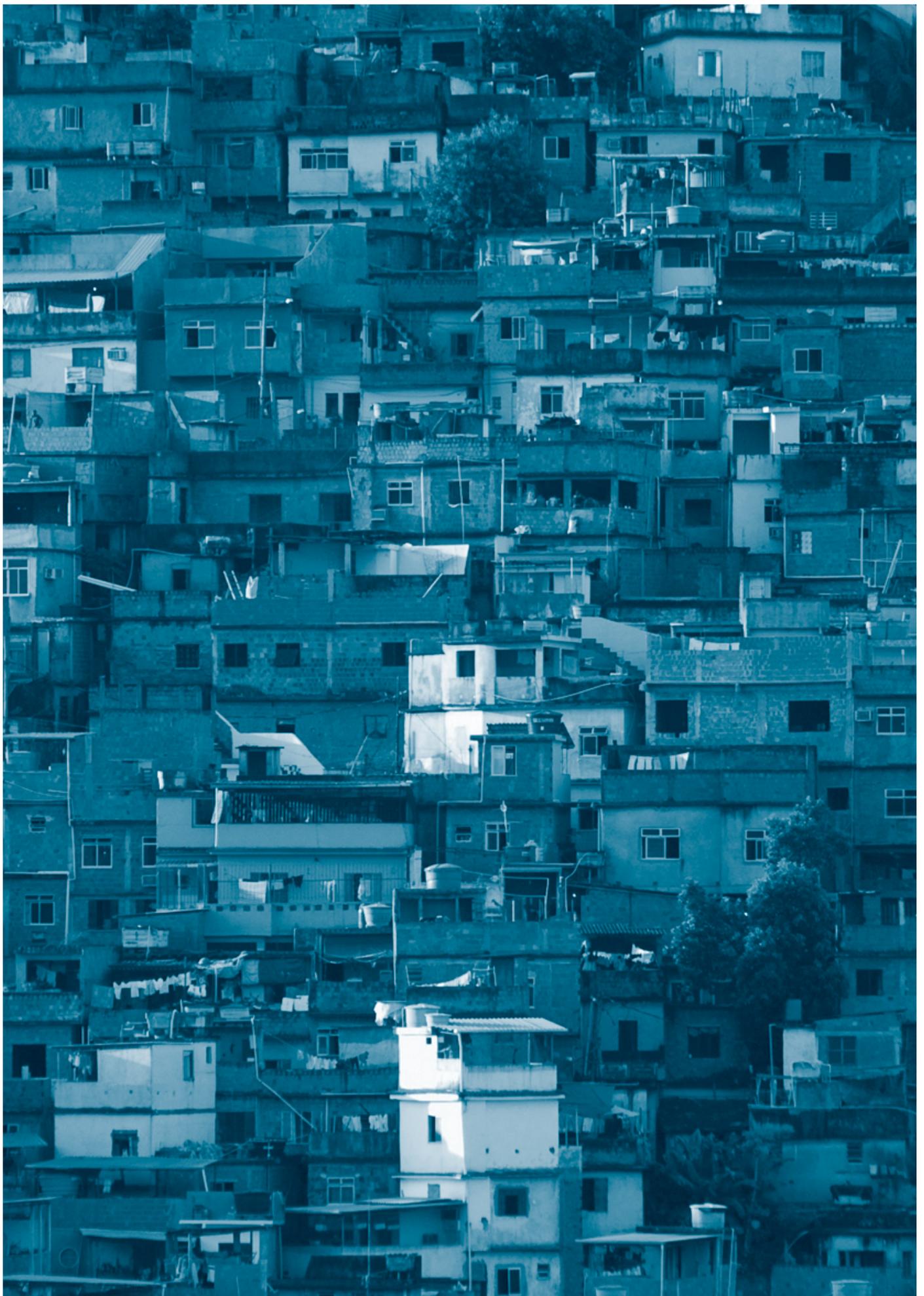
investigar. Pero en lugar de sencillos ejercicios académicos, hay que emprender trabajos de investigación que aporten nuevos conocimientos, y difundir ese conocimiento de un modo práctico y accesible entre todos los actores enumerados anteriormente. La investigación y el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y las distintas formas de favorecer la equidad sanitaria necesitarán la colaboración permanente de las universidades y los profesionales sanitarios, así como la puesta en marcha de nuevos métodos (aceptar y utilizar distintos tipos de datos científicos, ser consciente de la existencia de prejuicios sexistas en los procesos de investigación y reconocer la utilidad de las redes y comunidades de conocimiento de alcance mundial). Los centros de investigación deben hacer lo siguiente:

- *Generar información sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo:* velar por que se dediquen fondos a estudios de investigación sobre los determinantes sociales de la salud; apoyar el observatorio mundial de la salud y los trabajos intersectoriales emprendidos a nivel multilateral, nacional y local, elaborando y poniendo a prueba indicadores sobre los determinantes sociales de la salud, y evaluando los efectos de las intervenciones; crear redes y centros de intercambio de información virtuales —o reforzar los que existen—, organizados según el principio del acceso libre y gestionados de forma que sean fácilmente accesibles en todos los países, ya sean de ingresos altos, medianos o bajos; contribuir a invertir el éxodo de profesionales de los países de ingresos bajos y medianos; y combatir y eliminar los prejuicios sexistas de los equipos de investigadores, así como de los proyectos, los modelos, las prácticas y los informes de investigación.

LAS RECOMENDACIONES EN CONTEXTO

Un problema fundamental que encuentra la Comisión surge de la naturaleza omnipresente de las desigualdades sanitarias. Por cierto, son de mayor magnitud en algunos países que en otros, pero se observan en todas partes del mundo. Como se desprende de los capítulos siguientes (partes 3 a 5), algunos principios generales son aplicables a todos los países, pero será necesario aplicar políticas diferentes en los países de ingresos bajos y medianos. Los capítulos que siguen se ocupan en cierta medida de esta cuestión. La experiencia permite suponer que, si bien hay algunos principios generales, es preciso tener en cuenta el contexto nacional y local al elaborar las políticas encaminadas a solucionar estos problemas.

Son necesarios cambios en el contexto económico mundial si las propuestas de la Comisión han de llegar a buen puerto en lo que respecta a la cuestión sanitaria de los países más pobres y, en consecuencia, en lo que respecta a la equidad sanitaria mundial. Por otra parte, también serán necesarias acciones para aliviar la presión económica externa, expandir el ámbito de ejecución de las políticas nacionales de modo que abarquen la equidad sanitaria, compensar las limitaciones financieras del sector público, mejorar la infraestructura nacional y la capacidad humana, y consolidar y mejorar el acceso de las mujeres a la educación. Para poner en práctica las recomendaciones de la Comisión, es necesario introducir cambios en el funcionamiento de la economía mundial a fin de impedir que las presiones de los mercados y los compromisos internacionales obstaculicen la ejecución o tengan efectos adversos no buscados.



MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA



El primero de los tres principios de acción de la Comisión es:

Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad derivan en una mala distribución, dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades, de las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Estas desigualdades son patentes en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio creado por el hombre y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, los distintos grupos tienen diferentes condiciones físicas, influencias psicosociales y esquemas de conducta, lo que los torna más o menos vulnerables a las enfermedades. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema sanitario y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.

La tarea de la Comisión lleva implícita una visión integral del modo en que los determinantes sociales de la salud influyen a lo largo de la vida —desde el embarazo y el nacimiento, la primera infancia, la infancia y la adolescencia hasta la adultez— como determinantes inmediatos y futuros de las condiciones de salud y enfermedad.

Los capítulos de esta parte (capítulos 5 a 9), se centran en las condiciones de vida y proponen medidas que siguen una secuencia y procuran mejorar las condiciones de la primera infancia y la edad escolar, el entorno social y físico, sobre todo de las ciudades, y las características del empleo y las condiciones de trabajo. Las características de la protección social y, en particular, la protección del ingreso, constituyen en este contexto un recurso esencial de la vida cotidiana. El último capítulo de la parte 3 se ocupa del sistema sanitario.



CAPÍTULO 5

Equidad desde el principio

“Cada uno de vosotros es una persona única, dotada de derechos, merecedora de respeto y dignidad. Cada uno de vosotros merece tener el mejor comienzo en la vida; merece tener una educación básica completa de la más alta calidad; merece tener la posibilidad de desarrollar cabalmente su potencial y disponer de oportunidades para una participación significativa en su comunidad.”

Nelson Mandela y Graça Machel (UNICEF, 2000)

LA EDUCACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA FOMENTAN LA EQUIDAD

En todo el mundo, mueren 10 millones de niños por año antes de cumplir cinco años (Black, Morris & Bryce, 2003). La gran mayoría de estas muertes son de niños que nacieron en países de ingresos bajos y medianos y, dentro de esos países, en las comunidades y los hogares más desfavorecidos (Houweling, 2007). Incluso en los países de altos ingresos como el Reino Unido la mortalidad de menores de un año es más alta en los grupos desfavorecidos (Department of Health, 2007). Hay una necesidad imperiosa de resolver estas inequidades relacionadas con la mortalidad. Otro dato importante es que al menos 200 millones de niños no llegan a desarrollarse plenamente, lo que tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad toda (Grantham-McGregor et al., 2007). La cifra de 200 millones de seguro es una subestimación, dado que se basa en un umbral de pobreza fijado en un ingreso de US\$ 1 por día, pese a que, en realidad, la riqueza tiene un efecto escalonado sobre el desarrollo infantil (ECDKN, 2007a). Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad) y durante el período de educación infantil y posterior sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital (ECDKN, 2007a). Lo mejor para todos los niños, y para la sociedad —de los países ricos y los pobres por igual— sería darles la posibilidad de un buen comienzo en lugar de tener que recurrir a acciones para subsanar las carencias más adelante en la vida. A partir de un programa de acción destinado a mejorar la supervivencia infantil, los gobiernos pueden incorporar mejoras importantes y sostenidas en materia de salud y desarrollo de la población, y también cumplir con las obligaciones que emanan de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, adoptando un enfoque más integral frente al desarrollo en los primeros años de vida (ECDKN, 2007a).

Un enfoque más integral frente al desarrollo en los primeros años de vida

Los estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo encefálico es muy sensible a las influencias externas durante la etapa prenatal y los primeros años de vida, y que sus efectos son permanentes. Las condiciones a las que están expuestos los niños, incluida la calidad de las relaciones y el entorno lingüístico, literalmente “esculpen” el encéfalo en desarrollo (Mustard, 2007). Criar niños saludables significa estimular su desarrollo físico, lingüístico-cognitivo y socioemocional (ECDKN, 2007a). El desarrollo infantil en un contexto saludable durante los primeros años de vida proporciona los elementos básicos que permiten a las personas llevar adelante una vida próspera en diversos ámbitos: en el bienestar social, emocional, cognitivo y físico (ECDKN, 2007a).

La educación, desde el nivel preescolar en adelante, también constituye un elemento fundamental que determina las oportunidades de los niños de gozar de buena salud en el transcurso de la vida. No obstante, pese a los últimos progresos, alrededor de 75 000 000 de niños de edad escolar no concurren a la escuela (UIS, 2008). El nivel educativo deriva en mejores resultados sanitarios, en parte debido a los efectos que tiene sobre el ingreso, el empleo y las condiciones de vida de los adultos (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Bloom, 2007). Asimismo, se observan efectos intergeneracionales muy potentes: el nivel de formación de la madre es un factor que determina la salud, la supervivencia y el nivel educativo de sus hijos (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988).

Muchos de los problemas de la sociedad adulta se originan durante los primeros años de vida, entre otros, las cuestiones de salud pública muy importantes como la obesidad, las cardiopatías y los problemas de salud mental. Las experiencias de la primera infancia también están relacionadas con la delincuencia, las dificultades de lectoescritura y la destreza numérica, y la participación en las actividades económicas (ECFKN, 2007a).

Las desigualdades sociales en los primeros años de vida inciden en la salud a posteriori debido a que afectan al desarrollo de la primera infancia y el nivel educativo. Los niños que nacen en circunstancias de desfavorecimiento tienen mayores probabilidades de tener un peor desempeño en la escuela y, más adelante, como adultos, de percibir un ingreso más bajos y tener más hijos, lo que viene acompañado de una menor capacidad de acción y decisión para proporcionarles una buena atención sanitaria, alimentación y estimulación, limitaciones que contribuyen con la transmisión intergeneracional de las condiciones desfavorables (Grantham-McGregor et al., 2007). Las semillas de la inequidad de género que se observa entre los adultos también se siembran en la primera infancia. La socialización de género y los prejuicios sexistas de los primeros años de vida tienen repercusiones sobre el desarrollo infantil, en particular entre las niñas. Las desigualdades entre los sexos en los primeros años de vida, acrecentada por las relaciones de poder, las normas prejuiciosas y las experiencias de la vida diaria, tienen profundas repercusiones sobre la desigualdad entre los sexos en la vida adulta (ECDKN, 2007a).

Gran parte de la supervivencia y el desarrollo de los niños depende de factores que se tratan en otros capítulos de este informe. En los primeros años, el sistema de atención sanitaria desempeña un papel crucial (ECDKN, 2007a). Las madres y los niños necesitan recibir atención continua, desde antes de quedar embarazadas, durante el embarazo y el parto, y hasta los primeros días y años de vida (WHO, 2005b) (véase el capítulo 9, Atención universal de salud). Es necesario que todos los niños sean registrados al nacer (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). Los niños necesitan crecer en un entorno seguro y saludable: en una vivienda de buena calidad, que tenga acceso al agua potable y a servicios de saneamiento, en un barrio seguro y protegidos contra la violencia (véase el capítulo 6, Entornos saludables para una población sana). La buena alimentación es fundamental y comienza en la fase intrauterina del desarrollo, de modo que es preciso que las madres reciban una nutrición adecuada, lo que subraya la importancia de adoptar una perspectiva que tenga en cuenta todos los momentos de la vida cuando se trata de resolver las inequidades sanitarias (ECDKN, 2007b). Es importante fomentar el inicio de la lactancia en la

primera hora de vida, el contacto físico directo entre la madre y el niño inmediatamente después del parto, la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida y la lactancia continua hasta los dos años de edad, así como garantizar que todos los lactantes y niños pequeños tengan acceso a alimentos saludables mejorando la seguridad alimentaria (PPHCKN, 2007a; Black et al., 2008; Victora et al., 2008).

Aunque no directamente, la supervivencia y el desarrollo infantiles dependen del grado de eficacia y equidad con que están organizados la sociedad, el gobierno y los organismos internacionales (véanse los capítulos 10 y 14, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas; Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse). La equidad de género, que se logra mediante la educación, las actividades generadoras de ingresos y la emancipación de la madre, constituye un factor importante para la supervivencia y el desarrollo del niño (véase el capítulo 13, Equidad de género). Los niños se benefician cuando los gobiernos nacionales adoptan políticas de protección social que tienen en cuenta a la familia con miras a que todos perciban un ingreso suficiente (véase el capítulo 8, Protección social a lo largo de la vida) y a que tanto los progenitores como quienes tienen niños pequeños a su cuidado puedan equilibrar las obligaciones domésticas con las laborales (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). Los líderes políticos deben desempeñar un papel central en la lucha contra las circunstancias que amenazan gravemente el desarrollo de los niños pequeños, entre ellas, la guerra y la violencia, el trabajo infantil y el maltrato (WHO, 2005a). Aun así, las inequidades mundiales en términos de poder influyen en la capacidad de los países pobres en particular para poner en ejecución políticas que optimicen el desarrollo de los niños (ECDKN, 2007a) (véase los capítulos 11, 12 y 15, Financiación equitativa; Responsabilidad del mercado; Una gobernanza mundial eficaz).

Los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector y acogedor. Y necesitan oportunidades para explorar el mundo, para jugar y para aprender a hablar y escuchar a los demás. La escuela, que forma parte del entorno que favorece el desarrollo infantil, tiene una función clave en lo que respecta a crear la capacidad del niño y, si realmente fomenta la inclusión, a lograr la equidad sanitaria. Los programas de desarrollo de la primera infancia bien diseñados pueden ayudar a facilitar la transición de los niños hacia la escuela primaria, lo que redundará en beneficios para la educación posterior (UNESCO, 2006b).

Para crear entornos que propicien el crecimiento infantil es imprescindible generar coherencia entre las políticas de todos los sectores. Los progenitores y quienes tienen niños pequeños a su cuidado pueden hacer mucho en este sentido, pero necesitan el apoyo del gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad toda. La desatención de los niños en todo el mundo transcurre en gran medida bajo la mirada inmutable de los gobiernos. Las organizaciones de la sociedad civil, por tanto, tienen una función importante en lo que respecta a defender la causa y mejorar las condiciones para que los niños se desarrollen en un entorno saludable.

Si bien el entorno tiene una profunda influencia en el desarrollo de la primera infancia, los niños son actores sociales que influyen en

su entorno, a la vez que están influidos por éste (ECDKN, 2007b). Reconocer la relación que existe entre el niño y el entorno tiene implicancias para las intervenciones y las investigaciones, lo que hace evidente la necesidad de reconocer la importancia de dotar a los niños de mayores posibilidades de expresión y de representación (*Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007*).

El desarrollo de la primera infancia fomenta la equidad

Las inversiones en intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de desarrollo de la primera infancia son de las más trascendentes que pueden hacer los países porque reducen las morbilidades crónicas de los adultos, que están en franco aumento, disminuyen los costos para los sistemas judicial y penitenciario, y permiten que más niños se conviertan en adultos sanos que puedan hacer un aporte positivo a la sociedad, tanto en términos sociales como económicos (ECDKN, 2007a; Engle et al., 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Asimismo, pueden constituirse como importantes medidas en fomento de la equidad, dado que las intervenciones tienen efectos más profundos entre los niños más desfavorecidos (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007). Si los gobiernos de los países ricos y pobres actuaran cuando los niños aún son pequeños poniendo en ejecución programas y servicios de calidad encaminados a mejorar el desarrollo de la primera infancia como parte de planes de desarrollo más amplios, obtendrían un rendimiento varias veces superior a la inversión (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Por desgracia, la mayor parte de los cálculos que se realizan sobre las inversiones en el ámbito sanitario y otros sectores no tienen en cuenta los futuros beneficios y otorgan un valor desproporcionado a los beneficios observables en un plazo inmediato a corto.

Si hemos de reducir la inequidad sanitaria en el lapso de una generación, será necesario cambiar el modo de pensar acerca del desarrollo infantil. Es preciso adoptar un enfoque que plasme un entendimiento más integral del desarrollo de la primera infancia, que no sólo comprenda la supervivencia física sino también el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo. Reconocer el papel que desempeñan el desarrollo de la primera infancia y la educación ofrece una gran posibilidad de reducir las inequidades sanitarias en el lapso de una generación y constituye un potente imperativo en favor de la acción durante los primeros años de vida, y en favor de comenzar a actuar de inmediato. La falta de acción tiene efectos perjudiciales que pueden perpetuarse durante varias generaciones.

MEDIDAS PARA LOGRAR UN COMIENZO MÁS IGUALITARIO EN LA VIDA

La Comisión sostiene que los programas de acción política deben incorporar como objetivo principal la adopción de un enfoque integral frente al desarrollo infantil, que no sólo comprenda la supervivencia y el desarrollo físico sino también el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo. Para ello, es preciso compromiso, liderazgo y coherencia entre las políticas internacionales y las nacionales, y, desde luego, un conjunto integral de intervenciones que fomenten el desarrollo de la primera infancia de todos los niños del mundo.

EQUIDAD DESDE EL PRINCIPIO: ÁMBITO DE ACCIÓN 5.1

Considerar de un modo integral los primeros años de vida y poner en ejecución intervenciones que, aprovechando las fortalezas de los programas de supervivencia infantil que ya están en curso, amplíen su alcance para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

Cambios en el esquema mental

La Comisión recomienda que:

5.1. La OMS y el Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas (UNICEF) elaboren un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas destinadas a fomentar el desarrollo de la primera infancia, de modo que los distintos organismos adopten un enfoque integral en esta materia que sirva como base para la acción (véanse las Recomendaciones 15.2 y 16.8).

El desarrollo de los niños pequeños se ve influenciado por intervenciones en distintos sectores, entre los que se cuentan el sector sanitario, el alimentario, el educativo, el laboral y el encargado del abastecimiento de agua potable y los servicios de saneamiento. Asimismo, muchas organizaciones, internas y externas al sistema de las Naciones Unidas, desempeñan una función importante en lo que respecta al desarrollo de la primera infancia: el PNUD, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HÁBITAT), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONU SIDA), el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), así como organizaciones de la sociedad civil. Muchos de estos organismos no se proponen explícitamente el objetivo de mejorar el desarrollo de la primera infancia, pero pueden ejercer una gran influencia, tanto positiva como negativa.

Es preciso elaborar un mecanismo interinstitucional que garantice la adopción de un enfoque integral y coherente en materia de desarrollo de la primera infancia, el que puede tomar diversas formas. Un modelo que puede ser de utilidad es el de los subcomités, tales como el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (SCN) (Recuadro 5.1). Un comité de estas características favorecería

no sólo la cooperación entre los organismos pertinentes de las Naciones Unidas y los actores gubernamentales, sino que también incorporaría a las organizaciones de la sociedad civil y a los grupos de especialistas en desarrollo de la primera infancia (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

Siguiendo el modelo del SCN, las principales actividades del mecanismo interinstitucional podrían comprender: (i) elaborar y aplicar una estrategia intensiva de promoción de la causa y comunicación estratégica, (ii) supervisar e informar acerca del progreso conseguido en materia sanitaria desde el principio para todos los niños, (iii) facilitar la incorporación de la cuestión del desarrollo de la primera infancia en las actividades relacionadas con los ODM, a nivel nacional a través del sistema de coordinación de las Naciones Unidas, (iv) hacer de los derechos humanos —en particular, los derechos de la primera infancia, según están plasmados en la Observación general N° 7 acerca del respeto por los derechos de los niños en la primera infancia (UN, 2006a)— parte integral de la tarea del mecanismo interinstitucional y (v) definir las principales lagunas científicas y operativas (Standing Committee on Nutrition, s.f.,b). En el plano nacional, el grupo interinstitucional puede encargarse de promover un enfoque que fomente la creación de redes integradas destinadas a mejorar las condiciones de desarrollo de la primera infancia conformadas por los encargados de formular políticas, profesionales, investigadores y la sociedad civil con miras a garantizar el acceso libre a las investigaciones y los resultados de las iniciativas y su difusión.

Para garantizar la coherencia entre las políticas nacionales e internacionales en materia de desarrollo de la primera infancia, es preciso que las organizaciones internacionales, en particular la OMS y el UNICEF, se afiancen en su función de liderazgo y fortalezcan su compromiso en este sentido. Dentro de estas organizaciones, hay muchos programas que influyen en el desarrollo infantil, entre los cuales se cuentan los programas sobre la supervivencia infantil, de inmunización, salud reproductiva y VIH/sida. Es fundamental que el desarrollo de la primera infancia sea tenido en cuenta en todos ellos, para lo cual es necesario contar con fondos y personal dedicados a este objetivo, a fin de que:

- Desempeñen una función crucial en la promoción del desarrollo infantil como uno de los principales determinantes sociales de la salud.

RECUADRO 5.1 EJEMPLO DE UN MECANISMO INTERINSTITUCIONAL: EL COMITÉ PERMANENTE DE NUTRICIÓN DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

El mandato del Comité Permanente de Nutrición consiste en promover la cooperación entre los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones asociadas en pro de las iniciativas tanto de las comunidades y los países, como los proyectos regionales e internacionales que tienen como propósito acabar con la malnutrición en todas sus formas en esta generación. Para la consecución de este objetivo, se propone redefinir el destino de las acciones contra la malnutrición en todo el mundo, intensificar su alcance, aportar mayor coherencia y reforzar los efectos de las intervenciones. Asimismo, tiene entre sus objetivos sensibilizar a la ciudadanía acerca de los problemas de nutrición y generar compromiso para resolverlos en el plano mundial, regional y nacional. Este Comité responde a la Junta Directiva del sistema de las Naciones Unidas. Los miembros del sistema de las Naciones Unidas son la

Comisión Económica para África, la FAO, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, la OIT, las Naciones Unidas, el ONUSIDA, el PNUD, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la UNESCO, el UNFPA, el ACNUR, el UNICEF, el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, la Universidad de las Naciones Unidas, el PMA, la OMS y el Banco Mundial. También son miembros el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias y el Banco Asiático de Desarrollo (BASD). Desde el principio, participaron activamente en las actividades de este Comité representantes de asociados bilaterales, así como organizaciones no gubernamentales (ONG).

Reimpreso, con autorización de las Naciones Unidas, extraído de Standing Committee on Nutrition (s.f.,a).

- Brinden el apoyo técnico necesario para que el desarrollo de la primera infancia forme parte del marco político nacional y en el marco internacional en pro del desarrollo (por ejemplo, los Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza [DELP]).
- Brinden apoyo técnico a las regiones, los países y los asociados para que incorporen intervenciones simples en materia de desarrollo de la primera infancia en los servicios sanitarios y las iniciativas comunitarias relacionadas con la salud (por ejemplo, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI] para el Desarrollo; véase el Recuadro 5.7).
- Asuman la responsabilidad de reunir datos acerca de la eficacia de las intervenciones destinadas a mejorar el desarrollo de la primera infancia, en particular aquellas relacionadas con el sistema de atención sanitaria.
- Apoyen a los países para que recopilen datos estadísticos nacionales acerca del desarrollo de la primera infancia y pongan en práctica sistemas de control para vigilar el progreso en este sentido.

Para asegurar la incorporación de un enfoque integral sobre el desarrollo de la primera infancia, es preciso que las organizaciones y los donantes internacionales brinden apoyo a los proyectos gubernamentales en el plano nacional destinados a crear la capacidad y elaborar los mecanismos de financiación para llevar a la práctica dicho enfoque. Es necesario establecer una estrategia de financiamiento mundial que ayude a los países que suscribieron la Convención de los Derechos del Niño a que conviertan en una realidad la Observación general N° 7 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que versa sobre los derechos de los niños en la primera infancia.

Un enfoque integral frente a la primera infancia llevado a la práctica

La Comisión recomienda que:

- 5.2. Los gobiernos elaboren un conjunto integral de programas y servicios de calidad destinados a mejorar las condiciones de desarrollo de la primera infancia que tengan cobertura universal para los niños, las madres y otros cuidadores, independientemente de su capacidad de pago (véanse las Recomendaciones 9.1, 11.6 y 16.1).

Un marco integrado de políticas que fomenten el desarrollo de la primera infancia

La mejor forma de garantizar un inicio saludable para todos los niños consiste en crear un marco integrado de políticas que

favorezcan el desarrollo de la primera infancia, cuyo propósito sea llegar a todos los niños. Para ello, es imprescindible fomentar la coordinación entre los diferentes ministerios y la coherencia entre las políticas, además de articular con claridad las distintas funciones y responsabilidades de cada sector y el modo en que se llevará a cabo la colaboración. Por ejemplo, una mejor colaboración entre el sector de bienestar social y el de educación puede facilitar la transición desde los programas preescolares hacia la educación primaria (OECD, 2001). Es preciso incorporar las cuestiones de desarrollo de la primera infancia en los programas de acción de todos los sectores a fin de garantizar que siempre ocupen un lugar en todos los procesos de toma de decisiones (véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas).

La adopción de un enfoque más integral en materia de desarrollo de los primeros años de vida implica ampliar el alcance de las intervenciones de calidad para mejorar la supervivencia infantil y el desarrollo físico a fin de que incorporen el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo. Los programas y servicios destinados a fomentar el desarrollo de la primera infancia deben comprender, aunque no de manera exclusiva, la promoción de la lactancia materna y la nutrición, apoyo y atención integrales para las madres antes del embarazo, durante la gestación y después del parto —que incluya intervenciones destinadas a tratar problemas de salud mental materna pre y posnatal (Patel et al., 2004) (véase el capítulo 9, Atención universal de salud)— apoyo a las madres, los padres y los cuidadores, servicios de guardería e inicio de la educación en torno a los tres años (véase adelante el ámbito de acción 2) (ECDKN, 2007a). Por otra parte, es preciso adecuar los servicios a los niños que tienen necesidades especiales, tanto mentales como físicas, por ejemplo, mediante programas de detección temprana, capacitación de los cuidadores para que puedan jugar e interactuar con los niños en la casa, intervención temprana en la comunidad para ayudarlos a estimular todo su potencial, y campañas de información y defensa de la causa para prevenir manifestaciones de discriminación contra los niños que padecen alguna discapacidad (UNICEF, 2000; UNICEF, 2007a). Las intervenciones son más eficaces cuando brindan una experiencia de aprendizaje directa a los niños y a quienes están encargados de cuidarlos y son intensivas, de gran calidad y larga duración, están dirigidas a los niños más pequeños y desfavorecidos, y se basan en programas ya existentes encaminados a mejorar la supervivencia y la salud infantiles, para que los programas en favor del desarrollo de la primera infancia sean fácilmente accesibles. (Engle et al., 2007).

RECUADRO 5.2 ESTÍMULO A LA LECTURA EN VOZ ALTA: EXPERIENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Reach Out and Read [Acercarse a la lectura] es una organización estadounidense sin fines de lucro que promueve el alfabetismo a edad temprana entregando libros a los niños y brindando asesoramiento a los padres que acuden al pediatra acerca de la importancia de la lectura en voz alta para el desarrollo infantil y la preparación para la escolaridad. En cada consulta, los médicos y el personal de enfermería alientan a los padres a leerles en voz alta a los niños pequeños y les ofrecen algunos consejos básicos y ayuda teniendo en cuenta la edad de sus hijos. En caso de que los padres tengan dificultades para leer, se los alienta a inventar historias propias a partir de las imágenes de los libros y a pasar tiempo nombrando los objetos junto con sus hijos. Asimismo, entregan a los

niños de entre seis meses y cinco años libros adecuados a su edad para que los conserven. En salas de espera que propician la lectura, a menudo con lectores voluntarios, las madres, los padres y los niños aprenden técnicas para leer juntos y el placer que ello les depara. Las madres y los padres que fueron receptores de esta intervención presentaron una mejor predisposición a leerles a sus hijos y tienen más libros para niños en el hogar. Y lo que es más importante, los niños tuvieron un progreso significativo en la evaluación del desarrollo lingüístico preescolar, lo que constituye un buen factor de predicción del éxito de la alfabetización posterior.

Fuente: ECDKN, 2007a

Para poner en ejecución un marco integrado de políticas orientadas al desarrollo de la primera infancia, es preciso contar con la colaboración de la sociedad civil, las organizaciones, la comunidad y los cuidadores. La sociedad civil puede encargarse de promover la causa y proponer iniciativas en este sentido, y puede resultar de utilidad en el plano local para organizar estrategias que brinden a las familias y los niños servicios reales en pro del desarrollo de la primera infancia, que mejoren la seguridad y la eficacia del entorno donde viven y que aumenten la capacidad de la comunidad local y de las relacionadas para mejorar la vida de los niños (ECFKN, 2007a).

La mayoría de los países no cuenta con un marco de estas características, aunque hay ejemplos de intervenciones de distintas partes del mundo que ilustran las medidas que se pueden tomar.

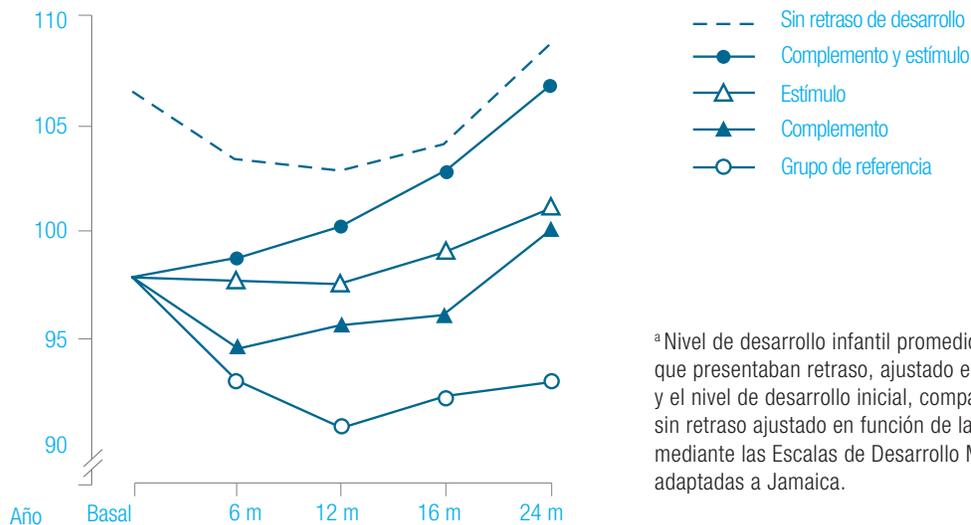
De servicios aislados a servicios integrales

Hay varios modelos que pueden servir para guiar la aplicación de programas y servicios tendientes a mejorar el desarrollo de

los niños pequeños. Algunos se ocupan de un solo problema, como la alfabetización temprana (Recuadro 5.2), mientras que otros tienen una visión más integral (véanse los Recuadros 5.3 y 5.4).

Son particularmente eficaces las intervenciones que incorporan diferentes ámbitos del desarrollo infantil, entre otros, la estimulación (la interacción entre los cuidadores y los niños, que está relacionada con el desarrollo encefálico) y la alimentación (Engle et al., 2007). Por lo general, derivan en una mejora sostenida del desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, a la vez que disminuyen la morbilidad inmediata y futura, en particular entre aquellos más vulnerables y desfavorecidos (ECDKN, 2007a). Los efectos de estas intervenciones aparecen ilustrados en la Figura 5.1, en la que se observa que el desarrollo mental de los niños que presentaban retraso del crecimiento y que recibieron tanto alimentación complementaria como estimulación psicosocial fue casi tan bueno como el de los niños de crecimiento normal (Figura 5.1).

Figura 5.1 Efectos de la combinación de la alimentación complementaria y la estimulación psicosocial en los niños con retraso de desarrollo. Estudio de intervención de dos años de duración realizado en Jamaica.^a



^aNivel de desarrollo infantil promedio (DQ) de los grupos que presentaban retraso, ajustado en función de la edad y el nivel de desarrollo inicial, comparado con un grupo sin retraso ajustado en función de la edad únicamente, mediante las Escalas de Desarrollo Mental de Griffiths adaptadas a Jamaica.

RECUADRO 5.3 UN ENFOQUE INTEGRAL AL PROBLEMA DEL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA: EXPERIENCIA EN JAMAICA

Entre las privaciones abrumadoras que sufren los niños pequeños de las comunidades jamaicanas pobres se encuentran las desventajas derivadas de la pobreza. El Programa Jamaicano para los Niños Desnutridos se ocupa de las necesidades nutricionales y psicosociales de los niños ingresados en el hospital a causa de la desnutrición. El personal hospitalario observó que, antes de comenzar este programa de supervisión en el hogar, muchos niños que se habían recuperado y habían recibido el alta hospitalaria tuvieron que ser reingresados poco después por el mismo problema. Para prevenir estas recaídas, se realizaron visitas domiciliarias de seguimiento para verificar el progreso de los niños dados de alta, durante las cuales el personal encargado se centró en la estimulación que recibía el niño, en los factores ambientales que

podían ser perjudiciales para la salud, en el estado nutricional y en la posible necesidad de alimentación complementaria. Los padres y las madres participan en un programa semanal continuo de capacitación y bienestar social, en el cual se los ayuda a desarrollar capacidades para generar ingresos, iniciar proyectos de autoayuda y encontrar un empleo o una vivienda. Los desempleados también reciben alimentos, ropa de cama y vestimenta. Asimismo, se ha puesto en práctica un programa en las comunidades pobres que incluye estimulación psicosocial con regularidad para los niños menores de tres años, el cual se sustenta en una biblioteca circulante que presta juguetes.

Adaptado, con autorización de la editorial, de Scott-McDonald (2002).

También es posible ofrecer conjuntos de servicios aún más integrales que comprendan intervenciones para mejorar la estimulación, la alimentación, la educación parental y diversas formas de apoyo a la familia (Recuadro 5.3).

Comenzar en los primeros años de vida teniendo en cuenta todo el ciclo vital

Los niños pequeños suelen obtener mayores beneficios de las intervenciones en materia de desarrollo de la primera infancia que los niños más grandes, lo que pone de manifiesto la importancia de poner en ejecución programas y servicios lo antes posible en la vida del niño (Engle et al., 2007). Hay algunos factores que es preciso considerar antes del nacimiento, incluso antes de la concepción. El Recuadro 5.4 ilustra el modo en que pueden tratarse los problemas de desarrollo y nutrición infantiles adoptando una perspectiva que

tenga en cuenta todo el ciclo vital, que incluya a los niños, las embarazadas y las madres en período de lactancia, así como a las adolescentes.

Priorizar la ejecución de intervenciones en los entornos sociales más desfavorecidos

Dentro del marco de acceso universal, prestar especial atención a los grupos sociales y niños más desfavorecidos que presentan retraso en el desarrollo permitirá reducir en gran medida las inequidades en lo concerniente al desarrollo de la primera infancia, sobre todo, porque las intervenciones suelen tener efectos más profundos en estos grupos desfavorecidos (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007).

Por desgracia, los niños de los hogares y las comunidades más pobres generalmente son los que tienen menores probabilidades

RECUADRO 5.4 INICIO DE LAS INTERVENCIONES ANTES DE LA CONCEPCIÓN. SERVICIOS INTEGRADOS PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO: EXPERIENCIA DE LA INDIA

El programa de Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño es uno de los más amplios del mundo en cuanto al desarrollo y la nutrición infantiles, dado que, en la actualidad, está dirigido a más de 30 millones de niños. Entre los servicios que incluye se cuentan la atención de las embarazadas, las madres en período de lactancia y las adolescentes, que, entre otros beneficios, mejoran su acceso a los alimentos. Asimismo, brinda servicios de guardería, educación preescolar, control del crecimiento de los niños desde el nacimiento hasta los cinco años, alimentación complementaria para los niños desnutridos, asistencia para la inmunización infantil y cierto grado de atención sanitaria de urgencia (Engle et al., 2007). Aparentemente, los resultados del

programa son mixtos, puesto que ha conseguido resultados positivos respecto de la malnutrición y el desarrollo motor y mental en algunos estados (Engle et al., 2007; Lokshin et al., 2005). Si bien el objetivo principal era llegar, dentro de cada estado, a las aldeas más pobres, la cobertura es menor y las partidas presupuestarias que destina el gobierno central son más bajas en los estados que presentan un grado mayor de malnutrición infantil (Das Gupta et al., 2005). Una evaluación del Banco Mundial halló “efectos positivos moderados, quizá debido a la escasa financiación, el exceso de trabajo que pesa sobre los agentes comunitarios y una capacitación insuficiente” (Engle et al., 2007).

RECUADRO 5.5 UN PROGRAMA DESTINADO A LAS COMUNIDADES MARGINADAS: EXPERIENCIA EN LAS FILIPINAS

“Un programa puesto en ejecución en las Filipinas brinda servicios de atención sanitaria, alimentación y educación inicial a los niños pequeños de comunidades marginadas. Mediante la participación de varios ministerios a nivel nacional y agentes de extensión y funcionarios especializados en desarrollo infantil a nivel comunitario, el programa permite

supervisar el crecimiento de cada niño; verifica el acceso a sal yodada, micronutrientes, agua potable y un excusado; y brinda asesoramiento a los padres acerca de la nutrición y el desarrollo infantiles.”

Reimpreso con autorización del autor, extraído de UNICEF (2001).

RECUADRO 5.6 SERVICIOS UNIVERSALES EN FAVOR DEL DESARROLLO INFANTIL: EXPERIENCIA EN CUBA

El programa cubano Educa a tu hijo suele ser considerado un factor importante de los logros en materia educativa en el nivel primario (UNICEF, 2001). Puesto en ejecución en 1985, este programa del Ministerio de Educación de Cuba (educación preescolar) es un servicio informal y extrainstitucional centrado en la familia y basado en la comunidad que tiene como propósito fomentar el desarrollo de la primera infancia. Participan de la ejecución los Ministerios de Salud Pública, Cultura y Deportes, la Federación de Mujeres Cubanas, la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, el Comité

Nacional de Defensa de la Revolución y asociaciones estudiantiles. Esta red extendida incluye a 52 000 promotores (docentes, pedagogos, médicos y otros profesionales capacitados), 116 000 agentes (docentes, médicos, personal de enfermería, profesionales jubilados, estudiantes y voluntarios) y más de 800 000 familias. En el transcurso de la década de 1990, el programa fue ampliado, con lo cual en el 2000 llegaba al 99,8% de los niños de 0 a 5 años, lo que probablemente lo convierta en el programa de mayor alcance de todo el mundo.

Fuente: CS, 2007

de acceder a los programas y servicios destinados a mejorar el desarrollo de la primera infancia (UNESCO, 2006b). Cuando se ponen en ejecución nuevas intervenciones, los primeros en beneficiarse suelen ser los que menos las necesitan (Victora et al., 2000; Houweling, 2007). Según parece, tal es el caso del programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia que, una vez puesto en práctica en condiciones convencionales, no llega a los pobres antes que al resto de los niños (PPHCKN, 2007a). Por otra parte, algunos ejemplos, entre otros, el de las Filipinas, ilustran que es factible llegar a los niños desfavorecidos (Recuadro 5.5). Los países que cuentan con recursos limitados deben definir prioridades de modo que los niños más vulnerables gocen de los beneficios antes que el resto, si bien el objetivo a largo plazo debe ser la cobertura universal (ECDKN, 2007a).

Cobertura universal

Un objetivo central de toda intervención orientada a mejorar la calidad del desarrollo de la primera infancia debe ser la cobertura universal (Recuadro 5.6), poniendo especial atención en los que sufren mayores privaciones. Naturalmente, es preciso procurar un acceso igualitario para las niñas y los niños. Los países de ingresos bajos deben luchar por llegar progresivamente a la cobertura universal, comenzando por los más vulnerables. Los gobiernos deben elaborar estrategias para ampliar el alcance de los programas eficaces desde el plano local al nacional sin sacrificar las características que los han hecho efectivos. Es importante mantener la integridad y la responsabilidad en la ejecución de los programas en el plano local, incluso al ampliarlos al ámbito nacional (ECDKN, 2007a).

Aprovechar los programas de desarrollo y salud infantiles ya en curso para facilitar el acceso a las intervenciones centradas en el desarrollo de la primera infancia

Los sistemas de atención sanitaria están en una posición inigualable para contribuir al desarrollo de la primera infancia (véase el capítulo 9, Atención universal de salud). Puesto que hay una superposición entre determinantes subyacentes de la supervivencia y el desarrollo físico por un lado y del desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo por otro, el sistema de atención sanitaria puede ser un espacio eficaz para promover el desarrollo en todos los ámbitos, ya que es el principal contacto de muchas embarazadas y, en muchos casos, los prestadores de atención sanitaria son los únicos profesionales con los cuales las familias entran en contacto durante los primeros años de vida de sus hijos (ECDKN, 2007a). Los sistemas de atención sanitaria pueden servir a los padres como fuente de información y apoyo en lo que respecta al desarrollo de la primera infancia, ya que pueden conectar a los niños y su familia con servicios ya existentes en la comunidad.

Cuando los programas y servicios que se proponen mejorar el desarrollo de la primera infancia se tornan en componentes integrados a los servicios de atención sanitaria ya establecidos, como es el caso de la AIEPI (Recuadro 5.7), pueden ser una forma muy eficaz de promover el desarrollo de la primera infancia (ECDKN, 2007a).

Revertir las desigualdades entre los sexos

Un aspecto importante de la calidad de los programas y servicios encaminados a mejorar el desarrollo de la primera infancia es la promoción de la equidad de género. La socialización de género desde los primeros años, el aprendizaje de la función cultural asignada a cada sexo y las normas que diferencian lo “masculino” de lo “femenino” pueden tener profundas repercusiones para toda la vida. Por ejemplo, es probable que se exija a las niñas que cuiden de sus hermanos y hermanas menores, obligación que puede impedirles concurrir a la escuela. Los programas de educación preescolar que se ocupan de los niños pequeños pueden ayudar a resolver este problema.

Una estrategia importante en lo que respecta a fomentar la socialización positiva de género para los niños y las niñas desde la primera infancia consiste en poner en ejecución programas de parentalidad que sean culturalmente relevantes, sensibles a la cuestión de género y adecuados al desarrollo del niño (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003). El objetivo de estos programas es crear conciencia entre las madres, los padres y los encargados del cuidado de los niños acerca de su papel en el desarrollo de la autoestima y confianza de los niños en su calidad de varón o mujer desde el principio de la vida. Las expectativas sesgadas en cuanto al género que presentan los niños y las niñas pueden conversarse en las reuniones grupales con los padres y las madres, así como con otros cuidadores y docentes preescolares.

Otra estrategia importante para mejorar la salud y el desarrollo infantiles y, al mismo tiempo, la equidad de género, consiste en incorporar a los padres en la crianza de sus hijos desde el nacimiento. Los padres pueden disfrutar de su paternidad a la vez que establecen con sus hijos una relación positiva y gratificante, y pueden representar un ejemplo tanto para sus hijas como para sus hijos. Los programas de parentalidad aplicados en, por ejemplo, Bangladesh, el Brasil, Jamaica, Jordania, Sudáfrica, Turquía y Viet Nam incluyen actividades específicas para que los padres tengan una participación más activa en la crianza de sus hijos (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

Fomentar la participación de la comunidad

La participación de la comunidad, es decir, las madres, las abuelas y otras personas encargadas del cuidado de los niños, es fundamental para garantizar la sustentabilidad de las acciones en favor del desarrollo de la primera infancia, lo que implica que participen en la elaboración,

RECUADRO 5.7 INCORPORACIÓN DEL CONCEPTO DE DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA EN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA YA EN CURSO

Junto con el UNICEF, la OMS ha elaborado una intervención especial en favor del desarrollo de la primera infancia, *Care for Development* [Atención al desarrollo], pensada para ser incorporada en los programas de AIEPI ya en curso. Esta intervención tiene como objetivo crear mayor conciencia entre los padres, las madres y los cuidadores acerca de la importancia del juego y la comunicación con los niños brindándoles información y capacitación durante las consultas médicas al pediatra. Los datos demuestran que es un método eficaz de alentar los esfuerzos de los padres, las madres y los cuidadores por propiciar un entorno

estimulador para sus hijos, pues aprovecha las capacidades con las que ya cuentan. A su vez, se pide a los profesionales sanitarios que consideren todas las consultas pediátricas por enfermedades agudas menores una oportunidad para divulgar el objetivo de esta iniciativa: por ejemplo, la importancia de una alimentación activa y responsable para mejorar la nutrición y el crecimiento del niño, y la importancia del juego y las actividades de comunicación para ayudar a los niños a pasar a las siguientes etapas de su desarrollo.

Fuentes: ECDKN, 2007a; WHO, s.f.,d

la ejecución, la supervisión y la revisión de las políticas, los programas y los servicios encaminados a mejorar el desarrollo de la primera infancia. Esta participación puede generar un propósito compartido y un consenso respecto de los resultados obtenidos en relación con las necesidades de la comunidad, fomentar la cooperación entre la comunidad, los prestadores, los progenitores y las personas encargadas del cuidado de los niños, y mejorar la capacidad de la comunidad mediante la participación activa de las familias y otras partes interesadas (ECDKN, 2007a). El Recuadro 5.8 describe un proyecto de desarrollo de la primera infancia realizado en la República Democrática Popular Lao, que estuvo en manos de la comunidad en todas las fases, desde la definición de las necesidades hasta la puesta en ejecución. La participación de la comunidad y las intervenciones que están a cargo de la comunidad no absuelven a los gobiernos de asumir su responsabilidad a este respecto, sino que pueden garantizar una relación más estrecha entre el gobierno, los prestadores, la comunidad y los cuidadores (ECDKN, 2007a) (véase el capítulo 14, Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse).

El alcance de la educación

Aunque la Comisión no se ha ocupado de investigar el aspecto educativo a través de una red experta específica, su labor ha hecho surgir algunos problemas generales que merecen atención. La Comisión es consciente de la importancia fundamental que tiene la

educación en lo que respecta a la equidad sanitaria. Entendemos que la educación, tanto formal como informal, es un proceso que comienza en el nacimiento y se prolonga durante toda la vida. El tema central de este apartado es la educación, desde el nivel preescolar hasta el final de la secundaria, en particular la necesidad de ampliar el enfoque integral en materia educativa a fin de incorporar las cuestiones de desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo del niño.

La Comisión recomienda que:

5.3. Los gobiernos brinden una educación de calidad que tenga en cuenta el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo desde la etapa preescolar.

En todos los países, los niños, en particular los de las comunidades más pobres, obtendrían un gran beneficio si se pusieran en práctica programas de educación temprana. Parte de la estrategia Educación para Todos de la UNESCO consiste en ampliar y mejorar los programas de guardería y educación de la primera infancia (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). La Comisión apoya los objetivos de la UNESCO plasmados en la estrategia Educación para Todos (resumidos en el Recuadro 5.9).

Ofrecer educación preescolar de calidad

A fin de facilitar a todos los niños el acceso a una educación preescolar de calidad, que adopte los principios de desarrollo de la primera

RECUADRO 5.8 CREACIÓN DE PLANES EDUCATIVOS EN FAVOR DEL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA EN LAS ALDEAS: EXPERIENCIA EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

El Proyecto de Desarrollo de la Mujer tenía como objetivo promover varias iniciativas de desarrollo de la mujer en cinco provincias de Lao. Tras cinco años, los problemas de desarrollo infantil despertaron el interés de la comunidad y se determinó la necesidad de tratarlos más directamente, lo que dio origen al Proyecto de Desarrollo de la Primera Infancia y la Familia. En el marco de este proyecto, se organizaron talleres en las aldeas como método inicial para elaborar y poner en ejecución las iniciativas. La planificación de iniciativas en las aldeas derivó en acuerdos acerca de las necesidades y los objetivos, brindó más datos acerca del esquema general, proporcionó un panorama de los recursos y las limitaciones, permitió planificar las actividades, estableció el comité específico del proyecto y

definió los criterios de selección de los voluntarios. El proceso de elaboración del plan educativo para la comunidad se centró en la participación local para crear un plan que pudiese adaptarse a las necesidades particulares de distintos grupos étnicos. El proceso se centró en la recolección de datos y la evaluación de las necesidades en las aldeas. Por otra parte, el análisis del conocimiento tradicional sirvió de base para la elaboración del plan. Una de las actividades destacables fue un acuerdo de compromiso firmado por los miembros de la aldea y el comité de desarrollo de la aldea, que se basó en un marco de derechos del niño e incluyó medidas que podían tomarse de inmediato a la espera de la ayuda externa que era necesaria.

Fuente: ECDKN, 2007a

PRESTACIÓN Y ALCANCE DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS: ÁMBITO DE ACCIÓN 5.2

Ampliar la prestación y el alcance de los servicios educativos de modo que incorporen los principios de desarrollo de la primera infancia (desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo).

RECUADRO 5.9 OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA EDUCACIÓN PARA TODOS DE LA UNESCO

Extender y mejorar los servicios de guardería y educación de la primera infancia.

Lograr que la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos sea una realidad antes del 2015.

Garantizar el acceso igualitario a programas de educación y preparación para la vida activa.

Mejorar la tasa de alfabetización de adultos un 50%.

Suprimir las disparidades de género en la educación primaria y la secundaria antes del 2005 y en todos los niveles antes del 2015.

Mejorar la calidad de la educación.

Fuente: UNESCO, 2007

infancia y hacer todo lo posible por incluir a aquéllos que provienen de entornos desfavorecidos en lo social, es preciso un compromiso de las más altas esferas gubernamentales y de los ministerios responsables del cuidado y la educación de los niños pequeños. Asimismo, es necesario un trabajo conjunto entre los sectores sanitario y educativo, y un examen de los servicios de educación preescolar a partir de datos recabados mediante encuestas a las familias, las comunidades, las organizaciones civiles y no gubernamentales, y los educadores preescolares a fin de determinar las necesidades en materia educativa de la primera infancia y elaborar una estrategia integral. Entre otros aspectos, la elaboración de una estrategia en este sentido debe constar de lo siguiente: la magnitud del financiamiento, la infraestructura (las instalaciones y los servicios), el apoyo a los niños con necesidades educativas especiales, la proporción de educadores en función del número de niños, los procesos de búsqueda e incorporación de personal, el apoyo y la capacitación del personal, y las características del programa de educación preescolar.

Educación primaria y secundaria de calidad

Cada vez surgen más datos que corroboran que incorporar contenidos de integración social y emocional en los planes educativos de las escuelas primarias y secundarias, sin descuidar el desarrollo físico y cognitivo-lingüístico, mejora la asistencia de los niños a la escuela y los logros educativos (CASEL, s.f.) y podría tener beneficios a largo plazo para la salud. El aprendizaje social y emocional forma parte de un concepto más amplio que es el de preparación para la vida activa y que, a su vez, está incluido en la definición de “educación de calidad” del UNICEF (UNICEF, s.f.,b). Los objetivos de la estrategia Educación para Todos comprenden el acceso igualitario a la preparación para la vida activa como una necesidad básica de aprendizaje para los jóvenes, que puede ser satisfecha tanto por el sistema educativo formal como no formal (UNESCO, 2007a). La Comisión considera que prestar más atención a la educación en materia de preparación para la vida activa en todos los países es un modo de apoyar los comportamientos saludables y dotar a los jóvenes de capacidad de decisión y acción en lo que respecta a su propia vida. El UNICEF ha puesto de relieve la importancia de adoptar un enfoque integral frente a la educación de calidad que satisfaga las necesidades de los estudiantes y respete la equidad de género, así como el carácter central de dotar a los jóvenes de habilidades para desenvolverse

en la vida activa para avanzar en la prevención del VIH y el sida (UNICEF, s.f.,c).

Las escuelas saludables constituyen la base de la iniciativa Concentración de Recursos en la Sanidad Escolar (FRESH Start) (Partnership for Child Development, s.f.), estrategia conjunta de la OMS, el UNICEF, la UNESCO, el Banco Mundial y otras entidades asociadas, cuyo objetivo es coordinar las acciones encaminadas a convertir las escuelas en entornos saludables y mejorar la calidad y la equidad educativas, a fin de crear escuelas que propicien el desarrollo infantil (Recuadro 5.11).

Es posible elaborar intervenciones innovadoras adecuadas al contexto particular del entorno escolar que tengan como objetivo resolver los problemas sanitarios a los que se enfrentan los jóvenes. Por ejemplo, el programa australiano MindMatters (Curriculum Corporation, s.f.) fue concebido para promover la salud mental en las escuelas y, en los Estados Unidos de América, el Programa de Acción en Pro de los Niños Saludables se ocupa de la epidemia de obesidad que cada vez afecta a más niños (Action for Healthy Kids, 2007). Estos programas demuestran que es posible tratar los problemas sanitarios en el entorno escolar elaborando iniciativas que abarquen a todos los sectores y cuenten con la participación de distintas organizaciones gubernamentales y ONG. También, partiendo del mismo enfoque, es posible concebir programas extraescolares aplicables al ámbito no formal para lograr objetivos similares.

Obstáculos en el acceso a la educación

La Comisión recomienda que:

- 5.4 Los gobiernos garanticen una educación primaria y secundaria obligatoria de calidad para todos los niños y las niñas, independientemente de la capacidad de pago, definan y eliminen los obstáculos que impiden a los niños y las niñas matricularse y permanecer en la escuela, y supriman los aranceles en la escuela primaria (véanse las Recomendaciones 6.4 y 13.4).**

Algunos de los obstáculos que se interponen entre los niños y una buena educación son los problemas de acceso al sistema educativo y la calidad y la aceptabilidad de la educación. En muchos países, pero en particular en los de bajos ingresos, son los niños de las familias que perciben bajos ingresos, hijos de personas que carecen de educación,

RECUADRO 5.10 INICIATIVAS DE DISTINTOS PAÍSES RESPECTO DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR

En Chile, la expansión de la educación preescolar a los niños de grupos sociales desfavorecidos comenzó con una medida de extensión para los niños de 5-6 años, luego de 4-5 años y luego de 3-4 años. Este programa se centra en combinar una educación de calidad con la protección, la nutrición y la atención social del niño y de toda su familia (JUNJI, s.f.).

En Suecia, la expansión de la educación preescolar fue lograda a través del compromiso gubernamental de poner el énfasis en el juego, las estrategias naturales de aprendizaje y el desarrollo integral. El objetivo de esta política fue incorporar este enfoque educativo integral en todos los niveles del sistema educativo (Choi, 2002).

RECUADRO 5.11 ESCUELAS ADAPTADAS A LA NIÑEZ

El UNICEF ha elaborado un marco que promueve las escuelas adaptadas a la niñez, el que se sustenta en un enfoque educativo basado en los derechos de los niños. En virtud de este marco, las escuelas deben crear un entorno de aprendizaje seguro, saludable y sensible a las cuestiones de género, en el que participen los progenitores y la comunidad

toda y se brinde una educación de calidad y preparación para la vida activa. Ya son más de 90 países los que están aplicando o elaborando este modelo o modelos similares y 54 los países que lo adoptaron como parámetro de calidad educativa.

Fuente: UNICEF, s.f.,d

los que tienen menos posibilidades de asistir a la escuela y los que más probablemente pasen a las filas de la deserción escolar. El alivio de la pobreza y las actividades generadoras de ingresos (que se describen en los capítulos 7 y 8, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; Protección social a lo largo de la vida), en conjunto con medidas que reduzcan el gasto directo que le significa a la familia enviar a los hijos a la escuela, comprar libros de texto y uniformes, y otros gastos, constituyen elementos clave de toda estrategia destinada a convertir en realidad el acceso a una educación de calidad para millones de niños.

Los distintos países aplican diversas políticas que tienen como objetivo alentar a las familias a enviar a los niños a la escuela, entre otras, brindar comidas gratuitas o subsidiadas en la escuela (Bajpai et al., 2005) y entregar incentivos en efectivo con la condición de que los niños asistan a la escuela, suprimir los aranceles escolares (Glewwe, Zhao & Binder, 2006), y entregar comprimidos antihelmínticos gratuitos o poner en práctica otras intervenciones sanitarias, como es el caso de la Iniciativa de Salud Escolar llevada a cabo en Malawi (Pasha et al., 2003). Es preciso efectuar análisis adecuados a cada contexto a fin de definir los obstáculos que enfrentan los niños para acceder a la educación y concebir y evaluar políticas que alienten a sus padres a inscribirlos en la escuela y continuar con la escolaridad.

Los gobiernos nacionales deben efectuar una inversión cuantiosa: asignar partidas financieras suficientes para mejorar la infraestructura escolar, efectuar la búsqueda y contratación de personal, impartir capacitación y remunerar al personal, además de comprar material educativo. Para que los países de ingresos bajos y medianos puedan cumplir con este objetivo, es preciso que los países donantes cumplan con los compromisos contraídos en materia de ayuda (véase el capítulo 11, Financiación equitativa). Según estimaciones, es necesario un financiamiento externo anual de alrededor de US\$ 11 000 millones para cumplir con los objetivos de la estrategia Educación para Todos (UNESCO, 2007a).

Impartir educación a las niñas

Es preciso tomar medidas especiales para garantizar la educación primaria y secundaria de las niñas, en particular de las que viven en países de bajos ingresos (UNESCO, 2007a, Levine et al.,

2008). La supresión de los aranceles escolares en la educación primaria es una medida fundamental. En respuesta a los problemas aún vigentes en materia de equidad de género en el ámbito educativo, el Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sobre Educación y Equidad de Género definió la necesidad de reforzar las oportunidades de acceso a la educación secundaria para las niñas y, simultáneamente, garantizar la educación primaria universal como medio fundamental para lograr el ODM 3: promover la igualdad entre los sexos y la emancipación de la mujer (Grown, Gupta & Pande, 2005)

Las estrategias orientadas al objetivo de promover la educación secundaria para las niñas comprenden ampliar el acceso al sistema educativo y reducir la deserción escolar. Entre las intervenciones que tienen como objetivo mejorar el entorno físico y social (Rihani, 2006) se cuentan construir excusados o letrinas funcionales para las niñas y las docentes, y crear un entorno seguro para las niñas (WHO, 2005a) incorporando códigos de conducta y garantizando su cumplimiento. En lo atinente a mejorar la relevancia y la calidad de la enseñanza (Rihani, 2006), las medidas comprenden la capacitación de los docentes y la reforma de los planes de estudio con el fin de reducir la inequidad de género, y la incorporación de ámbitos en los que las niñas puedan participar de las decisiones acerca de su educación. Asimismo, otras intervenciones de utilidad comprenden las becas destinadas a las niñas, como es el caso del Programa de Ayuda para Alumnas de Escuelas Secundarias de Bangladesh (WGEKN, 2007; SEKN, 2007) y los programas que se ocupan

La primera infancia ofrece inmensas oportunidades de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. La importancia que tienen el desarrollo y la educación de la primera infancia para la salud a lo largo de la vida constituye un potente imperativo para comenzar a actuar de inmediato. La falta de acción tendrá efectos perjudiciales que pueden perpetuarse durante varias generaciones. Es preciso adoptar un enfoque que plasme un entendimiento más integral del desarrollo de la primera infancia, que no sólo comprenda la supervivencia física sino también el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo. Este enfoque debe estar incorporado en todos los niveles de enseñanza.

RECUADRO 5.12 SUPRESIÓN DE LOS ARANCELES ESCOLARES: EXPERIENCIA EN KENYA

Cuando Kenya suprimió los aranceles escolares en el 2003, hubo un ingreso inmediato de 1 300 000 niños en el sistema escolar, fenómeno que significó un gran problema para la infraestructura y el personal de las escuelas. Desde el 2002,

la matrícula escolar aumentó un 28% y el número total de docentes, sólo el 2,6% entre el 2002 y el 2004; en algunas zonas esta relación ascendió a un docente cada 100 alumnos.

Source: Chinyama, 2006

RECUADRO 5.13 NECESIDAD DE BRINDAR UNA EDUCACIÓN DE CALIDAD: EXPERIENCIA EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

La tasa de fecundidad total del África subsahariana es de 5,5 (UNDP, 2007), y Níger y Uganda tienen tasas particularmente altas (Níger, 7,4; Uganda, 6,7). Cerca del 44% de la población total de los países de la región es menor de 15 años, a diferencia de lo que sucede en los países de altos

ingresos de la OCDE, en los que aproximadamente el 18% de la población tiene esa edad. Con tantos niños en edad escolar, algunos países de esta región enfrentan problemas particulares para garantizar una educación de buena calidad para todos.

CAPÍTULO 6

Entornos salubres para una población sana

“La urbanización veloz y desorganizada se acompaña de un aumento de las desigualdades que plantean enormes problemas de seguridad y protección para las personas”

Anna Tibaijuka, Directora Ejecutiva de ONU-HÁBITAT (UN-HABITAT, 2007b)

LA IMPORTANCIA DEL LUGAR PARA LA EQUIDAD SANITARIA

El lugar donde viven las personas incide en su salud y en sus posibilidades de tener una vida próspera. Para lograr la equidad sanitaria, es esencial que las comunidades y los barrios tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, hayan sido concebidos para promover el bienestar físico y psicológico, y protejan el medio ambiente.

Crecimiento de los entornos urbanos

El 2007 representó un hito demográfico histórico: la mayoría de los habitantes del planeta vivía en entornos urbanos (WorldWatch Institute, 2007) y casi mil millones vivían en condiciones peligrosas para la salud en barrios de chabolas³ y asentamientos informales. Se prevé que, hacia el 2010, 3480 millones de personas de todo el mundo vivirán en entornos urbanos. El crecimiento de las “megaciudades”, que son aglomeraciones urbanas masivas de 10 millones de habitantes o más, es una cuestión importante para la situación sanitaria mundial y la equidad sanitaria, pero el problema más importante que enfrentará el mundo del futuro será el crecimiento de alrededor de 500 ciudades “pequeñas” en las que viven entre 1 y 10 millones de personas, que ya presentan un crecimiento urbano descontrolado.

Las regiones del mundo en las que viven las poblaciones urbanas de crecimiento más rápido también son las que tienen la mayor proporción de habitantes de barrios de chabolas (Tabla 6.1). Los datos obtenidos en torno al 2003 revelan que casi la mitad de todos los habitantes de los entornos urbanos de regiones en desarrollo viven en estos barrios, y la proporción aumenta a cuatro de cinco en los países más pobres. Sin embargo, los barrios de chabolas no son sólo un problema de los países de ingresos bajos y medianos, ya que también viven en estos barrios el 6% de los habitantes de entornos urbanos de las regiones de altos ingresos.

En Nairobi, donde el 60% de la población urbana vive en barrios de chabolas, la mortalidad infantil en estos barrios es 2,5 veces superior a la de otras zonas de la ciudad.

En los barrios de chabolas de Manila, hasta el 39% de los niños de entre 5 y 9 años ya están infectados con tuberculosis, lo que representa el doble de la incidencia promedio del país.

El éxodo desde los entornos rurales a los urbanos

Si bien se observa un predominio demográfico de los entornos urbanos en todo el mundo, el equilibrio entre el hábitat rural y el hábitat urbano varía enormemente de un país a otro. Así, por ejemplo, en Burundi o Uganda, el hábitat urbano representa menos del 10%, mientras que en Bélgica, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Kuwait y Singapur alcanza el 100% o está cerca de ese porcentaje. La aplicación de políticas y pautas de inversión basadas en un modelo de crecimiento eminentemente urbano (Vlahov et al., 2007) ha generado una progresiva falta de inversión en infraestructura y servicios en las comunidades rurales de todo el planeta, incluso en las indígenas (Indigenous Health Group, 2007). Ello ha dado lugar a tasas de pobreza desproporcionadas y ha creado condiciones de vida deficientes (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), que finalmente han derivado en el éxodo hacia centros urbanos desconocidos. Este fenómeno, en combinación con el crecimiento demográfico y el estancamiento de la productividad agrícola, generó en el África subsahariana uno de los índices más altos del mundo de crecimiento urbano entre las décadas de 1960 y 1990 (140%), lo que ocasionó un éxodo desde los entornos rurales a los urbanos de alrededor de la mitad de ese porcentaje (Barrios et al., 2006). Estas importantes desigualdades en detrimento de las condiciones de vida de los entornos rurales, determinan la inequidad sanitaria evidente que se observa entre los habitantes de los entornos rurales y los urbanos de muchos países de bajos ingresos (Houweling et al., 2007).

Vulnerabilidad en los entornos urbanos

En consonancia con la dirección del crecimiento urbano actual, se prevé un envejecimiento de la población urbana, lo que ocasionará un mayor crecimiento urbano descontrolado y un número mayor de personas en situación de pobreza, habitantes de barrios de chabolas y asentamientos de ocupantes ilegales (Campbell & Campbell, 2007). La proporción de adultos mayores que residen en las ciudades de los países de altos ingresos es casi igual a la de los grupos más jóvenes y se prevé que crezca al mismo ritmo, en tanto que, en los países de ingresos bajos y medianos, la proporción de personas mayores que viven en comunidades urbanas se multiplicará por 16, de alrededor de 56 millones en 1998 a más de 908 millones en el 2050 (WHO, 2007d). Asimismo, las personas discapacitadas son vulnerables a las condiciones que representan una amenaza para la salud, en particular en las zonas urbanas, debido a la alta densidad demográfica, el hacinamiento, la infraestructura inadecuada y la falta de apoyo social (Frumkin et al., 2004)

“El calentamiento global intensificará el ciclo del agua y elevará el nivel del mar, lo que influirá sobre muchos de los determinantes fundamentales de la riqueza y el bienestar, entre otros, el abastecimiento de agua, la producción de alimentos, la salud humana, la disponibilidad de la tierra y el medio ambiente.” (Stern, 2006)

³ La definición general de “barrio de chabola” que da ONU-HÁBITAT es la siguiente: un conjunto diverso de asentamientos de bajos ingresos o malas condiciones de vida”. Por lo general, estos asentamientos tienen cuatro características: construcciones de mala calidad; hacinamiento (por ejemplo, respecto del número de personas por habitación); habilitación insuficiente de infraestructura y servicios; bajo precio en comparación con el resto de los barrios. Muchos de estos barrios también presentan una quinta característica —inseguridad— debido a ciertos aspectos relacionados con la legalidad (en particular para los ocupantes ilegales) o la falta de protección legal para los habitantes (los que pagan alquiler por su vivienda).

El actual modelo de urbanización plantea importantes problemas ecológicos, en particular el cambio climático, que tienen repercusiones más profundas en los países de ingresos bajos y entre los grupos de población vulnerables (McMichael et al., 2008; Stern, 2006) (Figura 6.1). En la actualidad, las emisiones

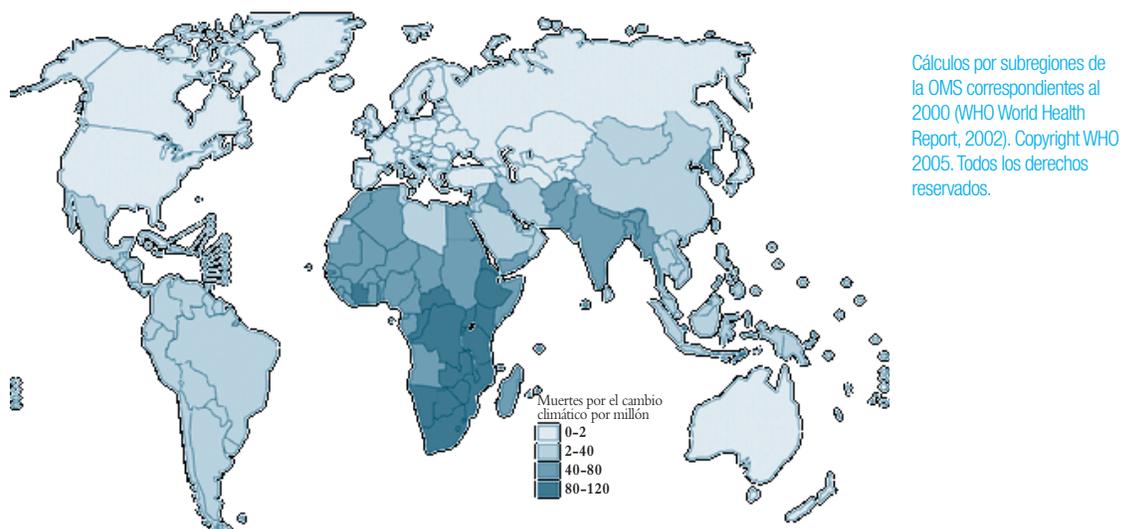
de gases que provocan el efecto invernadero son, principalmente, consecuencia de las pautas de consumo de las ciudades de los países desarrollados, pero el rápido desarrollo de las regiones más pobres y la urbanización conexas no sólo torna a los países de ingresos bajos y medianos más vulnerables a los riesgos sanitarios que se derivan del

Tabla 6.1 Hogares de entornos urbanos y barrios de chabolas, en torno al 2003

	Población urbana total (en millones)	Porcentaje de población urbana respecto del total	Población de barrios de chabolas (en millones)	Porcentaje de población de barrios de chabolas respecto del total urbano
World	2923	47,7%	924	31,6%
Regiones desarrolladas	902	75,5%	54	6,0%
Europa	534	73,6%	33	6,2%
Otras	367	78,6%	21	5,7%
Regiones en desarrollo	2022	40,9%	870	43,0%
Norte de África	76	52,0%	21	28,2%
África subsahariana	231	34,6%	166	71,9%
America Latina y el Caribe	399	75,8%	128	31,9%
Asia oriental	533	39,1%	194	36,4%
Asia oriental menos la China	61	77,1%	16	25,4%
Asia centromeridional	452	30,0%	262	58,0%
Asia sudoriental	203	38,3%	57	28,0%
Asia occidental	125	64,9%	41	33,1%
Oceanía	2	26,7%	0	24,1%
Países en transición	259	62,9%	25	9,6%
Comunidad de Estados Independientes	181	64,1%	19	10,3%
Otros estados europeos	77	60,3%	6	7,9%
Países menos desarrollados	179	26,2%	140	78,2%

Datos de ONU-HÁBITAT correspondientes al 2003 y otros datos de las Naciones Unidas: reproducidos de KNUS (2007.).

Figura 6.1 Muertes provocadas por el cambio climático.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de WHO (2005e).

cambio climático sino que también éstos pasan a formar parte del origen del problema (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007).

Los medios de transporte y los edificios contribuyen el 21% de las emisiones de CO₂, que representan uno de los factores determinantes del cambio climático (IPCC, 2007). La agricultura rural también plantea un problema importante: los cultivos, que alimentan a los habitantes de los entornos rurales y urbanos por igual, dependen en gran medida de las condiciones climáticas imperantes. En todo el mundo, la actividad agrícola emite un quinto de los gases que provocan el efecto invernadero (McMichael et al., 2007).

Un nuevo concepto de salud para los entornos urbanos

Si bien las enfermedades infecciosas y la desnutrición persistirán en algunas regiones del mundo y entre determinados grupos de población, la urbanización en sí misma está modificando los problemas de salud de la población, en particular entre los pobres de los entornos urbanos, ya que se observa una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, traumatismos por accidentes, alcoholismo y drogadicción, además de los efectos derivados de las catástrofes ecológicas (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001).

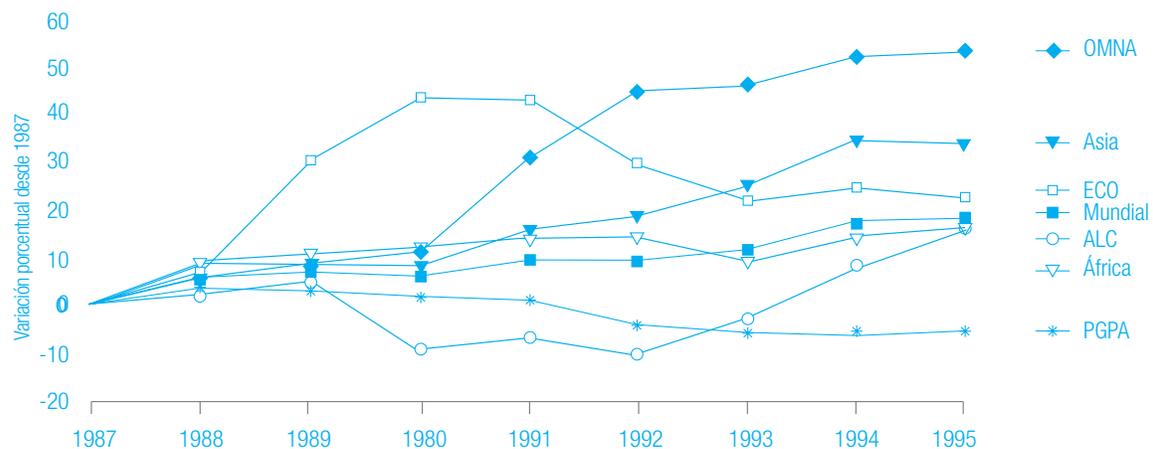
La obesidad es uno de los problemas más complejos que han surgido en los últimos dos decenios. Es un problema urgente, sobre todo entre los grupos sociales desfavorecidos de muchas ciudades de todo el mundo (Hawkes et al., 2007; Friel, Chopra & Satcher, 2007). El cambio que se observa en el peso promedio de la población, que tiende hacia la obesidad, obedece a la “transición nutricional”—es decir, al mayor consumo de grasas, edulcorantes, alimentos hipercalóricos y muy elaborados—la que, combinada con una disminución importante del gasto de energía, seguramente sea uno de los factores causales de la epidemia mundial de obesidad. La transición nutricional suele comenzar en las ciudades, en parte a causa de diversos factores, tales como la mayor disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la adquisición de alimentos en grandes cantidades, de alimentos de fácil preparación y de macroporciones (Dixon et al., 2007). La actividad física está enormemente determinada por la planificación urbana que define la densidad residencial, los diversos usos de la tierra, el grado en que las calles están conectadas y la posibilidad de caminar de un lugar

a otro, y la habilitación de instalaciones y espacios públicos locales para la recreación y el juego, además de la facilidad de acceso a ellos. Cada una de estas circunstancias, sumada a la creciente dependencia de los autos, determinan la tendencia a la inactividad física en los países de ingresos altos y medianos (Friel, Chopra & Satcher, 2007).

La violencia y la delincuencia son problemas importantes que inciden en la situación sanitaria de los entornos urbanos. De las 1 600 000 muertes anuales que ocasionan los hechos violentos en todo el mundo (incluidas las causadas por conflictos armados y suicidios), el 90% suceden en los países de ingresos bajos y medianos (WHO, 2002a). En los asentamientos informales de las grandes ciudades, se observa una prevalencia importante de la exclusión social y la violencia (Roberts & Meddings, 2007). En las ciudades norteamericanas y europeas, y cada vez más en las ciudades de otros países de ingresos altos, la violencia y la delincuencia se han ido concentrando en los barrios de los entornos urbanos, en particular de los extensos barrios populares de los suburbios. El alcoholismo es responsable de las lesiones y los hechos violentos en los países de ingresos bajos, medianos y altos: las cifras de la OMS permiten calcular que, del gran número de muertes asociadas al alcoholismo en todo el mundo, el 32% es producto de lesiones accidentales y el 14%, de lesiones intencionales (Roberts & Meddings, 2007). La mayor carga mundial de morbilidades secundarias al alcoholismo se registra en la ex Unión Soviética y en Asia central, donde llega al 13% de la carga de morbilidad total (PPHCKN, 2007b).

Las zonas urbanas son, a las claras, las más afectadas por los accidentes de tránsito y la contaminación del aire por emisiones de los medios de transporte automotor: aproximadamente 800 000 muertes al año son producto de la contaminación ambiental y 1 200 000 son secundarias a accidentes de tránsito (Roberts & Meddings, 2007; Prüss-Üstün & Corvalán, 2006). La disminución de la mortalidad por accidentes de tránsito que se registró entre 1987 y 1995 en los países que tienen un amplio parque automotor (Figura 6.2) ofrecen esperanza a otros países en los que el parque automotor está en franco aumento, lo que ilustra la eficacia de iniciativas políticas tales como el reordenamiento del tránsito, la inclusión de más elementos de seguridad en el diseño de los caminos y de los automotores, y un modo más seguro de conducir debido a, por ejemplo, la obligación de

Figura 6.2 Muertes provocadas por el cambio climático.



ALC: América Latina, Central y el Caribe; ECO = Europa central y oriental; OMNA = Oriente Medio y norte de África; PGPA = países con gran parque automotor: América del Norte, Australia, Nueva Zelanda, el Japón y Europa occidental;

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Jacobs et al. (2000).

usar el cinturón de seguridad y la penalización a quienes conducen pese a haber consumido alcohol.

Se ha atribuido alrededor del 14% de la carga de morbilidad mundial a los trastornos neuropsiquiátricos, en su mayoría causados por depresión y otros trastornos mentales frecuentes, el alcoholismo y la drogadicción, y las psicosis (Prince et al., 2007). Se prevé un aumento de la carga de la depresión mayor, lo que la convertirá, en el 2030, en la segunda causa de la disminución de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, por lo que entrañará un problema sanitario importante en los entornos urbanos.

Estos nuevos problemas sanitarios, que se observan en países que tienen diferente nivel de preparación en términos de infraestructura y sistema sanitario, plantean problemas significativos en cuanto a la equidad sanitaria en el siglo XXI. La disminución de la mortalidad y la morbilidad que se registró en los últimos 50 años en países muy urbanizados como el Japón, los Países Bajos, Singapur y Suecia es fiel testimonio de la posibilidad que ofrecen las ciudades modernas para fomentar la salud. Por otra parte, estos países demuestran que estos cambios positivos sólo son posibles si hay una estructura política de fondo que actúe de sostén, si se utilizan los recursos financieros de un modo adecuado y si las políticas sociales sustentan la distribución equitativa de las condiciones que permiten progresar a las personas (Galea & Vlahov, 2005).

ACCIONES ENCAMINADAS A CREAR UN ENTORNO PRÓSPERO

Si la urbanización continúa sin cesar por esta misma senda, en una generación, provocará a la humanidad problemas sociales, sanitarios y ecológicos de una magnitud sin precedentes. Es imperiosa la necesidad de adoptar un nuevo enfoque frente a la urbanización y un nuevo modelo de salud pública para los entornos urbanos, poniendo en ejecución intervenciones en tres ámbitos fundamentales:

- Dentro de las ciudades, nuevos modelos de gobernanza que tengan en consideración proyectos de urbanización pensados de modo tal que el entorno físico, social y natural prevenga y mitigue los nuevos riesgos sanitarios de los entornos urbanos y que vele por la inclusión equitativa de todos los habitantes de la ciudad en los procesos de elaboración de políticas para el entorno urbano.
- Programas de desarrollo nacional que propongan inversiones sostenidas en las zonas rurales —que las conviertan en lugares donde se pueda llevar adelante una vida próspera— a fin de equilibrar la inversión que reciben los entornos urbanos.
- A modo de sostén de estos ámbitos de ejecución, la elaboración de estrategias de adaptación y mitigación del cambio ecológico que tengan en cuenta el aspecto social y el criterio de equidad sanitaria.

Si bien la Comisión no se ocupó de las cuestiones sanitarias de los entornos rurales en detalle, entiende que ese ámbito necesita una estrategia de desarrollo sostenible que proponga un modelo de crecimiento equilibrado entre los entornos rurales y los urbanos. En este capítulo, se incluye una recomendación general a este respecto. El cambio climático tampoco forma parte del cometido de la Comisión, pero es evidente la posibilidad de mejorar en simultáneo la equidad sanitaria y disminuir las emisiones de gases que provocan el efecto invernadero mediante intervenciones en los entornos urbanos y los rurales a la vez. Al final de este capítulo, se propone una recomendación general con respecto al cambio climático y la equidad sanitaria, que se retoma en la parte 6, *Creación de un movimiento mundial*.

A fin de que el desarrollo urbano adopte como eje central el bienestar de todas las personas y la sostenibilidad ecológica, es preciso crear una planificación estratégica participativa que se proponga elaborar políticas para la ciudad, los condados y la región, que incorporen aspectos como el transporte, la vivienda, el empleo, la cohesión social y la protección del medio ambiente.

La Comisión recomienda que:

- 6.1. Los gobiernos locales y la sociedad civil, con el apoyo del gobierno nacional, establezcan mecanismos de gobernanza local participativa que propicien el trabajo conjunto entre las comunidades y los gobiernos locales para crear ciudades más sanas y más seguras (véase la Recomendación 14.3).**

Gobernanza urbana participativa

Pese a que hay datos científicos que corroboran la importancia de la participación de toda la comunidad en la elaboración de estrategias para mejorar las condiciones de vida en los entornos urbanos (Recuadro 6.1), los recursos y el control sobre los procesos de toma de decisiones a menudo quedan fuera del alcance de las personas que suelen quedar excluidas en el plano local y comunitario.

Los “entornos saludables” son espacios y contextos sociales que promueven el buen estado de salud. En particular, el movimiento en pro de las ciudades sanas es un modelo local de gobernanza que ya está en curso y que es posible adaptar a todos los entornos urbanos del mundo para promover la equidad sanitaria (WHO Healthy Cities, s.f.; Alliance for Healthy Cities, s.f.; PAHO, 2005). El enfoque “entornos saludables” ya fue aplicado no sólo en ciudades sino en municipios, aldeas, islas, mercados, escuelas, hospitales, prisiones, restaurantes y espacios públicos. En los últimos años, los principios del movimiento en pro de las ciudades sanas sentaron las bases para elaborar iniciativas que tuvieran en cuenta los cambios demográficos que han derivado en el envejecimiento de la población (la iniciativa “ciudades amigas de los mayores”). Cuando funciona como debe, la iniciativa de las “ciudades sanas” proporciona un terreno neutral en el que todas las partes de la ciudad pueden reunirse para conversar acerca de los resultados sanitarios en relación con una gran gama de actividades urbanas, tales como la urbanización, la construcción de viviendas, la protección del medio ambiente, el tipo de servicios sanitarios y programas específicos, por ejemplo, de prevención de lesiones y de lucha contra la drogadicción y el alcoholismo. Aunque se han efectuado algunas evaluaciones en el marco del proyecto “entornos saludables” tanto en el plano de las ciudades como en el de las regiones, aún no se realizó ningún análisis sistemático a nivel mundial. Es importante que los investigadores y los gobiernos evalúen, en la medida de lo posible, las repercusiones que tienen en la equidad sanitaria los programas basados en el criterio de ciudades sanas y entornos saludables, sean formales o no, a fin de reunir datos fehacientes que otorguen relevancia y tornen eficaces a las acciones del gobierno local.

Mejorar las condiciones de vida en los entornos urbanos

Si se aplicaran principios de urbanismo saludable, las ciudades que tienen una población residencial mixta y densa podrían ofrecer fácil acceso a los servicios, tales como el uso de la tierra para fines

SALUD Y EQUIDAD: ÁMBITO DE ACCIÓN 6.1

Conseguir que la salud y la equidad sanitaria ocupen un lugar prioritario en la gobernanza y la planificación de los entornos urbanos.

comerciales o no comerciales y, también, la separación de tierras con miras a proteger los recursos naturales y a fomentar las actividades recreativas. Un programa de acción urbanista de tales características también tiene en cuenta la prestación de servicios básicos y una infraestructura con desarrollo suficiente (Devernman, 2007). Es improbable que, en el futuro cercano, los países de ingresos bajos y medianos puedan destinar todos los fondos necesarios para crear un entorno totalmente saludable, de modo que los países más ricos deberán financiar los planes elaborados por los pueblos y los gobiernos de los países menos prósperos (Sachs, 2005).

Vivienda y disponibilidad de la vivienda

Uno de los grandes problemas que enfrentan las ciudades es el acceso a una vivienda adecuada para todos. No sólo es esencial el acceso a la vivienda; también son factores fundamentales para la salud, la calidad y los servicios asociados a ésta, tales como el abastecimiento de agua y saneamiento (Shaw, 2004).

La Comisión recomienda que:

- 6.2. Los gobiernos nacionales y locales, junto con la sociedad civil, gestionen un desarrollo urbano que garantice una mayor accesibilidad a viviendas de calidad a un costo razonable. Con el apoyo de ONU-HÁBITAT cuando sea necesario, inviertan en programas de mejoramiento de los barrios de chabolas que tengan, como fin prioritario, habilitar el abastecimiento de agua y servicios de saneamiento, electricidad y calles pavimentadas para todos los hogares, con independencia de su capacidad de pago (véase la Recomendación 15.2).**

Muchas ciudades, tanto de los países ricos como de los pobres, se enfrentan a una crisis por la falta de disponibilidad de viviendas de calidad a un costo razonable y el acceso desigual a ellas, lo que agravará las desigualdades sociales en general y las sanitarias en particular. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, la profundización de las desigualdades es producto de disposiciones barriales que proponen como medida para refrenar el crecimiento una zonificación de baja densidad, lo que ha generado mayor exclusión y limitado el acceso de los habitantes afroamericanos e hispanos (NNC, 2001).

En consecuencia, es importante que el gobierno local regule el aprovechamiento de tierras para regeneración de entornos urbanos garantizando la reserva de tierras para viviendas de familias de bajos ingresos. A fin de promover una urbanización más equitativa, es preciso revertir los efectos de las medidas de zonificación que fomentan la exclusión poniendo en práctica programas regionales justos en materia de vivienda, es decir, una zonificación que promueva la inclusión, y asegurando el cumplimiento de leyes de zonificación justa. Si adoptaran un enfoque integral, las autoridades locales podrían aplicar criterios de distribución de desgravaciones fiscales a las viviendas económicas a fin de fomentar la construcción de nuevas viviendas que, pese a tener un costo razonable, estén próximas a los medios de transporte, las escuelas y las zonas comerciales (Recuadro 6.2) (NNC, 2001).

Es responsabilidad del gobierno local supervisar las repercusiones que tienen las normas de construcción de viviendas e infraestructura sobre el estado de salud de la población y la equidad sanitaria. El uso ineficiente de la energía en los hogares y la pobreza relacionada con

RECUADRO 6.1 MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SEGURIDAD DE LA TENENCIA: EXPERIENCIA EN TAILANDIA

Alrededor del 62% de los habitantes de barrios de chabolas de Tailandia viven en Bangkok y 1 600 000 (20%) de la población de esa ciudad vive en barrios de chabolas. Nueve comunidades del canal de Bang Bua, al norte de Bangkok, iniciaron un proyecto de mejoramiento de los barrios de chabolas tras haber recibido noticias de un posible desalojo debido a un proyecto de construcción de una autopista. Mediante audiencias públicas, se decidió que las comunidades querían gestionar la tenencia legal y poner en práctica programas de mejoramiento. Las comunidades trabajaron conjuntamente con un organismo gubernamental, el Instituto de Desarrollo de Organizaciones de la Comunidad (CODI) y la ONG Fundación Chumthonthai, ambas pertenecientes al programa nacional de vivienda Baan Man Kong (seguridad de la tenencia), además del Ministerio de Hacienda, oficinas del distrito y universidades locales.

Para llevar este proyecto a la práctica, fueron necesarias acciones en dos niveles. El nivel operativo estuvo conducido principalmente por la comunidad. Se conformó un grupo operativo para que coordinara la totalidad del proyecto, el que estuvo a cargo de los talleres y la planificación de intervenciones con cada comunidad a fin de diagramar la construcción de las viviendas y un plan maestro. Un comité coordinador era el encargado de vincular a las nueve comunidades y fomentar la participación. Cada comité comunitario estaba a cargo de la comunicación con los miembros de la comunidad y de reunir información para las fases de planificación y puesta en ejecución. También se formó un grupo de ahorro encargado de fomentar la participación en un sistema de ahorro

transparente que incluía un método de auditoría. El nivel de formulación de políticas estuvo conducido principalmente por los organismos gubernamentales. El Instituto tenía a su cargo otorgar préstamos a los habitantes de viviendas urbanas precarias y trabajar con otras instituciones interesadas sobre cuestiones como seguridad de la tenencia, creación de capacidades, diseño y construcción de las viviendas. El Ministerio de Hacienda era el arrendatario y propietario, y había otorgado alquileres por un plazo de 30 años a las comunidades participantes. La oficina local del distrito era responsable de otorgar los permisos de construcción y coordinar las acciones con las autoridades gubernamentales superiores. La universidad local aportó al personal técnico y de apoyo los conocimientos acerca de estrategias para mejorar el entorno físico y social.

Se construyeron viviendas en la comunidad de prueba y en enero del 2006 comenzó la construcción en otras tres comunidades. La experiencia de Bang Bua aportó varias enseñanzas. En el plano institucional, es clara la necesidad de que participe toda la comunidad mediante redes comunitarias. En el plano comunitario, la red demostró que es posible comprometer a toda la comunidad en los proyectos de construcción de viviendas, crear capacidad en la comunidad y garantizar el compromiso de otros interesados directos de la comunidad con los proyectos de urbanización, que a su vez dan impulso al proceso encaminado a garantizar la seguridad de la tenencia.

Fuente: KNUS, 2007

los costos de la energía⁴ tienen diversos efectos sobre el estado de salud y dependen de la configuración social principalmente (Recuadro 6.3). Resulta sorprendente que en un país rico como la República de Irlanda, el 17% de los hogares sean pobres en cuanto a cuestiones energéticas (Healy, 2004).

La situación de las personas que viven en los barrios de chabolas exige atención inmediata. El mejoramiento de los barrios de chabolas supone una inversión de gran magnitud, pero la mayor parte de los países pueden afrontarla sin problemas (Mitlin, 2007). El objetivo central de ONU-HÁBITAT, en virtud del Consejo Económico y Social, consiste en promover la creación de poblaciones y ciudades sostenibles desde la perspectiva ecológica y social con miras a proporcionar una vivienda adecuada para todos (UN-HABITAT, 2007a). Un plan integral estratégico en el que participen ONU-HÁBITAT y la OMS otorgaría el mandato y el apoyo técnico necesarios para que muchos países de ingresos

bajos y medianos puedan solucionar estas cuestiones propias de los entornos urbanos y, al hacerlo, ayuden a concretar los ODM (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

A partir de cálculos ya realizados (Garau et al., 2005), el mejoramiento de los barrios de chabolas de todo el mundo insumiría menos de U\$S 100 000 millones. Un “plan Marshall para mejorar los barrios de chabolas de todo el mundo” podría estar financiado en conjunto, por ejemplo, por organismos y donantes internacionales (45%), los gobiernos nacionales y locales (45%) y los hogares interesados (10%), en este último caso con ayuda de sistemas de microcrédito.

“Los habitantes de los barrios de chabolas de Nairobi y Dar es Salaam, obligados a comprar agua a abastecedores privados, pagan entre 5 y 7 veces más el litro de agua que el ciudadano norteamericano promedio” (Tibajuka, 2004)

RECUADRO 6.2 PROGRAMA DE DESGRAVACIONES FISCALES: EXPERIENCIA EN CALIFORNIA

En junio del 2000, el estado de California (EUA) reformó el programa de desgravaciones fiscales para las viviendas económicas de alquiler. El nuevo programa establece un sistema de puntos que prioriza los proyectos que proponen objetivos de desarrollo sostenible —por ejemplo, construcción de viviendas

cercanas (a una distancia que pueda recorrerse cómodamente a pie) a los medios de transporte y las escuelas— y los proyectos destinados a los barrios donde la construcción de viviendas forma parte integral de un esfuerzo de revitalización general.

Fuente: NNC, 2001

RECUADRO 6.3 COSTA MERIDIONAL DE INGLATERRA: EXPERIMENTO ALEATORIZADO SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA VIVIENDA Y LA SALUD

Aunque en apariencia es rica, la ciudad de Torquay, ubicada en el sur de Inglaterra, tiene focos que sufren privaciones. Watcombe es una zona de inmuebles que solían pertenecer al municipio, donde viven personas que padecen privaciones más profundas que el promedio regional, que registra el mayor porcentaje de visitas médicas domiciliarias fuera de horario de toda la ciudad: un 15% más que el promedio de la ciudad. La mitad de los habitantes de esta zona recibía beneficios del estado y el 45% de los niños menores de 5 años vivían en hogares monoparentales. Para la realización de este experimento, los habitantes y el municipio acordaron un esquema de distribución al azar a listas de espera. La intervención consistió en mejorar las viviendas (calefacción central, ventilación, renovación de la instalación eléctrica, aislamiento térmico y renovación del tejado) en dos fases, con un intervalo de un año.

La evaluación fue positiva. Las intervenciones lograron viviendas más cálidas y secas, y de mayor rendimiento energético, según lo que revelaron los cambios en los ambientes cerrados y la clasificación de la vivienda en términos de consumo de energía. Los habitantes agradecieron las mejoras y expresaron que, como resultado, también habían mejorado su salud y bienestar. Mencionaron como beneficios un mayor uso de toda la vivienda, mejores relaciones dentro del núcleo familiar y una mayor autoestima. Entre las personas que vivían en las viviendas que participaron de la intervención, en comparación con aquellas de las del grupo de referencia, se observó una disminución significativa de los problemas respiratorios desvinculados del asma y de la puntuación combinada de síntomas asmáticos de los adultos.

Fuente: Barton et al., 2007

RECUADRO 6.4 MEJORAMIENTO DE LOS BARRIOS DE CHABOLAS: EXPERIENCIA EN LA INDIA

El mejoramiento de los barrios de chabolas, cuyo propósito era brindar las condiciones necesarias para que los pobres de los entornos urbanos de Ahmadabad, la India, gozaran de una calidad de vida satisfactoria, tuvo un costo de sólo U\$S 500 por hogar. Esta suma incluía un aporte de la comunidad de U\$S 50 por hogar. Tras estas

inversiones, se observó una mejoría de la salud de toda la comunidad: disminuyó la prevalencia de las enfermedades de transmisión hídrica, los niños comenzaron a asistir a la escuela y las mujeres pudieron acceder a un empleo remunerado, debido a que ya no tenían que hacer largas colas para conseguir agua.

⁴ En este documento, se entiende por “pobreza relacionada con los costos de la energía” la incapacidad de calefaccionar el hogar para tener una temperatura adecuada (agradable y segura) debido al bajo ingreso que percibe el hogar y a la baja eficiencia energética del hogar.

A fin de mejorar las condiciones de los barrios de chabolas, es preciso dotar de reconocimiento político a los asentamientos informales, regularizando la tenencia de la vivienda para permitir que las empresas oficiales de servicios públicos (estatales o privadas) extiendan la infraestructura y los servicios hasta estos asentamientos (Recuadro 6.5). Este tipo de intervención logrará fomentar la emancipación de la mujer y mejorar su estado de salud, dado que mejora el acceso a recursos básicos como el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento (WGEKN, 2007).

Calidad del aire y degradación ecológica

Una cuestión sanitaria importante para los entornos urbanos es la contaminación que genera el uso cada vez mayor de medios de transporte automotor. La contaminación proveniente de los medios de transporte agrava el problema de la contaminación general del aire, a la que se atribuye el 1,4% de todas las muertes del mundo (WHO, 2002b). Las emisiones de los medios de transporte representan entre el 70% y el 80% del total en las ciudades de los países de ingresos bajos y medianos, porcentaje que está en franco aumento (Schirnding, 2002). Es un círculo vicioso: la mayor dependencia de los autos como medio de transporte deriva en cambios de urbanización para facilitar el uso de los autos, y la incomodidad cada vez mayor que implica transportarse con otros

medios aumenta aún más el parque automotor, lo que repercute en la calidad del aire, aumenta las emisiones de gases que causan el efecto invernadero y genera inactividad física (NHF, 2007).

A fin de buscar soluciones para un fenómeno que se está convirtiendo en una catástrofe de salud pública, es importante que los gobiernos locales y el gobierno nacional, en colaboración con el sector privado, impongan restricciones a la contaminación del aire y la emisión vehicular de gases que causan el efecto invernadero, principalmente invirtiendo en mejores tecnologías, sistemas de transporte masivo y peajes urbanos para limitar el uso de medios privados de transporte. Por ejemplo, las experiencias de Estocolmo, Londres (Recuadro 6.6) y Singapur demuestran que la aplicación de peajes urbanos tiene repercusiones inmediatas en el número de autos que circulan por la ciudad y, en consecuencia, en la contaminación del aire.

Proyectos de urbanización que fomentan los comportamientos saludables y la protección

Las características de los entornos urbanos tienen un impacto profundo sobre la equidad sanitaria porque influyen en la conducta y la protección de las personas. De hecho, muchos de los riesgos para la salud que muestra la tendencia sanitaria actual hacia el aumento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones en los entornos urbanos son producto de la conducta de las personas. Este capítulo se centra principalmente en definir el papel que desempeñan los proyectos de

RECUADRO 6.5 MEJORAMIENTO DE LOS ENTORNOS URBANOS: EXPERIENCIA EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA

En 1972, el gobierno de la República Unida de Tanzania reconoció la importancia de los barrios de chabolas como sistemas de oferta de vivienda y, en consecuencia, aprobó los Documentos del Gabinete 81 y 106, que versaban sobre la política nacional en materia de vivienda en los entornos urbanos y los sistemas de mejoramiento de las condiciones de los ocupantes ilegales, respectivamente. Estas iniciativas allanaron el terreno para los proyectos que proponían ofrecer lotes con servicios y mejorar la situación de los ocupantes ilegales, que se pusieron en ejecución a principios de la década de 1970 y contaron con financiamiento del Banco Mundial.

La República Unida de Tanzania tiene un sistema que prevé el otorgamiento de una indemnización en casos de demolición de la propiedad permanente, régimen del que quedan exceptuados los habitantes de los barrios de chabolas que viven en tierras riesgosas. Además de la indemnización, la política de parcelación de tierras de 1995 y la consiguiente ley sobre parcelación de tierras de 1999 dejan margen para la regularización de los barrios de chabolas. La tierra pertenece al gobierno y éste se encarga de administrar el alquiler. En los últimos años, el Ministerio de Tierras y Desarrollo de los Asentamientos Humanos emprendió un proyecto para formalizar la propiedad en algunos barrios de chabolas extendiendo autorizaciones de uso de las viviendas o propiedades durante dos años. Asimismo, está en curso un programa de formalización de la propiedad y los emprendimientos económicos. Los dos proyectos tienen como objetivo reducir la pobreza en los entornos urbanos. Es preciso considerarlos dentro del amplio marco que representa la estrategia nacional para el crecimiento y la reducción de la pobreza, que está organizada en torno a tres elementos: 1) crecimiento y mitigación de la pobreza en términos de ingresos; 2) gobernanza y responsabilidad eficaces y 3) mejoramiento de

la calidad de vida y el bienestar social.

Los habitantes de dos de los 17 sectores municipales de la Ciudad de Arusha, ubicada en el norte del país, fueron elegidos para someter a prueba la iniciativa de la ciudad encaminada a eliminar los barrios de chabolas. Estos dos sectores registraron 20 comités locales de desarrollo de la comunidad. A continuación, estos comités definieron los principales problemas del entorno que afectaban a su área: aquellos que podrían resolver contando con una ayuda mínima del gobierno (por ejemplo, diagramar la subdivisión y extensión de títulos de propiedad, gestionar los residuos sólidos y mejorar los servicios sociales) y aquellos que necesitaban ayuda técnica y financiera de las autoridades de la ciudad, tales como el abastecimiento de agua y el mejoramiento de los principales caminos. Además de hacer especial hincapié en las cuestiones del entorno y ocuparse de encontrar los recursos que estaban a su alcance, también eligieron miembros (de entre sus propios líderes) que los representaran en los órganos reestructurados de mejoramiento del municipio, que incluían dos comités de planificación, un equipo municipal y el comité directivo del proyecto. Los comités locales y los comités recién mencionados fueron incorporados específicamente en la estructura administrativa tradicional del gobierno local a fin de ampliar la participación de la comunidad en las cuestiones locales y promover la gobernanza eficaz.

El municipio de Arusha comenzó a mejorar algunos de los principales caminos haciendo uso de sus propios recursos, en particular el fondo vial. La puesta en marcha del proyecto en los dos sectores municipales (en los que viven 60 993 personas) tuvo un costo estimado de US\$ 19 141 (aproximadamente US\$ 32 por persona).

Fuente: Sheuya et al., 2007

urbanización en relación con la actividad física, la alimentación y la violencia. Desde luego, las características propias de los distintos lugares y entornos también determinan otros comportamientos, tales como el tabaquismo y el consumo de alcohol. El capítulo 12, Responsabilidad del mercado, propone recomendaciones acerca del marco jurídico de la lucha contra el alcoholismo y el tabaquismo.

La Comisión recomienda que:

6.3. Los gobiernos locales y la sociedad civil se ocupen de elaborar proyectos de urbanización que promuevan la actividad física invirtiendo en el transporte activo; fomenten la alimentación

saludable definiendo la ubicación de las tiendas de alimentos a fin de propiciar la disponibilidad de los alimentos y el fácil acceso a ellos; y reduzcan la violencia y la delincuencia poniendo en ejecución medidas de ordenación del medio ambiente y normas reguladoras, que comprendan restricciones al número de tiendas que expenden bebidas alcohólicas (véase la Recomendación 12.3).

Están comenzando a surgir en todo el mundo iniciativas de urbanización con miras a mejorar el entorno local en materia sanitaria; éstos brindan principios rectores que pueden adaptarse a todos los sitios (Recuadro 6.7).

RECUADRO 6.6 SISTEMA DE PEAJE URBANO: EXPERIENCIA EN LONDRES

El principal objetivo del sistema de peaje urbano era solucionar el problema cada vez mayor que provocaba la congestión del tránsito, que obstaculizaba la actividad comercial y perjudicaba la imagen de Londres como ciudad cosmopolita. Uno de los grandes beneficios de este sistema es que está estipulado ampliarlo poco a poco en un lapso prolongado. Tras 2,5 años desde la puesta en ejecución, se ha ampliado la zona de alcance y ha subido el costo, características que son fundamentales cuando se trata de programas que proponen un cambio de comportamiento, ya que significa que el público puede tomar decisiones acerca de su comportamiento futuro a partir de una expectativa segura de que cada vez será menos conveniente movilizarse en auto.

Entre los resultados más importantes, cabe destacar los siguientes:

Entre 35 000 y 40 000 viajes en auto por día ahora se realizan mediante el transporte público, lo que aporta un promedio de

6 minutos más de actividad física por viaje que los traslados en auto.

Entre 5 000 y 10 000 viajes en auto se transformaron en traslados a pie, en bicicleta, motocicleta, taxi o traslados en auto de dos o más personas.

Los trayectos recorridos en bicicleta dentro de la zona aumentaron un 28% en el 2003 y otro 4% en el 2004.

Los encuestados informaron una mejoría de la comodidad y la calidad general del traslado a pie y de los sistemas de transporte público.

Una gran proporción de los ingresos que genera este sistema fue reinvertida para mejorar el transporte público, las sendas para peatones y ciclistas, y para habilitar caminos seguros hacia las escuelas.

Fuente: NHF, 2007

RECUADRO 6.7 HEALTHY BY DESIGN: UNA INICIATIVA DE URBANIZACIÓN QUE PROMUEVE LOS ENTORNOS SEGUROS, ACCESIBLES Y ATRACTIVOS EN MELBOURNE, AUSTRALIA

La Fundación de Cardiología de Victoria, Australia, elaboró esta iniciativa de urbanización saludable para ayudar al gobierno local y los urbanistas asociados a poner en ejecución un conjunto más amplio de directrices que fomentaran la creación de entornos que promueven la actividad física.

Esta iniciativa propone ideas de urbanización que facilitan la creación de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y pasean, y aporta datos científicos en materia de urbanización, una amplia gama de ideas para promover los desplazamientos a pie, en bicicleta y el uso del transporte público, un instrumento práctico para el diseño urbanístico y estudios monográficos. Las ideas de urbanización proponen modos en que los urbanistas pueden mejorar la situación sanitaria de las comunidades mediante proyectos de planificación y diseño que, por ejemplo,

Creen redes viales bien planificadas para los desplazamientos a pie o en bicicleta;

Construyan senderos con acceso directo, seguro y cómodo;

Ubiquen los destinos locales importantes a una distancia que permita trasladarse a pie desde los hogares;

Habiliten espacios abiertos donde desarrollar actividades de recreación y esparcimiento;

Ubiquen las paradas del transporte público en sitios cómodos;

Fomenten el espíritu comunitario en los barrios locales.

Los urbanistas siempre tuvieron en cuenta una serie de directrices aisladas que tienen repercusiones sobre la situación sanitaria, la seguridad y el acceso. Esta nueva iniciativa fue concebida a fin de proporcionar un instrumento que demostrara las sinergias entre las distintas directrices que influyen en el diseño de los entornos edificados, que mejoran los resultados sanitarios en general.

Fuente: KNUS, 2007

Régimen alimentario y actividad física

No se puede dejar librado al capricho del mercado el problema de la obesidad que cada vez afecta a más personas de los países pobres y los ricos por igual; es preciso adoptar un enfoque intersectorial en el plano del gobierno nacional y los gobiernos locales que tenga en cuenta al sector de la agricultura, de la planificación urbana, de la salud y del desarrollo sostenible. Es importante que la planificación urbana priorice el transporte en bicicleta y a pie, y que ofrezca medios de transporte masivo cómodos a un costo razonable, además de habilitar espacios para las actividades recreativas y el juego —en todos los barrios— prestando especial atención a las implicancias de estas estrategias en términos de disminución de la violencia y la delincuencia. Como lo ha expresado el informe del Reino Unido sobre la creación de entornos saludables (NHE, 2007), un mecanismo fundamental para lograr el objetivo consiste en que los ministerios de transporte exijan a las autoridades locales que adopten políticas que prioricen el transporte a pie y en bicicleta, quizá aplicando un peaje urbano a los automóviles (como ya se ha descrito) y que realicen una evaluación a fin de determinar si consiguieron incorporar ese aspecto en su plan anual.

Algunos ejemplos de políticas de urbanización local proponen, para los problemas que plantean la falta de acceso equitativo a los alimentos saludables, soluciones centradas en la comunidad y orientadas a las tiendas pequeñas. La ciudad tailandesa de Sam Chuk restauró el principal mercado de alimentos y productos pequeños con la ayuda de acciones intersectoriales locales en las que participaron arquitectos, gracias a lo cual ahora los mercados no solo ofrecen una mayor variedad de alimentos sino que son más agradables y accesibles para los habitantes de la ciudad. El organismo encargado del desarrollo de Londres tiene entre sus planes establecer un centro de distribución sostenible de alimentos para abastecer a los vendedores minoristas de alimentos, los restaurantes y las instituciones dependientes del municipio (Dixon et al., 2007). Los gobiernos locales pueden adoptar medidas para reducir el acceso a los alimentos con gran contenido de grasas y sal, por ejemplo, redactando o intensificando las disposiciones en materia de ordenación urbana para detener la proliferación de puntos de venta de comidas rápidas en determinadas zonas, como pueden ser las cercanas a las

escuelas y dentro de los barrios habitados por grupos socialmente desfavorecidos.

Es frecuente que, entre los pobres de los entornos urbanos, la desnutrición y la obesidad vayan de la mano. Es preciso poner en ejecución programas y políticas de seguridad alimentaria que estén respaldadas por los gobiernos locales y el gobierno nacional, y la sociedad civil (Recuadro 6.8).

Violencia y delincuencia

Una de las grandes dificultades que enfrenta la sociedad consiste en brindar a todos los grupos seguridad y resguardo de la delincuencia y la violencia. Para reducir la prevalencia de los comportamientos violentos, es necesario elaborar estrategias integrales centradas en los aspectos que son clave para prevenir la violencia: propiciar una relación de cariño y protección entre los niños y sus padres; reducir la violencia doméstica; disminuir el acceso a las bebidas alcohólicas, las drogas y las armas (Villaveces et al., 2000); mejorar la preparación de los niños y jóvenes para la vida activa; y mejorar el sistema de justicia penal y el de bienestar social (WHO, 2008b). Algunos de los nuevos métodos de prevención de la violencia consisten en redactar normas restrictivas —por ejemplo, que limiten el expendio de bebidas alcohólicas para reducir el uso nocivo del alcohol (Voas et al., 2006)—, imponer prácticas de transformación de conflictos, prevenir la delincuencia haciendo uso de medidas de ordenación del medio ambiente y adoptar enfoques comunitarios frente al capital social (WHO, 2007e; Roberts & Meddings, 2007).

La Comisión señala la necesidad de que el gobierno nacional y los gobiernos locales inviertan en alumbrado público, dispongan el cierre de clubes nocturnos y bares a horarios tempranos, apliquen medidas para controlar la posesión de armas, pongan en marcha iniciativas de vigilancia en los barrios y lleven adelante actividades educativas y recreativas (por ejemplo, cursos de capacitación para el trabajo). Varias ciudades de todo el mundo han obtenido resultados bastante satisfactorios en cuanto a la prevención de lesiones gracias a la aplicación de los programas de la OMS destinados a crear comunidades seguras (http://www.phs.ki.se/esp/index_en.htm) Se recomienda adaptar estos programas a los diferentes contextos y supervisar la eficacia en función de la equidad sanitaria.

RECUADRO 6.8 EL FORO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, AGRICULTURA Y GANADERÍA DE NAIROBI (NEFSALF)

En los entornos urbanos pobres, la seguridad alimentaria constituye un elemento crucial. Para erradicar el problema de la inseguridad alimentaria, es necesario centrar los esfuerzos en la elaboración de políticas que mejoren la productividad, el acceso al empleo, a los alimentos y al mercado. El mundo es consciente cada vez más de la importancia que tienen la agricultura y la ganadería en los entornos urbanos y periurbanos como medio de sostén de los pobres de los entornos urbanos y de los valores sociales, económicos y recreativos. El foro NEFSALF, iniciado en enero del 2004,

representa a un conjunto variado de actores de la comunidad, el gobierno y el mercado cuyo propósito es promover la agricultura urbana y periurbana, y proporciona acceso a un curso básico sobre agricultura urbana y cría de ganado. Los agricultores reciben capacitación sobre las actividades agropecuarias como negocio, dinámica de grupos, habilidades básicas de agricultura y cría de animales, y gestión del medio ambiente.

Fuente: KNUS, 2007

SALUD Y EQUIDAD: ÁMBITO DE ACCIÓN 6.2

Promover la equidad sanitaria entre los entornos rurales y los urbanos invirtiendo de forma sostenida en el desarrollo rural, combatiendo políticas de exclusión que generan pobreza rural, acaban privando de tierras a los campesinos y desplazan a la población de su lugar de origen.

El ejemplo del Brasil (Recuadro 6.9) ilustra la necesidad de aplicar intervenciones integrales teniendo en cuenta las especificidades nacionales y locales. Para que esta iniciativa fuera eficaz, fue necesario entablar un diálogo constante con la sociedad civil y las autoridades de distintos niveles. El aporte de ayuda financiera desde el gobierno local hacia las comunidades para que pudieran elaborar y administrar servicios de prevención de la delincuencia y de resolución de conflictos logrará que las personas recuperen el capital social y la confianza en su propia comunidad, en las otras comunidades y en las autoridades locales.

Para combatir las consecuencias del crecimiento urbano que generan desigualdades en el plano nacional, es preciso contar con inversiones constantes para fomentar el desarrollo de los entornos rurales. Es más probable que el gobierno nacional y los gobiernos locales puedan cumplir con este objetivo para los entornos rurales si tratan de resolver los problemas como parte de un contexto más amplio de políticas sociales y económicas encaminadas a

promover el desarrollo y la reducción de la pobreza, políticas que deben formar parte de documentos como los DELP.

La Comisión recomienda que:

- 6.4. El gobierno nacional y los gobiernos locales elaboren y pongan en ejecución políticas y programas centrados en las cuestiones de seguridad de la tenencia y derechos sobre la tierra; las posibilidades de empleo durante todo el año en los entornos rurales; el desarrollo agrícola y las condiciones justas en los acuerdos de comercio internacional; la infraestructura de los entornos rurales, que tengan en cuenta la salud, la educación, los caminos y los servicios; y las políticas que protegen la salud de las personas que migran de los entornos rurales a los urbanos (véanse las Recomendaciones 5.4 y 9.3).**

RECUADRO 6.9 INICIATIVA COMUNITARIA CONTRA LA VIOLENCIA: EXPERIENCIA EN EL BRASIL

El Brasil tiene uno de los índices de homicidios más altos del mundo. Entre 1980 y el 2002, el índice nacional de homicidios aumentó más del doble: de 11,4 a 28,4 cada 100 000 habitantes. En la ciudad de San Pablo, el índice de homicidios llegó a más del triple en el transcurso del mismo período: de 17,5 a 53,9 cada 100 000 habitantes. Jardim Angela es un conglomerado de barrios de chabolas ubicado en la región sur de la ciudad de San Pablo en el que viven alrededor de 250 000 personas. En julio de 1996, la revista *Veja* dio cuenta de un índice promedio de homicidios de 111 cada 100 000 habitantes, lo que convertía a esta región en una de las más violentas del mundo. Jardim Angela experimentaba lo que se ha dado en llamar “castigo urbano”, cuyas características en este caso eran la violencia estructural, la desconfianza y la falta de cohesión social.

En 1996, 200 instituciones crearon una iniciativa comunitaria denominada Fórum de Defesa da Vida (Foro de Defensa de la Vida). En simultáneo con la creación de esta iniciativa, se organizó una red de protección social con la participación de la sociedad civil, que capitalizó la capacidad de la comunidad, los movimientos sociales y los servicios sociales y de atención sanitaria formales e informales. Esta red realizó una amplia gama de intervenciones en la comunidad, desde prestar ayuda a niños recién encarcelados hasta una iniciativa colectiva para

reconstruir los espacios comunitarios. Como resultado de las inversiones en los espacios comunitarios, se reconstruyeron espacios abandonados —plazas, clubes y escuelas—, lo que habilitó lugares para practicar deportes, realizar actividades escolares complementarias y poner en práctica programas contra el alcoholismo y la drogadicción. Asimismo, la comunidad entabló una coalición con la policía a fin de velar por el bienestar de la comunidad mediante medidas de vigilancia para detener la violencia, la delincuencia y el tráfico de drogas. También se pusieron en ejecución diversas políticas y servicios con la participación de la comunidad, que comprendieron la fijación de horarios de cierre para los bares, la elaboración de un programa para las víctimas de la violencia familiar y la ejecución de intervenciones para promover la salud con el fin de disminuir los embarazos entre las adolescentes.

En el 2005, el índice de homicidios de la ciudad y el estado de San Pablo fue de 24 cada 100 000 habitantes y de 18 cada 100 000 habitantes, respectivamente, lo que representa una reducción del 51% en el índice estadual. Entre enero y julio de 2006, Jardim Angela fue testigo de una reducción superior al 50% respecto de los años anteriores en las denuncias de atracos, agresiones, víctimas de carteristas y robo de autos.

Fuente: KNUS, 2007

RECUADRO 6.10 DESARROLLO AGRÍCOLA SOSTENIBLE: EXPERIENCIA EN LA INDIA

La Comisión nacional de campesinos de la India y otros organismos concibieron un programa de renovación agrícola que comprende cinco planes integrados de acción con miras a fortalecer la agricultura: mejorar la salud del suelo; aumentar el abastecimiento de agua para riego y gestionar la demanda de agua; proporcionar crédito y seguros; ofrecer tecnología (para subsanar las diferencias entre los conocimientos técnicos y la aplicación práctica) y habilitar mercados respetuosos de los agricultores. Una organización india de comercio podría supervisar el programa de renovación agrícola para

complementar la función de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y defender los intereses del país ante este organismo internacional. Un principio motor de tal organización sería la necesidad de velar por los medios de subsistencia y el apoyo equilibrado a los productos básicos que podrían distorsionar el comercio en el mercado mundial y tener repercusiones negativas en el estado de salud y la equidad sanitaria.

Fuente: Swaminathan, 2006

Derechos sobre la tierra

Para la mayoría de los pobres de los países de ingresos bajos y medianos, la tierra es el principal medio de subsistencia. Las reformas que redistribuyen las tierras permiten mitigar la pobreza y mejorar el empleo (Quan, 1997). Algunos países, entre los que se cuentan el Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, impusieron leyes que generaron un importante progreso en materia de equidad de género, dado que contenían disposiciones que establecían la adjudicación conjunta obligatoria de los títulos de propiedad de la tierra a las parejas o daban prioridad a las jefas de hogar o a grupos específicos de mujeres (Deere & Leon, 2003). Es fundamental que el gobierno nacional y los gobiernos locales, en colaboración con los organismos internacionales, fomenten y garanticen la aplicación de procesos que promuevan la seguridad de la tenencia y los derechos sobre la tierra en las comunidades rurales, priorizando a los grupos marginados y los que carecen de tierras.

Medios de subsistencia en los entornos rurales

Es necesaria una mayor inversión en la agricultura, los sistemas de apoyo y los servicios para garantizar la supervivencia de las

comunidades rurales (Montgomery et al., 2004). Las enseñanzas de la Revolución Verde ponen de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario para lograr un apoyo sostenible a la agricultura y a los medios de subsistencia. Estas cuestiones están reflejadas en las últimas recomendaciones del organismo representativo de los agricultores indios (Recuadro 6.10). Un enfoque integral en materia de equidad sanitaria en los entornos urbanos debe considerarse como objetivo fundamental aumentar el ingreso de los hogares rurales, priorizando que todos los integrantes del hogar reciban una nutrición adecuada, mediante un apoyo más firme al desarrollo agrícola y la creación de empleos dentro del ámbito agropecuario o en otros ámbitos. Para ello, es importante velar por que la agricultura local no se vea amenazada por los acuerdos de comercio internacional y las medidas de protección de la actividad agrícola que están en curso en los países ricos (World Bank, 2008) (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado).

Aunque garantizar un trabajo seguro, sin riesgos, durante todo el año es la forma de ayuda que goza de mayor preferencia para sacar de la pobreza a los habitantes de los entornos rurales, los sistemas de microcrédito, como medidas a corto plazo, pueden aportar capacidad

RECUADRO 6.11 COMITÉ PARA EL PROGRESO RURAL (BRAC) Y SISTEMAS DE MICROCRÉDITO: EXPERIENCIA EN BANGLADESH

Con financiamiento de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la UE, NOVIB (filial holandesa de Oxfam) y el PMA, el BRAC trabaja en un proyecto de desarrollo social y económico multifacético centrado en la extrema pobreza, es decir, las personas que suelen ser demasiado pobres para participar en iniciativas de microcrédito. Iniciado en el 2002, este proyecto imparte cursos de formación en capacidades generadoras de ingresos, acceso a los servicios de atención sanitaria, un subsidio mensual para la subsistencia (US\$ 0,17 por día), capacitación en desarrollo social para aumentar la conciencia respecto de los derechos y las cuestiones de justicia social, y sensibilización de las élites locales para que apoyen el programa. Una evaluación del proyecto reveló que el 55% de los 5 000 hogares más pobres de los distritos más pobres del país consiguieron ganar un

ingreso suficiente para acceder a un programa de microcrédito. La proporción de personas de estas regiones que viven con menos de US\$ 1 por día disminuyó del 89% al 59% en el lapso de los primeros tres años de ejecución del proyecto y la carencia alimentaria crónica cayó del 60% a cerca del 15% en los hogares que participaron en el proyecto. Entre los factores que determinaron el éxito del proyecto se cuentan el trabajo con la élite local con miras a crear una disposición favorable al programa; la prestación de educación sanitaria y la entrega de documentos de identidad para facilitar el acceso a las instituciones sanitarias locales; los cursos de formación y actualización en capacidades generadoras de ingresos; y la instalación de letrinas y bombas para extraer agua de pozo a fin de mejorar el saneamiento.

Fuente: Schurmann, 2007

RECUADRO 6.12 SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LOS ENTORNOS RURALES: EXPERIENCIA EN TAILANDIA

Desde 1983, el gobierno tailandés destinó mayores partidas presupuestarias del ámbito sanitario a los centros de salud y hospitales de los distritos rurales que las asignadas a los hospitales de los entornos urbanos, lo que redundó en una cobertura geográfica de los servicios de atención sanitaria que se extendió hasta los sectores más periféricos. Hoy en día, cada centro de atención sanitaria y hospital de distrito atiende a 5 000 y 50 000 habitantes, respectivamente. Los centros cuentan con un equipo de 3 a 5 integrantes de personal de enfermería y paramédicos, mientras que un hospital de distrito, que dispone de 30 camas, cuenta con 3 a 4 médicos generalistas, 30 integrantes de personal de enfermería, 2 a 3 farmacéuticos, un odontólogo y otros profesionales paramédicos, cifras que representan un número aceptable de

personal calificado para prestar servicios de atención sanitaria. Asimismo, fueron incorporados programas de salud pública (prevención, lucha contra las enfermedades y promoción de la salud) en todos los niveles de atención. Puesto que todos los médicos y especialistas en salud pública estudian en universidades públicas, su formación depende de importantes subsidios del gobierno. En retribución, los recién graduados deben cumplir con un servicio obligatorio de asistencia en los entornos rurales, principalmente en los hospitales de distrito, lo que resulta clave para el funcionamiento de los hospitales. El programa se inició con los graduados de 1972 y luego se extendió a otros grupos, entre ellos, los graduados de enfermería, odontología y farmacia.

Fuente: HSKN, 2007

de decisión y acción a los grupos empobrecidos. El ejemplo de Bangladesh (Recuadro 6.11) pone en evidencia los efectos positivos de un enfoque integrado, que logró disminuir el nivel de pobreza un 30% en el lapso de tres años.

La pobreza y el hambre que padecen los habitantes pobres de los entornos rurales tienen un vínculo inextricable. No es posible resolver el problema del hambre generalizada y la inseguridad alimentaria de los entornos rurales sin tener en cuenta la seguridad laboral y la seguridad social. Este vínculo fue evidente para los encargados de formular políticas que crearon los sistemas de “comida por trabajo” y “garantía del empleo” en la India, que incorporan un elemento de seguridad alimentaria (Dreze, 2003); en Ghana, donde se están expandiendo las iniciativas que entregan alimentos en los ámbitos educativos a fin de desarrollar la economía agrícola local (SIGN, 2006); y en el Proyecto de Aldeas del Milenio, que emplea un enfoque integral para modificar los determinantes sociales de la salud en las aldeas africanas (Millennium Villages Project, s.f.).

Infraestructura y servicios en los entornos rurales

La infraestructura y el acceso a servicios de calidad adaptados a la cultura son cuestiones sanitarias muy importantes para los habitantes de los entornos rurales. El progreso hacia la consecución del ODM 3 sólo será real si se resuelven estos problemas mejorando el acceso de las mujeres de los entornos rurales a tecnologías que ahorran tiempo, en particular el acceso al agua. Para compensar las injusticias respecto de los entornos urbanos en materia de inversiones en infraestructura y servicios, las inversiones en el sector rural deberán aportar: una educación primaria y secundaria obligatoria de calidad, independientemente de la capacidad de pago (véase el capítulo 5, Equidad desde el principio); servicios de electricidad; atención primaria de la salud integral (véase el capítulo 9, Atención universal de salud); caminos utilizables y transporte público accesible; y acceso a los sistemas modernos de comunicación electrónica. El ejemplo de Tailandia (Recuadro 6.12) ilustra el compromiso con la cuestión sanitaria en los entornos rurales que asumió el gobierno, que asignó partidas presupuestarias y habilitó servicios apropiados para la región.

Éxodo desde los entornos rurales a los urbanos

El desplazamiento de las zonas rurales, sea forzoso a causa de las guerras y los conflictos o por la falta continua de recursos, se ha traducido en una migración masiva desde los entornos rurales a los urbanos. Por ejemplo, los conflictos armados que llevan más de 40 años en Colombia ocasionaron el número más voluminoso de desplazados en los países del hemisferio occidental (UNHCR, 2007), cifra que sólo secunda al Sudán en lo que respecta a la proporción de desplazados internos (IDMC, 2007). En consecuencia, estas circunstancias imponen una importante carga de morbilidad a estas personas. El gobierno nacional y los gobiernos locales, en colaboración con los organismos internacionales, deben elaborar políticas de apoyo para las personas que migran desde los entornos rurales a los urbanos a fin de garantizarles el derecho a servicios esenciales como la educación y la atención sanitaria.

Para que sean eficaces, las políticas deben procurar ofrecer servicios que estén al alcance de los migrantes. Por ejemplo, la habilitación de centros de salud móviles puede garantizar la prestación de servicios de

salud en zonas donde se encuentran los desplazados internos (IOM, 2006). Sin embargo, para que una iniciativa así sea eficaz, los migrantes deben estar al tanto de que disponen de esos servicios, de modo que es responsabilidad del gobierno promover los servicios entre los migrantes internos mediante publicidad en la lengua que éstos entienden, adaptando la forma de atención —en particular, el horario e impartiendo capacitación al personal sobre atención multicultural de la salud— a fin de satisfacer las necesidades de cada comunidad étnica (Ingleby et al., 2005).

El medio natural

Hay una íntima relación entre el deterioro y el agotamiento de los sistemas naturales, incluido el sistema climático, y la tarea de reducir las desigualdades sanitarias en todo el mundo. El daño ecológico afecta a todos los integrantes de la sociedad, pero es más perjudicial para los grupos más vulnerables, en particular los pueblos indígenas, que ahora deben sobrevivir en medio de ecologías frágiles a causa de la deforestación insostenible y la exploración intensiva en busca de minerales y otras industrias extractivas (Indigenous Health Group, 2007). Es fundamental detener la erosión de los recursos naturales que es producto de las actividades que siguen degradando el medio ambiente. En especial, hay una necesidad imperiosa de reducir la emisión de gases que provocan el efecto invernadero (McMichael et al., 2008). Está en estrecho vínculo con los ámbitos de acción que propone este informe la elaboración de estrategias de adaptación y mitigación del cambio ecológico que tengan en cuenta el aspecto social y el criterio de equidad sanitaria. Son necesarias muchas más investigaciones para determinar el tipo de intervenciones que pueden tener mayores probabilidades de modificar la relación tripartita entre los factores sociales, el cambio ecológico y la equidad sanitaria.

Como primer paso, la Comisión recomienda que:

- 6.5. **Los organismos internacionales y los gobiernos nacionales, tomando como base las recomendaciones del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, consideren las repercusiones que tienen sobre la equidad sanitaria las medidas concernientes a la agricultura, el transporte, los combustibles, las construcciones, las industrias y la gestión de desechos concebidas como estrategias de adaptación al cambio climático que también fueron elaboradas para mitigarlo.**

Como ya se ha mencionado, trasciende el cometido de la Comisión considerar y analizar pormenorizadamente políticas y modelos de desarrollo que sean específicos para contrarrestar el cambio climático. El Informe Stern (Stern, 2006) y otros informes hacen un llamamiento a las fuentes de financiamiento internacional, a fin de que aporten recursos para obtener información más fehaciente sobre los efectos del cambio climático en cada región. Este llamamiento ofrece una oportunidad sin precedentes de incorporar, con la conducción de la OMS, los programas de acción sobre el cambio climático y la equidad sanitaria, lo que permitirá garantizar que los sistemas de información y la elaboración de políticas pasen por el filtro de la equidad sanitaria.

SALUD Y EQUIDAD: ÁMBITO DE ACCIÓN 6.3

Velar por que las políticas sociales y económicas propuestas para detener el cambio climático y otras formas de degradación del medio ambiente tengan en cuenta la equidad sanitaria.

CAPÍTULO 7

Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno

“Es absurdo que se considere civilizado a un país en el que un hombre respetable y trabajador, que llega a dominar con esfuerzo un oficio que es valioso y necesario para el bien común, no tenga la garantía de que podrá ganarse el sustento mientras pueda ejercerlo ni que lo mantendrá fuera de un asilo de pobres cuando la enfermedad o la vejez le impidan trabajar”

HL Mencken (s.f)

LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO Y LAS DESIGUALDADES SANITARIAS

El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes sobre el estado de salud y la equidad sanitaria. Cuando son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales, características que son importantes para la salud (Marmot & Wilkinson, 2006). Además de las consecuencias sanitarias directas que pueden tener las acciones para subsanar las desigualdades laborales, las repercusiones sobre la equidad sanitaria podrían ser mucho mayores debido a que el trabajo puede disminuir las desigualdades de género, étnicas y raciales, entre otras inequidades sociales, que tienen, en conjunto, implicancias importantes para la consecución del ODM 3.

Trabajo y desigualdades sanitarias

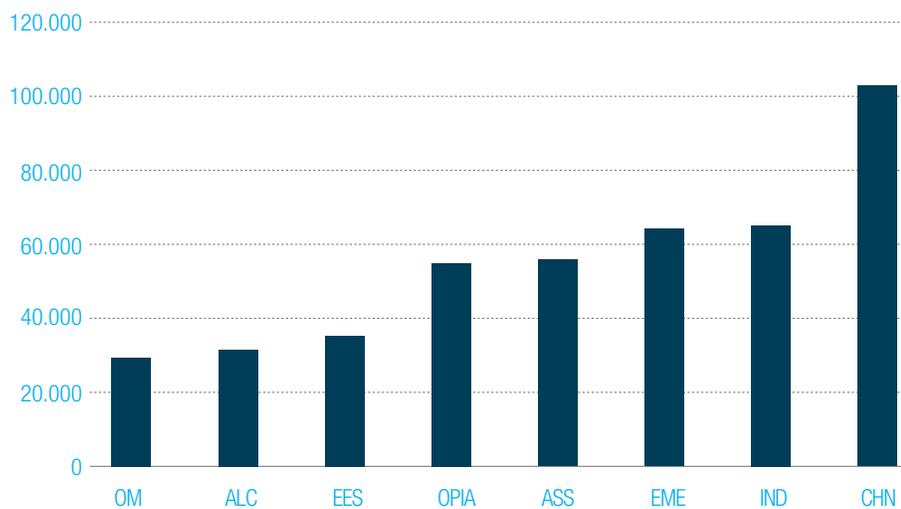
Condiciones de empleo

Algunos aspectos relacionados con las condiciones de inserción en el mercado de trabajo, entre otros, el desempleo y el trabajo precario —es decir, el trabajo en el sector no estructurado, el trabajo temporal, el trabajo por contrato, el trabajo infantil, el trabajo en régimen de servidumbre y el trabajo en condiciones de esclavitud— están asociados a enfermedades. Los estudios realizados hasta el momento demuestran que la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los fijos (Kivimäki et al., 2003). Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad del empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial) (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). La precariedad laboral que percibe el trabajador tiene importantes efectos perjudiciales para su salud física y mental (Ferrie et al., 2002).

Condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo también afectan a la salud y a la equidad sanitaria. Las malas condiciones de trabajo pueden incidir en la salud mental casi en la misma medida que el desempleo (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). Las condiciones de trabajo adversas que exponen a las personas a toda una serie de riesgos físicos para la salud tienden a concentrarse en las ocupaciones de nivel

Figura 7.1 Número de muertes por exposición a sustancias peligrosas en el entorno laboral en diferentes países y regiones.



OM = Oriente Medio; ALC = América Latina y el Caribe; EES = economías ex socialistas; OPIA = otros países e islas de Asia; ASS = África subsahariana; EME = economías de mercado establecidas; IND = la India; CHN = la China.

Reimpreso con autorización del autor, extraído de ILO (2005).

inferior. Las muertes laborales por exposición a condiciones riesgosas siguen siendo un problema sumamente grave (ILO, 2005) (Figura 7.1). El estrés laboral está relacionado con un riesgo 50% mayor de padecer cardiopatías coronarias (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006); además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (Stansfeld & Candy, 2006).

Las características del empleo y las condiciones de trabajo

Desde la década de 1970, período en que comenzó a aumentar la integración de los mercados mundiales, se viene haciendo hincapié en la productividad y la oferta de productos a los mercados mundiales. Las instituciones y los empleadores que tienen intenciones de competir en este mercado sostienen la necesidad de una fuerza laboral flexible que esté siempre disponible, exigencia que trae aparejados cambios en los convenios y las condiciones laborales que son importantes en términos sanitarios (Benach & Muntaner, 2007).

Las oportunidades económicas y la seguridad financiera de las personas están principalmente determinadas, o al menos influidas, por el mercado laboral. En el 2007, la fuerza laboral del mundo estaba compuesta por 3000 millones de personas de 15 años en adelante. No obstante, el mundo aún tiene 487 millones de trabajadores que no ganan lo suficiente para salir y sacar de la pobreza a su familia, puesto que perciben menos de US\$ 1 por día, y 1300 millones que no ganan más de US\$ 2 por día (ILO, 2008), si bien se observan variaciones regionales significativas entre los pobres que trabajan (Figura 7.2).

El poder cada vez mayor con el que cuentan las grandes empresas transnacionales y las instituciones internacionales para fijar los programas de acción en materia de políticas laborales ha derivado en la pérdida de poder de los trabajadores, los sindicatos y los solicitantes de empleo, y en un aumento de los convenios y las condiciones laborales que son perjudiciales para la salud (EMCONET, 2007). En los países de ingresos altos, se observa un aumento de la inseguridad laboral y las condiciones de empleo precarias (por ejemplo, trabajo sin

contrato, temporal, a tiempo parcial y a destajo), la pérdida del empleo y disminución del grado de protección que ofrecen las leyes laborales (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado). La mayor parte de la fuerza laboral del mundo, sobre todo la que vive en los países de ingresos bajos y medianos, trabaja dentro del sector no estructurado de la economía, el que, por definición, es precario y no está regulado por leyes que velen por las condiciones laborales, un salario mínimo, la salud y la seguridad laborales, y un seguro contra accidentes laborales (EMCONET, 2007; ILO, 2008) (Figura 7.3).

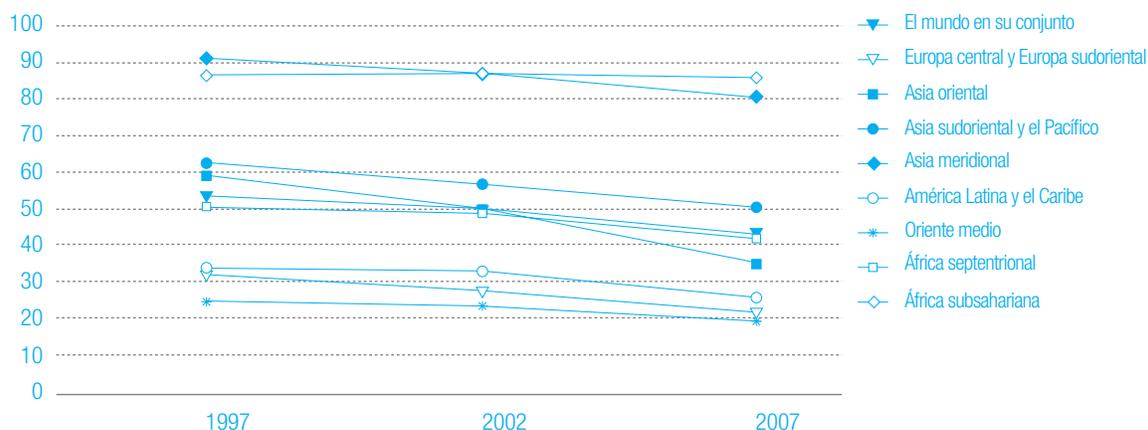
La economía estructurada, que es dominante en los países industrializados, solía estar caracterizada por la elaboración de políticas progresivas para regular el mercado laboral, una gran influencia de los sindicatos y, a menudo, empleo permanente a tiempo completo, características estas que han sufrido cambios significativos (EMCONET, 2007). Por ejemplo, la Figura 7.4 ilustra el aumento de la prevalencia del trabajo temporal y el trabajo a tiempo parcial desde comienzos de la década de 1990 en toda la Unión Europea.

Grupos de población vulnerables

Heymann y colaboradores (2006) analizaron un conjunto de encuestas por hogares representativas de la situación nacional efectuadas en Botswana, el Brasil, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, México, Sudáfrica y Viet Nam, y hallaron un dato constante: la protección y los beneficios que aporta el trabajo son menores para las mujeres que para los hombres (Figura 7.5) (véase también el capítulo 13, Equidad de género).

Las prácticas justas en materia de empleo implican que los trabajadores no estén sujetos a condiciones de coerción, es decir, a ninguna forma de trabajo forzoso, como pueden ser el trabajo en régimen de servidumbre, el trabajo en condiciones de esclavitud o el trabajo infantil. Se estima que, en todo el mundo, hay alrededor de 28 millones de víctimas de la esclavitud y 5 700 000 niños trabajan en régimen de servidumbre (EMCONET, 2007). Si bien se han conseguido grandes progresos en cuanto a la eliminación de las peores formas del trabajo infantil (ILO, 2007a), aún hay más de 200 millones de niños de entre 5 y 17 años en todo el mundo que forman parte de la población activa (ILO, 2006a). A fin de que no sea necesario que los

Figura 7.2 Variación regional del porcentaje de la población activa que vive con US\$ 2 al día o menos.



Las cifras del 2007 son estimaciones preliminares.

Reimpreso con autorización del autor, extraído de ILO (2008).

niños trabajen, es preciso aumentar el ingreso de los hogares pobres y velar por que los niños reciban una educación básica de calidad. Por ejemplo, según estimaciones, el 70% de los niños que trabajan en la India irían a la escuela si pudieran y esta fuese gratuita (Grimsrud, 2002).

FOMENTAR LAS PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO⁵ Y EL TRABAJO DIGNO⁶

La promoción de prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno como eje central de los programas de acción y las estrategias de desarrollo nacionales aporta beneficios a la economía y mejora la equidad sanitaria.

La elaboración, la ejecución y el cumplimiento de leyes, políticas, normas y condiciones laborales que propician el buen estado de salud deben contar con la participación de los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y todos aquellos que buscan un empleo. Una acción de tales características en el plano nacional necesita el apoyo de iniciativas encaminadas a crear un entorno económico más favorable en todo el mundo.

La Comisión recomienda que:

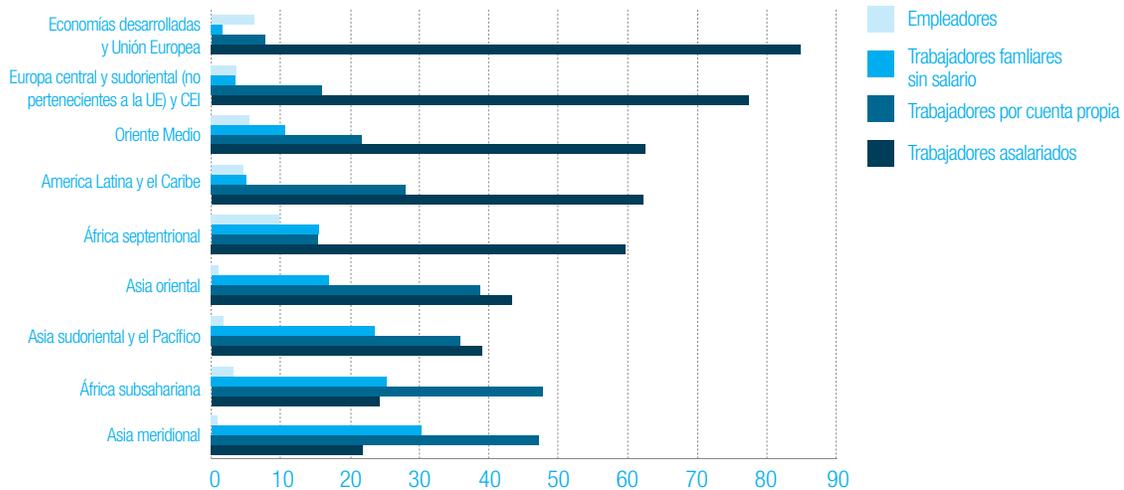
7.1. Las prácticas justas en materia de empleo, el trabajo digno y el empleo pleno pasen a constituir un objetivo compartido de las instituciones internacionales y un elemento central de los

programas de acción política y las estrategias de desarrollo en el plano nacional, a fin de que habiliten una mayor participación de los trabajadores en la elaboración de políticas, leyes y programas concernientes al empleo y el trabajo (véanse las Recomendaciones 10.2, 14.3 y 15.2).

Un entorno internacional favorable

Cada vez en mayor medida, el nivel y las condiciones laborales están determinados por el desarrollo económico en el plano mundial, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Por lo tanto, la factibilidad de llevar a la práctica las recomendaciones de la Comisión depende principalmente de cambios que deben incorporarse en la economía mundial, tanto para promover y sostener el empleo pleno en todo el mundo como para fomentar y apoyar las políticas económicas de cada país elaboradas con miras a velar por las prácticas justas en materia de empleo y el trabajo digno. Para ello, es necesario cambiar las interacciones entre las economías nacionales y los mercados mundiales, y las actividades de las instituciones internacionales, por ejemplo, los acuerdos de la OMC y los programas financiados por el FMI y el Banco Mundial (véanse los capítulos 12 y 15, Responsabilidad del mercado; Una gobernanza mundial eficaz). Es fundamental que los organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales que se ocupan de los derechos de los trabajadores puedan influir en los Estados Miembros para que adopten prácticas justas en materia de empleo. Si bien es necesario

Figura 7.3 Categoría ocupacional expresada como porcentaje del empleo total en todas las regiones en el 2007.



El trabajo de familiares que no reciben remuneración y el trabajo por cuenta propia son, por su naturaleza, formas de trabajo precario.

Reimpreso con autorización del autor, extraído de ILO (2008).

⁵ El término "prácticas justas en materia de empleo" complementa el concepto de trabajo digno e implica un punto de vista desde el ámbito de la salud pública en el que las relaciones laborales, así como todos los comportamientos, los resultados, las prácticas y las instituciones que surgen de la relación laboral o inciden en ella, deben ser considerados factores clave de la calidad de la salud de los trabajadores. Además, implica una relación justa entre los empleadores y los empleados.

⁶ Se entiende por "trabajo digno" las oportunidades de trabajo productivo que generan un ingreso justo, seguridad en el entorno laboral y protección social para la familia; mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social; libertad de las personas para expresar su opinión, organizarse y participar en las decisiones que influyen en su vida; e igualdad de oportunidades y trato para las mujeres y los hombres.

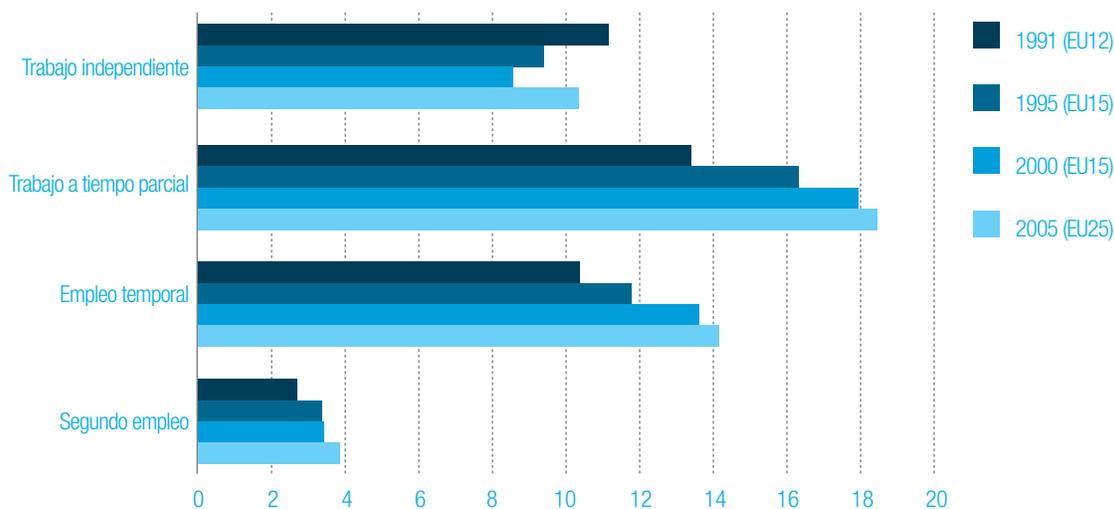
considerar y analizar con más profundidad políticas y modelos de desarrollo específicos, algunas de las medidas que podrían fomentar este proceso son las siguientes:

- Limitaciones directas del mercado:
 - Disminuir la dependencia de capitales externos imponiendo reglamentos eficaces al sector financiero, empleando

adecuadamente medios de control del capital y aplicando medidas para movilizar y retener el capital interno;

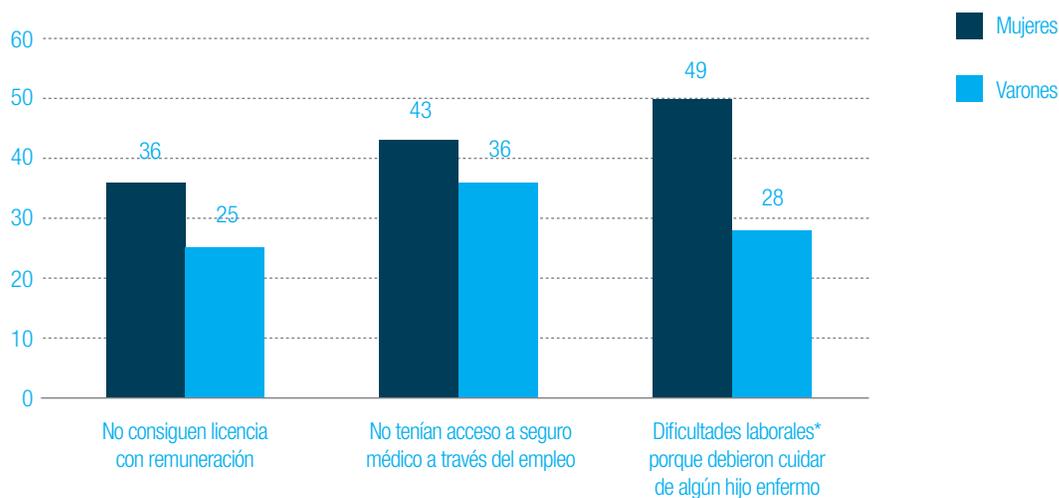
- Limitaciones competitivas:
 - Acabar con el *dumping* de los productos en los mercados de los países de ingresos bajos y medianos (estrategia mediante la cual se los vende a un precio inferior al costo de producción);

Figura 7.4 Empleo no estructurado en la Unión Europea (porcentajes).



Reimpreso con autorización de los autores, extraído de Parent-Thirion et al. (2007).

Figura 7.5 Inequidad de género en las condiciones laborales.



* Dificultades laborales: descuento del sueldo o imposibilidad de obtener un ascenso o problemas para mantener el empleo.

Adaptado de Heymann (2006). Los promedios porcentuales están basados en algunos países.

- Establecer normas laborales obligatorias y convergencia ascendente progresiva;
- Acabar con la progresividad arancelaria contra las importaciones provenientes de los países de ingresos bajos y medianos;
- Disminuir la dependencia de los mercados de exportación promoviendo la producción de bienes en el mercado interno;
- Promover el comercio intrarregional entre los países de ingresos bajos y medianos, por ejemplo, fomentando la celebración de acuerdos de comercio regional y fortaleciéndolos;
- Alentar el acortamiento de la jornada laboral en los países de altos ingresos;
- Acuerdos internacionales:
 - Prestar más atención a que los países de ingresos bajos y medianos reciban un trato especial y diferenciado en los futuros acuerdos de la OMC;
 - Velar por que los acuerdos de la OMC (y los acuerdos bilaterales y comerciales) incorporen medidas de salvaguardia con respecto a la salud pública;
 - Aumentar el acceso de los países de ingresos bajos y medianos (en particular, de los países chicos) al mecanismo de solución de diferencias de la OMC.

La mayor parte de estas medidas exigen intervenciones en la esfera internacional: desde cambios discrecionales por parte de los gobiernos nacionales (en cuanto al aumento de la asistencia proveniente de los donantes o los cambios en las condiciones impuestas por estos) hasta acciones colectivas coordinadas por instituciones internacionales.

Representación justa de los trabajadores en la elaboración del programa de acción nacional sobre políticas laborales

Hasta ahora, no son muchos los países que incorporaron las cuestiones del empleo y las condiciones de trabajo en las políticas económicas y sociales.

Para ello, es preciso compensar la balanza de poder entre los actores privados y los públicos. Es fundamental que el sector público conduzca el proceso, tanto a nivel nacional como mundial, para lo cual necesitará mecanismos que fortalezcan la representación de todos los trabajadores y los solicitantes de empleo en los procesos de elaboración de políticas, leyes y programas en materia de empleo y trabajo.

La participación de los trabajadores siempre tuvo una asociación positiva con la lucha por los derechos laborales colectivos, el movimiento sindical y las políticas y el mercado laborales creados por los Estados asistenciales modernos (Recuadro 7.1).

Los sindicatos son medios poderosos a través de los cuales se pueden entablar negociaciones colectivas en pro de la protección para los trabajadores, tanto en el plano nacional como en el internacional (véanse también los capítulos 12 y 13, Responsabilidad del mercado; Equidad de género). Es importante que los gobiernos asuman la responsabilidad que les cabe y garanticen una participación real de los grupos sociales menos poderosos mediante disposiciones que velen por

el derecho a la acción colectiva entre los trabajadores del sector estructurado y los del sector no estructurado (Recuadro 7.2).

La Comisión recomienda que:

7.2. Los gobiernos nacionales elaboren y pongan en ejecución políticas económicas y sociales que garanticen el trabajo seguro y un salario de subsistencia que tenga en cuenta el costo de vida real y actualizado para proteger la salud de los trabajadores (véanse las Recomendaciones 8.1 y 13.5).

Iniciativas en favor del pleno empleo

En la cumbre mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2005, los gobiernos reafirmaron su compromiso con la creación del pleno empleo y el trabajo digno como uno de los medios fundamentales para resolver el problema de la pobreza persistente que aqueja a todo el mundo. El pleno empleo productivo y el trabajo digno para todos también fueron incorporados como una nueva meta en el marco del ODM 1 con el propósito de reducir a la mitad la proporción de personas que viven en la extrema pobreza antes del 2015. Sin embargo, aunque los gobiernos expresaron su decisión de convertir la cuestión del pleno empleo y el trabajo digno universal en un objetivo central de las políticas nacionales e internacionales (UN, 2005), no todos han cumplido con este compromiso.

Se trata de un objetivo complejo, para cuya consecución son necesarias políticas económicas y sociales integrales, y la aplicación de diversos mecanismos en los distintos contextos nacionales, por ejemplo, acciones internas dirigidas directamente a generar empleo mediante obras públicas que requieran mucha mano de obra, políticas de contratación local, expansión de programas generadores de ingresos y apoyo a las pequeñas y medianas empresas. El estado podría comenzar por crear un número importante de puestos de trabajo, pero las implicancias de medidas de estas características dependen del nivel de desarrollo del país.

En los países como en la India, donde las personas perciben bajos salarios pero suele haber infraestructura y capacidad administrativa, el empleo en la administración pública puede lograr que las personas traspasen el umbral nacional de pobreza (Recuadro 7.3).

En muchos países de la OCDE, donde la mayor parte de la fuerza laboral está empleada en el sector estructurado y el índice de desempleo es relativamente bajo, los gobiernos se proponen cumplir con el pleno empleo, en primer lugar, instando a los solicitantes de empleo a que sean más activos en su búsqueda —por ejemplo, ayudándolos a buscar empleo y ofreciéndoles servicios de información sobre vacantes existentes y el grado en que éstas se ajustan al perfil del solicitante, asesoramiento individualizado, orientación vocacional y formación continua— y, en segundo lugar, exigiendo que se pongan en contacto con el servicio de empleo y que participen en programas de capacitación transcurrido un determinado periodo de desocupación (OECD, 2005).

Salario de subsistencia saludable

Para proporcionar un salario de subsistencia que tenga en cuenta el costo de vida real y actualizado y que proteja la salud, es preciso elaborar políticas económicas y sociales de apoyo que se actualicen

PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO Y TRABAJO DIGNO: ÁMBITO DE ACCIÓN 7.1

Convertir a las prácticas justas en materia de empleo, el empleo pleno y el trabajo digno en un objetivo central de las políticas sociales y económicas de los países y las instituciones internacionales.

con regularidad y se basen en los costos de las necesidades en materia sanitaria, entre ellas, una alimentación nutritiva adecuada, una vivienda, abastecimiento de agua y servicios de saneamiento, y participación social (Morris & Deeming, 2004). En los países de bajos ingresos, la ventaja competitiva depende en gran medida de los bajos costos de la mano de obra, la que puede verse amenazada si se imponen leyes que exijan un salario de subsistencia digno que sea actualizado con regularidad. Ya es tiempo de que:

- Los gobiernos, junto con los investigadores en salud pública y políticas sociales, exploren mecanismos que permitan calcular el costo que supone una vida saludable a fin de estimar el salario de subsistencia aplicable a cada país (Recuadro 7.4);
- Los gobiernos, a fin de lograr un nivel de empleo saludable que respete los parámetros de equidad entre los distintos

países, como primera medida, exploren mecanismos para crear convenios salariales transnacionales, en principio, en el plano regional.

Formación para el trabajo

Una parte esencial de todo enfoque multifacético que se proponga elaborar políticas de empleo pleno y justo consiste en que las personas que no están trabajando o que están entre empleos reciban ayuda para adquirir un conjunto de habilidades y competencias adecuadas que les permitan participar en actividades laborales de calidad. Para ello, debe haber una asociación entre el gobierno y las ONG que se encargue de elaborar un conjunto integral de programas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos, tales como las personas que tienen alguna discapacidad o los que están desempleados durante períodos prolongados. Es preciso

RECUADRO 7.1 TRABAJO Y SALUD EN EL BRASIL: EL CASO DE LOS HABITANTES RURALES QUE CARECEN DE TIERRA Y LOS QUE TIENEN PEQUEÑAS PARCELAS

En el Brasil, el 45% de la tierra destinada al cultivo está en manos de alrededor del 1% de los terratenientes, mientras que en torno al 50% de los propietarios en conjunto sólo poseen alrededor del 2% de todas las tierras de cultivo. Cerca de 31 millones de brasileños (18,8% de la población total) residen en el campo. Estas personas, denominadas “agregados”, viven en una situación de extrema pobreza y sufren altos índices de muchos de los problemas psicosociales, educacionales y sanitarios. En 1984, las familias carentes de tierra organizaron el Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra [Movimiento de los trabajadores rurales sin tierra]. Es probable que esta organización sea el movimiento social más grande de América Latina, ya que lo integran alrededor de 1 500 000 miembros. El resultado más importante que obtuvo este movimiento fue la asignación de una parcela propia a familias que carecían de tierra, que aumentó de algunos miles a más de 300 000 en 2 000 asentamientos.

Las investigaciones han demostrado que los miembros de las comunidades conformadas gracias a este movimiento gozan de mejor salud que otros trabajadores agrícolas, mejoras que fueron atribuidas a la mayor producción de ganado, la mejor nutrición (en parte, gracias a una mayor diversidad de productos alimenticios), el apoyo de la comunidad en caso de necesidad y el compromiso directo en las decisiones de la comunidad. Aunque el movimiento tiene limitaciones, desde sus inicios, actuó como catalizador en favor de las reformas, pero no sólo de las reformas agrarias sino también de las sanitarias, y ha tenido repercusiones directas sobre las decisiones gubernamentales, ha influido en las políticas públicas y ha tenido una función en el consejo conformado por la sociedad civil de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América.

Fuente: EMCONET, 2007

RECUADRO 7.2 TRABAJO INFANTIL EN NEPAL

Los sindicatos de Nepal vienen reuniendo información y formulando políticas, y han incorporado la cuestión del trabajo infantil en los programas de capacitación para los trabajadores. Una de las cuestiones fundamentales en Nepal es el trabajo en régimen de servidumbre⁷, que también afecta a los niños, ya que las familias enteras quedan sometidas al sistema. Los sindicatos, junto con otros grupos de la sociedad civil, persuadieron al gobierno de que aboliera este sistema, lo que se hizo efectivo en el 2000. La decisión estatal hizo borrón y cuenta nueva, ya que declaró ilegales todas las deudas sobre las que se sustentaba la relación de servidumbre.

A fin de velar por que los antiguos kamaiyas no cayeran nuevamente en esa situación de pobreza y necesidad, los sindicatos trabajaron junto con el gobierno en la elaboración de dos importantes medidas de protección: salario mínimo para los trabajadores agrícolas y el derecho de los sindicatos a organizarse en los sectores no estructurados de la economía, incluido el sector agrícola no estructurado. Estas son dos medidas importantes que los sindicatos no consideraron que les hubiera sido posible lograr si no hubiesen tenido una posición sólida dentro del movimiento contra el trabajo infantil.

Fuente: Grimsrud, 2002

⁷ Kamaiya es el sistema nepalés tradicional de trabajo en régimen de servidumbre. Las personas afectadas por este sistema también se denominan “kamaiya” o “kamaiyas”. El sistema funcionaba del siguiente modo: las personas que carecían de tierra y trabajo podían obtener préstamos de terratenientes para alimentarse y sobrevivir. A cambio, debían vivir y trabajar en la propiedad del terrateniente como si fueran sus esclavos. Las deudas se tornaban en montos exorbitantes y las familias completas se veían obligadas a trabajar en condiciones de esclavitud durante años o, incluso, generaciones. El sistema kamaiya se aplicaba en particular en la región occidental de Nepal y afectaba principalmente al pueblo tharu y a los dalit (“intocables”).

que el contenido de la formación profesional y el modo en que esta se imparte satisfagan las necesidades de la comunidad y, sobre todo a medida que la fuerza laboral envejece, ofrezcan nuevas oportunidades de capacitación adecuadas para las personas mayores. El sistema danés “flexiguridad” es uno de los programas más exitosos en lo que respecta a la formación de la fuerza laboral encaminada a garantizar la empleabilidad (Recuadro 7.5).

Normas de trabajo digno y seguro

Las características del empleo y las condiciones laborales a las que están expuestas las personas tienen repercusiones importantísimas sobre la salud y su distribución social. El trabajo debe ser justo y digno. El Estado desempeña una función fundamental en la reducción y la mitigación de los efectos sanitarios negativos que causan las condiciones de empleo y trabajo inadecuadas.

La Comisión recomienda que:

- 7.3. Se fortalezca la capacidad del Estado para poner en ejecución mecanismos reguladores con miras a promover y velar por el cumplimiento de normas que garanticen las prácticas justas en materia de empleo y el trabajo digno para todos los trabajadores (véase la Recomendación 12.3).**

Normas laborales

Los cuatro principios fundamentales que dan vida a muchas de las normas de la OIT —libertad sindical y reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva; protección contra el trabajo forzoso; abolición efectiva del trabajo infantil; y prácticas laborales no discriminatorias— constituyen el pilar de las prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno. Un paso esencial para lograr un buen estado de salud y la equidad sanitaria es que los organismos

gubernamentales velen por el cumplimiento de normas y códigos laborales aprobados en instancias internacionales (ILOLEX, 2007). Asimismo, si está garantizado el cumplimiento de las normas básicas, por ejemplo igual remuneración para mujeres y hombres, hay grandes probabilidades de reducir las desigualdades entre los sexos (véase el capítulo 13, Equidad de género).

Los efectos que tienen las empresas transnacionales sobre el empleo y las condiciones laborales, y las características transfronterizas del trabajo y el empleo justifican la creación de un mecanismo internacional que apoye a los gobiernos nacionales en sus planes de ratificar y poner en ejecución normas laborales básicas (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado). Es preciso que la creación de capacidad administrativa, el desarrollo de la infraestructura y la habilitación de apoyo financiero para llevar a la práctica las recomendaciones cuenten con un apoyo concertado de la OIT y la OMS, con la participación de donantes y la representación de los trabajadores del sector estructurado y del no estructurado (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz). La capacidad de los países de bajos ingresos para velar por el cumplimiento de las normas laborales básicas quizá sea algo limitada, sobre todo si se tiene en cuenta el contexto del gran conjunto de recomendaciones que propone la Comisión. Si bien es cierto que las normas laborales deben ser acordes al nivel de desarrollo económico, al menos deben garantizar los cuatro principios fundamentales; por otra parte, es preciso considerar el caso de cada país en particular al evaluar la factibilidad de aplicar mecanismos internacionales para garantizar el cumplimiento. Una vez establecidos los cuatro principios básicos, las normas laborales básicas deben pasar por un proceso planificado de convergencia gradual ascendente a fin de prevenir efectos adversos.

RECUADRO 7.3 PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DEL EMPLEO RURAL: EXPERIENCIA EN LA INDIA

La Ley nacional sobre garantía del empleo rural del 2005 obliga al gobierno indio a habilitar un sistema de seguridad social para los hogares rurales empobrecidos, garantizando 100 días de trabajo que le signifique un salario mínimo a un integrante de la familia por hogar.

Aunque su ejecución es bastante reciente y ha encontrado algunas dificultades de procedimiento, hay datos que demuestran que ha tenido efectos positivos en varios estados donde se puso en práctica de un modo apropiado. Este programa brindó seguridad salarial a las familias rurales pobres, ayudó a emancipar económicamente a las mujeres y creó bienes públicos. En Rajastán, donde hay gran sensibilización pública respecto del programa, en el bienio 2006-2007, cada hogar rural tuvo 77 días de empleo por año. En Uttar Pradesh, se observan mejoras importantes en

las obras públicas a medida que ha aumentado el nivel de empleo; se pagan salarios mínimos y se han reducido los retrasos en los pagos, y se están eliminando las condiciones de explotación impuestas por contratistas privados.

No obstante, todas estas mejoras no implican que el programa no tenga dificultades, pero la transparencia que actúa como salvaguardia y la capacidad para velar por el cumplimiento de los procedimientos han sido fundamentales para el importante progreso que ha logrado. Por otra parte, es necesario hacer una revisión a conciencia del salario y ampliar el número de días y los miembros por familia que son beneficiados por el programa. Además, a fin de garantizar la inclusión social, es necesario que los lugares de trabajo cuenten con espacios para las mujeres que tienen hijos.

Fuente: The Hindu, 2008; Ganesh-Kumar et al., 2004

PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO Y TRABAJO DIGNO: ÁMBITO DE ACCIÓN 7.2

A fin de lograr la equidad sanitaria, todas las personas deben tener un trabajo seguro y sin riesgos durante todo el año, recibir a cambio una remuneración justa y gozar de un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida privada.

Es preciso que todos los países adopten el objetivo a largo plazo de elaborar y poner en ejecución, progresivamente, códigos de prácticas obligatorias en relación con el trabajo y la salud y la seguridad laborales que rijan sobre los proveedores nacionales e internacionales. Asimismo, la aplicación de disposiciones nacionales que exijan a

todas las empresas la clara identificación del lugar donde se fabrican los productos y sus componentes y las condiciones laborales de los trabajadores (EMCONET, 2007) como una meta política a largo plazo puede ayudar a conseguir la equidad en el empleo y las condiciones laborales en todo el mundo.

RECUADRO 7.4 INGRESO ESENCIAL PARA UNA VIDA SALUDABLE

En el Reino Unido, se realizó una evaluación del costo de vida de los varones solteros de entre 18 y 30 años que ya no vivían con su familia ni compartían la vivienda. A partir de datos consensuales, se definió el costo de una canasta de productos y servicios básicos considerados necesarios para llevar adelante una vida cotidiana saludable que comprendía los gastos de alimentación y actividad física, vivienda, servicios domésticos, bienes domésticos, transporte, vestimenta y calzado, costos de educación, gastos personales, cuidado personal y atención médica, ahorros y contribuciones a sistemas de jubilación privada, y bienes y actividades recreativas, incluidas las relaciones sociales. El costo total se consideró indicativo del ingreso mínimo disponible que ahora es esencial para llevar adelante una vida saludable.

Se determinó que el ingreso mínimo que necesitaba este grupo de población era de £ 131,86 por semana (tomando como base los precios de abril de 1999).

Cada uno de los rubros, en particular el costo de la vivienda (que representa alrededor del 40% del total) dependen de la región geográfica y de otras presunciones. En la sociedad actual, cabría considerar que el ingreso disponible que podría satisfacer este costo mínimo es una condición necesaria para gozar de un buen estado de salud. El salario mínimo del país (correspondiente a abril de 1999), que era de £ 3,00 la hora entre los 18 y los 21 años y de £ 3,60 a partir de los 22, se traducía en un ingreso semanal disponible de £ 105,84 y £ 121,12, respectivamente, considerando una semana laboral de 38 horas, una vez deducidos los impuestos establecidos por ley y las aportaciones al seguro social. Los varones de 18-21 años deberían trabajar 51 horas y los de 22 en adelante, 42,5 horas, para obtener un ingreso que cubriera el costo mínimo de llevar adelante una vida saludable.

Fuente: Morris et al., 2000

RECUADRO 7.5 FLEXIGURIDAD Y FORMACIÓN PERMANENTE: EXPERIENCIA EN DINAMARCA

El mercado laboral de Dinamarca es tan flexible como el británico, pero ofrece a los empleados el mismo grado de seguridad que el mercado sueco. En repetidas ocasiones, se ha atribuido este desarrollo a la flexibilidad de las normas laborales, a las políticas activas sobre el mercado laboral que incluyen el derecho y la obligación de los desempleados a recibir formación, ofertas de trabajo y beneficios relativamente buenos, en comparación con los de otros países, y a un ciclo económico favorable de un decenio de duración. El sistema de flexiguridad danés está compuesto por cuatro elementos fundamentales:

un mercado laboral flexible;

sistemas generosos de seguridad social;

formación permanente;

políticas activas sobre el mercado de trabajo.

En cuanto a la formación permanente, los interlocutores sociales tienen una participación activa y están comprometidos, desde sus instituciones, con la elaboración y la puesta en ejecución de políticas educativas, en particular con políticas de formación profesional. Una característica institucional específica de las políticas de formación profesional de Dinamarca es que está dirigida tanto a los empleados como a los desempleados. Bajo la responsabilidad formal del Ministerio de Trabajo (ahora el Ministerio de

Educación), pero administrada en gran medida por los interlocutores sociales, en 1960 se puso en práctica el sistema de formación profesional para la mano de obra no calificada y en 1965, un sistema similar para la mano de obra calificada. Desde los últimos años de la década de 1980, los convenios colectivos también incluyen cláusulas sobre la formación de los trabajadores, que en general otorgan el derecho a dos semanas de licencia por año para participar en actividades de formación relevantes para la tarea del trabajador.

El estado es la principal fuente de financiación del sistema. Este sistema de financiación, al hacerse cargo de los costos de capacitación y formación que de otro modo deberían afrontar las empresas, funciona de modo indirecto como un subsidio del estado para fomentar la competitividad de la industria danesa. Gracias, en parte, a este acuerdo de financiación y a los amplios derechos de participación en acciones de capacitación, Dinamarca, durante algunos años, fue uno de los países europeos que registraba la mayor participación en actividades de formación profesional. Puesto que el sistema está financiado principalmente por el presupuesto público, las actividades suelen brindar capacitación general en lugar de específica para cada empresa, lo cual permite a los trabajadores ampliar sus posibilidades en el mercado laboral externo y mejorar la flexibilidad funcional de los mercados laborales internos.

Fuente: Madsen, 2006

Si bien algunas empresas multinacionales adoptaron códigos de conducta voluntarios y, según se informa, velan por el cumplimiento de las mismas prácticas laborales en sus empresas asociadas de todo el mundo (http://www.jnj.com/community/policies/global_labor.htm), esta actitud sólo representa una respuesta limitada en función de la descomunal tarea que aún queda por cumplir. Como punto de partida, el sector público puede encargarse de supervisar con regularidad los códigos de prácticas puestos en ejecución voluntariamente por el sector privado en relación con las normas laborales y las disposiciones relativas a la salud y la seguridad en el trabajo, lo que puede ayudar a fortalecer los efectos positivos y velar por que las empresas rindan cuentas de su desempeño en este sentido (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado). Por otra parte, cabe considerar la posibilidad de incorporar cambios en el derecho comercial con miras a modificar el objetivo primordial de las empresas que cotizan en bolsa —que consiste en maximizar el valor para los accionistas— añadiendo un conjunto más amplio de objetivos sociales y ecológicos, entre los que se incluya el empleo digno. No obstante, la coordinación de tales medidas debería estar a cargo de organismos internacionales a fin de que las empresas no abandonen los países que pongan en ejecución cambios de esa naturaleza ni que las empresas ubicadas en países que conserven el principio de maximización del valor para los accionistas adquieran empresas de países que adopten un objetivo primordial diferente. Del mismo modo en que, en el transcurso de los últimos dos decenios, el movimiento ecológico logró aumentar la responsabilidad de las empresas privadas en torno a la degradación ambiental, ahora es necesario trabajar en favor de medidas que garanticen las prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.

Equilibrio entre el trabajo y la vida privada

Cada vez está más difundido el concepto de que el trabajo en exceso y el consiguiente desequilibrio entre el trabajo y la vida privada tienen efectos negativos sobre la salud y el bienestar (Felstead et al., 2002). Para que los trabajadores puedan reequilibrar el trabajo y la vida privada, es preciso que las instancias de gobierno elaboren políticas y leyes de sostén que otorguen a los padres y las madres el derecho de disponer de tiempo para cuidar de sus hijos y de contar con una oferta de servicios de guardería, independientemente de su capacidad de pago, además de disposiciones laborales especiales, tales como horarios de trabajo flexibles, vacaciones remuneradas, licencia por maternidad y paternidad, trabajo compartido y licencias por antigüedad (Lundberg et al., 2007), políticas que comenzaron a surgir principalmente en los países de altos ingresos. Los trabajadores del sector no estructurado quedan excluidos de tales disposiciones, al igual que de otras leyes de protección. Por lo tanto, ya es tiempo de que los gobiernos, con la participación de los trabajadores —del sector estructurado y del no estructurado— propongan incentivos que promuevan las medidas sobre el equilibrio entre el trabajo y la vida privada, y políticas sobre protección social que las apoyen (véase el capítulo 8, Protección social a lo largo de la vida), que contemplen mecanismos transparentes de financiación y rendición de cuentas.

Trabajo precario

El predominio que tiene en todo el mundo el trabajo precario, que trae aparejadas todo tipo de inseguridades (Wilthagen et al., 2003), es uno de los responsables de las malas condiciones de salud y las inequidades sanitarias. La mayor parte de la fuerza laboral del mundo está en el sector no estructurado y tiene una posición sumamente precaria. Puesto que hay un vínculo estrecho entre el trabajo precario y la pobreza, las mujeres y su familia obtendrían beneficios importantes si se aplicaran políticas encaminadas a resolver los problemas de inseguridad laboral, el bajo nivel de los salarios y la discriminación de género en los entornos laborales no estructurados (véase el capítulo 13, Equidad de género). También cabe destacar el número cada vez mayor de trabajadores que migran hacia otros países. Si bien muchos constituyen mano de obra calificada, muchos

otros, en particular los migrantes ilegales, sufren condiciones de desamparo y precariedad, a menudo en el sector no estructurado. Los países que reciben estas migraciones están imponiendo obstáculos para impedir la movilidad de los posibles migrantes que buscan satisfacer la demanda de mano de obra extranjera (véase el capítulo 9, Atención universal de salud). Estas circunstancias, sumadas a la falta de oportunidades económicas dentro de determinados países han generado un negocio muy rentable de tráfico y contrabando de personas a expensas de flagrantes violaciones de los derechos humanos básicos (ILO, 2006b).

La Comisión recomienda que:

- 7.4. Los gobiernos reduzcan la inseguridad entre las personas que trabajan en condiciones de empleo precarias, entre ellas, el trabajo en el sector no estructurado, el trabajo temporal y el trabajo a tiempo parcial, poniendo en ejecución políticas y redactando leyes que garanticen un salario mínimo basado en el costo de vida real, la seguridad social y el apoyo a las personas que tienen hijos (véase la Recomendación 8.3).**

Normas para proteger a quienes trabajan en condiciones precarias

Es necesario que los gobiernos elaboren políticas y normas con miras a generar mayor seguridad para los trabajadores independientemente de su forma de inserción en el mercado de trabajo, avanzando progresivamente hacia una mayor estabilidad laboral. Algunos países están investigando formas de fortalecer los controles normativos sobre la reducción de plantillas, la subcontratación y la contratación externa (incluida la reglamentación de la cadena de suministro) y elaborando leyes que limitan el uso de trabajo precario (Recuadro 7.6).

Aporte del sector no estructurado a la equidad sanitaria

- La elaboración de leyes y reglamentaciones que protejan las condiciones laborales, los salarios, la salud y la seguridad laborales, y otros beneficios para los trabajadores del sector no estructurado.
- La ampliación del alcance de las normas laborales básicas a todos los trabajadores del sector no estructurado, velando por que las cumplan el gobierno, los empleadores y las organizaciones de trabajadores.
- La formulación de políticas en las instancias de gobierno nacionales y locales que tengan el propósito de incorporar a las empresas del sector no estructurado en el sector estructurado, por ejemplo, mediante gradientes impositivos especiales que insten a las empresas pequeñas y domésticas a formar parte del sistema.

Para muchos países de ingresos bajos y medianos, las acciones con miras a cumplir con cada una de estas recomendaciones en materia de normas laborales deben realizarse reconociendo que, en general, el sector no estructurado existe porque la carga que suponen el sistema impositivo y las reglamentaciones existentes ya imponen una limitación importante al tamaño del sector estructurado. Cuando no hay mecanismos de protección social que sean eficaces, las personas deben ganarse el sustento para sobrevivir, de modo que terminan en el sector no estructurado. El sector no estructurado puede funcionar fuera del alcance de las reglamentaciones y el sistema impositivo porque la capacidad administrativa suele ser insuficiente para aplicarlos a los cientos de miles de microemprendimientos e individuos que lo componen. En muchos de los países más pobres, también es probable que una gran proporción de los integrantes del sector no estructurado tengan un nivel básico de educación y alfabetismo, lo cual limita muchísimo su capacidad de cumplir con los requisitos reglamentarios. Las cuestiones reglamentarias descritas en estos apartados deben formar parte de un enfoque coherente de medidas económicas y sociales que incluyan la protección social, la educación y el

fortalecimiento del sector público (véanse también los capítulos 5, 8, 10, 11, 15 y 16, Equidad desde el principio; Protección social a lo largo de la vida; La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas; Financiación equitativa; Una gobernanza mundial eficaz; Determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

La función de los trabajadores y la sociedad civil en el mejoramiento de las condiciones de empleo

Las organizaciones de trabajadores tienen una función esencial en lo que respecta a la protección de los trabajadores del sector no estructurado, por lo que cada vez conforman estructuras más organizadas. Por ejemplo, desde 1998, los trabajadores del sector no estructurado obtuvieron representación en Senegal mediante una federación autónoma de trabajadores del sector rural y el sector no estructurado. Los sindicatos de Ecuador y Panamá abrieron departamentos especiales para que se ocuparan de las cuestiones de los trabajadores rurales e indígenas. En Benin y Ghana, hay funcionarios a tiempo completo que son responsables del sector no estructurado de la economía. En el Canadá, los sindicatos nombraron a hombres y mujeres como representantes sindicales de un programa especial, cuya tarea consiste en organizar a los trabajadores atípicos. El ejemplo de los Estados Unidos de América (Recuadro 7.7) ilustra el modo en que las acciones de la comunidad pueden complementar las medidas gubernamentales y otorgarles un impulso importante. En particular en los lugares donde los trabajadores no tienen los medios para influir en los empleadores ni en las cuestiones del mercado, la

colaboración entre la sociedad civil y los sindicatos puede obtener resultados muy positivos.

Mejorar las condiciones laborales

Es preciso mejorar las formas en que se organiza el trabajo adoptando un enfoque más activo en materia de calidad del trabajo (EFILWC, 2007) e incorporando mejoras en las condiciones laborales.

La Comisión recomienda que:

- 7.5. Las políticas y los programas que tengan la función de velar por la salud y la seguridad laborales abarquen a todos los trabajadores —del sector estructurado y del no estructurado— y amplíen su ámbito de influencia a fin de que incluyan los factores laborales estresantes y los comportamientos perjudiciales para la salud así como la exposición a riesgos físicos (véase la Recomendación 9.1).**

Protección universal

El sector sanitario tiene la función y la responsabilidad de conducir la formulación de políticas y programas en materia de salud laboral a fin de que abarquen al sector estructurado y al no estructurado de la economía, por ejemplo,

- Elaborando y fortaleciendo leyes, políticas y servicios en materia de salud laboral a fin de ofrecer a todos los trabajadores una cobertura básica de salud y seguridad laborales.

RECUADRO 7.6 MAYOR SUPERVISIÓN ESTATAL DE LOS PROCESOS DE SUBCONTRATACIÓN

La producción en la economía mundial está conformada por una red cada vez más compleja de arreglos contractuales o cadenas de suministros. Los procedimientos empresariales modernos, en particular los que aplican las grandes empresas, dependen sobre todo de la contratación externa de empresas ubicadas en otras locaciones (a veces en otros países) para la producción de bienes y servicios. La contratación externa se efectúa mediante diversos tipos de acuerdos de subcontratación, desde la provisión de mano de obra únicamente hasta la entrega de bienes y servicios intermedios o finales. La cadena de subcontratación puede tener muchos niveles e incluir varios pasos entre el productor de un bien o servicio y el cliente final. Entre los subcontratistas se encuentran otras firmas, empresas pequeñas y trabajadores por cuenta propia. Los estudios internacionales efectuados sobre este tema demuestran las abrumadoras consecuencias de este sistema, que deteriora la salud y la seguridad laborales. Entre los riesgos que implica la subcontratación para la salud y la seguridad laborales se incluyen la presión financiera o por reducción de costos sobre los subcontratistas, la desorganización o fractura de la gestión de la salud y la seguridad laborales, y la insuficiencia de los controles normativos.

El marco legal y la respuesta del estado y la industria a estas cuestiones son muy variables y, en general, están fragmentados y son insuficientes. En los últimos años, algunos gobiernos comenzaron a explorar la posibilidad de reglamentar las cadenas de suministro como un medio para resolver el riesgo asociado a las complejas redes de subcontratación. La organización que se encuentra en la cima de la cadena de suministro a menudo

ejerce un control considerable sobre aquellos a quienes contrata para realizar distintas tareas, control que se torna evidente en la dependencia financiera de los subcontratistas (que esperan obtener otros encargos en el futuro) y en los términos y condiciones contractuales entre la empresa subcontratante y sus proveedores para garantizar la cantidad, la calidad, la puntualidad y el precio, y la forma en que se distribuyen los riesgos asociados al cumplimiento de las reglamentaciones. A diferencia de las leyes de protección social, este mecanismo privado de control trasciende sin problemas las fronteras internacionales. No obstante, el estado podría imponer reglamentaciones que cubrieran cada paso de la cadena y se centraran en la responsabilidad de la cima de la cadena de suministro a fin de definir las condiciones, incluidas la salud y la seguridad laborales, en las cuales se debe realizar el trabajo. Desde luego, tales reglamentaciones deben contar con el apoyo internacional.

En Australia, para proteger a los trabajadores domiciliarios del sector textil y a los conductores de camiones, se promulgaron leyes que adjudican a la organización que está en la cima de la cadena de suministro la responsabilidad legal por el cumplimiento de las normas laborales (salario mínimo, jornada laboral) y de los criterios de salud y seguridad laborales, y por el pago de la indemnización laboral. En el Reino Unido, se instituyó un sistema obligatorio de otorgamiento de licencias al que deben acogerse todos los intermediarios que ofrecen la contratación de temporeros en el sector agrícola, el hortícola y la industria de procesamiento de alimentos.

Fuente: EMCONET, 2007

- Concibiendo programas de formación laboral para los trabajadores del sector no estructurado y los movimientos sociales pertinentes.
- Incorporando el criterio de la salud laboral como parte de la función primaria del sistema de atención sanitaria.

Es necesario que los gobiernos nacionales, los organismos internacionales, los empleadores y los trabajadores trabajen en pro de incorporar el criterio de salud y seguridad laborales en los programas de creación de empleo, las reglamentaciones de la subcontratación y la contratación externa, y los convenios comerciales. La supervisión de tales iniciativas, en particular mediante medidas para garantizar el cumplimiento de las leyes y la

inspección en materia de salud laboral, podrían ser un paso inicial para velar por que las políticas y las formas de empleo prevalentes en el mundo coadyuven a mejorar las condiciones de salud y la equidad sanitaria.

La incumbencia de las normas en materia de salud y seguridad laborales

Muchas políticas y programas laborales concernientes a la salud y la seguridad en los lugares de trabajo siguen ocupándose de los riesgos tradicionales. En el Canadá, por ejemplo, la Ley canadiense de protección del medio ambiente, de 1999, es la principal ley rectora sobre las sustancias químicas. El plan de gestión de sustancias químicas

RECUADRO 7.7 MOVIMIENTO FAIR-WEAR POR EL EMPLEO DIGNO EN LA INDUSTRIA DE LA CONFECCIÓN: ACCIÓN CONJUNTA DE LOS TRABAJADORES Y LA SOCIEDAD CIVIL

En el transcurso de la última década, el movimiento político en contra de los talleres de trabajo esclavo se convirtió en una de las mayores iniciativas políticas de lucha contra esta forma de explotación y de defensa transnacional de los derechos del trabajador. Los grandes fabricantes de indumentaria suelen ser blanco del activismo de este movimiento. Debido a que su gran dependencia de los consumidores los obliga a sobrevivir en mercados sumamente competitivos, a fin de obtener ganancias, deben competir con otros vendedores por los consumidores cada vez más inconstantes (infieles a la marca) que siempre están en busca de indumentaria de buena calidad a precios muy asequibles. Para mantener e incluso mejorar su participación en el mercado y los márgenes de ganancia, contratan a empresas externas para que les fabriquen los productos en países donde la mano de obra es económica y destinan considerables recursos a la comercialización competitiva de su logo e imagen. En el entorno de la fabricación de indumentaria para empresas importantes, que casi no está regulado, el bienestar del trabajador se ve amenazado por la producción rápida y flexible que es necesaria para satisfacer a los consumidores que están en la búsqueda constante de productos de moda.

Este movimiento ha aprovechado la vulnerabilidad de la imagen del mundo empresarial dependiente del consumidor para impulsar mejoras en los derechos y la justicia social de los trabajadores de la industria textil. Dado que las empresas de indumentaria de marca buscan obtener ganancias y mantener una buena imagen frente a los consumidores, ahora se ven obligados a resolver los problemas de los talleres de trabajo esclavo.

Dos acontecimientos sucedidos en 1995 fueron cruciales para este movimiento en América del Norte: la creación del Sindicato de los empleados de talleres industriales,

técnicos y costureros (UNITE!, denominado ahora "UNITE HERE!") y el allanamiento policial de talleres domiciliarios en El Monte, California (EUA). Este sindicato dio el puntapié inicial a un nuevo activismo sindical que aprovechó el poder del consumidor con el fin de propiciar las condiciones para organizar a los trabajadores. El allanamiento de El Monte representó una alerta para la sociedad civil y generó en los medios de comunicación una onda expansiva que se prolongó en el tiempo. Poco después, el movimiento obtuvo un gran impulso. Los grupos de promoción de diversas causas que activan en Internet, tales como Global Exchange, utilizaron su talento mediático para atraer la atención del público y los medios hacia los directores famosos de empresas importantes. Se unieron a la lucha contra los talleres de trabajo esclavo organizaciones nuevas y antiguas de la sociedad civil: organizaciones de grupos cristianos, grupos estudiantiles, grupos de intelectuales, institutos políticos, fundaciones, organizaciones de consumidores, organizaciones internacionales, sindicatos locales y mundiales, grupos de trabajadores, grupos de lucha contra los talleres de trabajo esclavo, empresas que no recurren a estos talleres, inversionistas y organizaciones, redes y grupos internacionales de derechos humanos y humanitarios. Cabe destacar el fenómeno poco frecuente de cooperación entre los sindicatos y los consumidores, como lo ilustra la campaña emprendida por UNITE! y la liga estadounidense de consumidores contra los talleres de trabajo esclavo que llegó a más de 50 millones de consumidores de todo el mundo. Esta campaña ha conseguido su objetivo: por ejemplo, en Indonesia, los productores de indumentaria y calzado que exportan o pertenecen a capitales extranjeros aumentaron el salario mínimo entre un 20% y un 25% más rápidamente que otros.

Fuente: Micheletti & Stolle, 2007

PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO Y TRABAJO DIGNO: ÁMBITO DE ACCIÓN 3

Mejorar las condiciones de trabajo para todos los trabajadores a fin de disminuir la exposición a riesgos físicos, estrés laboral y comportamientos perjudiciales para la salud.

anunciado en diciembre del 2006 y el marco de políticas que se emplean en la actualidad están encaminados a evaluar los riesgos para la salud humana y la ecología que plantean las sustancias químicas nuevas y las ya existentes (véase www.chemicalsubstances.gc.ca). Si bien ese tipo de políticas relativas a la salud y la seguridad laborales siguen siendo importantes, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, los datos científicos indican que es necesario ampliar la incumbencia de tales políticas a fin de que incorporen el estrés laboral y los comportamientos perjudiciales. El ejemplo del Reino Unido (Recuadro 7.8) ilustra el modo en que los empleadores, junto con

los sindicatos, pueden concebir normas laborales que reconozcan el entorno psicosocial como un elemento legítimo de las condiciones de trabajo.

Mediante el cumplimiento de prácticas justas en materia de empleo y condiciones dignas de trabajo, los gobiernos, los empleadores y los trabajadores pueden ayudar a erradicar la pobreza, mitigar las desigualdades sociales, reducir la exposición a riesgos físicos y psicosociales, y mejorar las oportunidades de las personas de gozar de buena salud y bienestar. Y, desde luego, una fuerza laboral saludable es más productiva.

RECUADRO 7.8 ACCIÓN A NIVEL NACIONAL PARA RESOLVER LA CUESTIÓN DEL ESTRÉS EN EL ENTORNO LABORAL

La Comisión de Sanidad y Seguridad de Gran Bretaña adoptó el problema del estrés laboral como una de sus principales prioridades en el marco de la Estrategia de salud laboral para Gran Bretaña del 2000, encaminada a revitalizar la salud y la seguridad, que se propuso lograr, antes del 2010, una reducción del 30% en la incidencia de los días de trabajo perdidos a causa de enfermedades y lesiones laborales; una reducción del 20% de la incidencia de las personas que padecen enfermedades laborales crónicas; y una reducción del 10% en el índice de lesiones laborales mayores o mortales.

En el 2004, el Comité ejecutivo sobre salud y seguridad (HSE) del Reino Unido propuso parámetros de gestión del estrés laboral, que se ocupan de seis factores laborales estresantes: las exigencias, el control, el apoyo, las relaciones, las funciones y los cambios. Junto con estos parámetros se creó un instrumento de evaluación del riesgo, compuesto de 35 elementos que describen las condiciones de trabajo y que cubren estos seis factores estresantes en el entorno laboral. Los parámetros adoptaron un enfoque demográfico con miras a solucionar el estrés de los entornos laborales modificando los factores organizacionales a fin de que estuvieran en niveles aceptables en lugar de ocuparse de identificar a los empleados que sufrían niveles altos de estrés. Además, en lugar de definir valores de referencia para las condiciones laborales psicosociales considerados aceptables para que

fueran cumplidos por todos los empleadores, los parámetros se plantearon como objetivos a los que debían llegar las organizaciones.

Los parámetros de gestión no son en sí mismos una nueva ley, pero pueden ayudar a los empleadores a cumplir con su obligación legal, en virtud de las disposiciones de 1999 sobre gestión de la salud y la seguridad laborales, de evaluar las condiciones estresantes que perjudican la salud como consecuencia de la actividad laboral.

Como parte de un programa de ejecución de tres años de duración, en el bienio 2006-2007, este comité inició un plan intensivo de difusión de los parámetros de gestión en mil entornos laborales brindando apoyo para que realizaran evaluaciones del riesgo e incorporaran cambios a partir de los resultados de esas evaluaciones. Hasta ahora, las evaluaciones efectuadas en los entornos laborales en base a los parámetros de gestión han sido principalmente estudios monográficos de carácter cualitativo sobre buenas prácticas, los que pueden consultarse en el sitio web del Comité (www.hse.gov.uk/stress). En el 2004, se realizó una encuesta nacional de control antes de incorporar los parámetros de gestión a fin de que sirviera como punto de partida para la evaluación futura de las tendencias en las condiciones psicosociales de los entornos laborales.

Fuente: EMCONET, 2007

CAPÍTULO 8

Protección social a lo largo de la vida

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Artículo 25(1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1948)

LA RELACIÓN ENTRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SALUD

En todo el mundo, cuatro de cada cinco personas carecen de la protección básica que proporciona la seguridad social (ILO, 2003). Por lo tanto, extender la protección social a todas las personas, en cada país y en el mundo, constituye un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación. No se trata únicamente de una cuestión de justicia social; los regímenes de protección social pueden contribuir a alcanzar los objetivos de desarrollo, en lugar de depender de su consecución (McKinnon, 2007).

La protección social puede abarcar un amplio abanico de servicios y beneficios, entre otros, la seguridad de un ingreso básico, el derecho a beneficios extrasalariales—como alimentos y cobertura de otras necesidades básicas—, servicios tales como atención sanitaria y educación (Van Ginneken, 2003), y protección y beneficios laborales, tales como la licencia por maternidad, la licencia con remuneración y el servicio de guardería. En este capítulo, nos centraremos en la seguridad del ingreso. Los sistemas que garantizan el ingreso generalmente brindan protección en períodos de la vida durante los cuales las personas son más vulnerables (durante la infancia, la

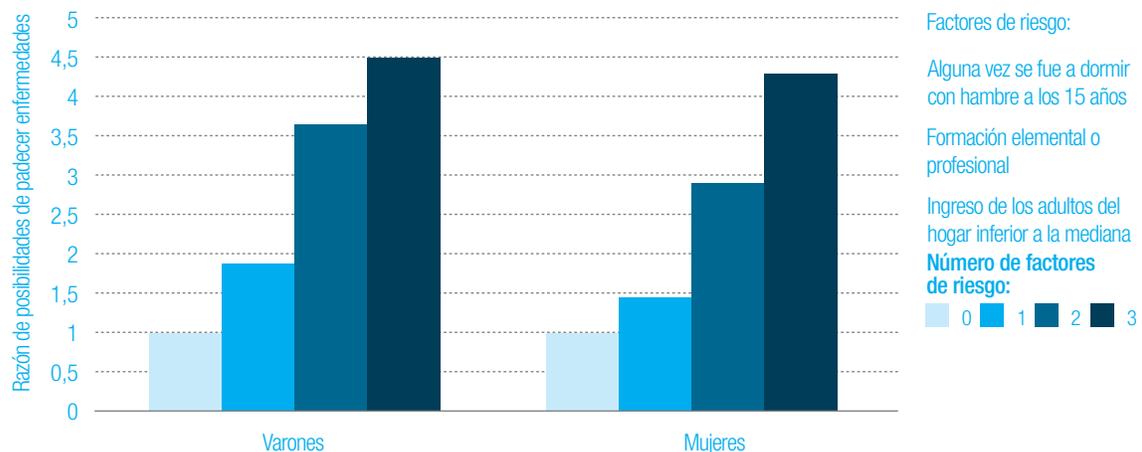
maternidad y la paternidad, y la vejez) y en casos de crisis personales específicas (por ejemplo, en situaciones de desempleo, enfermedad o incapacidad, o muerte del principal sostén económico del hogar). La protección relacionada con el trabajo y los beneficios derivados del empleo se describen en el capítulo 7 (Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno), mientras que los capítulos 5 y 9 se ocupan del acceso a una educación de calidad y al sistema de atención sanitaria, respectivamente (Equidad desde el principio; Atención universal de salud).

La importancia de la protección social a lo largo de la vida

La pobreza y el nivel de vida precario son determinantes importantes de las enfermedades y la inequidad sanitaria, dado que tienen consecuencias significativas para el desarrollo de la primera infancia y a lo largo de toda la vida. Algunas de las condiciones de vida que tienen consecuencias para la salud son el hacinamiento, la falta de servicios domésticos básicos, la inseguridad en el barrio de residencia, el estrés de los padres y las madres, y la inseguridad alimentaria. La pobreza infantil y la transmisión de la pobreza de generación en generación son obstáculos importantes que no permiten mejorar la salud de la población ni reducir las desigualdades sanitarias (véase el capítulo 5, Equidad desde el principio). La influencia del nivel de vida en las trayectorias vitales se observa, por ejemplo, en la percepción personal que tienen los mayores de 50 años acerca del estado de salud derivado de factores de riesgo socioeconómicos acumulados a lo largo de la vida (Figura 8.1).

Los sistemas de protección social redistributivos y el grado en que las personas pueden acceder a una vida saludable mediante el trabajo influyen en los niveles de pobreza (Lundberg et al., 2007). Si bien los datos científicos acerca de los efectos que tienen estos sistemas

Figura 8.1 Percepción personal del estado de salud de los varones y las mujeres rusos de más de 50 años y acumulación de factores de riesgo socioeconómicos a lo largo de la vida (datos del 2002).



Fuente: Nicholson et al., 2005

proviene principalmente de países de ingresos altos, que disponen de datos y que aplican políticas de protección social, aportan indicios de los efectos que podrían tener estas políticas en otras partes del mundo. En los países nórdicos, por ejemplo, los índices de pobreza calculados netos de impuestos y transferencias son muchísimo más bajos que en el Canadá, los Estados Unidos de América y el Reino Unido (aunque los índices de pobreza son similares antes de descontar impuestos y transferencias) (véase la Figura 3.2, en el capítulo 3). Si se comparan los niveles de pobreza entre grupos vulnerables, se tornan más evidentes las diferencias en términos de prevalencia de la pobreza entre estos países. Como lo ilustra la Figura 8.2, los países nórdicos registran índices de pobreza relativa bastante bajos en los hogares monoparentales, las familias que tienen tres hijos o más y las personas de 65 años en adelante. Es importante recalcar que esta diferencia no sólo es producto de la redistribución de la protección social sino de un efecto más indirecto de la ayuda del estado, es decir, el grado en que las personas pueden llevar adelante una vida saludable a partir de su actividad laboral. Los sistemas de seguridad social son fundamentales, al igual que la garantía de un ingreso mínimo que sea suficiente para llevar adelante una vida saludable y la protección laboral (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno).

Los países que cuentan con sistemas de protección social más generosos suelen tener mejores resultados sanitarios, al menos en los países de altos ingresos acerca de los cuales se dispone de datos (Lundberg et al., 2007). Las políticas familiares más generosas, por ejemplo, están asociadas a una mortalidad más baja de menores de un año (Figura 8.3). Por otra parte, los países en los que el sistema de protección social es más generoso y llega a más personas, mediante pensiones y subsidios por enfermedad y desempleo, y seguro contra accidentes laborales (en conjunto), tienen una esperanza de vida al nacer más alta (Lundberg et al., 2007) y los países que disponen de regímenes de pensión más generosos suelen registrar una mortalidad más baja entre las personas mayores (Lundberg et al., 2007). No obstante, no se dispone de datos suficientes acerca de la relación que

existe entre la magnitud de las inequidades sanitarias de cada país y las políticas de protección social, de modo que son necesarias inversiones que financien otros métodos y fuentes de obtención de datos comparables. Los datos provenientes de algunos países de altos ingresos demuestran que, si bien las desigualdades en términos de mortalidad relativa no son menores en los países que aplican sistemas universales de protección social más generosos, los grupos desfavorecidos registran una tasa de mortalidad absoluta más baja (Lundberg et al., 2007).

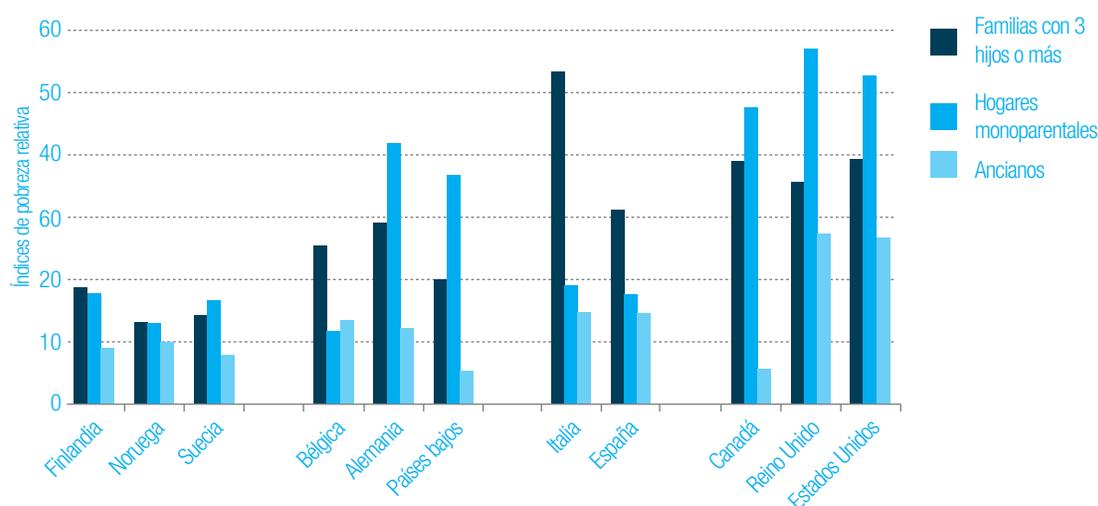
Protección durante la vida activa

El pago de un salario digno y la garantía de los beneficios y las protecciones que se derivan del trabajo, entre los que se cuentan las indemnizaciones por discapacidad, accidentes laborales y enfermedades laborales, la licencia por maternidad y la jubilación (EMCONET, 2007), podrían proteger a un número importante de personas de todo el mundo. Sin embargo, sólo una pequeña porción de la fuerza laboral del mundo cuenta con este tipo de protección. Por ejemplo, la mayor parte de los trabajadores no reciben ningún tipo de ingreso cuando faltan al trabajo por enfermedad y los trabajadores que padecen alguna discapacidad prolongada hasta pueden perder importantes habilidades, lo que puede dificultarles hallar otro trabajo en el futuro o, al menos, continuar con el mismo trabajo para el cual se formaron. Por otra parte, la transformación que está sufriendo la fuerza laboral, en la cual cada vez hay más mujeres, que suelen trabajar en el sector no estructurado de la economía y, por tanto, carecen de protección social, subraya la importancia de la protección social universal (EMCONET, 2007; WGEKN, 2007).

Vulnerabilidad de las personas mayores

El envejecimiento de la población mundial torna cada vez más importante el problema de la seguridad social. En los próximos 45 años, se triplicará el número de habitantes del mundo que tienen 60 años o más. Hacia el 2050, un tercio de los habitantes de Europa tendrá 60 años o más (UNDESA, Population Division, 2006). En los países de ingresos bajos y medianos, la proporción de

Figura 8.2 Índices de pobreza relativa de 11 países en función de tres “categorías de riesgo social”, alrededor del 2000.



El umbral de pobreza se establece en un ingreso disponible equivalente al 60% del correspondiente a la mediana.

Escala de equivalencia; escala de la OCDE.

Datos extraídos de Luxembourg Income Study (LIS).

Reimpreso con autorización de los autores, extraído de Lundberg et al. (2007).

personas mayores está creciendo con más rapidez que en los países de ingresos altos y los regímenes contributivos de pensiones tienen una función mínima, ya que muchas personas trabajan dentro del sector no estructurado de la economía. En el África subsahariana y Asia meridional, menos del 19% de las personas mayores reciben una pensión contributiva (HelpAge International, 2006a). Por otra parte, en muchos de estos países, están debilitándose los arreglos tradicionales en materia de seguridad social (McKinnon, 2007): las familias son más pequeñas y las personas mayores quizá no tengan ningún hijo adulto vivo o, si los tienen, estos no quieren o no puedan hacerse cargo de ellos, por ejemplo, debido a que migraron desde un entorno rural hacia uno urbano. Las personas mayores, en especial las abuelas, suelen asumir otras responsabilidades, por ejemplo, deben hacerse cargo de los nietos que quedaron huérfanos a causa del VIH/sida (McKinnon, 2007). Las mujeres mayores suelen ser las que sufren mayores problemas. Si bien hay datos científicos que demuestran que los viudos tienen más problemas para cuidarse y organizar su vida que las viudas, el número absoluto de viudas suele ser más alto. La viudez es la etapa de la vida de las mujeres en la que se pone de manifiesto el efecto acumulado de la posición económica inferior que han tenido durante toda la vida. Las viudas suelen ser más pobres que los viudos y otros subgrupos de la población, y sufren índices más altos de empobrecimiento e indigencia (WGEKN, 2007). Algunos países de ingresos bajos y medianos, incluso de África, comenzaron a incorporar sistemas de previsión social.

Protección social en un mundo globalizado

Si bien los sistemas de protección social son un derecho social de todos los habitantes, cada vez son más las personas que no tienen una residencia definida porque son migrantes internacionales, solicitantes de asilo o refugiados. Es necesario que los donantes, los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales, conducidos por la ACNUR, la OIT y la OIM, aúnen esfuerzos para

invertir en la formulación de soluciones realistas que mejoren la equidad sanitaria con miras a solucionar este problema creciente.

La protección social es un medio importante para mitigar algunos de los efectos negativos de la globalización (Van Ginneken, 2003), entre los que se cuenta la inseguridad económica provocada por la liberalización del comercio y las crisis macroeconómicas (GKN, 2007; Blouin et al., 2007). Dadas las condiciones de integración de los mercados, los países pobres en particular vienen perdiendo importantes fuentes de ingresos públicos (GKN, 2007), lo que plantea dudas acerca de la justicia con que se maneja la economía mundial de los recursos públicos en los países de bajos ingresos (véanse los capítulos 12 y 15, Responsabilidad del mercado; Una gobernanza mundial eficaz). Si bien la liberalización del comercio y la competencia tributaria pueden socavar la capacidad y la voluntad de los gobiernos para fortalecer los sistemas universales de protección social, no es así en todos los casos. De hecho, algunos de los países de Asia oriental reforzaron las políticas de protección social en momentos de recesión económica (Recuadro 8.1). Los recursos existentes pueden verse disminuidos aún más por la liberalización del comercio y la competencia tributaria (GKN, 2007).

Hay mucho que puede hacerse para proteger a las personas y ayudarlas a llevar adelante una vida próspera. Las políticas de protección social, en particular la protección del ingreso, pueden ser una fuente importante —en ocasiones, la única— de la cual obtener un ingreso en efectivo para muchos hogares de los países ricos y los pobres por igual. En los países pobres, incluso los subsidios de poco efectivo que se entregan con regularidad pueden tener un gran efecto positivo sobre el bienestar y pueden ayudar a combatir la exclusión social (McKinnon, 2007). Además, las políticas de protección social son rentables, ya que las economías locales se benefician cuando aumenta el ingreso disponible (McKinnon, 2007). Los datos científicos indican que la redistribución del ingreso, mediante

Figura 8.3 Mortalidad de menores de un año en función de la generosidad de la protección social familiar en 18 países, alrededor del 2000.



Generosidad neta de las transferencias como porcentaje del salario neto medio de un trabajador del sector industrial. La mortalidad de menores de un año está expresada mediante el número de muertes por cada 1 000 nacidos vivos. ALE = Alemania; AUS = Australia; AUT = Austria; BEL = Bélgica; CAN = Canadá; DIN = Dinamarca; EE.UU. = Estados Unidos; FIN = Finlandia; FRA = Francia; IRL = Irlanda; ITA = Italia; JAP = Japón; NOR = Noruega; NZL = Nueva Zelanda; PB = Países Bajos; RU = Reino Unido; SUE = Suecia; SUI = Suiza.

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Lundberg et al. (2007).

impuestos y transferencias —estas últimas constituyen la base del sistema de protección social— reducen en mayor medida la pobreza que el crecimiento económico por sí solo (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a). Aunque uno de los obstáculos fundamentales es la limitada capacidad institucional, incluso los países pobres pueden comenzar a concebir programas de protección social, como lo demuestran las experiencias de distintos países del mundo (McKinnon, 2007).

MEDIDAS PARA LOGRAR LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL

La Comisión recomienda que:

- 8.1 Los gobiernos, cuando sea necesario con la ayuda de donantes y organizaciones de la sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, creen sistemas de protección social de alcance universal y lleven los planes de seguridad social a un nivel que permita a los beneficiarios llevar adelante una vida saludable (véanse las Recomendaciones 7.2 y 11.1).**

Sistemas universales de protección social a lo largo de la vida

Es importante para la salud de la población en general, y para la salud de los grupos socioeconómicos más bajos en particular, que los sistemas de protección social sean concebidos de modo tal que tengan un alcance universal, es decir, que todos los habitantes tengan los mismos derechos de recibir protección social. En otras palabras, la protección social es un derecho social (Marshall, 1950), no un beneficio que se otorga sólo a los pobres por compasión (Lundberg et al., 2007). Los enfoques universales son importantes para la dignidad y la autoestima de todos aquellos que más necesitan la protección social. Y puesto que todos obtienen algún beneficio, en lugar de un solo grupo seleccionado por algún motivo, los sistemas universales

de protección social pueden mejorar la cohesión social (Townsend, 2007) y la inclusión social (SEKN, 2007), y pueden ser más aceptables desde la perspectiva política. Al incluir a las clases medias mediante programas universales, es posible fomentar la voluntad de grandes segmentos de la población de pagar los impuestos que son necesarios para mantener políticas universales y generosas (Lundberg et al., 2007). Los presupuestos de los sistemas de protección social tienden a ser más elevados, y quizá más sostenibles, en países que tienen regímenes de protección social universal; la pobreza y las desigualdades en los ingresos suelen ser menores en esos países que en aquellos cuyos sistemas están dirigidos a los pobres (Korpi & Palme, 1998). Los sistemas de protección social universal pueden financiarse con impuestos o con aportaciones, o una combinación de ambos tipos de financiamiento.

Infancia

Los sistemas de protección social universal deben proteger a todas las personas a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida activa y en la vejez. Las mujeres y los niños suelen ser los grupos más desprotegidos de la población. Las mujeres tienen a su cargo la mayor parte del trabajo en todo el mundo y desempeñan una función reproductiva, pero en muchos países trabajan hasta el momento del parto y no tienen acceso a una licencia ni beneficios por maternidad. Es claro que, para solucionar la pobreza infantil, son necesarias medidas sólidas de protección social que estén incorporadas en un conjunto más amplio de políticas que protejan y promuevan un nivel de vida saludable y la inclusión social de las personas que tengan niños a su cargo, por ejemplo, los derechos y la protección laborales, un ingreso mínimo, los servicios de guardería y la posibilidad de acordar horarios laborales flexibles. El Recuadro 8.2 describe la estrategia del Reino Unido en materia de pobreza infantil, que combinó algunos de estos elementos.

Edad activa

La Comisión hace hincapié en que todas las personas deberían gozar de un grado de protección contra las consecuencias financieras de

RECUADRO 8.1 FORTALECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MOMENTOS DE CRISIS ECONÓMICAS: EL CASO DE LA REPÚBLICA DE COREA DEL SUR

Antes de la crisis económica, la República de Corea del Sur ya tenía un sistema de protección social mucho más avanzado que el de los demás países de Asia oriental. En respuesta a una tasa creciente de desempleo derivada de la crisis económica, la Comisión Tripartita (conformada por representantes de los empresarios, los trabajadores y el gobierno) elaboró leyes para extender el seguro de desempleo a todos los sectores de la fuerza laboral. Este Programa de protección temporal de la subsistencia ofrecía cuatro beneficios principales a los recién desempleados: una transferencia directa de efectivo (US\$ 70 por mes), una exención de los gastos de matrícula y subsidios para el almuerzo de los hijos que eran estudiantes, y una reducción del 50% en la prima del seguro médico durante un

año. Los efectos positivos de este programa y su significación como medio para amortiguar el impacto de la crisis económica se hicieron manifiestos en la Ley de protección del nivel mínimo de vida aprobada en el 2000, que reemplaza (en esencia, incorpora) al antiguo programa e incluye disposiciones relativas a la alimentación, la vestimenta, la vivienda, la educación y la atención sanitaria subsidiadas en efectivo y mediante transferencias en especie para los hogares que no cumplen con los parámetros básicos, pero condiciona los beneficios a la participación en programas de empleo, tales como la participación en obras públicas y cursos de formación para el trabajo.

Fuente: Blouin et al., 2007

PROTECCIÓN SOCIAL: ÁMBITO DE ACCIÓN 8.1

Poner en ejecución y fortalecer políticas integrales de protección social universal que garanticen a todas las personas un nivel de ingresos suficiente para llevar adelante una vida sana.

la incapacidad de trabajar y la pérdida del trabajo que les permita llevar adelante una vida saludable y próspera, lo que implica que los gobiernos, junto con los empleadores, deben instaurar regímenes de beneficios para los casos de desempleo, enfermedad y discapacidad. Asimismo, implica que es responsabilidad de los gobiernos ocuparse de las necesidades de las personas con discapacidades y luchar contra la discriminación de los empleadores contra estas personas. Por otra parte, es preciso incluir en tales regímenes el tratamiento de los problemas de salud mental y física —entre otros, las adicciones—, que impiden a las personas emplearse o mantener el empleo, y proporcionar a las personas oportunidades de acceso a la capacitación y la formación durante toda la vida a fin de que puedan seguir el ritmo de las cambiantes exigencias del mercado laboral (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). Las medidas de protección social destinadas a las personas que no tienen un trabajo remunerado pueden adoptar diversas formas: en la UE una gran proporción de las disposiciones de previsión social constan de beneficios cuyo propósito es sustituir o complementar los ingresos que las personas no pueden obtener del mercado laboral por motivos temporales o más duraderos. Los regímenes de sustitución del ingreso suelen adoptar tres formas diferentes: subsidio por desempleo (basado en los ingresos previos), asistencia por desempleo y garantía del ingreso mínimo. Algunos países, la India y Sudáfrica por ejemplo, crearon sistemas cuyo propósito es garantizar el empleo (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno).

Vejez

Los regímenes universales de previsión social constituyen un elemento importante del sistema de protección social, porque pueden conseguir mejoras sustanciales en el nivel de vida de las personas mayores. La previsión social puede elevar el nivel social de las personas mayores dentro de su hogar, promover su inclusión social y una participación más activa, y mejorar su acceso a los servicios. Además, puede fomentar la equidad de género, ya que las mujeres suelen ser más longevas y a menudo tienen menos recursos materiales o menor acceso a sistemas contributivos de pensión. En especial en los países de bajos ingresos, los sistemas de previsión social pueden mejorar el bienestar de otros miembros del hogar, incluso de los niños: el dinero extra que entra en el hogar puede ayudar a mejorar, por ejemplo, la matrícula escolar y la nutrición (McKinnon, 2007). Por lo tanto, una pensión social puede ayudar a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Muchos países de ingresos bajos y medianos ya han puesto en ejecución regímenes de previsión social (Recuadro 8.3).

Elaboración, ejecución y evaluación de proyectos de prueba

La propuesta de resolver el problema de la equidad sanitaria tomando como marco los determinantes sociales supone una inversión a largo

plazo. No es esperable que los países de ingresos bajos y medianos logren poner en práctica un conjunto totalmente integral de políticas de protección social universal de un día para el otro, pero es factible que vayan elaborando poco a poco estos regímenes formulando y poniendo en ejecución proyectos de prueba. Muchos países de ingresos bajos y medianos están comenzando a experimentar con programas de protección social, entre otros, regímenes de previsión social y programas de subsidios en efectivo. Estos últimos se están aplicando en América Latina sobre todo (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008), pero también en varios países africanos (Bhorat, 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007b). Si bien no muchos llevan a cabo evaluaciones del proceso y los efectos del programa, estos pasos son fundamentales para garantizar la eficacia una vez ampliados los proyectos de prueba al plano nacional (McKinnon, 2007). Un ejemplo de un programa de subsidios en efectivo (selectivos) que ha sido sometido a evaluaciones rigurosas es el denominado “Oportunidades”, de México, cuya evaluación empleó la asignación al azar y grupos de referencia (Recuadro 8.6).

Es posible ampliar progresivamente al plano nacional los proyectos de prueba que resulten eficaces, por ejemplo, comenzando con las regiones que sufren mayores privaciones. La mejor forma de lograr una formulación y una ejecución sostenibles de regímenes de protección social consiste en aprovechar las estructuras institucionales ya existentes (McKinnon, 2007). Por ejemplo, en Lesotho, el sistema nacional de correos es el encargado de entregar las pensiones (Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005).

Desde luego, ampliar los programas de protección social al plano nacional tiene implicancias para la capacidad y la infraestructura fiscal e institucional. La falta de capacidad e infraestructura que sufren muchos países de ingresos bajos trae aparejadas limitaciones importantes para los programas encaminados a extender la protección social (SEKN, 2007). Las organizaciones internacionales (incluida la OIT) y los donantes tienen una función esencial en lo que respecta a la creación de capacidad para que estos países puedan ofrecer protección social. Será necesario incorporar cambios en la economía mundial y en las políticas económicas nacionales a fin de permitir que todos los países alcancen un nivel de desarrollo que permita la creación de sistemas universales de protección social que sean sostenibles en el largo plazo (véanse los capítulos 11 y 15, Responsabilidad del mercado; Una gobernanza mundial eficaz).

Una vez puestos en ejecución los regímenes, es importante que lleguen a quienes los necesitan. Las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar una función importante en este sentido, difundiendo entre las personas los programas y ayudándolos a acceder a la seguridad social que les corresponde por derecho (HelpAge

RECUADRO 8.2 ESTRATEGIA NACIONAL PARA ERRADICAR LA POBREZA INFANTIL: EXPERIENCIA EN EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

La estrategia nacional para erradicar la pobreza infantil que puso en ejecución el Reino Unido en 1997 se compone de cuatro elementos: ayuda financiera para las familias, oportunidades de empleo y ayuda para conseguirlo, medidas para resolver las privaciones materiales promoviendo la inclusión financiera y mejorando las viviendas, e inversiones en los servicios públicos. Esta estrategia combina el enfoque universalista con el selectivo. En el transcurso de los 18 años anteriores a que el gobierno del Nuevo Laborismo

asumiera el poder, el número de niños que vivía en relativa pobreza en el Reino Unido se había triplicado y llegaba al 34%, lo que representaba que 4 300 000 niños vivían en esas circunstancias y colocaba al país en el tercer puesto del mundo industrializado en cuanto a la pobreza infantil. Hasta la fecha, al parecer, esta estrategia sólo consiguió disminuir la pobreza infantil en un porcentaje moderado, aunque en términos absolutos la disminución es importante.

Fuente: SEKN, 2007. Fuente: SEKN, 2007

International, 2006a) (Recuadro 8.4), y, además, ocupándose de que la seguridad social sea incorporada y mantenida como prioridad en el programa de acción del gobierno, y de supervisar el progreso de los compromisos asumidos por el estado en materia de protección social (HelpAge International, 2006a).

La generosidad de los sistemas de protección social

El grado de universalidad no es el único factor que influye en la salud y la equidad sanitaria: también es importante el grado de generosidad de las políticas de protección social (Lundberg et al., 2007). Se recomienda a los gobiernos llevar la generosidad de los sistemas de protección social a un nivel suficiente que permita a los beneficiarios llevar adelante una vida saludable, pero también es preciso que el salario mínimo se encuentre en ese nivel (véase el capítulo 7, Prácticas justas en material de empleo y trabajo digno), de modo que se complementen las políticas de protección social y las políticas laborales.

Hay varios métodos para calcular el costo mínimo que supone llevar una vida saludable. Un método, propuesto por Morris et al. (2007) (Recuadro 8.5), elabora un parámetro presupuestario basado en una canasta de productos y servicios considerados esenciales para llevar adelante una vida saludable. Si bien el dinero que es necesario depende del contexto, este método, o alguno similar, podría adaptarse a todos los países y emplearse para definir el salario mínimo y los beneficios sociales mínimos que debe garantizar el Estado.

Los países de bajos ingresos generalmente tienen recursos financieros limitados para financiar los programas de protección social y capacidad limitada para recaudar tales fondos porque una gran parte de la economía no está estructurada o se basa en la agricultura de subsistencia. Los recursos pueden verse disminuidos aún más por la liberalización del comercio y la competencia tributaria (GKN, 2007). Las limitaciones en cuanto a los recursos a menudo restringen la generosidad de los sistemas de protección social en estos países. De hecho, en la práctica, los beneficios que ofrecen los regímenes universales existentes en los países de ingresos bajos y medianos suelen ser (muy) limitados (véase la Tabla 8.1). Pese a que son insuficientes y necesitan un fortalecimiento progresivo, estas pensiones pequeñas que reciben las personas con regularidad pueden cambiar radicalmente su situación en lo que respecta al bienestar en los países pobres (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). Los países de ingresos bajos y medianos pueden ir aumentando progresivamente la generosidad de las pensiones hasta llegar a un nivel que permita llevar adelante una vida saludable, poco a poco ofreciendo más protección contra un conjunto más integral de riesgos, quizá con la ayuda de donantes cuando sea necesario.

Políticas selectivas

La Comisión recomienda que:

8.2 Los gobiernos, cuando sea necesario con la asistencia de donantes y organizaciones de la

RECUADRO 8.3 PREVISIÓN SOCIAL UNIVERSAL: EL CASO DE BOLIVIA

En Bolivia, el 59% de las personas mayores viven con menos de US\$ 1 al día. Todos los ciudadanos bolivianos mayores de 65 años tienen derecho a un pago anual de Bs 1 800 (US\$ 217). Los beneficiarios retiran el pago anual excepcional en efectivo de bancos afiliados, que generalmente están en las áreas urbanas. Esta pensión representa el 1,3% del PIB. La mitad de los beneficiarios expresaron que esta pensión social es su única fuente de ingresos, y que, generalmente, la utilizan para pagar gastos domésticos, pero también para comprar medicamentos básicos. Además, la pensión ofrece a las personas mayores un capital que pueden invertir en actividades generadoras de ingresos o destinar a las generaciones más jóvenes, lo que no sólo tiene un valor financiero sino social, dado que mejora su posición dentro de la familia.

En el 2004, solicitaron este beneficio el 77% de las personas que cumplían con los requisitos. Sin embargo, la cobertura

es particularmente baja entre las mujeres, las que, por desgracia, también son las que más ayuda necesitan. Uno de los problemas es que las personas deben contar con un documento de identidad para acceder al beneficio, y el 16% de las personas mayores que sobrepasan la edad mínima para acceder al régimen de previsión social no lo tienen, de modo que no pueden probar que cumplen con los requisitos de acceso. Además, muchas personas mayores de las comunidades rurales nunca tuvieron un certificado de nacimiento. La ONG HelpAge International presta apoyo a los centros de asistencia socio-legal de La Paz y El Alto que ayudan a las personas mayores a obtener un certificado de nacimiento del registro estatal a fin de que puedan recibir la pensión.

Reproducido, con correcciones mínimas, con la autorización de HelpAge International, extraído de HelpAge International (2006b)

RECUADRO 8.4 LA RESPONSABILIZACIÓN ANTE LAS PERSONAS MAYORES Y EL ALCANCE DE LOS PROGRAMAS PREVISIONALES: EL CASO DE BANGLADESH

“En Bangladesh, una ONG que se ocupa de integrar recursos trabajó con las personas mayores de 80 aldeas para formar asociaciones, que eligieron grupos encargados de controlar los subsidios de las personas mayores: la pensión para la vejez, la pensión para la viudez y el acceso a la atención sanitaria. Esta ONG halló que recibían los beneficios muchas menos personas que las que cumplían con los requisitos, menos de 1 cada 10 en una de las áreas. Las asociaciones

de las personas mayores llevaron a cabo reuniones regulares con el gobierno local para ayudar a las personas a solicitar los beneficios; como consecuencia, aumentó cinco veces el alcance de los regímenes previsionales y los bancos mejoraron los procedimientos de atención.”

Reproducido con permiso de HelpAge International, extraído de HelpAge International (2006a).

sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, empleen el concepto de selectividad sólo para priorizar a los grupos que queden fuera del alcance del sistema previsional universal.

Si bien en muchos países quizá haya una tendencia a optar por programas selectivos de protección social destinados a quienes sufren mayores privaciones, hay argumentos sólidos en defensa de la aplicación de sistemas de protección universal, incluso en los países pobres. Los sistemas universales de protección social suelen ser más eficaces que los selectivos que están destinados a los pobres. Los programas selectivos suelen ser costosos y complejos de administrar (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007), mientras que los sistemas universales exigen menor capacidad e infraestructura administrativas e institucionales, lo cual es fundamental en los países donde la capacidad y la infraestructura son las limitaciones que más dependen de cuestiones externas (es decir, que los donantes hagan aportaciones o incluso se hagan cargo de la totalidad de los costos). En la mayor parte de los países pobres, el desvío de los beneficios hacia los grupos ricos tiene menor costo que efectuar pruebas de necesidad (World Bank, 1997). Además, la selectividad no suele tener los resultados buscados ya que, por ejemplo, puede dejar fuera del sistema a quienes están apenas por encima del umbral de pobreza (McKinnon, 2007). Otros problemas que tienen los sistemas selectivos son la mala cobertura de los grupos que deberían recibir los beneficios y las ineficiencias por los complejos sistemas administrativos que son necesarios para verificar el cumplimiento, lo que deriva en pagos irregulares o erróneos y más fraudes (HelpAge International, 2006a; SEKN, 2007). La experiencia a lo largo de la historia indica que la forma que adopta el sistema de protección social, universal o selectivo, suele depender de sus características iniciales —es decir, los países que comienzan con sistemas selectivos suelen continuar por el mismo camino (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001)— de modo que es recomendable crear sistemas universales de protección social desde el principio.

Pese a estas dificultades importantes, los beneficios en efectivo selectivos o asignados en función de la necesidad comprobable pueden ayudar a mitigar la pobreza, mejorar el nivel de vida y obtener resultados educacionales y sanitarios positivos. Por ejemplo, el programa de subsidios condicionales en efectivo aplicado en México (Oportunidades) emplea una selectividad basada en la combinación de la ubicación geográfica y el nivel de vida del hogar, y ha conseguido importantes resultados en lo que respecta a la cuestión sanitaria (Recuadro 8.6). Es frecuente que los programas selectivos que toman como base la prueba de necesidad continúen

en curso como complemento de los programas universales (Lundberg et al., 2007). Se recomienda emplear el concepto de selectividad sólo para priorizar a los grupos que queden fuera del alcance del sistema previsional universal (Lundberg et al., 2007; SEKN, 2007).

Dentro de los sistemas universales de protección social, a veces se utilizan criterios de condicionalidad para fomentar comportamientos específicos, como puede ser el uso de servicios de atención sanitaria o de educación. Nuevamente en este caso, un buen ejemplo es el programa mexicano “Oportunidades”. Los regímenes de subsidios en efectivo son métodos que se están aplicando en muchos países, en el Brasil y Colombia entre otros, y en la ciudad de Nueva York, que tiene altos ingresos (Office of the Mayor, 2007). Asimismo, los subsidios por desempleo, discapacidad y enfermedad, por ejemplo, pueden estar sujetos a la condición de que los beneficiarios se inscriban en programas que ayudan a buscar trabajo. Estas condicionalidades dependen de la oferta de empleos adecuados a la capacidad de cada persona que proporcionen la seguridad a largo plazo de percibir un ingreso que al menos sea suficiente para llevar adelante una vida saludable (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). Si bien los programas de tales características pueden tener importantes efectos (sanitarios) positivos, son ambiguos los datos científicos acerca del valor que tienen las condicionalidades por sí solas (SEKN, 2007). Un programa ecuatoriano que otorga subsidios de efectivo demostró tener efectos positivos sobre el desarrollo físico, socio-emocional y cognitivo de los niños, pese a no imponer condicionalidades (Paxson & Schady, 2007).

Extender los sistemas de protección social a los grupos excluidos

La Comisión recomienda que:

- 8.3. Los gobiernos, cuando sea necesario con la ayuda de donantes y organizaciones de la sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, garanticen que los sistemas de protección social se extiendan hasta aquellas personas que tienen un trabajo precario, es decir, a los que trabajan en el sector no estructurado, a los que realizan tareas hogareñas y cuidan de otras personas (véanse las Recomendaciones 7.4, 11.1 y 13.3).**

Para todos los países, ricos y pobres por igual, es importante que los sistemas de protección social también protejan a quienes suelen quedar fuera del sistema —aquellos que están

RECUADRO 8.5 INGRESO MÍNIMO PARA UNA VIDA SALUDABLE

En Inglaterra, se efectuó una evaluación para determinar el costo de vida de las personas de 65 años o más que vivían solas y no tenían ninguna discapacidad importante. A partir de los datos censuales, se definió el costo de una canasta de productos y servicios básicos considerados necesarios para llevar adelante una vida cotidiana saludable que comprendía los gastos de alimentación y actividad física, vivienda, transporte, atención médica e higiene, y gastos relacionados con las relaciones psicosociales y la inclusión social (por ejemplo, teléfono, periódicos y pequeños presentes para los nietos y otras personas).

El costo total se consideró indicativo del ingreso mínimo disponible que es esencial para llevar adelante una vida saludable. Se determinó que el ingreso mínimo que necesitaba este grupo de población era de £ 131,00 por semana (tomando como base los precios de abril de 2007). Esta cifra es muchísimo mayor que la pensión que otorgaba el estado a las personas que viven solas en abril del 2007, que era de £ 87,30, y que la garantía de crédito previsional, que era de £ 119,05 (que está sometida a la prueba de necesidad).

Fuente: Morris et al., 2007

en condiciones de trabajo precario, es decir, a los que trabajan en el sector no estructurado, a los que realizan tareas hogareñas o cuidan de otras personas (WGEKN, 2007)—, lo que reviste particular importancia en el caso de las mujeres, pues sus obligaciones familiares a menudo les impiden obtener suficientes beneficios en los regímenes contributivos de protección social. Los sistemas de protección social, entre los que se incluyen los regímenes previsionales, deben promover la equidad de género. Es preciso incorporar la perspectiva del género en la elaboración y la reforma de los sistemas previsionales a fin de no perpetuar las inequidades de género mediante políticas de protección social desiguales (WGEKN, 2007).

Cobertura universal mediante sistemas de seguridad social financiados con impuestos o con donaciones

En muchos países de ingresos bajos y medianos, la mayor parte de la población trabaja en el sector no estructurado de la economía y, por lo tanto, queda fuera de los regímenes contributivos de seguridad social. La aplicación de programas de protección social con financiamiento fiscal en estos países está generando un creciente interés (HelpAge International, 2007; McKinnon, 2007). Algunos países de ingresos bajos y medianos, por ejemplo, comenzaron a crear sistemas de previsión social universales o asignados en función de la prueba de necesidad (HelpAge International, 2006a) (véase la Tabla 8.1), cuyo costo asciende al 0,03%-2% del PIB, según el monto de los subsidios y del número de habitantes que cumplen con los requisitos para acceder al beneficio (HelpAge International, 2006a). Algunos cuentan con financiamiento nacional, pero otros dependen de ayuda externa (donaciones al presupuesto general o a los programas específicos del sector de protección social) (HelpAge International, 2006a). Si los gobiernos otorgan mayor prioridad a la protección social en el presupuesto público y aumentaran la asistencia oficial con miras al desarrollo, todos los países podrían aplicar sistemas universales de protección social (Mizunoya et al., 2006; Pal et al., 2005).

Son necesarios mecanismos de financiación predecibles a largo plazo, ya que la dificultad para predecir la financiación de los donantes puede representar un importante obstáculo para la creación de sistemas de previsión social en muchos países pobres (HelpAge International, 2006a) (véase el capítulo 11, Financiación equitativa). Se recomienda a los gobiernos incorporar las políticas de seguridad social en las estrategias encaminadas a reducir la pobreza a fin de que puedan asegurarse la financiación necesaria de los donantes (HelpAge International, 2006a). Los regímenes previsionales de países como Bolivia, Lesotho, Namibia y Nepal demuestran que, desde el punto de vista administrativo y práctico, es factible crear un sistema básico de protección social en los países de ingresos bajos y medianos, pese a las dificultades evidentes (McKinnon, 2007) (Recuadro 8.7), aunque es necesario contar con un compromiso nacional, e internacional, a largo plazo.

El monto que reciben los pensionados de tales regímenes depende de cada país y es muy variable: desde US\$ 2 por mes en Bangladesh y Nepal hasta US\$ 140 por mes en el Brasil. Algunos países proporcionan una pensión superior al umbral de pobreza absoluta, que es de US\$ 1 por día; cabe destacar que todos estos países no son de ingresos bajos sino de medianos (Tabla 8.1). Los sistemas de protección social podrían ampliarse y la generosidad del beneficio que otorgan podría aumentar más rápidamente si contaran con ayuda externa (ILO, 2007b).

Cobertura universal mediante sistemas contributivos de seguridad social

El financiamiento fiscal no es la única forma de sustentar los sistemas universales de seguridad social en los países que tienen un sector no estructurado de la economía muy importante. El Recuadro 8.8 describe una iniciativa innovadora que se puso en ejecución en la India para establecer un sistema contributivo de seguridad social, que se basa en las contribuciones de los empleadores a través de impuestos que deben pagar las empresas,

RECUADRO 8.6 OPORTUNIDADES: UN SUBSIDIO CONDICIONAL EN EFECTIVO

Un programa que exige el cumplimiento de determinados requisitos para estimular comportamientos específicos es “Oportunidades” (antes llamado “Progesa”, Programa de Educación, Salud y Alimentación), el programa mexicano que otorga subsidios condicionales en efectivo a las familias con la condición de que los niños de hasta 60 meses sean vacunados y concurren a consultorios de puericultura, donde se hace un seguimiento de su estado nutricional, se les administran complementos nutricionales y los padres y las madres reciben educación sanitaria. Además, el programa ofrece servicios de asistencia prenatal a las embarazadas, asistencia puerperal a las mujeres en período de lactancia y revisiones médicas anuales a los demás miembros de la familia (oportunidad en la que también se les imparte educación sanitaria); el programa también crea espacios para que los miembros adultos de la familia participen de reuniones periódicas donde

se abordan cuestiones como la salud, la higiene y la nutrición. Una evaluación del programa reveló que tuvo importantes efectos sanitarios. Los niños que nacieron en el transcurso de los dos años de la intervención padecieron un 25% menos enfermedades en los primeros seis meses de vida que los niños del grupo de control, y los niños de hasta 35 meses de edad durante la intervención padecieron un 39,5% menos enfermedades que los del grupo de control. En comparación con los niños del grupo de control, los que participaron en el programa también tuvieron una cuarta parte de probabilidad de ser anémicos y, en promedio, crecieron un centímetro más. Por último, según parece, los efectos del programa son acumulativos: cuanto más tiempo participan los niños en el programa, mejores son los resultados.

Fuente: ECDKN, 2007b

PROTECCIÓN SOCIAL: ÁMBITO DE ACCIÓN 8.2

Extender los sistemas de protección social a las personas que suelen quedar excluidas.

los aportes de los trabajadores que están por encima del umbral de pobreza y el gobierno.

Los sistemas universales de protección social son un componente importante de las políticas encaminadas a propiciar una vida saludable para todos a lo largo de la vida, tanto en los países ricos como en los países pobres.

Un obstáculo fundamental que siguen enfrentando muchos países pobres es la falta de capacidad administrativa e institucional. No obstante, los países pobres pueden ampliar progresivamente los sistemas comenzando con proyectos de prueba y aumentando poco a poco la generosidad del sistema, si es necesario, con ayuda de donantes.

RECUADRO 8.7 SISTEMA UNIVERSAL DE PREVISIÓN SOCIAL: EXPERIENCIA EN LESOTHO

Desde el 2004, Lesotho tiene un régimen universal de previsión social para todos los habitantes de 70 años en adelante que está financiado con los recursos internos y tiene un costo del 1,43% del PIB. El monto del subsidio es aproximadamente el mismo que el umbral de pobreza del país (alrededor de US\$ 21 por mes). Los beneficiarios retiran el subsidio todos los meses en las oficinas del correo de los entornos rurales y

urbanos (McKinnon, 2007). El criterio etéreo fijado en 70 años en adelante, que reduce el costo del programa, implica que acceden al beneficio un número pequeño de personas, pero el gobierno de Lesotho proyecta bajar la edad a 65 años en adelante, lo que permitiría a más personas obtener el subsidio.

Fuente: Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005

RECUADRO 8.8 SISTEMAS CONTRIBUTIVOS DE SEGURIDAD SOCIAL: EXPERIENCIA EN LA INDIA

El 93% de la fuerza laboral de la India trabaja dentro del sector no estructurado de la economía. En consecuencia, estos trabajadores no gozan de seguridad laboral ni del ingreso, ni tienen derecho al sistema de seguridad social establecido por ley. Un sindicato que representa a un millón de mujeres trabajadoras por cuenta propia de la India (SEWA) viene encabezando una campaña nacional con miras a obtener seguridad social básica para los trabajadores del sector no estructurado y se encargó de redactar el borrador de un proyecto de ley en virtud de la cual todos los trabajadores del sector no estructurado tendrían acceso a un conjunto de beneficios de seguridad social, como mínimo, seguro, pensión y subsidios por maternidad. Varios sindicatos de la India se unieron a esta campaña. El gobierno nacional creó una comisión con el mandato de redactar leyes y políticas para los

trabajadores del sector no estructurado. Esta comisión redactó una ley que prevé cobertura básica —seguro médico, seguro de vida y por accidentes, beneficios por maternidad y una pensión— para los 380 millones de trabajadores que componen el sector no estructurado de la economía. Cuando el sistema esté en total ejecución, estos beneficios tendrán un costo inferior al 0,5% del PIB de la India. El gobierno, los empleadores en conjunto (mediante un impuesto aplicado a las empresas) y los trabajadores que están por encima del umbral de pobreza financiarán los beneficios sociales propuestos por la comisión. Los trabajadores que están debajo del umbral de pobreza no tendrán la obligación de hacer ninguna aportación. Hasta el momento en que se redactó este informe, el proyecto de ley estaba en proceso de revisión y se supone que será presentado ante el Parlamento en el próximo período de sesiones.

Tabla 8.1 Pensiones sociales en algunos países de ingresos bajos y medianos

País	Edad de acceso (en años)	Universal (U) o según prueba de necesidad (N)	Monto mensual del subsidio (US\$ y moneda local)	Porcentaje de la población de 60 años en adelante	Porcentaje de la población de 60 años en adelante que recibe una pensión social	Costo expresado como porcentaje del PIB	País de ingresos bajos (B) o medianos (M)
Argentina	70+	N	US\$ 88 273 pesos	14%	6%	0,23%	M
Bangladesh	57+	N	US\$ 2 165 taka	6%	16%*	0,03%	B
Bolivia**	65+	U	US\$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1,3%	M
Botswana	65+	U	US\$ 27 166 pula	5%	85%	0,4%	M
Brasil (Beneficio de Prestacao Continuada)	67+	N	US\$ 140 300 reales	9%	5%	0,2%	M
Brasil (Previdencia Rural)	60+ varones 55+ mujeres	N	US\$ 140 300 reales	9%	27%***	0,7%	M
Chile	65+	N	US\$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0,38%	M
Costa Rica	65+	N	US\$ 26 13 800 colones	8%	20%	0,18%	M
India	65+	N	US\$ 4 250 rupias	8%	13%	0,01%	B
Lesotho	70+	U****	US\$ 21 150 maloti	8%	53%	1,43%	B
Mauricio	60+	U	US\$ 60 1978 rupias mauricianas	10%	100%	2%	M
Moldavia	62+ varones 57+ mujeres	N	US\$5 63 lei	14%	12%	0,08%	B
Namibia	60+	N	US\$ 28 200 dólares namibianos	5%	87%	0,8%	M
Nepal	75+	U	US\$ 2 150 rupias	6%	12%	desconocido	B
Sudáfrica	65+ varones 58+ mujeres	N	US\$ 109 780 rand	7%	60%	1,4%	M
Tayikistán	63+ varones 58+ mujeres	N	US\$ 4 12 somoni	5%	desconocido	desconocido	B
Tailandia	60+	N	US\$ 8 300 baht	11%	16%	0,00582%	M
Uruguay	70+	N	US\$ 100 2499 pesos	17%	10%	0,62%	M
Viet Nam	60+	N	US\$ 6 100 000 dong	7%	2%	0,022%	B
Viet Nam	90+	U	US\$ 6 100 000 dong	7%	0,5%	0,0005%	B

*Porcentaje de personas de 57 años en adelante que reciben una pensión social; **subsidio anual; ***incluye a mujeres de 55 años en adelante; ****universal con algunas excepciones, principalmente las personas que ya reciben una pensión importante del estado (alrededor del 4% de los que cumplirían con los requisitos). Reproducido con permiso de HelpAge International, extraído de HelpAge International (s.f.).

CAPÍTULO 9

Atención universal de salud

“Nadie debería tener vedado el acceso a intervenciones destinadas a conservar la vida o promover la salud por motivos injustos, sean de causa económica o social.”

Margaret Chan, Directora General de la OMS (Chan, 2008)

LA RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN DE SALUD Y LA EQUIDAD SANITARIA

Los sistemas de atención de salud⁸ constituyen determinantes esenciales de la salud. Sin embargo, a excepción de los sistemas de los países ricos industrializados, casi nunca cuentan con los recursos necesarios y brindan servicios desiguales en todos los aspectos. Más de medio millón de mujeres mueren cada año durante el embarazo, el parto o el puerperio en casi todos los países de ingresos bajos y medianos (WHO, 2005b). La falta de acceso a la asistencia de maternidad adecuada y su uso poco difundido constituyen un factor fundamental de este atroz dato estadístico. En muchos países, tanto pobres como ricos, los costos de la atención sanitaria pueden derivar en un empobrecimiento de magnitudes catastróficas. En los Estados Unidos de América, cada 30 segundos alguien se declara en quiebra tras haber padecido un problema grave de salud (National Coalition on Health Care, 2008). Es preciso que el sistema sanitario sea concebido y esté financiado de un modo tal que garantice una cobertura universal y equitativa con suficientes recursos humanos. Los sistemas sanitarios deben basarse en el modelo de atención primaria de salud que combine acciones organizadas en el plano local para mejorar los determinantes sociales de la salud, así como un mejor nivel de atención primaria, y otorgue el mismo valor a la prevención y la promoción que al tratamiento. De ser así, la atención de salud

puede ofrecer mucho más que tratamiento contra las enfermedades, ya que puede brindar servicios y programas integrales de gran calidad y adaptados al lugar encaminados a promover la equidad en cuanto a la salud y el bienestar para todos. Además, puede proporcionar una plataforma común de seguridad y cohesión social para todas las sociedades y comunidades.

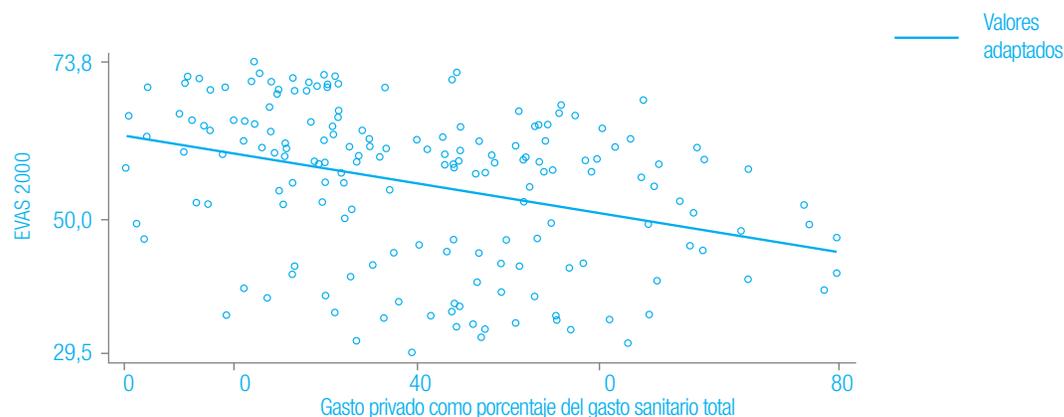
Distribución desigual de la atención de salud

La atención de salud está distribuida de manera desigual en todo el mundo. La desigualdad en el uso es más pronunciada en los países de ingresos bajos y medianos, pero la inequidad también es prevalente en los entornos de altos ingresos. En los Estados Unidos de América, las minorías tienen mayores probabilidades que los blancos de que les diagnostiquen cáncer de mama y cáncer de colon en estadios avanzados. Los pacientes de los estratos socioeconómicos más bajos acceden a servicios de asesoramiento sobre diabetes con menor frecuencia, lo que aumenta el riesgo de que deban ser internados por esta enfermedad y sus complicaciones (Agency for Health Care Research and Quality, 2003). Las inequidades en el ámbito de la atención de salud están vinculadas a diversos factores culturales y socioeconómicos, tales como los ingresos, el grupo étnico, el género y el hábitat rural o urbano. Dado que la atención de salud constituye un factor fundamental del bienestar de todo país, estas desigualdades son inaceptables.

El sistema de atención de salud: más que tratamiento contra las enfermedades

La atención de salud absorbe alrededor del 10% del PIB mundial, pero los gastos destinados al sector sanitario en los países de altos

Figura 9.1 Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS) y gasto privado expresado como porcentaje del total del gasto sanitario en el 2000.



Reimpreso con autorización de Palgrave Macmillan, extraído de Koivusalo & Mackintosh (2005).

⁸ Definido como el sistema de atención de salud, “incluidas las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, independientemente de que esté orientada a los individuos o a las poblaciones” (WHR, 2000).

ingresos es mayor que en los países de ingresos bajos y medianos. Como empleadores, los sistemas sanitarios tienen empleadas a alrededor de 59 millones de personas (GKN, 2007). Los sistemas sanitarios ofrecen beneficios que trascienden el mero tratamiento de enfermedades, en particular cuando están combinados con otros servicios, como los programas para mejorar el desarrollo de la primera infancia (ECDKN, 2007a), pueden proteger de las enfermedades, lo cual genera una sensación de seguridad, y promover la equidad sanitaria atendiendo a las necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados (HSKN, 2007). Son más eficaces como promotores de la salud y la equidad sanitaria en los países donde las instituciones y los servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal (que extiende el alcance de los servicios de calidad a toda la población, en función de las necesidades y preferencias, independientemente de la capacidad de pago) y donde el sistema en conjunto está organizado en torno al concepto de “atención primaria de salud” (APS) (que incluya tanto el modelo de APS para organizar las intervenciones locales en lo que respecta a los determinantes sociales de la salud como para establecer la entrada en el sistema a través del nivel primario de atención y la derivación a niveles superiores).

Reformas del sector sanitario

Sin embargo, la tendencia de los cambios en las políticas macroeconómicas que se produjeron en todo el mundo en los últimos decenios ha tenido tal influencia en las reformas del sector sanitario que puede socavar los beneficios conseguidos hasta ahora. Estas reformas comprenden la instauración de un cobro directo al usuario por los servicios de salud, un sistema de remuneración en función del desempeño, la separación de las funciones entre prestadores y usuarios, la definición de un conjunto de políticas que privilegian las intervenciones médicas rentables a expensas de las intervenciones prioritarias para mejorar los determinantes sociales, y un papel más importante para los agentes del sector privado, reformas que han sido impulsadas principalmente por organizaciones internacionales, actores comerciales y grupos médicos que obtienen mayor poder gracias a ellas (Bond & Dor, 2003; Homedes & Ugalde, 2005; Lister, 2007). Como consecuencia, se observan dos efectos importantes: por un lado, la creciente comercialización de la atención de salud y, por otro, una desmedida priorización de los análisis y las acciones desde una perspectiva médica y técnica que ha sido en detrimento de los sistemas

integrales de atención de salud primaria que pudieran ocuparse de la inequidad imperante en los determinantes sociales de la salud (Rifkin & Walt, 1986; Ravindran & de Pinho, 2005).

Al haber propiciado la entrada del mercado en las cuestiones sanitarias, los procesos de reforma separaron a los usuarios de los prestadores y condujeron a una creciente segmentación y fragmentación de los sistemas sanitarios. El aumento del gasto privado en materia sanitaria (en relación con el gasto sanitario total) se traduce en una peor esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (Figura 9.1), mientras que el aumento del gasto público y de los sistemas de seguro social en el sector sanitario (en relación con el PIB) está asociado a una mejor esperanza de vida en función del estado de salud (Koivusalo & Mackintosh, 2005). Por otra parte, el gasto público en materia sanitaria tiene una relación mucho más significativa con la disminución de la mortalidad de menores de 5 años entre los pobres que entre los ricos (Houweling et al., 2005). La Comisión considera que la atención de salud es un bien común, no un producto que deba negociarse en el mercado.

Estas reformas obedecen, sobre todo, al abandono del compromiso con la cobertura universal y la adopción del concepto de que cada uno debe hacerse cargo de sus riesgos. En lugar de asumir un papel de protección, en virtud de estas reformas, el sistema sanitario sólo conduce a la exclusión y el empobrecimiento: cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para su familia para acceder a los servicios (Xu et al., 2007).

La galopante mercantilización de la salud y la comercialización de la atención sanitaria tienen su origen en la creciente medicalización de las enfermedades humanas y sociales, y en las diferencias cada vez mayores y más contrastantes entre el escaso uso de los servicios que hacen los pobres y el exceso de uso de los ricos en todo el mundo. La sostenibilidad de los sistemas sanitarios es motivo de preocupación para todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo socioeconómico. Si el objetivo es promover la elaboración de políticas más racionales, es fundamental comenzar por reconocer el problema de la sostenibilidad en el contexto del llamamiento por una atención de salud equitativa, así como fortalecer la participación del pueblo en la formulación y la prestación de servicios de los sistemas sanitarios. La ley de atención inversa (Tudor-Hart, 1971), según la cual los pobres

RECUADRO 9.1 MEDIDAS PARA LOGRAR UNA ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD: EL CASO DE TAILANDIA

A principios del 2002, Tailandia había logrado una cobertura universal del sistema sanitario mediante la incorporación de un conjunto integral de servicios curativos para pacientes ambulatorios, internados, víctimas de accidentes y urgencias, servicios de asistencia de alto costo, entrega de medicamentos según las listas de medicamentos esenciales de la OMS y servicios de prevención y promoción personal, del cual quedaron excluidos muy pocas prestaciones (por ejemplo, cirugía estética, trasplante renal por insuficiencia renal terminal). En lo que al aspecto financiero respecta, el régimen de cobertura universal presentó como características principales metas claras, participación definida, una gran capacidad institucional y una rápida puesta en marcha (12 meses). El programa de acción en pro de la cobertura universal fue una iniciativa propuesta por el Primer Ministro tras la victoria electoral del 2001; a la cabeza de la formulación de las políticas estuvieron los funcionarios del Estado con el apoyo de los encargados de reformar las políticas y

los investigadores que aportaron opciones a partir de la vinculación entre las investigaciones y las políticas propuestas. Tomando como base experiencias previas con diversos sistemas de cobertura de los servicios de atención de salud, la nueva política de cobertura universal:

Rechazó un modelo de atención basado en el cobro directo por los servicios;

Adoptó como método de financiación un sistema de capitación (que recibía el prestador sanitario de fondos fiscales);

Centró la cobertura universal en mejorar el acceso de las personas a la atención primaria, además de fomentar procesos adecuados de derivación.

Fuente: HSKN, 2007

siempre obtienen menos de los servicios de salud que los más ricos, es evidente en todos los países del mundo. Un enfoque que se base en los determinantes sociales de la salud para analizar el desempeño de los sistemas sanitarios ofrece una alternativa a la ineficiencia del sistema actual, que quizá permita mejorar la eficacia y la equidad.

MEDIDAS PARA LOGRAR UNA ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD

La Comisión recomienda que:

- 9.1 Los gobiernos nacionales, junto con la sociedad civil y los donantes, creen sistemas de atención de salud asentados en el principio de cobertura universal de los servicios de calidad, haciendo hincapié en los servicios de atención primaria de salud (véanse las Recomendaciones 5.2, 7.5, 8.1, 10.4, 13.6, 14.3, 15.2 y 16.8).**

Atención primaria de salud de alcance universal

Casi todos los países de ingresos altos organizan el sistema sanitario en torno al principio de cobertura universal (combinando mecanismos

de financiación del sistema y prestación de servicios). Sin embargo, el compromiso con la atención universal no es exclusivo de los países de altos ingresos. Tailandia, por ejemplo, ha demostrado liderazgo y resultados satisfactorios a este respecto (Recuadro 9.1).

La atención primaria de salud (que combina el modelo de acción de la atención primaria para modificar los determinantes sociales de la salud con una priorización del nivel primario de atención y la derivación efectiva a niveles superiores de atención) implica una atención integral, integrada y apropiada que se centre en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Los datos científicos que comprueban la eficacia de los métodos de atención primaria de salud provienen de diversos entornos, desde países de ingresos altos a medianos hasta países de bajos ingresos (Recuadro 9.2).

En Costa Rica, las mejoras incorporadas en la atención primaria (que habilitaron un mayor acceso de la población y reorganizaron a los profesionales sanitarios en equipos multidisciplinares) disminuyeron la mortalidad nacional de los menores de un año de 60 por cada 1 000 nacidos vivos en 1970 a 19 por cada 1 000 en 1985. Por cada cinco años transcurridos tras la reforma, la mortalidad infantil se

ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD: ÁMBITO DE ACCIÓN 9.1

Crear sistemas sanitarios en torno a los principios de equidad, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

RECUADRO 9.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN Y SALUD DE LA POBLACIÓN

Los datos provenientes principalmente de algunos países de ingresos altos demuestran que los sistemas sanitarios organizados en torno al nivel primario de atención obtienen mejores resultados sanitarios (Starfield et al., 2005).

La salud de la población es mejor en las regiones geográficas que disponen de más médicos de atención primaria.

Las personas que reciben atención de los médicos de atención primaria gozan de mejor salud.

Hay una relación directa entre las características especiales

del nivel primario de atención (por ejemplo, la prevención) y el mejor estado de salud de las personas que reciben estos servicios.

Este último dato permite suponer que no es sólo el mejor acceso a las intervenciones curativas lo que mejora la eficacia del nivel primario de atención, sino el hecho de que también plasme los principios de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Fuente: HSKN, 2007

RECUADRO 9.3 EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS PARA OTORGAR PODER EFECTIVO A LA SOCIEDAD

Algunas de las estrategias para otorgar poder efectivo a la población son las siguientes:

Aumentar el acceso de los habitantes a la información y los recursos y ampliar la visibilidad de cuestiones sanitarias que siempre se pasaron por alto (como ejemplos cabe mencionar el programa de radiodifusión comunitaria “Panchayat Waves” en la India; la investigación participativa y la campaña de lucha contra el cáncer de mama en el Reino Unido; el Grupo comunitario de promoción de la salud en Zimbabwe);

Crear la conciencia, la identidad y la cohesión que constituyen el motor de toda acción social (por ejemplo, el estudio

sudafricano sobre formación en finanzas familiares y sobre violencia de pareja contra las mujeres pobres de los entornos rurales);

Propiciar la participación de grupos de población en la definición de prioridades durante los procesos de planificación (por ejemplo, la participación de las compañías de teatro local del Reino Unido en la definición de políticas alternativas para solucionar los problemas mediante planes locales para mejorar la salud).

Fuente: HSKN, 2007

redujo un 13% y la de los adultos, un 4%, independientemente de las mejoras en otros determinantes de la salud (PAHO, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al., 2005). También ha obtenido resultados satisfactorios la dispensación de servicios de atención primaria en África (República Democrática del Congo antes Zaire, Liberia y Níger), Asia (la China, la India (estado de Kerala), Sri Lanka) y América Latina (el Brasil, Cuba) (De Maeseneer et al., 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al., 1985; Macinko et al., 2006; Starfield et al., 2005; Levine, 2004).

Atención primaria de salud: participación y poder efectivo de la comunidad

El modelo de APS hace hincapié en la participación de la comunidad y en otorgar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad, aun cuando haya desequilibrios locales de autoridad, recursos limitados y escaso apoyo de los niveles más altos del sistema sanitario (Baez & Barron, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Lopez et al., 2007; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007). Las estrategias encaminadas a dotar de poder efectivo a la población pueden aumentar la sensibilización social acerca de la salud y del sistema sanitario, lo que a su vez puede mejorar los conocimientos básicos en materia de salud y fomentar acciones para mejorar el sistema (Goetz & Gaventa, 2001; Loewenson, 2003; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) (Recuadro 9.3).

El proyecto urbano de atención primaria de salud de Bangladesh (Recuadro 9.4) demuestra que la sensibilización del público acerca de las necesidades en materia de salud y la asociación entre el gobierno local y la sociedad civil permiten crear sistemas sanitarios

para los grupos marginados de los entornos urbanos y gestionarlos adecuadamente.

Los gobiernos pueden intervenir para promover la responsabilización de los sistemas sanitarios ante los ciudadanos (Murthy, 2007) (Recuadro 9.5).

Los artículos que versan sobre la APS coinciden en la importancia de incluir la participación de los grupos beneficiarios en todos los aspectos de la elaboración de políticas y programas, en el proceso de ejecución y en la evaluación. Es necesario promover la causa —con la sociedad civil a la cabeza— para generar el interés y mantener el apoyo a los servicios que se ocupan de las necesidades de las mujeres pobres en materia de salud, y considerar las particularidades ligadas al sexo de las enfermedades que afectan tanto a las mujeres como a los varones, a fin de que tanto unas como otros puedan acceder al tratamiento sin prejuicios (WGEKN, 2007; Thorson et al., 2007; Bates et al., 2004; Huxley, 2007).

Debido al cambio demográfico que se observa en muchas regiones en cuanto al envejecimiento de la población, los sistemas sanitarios deben centrarse en arbitrar los medios para que la vejez sea un período saludable de la vida. Las predicciones indican que la esperanza de vida mundial seguirá creciendo tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo, de modo que se prevé un aumento del porcentaje de la población que tendrá más de 65 años del 7,4% en el 2005 a entre 13,7% y 19,1% en el 2050 (Musgrove, 2006). Según está previsto, la mayor parte de este crecimiento sucederá en los países menos desarrollados. Los datos científicos indican que la discapacidad, en general por enfermedades crónicas, constituye un

RECUADRO 9.4 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD URBANA: EXPERIENCIA EN BANGLADESH

El Proyecto urbano de atención primaria de salud de Bangladesh es una iniciativa conjunta de los gobiernos municipales y la sociedad civil cuyo propósito es prestar servicios de atención de salud a las personas que viven en asentamientos informales. Los ayuntamientos trabajan junto con 14 ONG que instalaron centros de salud con financiamiento del Banco Asiático de Desarrollo, el PNUD, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo de Desarrollo Internacional del Canadá y

la UE. Las mujeres y los niños más pobres que viven en estos asentamientos pueden acceder a servicios subsidiados de atención primaria de salud de buena calidad y representan el 75% de todos los beneficiarios. Los que están en situación de extrema pobreza reciben servicios totalmente gratuitos. La cobertura de los servicios de atención primaria aumentó de 400 000 personas en el 2001 a 5 millones en el 2004 a través de 124 instituciones de atención primaria.

Fuente: KNUS, 2007

RECUADRO 9.5 INTERVENCIÓN ESTATAL PARA LOGRAR LA RESPONSABILIZACIÓN ANTE EL PÚBLICO DE QUIENES BRINDAN ATENCIÓN DE SALUD

Algunas de las intervenciones que puede emprender el Estado para aumentar la responsabilización pública en materia de atención de salud son las siguientes:

Redactar y promulgar leyes que velen por el derecho a la salud y el derecho de los ciudadanos a recibir información y participar en las políticas públicas y la definición del presupuesto público (véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas);

Redactar y promulgar leyes que velen por el derecho de los ciudadanos a participar en la administración hospitalaria y la prestación de servicios de salud, y en los procesos de

evaluación de la calidad de los centros de salud y otros prestadores; establecer mecanismos de autorregulación a cargo de profesionales sanitarios y de protección de los derechos de los pacientes;

Fortalecer la responsabilización de los sistemas de atención de salud en materia de equidad de género mediante la creación de centros de defensa del paciente en relación con la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, y de comités nacionales y estatales para supervisar los programas de salud sexual y reproductiva.

Fuente: HSKN, 2007

Tabla 9.1 Salud mental: determinantes e intervenciones

Inequidades sanitarias	Determinantes	Intervenciones
Acceso al sistema sanitario	Ausencia de servicios	Mejorar la disponibilidad de los servicios de salud mental incorporándolos en la atención general de salud
	Servicios inaceptables	Garantizar que los profesionales de salud mental conozcan la cultura y el idioma de los pacientes
	Obstáculos económicos	Prestar servicios económicamente asequibles
Consecuencias	Consecuencias financieras de la depresión sobre la productividad	Ofrecer apoyo a los cuidadores para proteger su hogar de las consecuencias financieras de la depresión; instaurar programas de rehabilitación
	Consecuencias sociales de la depresión	Efectuar campañas de lucha contra la estigmatización; promover redes de apoyo familiar y social
	Consecuencias financieras del tratamiento contra la depresión	Reducir el costo de los tratamientos
	Consecuencias de la depresión sobre el modo de vida	Promover la salud mental, incluida la lucha contra la toxicomanía
Vulnerabilidad	Riesgos para el desarrollo inicial	Promover los programas que fomentan el desarrollo de la primera infancia
	Riesgos para el desarrollo inicial, enfermedad mental materna, escasa vinculación entre la madre y su hijo o hija	Fomentar la vinculación entre la madre y su hijo o hija, por ejemplo, promoviendo la lactancia natural
	Riesgos del desarrollo adolescente	Instaurar programas de prevención de la depresión dirigidos a los adolescentes
	Riesgos de los adultos mayores	Instituir programas de educación y gestión del estrés; proponer mecanismos de apoyo de pares
	Inaccesibilidad a servicios de crédito y ahorro	Mejorar el acceso a servicios de crédito y ahorro para los pobres
Exposición	Violencia y delincuencia	Poner en ejecución programas de prevención de la violencia y la delincuencia
	Fragmentación social	Poner en ejecución programas que promuevan la cohesión familiar y mayor cohesión social
	Desastres naturales	Poner en ejecución programas de apoyo a las víctimas de experiencias traumatizantes y estresantes
	Prevención de lesiones	Mejorar la situación de quienes padecen múltiples privaciones
	Mala calidad de la vivienda	Proponer intervenciones para mejorar las viviendas
	Barrios pobres	Instaurar programas de reubicación
	Desempleo	Ofrecer programas de empleo y formación profesional
Posición y contexto socioeconómicos	Ausencia de políticas y leyes estatales en el marco de los derechos humanos	Fortalecer las políticas, las leyes y la infraestructura de los servicios en materia de salud mental
	Toxicomanía	Elaborar políticas de lucha contra el alcoholismo y la drogadicción
	Estigmatización	Instituir programas de promoción de la salud mental
	Desempleo	Elaborar políticas económicas que fomenten la estabilidad y la seguridad financiera, y arbitrar medios de financiación suficiente para un conjunto de servicios públicos (salud, servicios sociales, vivienda)
	Inseguridad financiera	Crear políticas de protección social que actúen como red de seguridad financiera
	Estrés laboral	Formular políticas de protección para los trabajadores (p. ej. limitar el trabajo en turnos demasiado largos, proteger los derechos del trabajador, garantizar la seguridad en el empleo)
	Falta de instrucción	Instituir la obligatoriedad de la educación básica, incentivos y apoyo económico

Fuente: PPHCKN, 2007d

problema importante de salud pública a partir de los 45 años de edad. Las principales causas de las discapacidades relacionadas con la edad obedecen a: trastornos neuropsiquiátricos (la creciente prevalencia de afecciones como la enfermedad de Alzheimer), alteraciones de la vista y la audición, osteoporosis, enfermedades reumáticas, diabetes y traumatismos. Las intervenciones encaminadas a proteger los determinantes del envejecimiento saludable conforman el amplio contexto social al cual es preciso adaptar los servicios de atención de salud (NAS Panel on Aging, 2006).

Prevención de enfermedades y promoción de la salud

La atención de salud puede hacer mucho más que tratar enfermedades. Las investigaciones demuestran que es posible reducir una proporción significativa de la carga de morbilidad mundial de las enfermedades transmisibles y no transmisibles mejorando las medidas destinadas a prevenirlas (Lopez et al., 2006). Los profesionales médicos y sanitarios tienen una gran influencia sobre el modo en que la sociedad mira a la salud y proporciona salud. Asimismo, codo a codo con otros defensores de la causa de diversos campos de acción y activismo como la política, la economía, la sociedad y la cultura, son testigos del imperativo ético, así como del valor en términos de eficiencia, de actuar con miras a modificar las causas sociales de exposición y vulnerabilidad a los riesgos de padecer enfermedades, y de seguir actuando contra la corriente pese a ellas (PPHCKN, 2007c; véase también WHO's Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes). La Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública (PPHCKN) está redactando documentos acerca de todos sus ámbitos de acción, en los que describe el modo en que es posible mejorar las características, la dispensación y el control de los programas a fin de que permitan definir las inequidades sanitarias e intervenir para modificar los determinantes sociales de la salud. A modo de ejemplo, la Tabla 9.1 ilustra las opciones de intervenciones en materia de salud mental.

La atención de salud selectiva⁹ como método para lograr la cobertura universal

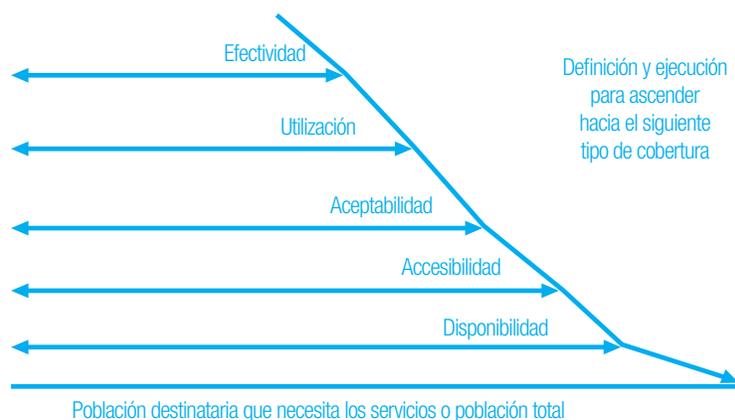
La cobertura no consiste únicamente en brindar acceso a los medicamentos y los servicios. Implica también la dispensación de

servicios suficientes de calidad que lleguen a todos aquellos que los necesitan y que sean utilizados por todos ellos. El modelo de Tanahashi (Figura 9.2) muestra cinco niveles o pasos que deben atravesar los individuos, los grupos o las poblaciones para acceder a los servicios o las intervenciones efectivas, y el modo en que disminuye en cada etapa la proporción de personas que pueden acceder a la atención. Los programas tradicionales de tratamiento de enfermedades se centran en la efectividad y la utilización. La Red Experta PPHCKN define tres puntos de acceso para superar los obstáculos, que mejoran los programas nacionales en cada etapa (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

Algunos argumentan que, en los países de bajos ingresos, en los que la financiación pública es limitada y el gasto público suele favorecer a los ricos, es improbable que se logre una cobertura universal en el corto plazo y que, como meta de las políticas, distrae la atención de la necesidad fundamental de experimentar con otros métodos pensados para extender la cobertura de la atención a los grupos más pobres (Gwatkin et al., 2004). Si bien es importante que todos los países creen un sistema sanitario de alcance universal, una estrategia importante en el corto plazo consiste en garantizar que los servicios lleguen de preferencia a las regiones y los grupos desfavorecidos. La selectividad en base a la ubicación geográfica o la pertenencia a un grupo y el acceso universal no representan métodos contradictorios. El Brasil y la República Bolivariana de Venezuela (Recuadro 9.6) proporcionan ejemplos del modo en que los programas nacionales selectivos puestos en ejecución a gran escala pueden servir como métodos para lograr la universalidad, fijando y ampliando el derecho de acceso, promoviendo la utilización y canalizando los beneficios, en principio, hacia los grupos más desfavorecidos de la población.

Aun así, hay que ser cuidadosos con el concepto de selectividad. La experiencia demuestra que resulta difícil ampliar los proyectos de escasa envergadura que fueron concebidos principalmente para beneficiar a los pobres con el propósito de convertirlos en intervenciones de alcance nacional con el propósito de subsanar las desigualdades (Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006).

Figura 9.2 Servicios efectivos para lograr la cobertura universal.



Reimpreso con autorización de la editorial, de Tanahashi (1978).

⁹ Se entiende por "selectiva" la dirección del conjunto de políticas sociales —incluida la atención de salud— que tiene por objetivo canalizar los escasos recursos sanitarios —en el plazo inmediato o medio— dando preferencia a los grupos y regiones pobres y desfavorecidos.

La Comisión recomienda que:

- 9.2 Los gobiernos nacionales garanticen que el sector público aporte la mayor parte de la financiación al sistema sanitario, en particular con los fondos provenientes de la recaudación fiscal o la seguridad social, a fin de asegurar la cobertura universal de la atención, independientemente de la capacidad de pago, y de reducir al mínimo el gasto directo que deban hacer los usuarios para recibir los servicios (véanse las Recomendaciones 10.4, 11.1 y 11.2).**

Financiación del sistema sanitario: fondos provenientes de la recaudación fiscal o la seguridad social

Para lograr la cobertura universal, es preciso que todos los habitantes del país en cuestión tengan acceso al mismo grupo de

servicios (de buena calidad) según las necesidades y las preferencias, independientemente del nivel de ingresos, la posición social o el hábitat, y que las personas sepan que pueden utilizar estos servicios. La cobertura universal extiende el alcance de los mismos beneficios a toda la población (aunque los beneficios pueden variar de un contexto a otro) e incorpora objetivos de equidad en los costos, protección financiera (Recuadro 9.7) e igualdad en el acceso a servicios aceptables.

Hay varios modelos con que se puede financiar el sistema sanitario: desde la recaudación fiscal general y los seguros universales obligatorios hasta regímenes voluntarios y comunitarios de seguro, y pago directo por los servicios a cargo del usuario. De todos ellos, la Comisión considera que, para fomentar la equidad sanitaria, conviene recurrir a los métodos prepagos de financiación proveniente de la recaudación fiscal (Recuadro 9.8) y los seguros universales obligatorios (HSKN, 2007).

RECUADRO 9.6 EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR: EXPERIENCIA EN EL BRASIL

Establecido en la década de 1990, el Programa de salud familiar consiste en la prestación de servicios universales y gratuitos de atención primaria de salud como vía de ingreso en el sistema sanitario unificado que está financiado por el Estado. Dentro de este sistema, se crearon equipos de salud familiar encargados de atender a una población de entre 3 000 y 4 000 personas cada uno y conformados por un médico generalista, un enfermero o una enfermera, un auxiliar de enfermería y un agente comunitario elegido de la población local. Algunos equipos de salud familiar también incluían equipos de salud bucodental. En un principio, este programa estaba dirigido específicamente a las zonas pobres pero, desde 1998 en adelante, el Gobierno Federal adoptó el sistema como estrategia para transformar el modelo nacional de asistencia sanitaria y comenzó a otorgar incentivos financieros a las municipalidades para alentarlos a adoptar el programa.

Hacia el 2006, 82 millones de personas (el 46% de la población) formaban parte del sistema; la cobertura creció significativamente en las regiones pobres del norte y el noreste del país y era más alta en las ciudades que tenían una población más pobre.

Entre 1988 y el 2006, el programa creó 330 000 nuevos puestos de trabajo.

Entre 1998 y el 2003, de las ciudades que tenían un bajo Índice de Desarrollo Humano, las que contaban con una amplia cobertura del programa registraron una disminución de la mortalidad de menores de un año del 19%, mientras que aquellas con menor cobertura registraron un aumento de esa tasa.

BARRIO ADENTRO: EXPERIENCIA EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

El programa “Barrio Adentro” fue concebido con el fin de transformar el sistema sanitario y ha actuado como catalizador de iniciativas encaminadas a lograr un mayor desarrollo social, político, cultural y económico. Este programa comenzó estableciendo centros de atención primaria gratuita en asentamientos informales de Caracas, pero se convirtió en una iniciativa nacional que, en el 2006, dispensaba servicios de atención primaria a más del 70% de la población. En los primeros períodos de ejecución, el personal del programa determinó que el analfabetismo y la desnutrición representaban prioridades fundamentales para mejorar la salud pública y, como respuesta, el gobierno anunció otras “misiones sociales” que tenían el propósito de mejorar las condiciones en materia de derechos a la tenencia de la tierra, educación, vivienda y recursos culturales, y de promover el reconocimiento de los pueblos indígenas.

Hacia el 2006, el sistema ofrecía atención de salud a 19 600 000 personas (el 73% de la población).

Entre el 2003 y el 2005, se observó una caída vertiginosa de la mortalidad de menores de un año y de las enfermedades prevalentes de la infancia, además de un aumento del diagnóstico y un mejor seguimiento de las enfermedades crónicas.

Fuente: SEKN, 2007

ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD: ÁMBITO DE ACCIÓN 9.2

Velar por que el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

En Asia, el gasto público en salud era redistributivo en 10 de 11 países, mientras que otros cuatro instauraron regímenes de atención destinados a los pobres o, incluso, distributivos (O'Donnell et al., 2007; O'Donnell et al., 2005). En cinco de siete países latinoamericanos, el gasto público en salud estaba distribuido proporcionalmente entre los grupos ricos y los pobres o priorizaba a los pobres (PAHO, 2001). Incluso en África, donde se ha expresado preocupación acerca de la inequidad del gasto público en el sistema sanitario, se observó que el gasto es redistributivo en los 30 países estudiados (Chu et al., 2004). El gasto en el sistema sanitario llega a quienes perciben los ingresos más bajos (Kida & Mackintosh, 2005).

Es claro el potencial que tienen los sistemas sanitarios redistributivos de mejorar la equidad sanitaria, según lo demuestran las experiencias de los países de ingresos bajos y medianos, en los que el gasto público en salud incide en mayor medida en la mortalidad de los pobres que en la de los que no lo son (Bidani & Ravaillon, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003). Por ende, pese a que los pobres reciban menor proporción de las subvenciones provenientes del gasto público que los ricos, de todos modos pueden obtener beneficios relativamente mayores que los grupos ricos (O'Donnell et

al., 2005; Wagstaff et al., 1999), lo que podría deberse, en parte, a que el uso de la atención de salud entre los pobres tiene una relación más directa con el gasto público en salud que el uso que se observa entre los ricos (Houweling, 2005). Desde luego, el grado de énfasis aplicable a los sistemas sanitarios con financiación fiscal progresiva depende de la capacidad de lograr una recaudación fiscal suficiente (o asistencia internacional suficiente o una combinación de esas dos fuentes de financiación) (véase el capítulo 11, Financiación equitativa).

En los países que no tienen capacidad fiscal ni recursos fiscales suficientes, otro método de prepago consiste en imponer un seguro médico nacional y obligatorio. No obstante, sobre todo en los países de bajos ingresos, este tipo de financiación puede depender casi con exclusividad de la asistencia externa, al menos en las fases iniciales, lo que plantea dudas acerca de la sostenibilidad a largo plazo. El ejemplo de Ghana (Recuadro 9.9) ha demostrado signos de dependencia, pero también el modo en que es posible aplicar iniciativas audaces para imponer un sistema prepago universal.

Los regímenes de seguro médico de menor alcance pueden ser de utilidad para ampliar los servicios de salud entre las comunidades y los hogares muy pobres, si bien la limitada mancomunación del

RECUADRO 9.7 EQUIDAD Y PROTECCIÓN

Un aspecto fundamental de la cobertura universal consiste en que la financiación debe garantizar a toda la población protección contra los gastos que suponen las enfermedades. En lo que respecta a los países de ingresos bajos y medianos, el financiamiento de la cobertura universal implica, en términos sencillos, reducir sustancialmente los montos a menudo exagerados que deben asumir los usuarios para recibir atención y aumentar, también sustancialmente, la participación del financiamiento sanitario que proviene de la recaudación

fiscal o los seguros médicos contributivos. Estos cambios tienen repercusiones para quienes pagan y para quienes se benefician, y dependen de las fuentes de financiamiento, del alcance de los acuerdos de mancomunación del riesgo, del enfoque adoptado para efectuar las adquisiciones y de los determinantes de uso de los servicios, por ejemplo, la influencia de los mecanismos creados para dirigir los beneficios a grupos específicos.

Fuente: HSKN, 2007

RECUADRO 9.8 FINANCIACIÓN PROGRESIVA DE LA ATENCIÓN SANITARIA: DATOS DE REGIONES DE INGRESOS MEDIANOS

Las regiones donde la financiación proveniente de la recaudación fiscal general conforma la mayor parte de los fondos (por ejemplo, la RAE de Hong Kong, Sri Lanka y Tailandia) tienen un método más progresivo de financiación

del sistema sanitario que aquellos que dependen en mayor medida de los fondos provenientes de los seguros sociales de enfermedad que son obligatorios (por ejemplo, Corea).

Fuente: HSKN, 2007

RECUADRO 9.9 SEGURO MÉDICO OBLIGATORIO: EL CASO DE GHANA

Si bien son cada vez más los países africanos que están considerando la posibilidad de incorporar un seguro médico obligatorio o están en las primeras fases de aplicación del sistema, el gobierno de Ghana ha tomado la iniciativa más audaz en esta dirección que se haya registrado en África hasta el momento. El Estado hizo explícito su compromiso con la meta de lograr la cobertura universal al poner en ejecución un seguro médico nacional, aunque reconoce que la cobertura irá ampliándose poco a poco y el objetivo es incorporar en este sistema a alrededor del 60% de los habitantes del Ghana en un lapso de 10 años desde el momento de inicio.

Este sistema incluye explícitamente a los trabajadores del sector estructurado y a los del no estructurado desde el principio, tomando como base una tradición de larga data de regímenes comunitarios de seguro médico. Por otra parte, si bien el seguro del sector estructurado y el del no estructurado obtienen financiamiento de diferentes fuentes, pertenecerán al mismo sistema unificado. Cabe destacar que el programa presenta signos de apremios financieros graves, los que obedecen a su dependencia de la ayuda financiera del exterior.

Fuente: HSKN, 2007

riesgo y la posibilidad de que traiga aparejada fragmentación entre los distintos regímenes pueden tener efectos negativos sobre la equidad sanitaria: la mayor distribución del riesgo está asociada a una mejor esperanza de vida al nacer en promedio y a tasas de supervivencia infantil más equitativas (HSKN, 2007). El estudio monográfico de Tailandia (Recuadro 9.10, Figura 9.3) demuestra el modo en que se extendió la cobertura financiera hasta los grupos de menores ingresos a través del régimen de cobertura universal con financiación fiscal, el que inicialmente complementaba otros sistemas de seguro médico, pero que empleó el organismo nacional de seguro como medio de distribución de los fondos entre los distintos sistemas.

Pese al interés que han generado en los últimos años los seguros sociales de enfermedad (Recuadro 9.11), la financiación fiscal progresiva ofrece ventajas particulares (Mills, 2007; Wagstaff, 2007). Algunos países que utilizan esta forma de financiación

son el Canadá, Suecia y el Reino Unido. En determinadas situaciones, como cuando disminuye el empleo, puede resultar difícil ampliar el seguro obligatorio; además, incluso dentro de estos sistemas, la financiación fiscal puede utilizarse completa o parcialmente para subvencionar los costos de la atención dispensada a los grupos a los que resulta complicado llegar mediante el seguro, como pueden ser los empleados en el sector no estructurado o aquellas personas que trabajan por cuenta propia.

Los seguros médicos comunitarios desempeñaron una función importante en la evolución de la cobertura universal en Europa y el Japón (Ogawa et al., 2003), así como en Tailandia, y en la actualidad son importantes en la China y en algunos países africanos (Carrin et al., 2005) y en transición (Balabanova, 2007). Si bien estos regímenes pueden ofrecer protección financiera a algunos de los pobres, los datos de distintos estudios nacionales indican que la cobertura limitada, la exclusión frecuente de los más pobres y la escasa capacidad pueden

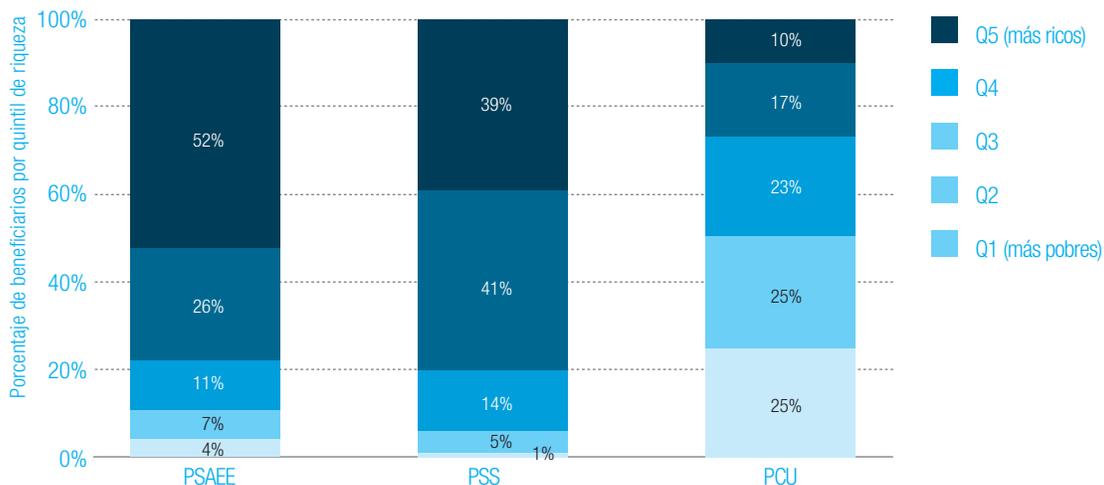
RECUADRO 9.10 ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD CON FINANCIAMIENTO FISCAL: EXPERIENCIA EN TAILANDIA

En el proceso de las reformas efectuadas en Tailandia al sistema sanitario, se creó un modelo de cobertura universal a partir de los planes de seguro médico preexistentes, que eran el Plan de seguridad asistencial para empleados del Estado y el Plan de seguridad social. Como mecanismo de financiación, se optó por los impuestos directos por motivos pragmáticos: la idea era efectuar una rápida ejecución del sistema. Desde entonces, se lo ha considerado un modelo de financiamiento equitativo en comparación con la seguridad social u otros regímenes contributivos. Los datos obtenidos mediante el Sondeo sobre salud y seguridad social efectuado

por la oficina encargada de las estadísticas nacionales indican que, en comparación con los planes anteriores, el modelo de cobertura universal extendió los beneficios mucho más hacia los pobres: mientras que el 52% de los beneficiarios del sistema para los empleados del estado pertenecía al quintil más rico, el 50% de los beneficiarios del plan de cobertura universal pertenece a los dos quintiles más pobres. Este plan logró bajar la incidencia del gasto sanitario para víctimas de catástrofes del 5,4% al 2,8-3,3%.

Fuente: HSKN, 2007

Figura 9.3 Extensión de los beneficios a los pobres a través del plan de cobertura universal.



PSAAE = Plan de seguridad asistencial para empleados del Estado; PSS = Plan de seguridad social; PCU = Plan de cobertura universal; Q = quintil de riqueza. Fuente: HSKN, 2007

limitar el efecto que tienen sobre la equidad y socavar la sostenibilidad (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007). Asimismo, los datos indican que los planes de microseguro médico padecen los mismos problemas y que, si bien pueden ofrecer oportunidades inmediatas de extender la cobertura hasta aquellos que en general no llegan a obtener la cobertura formal, es preciso regularlos y controlarlos minuciosamente (Siegel et al., 2001). Los programas separados de seguro médico también enfrentan dificultades para lograr una gran cobertura de la población a la que están destinados (Mills, 2007). Por tanto, hay que tomar recaudos cuando se recurre a planes de microseguro médico o comunitarios y arbitrar los medios para garantizar el acceso a los grupos sociales desfavorecidos.

En algunos países, tanto ricos como pobres, quienes reciben la atención de salud deben pagar directamente por los servicios. Si este cobro directo no agrava la inequidad, puede ser una de las vías de financiación del sistema. Sin embargo, cuando el cobro directo a los usuarios repercute en la equidad social o en el acceso equitativo al sistema sanitario, su utilización o los beneficios que se derivan de éste, es necesario eliminarlo. Los análisis sistemáticos de los datos recabados hasta el momento muestran con claridad que la incorporación del cobro directo a los usuarios en los países de ingresos bajos y medianos ha derivado en que menos personas utilicen los servicios (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (Recuadro 9.12). El cobro directo a los usuarios genera inequidades

respecto de la utilización y empobrece a las mujeres, a los grupos de bajos ingresos y a los grupos sociales marginados (Recuadro 9.13).

La Comisión recomienda que:

9.3 Los gobiernos nacionales y los donantes aumenten las inversiones en personal médico y sanitario a fin de equilibrar la densidad de profesionales sanitarios entre los entornos rurales y los urbanos (véanse las Recomendaciones 6.4 y 16.5).

Es frecuente observar un desequilibrio geográfico en la distribución de los profesionales sanitarios dentro de cada país, lo que incide en la equidad de los servicios de atención de la salud. A fin de lograr una distribución más equitativa del personal sanitario, probablemente sea necesario elaborar medidas para mejorar la disponibilidad general de recursos humanos, así como una ejecución diferenciada entre las diferentes regiones geográficas a fin de satisfacer las necesidades particulares de los sitios subatendidos.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* (WHO, 2006a) arriba a la conclusión de que las intervenciones que tienen mayores probabilidades de mejorar la disponibilidad de personal están relacionadas con el salario que perciben estos profesionales y los mecanismos de pago, en combinación con la existencia de los materiales y equipos necesarios y la flexibilidad y la autonomía

RECUADRO 9.11 SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD

El concepto de “seguro social de enfermedad” está profundamente arraigado en la estructura de los sistemas sanitarios de los países de Europa occidental, donde constituye el principio organizador y la principal forma de financiación en siete países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Países Bajos y Suiza. Desde 1995, también se ha convertido en la base jurídica que organiza los servicios de atención de salud en Israel. En otros tiempos, los modelos de seguro social de enfermedad desempeñaban un papel importante en algunos otros países que luego adoptaron sistemas de financiación con predominio fiscal en la segunda mitad del siglo XX: Dinamarca (1973), Italia (1978), Portugal

(1979), Grecia (1983) y España (1986). Por otra parte, hay segmentos de sistemas sanitarios financiados mediante el seguro social de enfermedad que siguen funcionando en algunos países en los que predomina la financiación fiscal, tales como Finlandia, Suecia y el Reino Unido, así como en Grecia y Portugal. Asimismo, un número importante de países de Europa central y oriental adoptaron modelos adaptados de seguro social de enfermedad: entre ellos, Hungría (1989), Lituania (1991), la República Checa (1992), Estonia (1992), Letonia (1994), Eslovaquia (1994) y Polonia (1999).

Texto modificado con autorización de la editorial, extraído de Saltman et al. (2004).

RECUADRO 9.12 INSTAURACIÓN Y ELIMINACIÓN DEL COBRO DIRECTO POR LOS SERVICIOS: EL CASO DE UGANDA

Uganda adoptó el sistema de cobro directo a los usuarios con alcance universal en 1993. Si bien la recaudación era relativamente baja (en general menos del 5% del gasto), representaba una fuente importante de fondos para complementar el salario de los profesionales sanitarios, mantener las instalaciones y adquirir más medicamentos. No obstante, hubo una disminución espectacular en la utilización de los servicios de atención de salud, lo que generó grandes preocupaciones acerca de las repercusiones que el sistema podría tener para los pobres. En marzo del 2001, Uganda eliminó el cobro directo a los usuarios en los centros de salud públicos, eliminación de la que quedaron exceptuados los centros privados. Tras esta medida, inmediatamente se

registró un enorme aumento de la utilización de los servicios de atención de salud y, en particular, la medida benefició a los pobres. La utilización de los servicios de salud (porcentaje de las personas que buscan atención profesional cuando están enfermas) aumentó del 58% al 70% en el quintil más pobre y del 80% al 85% en el quintil más rico. La cobertura de las campañas nacionales de inmunización creció del 41% en el bienio 1999-2000 al 84% en el bienio 2002-2003, lo cual no habría sido posible sin un financiamiento estatal significativo. Con todo, es preciso prestar atención a otros gastos, como en medicamentos y transporte, y a la eliminación de las tarifas no oficiales (Balabanova, 2007; O'Donnell et al., 2007).

Fuente: HSKN, 2007

en cuanto a la gestión del trabajo. Los datos provenientes de África oriental y meridional también indican que los incentivos no económicos (por ejemplo, la formación, los beneficios previsionales, las oportunidades de progreso, el apoyo y la supervisión) pueden desempeñar una función importante para motivar a los profesionales sanitarios a que elijan quedarse trabajando en niveles particulares de asistencia, y pueden tener un efecto más duradero en circunstancias de gran inflación e inestabilidad económica (Caffery & Frelick, 2006; Dambisya et al., 2005) (Recuadro 9.14).

Los recursos humanos, tanto formales como informales, conforman una parte integral de los sistemas sanitarios. La mayor parte del personal sanitario está compuesta por mujeres, quienes hacen una contribución importante, aunque infravalorada y poco reconocida, a los sistemas sanitarios oficiales y no oficiales, lo que en parte es atribuible a la falta de datos desglosados en función del sexo acerca de la economía del sistema (WGEKN, 2007).

Es preciso prestar gran apoyo a las mujeres que prestan servicios informales o auxiliares dentro del sistema sanitario y fomentar un vínculo estrecho entre éstas y los niveles superiores del sistema.

El personal sanitario puede ejercer una potente presión dentro del sistema para llevar la delantera en la integración entre la atención sanitaria y los determinantes sociales de la salud. Los agentes de salud comunitaria, aunque no representan un “remedio mágico” para los sistemas sanitarios, ofrecen algunos posibles beneficios en lo que respecta a la sostenibilidad y el desarrollo de los recursos humanos del sector. En la mayoría de los casos, los agentes de salud comunitaria están asociados a menores costos en términos de financiación y tiempo de capacitación; aportan un valor importante a la prestación local de servicios de salud y suponen un riesgo mínimo de emigración de personal capacitado; en función del método de búsqueda y contratación, a menudo suelen estar mejor predispuestos a la asignación de puestos en las zonas rurales (o, de hecho, pertenecen a ellas); y suelen estar más

RECUADRO 9.13 GASTOS DIRECTOS DE LOS USUARIOS Y EQUIDAD SANITARIA

El cobro directo a los pacientes en el momento de dispensar atención tiene una influencia negativa en el acceso a los servicios de atención de salud.

En Asia, el cobro por la atención sanitaria hizo descender debajo del bajísimo umbral de pobreza fijado en US\$1 por día al 2,7% de la población total de 11 países de ingresos bajos a medianos.

Un estudio transnacional efectuado en el África subsahariana revela que “cuanto más pobre es el quintil, más alto es el índice de uso de centros privados de salud por [infecciones respiratorias agudas], menor el índice de tratamiento contra estas infecciones, mayor el índice de niños que no reciben todas las vacunas y más alta la mortalidad en la infancia”.

En los Estados Unidos de América, el aporte promedio que hacen los empleados al seguro de enfermedad que ofrecen las empresas aumentó más del 143% desde el 2000. Durante el mismo período, el promedio de los gastos directos por deducibles, copagos por medicamentos y coseguros por consultas médicas y hospitalarias aumentaron el 115%.

La deuda promedio en términos de gastos directos en servicios médicos entre quienes se declararon en quiebra en los Estados Unidos fue de US\$ 12 000; el 68% de quienes se declararon en quiebra tenían un seguro de enfermedad y el 50% de todas las declaraciones de quiebra tuvieron como causa parcial los gastos médicos (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>).

Fuente: HSKN, 2007

RECUADRO 9.14 MEDIDAS PARA REVERTIR EL ÉXODO INTERNO DE PROFESIONALES: EL CASO DE TAILANDIA

En Tailandia, el éxodo interno de profesionales sanitarios fue revertido a través de las siguientes medidas:

Se combinaron los incentivos económicos y no económicos para los profesionales que elegían trabajar en los entornos rurales, por ejemplo: cambiando las condiciones de trabajo de los médicos, que pasaron de ser funcionarios del estado a ser empleados públicos contratados; entregándoles una vivienda y dotándolos de reconocimiento;

Se prestó apoyo mediante un programa más amplio de desarrollo rural sostenido.

La diferencia entre el número de médicos que trabajaban en los entornos rurales del noreste y Bangkok cayó de 21 en 1979 a 8,6 en 1986.

Fuente: HSKN, 2007

ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD: ÁMBITO DE ACCIÓN 9.3

Formar al personal sanitario y fortalecerlo, y ampliar su capacidad de acción sobre los determinantes sociales de la salud.

familiarizados con las normas, las tradiciones y las necesidades sanitarias de las comunidades a las que prestan servicio (Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

Ayuda externa para el personal sanitario

Es fundamental que el aumento de la ayuda y el alivio de la deuda contribuyan con el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, por ejemplo, con los gastos ordinarios que implican la búsqueda y contratación de recursos humanos y su formación. No obstante, esa no suele ser la realidad. Los países que solicitan alivio de la deuda en virtud de la iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados deben completar un DELP —un plan nacional de desarrollo— como parte del proceso destinado a determinar si cumplen con los requisitos. Cada DELP (cuya función es actuar más ampliamente como vía de acceso para las remesas de fondos destinadas a la asistencia de un país determinado) está condicionado por un plan de plazo más corto para controlar el gasto, denominado “marco de gastos a mediano plazo”, el que, si bien no impone limitaciones explícitas a los gastos ordinarios, tales como los derivados de la búsqueda y contratación y los salarios del personal sanitario tan necesario, se ha observado que desalienta dichos gastos, lo que disminuye las inversiones en la capacidad humana que es fundamental para los sistemas sanitarios (Recuadro 9.15).

Las iniciativas sanitarias mundiales —como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo; la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización; las iniciativas Alto a la Tuberculosis y Hacer Retroceder el Paludismo, y el Programa Multinacional sobre el Sida— han aportado nuevos recursos importantes para el desarrollo y la salud internacionales.

Sin embargo, siempre está el riesgo de que las nuevas líneas voluminosas de financiación, que corren en paralelo a la definición del presupuesto nacional, distorsionen las prioridades nacionales en lo atinente a la asignación del gasto público y la importancia de las acciones (Recuadro 9.16). Al mismo tiempo, las iniciativas sanitarias mundiales —que suelen ofrecer salarios más altos que el sector público— pueden atraer recursos humanos valiosos del sistema sanitario nacional, lo que agrava la escasez de personal.

La Comisión recomienda que:

9.4 Los organismos y donantes internacionales y los gobiernos nacionales emprendan intervenciones para detener el éxodo de los profesionales sanitarios, centrándose en destinar inversiones para aumentar los recursos humanos del sector sanitario y su formación, y celebrar acuerdos bilaterales para regular las ganancias y las pérdidas.

Es fundamental contar, en el plano local, con suficiente personal sanitario capacitado correctamente a fin de extender la cobertura, mejorar la calidad de la atención y fomentar asociaciones beneficiosas entre el personal y la comunidad y otros sectores (Kurowski et al., 2007). No obstante, en muchas partes del mundo, los bajos salarios unidos a la falta de infraestructura y las malas condiciones de trabajo generan la emigración de recursos humanos valiosos y experimentados (GKN, 2007). Algunos países de ingresos altos siempre están buscando y contratando personal médico y de enfermería proveniente de África y Asia. El mundo todo puede intervenir para corregir esta tendencia (Recuadro 9.17).

RECUADRO 9.15 ALIVIO DE LA DEUDA, REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y REMUNERACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Parte del proceso de aprobación de muchos DELP (que constituyen un requisito para acceder a programas de alivio de la deuda en virtud del programa en favor de los países pobres muy endeudados) consiste en proponer un marco de gastos a mediano plazo. El ministerio de hacienda y el FMI son los encargados de negociar estos marcos, que otorgan mayor prioridad a la inflación muy baja y la ausencia de déficit fiscal que a resolver la pobreza o satisfacer necesidades en materia sanitaria. Este proceso restringe el presupuesto total y, dentro del presupuesto, prioriza los gastos no discrecionales como el pago de

la deuda externa, lo que limita el presupuesto asignado a cada sector. Un estudio efectuado en cuatro países africanos revela que los ministerios de la salud encuentran dificultades para influir en este proceso de asignación del presupuesto. Si bien el FMI no estipula la imposición de un tope máximo a gastos ordinarios como los salarios del sector sanitario, los datos indican que, en la práctica, el proceso de definir este marco tiene un efecto supresor sobre la asignación de presupuesto suficiente a la inversión en el personal sanitario.

Fuente: GKN, 2007

RECUADRO 9.16 INICIATIVAS SANITARIAS MUNDIALES

Aunque las iniciativas sanitarias mundiales han aportado un gran volumen de financiación para los sistemas sanitarios en los países de ingresos bajos y medianos (US\$ 8900 millones en el 2006 únicamente para las iniciativas relacionadas con el VIH y el sida), genera preocupación que la administración vertical de los programas puedan socavar la orientación de los sistemas sanitarios, que privilegian a la población, y agravar la inequidad sanitaria. Puesto que estas iniciativas proporcionan un porcentaje estimado del 90% del total de

los servicios de asistencia para el desarrollo destinada a la salud, se han convertido en actores muy importantes en lo que respecta a las políticas sanitarias mundiales. Todas las iniciativas sanitarias mundiales deben planificar las cuestiones financieras y analizar el impacto que pueden tener sobre los sistemas sanitarios, en particular sobre la posible atracción de los recursos humanos del sistema sanitario nacional.

Fuente: HSKN, 2007

Los sistemas sanitarios constituyen importantes determinantes de la salud. Es crucial fortalecer el nivel primario de atención y elaborar intervenciones de mayor alcance a fin de ampliar la orientación de la atención primaria de salud dentro del sistema sanitario, para lo que es fundamental que la comunidad participe en la determinación de las necesidades. Dentro de cada país, es necesario aumentar las partidas financieras para el sistema sanitario en casi todos los ámbitos concebibles, medidas que son más apremiantes en los países de bajos ingresos. Más aún, empero, es fundamental hacer uso de modos equitativos de financiación que eliminen los gastos del usuario al momento de recibir el servicio, que

desalientan el uso o disminuyen la equidad en el acceso y los beneficios, lo cual implica que el sistema sanitario debe recurrir a métodos prepagos de financiación pública y reservar los planes de menor alcance como estrategia secundaria. Para contar con suficiente personal sanitario, es necesario no sólo invertir en el proceso de búsqueda y contratación y en la capacitación —que incorpore una mejor formación acerca de los determinantes sociales de la salud como elemento central de los planes de estudio de las carreras de medicina y sanidad—, sino también acciones para detener el éxodo del personal sanitario desde los países de ingresos bajos y medianos.

RECUADRO 9.17 POSIBLES POLÍTICAS PARA DETENER EL ÉXODO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Hay varias políticas que pueden ponerse en ejecución para resolver —y detener— el éxodo de personal sanitario desde los países más pobres, por ejemplo:

Instaurar programas de retorno de los emigrantes (que son costosos y bastante poco eficaces);

Restringir la emigración (poco eficaz, ya que sólo suelen retrasarla) o la inmigración (de eficacia leve, aunque criticada por discriminar a los profesionales sanitarios respecto de otros migrantes);

Celebrar acuerdos bilaterales o multilaterales para controlar el movimiento demográfico entre los países de origen y destino (de cierta eficacia)

Fortalecer los recursos humanos del sector sanitario interno de los países de los cuales suelen emigrar (estrategia que goza

de gran apoyo en las publicaciones pero que es cuestionable desde la perspectiva de los países de los cuales suelen emigrar estos profesionales dado el contexto de los mercados mundiales);

Proponer la restitución (por ejemplo, fomentando un movimiento bidireccional de los recursos humanos y un aumento de la ayuda aportada por los países de altos ingresos que reciben a los emigrantes para mejorar la situación sanitaria y el sistema de formación sanitaria en los países de bajos ingresos de los cuales provienen los profesionales).

En general, se consideran más prometedoras las políticas que comprenden los acuerdos bilaterales y la restitución.

Fuente: GKN, 200



LUCHAR CONTRA LA DISTRIBUCIÓN DESIGUAL
DEL PODER, EL DINERO Y LOS RECURSOS



El segundo de los tres principios de acción de la Comisión es:

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos —es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida— en el plano mundial, nacional y local.

No es una condición natural que algunas personas vivan con mucho y otras con poco, que algunas gocen de una vida prolongada y acomodada y otras vivan poco y en condiciones a menudo inhumanas, ni que estas diferencias se observen entre los distintos países del mundo y dentro de los países. Estas condiciones de vida tampoco son azarosas. La desigualdad en las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos; las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de políticas que toleran o, incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos recursos.



Los capítulos de esta parte describen algunos de los aspectos sociales esenciales y más estructurales que influyen en la equidad sanitaria: las normas sociales y las elecciones políticas que impulsan los procesos normativos, lo que conduce a las condiciones desiguales en lo que respecta al crecimiento, la vida y el trabajo que se describieron en la parte 3, las que ponen en evidencia, sin lugar a dudas, el valor colectivo de la equidad sanitaria, la función crucial de la acción pública y, por ende, el papel central que desempeña el liderazgo de un sector público con capacidad de decisión y acción.

No abrigamos falsas expectativas, empero, acerca de la realidad actual de la administración pública. No siempre es buena ni siempre está comprometida con la justicia social. En muchos casos, aun cuando el compromiso sea sólido, hay escasa capacidad (sea institucional, financiera, técnica o humana) o esta no está bien desarrollada. Y en los países en los que hay un sólido compromiso y una gran capacidad, el contexto mundial, cada vez en mayor medida, puede representar un freno o un acelerador en lo que respecta a la creación de las condiciones que fomentan un estado de salud bueno y equitativo. Es fundamental, si se han de llevar a la práctica todas las recomendaciones de la Comisión, crear voluntad política y capacidad institucional. Y de ese proceso de creación no es el gobierno el único responsable. Más bien, las acciones reales que conducen a la equidad sanitaria sólo serán posibles si se instituyen procesos democráticos de participación de la sociedad civil y elaboración de políticas públicas, con un apoyo regional y mundial y respaldo científico acerca de las medidas que son eficaces para mejorar la equidad sanitaria.

CAPÍTULO 10

La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas

“Que la salud esté presente en cada dimensión de la vida implica que hay riesgos por todos lados. Ello tiene consecuencias significativas en lo que respecta al marco dentro del cual elaboramos las políticas sanitarias y a las responsabilidades que asignamos a los distintos agentes sociales en lo que respecta a la cuestión sanitaria.”

Illona Kickbusch (2007)

EQUIDAD SANITARIA: UNA CUESTIÓN QUE TRASCIENDE AL SECTOR SANITARIO

Todos los sectores de la administración pública y de la economía —las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y la salud, por sólo mencionar seis— pueden incidir en la salud y en la equidad sanitaria (Marmot, 2007). Aunque la cuestión sanitaria no constituya el principal objetivo de las políticas de todos estos sectores, tienen una gran influencia en la salud y la equidad sanitaria. Los programas de acción que se proponen mejorar los determinantes sociales de la salud y fomentar la equidad deben, por ende, promover una acción concertada entre el sector sanitario y los demás sectores (Vega & Irwin, 2004) en el plano mundial, nacional y local.

Coherencia política

En función de su naturaleza, las distintas políticas públicas pueden contribuir a mejorar o a empeorar la salud y la equidad sanitaria. Así, por ejemplo, un urbanismo que favorezca la proliferación de barrios periféricos con un número insuficiente de viviendas asequibles, escasos servicios públicos locales y medios de transporte público irregulares y caros no promueve la salud para todos (NHF, 2007).

Es esencial que haya coherencia política, es decir, las políticas de los distintos departamentos de la administración pública han de complementarse, en lugar de contradecirse, con el fin de promover la salud y la equidad sanitaria. Por ejemplo, una política comercial que fomente la producción, la comercialización y el consumo sin restricciones de alimentos ricos en grasas y azúcares, en detrimento de la producción de frutas y verduras, va en contra de las políticas sanitarias, que recomiendan un consumo relativamente limitado de estos alimentos y un mayor consumo de frutas y verduras (Elinder, 2005). A fin de garantizar la coherencia en las políticas, es preciso que todas las políticas de todos los sectores de la administración pública pasen por un proceso de control que evalúe el grado de coherencia que guardan con el objetivo de la equidad sanitaria.

El sector de la salud es un buen punto de partida para adoptar un enfoque frente a la salud y la equidad sanitaria que gire en torno a los determinantes sociales. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede ofrecer beneficios que trasciendan el tratamiento de enfermedades (véase el capítulo 9, Atención universal de salud), puede promover la equidad sanitaria prestando especial atención a las circunstancias y las necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados (HSKN, 2007), y encabezar la promoción de políticas coherentes en todas las instancias gubernamentales (PPHCKN, 2007c).

Definir la función de la acción intersectorial en pro de la salud y los obstáculos que la dificultan

La acción intersectorial en pro de la salud —políticas e intervenciones coordinadas entre el sector sanitario y los demás sectores— puede representar una estrategia primordial para lograr la coherencia política y mejorar, en un sentido más general, los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria (PHAC, 2007). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 (WHO & UNICEF, 1978), la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 (WHO, 1986), la Conferencia Internacional de la OMS sobre acción intersectorial para la salud de 1997 y, en los últimos años, la Conferencia sobre Promoción de la Salud celebrada en Bangkok en 2005 (WHO, 2005d) y el lema adoptado por la presidencia finlandesa de la UE en 2006, “Salud en todas las políticas” (Stahl et al., 2006), admitieron que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos pueden fomentar la salud o perjudicarla, a la vez que reconocieron y legitimaron la expansión del ámbito de acción del sector sanitario y propusieron medidas normativas en todos los sectores de la sociedad.

Si bien hay pruebas cada vez más numerosas y abundan los llamamientos estratégicos en favor de una acción integrada para modificar los factores sociales, no en todos los casos dieron luz a nuevas estrategias políticas ni mucho menos a políticas integrales en pro de la equidad. No todos los países cuentan con recursos para adoptar una respuesta política de esas características ante el problema de las desigualdades sanitarias. En lo que respecta a muchos países de ingresos bajos y medianos, la prolongada falta de inversión en infraestructura y recursos humanos, producto de las políticas de reajuste estructural aplicadas en las décadas de 1980 y 1990, redujeron la capacidad pública, lo que se vio agravado aún más por la duplicación sin precedentes de la carga de morbilidad de las enfermedades infecciosas y crónicas (Epping-Jordan et al., 2005). Otros sostienen que la retórica de la practicidad y la limitación fiscal viene apoyando un enfoque estrecho que sólo se ocupa de las enfermedades, lo que tiene escasa influencia en la carga de morbilidad de los países de ingresos bajos y medianos (Magnussen et al., 2004). Asimismo, se ha observado que un mayor reconocimiento al valor de la acción intersectorial en favor de la salud genera una tensión fundamental con el marco estructural dentro del que funciona el Estado (Vincent, 1999). Y, desde luego, no sólo son opuestos los mandatos entre los distintos ministerios de la administración pública; puede haber —y así sucede a menudo— contradicciones en ideología, intereses y protección territorial (Logie, 2006).

Si bien el progreso puede ser lento, de ser moderadas intervenciones para luchar contra enfermedades específicas, los sistemas de salud pública se están transformando para abarcar amplias reformas sociales, culturales y económicas encaminadas a solucionar las causas esenciales de todas las enfermedades (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004). La elaboración de políticas coherentes y la acción intersectorial son estrategias que se vienen empleando en todo el mundo para enfrentar una amplia gama de problemas que se desprenden de las políticas públicas en materia sanitaria y socioeconómica, entre las que se incluyen las intervenciones para mejorar algunos determinantes sociales de la salud particulares y las destinadas a poblaciones, comunidades, enfermedades y comportamientos sanitarios específicos (CW, 2007). La epidemia

mundial de obesidad es un buen ejemplo de un resultado sanitario que depende de la configuración social y es consecuencia de los cambios de que fueron objeto diversos factores sociales. La interconexión de las causas de la obesidad ha generado acciones intersectoriales que suelen constar de respuestas sectoriales e intervenciones comunitarias dentro de un marco de coherencia (Recuadro 10.1).

En menor medida, los amplios marcos normativos que se ocupan explícitamente de la equidad sanitaria —por ejemplo, en Finlandia, el Reino Unido y Suecia (Stahl et al., 2006)— consideran que la acción intersectorial es una estrategia fundamental (PHAC, 2007).

Más allá del poder público

La salud puede constituir un punto de confluencia de diferentes sectores y actores, ya se trate de una comunidad local que elabore su propio plan sanitario (como el proyecto “ciudad sana” de Dar es Salaam, de la República Unida de Tanzania), de la habilitación de todos los ciudadanos para que voten las prioridades en la asignación de los recursos locales al sector sanitario (presupuestación participativa en Porto Alegre, Brasil), de un proyecto para disminuir la incidencia del dengue (proyecto “ciudades sanas” de Marikina, Filipinas) o de la participación de toda la comunidad en el diseño de espacios comunes que promuevan los desplazamientos a pie y en bicicleta (como el proyecto “Healthy by Design” [diseño saludable] de Victoria, Australia) (Mercado et al., 2007). La participación de personas e instituciones claves y trascender el sector público para obtener el compromiso de la sociedad civil constituye un paso fundamental para combinar acciones en favor de la equidad sanitaria.

No hay dudas acerca de los beneficios que puede aportar un enfoque coherente frente a la equidad sanitaria basado en acciones con miras a modificar los determinantes sociales de la salud en todos los contextos socioeconómicos y socioculturales. Sin embargo, no es que haya un enfoque aplicable a todos los contextos, sino, más bien, principios que es posible adaptar para fomentar la acción en diversos contextos. En algunos casos, las acciones emprendidas en un solo sector pueden ejercer enormes influencias sobre la equidad sanitaria; en otros, es crucial emprender acciones integradas en varios sectores.

UNA ESTRATEGIA COHERENTE PARA FOMENTAR LA EQUIDAD SANITARIA

Es necesario que las acciones sean coherentes dentro de cada sector y entre los sectores de todas las instancias de gobernanza, desde el plano mundial hasta el local. Las recomendaciones de este capítulo extraen las enseñanzas de la tarea que ha emprendido la Comisión en los distintos países (CW, 2007; PHAC, 2007; PHAC & WHO, 2008b) y se centran particularmente en la administración pública a nivel nacional, si bien hacen referencia al aporte mundial de la OMS y la sociedad civil en el plano nacional y local. El capítulo 15 (Una gobernanza mundial eficaz) se ocupa más detalladamente de la coherencia entre la acción intersectorial y las políticas en el plano internacional, y el capítulo 12 (Responsabilidad del mercado) describe la coherencia en las aportaciones del sector privado.

La equidad sanitaria como indicador del progreso de la sociedad

La Comisión recomienda que:

10.1. El parlamento y otros organismos equivalentes de supervisión midan el desempeño de la administración pública en base al logro del objetivo de mejorar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (véanse las Recomendaciones 13.2 y 15.1).

Si la equidad sanitaria se ha de convertir en un indicador del progreso de la sociedad, es preciso adoptarla como objetivo conductor en las más altas esferas políticas de todos los países. El parlamento, o algún otro órgano deliberante, es la institución elemental en lo que respecta a la promoción de la equidad sanitaria a través de su función representativa, legisladora y supervisora (Mususka & Chingombe, 2007). Como lo demuestran las experiencias del Reino Unido, también es fundamental el liderazgo político dentro del gabinete. En el transcurso de las décadas de 1980 y 1990, los datos recogidos en el Informe negro tuvieron escasas repercusiones sobre las políticas públicas pero, a partir de 1997, gracias a la nueva consideración de las inequidades sanitarias

RECUADRO 10.1 ACCIÓN INTERSECTORIAL CONTRA LA OBESIDAD

La obesidad se está convirtiendo en un problema real de salud pública en los países en transición, en la misma medida en que ya lo es en los de altos ingresos. La prevención de la obesidad y la mitigación de la obesidad existente exigen métodos que garanticen una oferta suficiente de alimentos nutritivos que sean aceptables desde la perspectiva ecológica; seguridad material; un medio construido que permita conseguir fácilmente alimentos saludables y participar en actividades físicas organizadas o no organizadas; y un entorno familiar, educacional y laboral que realmente fomente la vida saludable y habilite a todos los individuos a hacer elecciones sanas. Es muy poco lo que recae entre las responsabilidades del sector sanitario o lo que este puede hacer en este sentido.

Se han logrado algunos avances respecto de la interconexión entre el sector sanitario y los demás sectores: por ejemplo, los urbanistas que diseñan entornos urbanos que propician la salud junto con profesionales sanitarios, y la prohibición de publicitar alimentos ricos en grasas, azúcares y sodio en los programas televisivos destinados a los niños. Aun así, queda por resolver un problema importante: comprometer con la causa a los distintos sectores de ámbitos como el comercio, la agricultura, el empleo y la educación, ámbitos en los cuales es preciso actuar si hemos de detener la epidemia mundial de obesidad.

Fuente: Friel, Chopra & Satcher, 2007

EQUIDAD SANITARIA EN TODOS LOS SISTEMAS: ÁMBITO DE ACCIÓN 10.1

Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.

propuesta por el Informe Acheson, se ha generado voluntad política y el gobierno del Reino Unido abrazó la justicia social como una prioridad de sus políticas socioeconómicas, lo que se tradujo en la adopción de una estrategia transversal a todos los sectores públicos para reducir las desigualdades sanitarias (véase el Recuadro 10.3).

El sector sanitario es un defensor de la salud, lucha por la equidad sanitaria y se propone objetivos sociales más amplios. Por lo tanto, es importante que los ministros de la salud, con el apoyo del ministerio todo, dispongan de todos los recursos necesarios para desempeñar ese papel de rectoría dentro del gobierno, como en el caso del Reino Unido. Si todos los actores políticos comprenden mejor los determinantes sociales de la salud, pueden ayudar a preparar el terreno político (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). Asimismo, es crucial efectuar una presentación estratégica de la información acerca de la situación actual de la equidad sanitaria, que describa los costos de la inequidad sanitaria, señale las sinergias intersectoriales y haga hincapié en las oportunidades de intervención, para alentar a los políticos a hacer suya la causa y a los ministros de la salud a encabezar la acción.

Coherencia política: mecanismos que fomenten la equidad sanitaria en todas las políticas

Para lograr la equidad sanitaria a través de una coherencia política entre los distintos sectores públicos, además de un gran apoyo y liderazgo político, es necesario crear o fortalecer los procesos y las estructuras del gobierno y otros organismos. Es preciso establecer canales transparentes de enlace entre los distintos sectores públicos para compartir información y recursos de análisis (Picciotto et al., 2004).

La Comisión recomienda que:

10.2. El gobierno nacional instaure en todas las instancias de la administración pública un mecanismo que rinda cuentas ante el parlamento y esté presidido por el más alto nivel político posible (véanse las recomendaciones 11.1, 11.2, 11.5, 12.2, 13.2 y 16.6).

Los mecanismos aplicables a todas las instancias de la administración pública en materia de salud y equidad sanitaria pueden adoptar diversas formas. Por ejemplo, algunos países de la Comunidad de Desarrollo del África Austral crearon comisiones parlamentarias de gestión para supervisar las actividades de los sectores estatales encargados de la salud, la educación, la minería, la agricultura y el transporte. Algunos programas de reforma emprendidos en África oriental y meridional contaron con el apoyo de profesionales especializados y con presupuestos específicos destinados a la tarea de estas comisiones. La Comisión parlamentaria encargada de las cuestiones de salud, desarrollo comunitario y bienestar social de Zambia sirve de ejemplo para ilustrar un enfoque integral frente a la lucha contra el VIH y el sida en el cual tuvieron una participación activa varios sectores (Recuadro 10.2).

Políticas que generen soluciones que sean beneficiosas para todos

A fin de garantizar la efectividad de todo mecanismo aplicable a las distintas instancias de la administración pública, es fundamental reunir el apoyo de los funcionarios administrativos con amplio mandato y definir

RECUADRO 10.2 COMISIÓN PARLAMENTARIA ENCARGADA DE LA SALUD, EL DESARROLLO COMUNITARIO Y EL BIENESTAR SOCIAL: EL CASO DE ZAMBIA

La Comisión Parlamentaria encargada de las cuestiones de salud, desarrollo comunitario y bienestar social de Zambia emprendió un análisis de la situación del VIH y el sida en 1999, en colaboración con el gobierno y ONG comprometidas con la cuestión. Preocupada por el aumento de la incidencia del VIH y el sida, la Comisión efectuó un análisis del desempeño de las políticas gubernamentales sobre el VIH y el sida en el 2000. Asimismo, realizó una visita a Senegal en el marco de un estudio comparativo sobre el tema. A partir de estas tareas, la Comisión aportó recomendaciones que lograrían una mayor participación de los parlamentarios en las cuestiones sanitarias relacionadas con el VIH y el sida. Las recomendaciones incluidas en el informe que la Comisión presentó ante el Parlamento en noviembre del 2002 comprendían, entre otras, las siguientes acciones intersectoriales:

El gobierno debería considerar la posibilidad de emprender, en todas las instituciones, actividades de salud reproductiva que abarquen la prevención del VIH y el sida y otras enfermedades de transmisión sexual y la lucha contra todas ellas.

A fin de sensibilizar a la fuerza laboral, los sindicatos, conjuntamente con la Federación de Empleadores y la Cámara de Comercio e Industria de Zambia, deberían incorporar actividades de prevención del VIH y el sida y lucha contra esa enfermedad en los programas que emprendan en los entornos laborales.

A fin de sensibilizar a los niños de edad escolar acerca de los peligros del VIH y el sida, el gobierno debería considerar la posibilidad de incorporar la educación sexual, que abarque el VIH y el sida, en los planes de estudio.

El gobierno debería regular las actividades sociales que supuestamente propician la transmisión del VIH, por ejemplo, la venta de bebidas alcohólicas y los horarios de apertura y cierre de los bares y los clubes nocturnos.

El gobierno, las ONG y las organizaciones comunitarias deberían trabajar en conjunto para habilitar líneas telefónicas de consulta y ofrecer información y asesoramiento gratuitos al público.

El gobierno y todos los interesados directos deberían, con carácter de urgencia, negociar con las empresas farmacéuticas y los organismos de financiación internacionales una reducción significativa en el costo de los fármacos antirretrovíricos a fin de mejorar la accesibilidad al tratamiento de quienes los necesitan.

Los parlamentarios y otras personas encargadas de tomar decisiones deberían fortalecer sus conocimientos acerca de la situación actual del VIH y el sida en Zambia y ser concientes de las principales oportunidades y los problemas más importantes que enfrenta el país en este sentido.

Fuente: Musuka & Chingombe, 2007

claramente los beneficios para cada sector. Puede resultar de utilidad definir las prioridades de cada sector y fijar, a corto y largo plazo, metas y objetivos en relación con la equidad sanitaria que incorporen las políticas en favor de la equidad sanitaria en los programas de acción de cada sector (CW, 2007). Las soluciones políticas que satisfagan las necesidades de los diferentes sectores y conduzcan hacia una visión común ayudarán a fomentar la aceptación política y administrativa. La iniciativa “salud en todas las políticas” del estado de Australia Meridional constituye un ejemplo de la tarea emprendida en los últimos años en algunos países de altos ingresos con el propósito de desarrollar, a partir de un plan estratégico estadual ya existente, las capacidades y los

mecanismos necesarios para adoptar un enfoque aplicable a todas las instancias de gobierno en lo que respecta a la salud y la equidad sanitaria (véase <http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm>).

Adaptación al contexto

La factibilidad de las diferentes perspectivas políticas y sectoriales que se imprimen en la acción sobre los determinantes sociales de la salud depende del grado de apoyo que brinde el contexto político (PHAC, 2007). Por ejemplo, en los contextos donde la equidad constituye una prioridad de los programas de acción política y social y hay

RECUADRO 10.3 ACCIÓN DE TODOS LOS SECTORES PÚBLICOS SOBRE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS: EXPERIENCIA EN EL REINO UNIDO

El Informe Acheson sobre las desigualdades sanitarias puso de manifiesto las limitaciones de los programas de acción de cada sector en materia de justicia social y equidad sanitaria, y la importancia de aunar esfuerzos. En el 2002, como parte de las gestiones formales acerca del gasto público total, el Departamento de Salud y el Tesoro encabezaron el debate entre 18 departamentos con el fin de definir un plan de ejecución para cumplir con los objetivos y determinar el aporte que era necesario de cada sector de la administración pública. La autoridad política y financiera del Tesoro tuvo un papel decisivo y consiguió que todos los sectores se comprometieran con un objetivo interrelacionado. Además, permitió que los distintos departamentos acordaran combinar la pericia y los recursos y orientarlos hacia las prioridades del gobierno.

El programa de acción del 2003 definió 82 propuestas que ya cuentan con los fondos necesarios comprometidos, provenientes de 12 departamentos del gobierno, los que en los siguientes tres años prepararían el terreno para cumplir con los objetivos del 2010 y tendrían repercusiones duraderas sobre los determinantes de la salud más generales. El programa de acción constituyó un marco estratégico que orientó todas las acciones hacia el mismo objetivo: impuso

como requisitos fundamentales la coordinación entre las instancias gubernamentales nacionales y locales, y el empleo de sólidos sistemas de gestión del desempeño con el objeto de promover la ejecución. Un proceso abierto y regular de auditoría, informe y análisis describe la trayectoria en pos del objetivo y la capacidad de perfeccionar el método. Se publicaron informes de situación en el 2005 y el 2008.

El objetivo ejerció presión sobre el gobierno para que coordinara las actividades, por lo que éste debió arbitrar los medios para entablar una buena comunicación entre los distintos departamentos y los funcionarios del Tesoro que conducían la tarea. Los marcos nacionales ahora obligan a los planificadores sanitarios y a los gobiernos locales a incorporar la cuestión de las desigualdades sanitarias como prioridad absoluta, mientras que la conducción y el apoyo del gobierno central están dirigidos a las áreas que tenían un desempeño inferior a lo esperado y a promover las mejores prácticas. El actual Secretario de Estado de Salud ha adoptado el problema de las desigualdades sanitarias como prioridad, por lo que el Servicio Nacional de Salud, que cumplió 60 años en el 2008, deberá seguir fiel a los principios en torno a los cuales fue fundado: la universalidad y la equidad.

Fuente: Hayward, 2007

RECUADRO 10.4 UN ENFOQUE SECTORIAL COHERENTE EN FAVOR DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN SRI LANKA

En el período comprendido entre 1950 y 1975, Sri Lanka atravesó una rápida transición en materia sanitaria que prolongó la esperanza de vida y redujo la mortalidad y la fecundidad. Las mejoras sanitarias fueron simultáneas a las mejoras de otros aspectos del bienestar social. Cada sector trabajó en simultáneo en pos del objetivo de mejorar las condiciones de las cuales era responsable. Los procesos intersectoriales no derivaron en la elaboración de programas de acción intersectorial formulados con claridad en los cuales los sectores ajenos al sanitario pudieran definir su aporte a la salud y coordinaran concientemente sus actividades para la consecución de los resultados sanitarios. Esta falencia es atribuida a las estructuras decisorias, la falta de capacidad para definir los nexos

intersectoriales y adoptar una actitud activa al respecto, y la cultura administrativa imperante.

El caso de Sri Lanka es un buen ejemplo de los procesos que, en su mayoría, tienen un campo de actuación independiente de otros pero actúan en simultáneo para mejorar el bienestar como un todo, del cual la salud es un componente integral. Estos procesos debieron contar con (1) una estrategia de desarrollo social general, (2) un proceso político que fomentara un alto grado de consenso en pro de esa estrategia, (3) en la medida de lo posible, el otorgamiento de un peso y un compromiso equitativo a cada indicador clave y (4) una responsabilidad compartida respecto del programa en las más altas esferas de la administración pública.

Fuente: PHAC & WHO, 2008

recursos e infraestructura que sustenten la acción, el objetivo suele ser la equidad sanitaria de toda la población, de modo que es posible adoptar enfoques aplicables a todas las instancias de gobierno en torno al concepto “salud en todas las políticas”, como es el caso de Cuba, Noruega y el Reino Unido (Inglaterra) (Recuadro 10.3), Finlandia (Stahl et al., 2006) y Nueva Zelandia.

Es probable que, en otros contextos, la acción intersectorial no sea factible, en cuyo caso puede resultar de utilidad, para mejorar la salud y la equidad sanitaria, atender a las características de las políticas y las acciones intrasectoriales, haciendo lo posible por formular políticas coherentes. Como lo ilustra el ejemplo de Sri Lanka (Recuadro 10.4), pese a que el Primer Ministro de Sri Lanka entendía la importancia de la acción intersectorial y se comprometió a fomentarla, el país no disponía de las estructuras y capacidades necesarias para respaldarla. Sin embargo, un resultado positivo de esa actitud fue que fomentó la acción coherente y efectiva dentro de cada sector, lo que a su vez permitió garantizar la adopción de la atención primaria de salud como principal estrategia sanitaria.

Es importante continuar brindando respaldo a los modelos de administración pública que sean innovadores y a las estructuras de incentivos que puedan fomentar la cooperación intersectorial, como puede ser el trabajo en pos de objetivos prioritarios entre el ministerio

de la salud y algún otro ministerio. Por ejemplo, en Mozambique, el Ministerio de Salud trabajó conjuntamente con el Ministerio de Obras Públicas en la elaboración de intervenciones en materia de abastecimiento de agua y saneamiento con el fin de reducir la mortalidad de los menores de un año. En el Brasil, la creación del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición estuvo a cargo del Ministerio de la Salud y el ministerio responsable de los asuntos familiares (Recuadro 10.5).

Hay algunos marcos de planificación basados en la acción intersectorial para mejorar la situación sanitaria que los países pueden adaptar a sus necesidades sanitarias específicas, tales como el método progresivo de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas (Recuadro 10.6).

Financiación de la acción intersectorial

Un elemento central de las iniciativas que apoyan la acción intersectorial en el ámbito de la administración pública es que todas las infraestructuras y acciones de los distintos sectores deben disponer de recursos suficientes empleando diversos mecanismos de financiación (véase el capítulo 11, Financiación equitativa). Por otra parte, podría utilizarse la acción intersectorial como condicionamiento de la asignación de fondos. El Gobierno del

RECUADRO 10.5 EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: EL CASO DEL BRASIL

El Programa nacional de alimentación y nutrición ofrece a todos los ciudadanos una garantía de acceso continuo a una cantidad suficiente de alimentos básicos de calidad sin comprometer el acceso a otras necesidades básicas. Su ejecución está en estrecha armonización con el programa de salud familiar. En conjunto, estas dos

políticas diferentes ayudaron a promover, por ejemplo, la lactancia natural exclusiva hasta los 6 meses y la reglamentación de la publicidad de alimentos infantiles en los medios de comunicación.

Fuente: Buss & Carvalho, 2007

RECUADRO 10.6 EL MÉTODO PROGRESIVO DE LA OMS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

El método progresivo es un instrumento flexible y práctico de salud pública concebido para ayudar a los ministerios de la salud a equilibrar las diversas necesidades y prioridades durante los procesos de ejecución de intervenciones basadas en los datos científicos, tales como las recomendadas por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) y la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

El marco está inspirado por un conjunto de principios basados en un enfoque de salud pública con respecto a la prevención y la lucha:

Las instancias nacionales del gobierno proporcionan el marco unificador para la prevención y la lucha contra las enfermedades crónicas, de modo que haya un apoyo mutuo entre las acciones emprendidas en los distintos niveles y por todos los interesados directos.

La acción intersectorial es necesaria en todas las fases de formulación y ejecución de las políticas porque los principales determinantes de la carga de morbilidad crónica son ajenos al sector sanitario.

Las políticas y los planes se concentran en los factores de riesgo compartidos por las distintas enfermedades específicas.

Se combinan intervenciones destinadas a toda la población y a los individuos particulares.

Se definen las etapas explícitas y relevantes a la localidad que componen cada paso y en cada nivel de intervención, haciendo especial hincapié en reducir las desigualdades sanitarias.

Puesto que resulta claro que la mayor parte de los países no tienen los recursos necesarios para cumplir inmediatamente con todo lo que implica la política general, se prioriza la inversión en la ejecución de las actividades que son factibles de inmediato y que probablemente tengan repercusiones más importantes. Este principio constituye el alma del método progresivo de la OMS.

Source: WHO, 2005c

Canadá aplica este método en el Fondo destinado a la salud de la población, que otorga subsidios y aportes a organizaciones académicas, comunitarias y benéficas para que propongan políticas

y programas con objetivos relativos a los niños, las personas mayores y otros grupos de población, y promueve enfoques para mejorar los determinantes sociales de la salud haciendo uso de la acción

RECUADRO 10.7 SEGUIMIENTO DE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS: EL CASO DE NUEVA ZELANDIA

Nueva Zelanda incorporó una estrategia encaminada a reducir las desigualdades sanitarias, aplicable a todas las instancias de gobierno, en particular con respecto a la forma en que interactúan los factores étnicos y las desigualdades socioeconómicas. Los documentos esenciales que describen estas políticas, que fueron publicados en el 2000 y el 2002, plantean el problema de las desigualdades sanitarias en todos los niveles de trabajo del sector sanitario y constituyen un modelo (el Marco para reducir las desigualdades sanitarias) que describe el modo en que es posible orientar las acciones para reducir las desigualdades sanitarias. Nueva Zelanda ha tenido un desempeño particularmente satisfactorio en lo que respecta al seguimiento constante de las desigualdades y al informe de la situación de modos que propician la acción, lo que ha conseguido gracias a diversos métodos: haciendo especial

hincapié en el registro de los factores étnicos en el sector sanitario, comparando con regularidad las estadísticas censales con los registros de mortalidad y aplicando al contexto general un método para medir las privaciones en áreas pequeñas basada en el censo, el índice de privaciones de Nueva Zelanda. Estos métodos fomentaron el interés multisectorial por las desigualdades, facilitaron el debate acerca de las causas originales de las desigualdades en los círculos académicos y entre los encargados de formular políticas, y proporcionaron datos científicos a las instituciones de asistencia social a partir de los cuales pueden planificar programas y políticas encaminadas a subsanar las desigualdades sanitarias en cada uno de sus ámbitos de acción.

Fuente: WHO & PHAC, 2007

RECUADRO 10.8 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SANITARIO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA LONDINENSE

En el 2000, el Alcalde de Londres creó la Comisión Sanitaria como una agencia independiente en el marco de la ejecución de la primera estrategia sanitaria londinense. El objetivo general de la estrategia era reducir las desigualdades sanitarias en la capital y mejorar el estado de salud y bienestar de todos los londinenses sensibilizando acerca de las desigualdades sanitarias y promoviendo acciones concertadas para mejorar los determinantes de la salud en toda la ciudad. Esta comisión cumple con sus objetivos ejerciendo influencia en los principales políticos y profesionales sanitarios, brindando apoyo a la acción local y centrando todos sus esfuerzos en cuestiones prioritarias específicas mediante programas conjuntos. Además, se encarga de efectuar evaluaciones sobre el impacto sanitario de todas las principales estrategias reglamentarias de la Alcaldía y de algunas estrategias no reglamentarias. En general, el método de evaluación comprende los siguientes pasos:

Definir un grupo directivo.

Seleccionar y determinar el ámbito de acción de la estrategia preliminar.

Evaluar rápidamente los datos científicos.

Convocar a los interesados directos para que evalúen las políticas en un grupo de trabajo.

Informar de las recomendaciones al Alcalde.

Definir las estrategias finales en las que están plasmadas las recomendaciones.

Efectuar el seguimiento y la evaluación.

Publicar análisis de los datos científicos e informes redactados a partir de la EIS.

Una evaluación independiente demostró que la EIS efectuada por esta comisión representaba un aporte importante para las estrategias de la ciudad y que el trabajo de la comisión era rentable. La evaluación del impacto sanitario aumenta la sensibilización de los interesados directos respecto de las repercusiones que tienen las políticas más generales sobre la salud, lo que ha conducido a considerar de antemano el criterio sanitario en los procesos de elaboración de estrategias y ha ayudado a perfeccionar aún más los métodos y los instrumentos de evaluación del impacto y a ampliar la base de datos científicos que emplean.

Fuente: NHS, 200

EQUIDAD SANITARIA EN TODOS LOS SISTEMAS: ÁMBITO DE ACCIÓN 10.2

Crear un sector sanitario eficaz en materia de equidad sanitaria: adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud para todas las funciones normativas y programáticas del ministerio de la salud y reforzar su función de rectoría para que el gobierno en su conjunto pueda aplicar un enfoque basado en los determinantes sociales.

intersectorial. Han recurrido a los recursos en especie algunos sectores cuya provisión de fondos está condicionada a que aporten recursos no financieros (por ejemplo, personas, información, pericia, espacio físico y tecnología) para respaldar objetivos comunes. Los arreglos de intercambio de recursos en especie entre las organizaciones pueden aportar mayor flexibilidad de adaptación a las necesidades cambiantes de la labor intersectorial en las diferentes etapas de elaboración, ejecución y evaluación de las políticas.

Repercusiones de las políticas públicas sobre la equidad sanitaria

A fin de que sea posible determinar si las políticas públicas cumplen con los objetivos de mejorar la salud y la equidad sanitaria, es preciso que los distintos sectores de la administración pública establezcan objetivos a corto y mediano plazo e indicadores asociados que permitan valorar el progreso. Durante el proceso de elaboración de políticas, la evaluación de las posibles repercusiones que podrían tener sobre la equidad sanitaria a corto y largo plazo puede propiciar la incorporación de cambios en las políticas antes de su ejecución.

La Comisión recomienda que:

- 10.3. Se institucionalice la supervisión de los determinantes sociales y los indicadores de equidad sanitaria, y se empleen métodos para evaluar las repercusiones de todas las políticas públicas, incluido el presupuesto público, sobre la equidad sanitaria (véanse las Recomendaciones 12.1, 15.1, 16.2 y 16.7).**

Un sistema nacional de supervisión de la situación sanitaria que incorpore información regular acerca de los aspectos de la salud de la población y los determinantes sociales relacionados con la equidad puede constituir un mecanismo para incorporar el criterio de la equidad sanitaria en todas las políticas sanitarias y determinar su eficacia, pero también puede servir de instrumento para respaldar la acción multisectorial sobre los determinantes sociales de la salud (Recuadro 10.7) (véase también el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

La evaluación del impacto en la equidad sanitaria es un instrumento novedoso que permite aportar coherencia política en favor de la equidad sanitaria. Se emplea para evaluar las consecuencias que pueden tener las políticas sobre la equidad sanitaria, y los resultados

retroalimentan el proceso de toma de decisiones y también pueden emplearse para entablar un diálogo entre los ministerios pertinentes y los interesados directos (Douglas & Scott-Samuel 2001). El instrumento más utilizado en este momento, la evaluación del impacto sanitario (EIS), podría ser adaptado para evaluar la equidad sanitaria (Recuadro 10.8) (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación, para obtener información más detallada acerca de los modos en que se puede evaluar el impacto sobre la equidad sanitaria).

Acciones dentro del sector sanitario

En definitiva, las intervenciones que tienen el propósito de mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria exigen acciones en todas las instancias de la administración pública y de otros interesados esenciales. No obstante, el sector sanitario en sí mismo es un buen sitio para comenzar a fomentar el respaldo y crear las estructuras que alienten a actuar con este propósito. Y el ministro de la salud, con el apoyo del poder ejecutivo, debe interpretar un sólido papel rector en pro de la acción intersectorial encaminada a mejorar la salud y la equidad sanitaria, dedicando tiempo y asignando recursos financieros para dotar a los profesionales sanitarios de la pericia y la capacidad pertinentes, y creando sistemas de recompensa a los sectores que respalden el trabajo intersectorial.

La Comisión recomienda que:

- 10.4. El sector sanitario, encabezado por el ministro de la salud, amplíe sus políticas y programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención de salud a fin de que incorporen el criterio de los determinantes sociales de la salud (véase la Recomendación 9.1).**

Conocimientos prácticos y capacidad

La adopción del criterio de los determinantes sociales dentro del ministerio de la salud depende no sólo de la voluntad política sino de que este disponga de suficientes recursos financieros y humanos. Es probable que sea necesario mejorar la combinación de conocimientos teóricos y prácticos del personal asignado al programa debido a:

- La necesidad de diversificar y orientar el conjunto de intervenciones para satisfacer las necesidades específicas de los distintos grupos de población y tener en cuenta las circunstancias particulares de cada grupo.

RECUADRO 10.9 INSTRUMENTOS PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LA EFICACIA DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL: EL CASO DE CUBA

La evolución del sistema cubano de salud pública atravesó tres fases, cada una de las cuales hizo mayor énfasis en la colaboración intersectorial. En la década de 1960, los objetivos primordiales eran la medicina curativa y la ampliación del alcance de los servicios, enfoque que, en las décadas de 1970 y 1980, dio lugar a un mayor énfasis en la prevención, la reglamentación y los grupos de riesgo, época durante la cual el sistema recurrió con más frecuencia a comisiones intersectoriales de planificación y construyó policlínicas que ofrecían métodos terapéuticos holísticos. En la década de 1990, el objetivo primordial pasó a ser la salud familiar y comunitaria, y el sistema otorgó mayor importancia a la acción intersectorial a través de la creación de consejos sanitarios locales y la consagración de la acción intersectorial como uno de los principios centrales de los servicios de salud pública. Se crearon

programas de formación, que fueron llevados a la práctica para fortalecer las capacidades técnicas de colaboración intersectorial de los profesionales y los encargados de tomar decisiones dentro del ámbito de la salud pública. Un equipo de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) estuvo a cargo de una evaluación sistemática de las actividades intersectoriales, para cuya tarea emplearon una metodología y un cuestionario normalizados que abordaban un conjunto de aspectos básicos referentes a la acción intersectorial, entre los que se encontraban el nivel de conocimientos en materia de acción intersectorial que tenían los distintos agentes del sector sanitario y otros sectores, y la incorporación de la acción intersectorial en los objetivos estratégicos de los municipios y los consejos sanitarios municipales.

Fuente: WHO & PHAC, 2007

- El conjunto cada vez más amplio de medidas generales que son necesarias para influir en los determinantes sociales antes de que se manifiesten diferencias en las vulnerabilidades y los resultados sanitarios.
- Los requisitos de mantener la comunicación entre las políticas y el público, la coordinación entre programas y sectores, y la comprensión y la gestión de complejos procesos de cambio en materia social, económica y política.

Una relación más estrecha entre una diversidad de disciplinas complementarias, como la salud pública, la promoción de la salud, el urbanismo, la educación y las ciencias sociales, ayudarán a ampliar las formas conceptuales y prácticas de trabajo conjunto dentro del marco de determinantes sociales de la salud. Es necesario arbitrar los medios para que la educación formal y formación profesional incluyan todo el espectro de los determinantes sociales de la salud (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). El ejemplo de Cuba ilustra el modo en que la acción intersectorial fue impulsada poco a poco, incorporando métodos para ampliar los conocimientos prácticos como eje central de la acción intersectorial en materia sanitaria (Recuadro 10.9).

Respaldo financiero para la acción sobre los determinantes sociales de la salud

La asignación de recursos financieros suficientes para producir efectos comprobables es esencial para la aplicación exitosa del marco basado en los determinantes sociales de la salud en las políticas y programas del ministerio de la salud (véase el capítulo 11, Financiación equitativa). Según lo demuestran diferentes métodos empleados en algunos países para reunir dinero con el fin de financiar las actividades de promoción de la salud (IUHPE, 2007), los impuestos de afectación específica, por ejemplo sobre el tabaco, podrían representar una fuente continua de recursos financieros para solventar las acciones que emplean el marco de los determinantes sociales de la salud. Otra forma de garantizar los recursos consiste en asignar un determinado porcentaje de los fondos del seguro médico nacional. En apoyo a la generación y la asignación de recursos de ese modo, es preciso que el ministerio de la salud disponga de estructuras de incentivo, entre otras, la financiación y la asignación de reconocimientos a los distintos departamentos para aumentar la responsabilización respecto

de la cuestión de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, que garanticen que los programas del sector sanitario se ocupen de supervisar la repercusiones sobre la equidad.

Fortalecimiento institucional

La incorporación del criterio de equidad sanitaria en las instituciones, así como la ejecución y la gestión de todas las políticas y todos los sistemas y programas en torno a ese criterio, necesita, entre otros aspectos recomendados en otros apartados de este informe, conocimientos prácticos y capacidades de aplicación técnica sobre los determinantes sociales de la salud. Estos son conocimientos prácticos que no se imparten en las instituciones de formación en salud pública, administración ni política. En especial, la fuerza laboral del ministerio de la salud de muchos países carece de capacitación en áreas que son importantes para mejorar los determinantes sociales de la salud, tales como la epidemiología social, la planificación y la elaboración de políticas intersectoriales, y la supervisión y la evaluación relativas al sector sanitario y la acción intersectorial. Son pocos los países en los que el ministerio de la salud tiene experiencia en la elaboración de argumentos políticos y económicos en favor de las acciones sobre los determinantes sociales de la salud; en la creación de consenso y programas de acción común entre distintos sectores; y en la gestión de los intereses y los procesos en los distintos sectores. Si bien es posible impartir capacitación relativamente rápida acerca de los conocimientos prácticos básicos, los países necesitan mecanismos para institucionalizar la formación continua y fortalecer los nuevos conocimientos técnicos que son pertinentes a la cuestión de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria (CW, 2007).

La Comisión recomienda que:

- 10.5. La OMS respalde el fortalecimiento de los conocimientos y las capacidades de los ministerios nacionales de la salud para que puedan actuar dentro del marco de los determinantes sociales de la salud y adoptar una función de rectoría que garantice que todas las instancias de gobierno apoyen el marco de los determinantes sociales (véanse las Recomendaciones 15.3 y 16.8).**

RECUADRO 10.10 PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD AFECTADA: LAS PROSTITUTAS DE KOLKATA

A principios de la década de 1990, el Instituto Panindio de Higiene y Salud Pública inició un programa convencional de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en una zona de oferta de servicios sexuales del norte de Kolkata. El Proyecto Internacional contra el VIH/Sida de Sonagachi fue llevado a la práctica mediante una alianza intersectorial de la OMS, el Instituto, el Consejo Británico, varios ministerios y diversas ONG locales. Las prostitutas de la zona en que se puso en ejecución el proyecto eran pobres y vivían en condiciones de marginación. El proyecto rápidamente trascendió las modalidades tradicionales de tratamiento y educación y pasó a ocuparse de mejorar las condiciones sociales de estas mujeres. Entre las principales intervenciones realizadas en los primeros cinco años del proyecto estuvieron los servicios de vacunación y atención médica para los hijos de las prostitutas, las clases de alfabetización para las mujeres, la promoción del activismo político y la defensa de

causas, y los mecanismos de microcrédito y los programas culturales. Estas prostitutas crearon su propia organización (el Comité Durbar Mahila Samanwaya), a través de la cual lograron que mejorara el trato que recibían de las regentas de las casas de prostitución, los caseros de su vivienda de alquiler y las autoridades locales. En 1999, este Comité asumió la gestión del capítulo de Sonagachi del Proyecto Internacional contra el VIH/Sida y desde entonces ha llegado a incluir 40 zonas de oferta de servicios sexuales en toda la Bengala occidental, cuenta con 2000 miembros y ha establecido una cooperativa de crédito. El fuerte énfasis que hizo el proyecto en la salud laboral y en dotar de mayor control a las prostitutas sobre su cuerpo y sus condiciones de vida y de trabajo ha disminuido las tasas de transmisión del VIH y de enfermedades de transmisión sexual en relación con el resto del país.

Fuente: WHO & PHAC, 2007

La OMS es el organismo especializado de las Naciones Unidas que tiene el mandato de encabezar las acciones en favor de la salud y la equidad sanitaria en todo el mundo. Ha sido fundamental para la labor de la Comisión y será crucial para lograr la sostenibilidad de las medidas e intervenciones encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Parte de la responsabilidad de la OMS consiste en fortalecer la capacidad técnica y proporcionar conocimientos técnicos sobre los determinantes sociales de la salud dentro de cada Estado Miembro. La corriente de trabajo en los países emprendida por la Comisión y conducida por la OMS estuvo orientada a promover, demostrar y convertir el conocimiento en políticas efectivas y su ejecución con el objetivo de subsanar las desigualdades sanitarias determinadas por los factores sociales. La OMS definió un conjunto básico de gobiernos interesados de todas las regiones del mundo con los cuales trabajar a fin de construir los cimientos de los futuros cambios y determinar las nuevas formas en que pueda respaldar las acciones encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria dentro del contexto de planificación y fijación de políticas. Es crucial que la OMS aproveche lo realizado a nivel nacional apoyando a los países ya comprometidos con esta causa y fomentando la acción sobre los determinantes sociales y la equidad sanitaria en los países que adopten el compromiso de aquí en más (véase la parte 6).

El capítulo 16 (Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación) propone varias recomendaciones específicas para la OMS. Es fundamental, para que la acción intersectorial sea una realidad, que la OMS difunda los datos científicos y las enseñanzas que genere la Comisión en todos los países, y que los utilice para brindar apoyo a los ministerios de la salud a fin de que asuman una función de rectoría en los siguientes ámbitos:

1. En la defensa del marco adoptado y en el aumento de la visibilidad de las cuestiones de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.
2. En la creación de estructuras institucionales locales y nacionales que se comprometan a cumplir el programa de acción con miras a mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.
3. En la creación de un programa nacional de acción conexo.
4. En la creación de las competencias apropiadas en la fuerza laboral mediante programas de formación a corto y largo plazo.

La OMS ya ha comenzado a modificar su estructura organizacional a fin de brindar un mejor apoyo a los ministerios de la salud en sus esfuerzos por elaborar y llevar a la práctica políticas nacionales para mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Además de instalar centros de enlace regionales encargados de coordinar el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, las Oficinas Regionales comenzaron a trabajar con miras a ampliar la base de datos científicos, promover la creación de políticas y programas sobre los determinantes sociales de la salud, fomentar asociaciones entre los países y apoyar la acción intersectorial. Es necesario que haya coherencia entre las acciones estratégicas de las oficinas nacionales y regionales de la OMS a fin de promover la coherencia entre los distintos sectores de la administración pública de los Estados Miembros.

La Comisión creó la Red Experta sobre las afecciones prioritarias para la salud pública con base en la Sede de la OMS (véase el capítulo 9, Atención universal de salud). Esta Red Experta se ocupa de los programas de la OMS y las enfermedades con el propósito de ampliar las definiciones y las prácticas acerca de lo que constituyen acciones e intervenciones en materia de salud pública para que incluyan a los determinantes sociales, y acerca del modo en que se organizan los programas de salud pública. Las principales enseñanzas obtenidas a partir de la labor de esta Red Experta hacen hincapié en la necesidad de generar y dar a conocer los datos científicos que demuestren la relación entre la posición socioeconómica y los resultados sanitarios;

de abogar por un cambio en materia social y económica; de ampliar la base de datos científicos acerca de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias; y de defender enérgicamente los beneficios y la necesidad de poner en ejecución intervenciones sociales encaminadas a prevenir la alta prevalencia del VIH, el tabaquismo, la desnutrición, la diabetes, el alcoholismo, las relaciones sexuales peligrosas, la contaminación del aire de los entornos cerrados y los efectos intergeneracionales de la mortalidad de menores de 5 años. La OMS ahora tiene la obligación de transmitir a los ministerios de la salud de los Estados Miembros y otras instituciones mundiales las enseñanzas obtenidas a partir de la aplicación, en los programas centrados en los resultados sanitarios, de este innovador marco basado en los determinantes sociales de la salud.

El sector sanitario como un catalizador más allá del sector público

Un elemento central de la acción intersectorial consiste en aumentar la participación social en los procesos normativos (véase el capítulo 14, Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse). Los ministerios de la salud pueden actuar como catalizadores para comprometer con la cuestión de la equidad a personas e instituciones que son fundamentales y salir de su ámbito público específico con el fin de fomentar la participación de quienes se ven influidos por las políticas (Recuadro 10.10).

Aunque es necesaria la supervisión de las acciones de las más altas esferas públicas para fomentar y coordinar la acción intersectorial y garantizar la sostenibilidad, los gobiernos locales y la participación comunitaria son esenciales para que los resultados sean duraderos. La colaboración entre el gobierno y las ONG puede extender el alcance de las acciones y obtener resultados inmediatos (Recuadro 10.11). Hay muchos programas y marcos intersectoriales —como las iniciativas en pro de las ciudades sanas, los municipios sanos, las aldeas sanas y las islas sanas, que adoptan la perspectiva de los determinantes sociales frente a la salud y la equidad sanitaria— que es posible someter a un análisis con el propósito de determinar su aplicabilidad en diferentes contextos.

El sector privado tiene una gran responsabilidad tanto en lo que respecta a la inequidad sanitaria como a la solución de ese problema. El compromiso efectivo del sector privado con la causa de la equidad sanitaria es crucial y se describe más minuciosamente en los capítulos 7, 12 y 15 (Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; Responsabilidad del mercado; Una gobernanza mundial eficaz). Un ejemplo del reconocimiento mundial del papel que desempeña el sector privado respecto de la salud es la estrategia de la OMS sobre régimen alimentario y actividad física, que hizo un pedido específico a las empresas de que adoptaran una actitud más comprometida con la lucha contra las enfermedades derivadas del régimen alimentario y falta de actividad física. Un análisis de las prácticas de 25 de las empresas del sector alimentario más importantes del mundo efectuado por Lang y colaboradores (2006) revela que sólo cuatro aplicaban políticas sobre la publicidad de los alimentos y sólo seis, políticas específicas relacionadas con los niños.

Lograr que la equidad sanitaria sea un valor compartido por todos los sectores es una estrategia difícil desde el punto de vista político, pero es indispensable a nivel mundial. Las recomendaciones incluidas en este capítulo ilustran la necesidad de compromiso con la salud y la equidad sanitaria en el marco de los determinantes sociales desde las más altas instancias de gobierno. Es fundamental que tanto el sector sanitario como los demás sectores velen por que la naturaleza de sus políticas no tenga efectos negativos sobre la salud y la equidad sanitaria. Y la acción integrada, tanto dentro del gobierno como en consonancia con el sector privado y los organismos benéficos, es un elemento importante de todo enfoque concertado que se proponga mejorar la equidad sanitaria

RECUADRO 10.11 EL MOVIMIENTO GERBANGMAS DEL DISTRITO LUMAJANG DE INDONESIA: RENACIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DENTRO DEL NUEVO CONTEXTO ECONÓMICO DE INDONESIA

Siguiendo los principios de la atención primaria de salud expresados en la Declaración de Alma-Ata, en 1986 Indonesia instaló centros integrados de salud (posyandus). Si bien estos centros brindaban servicios a un número sorprendente de personas, ya que en el 2004 estaban en funcionamiento 254 154 posyandus, la calidad y el desempeño general eran variables y se habían deteriorado considerablemente. Uno de los motivos de este deterioro fue el abandono de los agentes sanitarios voluntarios a causa de la transición económica e ideológica, que se tradujo en una disminución de las actividades benéficas y del colectivismo.

Para resolver esta situación, la oficina sanitaria del distrito inició y condujo un mecanismo para coordinar intervenciones multisectoriales con el fin de revivir el desarrollo sanitario de la comunidad, para lo cual obtuvo apoyo de las más altas autoridades políticas del distrito y atrajo a sus filas a una ONG como asociada. En enero del 2005, el jefe distrital electo de Lumajang anunció la creación de GERBANGMAS como estrategia para otorgar mayor protagonismo a la comunidad, y el gobierno local asignó tres funciones a los posyandus: educar a la comunidad, promover su participación efectiva y brindar servicio comunitario.

Los equipos multisectoriales de las aldeas, en virtud de esta nueva estrategia, reciben una asignación del presupuesto general del gobierno local, que es equiparada por la comunidad y empleada para financiar actividades así como para ofrecer incentivos a los profesionales sanitarios. Para orientar la inversión y el desarrollo, se definieron 21 indicadores. Sólo alrededor de un tercio de éstos son indicadores sanitarios tradicionales, por ejemplo, el uso de planificación familiar. El resto está relacionado con los determinantes de la salud: reducción de la pobreza, alfabetismo, gestión de residuos, vivienda y movilización de los jóvenes y los ancianos. Una prueba del funcionamiento de los equipos de cada aldea es que hay 12 órganos sectoriales, entre los cuales se incluyen la pesquería, las obras públicas, el trabajo y la transmigración, la agricultura y los oficios religiosos, que contribuyen con el presupuesto que utiliza el equipo de la aldea. Todos los indicadores mostraron mejoras, tanto los relacionados directamente con el estado de salud como los determinantes sociales de la salud.

Fuente: PPHCKN, 2007c



CAPÍTULO 11

Financiación equitativa

“La equidad se complementa con la búsqueda de la prosperidad a largo plazo. Una mayor equidad contribuye por partida doble a la reducción de la pobreza. Suele favorecer el desarrollo global sostenido y brinda más oportunidades a los grupos más pobres de una sociedad.” Francois Bourguignon (2006)

LA RELACIÓN ENTRE LA FINANCIACIÓN EQUITATIVA Y LA EQUIDAD SANITARIA

En todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo económico, mejorar la protección social y la equidad sanitaria depende en gran medida de que se incrementen o reasignen los fondos públicos para financiar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, ya se trate del desarrollo infantil y la educación, las condiciones de vida y de trabajo o la atención sanitaria. Dentro de cada país, resulta fundamental obtener recursos financieros suficientes progresivamente, invertirlos de un modo proporcional en todos los determinantes sociales de la salud y asignarlos con un criterio de equidad entre todos los grupos de población y regiones. Dadas las serias limitaciones de financiación interna que aquejan a los países de bajos ingresos, es indispensable el aporte oficial de recursos financieros en concepto de ayuda y alivio de la deuda para hacer frente a las graves inequidades sanitarias que se observan en todo el mundo. En 1970, los países ricos se comprometieron a aportar el 0,7% de su PIB en asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Treinta y cinco años después, la asistencia sólo rondaba un promedio del 0,33%. Se calcula que la asistencia anual necesaria para las cuestiones sanitarias —es decir, la asistencia para el desarrollo destinada a la salud, definida como la asistencia asignada a actividades cuyo principal propósito es la salud— era de aproximadamente US\$ 27 000 millones en el 2007, sólo para financiar servicios de atención sanitaria básica encaminados a salvar vidas. En el 2005, la deuda externa total de los países en desarrollo era de US\$ 2,7 billones, y el servicio de la deuda ascendió a US\$ 513 000 millones ese año. Como sugiere Sachs, deberíamos “entender las leyes de hierro de la extrema pobreza [...] Un país del África subsahariana tiene un ingreso anual per cápita de quizá US\$ 350 [...] El gobierno quizá pueda movilizar el 15% de esos US\$ 350 en impuestos de la economía nacional, lo que genera un ingreso público total de algo más

de US\$ 50 por persona por año (y en muchos países, mucho menos). Además, hay que dividir esta diminuta suma entre todos los sectores de la administración pública: los poderes ejecutivo, legislativo y judicial; la policía; la defensa; la educación; etc.” (Sachs, 2007).

La importancia de las finanzas públicas

La equidad sanitaria depende de la oferta suficiente de recursos materiales y servicios, de condiciones de vida y trabajo que sean seguras y promuevan la salud; y de oportunidades de aprender, trabajar y entretenerse, así como del acceso equitativo a todas ellas. La oferta y el acceso equitativos, a su vez, exigen inversiones públicas y un volumen suficiente de financiación pública, y también, el control de los mercados en los sitios donde el suministro privado de los recursos y servicios puede ser un medio eficaz y efectivo de garantizar un acceso equitativo. Todo lo anterior implica que es necesario crear más formas de financiación pública que sean más equitativas. El acento en la financiación pública está relacionado con la importancia que tienen los bienes públicos en lo que respecta a las acciones para mejorar los determinantes sociales de la salud y la importancia de la inversión pública para llegar a todos los grupos socioeconómicos. Siempre se consideró que los gobiernos debían desempeñar una función activa en el suministro de los bienes públicos. Cuando el único responsable es el mercado, el suministro de estos bienes es insuficiente (GKN, 2007). Incluso en los lugares donde el sector privado efectúa un suministro eficaz y equitativo de bienes y servicios, es esencial garantizar la capacidad y la autoridad efectiva del gobierno en lo que respecta a la regulación del mercado (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado). Para que la acción nacional encaminada a mejorar los determinantes de la salud y la equidad sanitaria sea coherente, es preciso adoptar —y financiar— el principio “salud en todas las políticas” (Stahl et al., 2006; véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas).

Es necesario subsanar las desigualdades económicas en todos los países —incluida la desigualdad en términos de financiación pública— si se han de hacer progresos en pos del objetivo de la equidad sanitaria. La infraestructura y los servicios públicos universales desempeñaron una función crucial en el desarrollo a lo largo de la historia de los países

RECUADRO 11.1 CRECIMIENTO ECONÓMICO MUNDIAL Y DISTRIBUCIÓN EN FAVOR DE LOS POBRES

En los últimos años, se ha calculado que “por cada dólar estadounidense en que se reduce la pobreza [...] son necesarios US\$ 166 adicionales de producción y consumo a nivel mundial, lo que trae aparejados muchos problemas ecológicos que ejercen efectos negativos en particular sobre los más pobres. Además de las limitaciones al crecimiento mundial derivadas del cambio climático y las repercusiones desproporcionadamente negativas que tiene el cambio climático sobre los pobres, estos cálculos ponen en tela de juicio el concepto generalizado de que el mundo debe apuntar al crecimiento mundial como principal medio para reducir la

pobreza. Más que ocuparse del crecimiento, las políticas y el sistema económico del mundo deben centrar la atención, como primera medida, en cumplir con objetivos sociales y ecológicos”.

La Comisión no subestima el valor decisivo del crecimiento económico, pero sostiene que los modelos de crecimiento que no tienen en cuenta la distribución de los beneficios que se derivan de ese crecimiento pueden tener consecuencias ecológicas graves y escasos efectos sobre la pobreza.

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Woodward & Simms (2006b).

ricos de la actualidad (Szepter, 2004). No obstante, aún se observan considerables desigualdades en la financiación de los servicios públicos dentro de los distintos países. Sea que se trate de cuestiones como la atención de salud, la infraestructura de transporte o la protección social, los grupos y las regiones más necesitados son a menudo los que menos inversión pública reciben en términos proporcionales. La gran tendencia a privilegiar a la población urbana con la inversión pública se traduce en peores resultados sanitarios y un menor uso del servicio en los entornos rurales, en particular en los países de ingresos bajos y medianos.

Crecimiento económico y distribución de los beneficios

La idea de que el crecimiento económico por sí solo puede resolver el problema de la pobreza mundial ha sido cuestionada por muchos, en particular por Szepter (2004), Sachs (2005) y ONU-HÁBITAT (UN-HABITAT, 2006). Las propuestas alternativas sostienen que, para reducir la pobreza y mejorar la salud, es preciso distribuir con más equidad los recursos dentro de cada país y aumentar la ayuda financiera internacional, no sólo para cumplir con el imperativo ético de mitigar todo sufrimiento evitable, sino también para hacerlo en el lapso acordado expresamente por los gobiernos y plasmado en los ODM (KNUS, 2007). Los estudios realizados en América Latina muestran con claridad que incluso una redistribución mínima de los ingresos mediante imposición progresiva y programas sociales selectivos pueden reducir la pobreza en mucha mayor medida que muchos años de sólido crecimiento económico, debido a que la distribución del ingreso y la riqueza es sumamente desigual en la mayor parte de los países de la región (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006b) (Recuadro 11.1).

Renta interna

El ámbito interno e internacional de la financiación pública actual padece deficiencias serias, en particular para los países en desarrollo. Los países de bajos ingresos suelen tener instituciones y mecanismos poco eficaces para recaudar impuestos sobre la renta y la mayoría de la fuerza laboral trabaja en el sector no estructurado de la economía. Estos países dependen bastante más de los aranceles de importación como fuente de renta pública. La liberalización del comercio

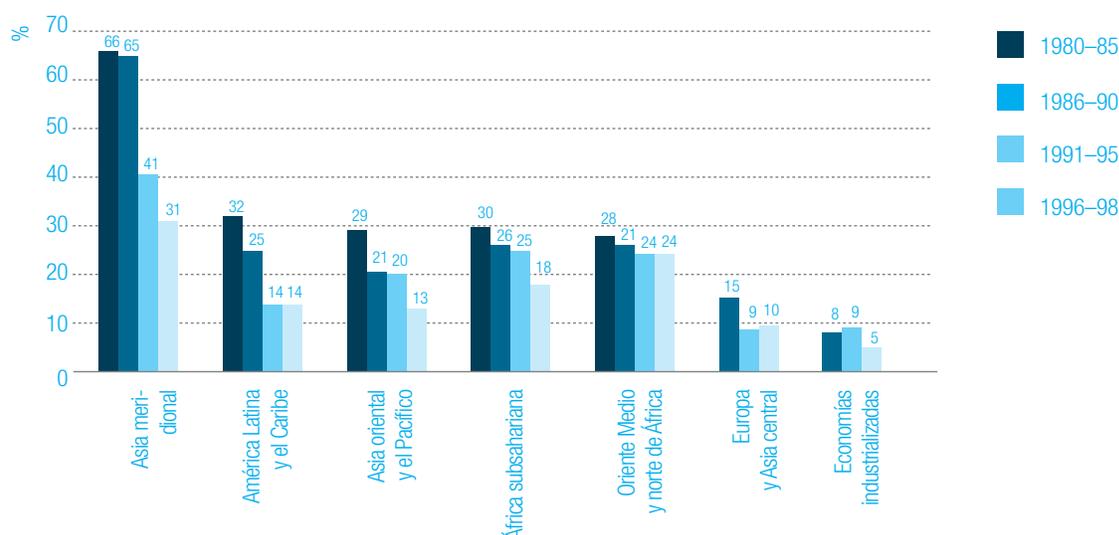
internacional ha reducido drásticamente la disponibilidad de esta renta fiscal desde la década de 1970 (GKN, 2007) (Figura 11.1).

Muchos países no lograron reemplazar estas pérdidas con otras fuentes de ingresos públicos ni impuestos. Como consecuencia, una gran parte de los países de bajos ingresos sufrieron una caída neta de la renta pública total (aunque en muchos de estos países la tendencia se ha detenido o revertido a partir de 1998). Los países de ingresos medianos están en una posición algo mejor pero, en general, la liberalización del comercio internacional disminuyó la capacidad de los gobiernos nacionales para sostener el gasto público asignado a la salud, la educación y otros sectores (Baunsgaard & Keen, 2005; Glenday, 2006). Los países de altos ingresos, que disponen de sistemas tributarios e infraestructuras públicas bien establecidos, lograron independizarse del ingreso proveniente de los aranceles de importación sin que ello les significara pérdidas importantes en términos de capacidad fiscal. No obstante, el creciente recrudescimiento de la competencia tributaria mundial (real o percibida) también ha tenido efectos negativos sobre la capacidad fiscal nacional, incluso en los países de altos ingresos (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005).

Ayuda y alivio de la deuda

El fortalecimiento de la financiación pública interna con miras a llevarla a niveles suficientes que permitan mejorar la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud será un proceso de mediano a largo plazo. En el plazo más corto, muchos países que carecen de recursos seguirán dependiendo de la financiación externa a través de ayuda y alivio de la deuda. Los datos científicos actuales indican con claridad que la financiación en forma de ayuda puede promover el crecimiento económico general en los países receptores (McGillivray et al., 2005) y contribuir de un modo más directo a mejorar la salud (Mishra & Newhouse, 2007). No obstante, el volumen total de la ayuda es extremadamente bajo en relación con el grado de necesidad y, en el caso de la mayoría de los donantes, es muy inferior al 0,7% del PIB asumido como compromiso por los países de la OCDE en 1969. Los donantes continúan adoptando una postura ambivalente acerca del valor de la ayuda, ya que siguen sin cumplir con el compromiso de dedicar el 0,7% del PIB y es constante la diferencia

Figura 11.1 Proporción de la renta total proveniente de los aranceles aduaneros por región, 1980-1998.



Fuente: GKN, 2007

entre los fondos comprometidos y los que realmente desembolsan: en el 2005, sólo llegó a destino el 70% de la ayuda prometida. Una parte considerable de la ayuda sigue sujeta a los intereses de los países donantes en materia comercial y de seguridad, en tanto que hay pruebas de que las asignaciones de los donantes obedecen a sus propios intereses geoestratégicos en la misma medida —si no en mayor medida— que las condiciones mundiales de necesidad (Recuadro 11.2).

Por otra parte, se observa un fenómeno que podría denominarse “déficit de la confianza” entre los donantes y los receptores, que genera la imposición de diversas condiciones onerosas a la ayuda, las que a su vez suben el costo de las transacciones para la burocracia de los países receptores, que suele ser débil, y limitan su libertad de definir prioridades en materia de desarrollo y financiación. El efecto final es un cambio periódico de dirección de los capitales destinados a la ayuda, de carácter punitivo, que crea volatilidad (Figura 11.2, Recuadro 11.3), lo que termina perjudicando a la situación sanitaria (Bokhari, Gottret & Gai, 2005).

Asistencia para el desarrollo destinada a la salud

La parte de la ayuda internacional total asignada a las acciones en materia de salud suele estar limitada a financiar acciones dentro del sector sanitario. Gran parte de la ayuda queda restringida a un grupo de intervenciones definidas en términos estrictos, que privilegia el tratamiento de las enfermedades a la inversión en medidas de prevención. Un buen ejemplo de esta cuestión es la gran asignación financiera (US\$ 15000 millones) que reciben las acciones de lucha contra el VIH y el sida en el marco del Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos de América) para el Alivio del Sida (PEPFAR) (Figura 11.3, Recuadro 11.4).

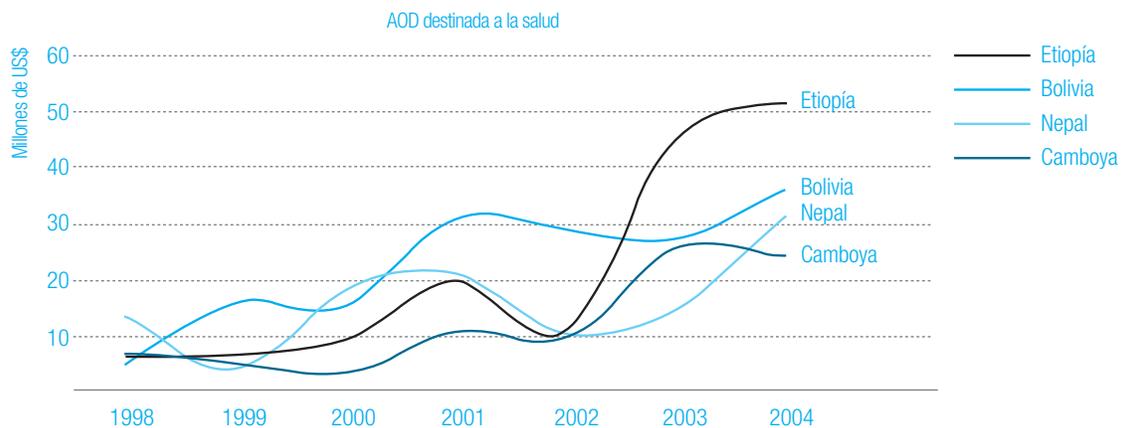
Entretanto, la considerable carga que supone el saldo de la deuda, parte de la cual es indudablemente “odiosa”, continúa atrayendo recursos públicos que deberían estar destinados a inversiones en pro del desarrollo. Las crisis de la deuda que sufrieron los países en desarrollo fueron producto de los aumentos del precio del petróleo; la mala evaluación de las necesidades y el esquema de los préstamos (desde el lado del acreedor y del deudor) y el gran porcentaje de

RECUADRO 11.2 AYUDA MUNDIAL Y NECESIDAD MUNDIAL

Más del 60% del aumento total de la AOD entre el 2001 y el 2004 estuvo destinada a Afganistán, la República Democrática del Congo e Irak, pese a que estos tres países representan menos del 3% de los pobres del mundo en desarrollo. Gran

parte del aumento de la AOD registrado en el 2005 fue producto del alivio de la deuda con que se benefició a Irak y Nigeria.

Figura 11.2 Desembolsos en concepto de asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud en algunos países.



Reimpreso con autorización del autor, extraído de World Bank (2006a).

RECUADRO 11.3 VOLATILIDAD DE LA AYUDA

Pese a que la ayuda destinada a la salud estuvo aumentando en los últimos años, la volatilidad de la ayuda no sólo disminuye la capacidad de los gobiernos receptores para planificar el gasto público sino que tiene un efecto negativo directo sobre los resultados sanitarios. Un análisis econométrico de la mortalidad en la infancia correspondiente a 75 países en desarrollo entre 1995 y el 2000 revela que “tanto

el bajo volumen [de la ayuda] como la gran volatilidad de la financiación de los donantes destinada a la salud explican el progreso relativamente lento que han hecho algunos países en lo que respecta a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años”.

Fuente: Bokhari, Gottret & Gai, 2005

desvío de los fondos recibidos en préstamo; el empeoramiento de las condiciones de devolución de los préstamos; y la caída de los precios de los productos exportados por los países endeudados y de la demanda de dichos productos por parte del mundo desarrollado. En los países más castigados por esta situación, los países pobres muy endeudados (PPME), la deuda externa registró un aumento cuantioso en el transcurso de los últimos cuatro decenios, mientras que el ingreso per cápita se estancó. La deuda guarda una relación negativa con el gasto destinado al sector social y, en particular, tiene efectos adversos sobre la inversión pública en bienes no salariales como la infraestructura (GKN, 2007).

El alivio de la deuda, aunque es una estrategia prometedora, sigue estando limitada en gran parte a los PPME que reúnen las condiciones, lo que deja a otros países carentes de recursos fuera de la posibilidad de acceder a ese beneficio sin justificativo alguno. En cualquier caso, se trata de un proceso lento que impone onerosas condiciones —al igual que la ayuda— que limitan la capacidad nacional para destinar partidas presupuestarias al sector social que tanto las necesita (Recuadro 11.5). Las cifras correspondientes a los 35 de los 40 PPME ubicados en el África subsahariana ponen en evidencia el problema elemental: si bien estos países recibieron US\$ 294 000 millones en concepto de préstamos y devolvieron US\$ 268 000 millones entre 1970 y el 2002, alrededor del 2004, el saldo de la deuda ascendía a US\$ 210 000 millones (UNCTAD, 2004).

Además de la ayuda y el alivio de la deuda, la comunidad internacional puede fomentar las condiciones que propician el crecimiento y el fortalecimiento de las finanzas internas de estos países tomando diversos caminos: por ejemplo, celebrando acuerdos mundiales más claros y poniendo en ejecución medidas e intervenciones mundiales más eficaces con miras a extender la seguridad hasta los países que están en riesgo de conflicto; ampliando el control sobre la extracción y el

comercio de los recursos naturales; imponiendo normas internacionales más rigurosas en lo concerniente a las relaciones comerciales entre los países ricos y sus socios comerciales de ingresos bajos y medianos; y apoyando la celebración de acuerdos comerciales preferenciales que prevean la protección de los países que intentan crear capacidad para ingresar en el mercado mundial en condiciones realmente competitivas (Collier, 2006).

MEDIDAS PARA LOGRAR UNA FINANCIACIÓN EQUITATIVA

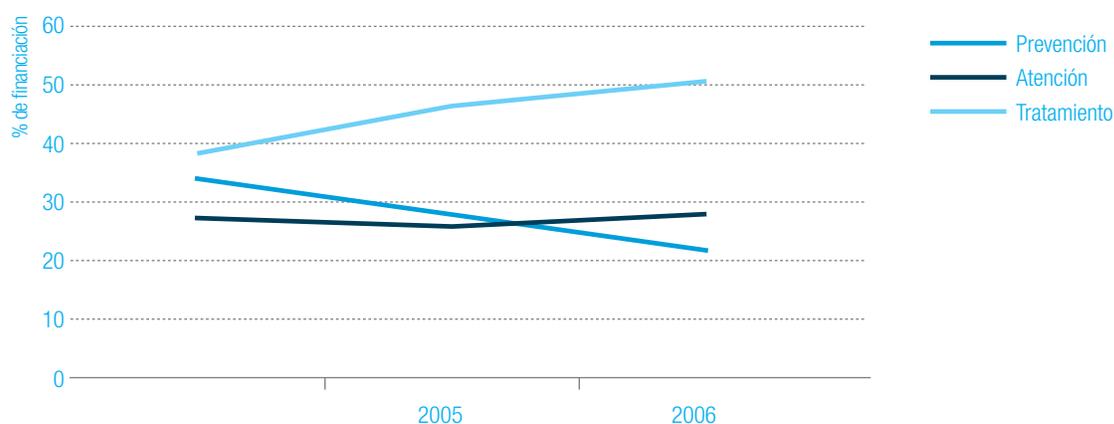
La Comisión recomienda que:

11.1 Los donantes, los organismos multilaterales y los Estados Miembros creen y fomenten la capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo (véanse las Recomendaciones 8.1, 8.3, 9.2 y 10.2).

Régimen impositivo progresivo

A fin de aumentar la renta interna para lograr una financiación pública equitativa, es necesario crear un sistema de imposición progresiva más sólido, lo que implica consolidar el sistema tributario y reforzar los recursos conexos, en particular creando capacidad institucional en los países de bajos ingresos (Recuadro 11.6). El sistema tributario debe privilegiar la imposición directa, es decir, impuestos sobre los ingresos o la propiedad, en lugar de recurrir a la imposición indirecta, como son los impuestos sobre la actividad económica o las ventas¹⁰. Los regímenes tributarios vigentes en Asia oriental entre 1970 y 1999 daban suma prioridad a los impuestos directos y menos importancia a otros tipos de imposición, mientras que los del África subsahariana dependían principalmente de los impuestos indirectos sobre las

Figura 11.3 Cambios en la asignación del gasto en el marco del Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del sida, 2004-2006.



Fuente: USAID, 2006

FINANCIACIÓN EQUITATIVA: ÁMBITO DE ACCIÓN 11.1

Fortalecer la financiación pública en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud .

¹⁰ En relación con el régimen impositivo y las empresas transnacionales, las medidas para reducir la fuga de capitales y la evasión impositiva fijando precios de transferencia quizá sean al menos tan importantes como reducir los incentivos impositivos que fomentan la inversión en las zonas de elaboración de productos de exportación (GKN, 2007).

ventas y la actividad económica (Figura 11.4). Pese a la influencia de otros factores, Asia oriental experimentó un gran crecimiento y grandes mejoras en cuanto a la salud en el transcurso de ese período, mientras que el África subsahariana fue víctima de estancamiento de la economía y, en algunos casos, de deterioro.

Muchos países, en los que el sistema tributario es relativamente deficiente y son altos los índices de trabajo no estructurado, que complican la recaudación, siempre dependieron de los ingresos provenientes de la imposición indirecta, como los aranceles de aduana, para sustentar el gasto público. Los países de ingresos altos y medianos no deberían exigir más reducciones arancelarias en las negociaciones comerciales bilaterales, regionales y mundiales con los países de ingresos bajos que siguen dependiendo de estos aranceles como fuente de ingresos públicos. Y los países de ingresos bajos deberían ser muy cautelosos en conceder una reducción arancelaria antes de crear o mejorar otras fuentes de ingresos. Es preciso brindar asistencia y apoyo técnico específicos para ayudar a estos países a que, en el largo plazo, puedan aplicar un sistema de imposición directa. Son necesarias iniciativas multilaterales no sólo para reducir los resultados adversos que ha tenido la liberalización del mercado financiero y del comercio internacional sobre los recursos fiscales nacionales, sino también para fomentar un marco mundial obligatorio encaminado a reducir la evasión impositiva y la fuga de capitales en el plano internacional (Recuadro 11.7).

Las medidas para combatir el uso de centros financieros extraterritoriales con el fin de evadir los regímenes tributarios nacionales proporcionarían recursos para potenciar el desarrollo de magnitudes al menos similares a los que pueden proporcionar nuevos impuestos. En este sentido, se calcula que estos centros extraterritoriales que permiten evadir impuestos significan, para los países en desarrollo, una pérdida anual de US\$ 50 000 millones en la recaudación (Oxfam Great Britain, 2000). El valor de los activos (personales) mantenidos en cuentas en el extranjero supuestamente ronda entre US\$ 8 billones y US\$ 11,5 billones, excluidos los bienes inmuebles (Tax Justice Network, 2005). Las pérdidas que genera esta evasión impositiva ascienden por lo menos a US\$ 160 000 millones por año, es decir, aproximadamente el valor estimado del volumen de asistencia para el desarrollo que se considera necesario para la consecución de los ODM (Tax Justice Network, 2005). Si se refrenara esta evasión impositiva, aumentaría la capacidad fiscal en los países ricos y

pobres por igual, y disminuirían las desigualdades económicas, ya que la mayoría de las oportunidades en este ámbito sólo resultan accesibles para los ricos.

La Comisión recomienda que:

11.2 Se creen nuevos métodos de financiación pública a nivel nacional y mundial, que incluyan impuestos especiales afectados a la financiación del sector sanitario y opciones de impuestos mundiales (véanse las Recomendaciones 9.2 y 10.2).

Hay otras opciones para fortalecer las finanzas públicas, que se emplean en los países de ingresos bajos, medianos y altos, pero que quizá sean particularmente relevantes en lo que respecta a la capacidad inmediata de generar más recursos financieros en los entornos de bajos ingresos. Varios países incorporaron o están considerando incorporar nuevos impuestos específicos para financiar al sector sanitario: la carga impositiva del 2,5% al valor añadido de Ghana; el impuesto sobre el patrimonio personal y la renta afectado a la lucha contra el VIH y el sida en Zimbabwe; y los impuestos sobre el tabaco y las bebidas alcohólicas en Tailandia (HSKN, 2007). En la actualidad, la recaudación tributaria de Sudáfrica es más eficaz, y la reforma fiscal de Bolivia acrecentó seis veces la renta pública en la década de 1980 (Wagstaff, 2007).

Los impuestos en un mundo globalizado

La creciente globalización de las actividades económicas —de las cuales los paraísos fiscales extraterritoriales son un ejemplo— proporciona un sólido argumento en favor de la creación de un sistema tributario mundial, en particular teniendo en cuenta los intereses interdependientes y la suma importancia que revisten los bienes públicos mundiales para mejorar la salud de la población de todo el mundo. Varios países ya aplican un impuesto sobre los pasajes de avión, cuya recaudación está destinada específicamente a la adquisición de medicamentos para tratar el VIH y el sida, la tuberculosis y el paludismo, y a respaldar el sistema sanitario de los países pobres (Farley, 2006; Ministries of the Economy, 2006). El economista James Tobin fue el primero en proponer un impuesto sobre las transacciones financieras en divisas para reducir la inestabilidad financiera (impuesto de Tobin). Este impuesto —al igual que algunos similares— fue luego considerado una de las muchas fuentes posibles de renta pública para financiar los sistemas sanitarios en los países de ingresos bajos y medianos, lo que significa

RECUADRO 11.4 AYUDA CONTRA EL VIH Y EL SIDA

Un desglose de las partidas asignadas al plan PEPFAR entre el 2004 y el 2006 no sólo revela que el programa destina mayores fondos a las intervenciones terapéuticas que a las medidas de prevención, sino también que cada vez es menor el volumen asignado a las acciones de prevención, las que, en el 2004, recibían más de un tercio del presupuesto y, dos años después, menos de un cuarto. Este plan constituye una de las iniciativas de financiación sanitaria internacional con un

propósito específico de mayor envergadura de los últimos 20 años. Si bien aporta mucho dinero, pone de manifiesto una preocupante irregularidad entre la retórica de los donantes y la realidad de las acciones de esos mismos donantes, que continúan priorizando las intervenciones médicas y curativas, sobre todo en los países donde ese enfoque cumple con los requisitos del programa nacional de acción.

FINANCIACIÓN EQUITATIVA: ÁMBITO DE ACCIÓN 11.2

Incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios con arreglo a un marco de acción basado en los determinantes sociales de la salud.

un acercamiento a la corriente principal de pensamiento en materia de políticas para fomentar el desarrollo (Gottret & Schieber, 2006). Una estimación indica que un impuesto de esas características a una tasa bajísima (0,02%) recaudaría de US\$ 17 000 a 35 000 millones por año y, según algunas publicaciones, la recaudación podría ser aun mayor (Nissanke, 2003).

Una alternativa al impuesto de Tobin es el impuesto a las transacciones financieras, creado como un “tributo solidario” con el propósito específico de generar nuevos fondos públicos internacionales para promover el desarrollo (Hillman et al., 2006). Este impuesto podría aplicarse de un modo unilateral en los países o las uniones monetarias. Se calcula que podría

RECUADRO 11.5 ALIVIO DE LA DEUDA Y GASTO SOCIAL

Nepal destina más fondos al pago de la deuda que a la educación y sólo tiene un maestro cada 180 niños. Es probable que se retrase el alivio de la deuda a causa de las condiciones impuestas por los acreedores. Chad destinó US\$ 66 millones al pago del servicio de la deuda en el 2006 y es uno de muchos países que cobra un arancel escolar. Sólo un tercio de las niñas de Chad concurre a la escuela. Para que todos los niños y las niñas del mundo concurren a la escuela, son necesarios US\$ 17 000 millones más por año. En el 2005, los países en desarrollo en conjunto gastaron 30 veces esta cifra para pagar el servicio de la deuda. El Banco Mundial y el FMI consideran que la deuda de Kenya es “tolerable”, por lo que ese país no reúne las condiciones para ser beneficiado con el alivio de la deuda. Los últimos dos

presupuestos públicos de Kenya asignaban US\$ 350 millones más al pago de deudas que a la educación. Más de un millón de niños kenianos no concurren a la escuela primaria. Varios estudios demuestran los efectos positivos del alivio de la deuda sobre los servicios sociales y, en su mayoría, coinciden en que la educación es el campo que más se beneficia. Después de recibir alivio de la deuda, Malawi, la República Unida de Tanzania y Uganda eliminaron los aranceles de la escuela primaria, medida que redundó en un aumento de la matrícula de más de un millón de niños en cada país. El alivio de la deuda sirvió para formar a 4 000 maestros por año en Malawi y para pagar el salario de 5 000 maestros comunitarios en Mali.

Fuente: Jubilee Debt Campaign, 2007

RECUADRO 11.6 FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS TRIBUTARIOS NACIONALES E IMPULSO A LA CREACIÓN DE UN SISTEMA INTERNACIONAL

Crear sistemas tributarios justos y eficaces. Una condición sine qua non para fortalecer la renta pública consiste en imponer un sistema tributario de base amplia. El sistema tributario debe basarse de la capacidad de pago, de modo que los impuestos que deban pagar las personas ricas, los grandes terratenientes y las empresas privadas sean acordes a su patrimonio. El Estado debe hacer uso de las políticas fiscales para reducir las disparidades en términos de ingresos y distribución de la riqueza.

Robustecer al fisco y a las instituciones de administración financiera. En muchos países, es preciso crear una administración fiscal o, al menos, robustecerla, lo que entraña concebir un marco normativo, contratar al personal necesario y adquirir infraestructura técnica.

Aplicar imposición efectiva a las empresas transnacionales. Un elemento esencial de todo sistema tributario eficaz es la imposición efectiva de las empresas transnacionales. A este respecto, son contraproducentes las moratorias fiscales y los incentivos tributarios para los inversores transnacionales de las zonas de elaboración de productos de exportación.

Redactar normas vinculantes sobre la transparencia de los flujos de pago. Los impuestos y los derechos de explotación aplicados a las inversiones extranjeras en las industrias extractivas como la del petróleo, el gas natural y la minería son sumamente importantes para los países ricos en recursos [...] pero es frecuente que no sean declarados por los gobiernos o las empresas implicadas. Por lo tanto, todas las empresas

que cotizan en bolsa deben tener la obligación de declarar los impuestos, los derechos de explotación, las tasas y otras transacciones con el Estado y las entidades del sector público de todos los países en los que operen.

Combatir la corrupción y el soborno. Es necesario aplicar normas y procedimientos más severos tanto en los países afectados como en el plano internacional. Es fundamental que todos los países ratifiquen y se comprometan a poner en ejecución lo antes posible la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, que entró en vigor en diciembre del 2005.

Fortalecer la cooperación internacional en cuestiones tributarias. Si las reformas tributarias nacionales han de ser eficaces, es de importancia fundamental mejorar la cooperación entre los gobiernos en la esfera internacional. Una política tributaria [internacional] mejor coordinada beneficiaría a la mayoría de los países (a excepción de algunos de los paraísos fiscales más hostiles). Hasta ahora, empero, no existe ningún foro intergubernamental que se ocupe de las cuestiones tributarias. Hace años que se vienen haciendo llamamientos por la creación de una organización tributaria internacional que colme esta laguna de la gobernanza mundial. Una organización con tales incumbencias debería estar auspiciada por las Naciones Unidas.

Reimpreso con autorización de la editorial, de Martens (2007).

recaudar US\$ 2070 millones por año si lo instituyera el Reino Unido, US\$ 170 millones si lo instituyera Noruega y US\$ 4300 millones si lo instituyera toda la zona del euro (Hillman et al., 2006). Si bien es prudente acerca de los méritos de un impuesto sobre las transacciones financieras, el Grupo de Alto Nivel de Financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas (Zedillo et al., 2001) recalca la necesidad de generar nuevas fuentes de financiación para el desarrollo y propuso crear una organización tributaria internacional para restringir la competencia tributaria y la evasión impositiva. Cualesquiera sean los méritos de cada propuesta, la opinión general es que sería factible y apropiado gravar las transacciones financieras con miras a recaudar fondos para invertir en el desarrollo. Como en el caso de la condonación de la deuda, si alguna de estas nuevas iniciativas de recaudación ha de ser eficaz, es preciso que realmente sea complementaria a la financiación existente en pro del desarrollo, y no que reemplace los métodos actuales de recaudación.

La Comisión recomienda que:

11.3 Los países donantes cumplan con los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB, amplíen la iniciativa multilateral de alivio de la carga de la deuda y coordinen el uso de los fondos dentro de un marco basado en los determinantes sociales de la salud (véanse las Recomendaciones 13.6 y 15.2).

Las críticas de que fue objeto la relación entre la ayuda y el crecimiento económico de los países receptores derivaron en una disminución de la AOD, principalmente en la década de 1990 (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterly, 2006; Quartey,

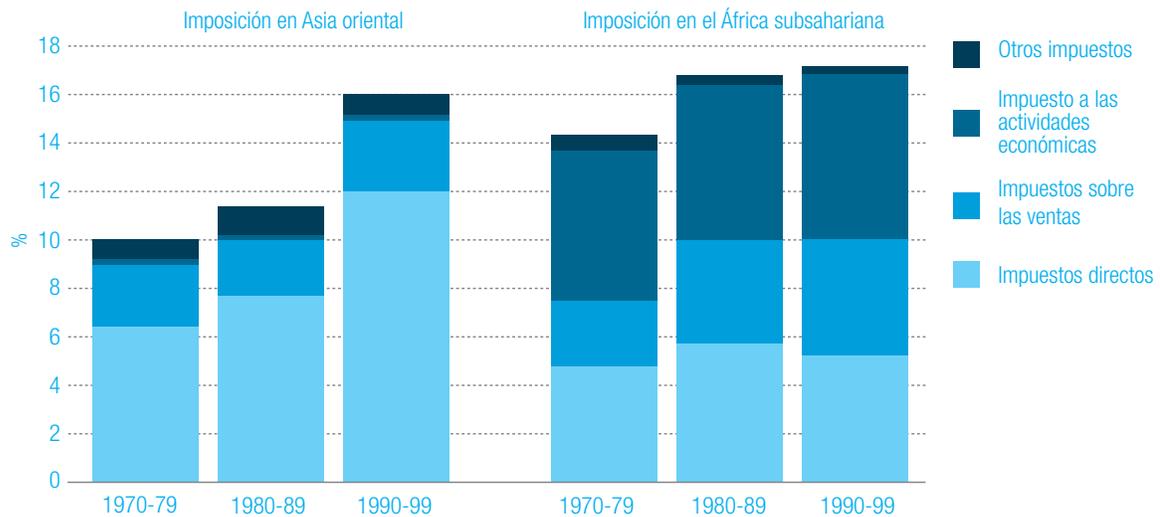
2005; Rajan & Subramanian, 2005; Schneider, 2005; Svensson, 2000). Un nuevo análisis de los datos empíricos —en parte, gracias a la obtención de mejores datos— demuestra una relación más positiva entre la AOD y el crecimiento (GKN 2007). Todos los metanálisis revelan una asociación positiva en decenas de distintos estudios empíricos (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005). Collier y Dollar (2000) calculan que la ayuda logra mantener fuera de la pobreza absoluta a alrededor de 30 millones de personas por año. Si bien la Comisión está de acuerdo con que la asistencia propicie el crecimiento económico, es preciso insistir en que, sobre todo, contribuya a satisfacer las necesidades sanitarias básicas.

Asistencia para el desarrollo destinada a la salud

La asistencia para el desarrollo destinada a la salud —para ser precisos, la que tiene como principal destinatario al sector sanitario— ha registrado un aumento notable en los últimos años (Figura 11.5). No obstante, en total, sigue siendo demasiado baja para financiar todos los servicios de atención sanitaria que son necesarios. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud calculó que era preciso aumentar la ayuda destinada a la salud hasta alrededor US\$ 34 anuales por habitante en el 2007, y aumentarla nuevamente hasta US\$ 38 por habitante en el 2015 (aunque en los últimos tiempos el cálculo era cercano a los US\$ 40 por persona) para “dispensar tratamiento y atención esenciales” (CMH, 2001).

No cabe duda de que es necesario aumentar el volumen total de la asistencia al desarrollo destinada a la salud. Sin embargo, más allá de la ayuda asignada a financiar las intervenciones sanitarias básicas, la Comisión exhorta a los países donantes y a los receptores a que adopten un marco de acción más integral basado en los determinantes sociales de la salud para aumentar el volumen de la ayuda total,

Figura 11.4 Imposición en Asia oriental (izquierda) y el África subsahariana (derecha) en los períodos 1970-1979, 1980-1989 y 1990-1999.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Cobham (2005).

FINANCIACIÓN EQUITATIVA: ÁMBITO DE ACCIÓN 11.3

Asignar los recursos públicos con equidad en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

mejorar la coordinación de las contribuciones y armonizar el gasto de la ayuda con planes de desarrollo más amplios en los países receptores, con arreglo a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo efectuada en el 2005.

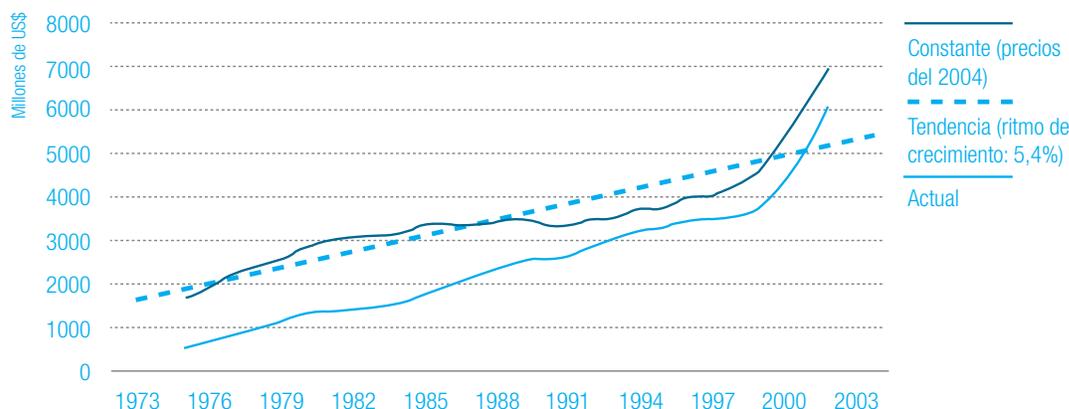
Ayuda enmarcada dentro del contexto de los determinantes sociales de la salud

Es posible mejorar la coordinación y la armonización de la ayuda haciendo mayor hincapié en la creación de fondos mundiales agrupados que sean administrados de un modo multilateral y regulados con transparencia. Las condiciones exigidas a los receptores y el destino de las donaciones se determinarían en función de las necesidades y los objetivos de desarrollo acordados (en términos generales, siguiendo los principales elementos del marco basado en los determinantes sociales de la salud) con miras a mantener una estabilidad en los aportes

donados y los montos recibidos por los receptores a lo largo de varios años. Puede parecer poco realista proponer una nueva institución multilateral que se encargue de administrar un sistema más coherente, amplio y confiable de ayuda mundial, pero el ejemplo del Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización (Recuadro 11.8), así como los procesos de reforma de las Naciones Unidas, indica que tales innovaciones no sólo son viables sino necesarias (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

En un plazo más inmediato, es preciso disminuir la proporción de la ayuda vinculada —por ejemplo, a los intereses comerciales de los donantes— y aumentar cuantiosamente la proporción destinada a financiar el presupuesto general (Recuadro 11.9). Hace tiempo que los donantes tomaron conciencia de la naturaleza multisectorial de la salud y el imperativo de actuar no sólo con miras a modificar las causas inmediatas de las enfermedades y la inequidad sanitaria

Figura 11.5 Asistencia para el desarrollo destinada a la salud en el período 1973-2004: promedio móvil de 5 años, compromisos.



Reimpreso con autorización del autor, extraído de DAC (2005).

RECUADRO 11.7 COMPETENCIA TRIBUTARIA Y “TERMITAS FISCALES”

La globalización limita las posibilidades de los gobiernos de recaudar impuestos dado que permite a las empresas y los individuos adinerados reducir al mínimo las obligaciones tributarias trasladando los activos, las transacciones e incluso su propia ubicación desde jurisdicciones que cobran altos impuestos a otras que imponen una baja carga tributaria. El ex Jefe del Departamento de Finanzas Públicas del FMI describió algunas “termitas fiscales” que disminuyen la capacidad fiscal de la gestión pública de los países ricos y los pobres por igual, entre las que incluye a la hipermovilidad del capital financiero y de los individuos que perciben altos ingresos y cuentan con habilidades muy demandadas por los mercados, ya que “las altas tasas impuestas sobre el capital financiero de los individuos sumamente móviles ofrecen grandes incentivos a los contribuyentes para trasladar el capital hacia jurisdicciones extranjeras que gravan con menor severidad o para adoptar la residencia en los países que imponen una baja carga

tributaria”. Una termita no definida en este informe, que genera una preocupación creciente, surge de la importancia cada vez mayor del comercio intraempresarial entre los componentes de las empresas transnacionales que, según algunos cálculos, ascendía a un tercio del comercio mundial total a fines de la década de 1990. Este mecanismo ofrece múltiples oportunidades a las empresas para reducir sus obligaciones tributarias fijando precios de transferencia (fijando los precios de bienes y servicios entre las empresas integrantes de una misma organización, lo que permite efectuar una declaración falsa acerca de la cifra de negocios en los entornos de gran carga tributaria). Un cálculo reciente indica que esa maniobra representó una salida de capitales de más de US\$ 31 000 millones desde África a los Estados Unidos de América entre 1996 y el 2005.

Fuente: GKN, 2007

sino los determinantes más generales. Sin embargo, más allá de la retórica, las iniciativas de los donantes en cuanto a la ayuda en general y en particular la destinada a la salud siguen siendo muy tecnocráticas y específicas para el sector (Sachs, 2004). Los beneficios que aporta la asistencia destinada al presupuesto general se derivan de que este tipo de ayuda es la forma “más pura” de apoyar a todo el sector público del país receptor. La condición que se debe imponer a toda recomendación de aumentar el apoyo al presupuesto general —a fin de reducir el riesgo de que la ayuda se aleje de su destino original, que son las actividades relacionadas con la cuestión sanitaria— es que el dinero esté vinculado a programas de acción específicos sobre los determinantes sociales de la salud, y que los receptores cumplan con la rendición de cuentas respecto de esos programas.

Los DELP probablemente constituyan el principal marco organizador del gasto para el desarrollo en el contexto del Servicio para el crecimiento y la lucha contra la pobreza del FMI. Se supone que los DELP promueven el consenso nacional acerca de las necesidades de

desarrollo y la coherencia en la planificación en pro del desarrollo. Así, representan una oportunidad real de mejorar la coordinación y la armonización de la ayuda mediante un marco de inversiones sectoriales muy similar al basado en los determinantes sociales de la salud.

No obstante, los criterios para procesar y evaluar los DELP —en particular, la prioridad que dan a los controles macroeconómicos— han tenido un efecto adverso sobre el lugar y el gasto público asignados en las políticas nacionales a, por ejemplo, la educación y la atención de salud, incluso en los casos que contaron con fondos de asistencia para el desarrollo con esos fines (Ambrose, 2006; Ooms & Schrecker, 2005). Aunque el FMI no impone límites explícitos sobre el gasto en salud, las políticas y los objetivos generales —en parte formuladas mediante el marco de gastos a mediano plazo que exigen los DELP— restringen los recursos asignables a la atención de salud y al personal sanitario, por lo que los ministerios de la salud encuentran dificultades para influir en el proceso de definición del presupuesto (Wood, 2006).

RECUADRO 11.8 EL MECANISMO INTERNACIONAL DE FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN

El Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización es una nueva entidad multilateral que financia el desarrollo y está respaldado por donantes soberanos (en la actualidad, los gobiernos de España, Francia, Italia, Noruega, el Reino Unido, Sudáfrica y Suecia). El presidente Lula del Brasil también prometió el apoyo de su país. El Banco Mundial es el encargado de la tesorería de esta entidad, cuya base financiera se compone de obligaciones de pago jurídicamente vinculantes de los donantes soberanos. La intención es que la entidad solicite fondos en préstamo para gastos de ejecución en los mercados internacionales de capitales en el transcurso de los próximos 10 años, hasta una proporción sensata de las obligaciones soberanas que componen su base financiera (coeficiente de apalancamiento).

El principal objetivo de esta entidad consiste en ayudar a salvar a más niños de la muerte y en hacerlo con más rapidez a fin

de contribuir con la consecución de los ODM. Fue concebida para acelerar la disponibilidad de los fondos destinados a los programas de salud e inmunización en 70 de los países más pobres de todo el mundo. Mediante una inversión inicial más voluminosa —concentración de los desembolsos al inicio—, el programa de financiación fue formulado para aumentar significativamente las corrientes de ayuda y garantizar remesas financieras confiables y predecibles para los programas de inmunización y la creación de sistemas sanitarios hasta finales del 2015. Se prevé una inversión de US\$ 4 000 millones, que ayudará a prevenir la muerte de 5 millones de niños entre el 2006 y el 2015, y más de 5 millones de muertes futuras de adultos por haber protegido a más de 500 millones de niños en campañas contra el sarampión, el tétanos y la fiebre amarilla.

Texto modificado con autorización, extraído de <http://www.iff-immunisation.org/>

RECUADRO 11.9 MAYOR COHERENCIA DE LA AYUDA: HACIA UN APOYO AL PRESUPUESTO GENERAL

Las formas tradicionales de ayuda internacional siempre discurrieron por fuera de los procesos presupuestarios oficiales de los países receptores. Este modo de ayuda ha recibido críticas porque tiene repercusiones negativas sobre la capacidad de las instituciones públicas del país receptor para planificar el gasto público. Las condiciones normativas y las restricciones al gasto limitan aún más el lugar asignado a la acción sobre los determinantes sociales de la salud en las políticas nacionales de los países receptores, en particular, por ejemplo, en aquellos ámbitos en los que la ayuda no puede destinarse a cubrir costos institucionales básicos, como es el caso de los salarios del sector público. Un mecanismo primordial para brindar financiación y reforzar la capacidad de

los países receptores para planificar acciones multisectoriales en pro del desarrollo consiste en que los donantes pasen a financiar el presupuesto general. Este tipo de ayuda haría pasar los fondos para ayuda a través de los procesos presupuestarios de la gestión pública, lo que mejoraría el control de los gobiernos receptores sobre la formulación y la ejecución de las políticas a las cuales está destinada la financiación. En la actualidad, la financiación del presupuesto general representa una proporción bastante pequeña de la totalidad de la ayuda internacional, pero hay grandes probabilidades de que aumente en el futuro.

Fuente: GKN, 2007

Mirado desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el Proceso de Estrategias de Reducción de la Pobreza representa, en cierto sentido, una oportunidad desaprovechada. Los DELP tienen grandes posibilidades de propiciar una mejor rendición de cuentas del trabajo multisectorial, pero los gobiernos, encabezados principalmente por el ministerio de hacienda, no están aprovechando la oportunidad, ni los organismos internacionales les están proporcionando incentivos, apoyo y oportunidades suficientes a este respecto. Muchos DELP siguen sin ocuparse de los principales determinantes de la salud, como es el caso del empleo. Bien empleados, mediante consultas nacionales a los interesados directos que sean más inclusivas y receptivas, pueden ser de suma utilidad para organizar las intervenciones encaminadas a reducir la pobreza que emprenden los países que reciben ayuda y los grupos de la sociedad civil, dentro del marco basado en los determinantes sociales de la salud (Recuadro 11.10).

Alivio de la carga de la deuda

La condonación de la deuda a los PPME logró aumentar el gasto público destinado a satisfacer necesidades básicas como la atención de salud y la educación en varios países receptores (World Bank Independent Evaluation Group, 2006). No obstante, el “éxito” de tales medidas ha sido irregular, y es acuciante la necesidad de mayor alivio de la deuda, efectuando una distribución más efectiva en apoyo de las acciones encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud.

Un primer mecanismo para aumentar el alivio consiste en redefinir el nivel de servicio de la deuda que es tolerable por los países de ingresos bajos y medianos de modo que les permita satisfacer necesidades básicas en materia sanitaria. El Proyecto del Milenio recomendó la necesidad de redefinir la tolerabilidad de la deuda y fijarla en un nivel que permita lograr los ODM, lo que, para muchos PPME, significa una condonación del 100% de la deuda y, para los países de ingresos medianos, más alivio de la deuda que el ofrecido hasta ahora (UN Millennium Project, 2005). Un segundo mecanismo consiste en instaurar una iniciativa de alivio de la deuda pensada especialmente para las economías de ingresos medianos muy endeudadas, ya sea alojada dentro del Banco Mundial o del FMI, con el propósito de ayudar a los países de ingresos medianos a prevenir una futura crisis de endeudamiento y a proteger el gasto social en presencia de una gran carga de la deuda (Dervis & Birdsall, 2006). Una tercera opción consiste en adoptar un criterio factible basado en los ingresos netos para definir la condonación de la deuda, tomando como referencia el ingreso mínimo per cápita de US\$ 3 por día en paridad del poder adquisitivo (Edward, 2006). Según Mandel, si se empleara este método, sería preciso condonar entre el 31% y el 43% de toda la deuda pendiente de los países en desarrollo —que afecta a 93 de 107 países— para reducir la pobreza y cumplir con los ODM (Mandel,

2006). Los países receptores que quieran obtener un mayor alivio de la deuda deberán cumplir con la condición de comprometerse explícitamente a aumentar el gasto social de un modo cuantificable y permitir que los agentes de la sociedad civil efectúen una evaluación regular del desempeño. Los beneficios del alivio de la deuda sólo serán evidentes si realmente complementan los ingresos ya recibidos en concepto de asistencia para el desarrollo (Bird & Milne, 2003; Arslanalp & Henry, 2006).

La Comisión recomienda que:

11.4 Las entidades financieras internacionales garanticen términos y condiciones transparentes de endeudamiento y crédito internacionales a fin de evitar que la deuda se torne inviable.

Responsabilidad sobre la deuda futura

La comunidad internacional debe reconocer que, dado que los países pobres necesitan un gran volumen de capital, será inevitable que se endeuden en los mercados internacionales. Los hechos indican que los países endeudados que reciben alivio de la deuda ya comenzaron a padecer un nuevo aumento de la deuda total a partir del 2000 (Figura 11.6).

Los futuros acuerdos internacionales de crédito deben tener en cuenta una situación más amplia: no tanto los indicadores particulares de la sostenibilidad económica sino la “responsabilidad sobre la deuda”. El concepto de “responsabilidad sobre la deuda” tiene aspectos económicos, sociales y políticos. Es preciso emplear parámetros más amplios para medir la vulnerabilidad económica al evaluar la probabilidad de que un país determinado sufra problemas de endeudamiento, por ejemplo, la dependencia de productos primarios y la frecuencia de desastres naturales o la magnitud de la epidemia del VIH y el sida. Pero el concepto trasciende estas consideraciones. Es necesaria mayor transparencia en el proceso mediante el cual estos países contraen la deuda: los prestatarios y los acreedores de los gobiernos deben ser objeto de un control legislativo riguroso, y el pueblo debe estar habilitado a participar en las decisiones económicas importantes. El minucioso control que imponen los acreedores sobre el proceso de la iniciativa por los PPME ha reavivado los llamamientos por un método más equilibrado de condonación de la deuda. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) (2006) y los organizadores de campañas sobre la deuda han hecho un llamamiento a la incorporación de reformas de la estructura financiera internacional con miras a garantizar procedimientos ordenados de quiebra y de arbitraje independiente entre los acreedores y los deudores. Cabe recordar, en relación con el

RECUADRO 11.10 FORTALECIMIENTO DEL DOCUMENTO DE ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

Para fortalecer el DELP, es preciso:

hacer un hincapié más explícito en que el DELP constituye un proceso encaminado a aportar coherencia nacional multisectorial en la toma de decisiones y la acción intersectorial;

obtener mayor apoyo de los donantes y los gobiernos nacionales para financiar la labor multisectorial sobre los determinantes sociales de la salud;

centrar la atención internacional en promover la acción intersectorial en el campo sanitario, conducida por la OMS;

proporcionar mayor apoyo a los ministerios de la salud en su intento de participar con los ministerios de hacienda y el FMI en las cuestiones relacionadas con el tamaño del presupuesto del sector sanitario;

garantizar el acceso a flexibilidades en la planificación del gasto público (el marco de gastos a mediano plazo) para que incluya los gastos ordinarios indispensables (por ejemplo, en recursos humanos del sector sanitario).

Fuente: GKN, 2007

aumento de la ayuda y la reducción de la deuda, que los receptores de un volumen creciente de recursos deben rendir cuentas de un aumento ostensible en el gasto social destinado a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y de tendencias positivas verificables en lo atinente a la equidad sanitaria.

La Comisión recomienda que:

11.5 El gobierno nacional, los gobiernos locales y la sociedad civil instituyan un mecanismo de asignación presupuestaria para financiar la acción sobre los determinantes sociales de la salud que sea aplicable a los distintos sectores de la administración pública (véase la Recomendación 10.2).

Asignación equitativa

Muchos gobiernos son conscientes de la necesidad de asignar más partidas presupuestarias a un conjunto coherente de políticas e intervenciones que inciden en la cuestión sanitaria. A fin de que todos los aspectos de la formulación de políticas incorporen la cuestión sanitaria, es preciso que la tengan en consideración en el presupuesto de los programas y las acciones de cada ministerio y secretaría (Recuadro 11.11; véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas).

La Comisión recomienda que:

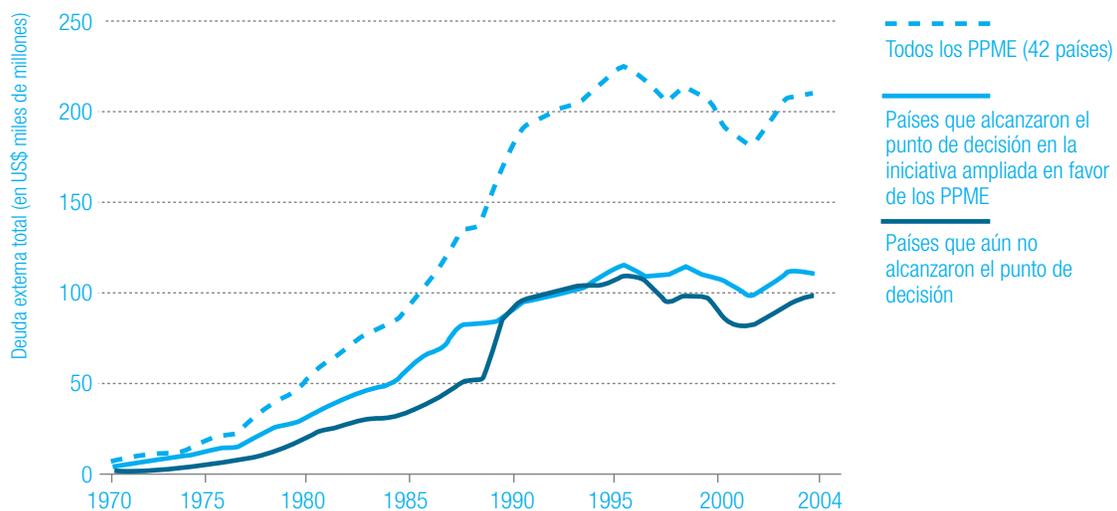
11.6 La administración pública distribuya los recursos con equidad entre las regiones geográficas y los grupos sociales y aplique un método para supervisar

el destino de esos recursos, por ejemplo, haciendo uso de un instrumento para controlar la equidad (véanse las Recomendaciones 5.2, 14.3 y 16.2).

Además de financiar políticas multisectoriales coherentes para reducir la pobreza y mejorar los determinantes sociales de la salud, es necesario velar por que esa financiación sea distribuida con equidad entre las diferentes regiones del país, con el propósito de subsanar la inequidad geográfica. Un modo de llevar esta recomendación a la práctica consiste en utilizar un método de control de la equidad (Recuadro 11.12). La creación y la prueba de un modelo de instrumento para controlar la equidad —cuya aplicabilidad pueda ampliarse para evaluar los determinantes sociales más generales de la salud— que sea difundido y utilizado por todos los Estados Miembros podría ser una iniciativa en colaboración conducida por la OMS y el Banco Mundial, junto con agentes de la sociedad civil como la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (GEGA) (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

Para avanzar hacia la meta de la equidad sanitaria, es fundamental una financiación pública suficiente cuyos recursos se obtengan con equidad y que sea empleada con coherencia. En el largo plazo, la capacidad tributaria y el compromiso con la imposición progresiva son esenciales para que la financiación sea equitativa dentro de los países. En un futuro más inmediato, un mayor volumen de ayuda y alivio de la deuda que estén mejor coordinados, destinados a reducir la pobreza en el marco de los determinantes sociales de la salud, constituyen una cuestión de vida o muerte y de justicia mundial.

Figura 11.6 Deuda externa total de los países pobres muy endeudados (PPME), 1970-2004 (miles de millones de dólares).



Reimpreso con autorización de los autores, extraído de UNCTAD (2006).

RECUADRO 11.11 FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES PARA MEJORAR TODOS LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La acción intersectorial suele toparse con el obstáculo de la falta de mecanismos de financiación que la respalden. Sin embargo, algunos modelos proponen instrumentos y mecanismos prometedores, que podrían aplicarse tanto en el ámbito nacional como en el internacional:

La asignación de partidas financieras exclusivas para la acción intersectorial y la definición de criterios claros acerca de lo que constituye la acción intersectorial y lo que no entra dentro de esa categoría. Este mecanismo puede combinarse con normas que articulen instrumentos jurídicos para garantizar la acción intersectorial en determinadas situaciones.

La acción intersectorial como **requisito para la asignación de fondos** (véase el Capítulo 10: La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas).

La **distribución de los costos o mancomunación de los recursos**, que consiste en obtener aportaciones financieras de diversos sectores de la administración pública y ONG destinadas a una población o una cuestión específicas que armonizan con los mandatos de las organizaciones. Este método puede incluir las aportaciones de recursos en especie (por ejemplo, personas, información, pericia, espacio físico y tecnología) de los sectores y las organizaciones que cuentan con recursos financieros limitados.

Fuente: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html

RECUADRO 11.12 PRORRATEO EQUITATIVO DE LOS FONDOS: EL MÉTODO DE MONITOREO DE LA EQUIDAD

A fin de garantizar el alcance geográfico necesario, que incluya a las zonas subatendidas, y mantener la dispensación de servicios integrales en todos los países, es importante poner en ejecución mecanismos para distribuir los fondos fiscales disponibles entre los grupos poblacionales y las zonas según la necesidad: por ejemplo, asignar el presupuesto entre las regiones geográficas a partir de fórmulas que valoren los números demográficos en función de la necesidad en lugar de hacerlo en función de modalidades tradicionales de gasto. Las experiencias demuestran las verdaderas posibilidades que ofrecen los mecanismos de esas características incluso en los países de bajos ingresos, pese a las carencias informativas y políticas. En los países que disponen de un mosaico de fuentes de financiación (por ejemplo, financiación internacional e ingresos provenientes del seguro médico comunitario), los mecanismos de asignación de recursos deben considerar todas las fuentes de financiación para garantizar que la distribución general sea equitativa.

El método de monitoreo de la equidad es una iniciativa para

resolver el problema de las desigualdades sanitarias que no sólo hace un seguimiento de las desigualdades sino que incorpora acciones concretas para lograr una reducción permanente de las disparidades injustas en cuanto a la salud y la atención de salud. En este sentido, funciona más como un termostato que como un termómetro, porque no sólo mide la equidad y la inequidad sino que impulsa acciones para reducir las desigualdades. El propósito de este método consiste en reducir las desigualdades sanitarias injustas mediante acciones en tres esferas generales, consideradas centrales y esenciales para que el método sea efectivo: (a) evaluación y control, para analizar, comprender, medir y dejar registradas las desigualdades; (b) promoción de la causa, para fomentar cambios en las políticas, los programas y la planificación; y (c) habilitación de la comunidad, para respaldar la función de los pobres y los marginados como participantes activos en el cambio, más que como receptores pasivos de ayuda o asistencia.

Fuente: HSKN, 2007

CAPÍTULO 12

Responsabilidad del mercado

“Imaginemos un régimen comercial en el cual las normas de comercio tengan como principal propósito potenciar las posibilidades para el desarrollo, en especial de los países más pobres del mundo. En lugar de preguntarse “¿cómo potenciamos el comercio y el acceso al mercado?”, los negociadores se preguntarían “¿cómo ayudamos a los países a salir de la pobreza?”

Dani Rodrik (2001)

LA RELACIÓN ENTRE EL MERCADO Y LA EQUIDAD SANITARIA

Los mercados contribuyen a mejorar la situación sanitaria aportando nuevas tecnologías, nuevos bienes y servicios, y mejorando el nivel de vida. Sin embargo, el mercado también puede generar situaciones perjudiciales para la salud. La comercialización de bienes sociales esenciales, tales como la educación y la atención médica, así como la mayor circulación de productos peligrosos para la salud, pueden generar inequidad sanitaria y, de hecho, así sucede. El objetivo principal de toda política económica debe ser la creación de un contexto que genere medios de subsistencia que favorezcan la equidad sanitaria para todas las personas, lo que implica asumir un conjunto de compromisos para garantizar la distribución equitativa de los recursos, imponer normas nacionales y supranacionales efectivas sobre los productos, las actividades y las condiciones que son perjudiciales para la salud o conducen a la inequidad sanitaria, y velar por que se respeten los derechos sociales. No cabe duda de que los mercados son importantes, pero es acuciante la necesidad de renovar el liderazgo del Estado para equilibrar los intereses del sector público con los del sector privado, y no menos importante es la necesidad de un sistema económico mundial que respalde ese liderazgo.

Integración de los mercados mundiales

En el transcurso de los últimos tres decenios, la globalización estuvo caracterizada por la integración de los países del mundo en el mercado mundial y la mayor influencia de las relaciones comerciales en más ámbitos de la vida social de cada país. Este proceso se vio facilitado por medidas como la liberalización de los regímenes comerciales y la desregulación de algunos mercados nacionales. Como consecuencia, en los países ricos y pobres por igual, surgieron mercados laborales auténticamente mundiales (aunque no movilidad laboral) y hubo privatizaciones generalizadas, por lo que el Estado fue perdiendo terreno en una proporción acorde al avance del sector privado. Estos procesos intensificaron la mercantilización y la comercialización de los determinantes sociales de la salud que son esenciales, tales como el agua, la atención de salud y la electricidad. Asimismo, aumentaron la circulación de productos perjudiciales para la salud, tales como los alimentos procesados que contienen gran cantidad de grasas, azúcares y sodio, y el tabaco y las bebidas alcohólicas. En muchos casos, estos sucesos socavaron seriamente la autoridad del sector público para regular el mercado con miras a lograr objetivos colectivos, entre otros, la equidad sanitaria.

La realidad de los hechos indica que la naturaleza misma de los mercados globalizados, que son muy activos y extensos, va en contra de la equidad (Birdsall, 2006). Estos mercados globalizados benefician mucho más a los países que ya cuentan con bienes de producción —capital financiero, natural, físico, institucional y humano— que a los países de ingresos bajos y medianos que carecen de ellos. La

globalización también favorece a los países que ya son ricos y a los grupos ricos de los distintos países, porque tienen más recursos y más poder para influir en la formulación de las normas. Por lo tanto, es preciso moderar los mercados y sus efectos para proteger a aquellas personas que, como consecuencia, están en una situación de desventaja, lo cual no sólo implica un liderazgo más sólido del sector público nacional sino también un considerable fortalecimiento de la gobernanza mundial, por ejemplo, en los mercados financieros internacionales (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz). La crisis bancaria que se desató en el 2008 a causa de los préstamos hipotecarios de alto riesgo demuestra los riesgos desproporcionados a los que están expuestos algunos grupos sociales, principalmente los pobres, y la necesidad de concebir una normativa más severa.

Incluso los supuestos “ganadores” de la globalización, como China, lograron gran parte de su crecimiento sin haber adoptado políticas ni siquiera remotamente cercanas a los principios del libre mercado. La reducción de la pobreza y las mejoras en la salud de la población china sucedieron, en su mayoría, antes de que el país ingresara en el mercado mundial. Entre 1952 y 1982, la mortalidad de menores de un año cayó de 200 a 34 por cada 1000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer creció de alrededor de 35 a 68 años (Blumenthal & Hsiao, 2005). En rigor, fue a partir de la liberalización del mercado interno y la aceleración del desarrollo industrial orientado a las exportaciones que aumentaron enormemente las desigualdades tanto en términos de ingresos como en el acceso a la atención de salud (Akin et al., 2004; Akin et al., 2005; French, 2006; Dummer & Cook, 2007; Meng, 2007). Hoy día hay grandes diferencias sanitarias en China entre las regiones costeras y las provincias del interior. En lo que respecta al mundo en general, el período de integración de los mercados condujo a un aumento notable de las desigualdades en términos de ingresos, tanto dentro de los países como entre los distintos países.

Comercio e inversiones: negociaciones desiguales en los mercados internacionales

Las desigualdades estructurales que prevalecen en las instituciones internacionales mantienen la inequidad de los procesos y los resultados comerciales. Los acuerdos comerciales y los convenios de inversión suelen presentar dos características principales: (a) una participación asimétrica de los distintos países firmantes, en especial de los países de bajos ingresos que tienen una capacidad relativamente débil de negociación y (b) desigualdades en el poder de negociación debido a las diferencias en cuanto al tamaño de la población y la riqueza nacional. Es frecuente que los países celebren estos acuerdos y convenios sin haber analizado en profundidad todos los riesgos sociales que entrañan, tales como el riesgo de aumentar las desigualdades y la inequidad sanitaria, lo que se debe, en parte, a que no es frecuente que participen de estas negociaciones los ministerios y las organizaciones de la sociedad civil que tienen el mandato y la pericia pertinentes a las cuestiones de salud pública. Los procesos y las instituciones internacionales, tales como la Comisión del Codex Alimentarius (Recuadro 12.1), demuestran la mala representación que tienen los criterios de salud y equidad sanitaria en ámbitos esenciales de las negociaciones económicas internacionales.

Los convenios bilaterales de inversión constituyen otro ejemplo de acuerdos del ámbito comercial que subestiman o directamente dejan de lado la cuestión sanitaria. Además de que los acuerdos bilaterales, así como los regionales, pueden debilitar o perjudicar las condiciones

relativas a la cuestión sanitaria en los acuerdos multilaterales (véase adelante el ADPIC), la experiencia indica que los marcos de acción como los acuerdos bilaterales de inversión, por ejemplo, ponen un hincapié desproporcionado en facilitar la inversión extranjera directa pero, en comparación, desatienden la cuestión sanitaria.

Influencia de las empresas transnacionales

Las empresas transnacionales que organizan la producción en distintos países prosperaron gracias a la ampliación y el ímpetu que adquirió la liberalización del comercio. Los ingresos de Wal-Mart, BP, Exxon Mobil y el grupo Royal Dutch/Shell superan el PIB de países como Arabia Saudita, Indonesia, Noruega y Sudáfrica (EMCONET, 2007). Podría decirse que la combinación de acuerdos comerciales vinculantes que abren los mercados internos a la competencia mundial y aumentan el poder empresarial y la movilidad del capital disminuyó la capacidad de cada país para garantizar que las actividades económicas contribuyeran a la equidad sanitaria o, al menos, que no la socavaran. Ello no quiere decir que los agentes del sector privado (individuos o empresas) sean de naturaleza maligna, sino que muchos han obtenido un poder enorme en el ámbito económico y gran influencia política, y que ese poder debe contribuir con el bien público además de estar dedicado a cumplir con fines económicos privados.

Protección de los servicios públicos y regulación del suministro privado

Es preciso fortalecer el liderazgo del sector público respecto del sector privado en dos aspectos: proteger el acceso equitativo a bienes y servicios esenciales para el bienestar y la salud (como el agua) y controlar la circulación de productos y servicios que son perjudiciales.

Si bien los productos y servicios que requieren protección o control regulatorio dependen de cada contexto nacional, es posible brindar algunos ejemplos

Agua

Se calcula que 1 200 millones de personas de todo el mundo, casi todas de países de ingresos bajos y medianos, no tienen acceso a un buen sistema de abastecimiento de agua (UNESCO, 2006a). El acceso al agua y el saneamiento es esencial para la vida, y la responsabilidad de garantizarlo recae claramente en el Estado. La globalización ha incentivado la creación de nuevos modos de suministro de agua y saneamiento, en particular en los países donde la capacidad pública es limitada. Habida cuenta de ello, la función del sector público —así como un registro histórico de la gestión equitativa del suministro de agua— sigue siendo fundamental. Los ejemplos (Recuadro 12.2) muestran las repercusiones negativas que puede tener la privatización del abastecimiento de agua. Un conjunto de datos científicos mucho más voluminoso (Loftus & McDonald, 2001; Jaglin, 2002; Budds & McGranahan, 2003; McDonald & Smith, 2004; Galiani et al., 2005; Mehta & Madsen, 2005; Debbane, 2007; Aiyer, 2007) indica que conviene desaconsejar la privatización al por mayor del agua.

Sistema sanitario

La reforma del sector sanitario ha girado en torno al limitado concepto de la eficiencia técnica y económica, que prioriza las intervenciones médicas “costoeficaces” y aumenta la comercialización, pese a que está comprobada su escasa rentabilidad. Los datos científicos de que se dispone indican que la comercialización de los servicios de atención sanitaria, entre los que se cuentan los seguros médicos, generan inequidades en el acceso (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000;

RECUADRO 12.1 REPRESENTACIÓN DENTRO DE LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS

La Comisión del Codex Alimentarius es un organismo importante que fue creado conjuntamente por la FAO y la OMS, con el propósito de “concebir normas alimentarias, reglamentos y otros textos relacionados tales como códigos de prácticas bajo el Programa Conjunto FAO/OMS de Normas Alimentarias. Los objetivos principales de este Programa consisten en proteger la salud de los consumidores, garantizar que sean justas las prácticas en la comercialización de alimentos y promover la coordinación de todas las normas alimentarias acordadas por las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales”. El Codex ha adquirido mucho más poder desde la creación

de la OMC, dado que la OMC emplea las normas del Codex como referencia en los casos de conflictos comerciales. Es importante que la FAO y la OMS garanticen la imparcialidad del organismo. La conformación actual revela que la participación es tendenciosa y la representación es desigual, lo que deriva en un desequilibrio entre los objetivos comerciales y la protección de los consumidores. Un análisis efectuado en 1993 reveló que el organismo estaba conformado por 26 representantes de los grupos de interés público y por 662 representantes del sector industrial.

Fuente: Friel et al., 2007

RECUADRO 12.2 PRIVATIZACIÓN DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA ARGENTINA Y BOLIVIA

Desde 1993, la empresa francesa Suez-Lyonnaise es el socio mayoritario de la empresa privatizada que abastece agua a los 10 millones de habitantes de Buenos Aires, una de las concesiones de suministro de agua más importantes del mundo. Los precios del servicio aumentaron más del 20% desde la privatización. Las familias más pobres —en caso de estar conectadas a la red de abastecimiento— ya no pudieron afrontar el pago de la factura de agua.

En septiembre de 1999, Cochabamba, la tercera ciudad boliviana en importancia, adjudicó la concesión del sistema de agua y saneamiento por el lapso de 40 años al consorcio internacional de suministro de agua Aguas del Tunari. Las tarifas del agua aumentaron hasta el 200% para financiar los costos de un proyecto de ingeniería a gran escala.

Fuentes: Loftus & McDonald, 2001; http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf

Bennett & Gilson, 2001; Cruz-Saco, 2002; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock, 2003; Hutton, 2004) y en los resultados sanitarios (Koivusalo & Mackintosh, 2005), independientemente de que la comercialización esté a cargo de instituciones nacionales o extranjeras. Casi todos los sistemas sanitarios son mixtos, es decir, están conformados por iniciativas privadas y públicas. La Comisión es consciente de esta realidad. Por tanto, una cuestión primordial consiste en determinar la medida y la eficacia con el que el gobierno puede supervisar la función del sistema mixto, planificar una prestación equitativa y regular el aporte del sector privado. En los países de ingresos medianos, cuanto mayor es el grado de comercialización, peores y más desiguales son el acceso a la atención sanitaria y los resultados sanitarios (HSKN, 2007). En los países de bajos ingresos, la comercialización no regulada que obliga a los usuarios a pagar por los servicios tiene efectos particularmente negativos en los resultados sanitarios. En lo que respecta a la equidad sanitaria, la atención de salud financiada por el Estado, que brinda atención a todos los habitantes con independencia de su capacidad de pago, es el tipo de política más recomendada. (Véanse los capítulos 9 y 11, Atención universal de salud; Financiación equitativa).

Trabajo

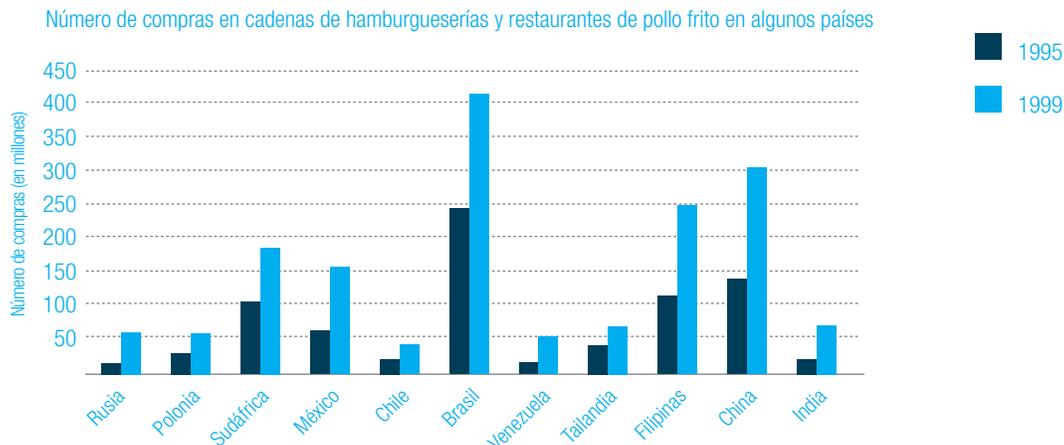
El trabajo —tanto su disponibilidad como las condiciones en que se lleva a cabo— es esencial para el funcionamiento social y la equidad

sanitaria de las personas. La integración y la liberalización de los mercados mundiales han tenido profundas repercusiones sobre las condiciones de trabajo y empleo. El surgimiento de una “nueva división internacional del trabajo” queda demostrado por el traslado de la producción con alta densidad de mano de obra (por ejemplo, en las industrias textil y de la confección) hacia los sitios del mundo en desarrollo en los que imperan los bajos salarios y la protección mínima de los trabajadores, a menudo ubicados en las zonas de elaboración de productos de exportación (Fröbel et al., 1980). Incluso en las economías más ricas hay segmentos de la fuerza laboral sometidos a condiciones muy precarias. Es frecuente que las leyes y los marcos normativos oficiales que promueven el trabajo salubre y protegen a los trabajadores no estén suficientemente desarrollados o que no se vele por su cumplimiento a nivel mundial ni a nivel nacional. Las normas laborales no forman parte de los acuerdos comerciales internacionales, y los acuerdos bilaterales o regionales que las consideran suelen ser ambiguos o no establecen disposiciones que garanticen el cumplimiento. (Véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno).

Alimentos, tabaco y alcohol

Las reformas comerciales, y la creciente influencia de las inversiones extranjeras directas, pueden influir en el régimen alimentario y la transición nutricional al eliminar los obstáculos al ingreso de

Figura 12.1 Consumo de comida rápida (en 1995 y 1999) en algunos países.



Reimpreso con autorización de la editorial, de Hawkes (2002).
Fuente: Datos de Euromonitor, en Hawkes (2002).

RECUADRO 12.3 LOS GASTOS QUE OCASIONA EL TABAQUISMO

Un estudio que empleó datos obtenidos en la China en 1998 reveló que los gastos médicos generados por las muertes prematuras secundarias al tabaquismo ascendían a US\$ 2 760 millones, lo que representaba el 6% del total de los gastos médicos del país.

En el 2000, el Consejo Indio de Investigación Médica calculó que los gastos generados por las tres enfermedades más

importantes que ocasiona el tabaco (el cáncer, las cardiopatías y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) ascendían a 270 000 millones de rupias (US\$ 5 800 millones), cifra superior a la aportación directa que hacía la industria tabacalera a la renta pública de la India, que era de 70 000 millones de rupias (alrededor de US\$ 1 500 millones).

Fuente: PPHCKN, 2007c

empresas transnacionales del sector alimentario y la expansión de los supermercados hacia nuevos mercados. La liberalización del comercio —la apertura de muchos más países al mercado internacional— combinada con los permanentes subsidios a los productos alimenticios ha aumentado la circulación, la asequibilidad y el atractivo de alimentos menos saludables, y las empresas transnacionales del sector alimentario han invadido el mercado mundial con alimentos de producción económica, gran densidad energética y ningún valor nutritivo (Figura 12.1). (Véase el capítulo 6, Entornos saludables para una población sana).

La mayor integración de los mercados mundiales también ha redundado en una mayor producción y un mayor consumo de productos perjudiciales para la salud, tales como el tabaco y las bebidas alcohólicas. En la actualidad, en todo el mundo hay más 1 300 millones de personas que fuman cigarrillos —más de 1 000 millones son varones y alrededor de 250 millones son mujeres—, lo que representa que fuman uno de cada cinco habitantes del mundo y uno de cada tres de los mayores de 15 años. Se prevé que esta cifra llegue a más de 1 700 millones en el 2025 si no cambia la prevalencia mundial del consumo de tabaco (PPHCKN, 2007c). El Recuadro 12.3 describe los gastos que ocasiona el tabaquismo.

Casi 2 millones de personas fallecen por año por causas relacionadas con el alcohol, cifra que está casi en el mismo orden que las muertes que se cobran el VIH y el sida, que son 2 900 000. La prevalencia absoluta de las enfermedades y las discapacidades secundarias al alcohol es igualmente alta en los países más pobres de África y América que en Europa Occidental y Norteamérica. Las morbilidades secundarias al alcohol son más prevalentes en la ex Unión Soviética y en Asia central, regiones en las que representa

el 13% del total de la carga. En la Federación de Rusia es aún más alta (PPHCKN, 2007b). Las sociedades que no disponen de normas efectivas sobre el consumo de alcohol corren riesgo de experimentar un aumento súbito de los problemas por alcoholismo durante el período de desarrollo económico. La transición de la ex Unión Soviética es un ejemplo sorprendente. En la Federación de Rusia, los cambios radicales y la liberalización de la economía que tuvieron lugar a partir de 1992 incluyeron la desregulación total del comercio de bebidas alcohólicas. Se ha atribuido el consiguiente aumento de la mortalidad que se registró en la Federación de Rusia a un aumento de los atracones de alcohol (Leon et al., 1997; PPHCKN, 2007b).

ACCIONES PARA FOMENTAR LA RESPONSABILIDAD DEL MERCADO

La Comisión recomienda que:

12.1 La OMS, en colaboración con otros organismos multilaterales competentes, y los Estados Miembros que apoyen la causa, institucionalicen la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria, en el plano mundial y nacional, de los principales acuerdos económicos internacionales, regionales y bilaterales (véanse las Recomendaciones 10.3 y 16.7).

La Comisión insta a los países participantes a que sean prudentes a la hora de contraer nuevos compromisos internacionales, regionales y bilaterales en materia de política económica (comercio e inversión). Antes de contraer nuevos compromisos, es vital que evalúen los efectos que pueden tener sobre la salud

RECUADRO 12.4 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO Y VADEMÉCUM SOBRE COMERCIO Y SALUD: UNA PRIORIDAD PARA EL BIENIO 2008-2009

La OMS, junto con la OMC, el Banco Mundial, la Organización Mundial de Propiedad Intelectual, la UNCTAD, expertos internacionales e instancias normativas en materia de comercio y salud de 10 países, está colaborando en la preparación de un instrumento de diagnóstico y un vademécum sobre comercio y salud. Esta nueva fase de la labor adopta una perspectiva más amplia y sistemática con respecto a los vínculos entre el comercio y la salud. El instrumento de diagnóstico examina cinco elementos de esa relación: 1) la macroeconomía, el comercio y la salud; 2) el comercio de los productos relacionados con la salud, tales como los medicamentos y las cuestiones atinentes a la propiedad intelectual; 3) el comercio de productos perjudiciales para la salud, como los productos de tabaco; 4) el comercio dentro del ámbito de los servicios de atención de salud —el comercio electrónico, los viajes al extranjero para recibir atención sanitaria, la inversión extranjera directa en salud y el movimiento transfronterizo

de profesionales sanitarios—; y 5) el comercio de alimentos. El instrumento de diagnóstico y el vademécum, que registra las mejores prácticas, fuentes de datos, árboles de decisión y normas y parámetros internacionales, serán ultimados para comenzar la ejecución en el 2009. La puesta en ejecución del instrumento de diagnóstico permitirá a las instancias normativas concebir políticas y estrategias nacionales en relación con el comercio y la salud y determinar las necesidades de creación de capacidad en este ámbito. En los últimos años, ha aumentado sustancialmente la cantidad de recursos externos que reciben los países en desarrollo con miras a aumentar la capacidad en materia comercial. La “asistencia destinada al comercio” ofrece una oportunidad para ayudar a los países a crear la capacidad necesaria para las cuestiones comerciales y sanitarias.

Fuente: WHO, <http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html> y comunicación personal

RESPONSABILIDAD DEL MERCADO: ÁMBITO DE ACCIÓN 12.1

Institucionalizar la toma en consideración de las consecuencias para la salud y la equidad sanitaria de las políticas y los acuerdos económicos nacionales e internacionales en el momento de su elaboración.

y la equidad sanitaria. La OMS debe fortalecer su liderazgo mundial en materia sanitaria sometiendo a examen los acuerdos de comercio y los convenios de inversión —en colaboración con otros organismos multilaterales— con miras a institucionalizar la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria como elemento constitutivo de todos los futuros acuerdos. La OMS también puede ayudar a los Estados Miembros, los ministerios de la salud y las organizaciones de la sociedad civil a afianzar la capacidad para defender su posición en las negociaciones comerciales bilaterales y multilaterales.

Para ello, la OMS deberá reforzar su competencia técnica en investigación y normativa, incluso en ámbitos como la economía, el derecho y las ciencias sociales. Es preciso prestar especial atención a las negociaciones comerciales sobre la reglamentación, los subsidios y la contratación pública nacional —y aquellas que influyen en los mercados financieros y de producción organizados a nivel mundial— y el comercio de bienes y servicios que tienen una repercusión directa sobre la salud. Es probable que la OMS necesite la colaboración de otros organismos de las Naciones Unidas, como la UNCTAD, la OIT, la FAO, la UNESCO y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, para crear una base de datos multisectorial más amplia con el fin de comprender algunos aspectos de la gobernanza económica mundial, la globalización y los determinantes sociales de la salud. La OMS ya está trabajando con otras instituciones internacionales y ha convertido en una prioridad el objetivo de reforzar la capacidad de negociación comercial de los Estados Miembros (Recuadro 12.4).

No obstante, el apoyo que brinde a los Estados Miembros debe tener como primerísima prioridad la equidad sanitaria.

Evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria en los acuerdos económicos

Puesto que no siempre son completamente evidentes las implicaciones para la equidad sanitaria de los acuerdos internacionales y sus repercusiones sobre las políticas y los programas, es esencial evaluar el impacto sobre la equidad sanitaria para imprimir coherencia en las políticas y los programas de todos los sectores de la administración pública. Asimismo, es fundamental evaluar el impacto sobre la equidad sanitaria que pueden tener las políticas y los principales programas externos al sector sanitario (MEKN, 2007a) (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). Los ejemplos de Eslovenia y Tailandia, aunque no se centran en la equidad sanitaria sino en la cuestión sanitaria general, demuestran la factibilidad de esos procesos de evaluación y las posibilidades que ofrecen (Recuadros 12.5 y 12.6).

Queda claro que la institucionalización de la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria aún está en pañales, además de que tiene problemas reales en lo que respecta a la competencia técnica y la capacidad institucional en muchos países, en particular en los de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, el ejemplo de la evaluación del impacto ambiental construye un antecedente alentador. A pesar de que la evaluación del impacto ambiental presenta algunos problemas graves de metodología,

RECUADRO 12.5 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SANITARIO: EL CASO DE TAILANDIA

De los países de ingresos bajos y medianos, sólo Indonesia, Sri Lanka y Tailandia disponen de algún procedimiento o marco normativo que estipule la EIS. Tailandia es el único país que ha podido incorporar métodos explícitos de EIS en las últimas reformas del sector sanitario. En la actualidad, la EIS es una exigencia de la nueva Ley de salud nacional del 2002. Las EIS, tanto en el plano nacional como en el regional, se ocupan de los proyectos de infraestructura o desarrollo con el fin de equilibrar las necesidades sanitarias de las comunidades locales con otras presiones políticas.

Por ejemplo, la EIS efectuada en la represa de energía hidráulica Pak Mon reveló que las aldeas locales habían padecido una crisis causada por la disminución de los recursos pesqueros, lo que tuvo efectos negativos sobre los

ingresos locales y la posición socioeconómica.

Esta EIS consiguió que se tuvieran en cuenta las necesidades de las aldeas locales y se emprendieran medidas de mitigación para mejorar los medios de subsistencia de los entornos rurales cambiando la frecuencia de apertura de la represa con el fin de reactivar la industria pesquera. Tailandia también efectuó una EIS en el plano de las políticas nacionales, por ejemplo, analizando los efectos sanitarios y económicos de la agricultura sostenible. El ejemplo de Tailandia demuestra que es posible poner en ejecución, en un lapso corto, un sistema sólido y efectivo de EIS de las políticas si hay compromiso del Estado, un marco normativo adecuado y recursos suficientes.

Fuente: Lock, 2006

RECUADRO 12.6 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SANITARIO DE LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS, ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES: EL CASO DE ESLOVENIA

En diciembre del 2001, el Ministerio de Salud de Eslovenia y la Región Europea de la OMS se propusieron emprender una EIS de las políticas agrícolas, alimentarias y nutricionales, impulsada por la solicitud de Eslovenia de ingresar en la UE y la influencia que podrían tener las leyes de la política agrícola común sobre las políticas agrícolas eslovenas. Los resultados de la EIS fueron presentados ante el Comité intergubernamental sobre salud. Las recomendaciones abarcaban cuestiones agrícolas, tales como la producción

de frutas y verduras, cereales y lácteos, y la financiación del desarrollo rural. Un resultado imprevisto de la EIS fue que los sectores sanitario y agrícola comenzaran a apoyarse entre sí en los tipos de políticas que querían poner en ejecución después de que Eslovenia ingresara en la UE. Las negociaciones con la UE fueron muy satisfactorias y Eslovenia recibió mayor ayuda que los demás países candidatos a la adhesión.

Fuente: MEKN, 2007a

realización y cumplimiento, se ha convertido —en el lapso de una generación— en un criterio ampliamente incorporado en todos los procesos de formulación de políticas en general.

Flexibilidad en los acuerdos

Es fundamental que el compromiso contraído mediante acuerdos comerciales no impida a los países firmantes, una vez firmado el acuerdo, mitigar los efectos adversos imprevistos que los acuerdos puedan tener sobre la salud o la equidad sanitaria.

Es evidente la necesidad de incorporar mayor flexibilidad en los acuerdos internacionales, que permita a los países firmantes modificar su compromiso a lo largo del tiempo. El Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS) estipula algunas excepciones en casos de peligro ambiental o sanitario, pero la disposición es limitada y exige pruebas de un daño real, lo que limita la capacidad nacional para interponer medidas precautorias (Recuadro 12.7). Si bien las flexibilidades fueron incorporadas oficialmente en los acuerdos sobre Derechos de Propiedad

RECUADRO 12.7 ACUERDO GENERAL SOBRE COMERCIO DE SERVICIOS

En principio, el AGCS sólo es aplicable a los sectores que el Estado decide ceder al mercado. No obstante, podría interpretarse que el artículo 6.4 expresa que es posible apelar todas las disposiciones relativas al sector de servicios en general, lo que contradice las garantías provistas por la OMC y los gobiernos que respaldaron el acuerdo acerca de que las normas del AGCS sólo serían aplicables a los sectores

que el Estado haya cedido al mercado. Asimismo, el acuerdo contiene un artículo restrictivo que impide a los países alterar los compromisos (parte de las normas del AGCS) una vez establecidos.

Fuentes: http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf; Woodward, 2005; Adlung, 2005; Mehta & Madsen, 2005

RECUADRO 12.8 ACUERDO DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE COMERCIO SOBRE LOS ASPECTOS COMERCIALES DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

La Red Experta sobre la globalización aporta algunas recomendaciones acerca de los acuerdos comerciales que involucran derechos de propiedad intelectual y ADPIC:

Es preciso abstenerse de aceptar concesiones adicionales en los acuerdos bilaterales o de libre comercio que aumenten la protección de los derechos de propiedad intelectual para los laboratorios farmacéuticos y, si dichas concesiones ya fueron estipuladas, arbitrar medidas de compensación para garantizar el acceso a los medicamentos.

Es conveniente aprovechar al máximo las flexibilidades estipuladas por el ADPIC y explorar la posibilidad de recurrir a licencias obligatorias de los medicamentos esenciales que están patentados.

La OMS debe evaluar mecanismos distintos de las patentes —como concursos, financiación de investigaciones sobre temas que sean de interés público y acuerdos de compra por adelantado— para impulsar el desarrollo galénico de medicamentos contra las enfermedades que afectan de un modo desproporcionado a los países en desarrollo y ayudar a los países miembros a ponerlos en ejecución.

Estas recomendaciones están respaldadas por las recomendaciones de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual.

Fuentes: GKN, 2007; Commission on Intellectual Property Rights, 2002

RECUADRO 12.9 PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA EQUIDAD SANITARIA EN LOS ACUERDOS

“La OMC estipula un mecanismo de salvaguardia para proteger a los países de un aumento de las importaciones. El Acuerdo sobre Salvaguardias permite intensificar las restricciones comerciales (temporalmente) en algunas circunstancias definidas con suma claridad, sobre todo ante una amenaza comprobable a la industria nacional [...]. Una interpretación más amplia de las salvaguardias daría cabida a entender que los países tienen el derecho de restringir el comercio o suspender las obligaciones vigentes con la OMC —es decir, ejercer el derecho a abandonar el acuerdo— por motivos que no estén relacionados con ninguna amenaza competitiva a su industria

[...] Entre esos motivos, los países pueden querer recurrir a una medida de salvaguardia para priorizar el desarrollo, o a causa de preocupaciones sobre la distribución del ingreso o conflictos con las normas nacionales o los arreglos sociales del país [...] El acuerdo actual podría ser redactado nuevamente como un ‘Acuerdo sobre Salvaguardias relacionadas con el Desarrollo y la Promoción Social’, que permitiría a los países suspender sus compromisos en una gama más amplia de circunstancias.”

Reimpreso con autorización del autor, extraído de Rodrik (2001).

Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), los gobiernos —sobre todo los de muchos países de ingresos bajos y medianos que tienen una capacidad institucional y técnica limitada— en muchos casos obtienen escasos beneficios de las disposiciones relativas a la flexibilidad y en muchos otros son inducidos a no valerse de ellas en lo absoluto (Recuadro 12.8).

En un plano más general, los acuerdos comerciales relacionados con el mercado internacional podrían incorporar disposiciones más vigorosas mediante las cuales los países que tengan necesidades y estrategias de desarrollo claramente diferentes puedan abandonar su compromiso (durante períodos limitados y en condiciones de transparencia) cuando así lo requieran las condiciones de su país, por ejemplo, cuando haya pruebas de que el acuerdo tiene repercusiones negativas sobre la salud y la equidad sanitaria (Recuadro 12.9).

La Comisión recomienda que:

12.2 Los órganos normativos del Estado, con el apoyo de la OMS, garanticen y fortalezcan los intereses de

la salud pública en las negociaciones relativas a la política económica nacional e internacional (véase la Recomendación 10.2).

La salud se ve afectada por todo el espectro de acuerdos comerciales de la OMC. Aun así, lo más frecuente es que los procesos de negociación comercial no admitan la participación de la voz de la salud pública o bien la silencien. Con el apoyo de la OMS, los Estados Miembros pueden fortalecer su capacidad para representar los intereses de la salud en las negociaciones comerciales (Recuadro 12.10).

La Comisión recomienda que:

12.3 Los gobiernos nacionales, en colaboración con los organismos multilaterales competentes, fortalezcan el liderazgo del sector público en el suministro de bienes y servicios esenciales relacionados con la salud y en el control de los productos perjudiciales para la salud (véanse las Recomendaciones 6.3 y 7.3).

RECUADRO 12.10 EL CRITERIO SANITARIO EN LAS NEGOCIACIONES COMERCIALES: ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL Y REGIONES

En Malasia, el Ministerio de la Salud adoptó una posición activa cuando decidió importar antirretrovíricos genéricos recurriendo a la disposición del ADPIC que prevé el “uso del Estado”, aun cuando se enfrentó a una gran oposición desde el mismo gabinete del gobierno nacional. En Sri Lanka, en el 2003, algunos activistas y defensores de la causa objetaron ante la Corte Suprema un proyecto de ley relativa al ADPIC que a sabiendas aumentaría las desigualdades porque no permitiría un acceso igualitario a los mismos servicios de atención sanitaria. En las negociaciones nacionales del AGCS, el Ministerio de la Salud pakistani hizo una oferta de servicios profesionales en el sector sanitario que excluía a los servicios dispensados por instituciones públicas. El objetivo de esta exclusión fue garantizar que las futuras leyes fueran lo suficientemente flexibles para mejorar la accesibilidad

a los servicios de atención sanitaria mediante subsidios, obligaciones de brindar servicio universal u otras medidas.

La Secretaría del Mercado Común del África Oriental y Meridional está coordinando evaluaciones integrales de la situación del mercado de servicios (incluidos los servicios de atención sanitaria) en la región, con miras a las negociaciones de acuerdos de asociación económica con la UE y el AGCS. Los países de bajos ingresos probablemente no dispongan de los recursos necesarios para crear una unidad o un comité con competencias específicas que pudiera ocuparse del comercio y la salud, de modo que la colaboración regional quizá sea la mejor manera de velar por la coherencia interna.

Texto modificado con autorización de la editorial, extraído de Blouin (2007).

RECUADRO 12.11 FIJACIÓN DE TARIFAS DE CONSUMO DE AGUA EN PRO DE LA EQUIDAD

Una dificultad fundamental de la gestión comercial del acceso al agua y el saneamiento consiste en fijar una tarifa subsidiada. La pendiente y la forma de la curva tarifaria determinan si el efecto general es progresivo. Los subsidios que se hacen cargo de una pequeña cantidad básica no garantizan el acceso equitativo si el precio sube considerablemente una vez

consumida esa cantidad. Este fue el efecto no intencionado del proyecto para suministrar una cantidad básica gratuita de agua en Johannesburgo y Durban, Sudáfrica, donde el consumo mínimamente necesario es inasequible para muchos hogares.

Fuente: GKN, 2007

RESPONSABILIDAD DEL MERCADO: ÁMBITO DE ACCIÓN 12.2

Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios que tienen consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).

Los ámbitos que se describen a continuación constituyen ejemplos ilustrativos, no una lista exhaustiva.

Agua

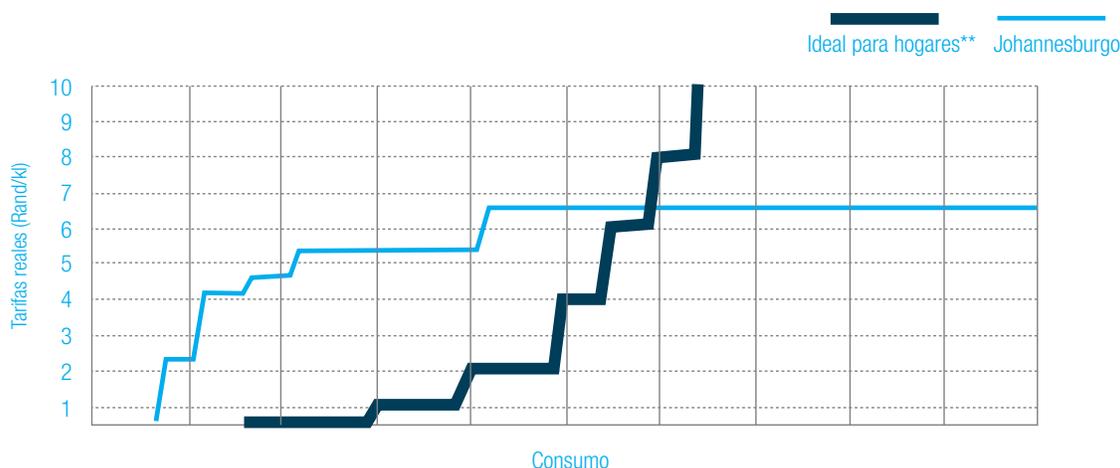
Es esencial garantizar —mediante leyes (en el plano nacional) y asistencia para el desarrollo (en el plano internacional)— que la equidad en el acceso al agua constituya un elemento primordial de toda política de aguas. Es necesario entender que adoptar una política de fijación de precios basada en los costos completos para extender los servicios esenciales hasta los pobres no considera en lo más mínimo los intereses de la equidad. En la medida en que se exija la recuperación del costo de los servicios, son necesarios subsidios generales sistemáticos para velar por que todos los hogares tengan un acceso suficiente para satisfacer todas las necesidades básicas con independencia de su capacidad de pago (Recuadro 12.11, Figura 12.2).

Sistema sanitario

El objetivo básico de todas las políticas relacionadas con el sistema sanitario debe ser garantizar que todas las personas tengan acceso

a una atención competente de calidad, con independencia de su capacidad de pago (véase el capítulo 9, Atención universal de salud). En teoría, las disposiciones que regulan el mercado pueden determinar la forma y el comportamiento del sector privado dentro del sistema sanitario. En la práctica, no se dispone de pruebas de que puedan hacerlo de formas que mejoren la equidad sanitaria. Hasta tanto los gobiernos demuestren su capacidad real de regular las inversiones privadas y la prestación de servicios de atención sanitaria de modo que mejoren la equidad sanitaria, deberían abstenerse de contraer compromisos respecto de los servicios de atención sanitaria en los tratados comerciales vinculantes que incidan en su capacidad de controlar el mercado interno. No hay indicios de que ningún gobierno, de ninguna parte del mundo, haya salido victorioso de esta prueba (HSKN, 2007; GKN, 2007). El ejemplo del seguro médico puede ser de utilidad. Queda claro que el seguro médico puede constituir una fuente de financiación del sistema sanitario, pero de ninguna manera debe socavar la equidad sanitaria (Recuadro 12.2).

Figura 12.2 Tarifas del abastecimiento de agua en Johannesburgo: curva convexa real y curva cóncava ideal.



**= Ideal para hogares de 10 integrantes.

Reimpreso, con autorización del autor, extraído de GKN (2007).

RECUADRO 12.12 REGULACIÓN DEL SEGURO MÉDICO EN FAVOR DE LA EQUIDAD

El seguro médico no solo evita que las personas deban hacer enormes gastos directos para acceder a la atención de salud sino que permite la mancomunidad (es decir, la distribución de los riesgos financieros entre los participantes). Con todo, es improbable que la expansión del seguro privado extranjero tenga efectos positivos a gran escala que mejoren el acceso a los servicios. Debido a los costos y los datos ciertos acerca del fracaso comercial del seguro médico privado, podría decirse que no constituye una opción viable para mancomunar el riesgo en el plano nacional de los países de ingresos bajos y medianos. Los datos provenientes de Latinoamérica demuestran que las aseguradoras privadas,

sean extranjeras o nacionales, suelen priorizar a los grupos de mayor poder adquisitivo y menor riesgo que pueden hacer aportaciones bastante elevadas para recibir la cobertura. En Chile, por ejemplo, los ancianos y las mujeres en edad fértil deben pagar primas mucho más altas. Un modo de eliminar este tipo de discriminación consiste en imponer normas que limiten este tipo de comportamiento de las empresas aseguradoras, pero hay que hacer la salvedad de que hay muy pocas pruebas de países que realmente lo estén llevando a la práctica.

Fuente: HSKN, 2007

Trabajo

Es esencial que los gobiernos nacionales, en colaboración con las organizaciones de empleadores y trabajadores, adopten y lleven a la práctica efectiva los cuatro principios fundamentales de la OIT (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). No obstante, es necesario tomar recaudos cuando se ponen en ejecución procesos para velar por el cumplimiento de normas laborales básicas a nivel internacional mediante, por ejemplo, “cláusulas sociales” en los acuerdos comerciales, ya que pueden recurrir a ellas los países con mayores recursos para el cumplimiento con el fin de proteger a las industrias internas invocando sanciones por falta de cumplimiento, a menudo de los países de ingresos bajos y medianos. En lugar de que la OMC sancione a los países que no cumplen con su compromiso, sería mejor dotar de mayor poder a las organizaciones que cuentan con conocimientos especializados que son necesarios para emitir un fallo correcto (como el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la OIT, la FAO y la OMS). La función de los trabajadores en cuanto a la promoción y la protección de las condiciones dignas de trabajo (Recuadro 12.13) puede resultar decisiva.

En los países donde muchos dependen de la agricultura como principal medio de vida, el Estado debe ocuparse de proteger el medio de subsistencia de las comunidades agrícolas que quedan expuestas

a la presión entre los costos y la competencia mediante acuerdos de comercio agrícola (Recuadro 12.14) (véase el capítulo 6, Entornos saludables para una población sana). Los últimos datos de que se dispone acerca de las reformas comerciales y la seguridad alimentaria indican que una enseñanza esencial que pueden extraer los países en desarrollo es que “las reformas comerciales puede resultar perjudiciales para la seguridad alimentaria en un plazo corto a medio si se ponen en práctica sin un conjunto de políticas concebidas para contrarrestar los efectos negativos de la liberalización” (GKN, 2007). En los sitios donde se están promoviendo reformas y la liberalización del mercado agrícola, la incorporación de un subsidio selectivo para los insumos agrícolas es una medida que ha demostrado eficacia para contrarrestar el efecto negativo inicial.

Alimentos

Los gobiernos deberán formular estrategias normativas que se ocupen de las repercusiones de la globalización de la producción y el comercio de los alimentos sobre la calidad nutricional de los regímenes alimentarios nacionales y locales. La formulación de políticas y los acuerdos comerciales en material alimentaria deben centrarse en tres aspectos esenciales de la nutrición y la equidad sanitaria: la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad. El ejemplo de los controles sobre el consumo de gaseosas (Recuadro 12.15) proporciona una idea general de las opciones de intervención.

RECUADRO 12.13 PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA EXPLOTACIÓN EN LA INDUSTRIA CONFECCIÓN: EL CASO DE BANGLADESH

Bajo el Acuerdo Multifibras (en vigor entre 1974 y 2004, y suprimido por el Acuerdo de la OMC de la Ronda Uruguay), la industria de la confección de Bangladesh experimentó un crecimiento imponente. En la actualidad, las prendas ya confeccionadas son el principal producto nacional de exportación —que representa alrededor de tres cuartos de los ingresos anuales de exportación, la abrumadora mayoría de las exportaciones— y la industria emplea a alrededor de 2 500 000 trabajadores. Los empleadores del sector solicitaban trabajadoras porque constituían una mano de obra barata que supuestamente era dócil y tenían baja movilidad ocupacional. En otras épocas, los derechos de la mujer habían atraído poca atención, ya que las mujeres no tenían muchos medios para ejercer funciones de liderazgo. Las mujeres tenían pocas oportunidades de acceder al mercado laboral estructurado y había una gran discriminación respecto de la inversión en la educación y la salud de las niñas en comparación con la de los varones. La industria de la confección comenzó a cambiar la posición social de la mujer. Aproximadamente el 80% de quienes trabajan en este sector son mujeres y se calcula que el empleo femenino en las industrias no exportadoras es del 7%. El aumento del empleo femenino ha logrado atraer mayor atención hacia los derechos de las trabajadoras; generar más actividades con miras a organizar a las mujeres y promover el liderazgo femenino; ofrecer más opciones laborales para las mujeres con salarios algo más altos y más regulares; proporcionar mayor apoyo en los hogares para que las niñas reciban educación debido a la perspectiva de que obtengan un ingreso en el futuro; fomentar mayor capacidad entre las mujeres para gestionar espacios públicos en el desplazamiento diario y el trabajo; mejorar el protagonismo de la mujer dado que su función en la economía del hogar le

otorga mayor poder; y aumentar la preferencia por retrasar el matrimonio y la maternidad.

Con todo, en este sector los salarios siguen siendo bajos, la tarea es muy estresante y las condiciones de trabajo son precarias y peligrosas. Una investigación efectuada en Dhaka en el 2006 reveló que las mujeres suelen trabajar 80 horas por semana por 5 centavos la hora. Las fábricas incluidas en la investigación proveían a las tiendas del Reino Unido Primark, Tesco y Asda, empresas que se habían comprometido a pagar un salario mínimo de £22 al mes, que es el salario de subsistencia calculado para Bangladesh. Las trabajadoras iniciaron una huelga conducidas por la Federación Nacional de Trabajadores de la Confección y obtuvieron un aumento del 50% en el salario mínimo, que lo llevó a £12 por mes; este logro representaba un progreso, aunque el salario aún era muy inferior al salario de subsistencia. El estudio monográfico de la industria bangladeshi de la confección constituye un claro ejemplo de los beneficios que pueden obtenerse cuando las empresas importantes se ubican en países de bajos ingresos, pero también señala los profundos cambios sociales que pueden desencadenar incluso en condiciones que distan mucho de respetar las buenas prácticas en materia laboral. La contribución podría ser mucho mayor si las empresas del sector privado asumieran con mayor seriedad su “responsabilidad social empresarial”. Al igual que en otros sitios del mundo, este ejemplo demuestra que la globalización puede generar enormes beneficios pero que, si no se la regula, no sólo no beneficia a todos sino que puede perjudicar a muchos. De ello se desprende que no es necesario resistir los procesos de integración de los mercados que son producto de la globalización sino mejorarlos y hacerlos más justos.

Fuente: SEKN, 2007

RECUADRO 12.14 PROTECCIÓN DE LOS MEDIOS DE SUBSISTENCIA DE LAS COMUNIDADES AGRÍCOLAS

El desarrollo agrícola que tiene efectos satisfactorios —es decir, que genera empleos y aumento de los ingresos para todos— depende de pautas de distribución de la tierra, el acceso a insumos tales como el capital y la mano de obra, las condiciones ambientales y el acceso a los mercados. El desarrollo agrícola sólido y la distribución equitativa de la tierra, en conjunto, proporcionan una buena base sobre la que pueden apoyarse el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. La prosperidad de los agricultores depende de su base de recursos y de su poder de mercado. En el caso de los países de ingresos bajos cuya economía aún es muy dependiente de la agricultura, es esencial definir las etapas de aplicación de las reformas. El aumento de la productividad agrícola y la creación de empleos en el sector no agrícola deben preceder a reformas comerciales tales como la reducción de las tarifas sobre los cultivos producidos por hogares de bajos ingresos.

El Acuerdo de la OMC sobre la Agricultura (Ronda de Uruguay) desaconseja o prohíbe las políticas destinadas a condicionar el precio o la producción de los cultivos. Para la mayoría de los países en desarrollo, dada la necesidad de seguridad alimentaria, es importante que puedan ofrecer incentivos a la producción, por ejemplo, mediante precios estables para el mercado interno (casi imposible en un mercado mundial abierto como el actual). Dado que la FAO entiende que las nuevas negociaciones pueden restringir aún más el lugar que

ocupa la promoción de la seguridad alimentaria en las políticas nacionales, aboga por que la OMC dé un trato especial y diferencial a los países en desarrollo, en virtud del cual se les otorgue mayor flexibilidad en la aplicación de las normas de la OMC:

Cifras de subsistencia y agricultores carentes de recursos.

Los países que destinan la mayor parte o la totalidad del apoyo a estos agricultores deberían estar exentos de recortar el apoyo a la agricultura interna.

Vulnerabilidad económica. En cuanto a los países que dependen principalmente de las exportaciones de sólo uno o dos cultivos, la FAO recomienda que se permitan niveles altos de gasto público para respaldar el aumento de la productividad, mejorar el nivel de vida y poner en ejecución programas por etapas para adquirir a los productores menos eficientes.

Vulnerabilidad física. Quizá sea necesario dar un trato especial y diferencial durante un tiempo a los países cuyos productores son víctimas de desastres, tales como terremotos, inundaciones o guerras. En esos casos, es probable que el Estado necesite realizar inversiones sin limitaciones durante un período para aumentar el número de cabezas de ganado o restablecer los cultivos perennes.

Fuente: GKN, 2007

RECUADRO 12.15 REGULACIÓN DEL MERCADO Y NUTRICIÓN: EL CASO DE LAS GASEOSAS

Existen diversos ejemplos de métodos para regular el mercado en el campo de los alimentos. Un medio eficaz para limitar el consumo puede ser restringir la circulación. [...] El primer paso consiste en evaluar la posibilidad de limitar la circulación en lugares a los que suelen ir los niños, por ejemplo, en las escuelas. En el Brasil, en este último tiempo tres municipios aprobaron leyes que prohíben la venta de algunos alimentos en las cantinas de las escuelas, entre los cuales están las gaseosas. En Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos y Omán, está prohibida la venta de gaseosas carbonadas en las escuelas. Esta medida también se está aplicando en Estados Unidos de América. El precio tiene un efecto muy potente sobre el consumo, aunque el aumento de los precios genera cuestiones relacionadas con la equidad. [...] Otra opción es imponer restricciones de embalaje. En México, hasta 1991, había limitaciones en cuanto al embalaje de estos productos. Como consecuencia, la venta de más del 75% de las bebidas colas se efectuaba en una botella de vidrio que contenía una sola porción, lo que limitó el consumo.

Opciones de intervención:

Iniciar un debate acerca de la conveniencia de regular o imponer normas a la comercialización de alimentos procesados con gran contenido de grasas, azúcares y sodio y, en caso de que se decida que es apropiado, definir el alcance de las intervenciones: es decir, local, nacional o internacional. Este debate debe incluir a la industria de los alimentos además de organizaciones intergubernamentales, gubernamentales y ONG.

Realizar un análisis econométrico a fin de comprender mejor los efectos que tienen las marcas internacionales de alimentos procesados sobre las pautas de consumo (en contraposición con las marcas locales o regionales) y los efectos de la comercialización de estos productos en relación con otros factores que influyen en la elección de los alimentos.

Texto modificado con autorización de la editorial, de Hawkes (2002).

Tabaco y alcohol

La creación del CMCT de la OMS es un ejemplo excelente (aunque poco frecuente) de una acción mundial coherente para limitar la circulación de un producto mortal (Recuadro 12.16). La Comisión insta a los 12 países del África, a los 13 países de la región de las Américas, a los 12 países de Europa y a los 5 países del Oriente Medio que no forman parte del CMCT a ratificar y poner en vigor el CMCT. Esta lista incluye a países del G8 —Italia, la Federación de Rusia y los Estados Unidos de América— así como al país anfitrión de la OMS, Suiza.

En la esfera mundial y nacional, las estrategias deben hallar complemento en acciones normativas locales e intervenciones destinadas a cambiar el comportamiento de la población. Por ejemplo, aplicar impuestos locales —pese a que es necesario tener en cuenta la posibilidad de agravar las desigualdades a través de impuestos que tienen un efecto regresivo sobre los más pobres— y un conjunto más amplio de medidas relacionadas con la oferta y la demanda (Recuadro 12.17).

A partir de la experiencia del CMCT, la Comisión exhorta a la OMS a que inicie un debate con los Estados Miembros acerca de acciones normativas que podrían aplicarse para controlar el consumo de alcohol (Recuadros 12.18 y 12.19). La Región Europea de la OMS registra los niveles más altos de enfermedades y violencia relacionadas con el consumo de alcohol y una gran diferencia en la mortalidad relacionada con el alcohol entre

los distintos países. Los debates acerca de esta cuestión que se efectuaron en Europa estuvieron marcados por argumentos encontrados: ¿puede considerarse que las bebidas alcohólicas son productos como cualquier otro?, ¿o debería considerárselas un problema de salud pública, cuya comercialización podría estar regulada para proteger la salud de las personas? La Comisión insta a los gobiernos de la Región Europea de la OMS y a todos los países del mundo a trabajar conjuntamente para restringir el daño que provoca el alcohol.

Un sector privado responsable

Los agentes del sector privado pueden poner en riesgo los intereses públicos debido a su modo de actuar, pero también puede hacer una contribución importante al bien común. Si bien han hecho pequeños cambios en la forma de proceder orientados a efectuar una contribución social mayor, éstos no son muy creíbles. La responsabilidad social empresarial ha obtenido gran promoción como medio para mejorar los efectos sociales positivos del sector privado, pero, hasta el momento, lo habitual es que no sea más que superficial. Uno de los principales inconvenientes es que, puesto que es voluntaria, no se han dispuesto medios para velar por el cumplimiento (Recuadro 12.20), aunque tampoco han sido muchos los casos en que se ha intentado evaluarla. Una excepción a este problema es la Iniciativa de Comercio Ético. Por ejemplo, una evaluación independiente de las repercusiones que ha tenido el Código de Prácticas Laborales de la Iniciativa de Comercio Ético

RECUADRO 12.16 CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Hay datos concluyentes de que la liberalización comercial, aplicada al tabaco, tiene consecuencias sanitarias adversas. Las investigaciones del Banco Mundial revelan que la reducción de los aranceles en algunas partes de Asia generaron un aumento del 10% en la tasas de tabaquismo respecto de lo que habrían sido si no se hubiera liberalizado el comercio. Los aumentos dentro de determinados grupos, como los adolescentes (de 18,4% a 29,8% en un año) y las adolescentes (de 1,6% a 8,7% en un año) de la

República de Korea son aun más evidentes. A fin de impedir que las políticas comerciales tuvieran prioridad por sobre la protección de la salud, las organizaciones sanitarias y la OMS instaron a que los tratados comerciales excluyeran al tabaco. Si bien el CMCT reconoce claramente el vínculo entre el comercio y el tabaco, no contiene ninguna disposición al respecto.

Fuentes: GKN, 2007; Gostin, 2007

RECUADRO 12.17 ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABACO: EXPERIENCIA EN TAILANDIA

En el informe Tailandia: Restricciones a la importación de cigarrillos e impuestos internos sobre los cigarrillos, el Grupo Especial de 1990 del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) decidió que “podrían emplearse medidas compatibles con el GATT para controlar tanto la oferta como la demanda de cigarrillos, siempre y cuando fueran aplicadas tanto a los cigarrillos de producción nacional como a los importados respetando el principio del trato nacional”. Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que la restricción impuesta sobre la importación de cigarrillos extranjeros no era necesaria si cabía tomar otras medidas, es decir, que podría incorporarse una futura armonización de las políticas de control del tabaco, que incluyeran el aumento

de precios, impuestos *ad valorem* y la prohibición de publicidad, siempre que las políticas no discriminasen entre los productos extranjeros y los nacionales. De este modo, el Grupo Especial aportó un mecanismo general para reforzar el control del tabaco sin violar las normas de la OMC. Tras la decisión del Grupo Especial del GATT, Tailandia mantuvo la prohibición a la publicidad y confirmó otras medidas restrictivas para controlar el consumo de tabaco. Las severas leyes tailandesas constituyen un modelo de lo que pueden emprender los países para hacer frente a las tabacaleras multinacionales y su publicidad.

Fuente: Bettcher et al., 2000

RECUADRO 12.18 EXPERIENCIAS SOBRE EL CONTROL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La experiencia demuestra que el aumento de los precios de las bebidas alcohólicas reduce el consumo y el nivel de los problemas conexos. En la mayoría de los países y, en particular, en los países que imponen bajos gravámenes a las bebidas alcohólicas, el aumento del precio provocado por el aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas incrementa los ingresos fiscales y disminuye el gasto público por daños relacionados con el alcohol. Los efectos del aumento de los precios, al igual que otras medidas destinadas a controlar el consumo de alcohol, difieren en los distintos países en función de factores como la cultura alcohólica imperante y el apoyo que brinda el sector público a medidas de control más estrictas. Sin embargo, los efectos de estas

medidas sobre los daños relacionados con el alcohol son patentes y los costos son bajos, por lo que constituyen medidas rentables. Por otra parte, los controles más estrictos sobre la circulación de las bebidas alcohólicas, en especial estableciendo una mayoría de edad mínima para adquirirlas, un monopolio del Estado sobre las ventas minoristas, restricciones a los horarios de venta y control del número de distribuidores, son intervenciones que tienen efectos positivos. Dado el gran alcance que tienen todas estas medidas y el costo relativamente bajo que implica llevarlas a la práctica, son muy rentables.

Fuente: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

RECUADRO 12.19 ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL ALCOHOL

En todo el mundo, los impuestos sobre las bebidas alcohólicas — mediante impuestos especiales sobre el consumo, impuestos al valor añadido e impuestos sobre las ventas— son de las intervenciones más populares y efectivas en el nivel de la sociedad para reducir el consumo general de alcohol y, a la vez, pueden reducir en particular las enfermedades crónicas secundarias al consumo de alcohol. Las políticas tributarias se basan en las leyes económicas de la oferta y la demanda: agregar un impuesto aumenta el precio de las bebidas alcohólicas. El precio más alto significa que los consumidores sólo pueden comprar menor cantidad de su bebida alcohólica preferida. Las políticas tributarias pueden ser reforzadas

concentrando el poder del mercado en manos de monopolios estatales que controlen los precios, la producción, la importación y la venta de bebidas alcohólicas. Este método ha prevalecido en Norteamérica y partes de Sudamérica, Europa oriental y los países nórdicos. En estos últimos, la cuidadosa modificación de los controles del consumo de alcohol también ha logrado cambiar notablemente las pautas de consumo, por ejemplo, gracias a haber reducido la circulación de bebidas alcohólicas que suelen emplearse en los atracones de alcohol y haber promovido las bebidas con menor graduación alcohólica, como la cerveza con bajo contenido de alcohol.

Fuente: PPHCKN, 2007b

RECUADRO 12.20 RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL: EXIGENCIA DE LA CIUDADANÍA

Si bien hay que reconocer que la responsabilidad social empresarial hace un aporte positivo a los derechos humanos de quienes trabajan en las empresas transnacionales, también hay que reconocer que sólo cambia el estado de las cosas en las pocas empresas que son objeto de acciones por parte de los consumidores o aquellas que ya piensan en términos de equidad y responsabilidad. Otras industrias no

tienen tan buena predisposición. Estas anomalías, además del enfoque un tanto gradual que emplea el movimiento por la responsabilidad social empresarial, deben alertar a los ciudadanos del mundo acerca de la necesidad de adoptar una estrategia más sistemática.

Fuente: Kemp, 2001

revela mejoras en algunas cuestiones (Barrientos & Smith, 2007). Sin embargo, es inevitable que las iniciativas voluntarias tengan efectos limitados. Un método más valioso sería que las empresas debieran rendir cuentas a este respecto.

La acción de la sociedad civil, en especial de los sindicatos, pero también de los interesados directos y los consumidores, puede ejercer mayor presión para que las organizaciones del sector privado rindan más cuentas ante la sociedad, por ejemplo, exigiendo un mayor control normativo oficial (Recuadro 12.21).

El mercado y el sector privado tienen, sin duda, un gran poder para influir en las condiciones sociales, incluso en muchos de los principales determinantes de la salud, si no en todos, pero es fundamental que esa influencia —a nivel mundial, regional, nacional y local— sea benigna. Desde la participación equitativa en las instituciones mundiales a través de las cuales se definen políticas comerciales, pasando por los acuerdos comerciales y los convenios de inversión, hasta las leyes que regulan las actividades y los productos comerciales, sigue siendo esencial el papel del sector público, tanto en lo atinente al suministro como al control.

RECUADRO 12.21 SOCIEDAD CIVIL: INFLUENCIA EN LOS ACCIONISTAS

En reconocimiento de las limitaciones que tienen las iniciativas voluntarias, un grupo de organizaciones internacionales de la sociedad civil formó un movimiento social con el objeto de supervisar en general cuestiones como la responsabilización empresarial, las prácticas de comercio justas y el acceso a los mercados en los países pobres (las organizaciones integrantes de este movimiento eran War on Want [guerra a la necesidad], Christian Aid [ayuda cristiana], World Development Movement [movimiento mundial por el desarrollo], la coalición Trade Justice Movement [movimiento por la justicia comercial], la Red del Tercer Mundo, Oxfam y la Red Internacional de Género y Comercio). Una de las iniciativas consistió en dirigir las acciones hacia los accionistas con la intención

de que apoyaran la aprobación de mociones en las asambleas generales ordinarias. Estas mociones exigirían a las empresas que nombraran auditores independientes encargados de garantizar que los trabajadores de las empresas y granjas proveedoras trabajen en condiciones dignas, perciban un salario de subsistencia, gocen de seguridad en el empleo y tengan el derecho de asociarse al sindicato de su preferencia. Pese a la gran importancia que se otorga al valor del accionista, y la influencia que tienen los accionistas institucionales, cabe destacar que no está comprobada la eficacia de este tipo de intervenciones emprendidas por la sociedad civil.

Fuente: SEKN, 2007

CAPÍTULO 13

Equidad de género

“Es necesario considerar las cuestiones relativas a la mujer de una forma integral y abordarlas como parte de los intereses globales de la sociedad y el desarrollo. No será posible lograr el desarrollo sostenible sin afianzar la colaboración entre las mujeres y los hombres en todos los aspectos de la vida.”

Gertrude Mongella (1995)

EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD

Las desigualdades entre los sexos son omnipresentes en todas las sociedades. Los prejuicios sexistas en el reparto del poder, los recursos y las prestaciones sociales, en las normas y los valores, y en la organización de los servicios son injustos y generan ineficacia e ineficiencia. Las desigualdades entre los sexos tienen efectos perjudiciales en la salud de millones de niñas, jóvenes y mujeres (WGEKN, 2007) e influyen en la salud de distintas formas, mediante pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de acceso a los recursos y las oportunidades, y falta de poder de decisión sobre la propia salud, entre otras cuestiones. Por otra parte, la posición de las mujeres en la sociedad también está ligada a la supervivencia y el desarrollo de los niños y las niñas (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988). Por ejemplo, se considera que la baja posición social de la mujer en el Asia meridional es el principal factor determinante de la malnutrición en esa región (Smith & Haddad, 2000).

Las relaciones de poder entre los sexos se expresan a través normas y valores, se incorporan a través de la socialización y se manifiestan en el grado al que las leyes promueven la equidad de género, las mujeres perciben los mismos ingresos que los hombres por un trabajo equivalente y la contribución económica de las mujeres forma parte de las cuentas nacionales. Además, los prejuicios sexistas suelen estar reflejados en el modo en que están estructuradas las organizaciones y se administran los programas.

En la actualidad, se calcula que son analfabetas 495 millones de mujeres en todo el mundo (el 64% de todos los adultos analfabetos) (UNESCO, 2007a)

En la vida cotidiana, las relaciones de poder entre los sexos suelen conformar el sustento sobre el que se basa el acceso desigual a los recursos materiales y no materiales y su control, y la división injusta del trabajo, el esparcimiento y las posibilidades de progresar en la vida. Las niñas de algunos países reciben menor alimentación y son sometidas a mayores restricciones físicas (WGEKN, 2007). Las desigualdades entre los sexos en relación con la educación, sobre todo en la educación secundaria, siguen siendo inmensas. Las mujeres tienen menos tierra, riqueza y patrimonio en casi todas las sociedades, pero soportan una carga laboral mayor en la “economía de la atención”, que garantiza la supervivencia, la reproducción y la seguridad de las personas, tanto jóvenes como ancianas. Para muchas mujeres, las responsabilidades del cuidado de los niños representan el principal obstáculo entre ellas y el mercado laboral remunerado (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004). Sin embargo, incluso en los sitios donde las mujeres cada vez participan más en el mercado laboral, siguen soportando una carga desigual en lo que respecta al

cuidado de los niños y el trabajo no remunerado que deben hacer en el hogar (WGEKN, 2007). La intensificación de esta doble carga tiene implicaciones para la salud de la mujer, tanto en relación con la salud laboral como con las consecuencias de la falta de descanso y esparcimiento (WGEKN, 2007). Por otra parte, la feminización de la fuerza laboral ha sido simultánea al aumento de la informalización (WGEKN, 2007) y es habitual que las mujeres estén empleadas en ocupaciones peor remuneradas y menos seguras dentro del sector no estructurado de la economía (WGEKN, 2007). Incluso con trabajos equivalentes, las mujeres de todo el mundo ganan entre un 20% y un 30% menos que los hombres (Figura 13.1) (UNICEF, 2006).

Una manifestación extrema, aunque frecuente, de las desigualdades entre los sexos es la violencia de pareja, la que, pese a estar por todas partes y tener consecuencias graves para la salud y el bienestar, sigue sin ser considerada por las políticas y los servicios (WHO, 2005a).

Dentro del sector sanitario, las relaciones de poder entre los sexos se traducen en diferencias en el acceso a los recursos sanitarios dentro y fuera de la familia, y en el control sobre éstos; en la división desigual del trabajo y los beneficios en los sectores estructurado, no estructurado y doméstico del sistema sanitario (véase el capítulo 9, Atención universal de salud), y en los prejuicios sexistas que se observan en el contenido y el proceso de las investigaciones en materia sanitaria (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). Por otra parte, en los últimos años, perdieron terreno la atención y los recursos asignados a la salud sexual y los derechos reproductivos, principalmente a causa de fuerzas políticas que influyen en la asignación de la ayuda (Glazier et al., 2006). Tanto dentro como fuera del sector sanitario, las desigualdades entre los sexos significan que las mujeres, en relación con los hombres, tienen menor voz, poder de decisión, autoridad y reconocimiento. La Figura 13.2 muestra que la proporción de mujeres que tienen la última palabra en las decisiones sobre su propia atención sanitaria es muy variable entre los distintos países de ingresos bajos y medianos: de menos del 20% en Burkina Faso a alrededor del 88% en Jordania.

Incluso en los países donde las desigualdades entre los sexos son menos evidentes, las mujeres siguen teniendo menor acceso al poder político y un grado inferior de participación en las instituciones políticas, desde el consejo municipal local o la aldea hasta el parlamento nacional y el ámbito internacional (UN, 2006b; WGEKN, 2007).

Es posible reducir las desigualdades entre los sexos. De hecho, la posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, aunque los progresos fueron desiguales. Las leyes, la tecnología y los cambios estructurales ayudaron a emancipar a la mujer en muchos países. El uso de los anticonceptivos modernos ha dotado a muchas mujeres de mayor control sobre su cuerpo y vida reproductiva, y la disminución de la tasa de fecundidad se tradujo en una disminución sustancial del tiempo que destinan las mujeres a gestar y criar a sus hijos. También mejoraron el alfabetismo y el nivel educativo de las niñas, jóvenes y mujeres, y se observa un aumento constante de la proporción de mujeres que componen la fuerza laboral (UNICEF, 2006b). Sin embargo, aún queda mucho por hacer.

La educación, la formación y el desarrollo de competencias son importantes para emancipar a la mujer. Además, es preciso eliminar las desigualdades entre los sexos en el mercado laboral,

por ejemplo, la diferencia de retribución entre hombres y mujeres. Por otra parte, es importante afianzar el compromiso político y financiero con la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos. Los efectos intergeneracionales de las desigualdades

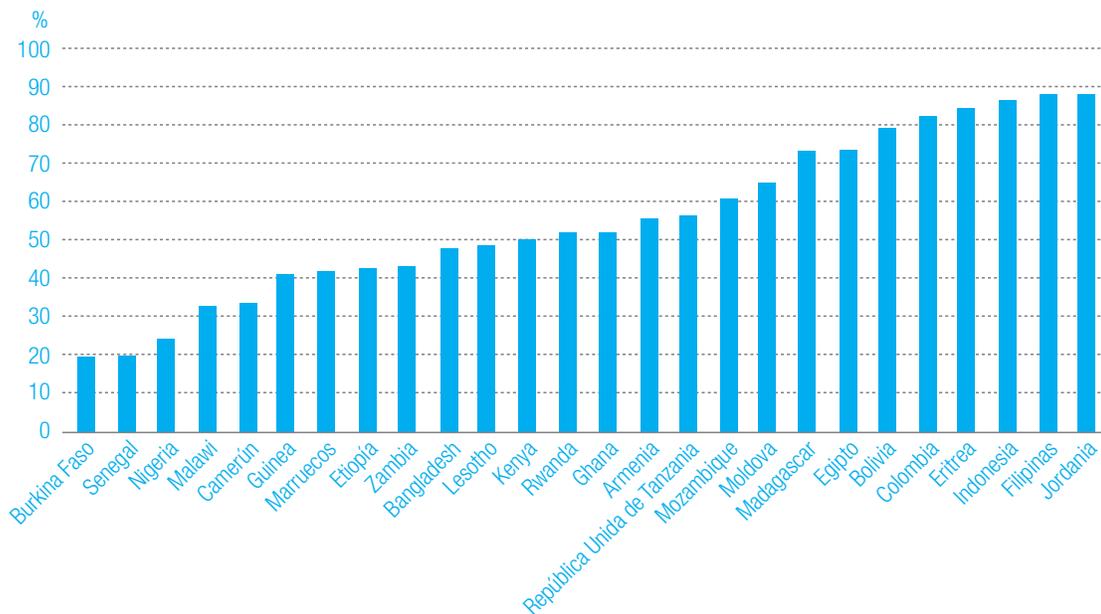
entre los sexos hacen que sea realmente imperioso actuar. Es esencial que actuemos ahora para mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres si queremos reducir las desigualdades sanitarias en una generación.

Figura 13.1 Comparación entre el salario de las mujeres y el de los hombres en algunos países.



Reimpreso con autorización del autor, extraído de UNICEF (2006).
 Oriente Medio y África septentrional: Bahrein, Egipto, Jordania, Ribera Occidental y Franja de Gaza. Asia oriental y el Pacífico: Filipinas, Malasia, Myanmar, República de Corea, Singapur, Tailandia. Países industrializados: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Japón, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza, el Reino Unido. Países en transición: Bulgaria, Croacia, República Checa, Georgia, Kazajstán, Letonia, Lituania, Rumania, Turquía, Ucrania. América Latina y el Caribe: Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú. África subsahariana: Botswana, Eritrea, Kenya, Swazilandia.

Figura 13.2 Porcentaje de mujeres que tienen la última palabra en las decisiones acerca de su propia atención de salud, 2001-2005.



ACCIONES ENCAMINADAS A MEJORAR LA EQUIDAD DE GÉNERO EN FAVOR DE LA SALUD

Legislación

La Comisión recomienda que:

13.1 Los gobiernos creen y apliquen leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo (véase la Recomendación 14.1).

La eficacia de las intervenciones encaminadas a mejorar la equidad sanitaria —ya sea aumentar el acceso a la educación, reducir todo tipo de violencia contra la mujer o proteger a las mujeres, jóvenes y niñas de la discriminación y la explotación en los mercados laborales— depende de un marco jurídico que proteja y fomente la equidad de género. Es probable que sea necesaria una reforma legislativa: revocar las leyes discriminatorias, formular y aplicar leyes y normas que protejan y fomenten la equidad de género, y armonizar las leyes con los tratados de derechos humanos (WHO, 2005a) (Recuadro 13.1). Entre otras cuestiones, el Estado debe garantizar a las mujeres, las jóvenes y las niñas igualdad de condiciones en relación con los derechos de propiedad y los derechos a la herencia (Grown, Gupta & Pande, 2005). En el África subsahariana, por ejemplo, estos derechos son importantes para habilitar a las niñas, las jóvenes y las mujeres a manejar la difícil situación de verse convertidas en jefas del hogar y

principales encargadas del cuidado de las personas con VIH y sida (WGEKN, 2007).

Para que la aplicación de estas leyes sea efectiva, es necesario mejorar la capacidad judicial para interpretar y utilizar esas leyes y sensibilizar al sistema jurídico y judicial (las fuerzas policiales, los investigadores, los abogados y los jueces), a los dirigentes comunitarios y al personal sanitario acerca de las necesidades particulares de la mujer (WHO, 2005a; WHO, 2007b). Ello implica, en el caso de la violencia por ejemplo, velar por que las mujeres que denuncian actos de violencia reciban un trato profesional y respetuoso, y sean protegidas como testigos, y por que se adopten medidas para impedir que vuelvan a ser víctimas de la violencia (WHO, 2005a).

Por otra parte, para garantizar la eficacia de la aplicación y el cumplimiento de las leyes que fomentan la equidad de género, es preciso contar con un presupuesto apropiado, el que debe ser suficiente para llegar a toda la población destinataria y abarcar la magnitud del problema (Recuadro 13.2). Para que la aplicación de las leyes logre los objetivos buscados, es esencial que la asignación de recursos forme parte integral del presupuesto del Estado, y no que dependa de fondos discrecionales.

La aplicación efectiva de las leyes que fomentan la equidad de género también depende de que las mujeres conozcan sus derechos, estén emancipadas para exigirlos y luchen contra las desigualdades entre los sexos, lo cual hace necesario ampliar sus capacidades, sobre todo mediante la educación y el empleo remunerado (WGEKN, 2007). Las organizaciones de la sociedad civil y el Estado pueden desempeñar una

RECUADRO 13.1 ELIMINACIÓN DEL PREJUICIO SEXISTA EN EL DERECHO DE FAMILIA: EL CASO DE KENYA

En Kenya, la Comisión Internacional de Juristas, a partir de una investigación que reveló la magnitud de los prejuicios contra las mujeres que estaban incorporados en el derecho de familia, ejerciendo presiones políticas, logró establecer una División de Familia dentro del Tribunal Superior de Kenya con el propósito de que se ocupara principalmente de los arbitrajes en casos de divorcio, alimentos y propiedad de familia, e impartiera capacitación encaminada a eliminar

los prejuicios sexistas dentro del sistema judicial. Otras iniciativas posteriores se concentraron en que la práctica judicial estuviera en consonancia con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, a fin de armonizar las políticas nacionales con las normas internacionales de derechos humanos.

Fuente: WGEKN, 2007

RECUADRO 13.2 PRESUPUESTO PARA APLICAR LAS LEYES SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR EN AMÉRICA LATINA

Un estudio realizado en el 2002 por el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer se propuso comparar las partidas y el gasto del presupuesto asignados a la aplicación de leyes sobre la violencia familiar en un grupo de países de América Latina y el Caribe elegidos a modo de muestra. El estudio reveló que la financiación asignada a los programas de lucha

contra la violencia familiar suele ser insuficiente para llegar a toda la población destinataria y ocuparse del problema en toda su magnitud. Además, gran parte de la financiación era discrecional y provenía de los presupuestos ministeriales y los donantes internacionales (Luciano et al., 2005).

Fuente: WGEKN, 2007

EQUIDAD DE GÉNERO: ÁMBITO DE ACCIÓN 13.1

Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de los países.

función importante a la hora de sensibilizar a las mujeres acerca de los derechos legales que les asisten (WGEKN, 2007) (Recuadro 13.3).

Los cambios que proponen fomentar la equidad de género pueden toparse con una enérgica oposición organizada. Por lo general, las reformas llevan un período prolongado de preparación, sobre todo si encuentran una oposición organizada que puede echar mano de la amenaza que supone el cambio para movilizar los temores basándose en razones culturales o religiosas. Los grupos locales que promueven la causa, en particular las organizaciones femeninas y los grupos de derechos humanos, pueden desempeñar un papel importante en esta lucha. En Pakistán, por ejemplo, las organizaciones de la sociedad civil desempeñaron un papel importante en los cambios legislativos que facilitaron a las mujeres brindar pruebas en sustento de las acusaciones de violación (Recuadro 13.4). Por lo tanto, es necesario brindar respaldo a largo plazo a las organizaciones femeninas locales (WGEKN, 2007).

Algunas prácticas, como la mutilación genital femenina, pueden cambiar con mayor rapidez gracias a las intervenciones comunitarias que mediante la aplicación de leyes y políticas (Recuadro 13.5). Por sí solas, las leyes que prohíben este tipo de mutilación no son suficientes. Por cierto, si no están bien concebidas y no se efectúa una consulta con los dirigentes de la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil antes de aplicarlas, las leyes y las sanciones pueden tener consecuencias negativas, por ejemplo, que las prácticas sigan vigentes pero en condiciones de clandestinidad (WHO, 2008a).

A fin de cambiar las normas sociales respecto de las desigualdades entre los sexos y las prácticas que dañan a las niñas, las jóvenes y las mujeres, es preciso trabajar con los niños, los jóvenes y los hombres, como bien lo ilustra el ejemplo de la mutilación genital femenina. Las enseñanzas extraídas de los programas encaminados a combatir los estereotipos sexistas y los sistemas normativos desiguales indican que tiene buenos resultados, por ejemplo, ofrecer a los hombres jóvenes oportunidades de interactuar con modelos que promuevan la equidad de género dentro de su propia comunidad y fomentar actitudes más sensibles a la equidad de género en pequeños grupos y en la

comunidad toda (Recuadro 13.6) (véase el capítulo 5, Equidad desde el principio).

Incorporación de una perspectiva de género

13.2 Los gobiernos y las instituciones internacionales instauren, como parte de la administración central y mediante financiación suficiente y a largo plazo, una unidad de equidad de género que tenga el mandato de analizar las implicaciones para la equidad de género que puedan tener las políticas, los programas y los arreglos institucionales e intervenir a ese respecto (véanse las Recomendaciones 10.2 y 15.2).

No sólo es necesario combatir los prejuicios sexistas en el ámbito de la formulación y la aplicación de los sistemas jurídicos. También es preciso prestar atención a la discriminación y los prejuicios sexistas en el modo en que están organizadas las estructuras del Estado y las instituciones y los mecanismos a través de los cuales se conciben y ponen en ejecución las estrategias y las políticas (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Para ello, es preciso lograr que todos los niveles tengan incorporada de manera sistemática la visión de género —en lugar de utilizarla como una actividad accesoria— en la forma en que están estructuradas y funcionan las organizaciones, y en el modo en que se conciben y se ponen en ejecución las políticas, los programas y los servicios; en otras palabras, es preciso incorporar una perspectiva de género (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Este proceso implica evaluar las implicaciones que tiene toda acción planificada para las mujeres y los hombres, de modo que tanto las mujeres como los hombres obtengan un beneficio equitativo (ECOSOC, 1997; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

Si bien es cada vez mayor la importancia que se otorga a la incorporación de una perspectiva de género, para llevarla a la práctica será necesario un impulso mucho mayor. Es preciso que el concepto se entienda del modo apropiado, sea adoptado por las instituciones, reciba financiación suficiente y sea aplicado efectivamente, además de que debe contar con el apoyo de una

RECUADRO 13.3 SENSIBILIZACIÓN A CARGO DE LA SOCIEDAD CIVIL ACERCA DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA

El Centro de asistencia jurídica para la mujer de la República Unida de Tanzania sensibiliza a las mujeres acerca del modo en que pueden adquirir tierras, disponer de ellas e hipotecarlas, obtener el título de propiedad de las tierras que poseen, y participar en la toma de decisiones respecto de la

tierra; además, ofrece servicios de asistencia jurídica. Este centro también imparte capacitación a policías, funcionarios judiciales y jueces acerca de los derechos de propiedad que asisten a las mujeres.

Source: WGEKN, 2007

RECUADRO 13.4 CAMBIO DE COMPETENCIA EN LAS CAUSAS DE VIOLACIÓN: EL CASO DE PAKISTÁN

Según la comisión encargada de velar por los derechos humanos en Pakistán, el país registra una violación cada dos horas y una violación en banda cada ocho horas. El movimiento femenino, pequeño pero bien organizado, conjuntamente con el movimiento por los derechos humanos del Pakistán, viene luchando por lograr cambios pese a la situación política cada vez más complicada por las guerras del Afganistán y el Iraq. El empeño de estos dos movimientos dio su fruto cuando la Asamblea Nacional y la Cámara Alta aprobaron el proyecto de

Ley de protección de la mujer, que trasladó la competencia en las causas por violación de las sharias a los juzgados civiles y facilita a las mujeres demostrar las acusaciones de violación sin que se las acuse de adulterio. Si bien al principio tuvo que posponerse el debate sobre el proyecto de ley debido a la oposición islamista, fue rubricado como ley. No obstante, serán necesarios muchos más esfuerzos para que la ley sea aplicada y respaldada plenamente.

Fuente: WGEKN, 2007

unidad catalizadora de la cuestión de género que tenga influencia, autoridad y presupuesto (WGEKN, 2007). La Comisión recomienda que los gobiernos nacionales y las instituciones internacionales, con la asistencia de la OMS, entre otros, instauren una unidad de género que fomente un análisis de las implicaciones para la cuestión de género que pueden tener las políticas, los programas y los arreglos institucionales de toda la organización. En Suecia, por ejemplo, la División para la igualdad de género, que forma parte del gobierno central, es responsable de coordinar las actividades encaminadas a incorporar la perspectiva de género (Recuadro 13.7).

Existen diversas estrategias para incorporar la perspectiva de género en las organizaciones, los procesos normativos y la elaboración de programas e intervenciones (Ravindran & Kelkar-Khambete,

2007) (Recuadro 13.8). La incorporación efectiva dentro de las organizaciones resulta más sencilla si se hace recaer la responsabilidad acerca de la cuestión en el personal directivo superior y si se destinan los recursos financieros y humanos suficientes para crear una unidad central con experiencia en cuestiones de género.

Al planificar la incorporación de la perspectiva de género, resulta de utilidad examinar si están dadas las condiciones propicias. De no ser así, será necesario cierto grado de preparación para generar las condiciones necesarias, lo que incluso puede emprenderse en simultáneo con el inicio de las tareas encaminadas a incorporar la perspectiva de género (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Las condiciones propicias comprenden la presencia de voluntad política, el establecimiento de marcos jurídicos y constitucionales que respalden

RECUADRO 13.5 CAMBIO DE LAS NORMAS ACERCA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En algunos casos, las iniciativas educativas multifacéticas lograron cambiar actitudes y normas respecto de la mutilación genital femenina. Tal es el caso del proyecto de Senegal, que ahora constituye un modelo regional aprobado por el UNICEF, que logró que se hiciera una declaración pública acerca de la intención de abandonar la práctica, y se pusiera en ejecución un programa educativo acerca de los derechos humanos, lento pero ininterrumpido, que alienta a los aldeanos a cambiar de idea acerca de esa costumbre. En términos más generales, los programas suelen ser efectivos cuando: (i) las intervenciones que proponen un cambio de actitud también están destinadas a los hombres; (ii) se eligen cuidadosamente

los líderes de grupo o facilitadores correctos para los proyectos y hay acuerdo respecto de los criterios que deben cumplir los participantes; (iii) se imparten clases acerca de la salud reproductiva y los derechos reproductivos que logran quitarle el tabú asociado al tema de los problemas de salud que genera la mutilación genital femenina; (iv) se colabora con la comunidad en la creación de otro rito de iniciación; y (v) se imparte educación que trasciende la temática de la mutilación genital femenina e incluye los derechos, la salud y el desarrollo.

Fuente: WGEKN, 2007

RECUADRO 13.6 EL PROGRAMA “STEPPING STONES”: EXPERIENCIA EN SUDÁFRICA

“Stepping Stones” es un programa de intervenciones conductuales cuyo objetivo es reducir la transmisión del VIH fomentando relaciones más sólidas y sensibles a la equidad de género. El programa aplica los principios del aprendizaje participativo y la creación de capacidad haciendo uso de la reflexión crítica y las obras de teatro en grupos de hombres y de

mujeres. Las evaluaciones minuciosas de los resultados que ha tenido el programa en Sudáfrica revelan una reducción de las enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres, cambios en el comportamiento sexual riesgoso de los hombres y una disminución de la violencia contra las mujeres.

Fuente: WGEKN, 2007

RECUADRO 13.7 INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: ESTRATEGIA SUECA PARA FOMENTAR LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS

El principal objetivo de la incorporación de la perspectiva de género en Suecia consiste en eliminar las raíces estructurales de las desigualdades entre los sexos de la sociedad en general. Proponerse un objetivo de esa magnitud dista mucho de ser la norma incluso dentro de la Unión Europea. En Suecia, implica tener en cuenta las relaciones entre los sexos en todas las actividades emprendidas por las organizaciones públicas, privadas y benéficas efectuando un análisis sistemático de las relaciones entre los sexos desde la creación hasta la ejecución de todas las políticas y la dispensación de todos los servicios. La adopción de esta estrategia fue posible gracias a la función crucial que desempeñaron los expertos técnicos en la definición

de los objetivos y los métodos. Sin embargo, la estrategia tuvo mayor aceptación en el gobierno central que en los municipios. Otro factor que determina los buenos resultados obtenidos en Suecia es la coordinación efectiva entre los sectores y los distintos organismos, que está a cargo de la División para la igualdad de género —parte del gobierno central—, pero el aspecto más importante fue que la estrategia generó un amplio consenso social en todo el espectro político que, hasta cierto punto, protege a la incorporación de la perspectiva de género de los vaivenes de la política democrática.

Fuente: WGEKN, 2007

la equidad de género y la presencia de un movimiento femenino firme (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Recuadro 13.9).

Incluir la contribución económica de las mujeres en las cuentas nacionales

La Comisión recomienda que:

13.3 Los gobiernos incluyan la contribución económica del trabajo en el hogar, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales, y fomenten la incorporación del trabajo del sector no estructurado de la economía (véase la Recomendación 8.3).

Las cuentas nacionales proporcionan datos acerca de las actividades económicas que se desarrollan dentro de un país determinado y miden la producción, el ingreso y la riqueza nacionales. El Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas, formulado como una guía para que los países elaboraran su propio sistema de contabilidad y para facilitar la comparación entre los distintos países, define a las economías en función de las transacciones comerciales (Waring, 2003).

El trabajo no remunerado, en su mayoría realizado por mujeres —en el hogar y asistiendo a otras personas— sigue sin aparecer en las cuentas nacionales, por lo que estas actividades son invisibles en las estadísticas nacionales. Se calcula que el trabajo no remunerado en el Canadá representa el 33% del PIB, y casi dos tercios de este trabajo no remunerado está a cargo de mujeres (según datos de 1998) (Hamdad, 2003). “La falta de visibilidad de la contribución económica femenina a la economía deriva en políticas que perpetúan las desigualdades económicas, sociales y políticas entre las mujeres y los hombres. Si uno

es invisible para la economía nacional como productor, también es invisible para la distribución de los beneficios”, como pueden ser los servicios de crédito o la formación (Waring, 2003). Es fundamental que las mujeres, las jóvenes y las niñas que cumplen una función amortiguadora para las familias, las economías y las sociedades al asumir la responsabilidad de cuidar de otras personas reciban apoyo mediante recursos, infraestructura y políticas y programas que sean efectivos (WGEKN, 2007). Comenzar por hacerlas visibles en las cuentas nacionales es un primer paso importante (Waring, 1988; Waring, 1999).

Es preciso reconocer y hacer visible la contribución de las mujeres a la economía mundial, nacional y local poniendo en ejecución nuevos sistemas de contabilidad (Waring, 2003). Si bien en 1993 se reexaminaron las normas del Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas, éstas aún no dan cuenta de las actividades que se producen y consumen dentro de un mismo hogar (Waring, 2003). Se propusieron diversas técnicas para medir y valorar el trabajo no remunerado y algunos países, como el Canadá (Recuadro 13.10), llevaron a la práctica estas técnicas para calcular el valor del trabajo no remunerado. Los distintos métodos tienen ventajas y desventajas, y es preciso investigar nuevas técnicas y modos de aplicarlas a la realidad.

Además del trabajo en el hogar, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario, muchas mujeres tienen un trabajo remunerado dentro del sector no estructurado de la economía. Es necesario fomentar la incorporación del trabajo remunerado del sector no estructurado en las cuentas nacionales, ya que aún no aparece representado correctamente. Existen métodos que permiten incluir ese tipo de trabajo en los sistemas contables actuales (Delhi Group on Informal Sector Statistics, s.f.).

RECUADRO 13.8 INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL GOBIERNO CHILENO: EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN

El Programa de Mejoramiento de la Gestión, puesto en ejecución en Chile, funciona como un incentivo grupal vinculado al desempeño institucional: todo el personal de las instituciones públicas que cumplan con las metas del programa de gestión previamente aprobadas por el Ministerio de Economía recibe una bonificación de hasta el 4% de su salario. La elaboración del Programa para cada institución tiene en cuenta un conjunto de aspectos que son comunes a todas las instituciones del sector público, uno de los cuales es la planificación desde el componente de género. La propuesta se presenta una vez al año, junto con el proyecto de presupuesto, ante el Ministerio de Economía. La incorporación de un componente de género implica agregar la perspectiva de género en el ciclo presupuestario, lo que permite integrar las consideraciones

de género en los procedimientos cotidianos y habituales de la administración pública e incorporar modificaciones permanentemente en la dinámica cotidiana de las instituciones y sus procedimientos normalizados. Así, las instituciones públicas deben incorporar esta dimensión en todas las estrategias, lo que permite asignar el presupuesto público de un modo que satisfaga mejor las necesidades de hombres y mujeres y contribuya a reducir las desigualdades entre los sexos. La ejecución de este mecanismo de incentivo constituye una importante innovación: es la primera vez que Chile asocia el concepto de equidad de género de manera integral a la gestión presupuestaria.

Fuente: WGEKN, 2007

RECUADRO 13.9 DEFENSA DE LA EQUIDAD DE GÉNERO

Las actividades organizadas de los movimientos feministas de todo el mundo en la década de 1970 exigían cambios en las leyes, las políticas, los programas y los servicios que afectaban a la salud de la mujer. Se establecieron centros de salud femenina en muchos países del norte y también en algunos países del sur. En muchos países en desarrollo, se propagó el activismo local encaminado a promover el control de la mujer sobre su fecundidad y sexualidad, a desmitificar

el conocimiento médico y a abogar por políticas y programas centrados en la mujer. Todos estos movimientos confluyeron en el surgimiento de un movimiento internacional por la salud femenina en los primeros años de la década de 1980, el que proporcionó un impulso mayor a la causa en pro de la salud de la mujer. Gracias a este movimiento, algunos países formularon políticas sobre salud femenina.

Fuente: Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007

Educación y formación

La Comisión recomienda que:

13.4 Los gobiernos y los donantes inviertan en la educación y la formación reglada y profesional de las niñas, las jóvenes y las mujeres con miras a ampliar sus aptitudes (véase la Recomendación 5.4)

La promoción de la equidad de género y la emancipación de la mujer constituye una estrategia esencial de desarrollo que forma parte del marco de los ODM (ODM 3). La ampliación de las aptitudes de las niñas, las jóvenes y las mujeres mediante la educación constituye la base sobre la que reposa la emancipación de la mujer. Hay varias iniciativas que logran mejorar la matrícula escolar y disminuir la deserción de las niñas, y que eliminan los obstáculos que se interponen entre las niñas y la educación, como ya se ha descrito en el capítulo 5 (Equidad desde el principio). Por otra parte, es acuciante la necesidad de extender las oportunidades de formación reglada y profesional a los millones de mujeres adultas que no recibieron educación o la educación que recibieron fue insuficiente.

Puesto que las iniciativas que están en curso no son suficientes para cumplir con la meta del programa Educación para Todos de reducir a la mitad la tasa de analfabetismo entre los adultos antes del 2015 (UNESCO, 2007b), la UNESCO creó la Iniciativa para la alfabetización LIFE, un marco para el fomento del alfabetismo que será aplicado en 35 países que tienen tasas de alfabetismo inferiores al 50% o tienen más de 10 millones de personas analfabetas (UNESCO, 2007b). La iniciativa hace hincapié en el respeto por los estudiantes y sus necesidades y la importancia de que éstos adopten una actitud activa frente al aprendizaje, y constituye una alianza entre los gobiernos, la sociedad civil, los organismos de desarrollo, las organizaciones internacionales, el sector privado, las universidades, los medios de comunicación y los propios estudiantes.

Involucrar a las personas en la determinación de sus propias necesidades es parte integral del marco basado en los determinantes sociales de la salud. El Recuadro 13.11 describe un modelo innovador que pone a la alfabetización en el centro de la acción para mitigar la pobreza de Bangladesh, en particular de las mujeres de los entornos rurales.

RECUADRO 13.10 MÉTODO PARA CUANTIFICAR LA CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO NO REMUNERADO: INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS DEL CANADÁ

El instituto encargado de las estadísticas del Canadá es uno de los principales organismos del país abocados al desarrollo y el uso de técnicas para cuantificar y valorar el trabajo no remunerado. El Estudio social general del Canadá efectúa encuestas sobre el uso del tiempo cada seis años y recoge información del tiempo que se destina al trabajo no remunerado en el hogar. Esta información se combina con el costo imputado por hora para calcular el valor del trabajo no remunerado. Existen diferentes métodos para imputar el costo

por hora del trabajo no remunerado: por ejemplo, el método del costo de oportunidad (es decir, el ingreso laboral al que se renuncia) y el método de reemplazo del mercado (es decir, los costos que implicarían contratar mano de obra de reemplazo en el mercado libre). El valor del trabajo no remunerado es muy variable y depende del método que se emplee para calcularlo. En Canadá, osciló entre el 33% y el 52% del PIB (en 1998), según el método empleado.

Fuente: Hamdad, 2003

EQUIDAD DE GÉNERO: ÁMBITO DE ACCIÓN 13.2

Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer.

RECUADRO 13.11 GANOKENDRAS: CENTROS POPULARES DE ENSEÑANZA EN BANGLADESH

Pese a los avances de los últimos años gracias a la ejecución de una amplia gama de iniciativas encaminadas a mejorar la educación en Bangladesh, la tasa general de alfabetismo femenino sigue siendo baja (UNESCO, 2007a). El programa basado en los ganokendras fue iniciado en 1992 por la ONG bengalí Misión Ahsania de Dhaka y ahora funciona en más de 800 comunidades y beneficia a más de 400 000 personas. Este programa adopta un enfoque basado en la alfabetización para aliviar la pobreza y emancipar a la mujer. Los centros ganokendras están organizados y dirigidos por la comunidad local, con una gran participación de las mujeres, y las actividades que emprenden tienen en cuenta las necesidades locales. Participan hombres, mujeres y

niños en las actividades, pero la mayoría de los miembros son mujeres. Además de ofrecer cursos de alfabetización a las mujeres y brindar educación básica a los analfabetos, los ganokendras funcionan como centros comunitarios de capacitación y debate sobre asuntos importantes, realizan actividades vinculadas a programas sociales y ecológicos, y muchos otorgan microcréditos. Además, son centros de reunión de la comunidad, lo que brinda oportunidades de conexión entre las personas y con las ONG y los organismos del Estado, comunicación que mejora el acceso a los servicios.

Fuente: Alam, 2006; UNESCO, 2001

Las iniciativas que imparten formación profesional a las mujeres pueden dotarlas de competencias para mejorar su capacidad de generar un ingreso. Algunas de esas iniciativas ya están en curso en distintos lugares del mundo. En el Reino Unido, por ejemplo, se inició un programa educativo en los últimos años en respuesta al informe de la Comisión de la Mujer y el Trabajo (2006) (Recuadro 13.12).

Participación económica

La Comisión recomienda que:

13.5 Los gobiernos y los empleadores respalden la función económica de las mujeres garantizándoles la equidad salarial por ley, velando por la igualdad de oportunidades de empleo en todos los niveles y poniendo en marcha políticas favorables a la familia que aseguren que las mujeres y los hombres puedan asumir la responsabilidad por el cuidado de la familia en pie de igualdad (véase la Recomendación 7.2).

En ocasiones, no basta con mejorar la matrícula y disminuir la deserción escolar de las niñas y jóvenes en todos los niveles educativos para prevenir que se vean limitadas en el siguiente nivel, es decir, en la participación económica. En los sitios donde persisten las normas sexistas, incluso las niñas y las jóvenes que asisten a la escuela terminan asumiendo funciones según estereotipos de género (WGEKN, 2007). Para eliminar estos obstáculos, es necesario destruir los prejuicios y los impedimentos del mercado laboral (WGEKN, 2007).

Garantizar la equidad salarial por ley

En todo el mundo, las mujeres ganan entre un 30% y un 60% menos que los hombres debido a una combinación de cuestiones: el trabajo en los denominados “empleos femeninos”,

las diferencias salariales y las diferencias de participación en la fuerza laboral (UNICEF, 2006). Incluso con trabajos equivalentes, las mujeres generalmente ganan menos que los hombres (Cohen, 2007; Hartmann, Allen & Owens, 1999). Estas circunstancias tienen consecuencias importantes en los niveles de pobreza que se observan, por ejemplo, entre los niños de las madres solteras (Hartmann et al., 1999). Las diferencias en los ingresos acumulados también pueden ampliar las diferencias entre los sexos en lo que respecta a los beneficios previsionales (Cohen, 2007; US Social Security Administration, 2004). La pobreza y los bajos beneficios previsionales están asociados a peores resultados sanitarios (véase el capítulo 8, Protección social a lo largo de la vida), en tanto que el ingreso en manos de las mujeres puede tener un efecto particularmente beneficioso para la salud de los niños (UNICEF, 2006).

Para resolver esta situación injusta, son necesarias acciones en todos los niveles. Las leyes que obligan a los empleadores a lograr y mantener la equidad salarial pueden representar medios potentes para eliminar la diferencia de remuneración. La OIT adoptó la “Resolución relativa a la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, a la igualdad de remuneración y a la protección de la maternidad”, que hace un llamamiento a todos los gobiernos e interlocutores sociales (sindicatos y empleadores u organizaciones que los representan) a tomar medidas específicas para subsanar la diferencia salarial entre hombres y mujeres (ILO, 2004a). En términos más específicos, la resolución propone que los interlocutores sociales acuerden la incorporación de programas de evaluación de puestos que sean neutros con respecto al género, indicadores estadísticos y evaluación de prácticas en el lugar de trabajo teniendo en cuenta la discriminación de género y raza (Recuadro 13.13).

Los sindicatos son medios potentes para ejercer presión en favor de leyes que velen por el principio de “igual remuneración por

RECUADRO 13.12 RESPALDO AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y LA PROMOCIÓN DE PERSPECTIVAS DE CARRERA DE LAS MUJERES: EXPERIENCIA EN EL REINO UNIDO

Como parte de un plan de acción emprendido como respuesta al informe de la Comisión de la Mujer y el Trabajo, el gobierno del Reino Unido experimentó con programas de capacitación profesional con el propósito de ayudar a las mujeres poco calificadas a regresar al trabajo. Asimismo, creó un programa destinado a fomentar vínculos entre los empleadores y quienes brindaban capacitación. Se creó un

grupo de trabajo empresarial femenino para que trabajara conjuntamente con los organismos regionales de desarrollo para experimentar con diversos métodos con el fin de respaldar los emprendimientos de las mujeres.

Fuente: Department for Communities and Local Government, 2006

RECUADRO 13.13 EL DERECHO A IGUAL REMUNERACIÓN EN QUEBEC, CANADÁ

En Quebec, como en el resto del Canadá, las mujeres ganan alrededor del 70% de la remuneración que perciben los hombres por un trabajo equivalente. Los sindicatos de Quebec se comprometieron a abrazar la lucha en favor de “igual remuneración por trabajo de igual valor” e iniciaron un prolongado cabildeo que condujo a la adopción de una ley sobre la equidad de la remuneración. Gracias a la movilización de las mujeres y el cabildeo de los sindicatos, el gobierno de Quebec presentó una ley que obliga a los empleadores a alcanzar y mantener la equidad en la remuneración dentro de sus empresas. En virtud de esta ley, todas las empresas que empleen a 50 empleados o más

deben elaborar un programa que vele por la equidad en la remuneración, que comprenda cuatro etapas: (1) definir las categorías laborales que son principalmente femeninas o masculinas dentro de la empresa; (2) describir el método y los instrumentos empleados para la evaluación (de las categorías laborales); (3) evaluar las categorías laborales, compararlas, calcular la diferencia salarial y los ajustes salariales que son necesarias; y (4) determinar el modo en que se pagarán esos ajustes.

Texto adaptado con autorización de la editorial, de Côté (2002-2003).

trabajo de igual valor” y pueden reunir información para determinar la magnitud del problema utilizando, por ejemplo, el Código de prácticas sobre la aplicación del concepto “igual remuneración por trabajo de igual valor”, publicado por la Comisión Europea (European Commission, 1996; Gender Promotion Programme ILO, 2001).

Velar por la igualdad de oportunidades de empleo en todos los niveles

Por otra parte, son necesarias medidas que respalden a las mujeres para que también puedan progresar en el trabajo, a fin de que logren la igualdad de condiciones con los hombres. El Estado y los empleadores deben adoptar un enfoque multifacético —por ejemplo, aplicar leyes antidiscriminatorias en el lugar de trabajo y garantizar que las mujeres no reciban un castigo económico a causa de la maternidad (ILO, 2004b)— que también estipule la capacitación en gestión y el establecimiento de mentores y arquetipos en los niveles más altos, y la incorporación de redes y canales formales e informales de comunicación en el entorno laboral (ILO, 2004b). Algunos países utilizan los cupos como medio para ayudar a las mujeres a atravesar el “techo de cristal”. Por ejemplo, en Noruega, deben ser mujeres al menos el 40% de los miembros de la junta directiva de las empresas del Estado. Las políticas encaminadas a garantizar igualdad de oportunidades en el empleo —en relación con la contratación, la asignación de puestos de trabajo, la planificación de la carrera profesional, la categorización de puestos, los salarios, los traslados y los ascensos— deben ser objeto de una supervisión minuciosa. Todos los procedimientos deben ser transparentes, objetivos y justos (ILO, 2004b).

La calidad y las condiciones laborales son tan importantes como las desigualdades entre los sexos en lo que respecta a las oportunidades laborales. Un elemento esencial para mejorar la calidad del trabajo consiste en aplicar políticas en relación con el acoso sexual e impartir capacitación acerca del tema para crear un clima de respeto en los entornos laborales (ILO, 2004b).

Políticas favorables a la familia

Las políticas favorables a la familia son importantes para garantizar igualdad de oportunidades en el empleo para las mujeres y los hombres (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). El Estado y los empleadores deben tomar medidas que permitan a las mujeres y los hombres asumir responsabilidades laborales y domésticas en igualdad de condiciones, por ejemplo, ofrecer guarderías de calidad, horarios flexibles y licencias por maternidad y paternidad, y programas destinados a transformar las actitudes de los hombres y las mujeres con respecto a la asistencia a otras personas, de modo que los hombres puedan comenzar a asumir iguales responsabilidades en esa tarea (WGEKN, 2007; ILO, 2004b). Los servicios de guardería de calidad, con independencia de la capacidad de pago, no sólo ayudan a las mujeres a ingresar en el mercado laboral sino que también impiden que los niños se queden solos en el hogar o al cuidado de hermanos mayores —lo que puede tener consecuencias graves para su salud (Heymann, 2006)— y permiten a las niñas y las jóvenes concurrir a la escuela en lugar de quedarse cuidando a sus hermanos menores (UNICEF, 2006). Los servicios de guardería son factibles incluso en los países pobres, como lo ilustra el Recuadro 13.14

Salud sexual y reproductiva y derechos conexos

La Comisión recomienda que:

- 13.6 Los gobiernos, los donantes, las organizaciones internacionales y la sociedad civil amplíen su compromiso político con los programas y servicios de salud sexual y reproductiva e inviertan en ellos, teniendo como objetivo la cobertura universal (véanse las Recomendaciones 9.1 y 11.3).**

Las desigualdades entre los sexos tienen gran influencia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los derechos conexos. Hay problemas serios relacionados con las desigualdades entre los sexos, tales como la violencia de pareja, que puedan pasar inadvertidos en el

RECUADRO 13.14 SERVICIOS DE GUARDERÍA: EXPERIENCIA EN LA INDIA

El sindicato SEWA representa a mujeres pobres que trabajan por cuenta propia. Sus miembros expresaron la necesidad de contar con servicios de guardería, lo que les permitiría trabajar sin poner en riesgo la seguridad y el desarrollo de sus hijos. En estrecha asociación con el gobierno, se formaron 100 guarderías con el apoyo del sindicato que son administradas por cooperativas de prestadores especializados. Cada una de estas guarderías se ocupa del cuidado de 35 niños, desde que nacen hasta los seis años, poniendo especial atención en el desarrollo general de los niños, tanto en su crecimiento físico como intelectual. Los docentes tienen entrevistas regulares con las madres, en las que conversan acerca del desarrollo del niño y aportan sugerencias. Además, pesan con frecuencia a los niños y llevan un registro completo de su crecimiento. Estas guarderías también funcionan como centros de vacunación y atención prenatal y posnatal. Los estudios del SEWA ilustran las importantes repercusiones que ha tenido el

servicio de guardería: según las madres, su ingreso aumentó más del 50% y uno de los beneficios indirectos de ese aumento es que mejoró la nutrición de los niños, ya que por primera vez pudieron alimentarlos con verduras y lentejas. Las mujeres también revelaron que se sienten más tranquilas porque saben que sus hijos están bien cuidados mientras ellas están trabajando. Por otra parte, los hermanos mayores, en particular las niñas, comenzaron a concurrir a la escuela porque ya no debían ocuparse de cuidar de sus hermanos menores. Además, el crecimiento físico de los niños pequeños, al igual que su capacidad cognitiva, mejoró significativamente gracias a la alimentación que reciben en los centros. Todos los niños comenzaron la escuela primaria a los seis años y la mayoría pudo acceder a la secundaria.

Texto adaptado con autorización del autor, extraído de SEWA Social Security (s.f.)

EQUIDAD DE GÉNERO: ÁMBITO DE ACCIÓN 13.3

Reafirmar el compromiso con el objetivo de velar por la salud reproductiva y sexual y los derechos conexos para todas las mujeres.

proceso de prestación de servicios de salud reproductiva. Por ejemplo, la violencia de pareja durante el embarazo, que es más frecuente que la hipertensión o la preeclampsia —para cuya detección las embarazadas son evaluadas en todas las consultas prenatales— rara vez es considerada en una consulta de salud reproductiva (Glasier et al., 2006). Los programas y los servicios de salud sexual y reproductiva pueden estar estructurados —y deben estarlo— de un modo tal que emancipen a la mujer para hacer elecciones sexuales y reproductivas contando con la información necesaria a lo largo de toda la vida, a fin de otorgarles autonomía sobre su vida reproductiva. Es esencial fortalecer el compromiso político y financiero, incluida la financiación de investigaciones pertinentes, con el objetivo de lograr la cobertura universal de la atención de salud sexual y reproductiva.

Los primeros decenios de la segunda mitad del siglo XX giraron en torno al control demográfico. Se elaboraron y se pusieron en práctica programas de planificación familiar con mayor interés por cumplir con los objetivos y los resultados macroeconómicos que por garantizar el bienestar y los derechos de cada mujer. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994 significó un cambio de paradigma, que abandonó el control demográfico y pasó a ocuparse de la salud y los derechos reproductivos. Un elemento central del concepto de salud y derechos reproductivos consiste en “entender que el progreso de la igualdad entre los sexos y la equidad y la emancipación de la mujer, la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y la garantía de que la mujer pueda tener control sobre su propia fecundidad son los pilares de los programas relativos a la población y el desarrollo” (Glasier et al., 2006). La salud reproductiva es un concepto emancipador, dado que hace hincapié en los derechos sexuales y reproductivos y tiene el propósito de habilitar a las mujeres para que puedan lograr autonomía acerca de su vida reproductiva. El paradigma de la salud reproductiva pone de manifiesto la importancia de tratar de comprender las experiencias y las limitaciones particulares de la mujer y los factores sociales que influyen en la salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida (Langer, 2006); además, es parte integral del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud.

En 1994, los delegados de 179 países y de 1200 ONG convinieron en arbitrar los medios para ofrecer un acceso universal a la salud reproductiva antes del 2015 (Glasier et al., 2006) y, más recientemente, esta meta pasó a formar parte de los ODM. No obstante, han sido desiguales los progresos en este sentido. Si bien el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de tan sólo 1 cada 47 600 mujeres en Irlanda, es de 1 cada 8 en el Afganistán (UNICEF, 2007c). Las desigualdades también son enormes entre los distintos grupos de un mismo país. En Indonesia, por ejemplo, la mortalidad materna entre los pobres es entre tres y cuatro veces mayor que la de los ricos (Graham et al., 2004). En los países de ingresos bajos y medianos, el 65% de los nacimientos sin asistentes de partería calificados corresponden a mujeres pobres de los entornos rurales (Houweling et al., 2007). Sigue siendo un problema importante por resolver el acceso a servicios de salud reproductiva para las desplazadas internas y, en un sentido más general, para las mujeres de países que están en conflicto o son víctimas de otras crisis (Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007).

En el siglo XXI, surgieron nuevas prioridades mundiales que distrajeran la atención del objetivo principal (Fathalla, 2006). Si no está relacionada con el VIH y el sida, la salud sexual y reproductiva no logra atraer los recursos financieros que supuestamente debía aportar la comunidad donante, en especial en lo que respecta a la planificación familiar, el aborto peligroso y las enfermedades de transmisión sexual (Langer, 2006). Los resultados satisfactorios que lograron los programas de salud reproductiva en la reducción de la tasa de fecundidad derivó

en una disminución de las inversiones en los servicios de planificación familiar, “que ha tenido consecuencias desastrosas en los países que aún registran bajas tasas de uso de anticonceptivos” (Glasier et al., 2006). Por otra parte, se han observado algunos intentos de anular los acuerdos logrados en El Cairo (Fathalla, 2006). La resistencia ideológica al paradigma de salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, en particular a las cuestiones relacionadas con la sexualidad, el aborto y los servicios a las adolescentes, tuvo efectos perjudiciales sobre el acceso a los servicios que benefician sobre todo a las mujeres (Langer, 2006; Fathalla, 2006).

Es esencial que los gobiernos y los donantes reafirmen su compromiso con la salud y los derechos reproductivos y que reestablezcan la salud sexual y reproductiva como prioridad fundamental en materia sanitaria y de desarrollo (Glasier et al., 2006; Fathalla, 2006). Hay algunas iniciativas positivas en este sentido. En el 2004, todos los Estados Miembros de la OMS (a excepción de los Estados Unidos de América, que se desvinculó de la estrategia) respaldaron la estrategia mundial de salud reproductiva encaminada a acelerar el progreso hacia los objetivos y las metas relativas a la salud reproductiva (Glasier et al., 2006). En el 2008, en la reunión de alto nivel que tuvo lugar en la Sede de las Naciones Unidas en la que se examinaron los ODM, los líderes mundiales reafirmaron su compromiso con el objetivo de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva antes del 2015”, según lo establecido en la conferencia de El Cairo (Fathalla, 2006). Si bien en principio estaba ausente del marco de los ODM, en esa reunión se agregó una meta específica sobre la salud reproductiva (“lograr, antes del 2015, el acceso universal a la salud reproductiva”). Es preciso fortalecer el compromiso político y financiero si se ha de cumplir con esta meta. Ello implica financiar también a las organizaciones de la sociedad civil que están comprometidas con la causa de la salud y los derechos reproductivos.

El mundo ya dispone de los conocimientos y las tecnologías necesarias para lograr la meta de ofrecer salud sexual y reproductiva universal (Glasier et al., 2006). “Los cinco elementos centrales de la atención de salud sexual y reproductiva son el mejoramiento de la atención prenatal, perinatal, puerperal y neonatal; la dispensación de servicios de planificación familiar de buena calidad, que también comprenda métodos para tratar la esterilidad; la eliminación de los abortos peligrosos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se cuentan el VIH, las infecciones genitales, el cáncer de cuello uterino y otras morbilidades ginecológicas; y la promoción de una sexualidad saludable” (Glasier et al., 2006). La reducción de la violencia sexual y de pareja también constituye un ámbito en el que es fundamental intervenir. Si bien no cabe duda de la importancia que reviste brindar servicios de salud reproductiva y sexual de buena calidad (Glasier et al., 2006) (véase el capítulo 9, Atención universal de salud), éstos deben estar incorporados en un enfoque que también se ocupe de las raíces sociales y culturales que subyacen a la desigualdad entre los sexos.

El origen de las desigualdades de género es social y, por consiguiente, pueden modificarse para mejorar la salud de millones de niñas, jóvenes y mujeres de todo el mundo. Las acciones que permitirán cumplir con este objetivo comprenden garantizar que las leyes protejan y promuevan la equidad de género y eliminar los prejuicios sexistas de las estructuras y políticas de las organizaciones. En algunas regiones, es prioritario educar y capacitar a las mujeres; en otras, resulta más primordial disminuir las limitaciones a la participación económica, social y política en todos los niveles. Por último, es esencial que los gobiernos y los donantes reafirmen su compromiso con la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, ya que este compromiso se está debilitando.

CAPÍTULO 14

Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse

“En todo el mundo las personas sufren una pérdida de control sobre sus vidas, sus entornos, sus puestos de trabajo [...] y, en definitiva, sobre el destino de la Tierra. Así pues, siguiendo una antigua ley de la evolución social, la resistencia se enfrenta a la dominación, la movilización reacciona contra la impotencia y los proyectos alternativos desafían a la lógica imbuida en el nuevo orden global, que en todo el planeta se percibe cada vez más como un desorden.”

Castells 1997:69 (Oldfield & Stokke, 2004)

LA RELACIÓN ENTRE EL PODER Y LAS DESIGUALDADES SANITARIAS

Estar integrado en la sociedad en la que se vive es esencial para la emancipación material, psicosocial y política sobre la que reposan el bienestar social y la equidad sanitaria. En este capítulo, examinamos la función que tiene el poder como factor estructural primordial de las desigualdades sanitarias. Toda tentativa seria para reducir las desigualdades sanitarias supone la emancipación política: repartir de otro modo el poder entre los miembros de la sociedad y las distintas regiones del mundo, sobre todo en favor de los grupos y los países marginados.

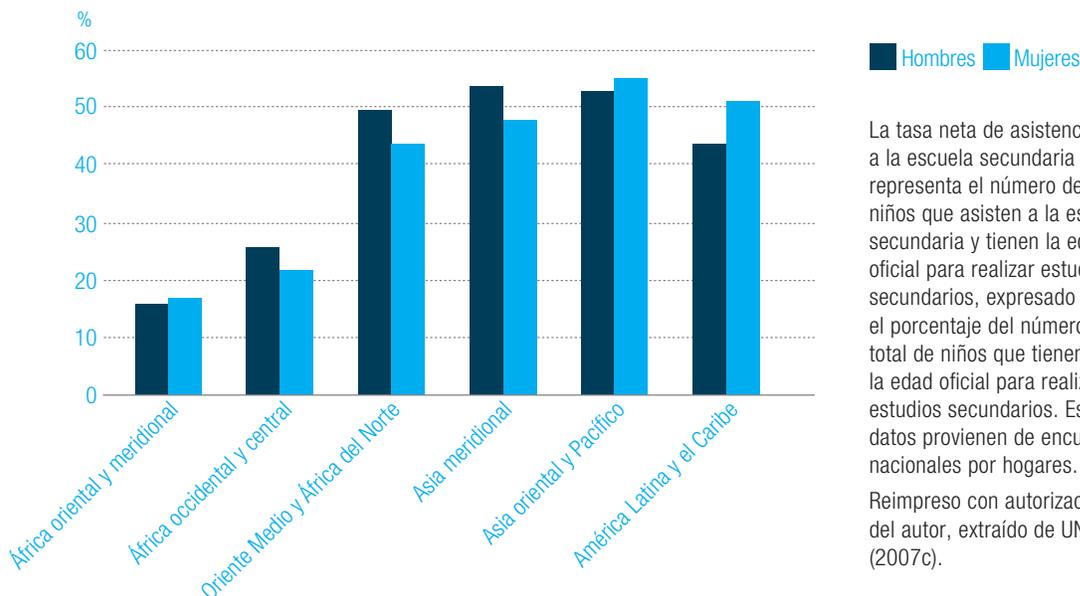
La manifestación de los desequilibrios de poder

El derecho a gozar de las condiciones necesarias que permitan alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr es universal (UN, 1948). No obstante, el riesgo de que ese derecho sea conculcado no es universal y estas desigualdades con respecto al riesgo de conculcación

se deben a desigualdades estructurales arraigadas (Farmer, 1999). Las desigualdades sociales se manifiestan en distintos rasgos de la sociedad que convergen —la clase social, la educación, el género, la edad, el origen étnico, la discapacidad y la situación geográfica— y reflejan profundas desigualdades sumamente arraigadas en relación con la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio entre los individuos y las comunidades. Las personas marginadas están en una situación de mayor desventaja en cuanto a su salud.

La equidad sanitaria depende, sobre todo, de que los individuos y los grupos estén emancipados para que puedan defender con eficacia y vigor sus intereses y necesidades, de forma que, al hacerlo, cuestionen y modifiquen la distribución injusta y jerarquizada de los recursos sociales (las condiciones necesarias para gozar de buena salud) a los que todos los hombres y mujeres, como ciudadanos, tienen derecho y pueden aspirar (CS, 2007). La distribución desigual del poder es la principal causa de los factores estructurales de las desigualdades en las condiciones de vida que se analizan en este informe. Las desigualdades de poder interactúan en cuatro dimensiones principales —política, económica, social y cultural— que, en conjunto, constituyen todo el espectro a través del cual los grupos, en distinta medida, son excluidos o incluidos. La dimensión política comprende los derechos formales plasmados en las leyes, las constituciones, las políticas y las prácticas y las condiciones en las cuales se ejercen esos derechos, entre las que se cuentan el acceso al agua potable, a servicios de saneamiento, a un albergue, al transporte, a la energía y a servicios como la atención sanitaria, la educación y la protección social. La dimensión económica está conformada por el acceso a los recursos materiales

Figura 14.1 Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria desglosada en función del sexo.



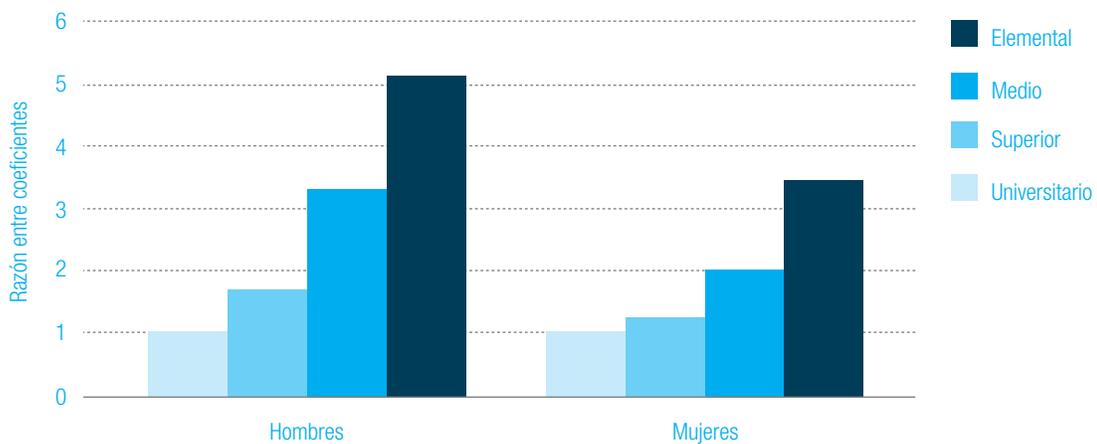
necesarios para la vida y a su distribución (por ejemplo, el ingreso, el empleo, la vivienda, la tierra, las condiciones laborales y los medios de subsistencia). La dimensión social está integrada por las relaciones próximas de apoyo y solidaridad (por ejemplo, la amistad, el parentesco, la familia, el clan, el barrio, la comunidad, los movimientos sociales) y la dimensión cultural está relacionada con el grado al que diversos valores, normas y modos de vida influyen en la salud de todos y son aceptados y respetados (SEKN, 2007).

La posibilidad de participar en las relaciones económicas, sociales, políticas y culturales tiene un valor intrínseco (Sen, 1999). La integración, la representación y el control son importantes para

el desarrollo social y la salud (Marmot, 2004). Una participación restringida además priva al ser humano de capacidades fundamentales y crea las condiciones propicias para las desigualdades en ámbitos como el del empleo, la educación y la atención de salud. Por ejemplo, las diferencias en el acceso a la educación (Figura 14.1) se traducen en desigualdades en la mortalidad por todas las causas (Figura 14.2).

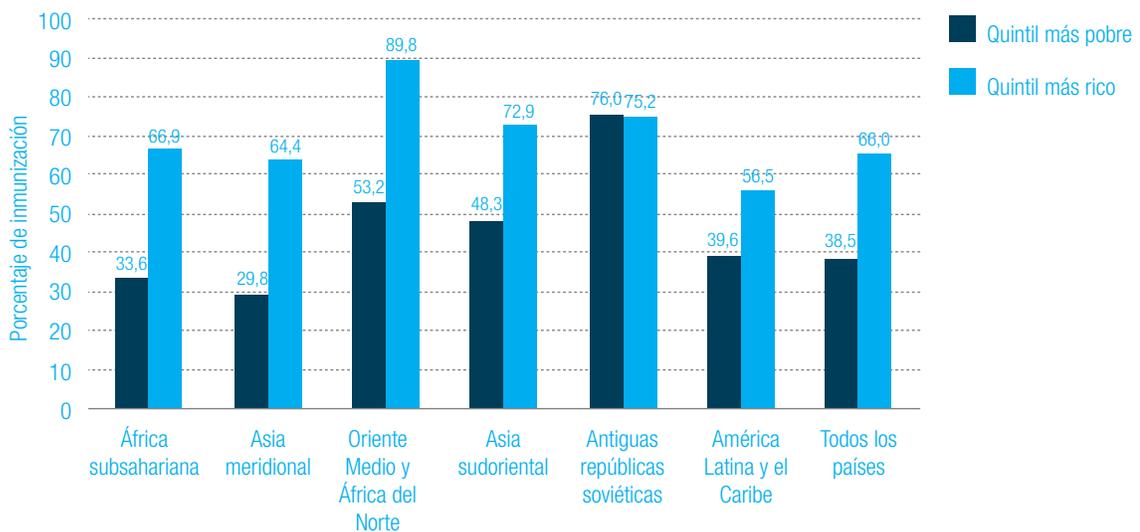
El desarrollo insuficiente del potencial también genera otras desigualdades. La falta de acceso a una educación de calidad puede marginar a las personas del mercado laboral o integrarlas en condiciones muy precarias, lo que se manifiesta mediante un ingreso más bajo y malas condiciones de vida doméstica (en cuanto al espacio,

Figura 14.2 Mortalidad ajustada a la edad entre los hombres y las mujeres de la República de Corea en función del nivel de formación, 1993-1997.



Fuente: Son et al., 2002

Figura 14.3 Tasas de inmunización en el quintil más pobre y el más rico de la población (promedios regionales).



Reimpreso con autorización de la editorial, de Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001)..

la nutrición y otros factores que provocan enfermedades). El aumento mundial del empleo precario y el trabajo infantil y en régimen de servidumbre refleja y potencia la falta de poder de decisión y acción de los trabajadores y de sus representantes laborales y políticos. Las decisiones políticas, económicas, financieras y comerciales que toma un manejo de instituciones y empresas tienen profundos efectos sobre la vida de millones de personas (EMCONET, 2007) cuyas opiniones y ambiciones son desatendidas o desechadas porque se priorizan los intereses de los más poderosos.

También hay importantes desigualdades sociales en lo que respecta a las posibilidades de acceso a los avances biomédicos y técnicos. El análisis de datos de Demographic and Health Surveys [Encuestas de demografía y salud] acerca de 42 países (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) demuestra las acentuadas desigualdades socioeconómicas que se observan en cuanto a la inmunización, que registra tasas más altas entre los ricos que entre los pobres en casi todos los países del mundo (Figura 14.3).

Identidad y representación

Las diferencias en la posición social de algunos grupos y las diferencias de oportunidades de participación de algunas poblaciones específicas se manifiestan con claridad en el trato dispensado a las culturas indígenas —en relación con su visión del mundo, sus valores y sus ambiciones— por los gobiernos y por todos aquellos que prestan servicios directos (Indigenous Health Group, 2007). La esencia de las desigualdades persistentes en las condiciones sanitarias de los pueblos indígenas obedece a la íntima relación entre la salud y el poder, la participación social y la emancipación (Indigenous Health Group, 2007). La recuperación de la continuidad personal y cultural tiene profundas repercusiones para la salud y el bienestar de estas comunidades, como lo demuestran las tasas de suicidio juvenil entre los jóvenes de las poblaciones indígenas del Canadá (Figura 14.4).

Las condiciones injustas que impiden la participación y propician una situación de carencia de poder también pueden generar conflictos. En situaciones de conflicto, las personas sufren diversas privaciones físicas

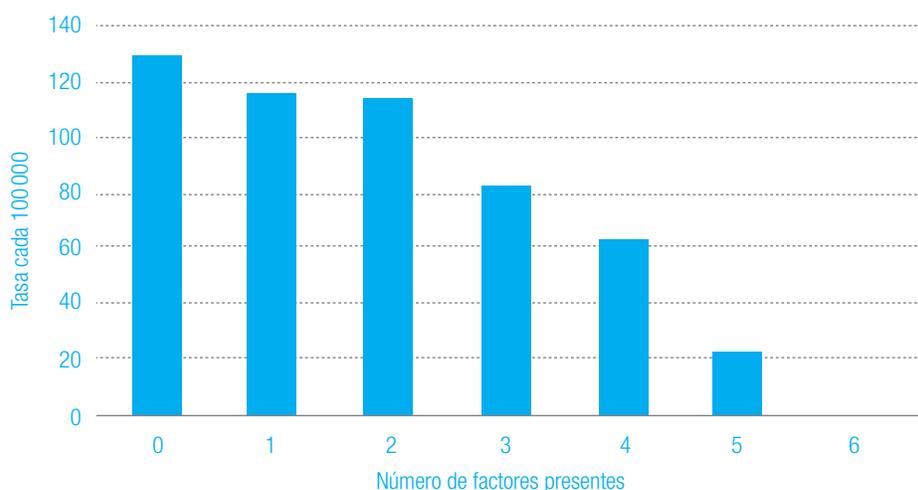
y sociales, entre otras, inseguridad, desplazamiento y pérdida de la red social y la estructura familiar, pérdida de los medios de subsistencia, e inseguridad alimentaria y malas condiciones en el entorno físico y social (Watts et al., 2007). La participación restringida de los individuos, las comunidades e, incluso, los países que está asociada con los conflictos trae aparejados muchísimos problemas de salud. Al igual que en otras dimensiones de la inequidad, las necesidades de las personas que viven en una situación de conflicto deben estar representadas en la formulación y el fortalecimiento de sistemas y políticas en materia económica y social.

Las cuestiones de desequilibrio de poder no sólo son pertinentes a los individuos y las comunidades. Algunos países siguen sin tener poder de decisión y acción debido a que carecen de los recursos que sí tienen otros países. La pobreza nacional provoca incompetencia para negociar en los contextos multilaterales y, además, la potencia, lo que deriva en tratados y acuerdos que no siempre representan los mejores intereses de los países pobres (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz) y tiene repercusiones importantes en el modo en que los países pueden crear las condiciones necesarias para fomentar la salud y la equidad sanitaria.

ACCIONES EN FAVOR DE LA EQUIDAD EN LA POSIBILIDAD DE EXPRESARSE Y LA INTEGRACIÓN

La emancipación política en favor de la salud y la equidad sanitaria depende de que se refuerce la justicia que lleva a la inclusión y la representación de todos los grupos de la sociedad en los procesos de toma de decisiones acerca del modo en que funciona la sociedad, sobre todo en relación con sus efectos sobre la salud y la equidad sanitaria. La justicia en cuanto a la posibilidad de expresarse y la integración depende de estructuras sociales, respaldadas por el Estado, que exigen y garantizan el derecho de los distintos grupos a ser escuchados y estar representados —por ejemplo, mediante leyes y competencia institucional— y, asimismo, de programas

Figura 14.4 Tasas de suicidio juvenil en las poblaciones indígenas del Canadá en función de los factores de continuidad cultural.



Medida indirecta de los factores de continuidad cultural: reivindicación sobre la tierra, autogobierno, servicios educativos, servicios de policía y bomberos, servicios de atención sanitaria y servicios culturales.

Reimpreso con autorización de la editorial, de Chandler & Lalonde (1998).

específicos respaldados por esas estructuras, a través de los cuales las personas puedan tener una participación activa. Más allá de las estructuras sociales y de los programas específicos, la justicia depende del crecimiento de las organizaciones, las redes y los movimientos de la sociedad civil y su habilidad progresiva para luchar contra las desigualdades y presionar para llevar a la equidad —en general y en lo atinente a la salud— hasta el centro de todos los debates políticos que ya estén en curso o en surgimiento.

Leyes que garanticen la emancipación política: los derechos y la representación

El derecho a gozar de las condiciones necesarias para alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr —el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales— atañe principalmente a los grupos desfavorecidos, la participación y la responsabilización, y constituye la esencia del movimiento por la salud y los derechos humanos (Hunt, 2007). La Observación general N° 14 (2000) es un documento esencial que confirma que el derecho a las condiciones que propician el buen estado de salud no sólo comprende el acceso a la atención sanitaria, sino que también incluye a los determinantes básicos de la salud, como lo son el agua potable, los servicios adecuados de saneamiento, un entorno salubre, la información acerca de la salud y el derecho a no ser objeto de discriminación (UN, 2000a). Para garantizar el ejercicio efectivo y progresivo de este derecho, es fundamental ratificar, aplicar y supervisar el cumplimiento de la Observación general N° 14 y de las acciones conexas. La OMS, en colaboración con otros organismos internacionales y el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz), brinda apoyo a los Estados para que adopten y apliquen la Observación general N° 14.

El derecho a tener identidad jurídica y cívica es indispensable para que la participación sea justa. Las personas no pueden exigir que se respeten sus derechos —el acceso a la educación y la asistencia social, la atención de salud o la participación cívica y la seguridad humana— si no tienen identidad jurídica (Recuadro 14.1) (Acosta, 2006). En consecuencia, es importante que los países, con el apoyo de los organismos y donantes internacionales, afiancen el marco jurídico e institucional a fin de garantizar el derecho a la identidad jurídica y cívica a todos los habitantes (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

Si no se dispone de sistemas jurídicos y políticos participativos, transparentes y responsables que se apoyen en la participación auténtica y la refuercen, no es posible ejercitar los derechos, acceder a una participación justa ni lograr la inclusión en los procesos de toma de decisiones y en las acciones que inciden en la salud y la equidad sanitaria.

La Comisión recomienda que:

14.1 Los gobiernos nacionales robustezcan los sistemas políticos y jurídicos con el fin de garantizar la

integración equitativa de todas las personas (véanse las Recomendaciones 13.1 y 16.1).

Género

Entre las reformas políticas que más fomentan la equidad y más promueven la participación están las que tienen como meta eliminar las profundas desigualdades entre los sexos. Las reformas de esta índole necesitan la participación de las mujeres en los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones, y muy probablemente logren que la planificación y la ejecución sean sensibles a las cuestiones de género. Por ejemplo, la reforma legislativa que instituyó la India a nivel nacional, que garantizó un número mínimo de concejales en los concejos de las aldeas, resultó esencial para lograr la emancipación política de las mujeres y, más adelante, para poner en ejecución intervenciones en el plano local que tuvieran en consideración las necesidades locales (Recuadro 14.2).

Autonomía

La vida de los pueblos indígenas continúa supeditada a leyes, disposiciones y condiciones específicas y particulares que no rigen para ninguna de las demás personas y grupos sociales del mundo. Los pueblos indígenas continúan viviendo en territorios delimitados o segregados y, a menudo, se encuentran en medio de conflictos jurisdiccionales entre los distintos niveles de gobierno, en particular en lo atinente a los servicios, los programas y las asignaciones financieras. Estos pueblos tienen una posición social y necesidades específicas diferentes de las de otros grupos.

La Comisión recomienda que:

14.2 El Estado reconozca, legitime y apoye a los grupos marginados, en particular a los pueblos indígenas, mediante políticas, leyes y programas que promuevan su participación activa para exigir que se satisfagan sus necesidades, se atienda a sus reclamaciones y se respeten sus derechos.

Como lo señalaron las Naciones Unidas, los pueblos indígenas tienen derecho a “medidas especiales para el mejoramiento inmediato y continuo de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en el empleo, la formación y la actualización profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social”. Asimismo, la Declaración de los pueblos indígenas, aprobada recientemente por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, establece que “Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar [...] todos los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”. Estas realidades implican que los pueblos indígenas tienen derecho a la autonomía y la autodeterminación. Es importante que las Naciones Unidas ultimen la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, obtengan la ratificación de todos los Estados Miembros y los insten a aplicarla.

Será necesario considerar minuciosamente, con la conducción de los pueblos indígenas, el modo en que se aplicará la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas a la cuestión sanitaria y la equidad sanitaria dentro de cada contexto sociopolítico. El ejemplo del Plan de Salud Tripartito de la Columbia Británica —que comprendió

EMANCIPACIÓN POLÍTICA: ÁMBITO DE ACCIÓN 14.1

Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad, en particular, en lo tocante a los efectos que estas puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas.

elementos de la legislación, gobernanza participativa y servicios de atención sanitaria acordes a las necesidades— constituye un marco participativo a partir del cual es posible avanzar (Recuadro 14.3). La disculpa oficial que ofreció el nuevo Gobierno laborista de Australia en febrero del 2008 a los pueblos indígenas cuyos integrantes fueron separados de su familia cuando niños y obligados a vivir en un hogar sustituto o en orfanatos representó un ejemplo de un gobierno que reconoció la historia particular de la colonización de que fueron víctimas los pueblos indígenas y la necesidad de adoptar medidas especiales (The Age, 2008). La disculpa se acompañó de la promesa de reducir las diferencias en la esperanza de vida al nacer entre los indígenas y los demás australianos en el lapso de una generación (25 años).

Participación justa en la formulación de políticas

La base de toda acción que logra los objetivos es la gobernanza justa, que exige atender a mecanismos para fomentar la confianza, la reciprocidad y la rendición de cuentas ante la sociedad (KNUS, 2007). Para ello, es esencial la participación justa en la gobernanza. En rigor, una característica inherente del derecho a la salud consiste en tener en cuenta la participación activa e informada de los individuos y las comunidades en la toma de decisiones sanitarias que los conciernen.

“La diferencia entre la participación valiosa y la meramente formal es cierto tipo de seguimiento e inclusión desde el principio hasta el final.” (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children’s Rights, 2007)

La Comisión recomienda que:

14.3 El gobierno nacional y los gobiernos locales garanticen la representación justa de todos los grupos y las comunidades en los procesos de toma de decisiones que afecten a la salud, y en la

ejecución de los programas, la dispensación de los servicios y la evaluación de todos ellos (véanse las Recomendaciones 6.1, 7.1, 9.1 y 11.6).

Todos los integrantes de la sociedad —incluso los más desfavorecidos y marginados— tienen derecho a participar en los procesos encaminados a definir prioridades y metas que orientan las deliberaciones técnicas que tienen como objetivo final formular políticas. Es más, la participación no debe estar limitada a definir la ejecución de los programas sino que debería ser considerada un proceso contextual en sí mismo, a través del cual se elaboren las políticas que luego se convierten en programas y servicios que se llevan a la práctica, se experimentan y se someten a evaluación.

Las recomendaciones aportadas en relación con la acción intersectorial en el capítulo 10 (La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas) describen procesos y mecanismos mediante los que los distintos grupos sociales y las comunidades pueden participar en la elaboración de políticas, su ejecución y su evaluación. Son muchas las enseñanzas que pueden extraerse de las prácticas existentes. La creación de una red de apoyo a la gobernanza, quizá a través del Consejo Económico y Social, que opere en la esfera mundial, regional y nacional permitiría definir y compartir las prácticas que dieron buenos frutos (por ejemplo, la Alianza en pro de las ciudades sanas, la Red Europea de Ciudades Saludables, la Red de municipios y la Organización Panamericana de la Salud [OPS]).

La obligación de que la sociedad civil esté representada en un sistema aplicable a todas las instancias de la administración pública, como en el caso de Uganda, constituye un elemento importante para garantizar que las políticas en favor de la salud y la equidad sanitaria sean coherentes y estén orientadas hacia las necesidades (Recuadro 14.4).

RECUADRO 14.1 IDENTIDAD Y DERECHOS: EL CASO DE BOLIVIA

El 55% de la población boliviana es de origen quechua o aymará, y se calcula que casi 9 de cada 10 personas de las comunidades rurales e indígenas no tienen documento de identidad, en tanto que más de la mitad no tiene el certificado de nacimiento que es necesario para obtener el documento. Los niños que no tienen certificado de nacimiento no pueden concurrir a la escuela, lo que les cierra una vía posible para salir de la pobreza. Las personas que no tienen documento de identidad no pueden votar, tienen derechos jurídicos limitados y quedan realmente marginados de los servicios sociales y de atención de salud, entre otros, los servicios del seguro médico nacional de Bolivia para las madres y las embarazadas, que

fue instituido para combatir la alta mortalidad materna e infantil que aqueja al país pero que, aun así, está vedado para las mujeres que no tienen documento de identidad.

Mediante el proyecto Derecho a la Identidad, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido trabaja junto con la Corte Nacional Electoral de Bolivia, organizaciones no gubernamentales y las comunidades para facilitar la inscripción en el Registro Civil y la entrega de documentos de identidad, y sensibilizar a las personas acerca de los derechos que les asisten como ciudadanos.

Fuente: DFID, 2008

RECUADRO 14.2 APOYO LEGISLATIVO A LAS MUJERES INDIAS

A través del parlamento nacional indio, la 73^{ava} modificación de la Constitución de la India, aprobada en 1993, establece que un tercio de los miembros del concejo local deben ser mujeres. Esta reforma es considerada una de las medidas más contundentes encaminadas a cambiar las normas preexistentes en virtud de las cuales las mujeres tenían una mínima representación en los órganos políticos. Las

organizaciones femeninas pusieron todo su empeño en capacitar a las mujeres elegidas. En los concejos locales de las aldeas, hay más de un millón de representantes mujeres que tienen poder sobre las decisiones relativas al presupuesto y sobre la definición de prioridades en las políticas locales.

Fuente: Indian Government, 1992

La Iniciativa por la inclusión social de Australia Meridional (Recuadro 14.5) pone de relieve el valor del reconocimiento político y de un firme compromiso con la inclusión y la equidad sanitaria. Además, demuestra las virtudes de disponer de una unidad independiente que no se encargue de administrar sino de facilitar los procesos de participación que son necesarios para lograr la integración social, y de contar con un plan estratégico y definir metas para promover el cambio.

La justicia social no depende solamente de que el Estado adopte una perspectiva de equidad al formular políticas en la esfera nacional; esa perspectiva es impulsada por las condiciones locales de inclusión y representación justa, a las que también contribuye. Un modo de apoyar esta retroalimentación consiste en incorporar en las leyes locales el requisito de velar por comunidades saludables y equitativas, lo que puede hacerse elaborando un plan local de desarrollo estratégico que sea aprobado con métodos democráticos y sometido a controles y exámenes regulares (Recuadro 14.6). Una iniciativa de estas características debe disponer de la financiación reglamentaria para apoyar el compromiso y la participación de la comunidad en todo el proceso. El control y el informe anuales ayudarían a medir el progreso en función de un conjunto de metas específicas, entre las cuales puede estar el impacto sobre la equidad sanitaria (LHC, 2000)

Financiación en favor de la participación equitativa

Un elemento esencial de toda estructura de gobernanza que brinde apoyo y fomente la integración en favor de la equidad es el respaldo financiero encaminado a que las comunidades y los gobiernos locales aúnen esfuerzos para crear sociedades más sanas y más equitativas. El ejemplo de la ciudad de Puerto Alegre del Brasil muestra el importante efecto que tuvo el programa de presupuestación

participativa sobre la salud de la población, el que fue instituido por el gobierno municipal con el objeto de aprovechar la experiencia y las perspectivas particulares de los ciudadanos para resolver los muchos problemas que enfrenta la ciudad (Recuadro 14.7).

Asimismo, el ejemplo de Venezuela (Recuadro 14.8) describe un modelo de gobernanza participativa respaldado por los principios de presupuestación participativa y el apoyo legislativo a la participación comunitaria.

Enfoques ascendentes en favor de la equidad sanitaria

Si bien es esencial dar más poder a los grupos sociales permitiéndoles estar representados en los procesos de elaboración de las grandes orientaciones y decisiones políticas, también es importante dotarles de los medios necesarios que les permitan actuar en el ámbito local a través de enfoques ascendentes (Sibal, 2006). La lucha contra las injusticias que han de hacer frente las personas más desfavorecidas de la sociedad y el proceso de organización de estos grupos genera espíritu de iniciativa en la población local y les aporta autonomía, puesto que da al individuo una sensación de que tiene mayor control sobre su vida y su futuro. Esta autonomía impregna todos los aspectos de su vida, por ejemplo, si tienen un hijo enfermo, buscan atención en lugar de dejar la situación librada al “destino”. Mejor aún, se anticipan a los problemas, vacunando a sus hijos, a fin de prevenir las enfermedades en lugar de tener que curarlas.

Según lo demuestran las intervenciones ya llevadas a cabo en favor de la emancipación de la juventud, la prevención del VIH y el sida, y la emancipación de la mujer, “las estrategias de emancipación más efectivas son las que aprovechan la participación auténtica y la fortalecen garantizando autonomía en la toma de decisiones,

RECUADRO 14.3 CANADÁ: EL PLAN DE SALUD TRIPARTITO DE LA COLUMBIA BRITÁNICA PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS

El Plan de Salud Tripartito de la Columbia Británica es un acuerdo sin precedentes que fue firmado el 11 de junio del 2007 por el Gobierno de Canadá, la Provincia de Columbia Británica y el Consejo de Líderes de los pueblos aborígenes de la Columbia Británica. El plan compromete a las partes a colaborar en la creación de medidas prácticas e innovadoras que propongan mejorar los aspectos fundamentales de la salud de las poblaciones indígenas de la Columbia Británica. Este plan refleja una visión común de lo que constituye una alianza para elaborar, someter a prueba y poner en ejecución nuevas formas de planificación

y ejecución de programas y servicios de atención de salud. Una parte fundamental del Plan es el compromiso con la creación de una nueva estructura de gobernanza que fomente el control de las poblaciones indígenas sobre los servicios de atención de salud y promueva una mejor integración y coordinación de los servicios con el propósito de mejorar el acceso a la atención sanitaria de calidad para todas las poblaciones indígenas que viven en la Columbia Británica.

Fuente: Government of Canada, 2007

RECUADRO 14.4 LA CONSTITUCIÓN DE UGANDA Y LA PARTICIPACIÓN CÍVICA

En la actualidad, Uganda fomenta activamente la participación de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones acerca de las cuestiones sanitarias. La Constitución destaca la importancia de “la participación activa de todos los ciudadanos en todos los niveles”, y las organizaciones de la sociedad civil participaron en la preparación del Plan de acción para erradicar la pobreza de Uganda. El país incorporó una nueva política de descentralización del sector sanitario. Los

sistemas sanitarios distritales se componen de cuatro niveles de organización y administración, de los cuales el nivel inferior son los equipos de salud de las aldeas, también conocidos como “comités de salud”. Desde la perspectiva del derecho a la salud, estos equipos desempeñan una función crucial porque propician la participación popular en el sector sanitario.

Fuente: Hunt, 2006

un sentido de comunidad y vinculación local, y la emancipación psicológica de los miembros de la comunidad” (WGEKN, 2007).

La Comisión recomienda que:

14.4. Se promueva la emancipación en favor de la acción para mejorar la equidad sanitaria adoptando enfoques ascendentes que partan de la comunidad a fin de que la sociedad civil pueda elaborar,

perfeccionar y poner en ejecución iniciativas orientadas a la equidad sanitaria.

Los cambios jurídicos que reconocen y apoyan las iniciativas concebidas para emancipar a la comunidad permiten asegurar la inclusión de todos los grupos desfavorecidos en las intervenciones que proponen mejorar la salud y la equidad sanitaria en el plano mundial, nacional y local. También es importante, para promover la

RECUADRO 14.5 INICIATIVA DE INCLUSIÓN SOCIAL: EXPERIENCIA EN EL ESTADO DE AUSTRALIA MERIDIONAL

La Iniciativa por la inclusión social es la respuesta del estado de Australia Meridional a la exclusión social, que propone resolver el problema facilitando la ejecución de programas conjuntos entre distintos ministerios del gobierno, sectores y comunidades, patrocinando o empleando métodos innovadores, creando alianzas y relaciones con los interesados directos, y orientando las acciones hacia la consecución de los resultados.

Esta iniciativa funciona en todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales mediante un modelo que refleja la preocupación del gobierno de Australia Meridional y de sus habitantes por una cuestión particular o por un grupo particular cuyas circunstancias les impiden o podrían impedirles llevar adelante una vida saludable y próspera.

La junta directiva del programa está conformada por el presidente y 9 a 10 miembros que suelen ser integrantes conocidos de la comunidad o expertos de alto nivel en su campo. El presidente y la junta no forman parte del gobierno pero están profundamente involucrados en el proceso que cuenta con el apoyo del gobierno, el que mantiene una relación estrecha con el programa. También hay una relación de estrecha colaboración entre el presidente de la junta y el Premier (jefe del estado), así como entre el presidente y el director ejecutivo de la unidad de inclusión social. La junta de inclusión social definió términos de referencia y es responsable de:

Conducir la tarea de la unidad de inclusión social con el fin de garantizar que el gobierno reciba asesoramiento especializado acerca de cuestiones de política social ya definidas y un enfoque coordinado e integral con miras a elaborar, aplicar y examinar iniciativas de gobierno encaminadas a reducir la exclusión social.

Proporcionar recomendaciones, información y asesoramiento al Premier y su Gabinete, acerca de las posibles prioridades de financiación que debería considerar el gobierno.

Proporcionar orientación, apoyo y asesoramiento a la unidad de inclusión social en su tarea de ocuparse de los problemas definidos por el Premier y el Gabinete.

Crear estrategias que permitan resolver las causas de la exclusión social y ofrecer orientación para influir en las políticas nacionales de justicia social.

Ayudar a la unidad de inclusión social a crear y mantener mecanismos adecuados de participación en todas las instancias de gobierno, la comunidad y los interesados directos.

Proporcionar asesoramiento e información a la unidad de inclusión social en relación con las actividades de investigación.

Informar trimestralmente al Premier.

Fuente: Newman et al., 2007

RECUADRO 14.6 PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA REGLAMENTARIA: EL CASO DEL REINO UNIDO

En Londres, la Ley de la autoridad del Gran Londres de 1999 instituyó la Autoridad del Gran Londres. Esta ley le confiere la responsabilidad de crear y poner en ejecución un plan de desarrollo espacial general (el Plan de Londres), más otras estrategias sobre la calidad del aire, la biodiversidad, el ruido ambiental, los residuos municipales, la cultura, el transporte y el desarrollo económico. La ley también describe la obligación del Alcalde y la Autoridad del Gran Londres de promover la salud y la equidad, y garantizar un desarrollo sostenible.

La Autoridad del Gran Londres ofrece un buen marco de

trabajo común al nivel metropolitano dado que reúne al Alcalde, la Asamblea elegida por separado, la Agencia de Desarrollo de Londres, la Autoridad de Planificación de Bomberos y Emergencias de Londres, la Policía Metropolitana y el Transporte de Londres. Londres también tiene un órgano específico de trabajo conjunto que se ocupa de mejorar la salud y reducir las desigualdades, la Comisión sanitaria de Londres, que reúne a todos los organismos normativos, públicos, privados, académicos y benéficos que pueden influir sobre los determinantes sociales de la salud.

Fuente: LHC, 2000

equidad de género, brindar apoyo mediante la dotación de recursos —provenientes de los donantes y del Estado— a las iniciativas de coordinación de las organizaciones femeninas (Recuadro 14.9).

Como lo demuestra el ejemplo del sindicato SEWA, la creación de organizaciones femeninas fue una de las maneras en que las mujeres eligieron promover la solidaridad, ofrecer apoyo y trabajar colectivamente en pro del cambio. Estas organizaciones son de diverso tamaño: desde pequeños grupos aldeanos o barriales a movimientos masivos. Es imperativo apoyar y alentar a estas organizaciones y estos movimientos de un modo que conserve y proteja su autonomía y promueva su persistencia a largo plazo, entre otras cosas, fomentando la autonomía económica, lo que puede realizarse de muchas formas:

- Aportando recursos como capital generador, fondos renovables y aportaciones paralelas a las organizaciones femeninas, o bien combinaciones de estos modos de financiación.
- Ofreciendo una plataforma de exposición y formación de redes.
- Brindando formación para crear capacidad mediante cursos de capacitación, fondos para fomentar el liderazgo y desarrollo de gestión.

Un ejemplo proveniente del Japón demuestra los resultados positivos de la colaboración entre personas que se organizan para resolver sus propios problemas sanitarios y otras cuestiones y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, siempre que la comunidad defina las prioridades de acción y cuente con los recursos necesarios (Recuadro 14.10). Este tipo de iniciativas precisa mecanismos pensados para reunir a todos los sectores —público,

privado y de la sociedad civil— y depende de la definición de funciones y mecanismos para que los agentes internacionales y nacionales apoyen la acción popular.

Si bien es esencial que los miembros de la comunidad compartan el control sobre los procesos que los afectan directamente, de no haber compromiso, liderazgo y asignación de recursos, esas iniciativas no tienen mucho futuro, como lo ejemplifica el caso de Bangladesh (Recuadro 14.11).

Hay algunos ejemplos destacables de programas de acción explícitos en defensa de los derechos que tuvieron resultados satisfactorios cuando se aplicaron a la gobernanza mundial. En el caso de los ADPIC y los medicamentos contra el sida, la acción emprendida por la sociedad civil de Sudáfrica, que obtuvo gran apoyo internacional, generó una sucesión de normas que derivó en cambios inmediatos y estructurales no sólo en materia de accesibilidad comercial a los medicamentos que salvan vidas sino en el entendimiento mundial de cuestiones de propiedad intelectual y la aplicación de normas adecuadas para fomentar la equidad sanitaria (Recuadro 14.12).

Movimientos sociales

Para lograr cambios en el poder, también es necesario dar cabida a la lucha y la oposición de los movimientos sociales. Si bien los movimientos sociales y las organizaciones comunitarias suelen girar en torno a cuestiones concretas de la vida cotidiana local, es claro que las acciones que emprenden obedecen a estructuras y procesos que trascienden la esfera local, a las que también dirigen sus acciones. Estos movimientos suelen adoptar alguna de estas tres formas: sociedades políticas (partidos políticos, grupos de presión, grupos de promoción

RECUADRO 14.7 PRESUPUESTACIÓN PARTICIPATIVA: EL CASO DE LA CIUDAD DE PUERTO ALEGRE DEL BRASIL

Puerto Alegre instituyó la presupuestación participativa, que permitió a todos los ciudadanos votar acerca del presupuesto municipal. La ciudad realizó encuentros preparatorios para que los miembros de la comunidad entendieran los debates presupuestarios y participaran de ellos. Estos encuentros resultaron invalorable para los miembros de la sociedad que actúan como representantes directos de grandes comunidades en las asambleas plenarias regionales. Los funcionarios gubernamentales y los representantes de la comunidad colaboran en la conducción de estas asambleas, que se reúnen dos veces por año. La cooperación entre los funcionarios y los ciudadanos genera un proyecto de presupuesto, que luego es sometido al voto de la comunidad en general. Si bien los funcionarios municipales brindaron orientación y ayudaron a resolver problemas presupuestarios complejos, tanto el proyecto de presupuesto como el presupuesto final fueron creados por los ciudadanos de Puerto Alegre.

El programa de presupuestación participativa aumentó la actividad de la sociedad civil, amplió la participación de la

comunidad y logró mejoras tangibles en la vida de la ciudad. El 8% de la población total de la ciudad (100 000 habitantes) tuvo una participación directa en la definición del presupuesto; el 57,2% de los ciudadanos afirma que siempre o casi siempre “realmente deciden” acerca de las obras públicas. El nuevo presupuesto permitió a la secretaria de vivienda ofrecer asistencia a 28 862 familias en un trienio, mientras que en el período comprendido entre 1986 y 1988, sólo habían recibido asistencia 1 714 familias.

El sistema de recolección de residuos llega a casi todos los hogares y prevé la recolección de los materiales reciclables por separado desde 1990. Casi todos los habitantes de Puerto Alegre tienen acceso al agua corriente y la mayoría dispone de servicios de saneamiento y drenaje de buena calidad. La presupuestación participativa transfirió el poder del municipio a los ciudadanos y les proporcionó medios para efectuar cambios. Hoy día, Puerto Alegre es el centro metropolitano que goza del más alto nivel de vida y la esperanza de vida al nacer más alta de todo el Brasil.

Fuente: KNUS, 2007

EMANCIPACIÓN POLÍTICA: ÁMBITO DE ACCIÓN 14.2

Permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria.

de intereses específicos), que se proponen influir en el ámbito político; sociedades civiles, como los sindicatos, las organizaciones de campesinos y los movimientos religiosos; y sociedades cívico-políticas que combinan o vinculan las actividades de sociedades políticas y civiles (por ejemplo, movimientos laborales, el movimiento femenino, el movimiento antiapartheid).

El movimiento para la Salud de los Pueblos (<http://phmovement.org/>) es una gran red mundial de la

sociedad civil compuesto por activistas del campo sanitario que apoyan la política de la OMS “Salud para Todos” y se organizaron para combatir las causas económicas y políticas de las desigualdades cada vez más graves que aquejan a la salud mundial y para hacer un llamamiento por el retorno a los principios de Alma-Ata. El apoyo al Movimiento para la Salud de los Pueblos y otras organizaciones similares de la sociedad civil, tales como el movimiento mundial en contra de la pobreza y el movimiento sindical, ayudarán a garantizar

RECUADRO 14.8 BARRIO ADENTRO: EL DERECHO A LA SALUD Y LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

La Constitución venezolana deja bien sentado el derecho a la salud y la obligación de todo ciudadano de adoptar una participación activa en la gestión de la salud. El anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud indica que la participación y el control social en salud es un derecho constitucional que tienen todas las ciudadanas y los ciudadanos a ejercer su poder de decisión, intervención y control directo con autonomía e independencia en todo lo relacionado con la formulación, la planificación y la regulación de las políticas, los planes y los proyectos del sector de salud, así como con la evaluación, el control y el seguimiento de la gestión y el financiamiento del sector.

La Misión Barrio Adentro forma parte sustancial del proyecto de inclusión social planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Iniciada en el 2003, se convirtió en un programa de salud pública nacional destinado a saldar la deuda en la atención de salud. La Misión Barrio Adentro propicia acciones específicas para fomentar la intervención y la participación de los líderes comunitarios en la formulación y el control de la gestión en salud. Desde enero del 2004, el propósito principal de la Misión es

proporcionar a la población cobertura completa en atención primaria de salud. Respecto de la estructura administrativa de la Misión, hay responsables que coordinan a brigadas de médicos y médicas por parroquias, municipios y regiones en colaboración con los comités de salud de los barrios, los cuales participan en todo el proceso de elaboración de políticas, planes, proyectos y programas de salud, así como de la ejecución y la evaluación de la gestión de la misión. En el 2006, había 150 comités registrados articulados con Barrio Adentro y las otras misiones sociales. El mandato de los comités de salud consiste en determinar los principales problemas de salud de la comunidad, priorizarlos y definir las acciones principales que debe realizar la comunidad para resolverlos. El funcionamiento de los comités de salud está reglamentado por la Ley de Consejos Comunales del 6 de abril del 2006, según la cual cada comité de salud está integrado junto con otras organizaciones comunitarias en el consejo comunal. Entre otras responsabilidades, los consejos comunales administran los presupuestos asignados a cada comunidad, incluido el del comité de salud.

Fuente: PAHO, 2006

RECUADRO 14.9 APOYO JURÍDICO A LA EMANCIPACIÓN DE LA COMUNIDAD: EL SINDICATO SEWA DE LA INDIA

Al igual que otras mujeres pobres que trabajan por cuenta propia, las vendedoras de verduras de Ahmedabad, en la India, viven en situación de pobreza. El sindicato SEWA, que representa a casi un millón de trabajadoras, es un ejemplo de la acción colectiva emprendida por estas mujeres para luchar contra estas condiciones y cambiarlas.

Acosadas con frecuencia por las autoridades locales, las vendedoras de verduras iniciaron una campaña junto con el sindicato para fortalecer su posición social, para lo cual solicitaron el reconocimiento oficial mediante licencias y documentos de identidad y representación en las juntas urbanas que regulan las actividades mercantiles y el desarrollo urbano. Esa campaña, iniciada dentro de Gujarat, luego llegó hasta la Corte Suprema de la India.

A fin de tener mayor control sobre su medio de subsistencia, todos los miembros de SEWA se unieron para establecer su propio puesto de venta de verduras al por mayor, lo que

eliminó a los intermediarios que las explotaban. Por otra parte, SEWA organiza guarderías —dirige centros de guarderías para lactantes y niños pequeños— y campañas a nivel estadual y nacional para promover el derecho a los servicios de guardería para todas las trabajadoras. Además, los miembros lograron mejorar las condiciones de vida mediante programas de mejoramiento de los barrios de chabolas para contar con infraestructura básica. Estos programas se encuentran enmarcados en una alianza con el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y el sector empresarial. A fin de resolver el problema del acceso al crédito, el Banco SEWA ofrece pequeños préstamos y otros beneficios financieros a las mujeres pobres que trabajan por cuenta propia. El banco es propiedad de los miembros de SEWA y una junta directiva conformada por trabajadoras elegidas por los miembros es la encargada de formular las políticas de la entidad.

Fuente: SEWA Bank, s.f.

que se elaboren, se pongan en ejecución y se evalúen acciones para modificar los determinantes sociales de la salud.

Toda sociedad que se proponga mejorar la situación sanitaria y distribuir la salud con mayor equidad debe luchar contra las relaciones desiguales de poder a través de la participación, a fin de garantizar que se escuchen y se respeten todas las voces en la toma

de decisiones que inciden en la equidad sanitaria. Para promover la participación, es preciso contar con políticas sociales, leyes, instituciones y programas que velen por los derechos humanos. Es preciso que participen los individuos y los grupos para que puedan defender con eficacia y vigor sus intereses y necesidades en los procesos normativos. Y es preciso contar con una sociedad civil

RECUADRO 14.10 EL PODER DE LA COMUNIDAD: EL CASO DEL JAPÓN

Se calcula que la población del distrito de Kamagasaki es de 30000 habitantes, de los cuales aproximadamente 20000 son jornaleros y el resto son trabajadores domésticos generales o por cuenta propia. El problema más significativo para los trabajadores es que no tienen aseguradas condiciones que son indispensables para la salud, tales como la alimentación, la vivienda, el empleo y la inclusión social.

En 1999, comenzó a surgir un movimiento de regeneración, impulsado por la formación de grupos de apoyo de organizaciones no gubernamentales junto con antiguas iniciativas cristianas y un aumento de la actividad de los sindicatos. Al mismo tiempo, se creó el Foro de regeneración comunitaria de Kamagasaki, el primer grupo de desarrollo comunitario de la zona nacido por iniciativa de la comunidad. Este grupo comenzó a sentar y fomentar vínculos comunitarios y a impulsar nuevos emprendimientos.

El trabajo del foro emprendió la reconstrucción del distrito de Kamagasaki, que alguna vez fue considerado una comunidad social excluida, mediante "el redescubrimiento y la vinculación de los bienes locales y los recursos (humanos), la potenciación de los bienes y los recursos, y la creación de medios de vida". Este foro logró varios hitos. Desde que realizó el primer

debate político y la primera campaña para atraer votantes en Kamagasaki en el 2003, el distrito fue el único que registró un aumento de la participación electoral en las elecciones generales de ese año en el distrito de Nishinari y en Osaka en general. Los políticos comenzaron a hacer campaña para obtener apoyo en el distrito. El aumento del empadronamiento fue producto, en parte, de iniciativas privadas encaminadas a mejorar el suministro de una vivienda permanente a los trabajadores que vivían en casas de inquilinato. En el 2000, el foro permitió a los jornaleros y a las personas que carecían de vivienda obtener asistencia pública de subsistencia después de que algunos propietarios de casas de inquilinato baratas las convirtieron en casas de apoyo: departamentos de habitaciones pequeñas destinados a las personas que tienen alguna necesidad particular y servicios de apoyo para ayudarlos a mantener la autonomía económica. Esta disposición posibilitó a los jornaleros y a las personas que carecían de vivienda solicitar asistencia pública. Es muy probable que la ley nacional decenal sobre indigencia, que define las responsabilidades de las autoridades de la ciudad y el estado con respecto al problema, también resulte positiva a este respecto.

Fuente: KNUS, 2007

RECUADRO 14.11 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: EL CASO DE BANGLADESH

Las iniciativas del Estado tienen como propósito promover la participación de la comunidad en la dispensación de servicios esenciales. Por ejemplo, el Programa quinquenal del sector de población y salud (para el período 1998-2003) incluyó un componente destinado a motivar a los usuarios a supervisar el desempeño de los prestadores públicos en el nivel local. Algunas organizaciones no gubernamentales seleccionadas formaron comités locales de grupos interesados e impartieron formación a los usuarios y crearon capacidad en materia de participación y deliberación. Fueron convocados a participar en los comités, mediante un proceso transparente, mujeres y hombres, tanto personas de las élites como personas sin tierra. La participación fue intensa y variada, y los miembros provenían de distintos grupos sociales; el programa logró sensibilizar a las personas acerca de las instituciones de salud pública, aumentó la demanda comunitaria de servicios de salud pública y los médicos fueron obligados a estar presentes durante el horario laboral y a no cobrar tarifas ilegales. No obstante, uno de los aspectos negativos fue la baja sensibilización de la comunidad acerca de los comités y

las oportunidades que ofrecían para retroalimentar el sistema sanitario. Los comités no tenían la autoridad ni la aptitud política para poner en ejecución decisiones y, tras la entrada en vigor del nuevo programa para el sector sanitario en el 2003, que no prevé la continuación de estos comités, en su mayoría, fueron disueltos. El plan quinquenal concebido para el período 1998-2003 también experimentó con la propiedad comunitaria de los centros de salud. La idea era que la comuna donara el terreno y que los gastos de la construcción fueran asumidos entre la comunidad local y el gobierno central. Sin embargo, en la elección de los miembros de los grupos comunitarios, se dio preferencia a los provenientes de las élites locales y a los familiares de quienes los presidían. El liderazgo fue malo y, dado que no disponía de estructuras definidas, reflejó las relaciones desiguales entre los ricos y los pobres y entre los hombres y las mujeres, y otorgó escaso valor a la opinión de quienes pertenecían a los estratos más bajos.

Fuente: SEKN, 2007

activa y movimientos sociales firmes. Desde luego, la actuación de la comunidad o la sociedad civil con relación a las desigualdades sanitarias no puede desligarse de la responsabilidad del Estado de garantizar un amplio conjunto de derechos y velar por una

distribución justa de los bienes materiales y sociales esenciales entre los distintos grupos de población (Solar & Irwin, 2007). Los enfoques descendentes y los ascendentes son igualmente fundamentales.

RECUADRO 14.12 MEDIDAS RELATIVAS A LOS DERECHOS Y EL COMERCIO: EL CASO DE LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL SIDA

“El derecho humano a la salud exige el suministro de medicamentos esenciales como una obligación básica que no puede comerciarse para satisfacer intereses de la propiedad privada ni crecimiento económico nacional. Este derecho puede proporcionar un medio para que los tribunales nacionales, los gobiernos y la OMC formulen, apliquen e interpreten las leyes comerciales desde una perspectiva más orientada a la salud pública. El poder cada vez mayor que tiene este derecho también se ve reflejado en una creciente jurisprudencia que, amparándose en la protección de los derechos humanos, logró reclamar y obtener el acceso a medicamentos.”

Hace un decenio, el alto costo de los medicamentos contra el sida llevó a la OMS y a ONUSIDA a recomendar a los países más pobres que no invirtieran en medicamentos, sino en campañas de prevención. Los países en desarrollo no recibían financiación internacional para comprar medicamentos y los laboratorios farmacéuticos ofrecían descuentos mínimos. Sobrevino una dramática batalla por los medicamentos contra el sida que llegó al punto más álgido en el 2001, en el caso de la Asociación de fabricantes de productos farmacéuticos de Sudáfrica contra el gobierno de Sudáfrica. Entre los años 1997 y 2001, en los Estados Unidos de América y 40 laboratorios farmacéuticos recurrieron a presiones comerciales y finalmente entablaron una demanda contra el gobierno de Sudáfrica para impedir que este país aprobara una ley que velaba por el acceso a medicamentos asequibles. La industria farmacéutica argüía que la ley (y la importación paralela que esta autorizaba) violaba los ADPIC y la Constitución sudafricana, y que ponía en peligro el interés de la industria por crear nuevos

medicamentos. Los laboratorios farmacéuticos llevaron el caso a juicio contra el Estado. El caso atrajo un extraordinario interés público y se generó una amplia publicidad perjudicial para las empresas en todo el mundo. En abril del 2001, los laboratorios farmacéuticos desistieron de la acción.

A estos sucesos siguió una sucesión de normas, y un aumento abrupto en las Naciones Unidas de declaraciones internacionales acerca del tratamiento como derecho humano y pronunciamientos acerca de la obligación del Estado de suministrar tratamientos antirretrovíricos. Ese mismo año, la OMC emitió una Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. A estos compromisos retóricos siguieron cambios considerables en las políticas y los precios. Los precios de los medicamentos antirretrovíricos en muchos países de ingresos bajos bajaron de US\$ 15 000 a US\$ 148-549 por año. Se crearon nuevos mecanismos internacionales de financiación, tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo, el plan PEPFAR de los Estados Unidos de América y el Programa multinacional de lucha contra el Sida en África del Banco Mundial. En el 2002, la OMS adoptó la meta de los activistas de administrar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas y, hacia fines del 2005, se propuso la meta más amplia de lograr el acceso universal al tratamiento antes del 2010, meta también adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el G8. En el transcurso de cinco años, el acceso al tratamiento antirretrovírico en el África subsahariana aumentó de menos del 1% al nivel actual del 28%.

Fuente: Forman, 2007

CAPÍTULO 15

Una gobernanza mundial eficaz

“Ciertamente somos testigos y parte de una etapa nueva y muy importante de la historia mundial.”

Kemal Dervis (2005)

LA GOBERNANZA MUNDIAL EFICAZ Y LA EQUIDAD SANITARIA

Las enormes diferencias que se observan en la actualidad en el estado de salud y las oportunidades de vida entre los distintos pueblos del planeta reflejan un profundo y antiguo desequilibrio de poder y prosperidad entre las naciones que cada vez es más evidente. En el 2000, el miembro promedio del decil de riqueza más rico del mundo poseía casi 3000 veces la riqueza media del decil más pobre (Davies et al., 2006). Entre los países más pobres y los más ricos, la diferencia en la esperanza de vida al nacer es superior a 40 años: cuatro decenios menos de vida. Los costos de las tecnologías de la información y la comunicación —aspectos esenciales del avance de la globalización— son 170 veces más altos en algunos países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. Mientras que los riesgos asociados a la globalización —en lo atinente a la salud, el comercio y las finanzas, o la seguridad humana— trascienden cada vez más las fronteras nacionales y tienen efectos desproporcionados en los países de ingresos bajos y medianos, los beneficios siguen estando repartidos de forma muy desigual y priorizan a las regiones de altos ingresos. Es imperioso que la comunidad internacional reanude su compromiso con un sistema multilateral en el que todos los países, ricos y pobres, participen de forma equitativa. Únicamente mediante un sistema de gobernanza mundial de esas características, que convierta a la equidad sanitaria en uno de los principales componentes de los programas de desarrollo y permita a todos ejercer una influencia real en los procesos de decisión

en pie de igualdad, se podrá actuar de forma concertada con relación a la equidad sanitaria mundial y velar por el respeto de los derechos de todas las personas a gozar de las condiciones que fomentan la salud.

Oportunidades y amenazas

La globalización trajo consigo nuevas oportunidades para lograr la equidad sanitaria, pero también plantea nuevos riesgos y amenazas. “Los mercados globales han crecido rápidamente y sin un desarrollo paralelo de las instituciones económicas y sociales necesarias para que estos funcionen de forma fluida y equitativa. Al mismo tiempo, causan preocupación la falta de equidad de las reglas globales clave [...] y sus repercusiones desiguales para los países ricos y los países pobres (World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004). El panorama actual de la globalización está compuesto de países “ganadores” y “perdedores”. Son necesarias nuevas formas de gobernanza mundial si se han de prevenir los riesgos de las desigualdades que entraña la globalización y aprovechar las posibilidades que esta ofrece para mejorar la salud y lograr la equidad sanitaria. La globalización brinda oportunidades sin precedentes para cumplir con el objetivo de la equidad sanitaria mediante una gobernanza efectiva pero, así como ofrece oportunidades, también plantea riesgos si no se la regula adecuadamente (Recuadro 15.1).

Algunos aspectos de la globalización, tales como la liberalización del comercio y la integración de los mercados de los distintos países, trajeron aparejados cambios trascendentales en las políticas nacionales en materia de producción y distribución. El “reajuste estructural” —una influencia política y programática esencial que tuvo alcance mundial a partir de la década de 1970— hizo surgir una ortodoxia predominante (a veces denominada “neoliberal”) en las instituciones internacionales. Con el propósito de reducir

RECUADRO 15.1 LA GLOBALIZACIÓN Y LAS INFLUENCIAS EN LAS POLÍTICAS QUE PUEDEN PONER EN PELIGRO LA EQUIDAD SANITARIA

Algunas influencias en las políticas que pueden poner en peligro la equidad sanitaria:

Los avances tecnológicos, que derivan en una rápida disminución de los costos de transporte, comunicación y procesamiento de la información que, junto con cambios institucionales como la liberalización del comercio, facilitan la reorganización mundial de las actividades productivas de modos que pueden profundizar las desigualdades.

La atribución de mayor valor a las inversiones extranjeras directas que al comercio, lo que refleja la creciente posibilidad de intercambio entre las inversiones directas y el comercio en la producción y el suministro de bienes y la dispensación de servicios.

Una mayor importancia de la producción en el extranjero o la contratación externa, a menudo efectuada por contratistas

independientes en lugar de subsidiarias o filiales de la empresa matriz, lo que suele derivar en condiciones laborales más precarias.

Un drástico aumento del volumen de las inversiones financieras hipermóviles (“capital especulativo”), que aumenta el riesgo de que se produzcan crisis monetarias.

El aumento de la competencia por las inversiones y un consiguiente desplazamiento del poder desde las autoridades locales y nacionales a los encargados de tomar decisiones en los mercados financieros internacionales, lo que crea influencias en las políticas que pueden perjudicar a la equidad sanitaria.

Fuente: GKN, 2007

la inflación en los países en desarrollo que estaban endeudados, disminuir el gasto público y promover el crecimiento —medidas concebidas principalmente para fomentar el pago de la deuda—, las políticas de reajuste promovían la liberalización del comercio, la privatización y un menor poder del sector público. Estas políticas tuvieron repercusiones muy negativas sobre los determinantes sociales de la salud más importantes —tales como la atención de salud y la educación— en la mayoría de los países participantes. Muchos países, sin duda, obtuvieron beneficios por haber reducido una inflación galopante y haber mejorado la administración fiscal. Sin embargo, aún no está demostrado que la severidad y las limitaciones en las políticas que impuso el reajuste estructural hayan logrado los beneficios previstos, ni mucho menos que estuvieran justificados los costos sociales y sanitarios (Jolly, 1991).

La pobreza persistente

Pese a que continúe el debate acerca de la relación entre la liberalización del comercio y el crecimiento, queda claro que es conveniente aumentar el comercio, pero en mejores términos, siempre que se respeten los imperativos ecológicos de utilizar los recursos de un modo sostenible. Con todo, la relación entre la globalización, el crecimiento y la reducción de la pobreza es muy problemática. En términos generales, el número de personas que viven con US\$ 1 por día o menos descendió 414 millones entre 1981 y el 2003, pero esta reducción obedece en su mayoría a la notable reducción de la pobreza lograda por la China (Chen & Ravallion, 2004). La marea alta de la globalización no logró sacar a flote a todos los botes, o bien no los llevó muy lejos, ni se mantuvo a la par del crecimiento demográfico. En el transcurso de este mismo período, en el África subsahariana, se duplicó el número de personas que vivía con US\$ 1 por día o menos y casi se duplicó el número de personas que vivía con US\$ 2 o menos.

Las desigualdades sanitarias mundiales

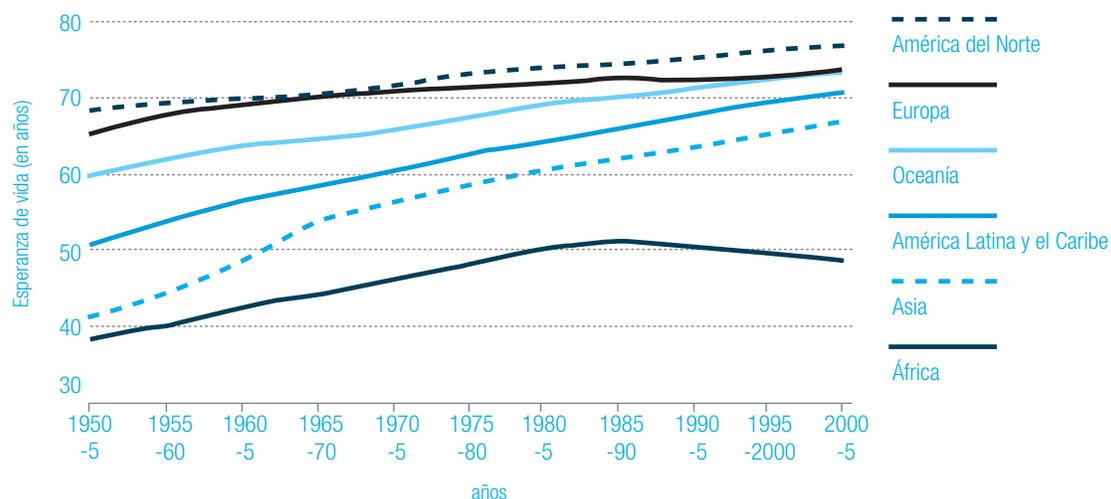
El crecimiento mundial de la riqueza y el conocimiento tampoco se ha traducido en un aumento de la equidad sanitaria a nivel mundial. En lugar de convergencia a fin de que los países pobres alcanzaran el

nivel de la OCDE, hubo una dispersión de la esperanza de vida en todos los países y regiones: algunos mejoraron, otros se estancaron y otros empeoraron (Figura 15.1).

Si bien la esperanza de vida al nacer continúa convergiendo y manteniéndose en todos los países de altos ingresos, y acercándose rápidamente a los niveles de los países de altos ingresos en los países de ingresos medianos, en muchos países del África subsahariana y en las economías de transición, era más baja en el 2006 que en 1990. Gran parte de esta situación se debe a los cambios espectaculares que sufrieron las economías de transición de las antiguas Repúblicas Soviéticas y la pandemia del VIH y el sida (aunque en los últimos años, más específicamente desde el 2005, la mortalidad estimada a causa del sida venía disminuyendo en el África subsahariana). Sin embargo, el análisis de regresión efectuado por la Red Experta sobre la globalización indica que hubo otros factores, tales como los ocasionados por las políticas económicas predominantes centradas en los mercados, que contribuyeron a la dispersión del desempeño regional relativo a la esperanza de vida al nacer. Si bien los países integrantes de la OCDE experimentaron un aumento neto de aproximadamente tres años, el África subsahariana vio ese parámetro perder alrededor de seis años.

Además de aumentar las desigualdades sanitarias entre los países, la última fase de la globalización también intensificó las desigualdades dentro de cada país. La liberalización del comercio y la integración de los mercados, que generaron un mercado laboral internacional, aumentaron la exigencia de flexibilidad laboral, lo que incrementó la inseguridad en el empleo (véase el capítulo 7, Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). El aumento de la demanda de mano de obra, pese a que brindó a las mujeres nuevas oportunidades de incorporarse en la fuerza laboral, también mantuvo las diferencias entre los sexos en las condiciones de empleo, lo que, a la vez, duplicó la carga de trabajo de las mujeres que también tenían responsabilidades respecto de la familia y el hogar (véase el capítulo 13, Equidad de género). Las mejoras en el ingreso que trajeron aparejadas la expansión de los mercados y la mayor productividad tampoco tuvieron una distribución equitativa en las diferentes

Figura 15.1 Esperanza de vida al nacer (en años) desglosada por región, 1950-2005.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Dorling et al. (2006).

sociedades. El Banco Mundial admite que “hasta el 2030, los cambios del mercado laboral ocasionarán mayores desigualdades económicas en los países donde vive el 86% de la población mundial en desarrollo y los “pobres no calificados” quedarán mucho más rezagados” (World Bank, 2007).

Los efectos de la globalización sobre las desigualdades sanitarias nacionales también se manifiestan en los acuerdos comerciales que restringen el uso de aranceles aduaneros, medidas que reducen la renta pública de los países pobres que tienen un sistema de imposición directa ineficaz y, por ende, disminuyen el gasto público destinado a mejorar los determinantes sociales esenciales como la salud y la educación (véase el capítulo 11, Financiación equitativa). La liberalización del comercio también está acompañada de una creciente mercantilización de la atención sanitaria—que agrava las desigualdades en lo que respecta al acceso y los beneficios entre los grupos más pobres— y de un aumento progresivo del costo de los medicamentos que salvan vidas debido al régimen de derechos

de propiedad intelectual (véase el capítulo 12, Responsabilidad del mercado) (GKN, 2007).

La nueva necesidad de una gobernanza mundial

Conjuntamente con la liberalización del comercio, las pautas de crecimiento económico y la divergencia en las condiciones sanitarias, la globalización incrementó otros riesgos graves para la equidad sanitaria. El imponente aumento del capital de rápida circulación aumenta la volatilidad en los mercados financieros internacionales y deriva en una tendencia a las crisis financieras, que cada vez son más frecuentes (Recuadro 15.2). La pobreza persistente y la creciente desigualdad económica, a menudo asociadas a la explotación transnacional de los recursos naturales de los países, aumentan los conflictos intranacionales, los que tienen mayores repercusiones sobre la población civil (Recuadro 15.3). Los conflictos, la pobreza y los motivos económicos provocan un aumento significativo del número total de migrantes intranacionales y transnacionales (Recuadro 15.4).

RECUADRO 15.2 FINANZAS MUNDIALES

Dadas las características de la globalización contemporánea, cada vez es mayor el volumen de capital “hipermóvil” que entra y sale de los países a una velocidad imposible de controlar para cualquier país o ministerio de hacienda. Además de este aumento de movimiento de los capitales transnacionales, también son más frecuentes las crisis

financieras mundiales: por ejemplo, México en 1994, Asia en 1997, la Federación Rusa en 1998 y la Argentina en el 2001. Estas crisis tienen profundas consecuencias sobre los determinantes esenciales de la salud y, especialmente, sobre la capacidad del Estado para invertir en el sector público y garantizar la estabilidad de los mercados laborales.

RECUADRO 15.3 CONFLICTOS MUNDIALES

Puesto que están relacionados con la pobreza mundial y las desigualdades económicas, a las que también potencian, los conflictos siguen siendo flagelos mundiales y demuestran la ineficacia de la gobernanza mundial y nacional. En 1990, las guerras se llevaron la vida de 502 000 personas en todo el mundo, lo que convierte a los conflictos armados en la tercera causa de muerte violenta a nivel mundial. Desde los primeros años de la década de 1990, los conflictos armados acabaron con la vida de 3 600 000 personas y desplazaron a 50 millones. Los conflictos contemporáneos suelen ser un

fenómeno de la pobreza del mundo en desarrollo. Para ser más precisos, es una tragedia que afecta principalmente al África subsahariana. De los 49 conflictos armados que tuvieron lugar desde 1990, el 90% sucedió en esta región. Además de la baja renta nacional y la pobreza, las principales causas —en particular de los conflictos intranacionales que involucran a civiles cada vez más— son cuestiones relacionadas con la justicia, la distribución del acceso a los recursos, la identidad étnica y la exclusión social.

RECUADRO 15.4 MIGRACIÓN MUNDIAL

Debido al recrudecimiento de los conflictos armados, las personas fueron desplazadas, tanto dentro de los países como hacia otros países. Desde finales de la década de 1970, se registra un aumento constante del número de refugiados externos e internos. Según el estudio sobre los refugiados en el mundo (World Refugee Survey 1996), en 1995 había 5 200 000 refugiados en el África subsahariana en general y el grupo más grande se hallaba en la República Democrática del Congo (antiguamente Zaire) (1 300 000), seguido de la República Unida de Tanzania (700 000) y Guinea (600 000). El número de desplazados internos era incluso mayor: se calculaba que superaba los 8 millones sólo en el África. La migración —tanto forzada como voluntaria—

es otro campo crucial en el cual la acción y el bienestar de los seres humanos depende de un nivel de gobernanza supranacional. Además de los desplazamientos forzados y las enormes repercusiones humanitarias y sanitarias, la globalización también trajo aparejada una aceleración de la emigración laboral desde los países pobres. En este sentido, cabe mencionar el importantísimo movimiento de profesionales sanitarios —médicos, personal de enfermería y otros trabajadores calificados del sector sanitario— que abandonan los países de bajos ingresos, lo que tiene repercusiones significativas en términos de capacidad sanitaria dentro de los países que son víctimas del éxodo profesional.

Las características de los flujos financieros contemporáneos, los posibles beneficios que pueden traer y los peligros evidentes que se derivan de ellos ofrecen argumentos sólidos para fortalecer la gobernanza financiera mundial. Es posible acrecentar la influencia de la gobernanza mundial en los conflictos poniendo en marcha diversas medidas: distribuyendo con mayor equidad los beneficios derivados de la producción y el comercio nacionales y transnacionales, en especial con respecto a los recursos naturales; formulando medidas de seguridad internacionales, tales como el control del comercio internacional de armas; y fomentando acciones y financiación coherentes y oportunas en favor de intervenciones humanitarias en los países frágiles y los afectados por conflictos (Collier, 2006). En lo que respecta a la migración, es posible fortalecer la influencia de la gobernanza mundial elaborando políticas y mecanismos de financiación que sean más efectivos para brindar apoyo a los refugiados y los desplazados internos; fomentando una mayor cooperación mundial para que todos los migrantes transfronterizos gocen de “derechos móviles” que sean respetados por todos los gobiernos receptores; y celebrando acuerdos de reciprocidad con respecto a los profesionales sanitarios entre los países de los cuales provienen y los países a los cuales se dirigen.

La globalización ofrece oportunidades considerables y genuinas de mejorar la equidad sanitaria. No obstante, si bien la gobernanza es más eficaz en el plano mundial respecto de las acciones, los acuerdos y los controles relativos a las relaciones en materia económica, comercial, financiera y de inversión, la gobernanza mundial respecto de la equidad sanitaria y social sigue siendo ineficaz. La Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, que publicó su informe final en el 2004, y el Proceso de Helsinki sobre Globalización y Democracia son dos iniciativas multilaterales de los últimos años que abogan por una nueva forma de globalización que tenga en cuenta las obligaciones sociales e incorpore nuevas instituciones de gobernanza mundial. Fortalecer la gestión, en el plano mundial, de la integración entre las actividades económicas y el desarrollo social representa una manera más coherente en que los países pueden velar por una distribución más justa de los indudables beneficios de la globalización y una protección más justa contra los posibles daños.

Tiempos de cambio

El sistema multilateral es complejo e influye en la salud mundial de diversas formas. Desde la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se reúnen los Estados Miembros en pie de igualdad (al menos en principio) hasta el Consejo de Seguridad con los cinco miembros permanentes originales de la OCDE; desde el Consejo Económico y Social, cuyo mandato es coordinar las acciones intergubernamentales y el trabajo de los organismos especializados de las Naciones Unidas como la OMS con el apoyo de la Asamblea Sanitaria Mundial, hasta las entidades financieras internacionales (el

Banco Mundial y el FMI) y la OMC, cuyas políticas económicas han sido incompatibles con los imperativos de desarrollo social; desde los órganos regionales que tienen gran poder, como la Unión Europea, hasta otros que están procurando tener influencia en las cuestiones mundiales: el sistema multilateral es el ámbito más poderoso en el cual los países, que representan a su respectiva población, pueden emprender la búsqueda de lo que es eficaz y justo en el plano mundial.

Sin embargo, la infraestructura multilateral —creada poco después de la Segunda Guerra Mundial— de las Naciones Unidas, los organismos de las Naciones Unidas y las principales entidades financieras internacionales ahora tiene alrededor de 60 años. Las características de los sistemas mundiales y las necesidades de una gobernanza mundial eficaz cambiaron considerablemente. Se hace necesario reconsiderar el mandato y la organización del sistema mundial, y están dadas las condiciones para hacerlo (GKN, 2007), sobre todo teniendo en consideración el proceso actual de reforma de las Naciones Unidas. Si bien la Comisión es conciente de las limitaciones de su mandato y competencia, no puede dejar de señalar el predominio del mal funcionamiento democrático y el desequilibrio de influencias. Prácticamente cualquier cambio significativo encaminado a mejorar la gobernanza y el funcionamiento democrático del sistema multilateral en general depende, en gran medida, de la reforma del Consejo de Seguridad (Recuadro 15.5).

Un método para reformar al Consejo de Seguridad —a la luz de la ausencia de reformas ocasionada por los arraigados intereses particulares de los países que son miembros y los que no lo son— consiste en fortalecer la representación regional. Cada región podría tener una secretaría en el Consejo de Seguridad en Nueva York, lo que fortalecería el apoyo a los miembros que elijan y promovería políticas regionales compartidas sin necesidad de modificar la Carta, además de que ayudaría a los países pequeños y pobres a ampliar su capacidad de participación en el Consejo de Seguridad desde una posición más sólida (Paul & Nahory, 2005).

Son pocas las instituciones internacionales que han tenido tanta influencia en la formulación de políticas y programas, tanto internacionales como nacionales, como las entidades financieras internacionales: el Banco Mundial y el FMI. En el transcurso de los últimos 30 años, estas dos entidades adquirieron una gran influencia en el campo de la gobernanza mundial, no sólo con respecto a las relaciones directas de financiación con los países sino también indirectamente, mediante su influencia en el paradigma predominante de formulación y ejecución de las políticas. Aunque su influencia y experiencia de ningún modo están en tela de juicio, sus procesos institucionales y méritos democráticos —en lo concerniente a dar cabida a las distintas perspectivas acerca las prioridades de desarrollo

RECUADRO 15.5 REFORMA DEL CONSEJO DE SEGURIDAD

El Consejo de Seguridad refleja una estructura de poder mundial que data de 1945, época en la que la mayor parte de los países actuales estaban bajo dominio colonial. En 1965, debido a las presiones provenientes del mayor número de integrantes de las Naciones Unidas, se agregaron cuatro nuevos miembros no permanentes al Consejo de Seguridad, lo que llevó el número total de miembros a 15. Sin embargo, los cinco aliados principales de la Segunda Guerra Mundial se aferraron a su posición privilegiada: siguieron siendo “permanentes” y conservaron el poder de vetar cualquier decisión que emanara del Consejo de Seguridad.

Este arreglo torna al Consejo de Seguridad en un órgano antidemocrático e ineficaz. Los cinco miembros permanentes que tienen derecho a veto impiden que muchas cuestiones lleguen al temario del organismo y, a menudo, excluyen, por motivos totalmente egoístas, iniciativas que gozan de aceptación generalizada y son muy necesarias. Pese a la incorporación de diez miembros no permanentes, el Consejo de Seguridad sigue teniendo una representación geográfica desequilibrada y muy desigual.

Fuente: <http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm>

de los países, tales como la prioridad de la equidad sanitaria— son cuestionables, por no decir más (Recuadro 15.6).

La globalización señala la interdependencia de los estados-naciones y los pueblos, y el beneficio proporcional, para no decir la necesidad, de la cooperación en ámbitos de interés común. Así surgió el concepto de los “bienes públicos mundiales”, es decir, la gestión compartida de las condiciones y recursos que son esenciales para todas las personas y que no está al alcance del control de cada país por separado. Hasta el momento, comprenden asuntos como el cambio climático y los controles ambientales, la paz y la seguridad, la lucha contra enfermedades, y el conocimiento. Pero más allá de todos ellos —y, posiblemente, sustentándolos— se encuentra el concepto de justicia social, de equidad y, por ende, de equidad sanitaria, no sólo dentro de cada país sino también entre los distintos países.

ACCIONES PARA LOGRAR UNA GOBERNANZA MUNDIAL EFICAZ

La Comisión recomienda que:

- 15.1 Antes del 2010, el Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, prepare, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la adopción de la equidad sanitaria como objetivo**

básico del desarrollo mundial y que contenga indicadores acordes para supervisar el progreso en este sentido dentro de cada país y entre los distintos países (véanse las Recomendaciones 10.1, 10.3 y 16.3).

La equidad sanitaria: un objetivo mundial

A fin de reducir las desigualdades sanitarias entre los distintos países y dentro de cada país, es necesario imprimir coherencia a las políticas en la esfera mundial en la misma medida en que es necesaria en la esfera nacional (véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas). Al adoptar la equidad sanitaria entre los distintos países y dentro de cada país como medida básica del desarrollo, el Consejo Económico y Social puede utilizar su función de coordinación para mejorar la coherencia de las acciones sobre los determinantes sociales de la salud en todos los organismos de las Naciones Unidas (Recuadro 15.17).

Coherencia multilateral

El sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “Fortalecimiento del Consejo Económico y Social” (14 de noviembre del 2006), brindó una oportunidad para que el Consejo Económico y Social reasuma el liderazgo en cuanto

RECUADRO 15.6 TIEMPO DE RECONSIDERAR LA INFLUENCIA ECONÓMICA MUNDIAL

La representación en las decisiones que toman el Directorio Ejecutivo del Banco Mundial y el del FMI depende de la contribución económica (y, por ende, en gran medida, de la riqueza) de los Estados Miembros. Los países desarrollados, que representan el 20% de los miembros del FMI y el 15% de la población mundial, tienen una mayoría sustancial de los votos en las dos entidades. Por el contrario, los países en desarrollo tienen escasísima representación. El sistema de votación ponderada otorga a los Estados Unidos de América solo o a cuatro miembros cualesquiera del G7 que actúen conjuntamente sin el apoyo de los Estados Unidos de América la posibilidad de obstaculizar decisiones

sobre políticas en los 18 ámbitos que exigen una mayoría cualificada del 85% de los votos. De hecho, los Estados Unidos eligen al Presidente del Banco Mundial y la Unión Europea elige al Director Gerente del FMI, y los debates y procesos de toma de decisiones de los directorios son secretos. Pese a que se ha intentado incorporar la participación de un conjunto más amplio de interesados, mejorar los sistemas de información pública e informar más detalladamente acerca de las actividades de estas entidades, los procesos de toma de decisiones siguen sin ser transparentes.

Fuente: GKN, 2007

UNA GOBERNANZA MUNDIAL EFICAZ: ÁMBITO DE ACCIÓN 15.1

Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial y adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud que permita potenciar las acciones multilaterales en favor del desarrollo.

RECUADRO 15.7 EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

El Consejo Económico y Social es el principal órgano de las Naciones Unidas encargado de coordinar la tarea de 14 organismos especializados, comisiones funcionales y cinco comisiones regionales en materia económica, social y aspectos conexos. Además, recibe informes de 11 fondos y programas de las Naciones Unidas. El Consejo constituye un foro central para debatir asuntos económicos y sociales internacionales y para formular recomendaciones a los Estados Miembros y al sistema de

las Naciones Unidas con relación a políticas en la materia y es responsable de promover un mejor nivel de vida, el empleo pleno y el progreso social y económico; definir soluciones para los problemas económicos, sociales y sanitarios internacionales; fomentar la cooperación cultural y educativa internacional; y propugnar el respeto universal por los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Fuente: ECOSOC, s.f.

a velar por la coherencia de las acciones mundiales en favor del desarrollo y la equidad sanitaria. En primer lugar, el Consejo puede indicar a la Comisión de Desarrollo Social que adopte el criterio de equidad sanitaria como tema central del examen bienal de los años 2009-2010, apuntando a la creación de un marco multilateral de acción sobre los determinantes sociales de la salud. En segundo lugar, puede velar por que se siga un procedimiento normalizado de informe acerca de los progresos logrados en materia de equidad sanitaria en el proceso de Examen Ministerial Anual. En tercer lugar, aunque parezca que la principal tarea del Foro sobre Cooperación para el Desarrollo, que se reúne en años alternos a partir del 2008, consiste en mejorar la respuesta multilateral a las crisis humanitarias, puede ser de suma utilidad para proponer ámbitos emergentes de interés mundial sobre la situación sanitaria, entre ellos, cuestiones sobre la equidad.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ODM representan una profunda manifestación de la voluntad concertada de la comunidad mundial a actuar con firmeza y constituyen la base firme sobre la cual la Comisión construye su programa de acción. Los ODM reflejan el creciente consenso acerca de la necesidad de que los agentes mundiales trabajen conjuntamente en pro de un desarrollo social y económico coherente. Por desgracia, también reflejan una falta de atención a la equidad sanitaria dentro de los países. Este marco ofrece una clara oportunidad, tanto para el liderazgo de la OMS como para la colaboración coherente en favor de la equidad en todo el sistema multilateral, para examinar nuevamente los ODM e incorporar el

criterio de equidad como un marcador básico de la consecución de los objetivos (Recuadro 15.8).

Los organismos multilaterales ya desempeñan una función esencial en lo concerniente a la elaboración de normas mundiales que regulan las políticas y las acciones encaminadas a mejorar una gran gama de determinantes sociales de la salud, mediante acuerdos mundiales, internacionales y regionales y mecanismos de gobernanza, entre los que se cuentan la Campaña Mundial de la OIT en materia de Seguridad Social y Cobertura para Todos y el programa de acción por el trabajo digno, los programas del PNUD de lucha contra la pobreza, el contrato de cohesión social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, la iniciativa de la OPS contra la exclusión en salud, el Relator Especial sobre el derecho a la salud de la Comisión de las Naciones Unidas de Derechos Humanos, y los informes anuales conjuntos de la Unión Europea sobre protección social e inclusión social (SEKN, 2007). Aun así, una mayor colaboración en materia de planificación de políticas y programas entre los organismos multilaterales competentes permitiría obtener muchas más oportunidades para fortalecer la gobernanza colectiva.

La Comisión insta a los organismos mundiales competentes a dar un paso más en esta dirección. Para mejorar la gobernanza mundial en favor de la equidad sanitaria es preciso que los organismos multilaterales trabajen con mayor coherencia en favor de un conjunto de objetivos generales, basándose en una visión común acerca de los problemas que deben resolverse y en indicadores compartidos mediante los cuales midan las repercusiones de sus acciones. Para

RECUADRO 15.8 LA EQUIDAD SANITARIA COMO ELEMENTO CENTRAL DE LA GOBERNANZA SANITARIA MUNDIAL: LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los ODM son un conjunto de ocho objetivos encaminados a mitigar la pobreza que fueron definidos en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en el 2000. Todos están vinculados a acciones sobre los determinantes sociales de la salud. El consenso mundial plasmado en los ODM constituye un nuevo punto de partida para los organismos de desarrollo. El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas y muchísimos otros organismos con facultad de decisión, activistas y organizaciones de ayuda bilateral, y comunidades ya están dedicados plenamente a

iniciativas para lograr los ODM. No obstante, este esfuerzo mundial podría ser más provechoso si los países hicieran un compromiso explícito y sistemático con la equidad. Son necesarias metas bien definidas que incorporen el criterio de la equidad —a partir de fuentes de datos pertinentes— a fin de garantizar que los grupos pobres, marginados y vulnerables tengan la oportunidad de mejorar su estado de salud y acceder a los servicios de atención sanitaria.

Fuente: Wirth et al., 2006

RECUADRO 15.9 LA EXCLUSIÓN SOCIAL: EL “MÉTODO ABIERTO DE COORDINACIÓN” DE LA UNIÓN EUROPEA

En ocasión del Consejo Europeo de Lisboa celebrado en el 2000, los jefes de estado formularon una estrategia para combatir la exclusión social dentro de la Unión Europea cuyo propósito es ayudar a erradicar la pobreza antes del 2010. La estrategia subrayaba la necesidad de mejorar el entendimiento acerca de la exclusión social y organizar la cooperación política entre los estados miembros a partir de un “método abierto de coordinación”. Todos los estados miembros debían adoptar objetivos comunes para luchar contra la pobreza y la exclusión social y elaborar un plan bienal de acción

nacional acerca de la inclusión social que incluyera datos sobre la pobreza y la exclusión social en su país. Se usarían indicadores comunes de la inclusión social, los indicadores de Laeken. Los nuevos estados miembros accedieron a preparar los memorandos conjuntos sobre la inclusión social de carácter obligatorio que describían la situación de su país y las prioridades políticas acerca de la pobreza y la exclusión social antes de ser incorporados plenamente en la Unión Europea.

Fuente: SEKN, 2007

ello, sería de suma utilidad que compartieran un conjunto de datos más sistemático (combinando los conjuntos de datos que usan en la actualidad pero agregando parámetros para medir la equidad sanitaria) (véase el capítulo 16, Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

La Comisión propone que las organizaciones multilaterales reformen los marcos actuales de referencia del desarrollo mundial de modo que incorporen indicadores de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud con mayor coherencia. Un marco corregido de este modo probablemente necesite ganar credibilidad mundial y contar con la aceptación de los Estados Miembros, quizá del mismo modo en que lograron, o están logrando, reconocimiento y aplicación difundida el Índice de Desarrollo Humano y el sistema de evaluación común por países. El marco propuesto por la Comisión incorporaría indicadores para medir el progreso logrado respecto de los determinantes sociales de la salud y de la equidad sanitaria. Creado en colaboración y sometido a pruebas rigurosas, este marco de desarrollo social y equidad sanitaria podría estar respaldado por el observatorio sanitario mundial previsto (OMS) y serviría de base para elaborar el informe periódico y regular sobre el mundo que se presente ante el Consejo Económico y Social. Esta propuesta se describe más pormenorizadamente en el capítulo 16 (Determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación). Por otra parte, cada país participante podría emplear un marco similar adaptable a las circunstancias particulares para formular sus propios planes, indicadores y métodos de información nacionales sobre los determinantes sociales de la salud orientados a cumplir con los objetivos de salud y equidad sanitaria —y, por ende, de coherencia en la asignación de la ayuda— dentro del proceso más amplio de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (véase el capítulo 11, Financiación equitativa).

Desde luego, se trata de un proceso progresivo. Al acordar objetivos fundamentales —entre los cuales la equidad sanitaria tenga un lugar de privilegio— estos organismos mundiales pueden tender a la elaboración de indicadores compartidos. El ejemplo regional de los indicadores de la exclusión social que fueron acordados a través del tiempo por los Estados Miembros de la UE mediante un mecanismo de adhesión ofrece un modelo posible del modo en que puede elaborarse un método centrado en la adopción interinstitucional de la equidad sanitaria como objetivo básico del desarrollo y marcador común del progreso (Recuadro 15.9).

La Comisión recomienda que:

15.2. Antes del 2010, el Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, prepare, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la creación de grupos de trabajo encargados de estudiar los determinantes sociales de la salud por temas —empezando por el desarrollo de la primera infancia, la equidad de género, las condiciones de empleo y de trabajo, los sistemas de atención de salud y la gobernanza participativa— que incluyan a todos los organismos multilaterales competentes y a los interesados directos de la sociedad civil, y que deban presentar informes con regularidad (véanse las Recomendaciones 5.1, 6.2, 9.1 y 13.2).

Al adoptar los determinantes sociales de la salud como metas de la acción colaborativa, los organismos multilaterales competentes podrían formar grupos de trabajo que informen con regularidad los progresos conseguidos en su campo de estudio tomando como referencia los indicadores de los determinantes sociales de la salud y la equidad

RECUADRO 15.10 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL ONU-HÁBITAT

El ONU-HÁBITAT y la OMS definieron tres intervenciones pertinentes para impulsar una respuesta del sector sanitario en favor de la urbanización saludable: un instrumento de evaluación de la equidad sanitaria y propuestas de respuesta para los entornos urbanos (Urban HEART) que permite a los ministerios de la salud hacer un seguimiento de las zonas de rápida urbanización y determinar las desigualdades sanitarias; un informe mundial sobre la salud en los entornos urbanos; y una reunión mundial conjunta entre ONU-HÁBITAT y la OMS sobre urbanización saludable

que coincidirá con el Foro Urbano Mundial bienal de ONU-HÁBITAT, posiblemente en el 2010. Además, ya existen instrumentos para reducir las desigualdades sanitarias en los entornos urbanos, por ejemplo, una “grilla de aplicación de la tecnología social” y un módulo de capacitación (el Círculo de capacitación sobre urbanización saludable) que permiten relacionar la salud pública con las iniciativas comunitarias que se aplican en los municipios.

KNUS, 2007

RECUADRO 15.11 LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La OIT y la OPS están colaborando en la creación de una estrategia de “extensión de la protección social en salud” a la que definen como “intervenciones públicas dirigidas a garantizar el acceso de todos los ciudadanos a una atención sanitaria eficaz y a reducir las repercusiones negativas, tanto económicas como sociales, de (i) las circunstancias personales adversas (como las enfermedades y el desempleo) (ii) los riesgos colectivos como los desastres naturales y la superpoblación y (iii) los riesgos concretos a los que están expuestos los grupos sociales vulnerables”. A diferencia de las políticas orientadas a la gestión social

del riesgo, la OPS considera que la protección social en salud constituye un derecho humano, no un mero riesgo económico. Como lo concibe la OPS, el derecho a la protección social en salud está compuesto por tres elementos: (i) el derecho al acceso a servicios de atención sanitaria sin obstáculos económicos, sociales, geográficos ni culturales; (ii) el derecho a la seguridad financiera de los hogares; y (iii) el derecho a una atención sanitaria de calidad que sea respetuosa de la dignidad humana.

Fuente: SEKN, 2007

sanitaria (como ya se describió). Hay varios ejemplos de este tipo de grupos de trabajo interinstitucionales: el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (véanse los capítulos 5, 6 y 7, Equidad desde el principio; Entornos saludables para una población sana; Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno). Estos grupos de trabajo también podrían aprovechar las colaboraciones interinstitucionales ya existentes. Por ejemplo, la OMS trabaja en colaboración con algunos de los principales organismos de las Naciones Unidas (el UNICEF, el ONU-HÁBITAT, la OIT y el Banco Mundial) (Recuadros 15.10 y 15.1).

Estos grupos de trabajo podrían potenciar aún más la coherencia entre los programas y su ejecución en los países complementando los marcos nacionales en favor de la acción unificada (Recuadro 15.12).

Paladines de la gobernanza sanitaria mundial

Si la justicia social, económica y política es el interés principal del creciente movimiento por la gobernanza mundial, la equidad sanitaria debe ser adoptada como marcador básico de la eficacia de dicha gobernanza. La incorporación de la equidad sanitaria como un interés compartido y un indicador esencial de las acciones en todas las organizaciones multilaterales precisa liderazgo mundial: paladines que se encarguen de mantener el progreso hacia la equidad sanitaria como principal objetivo mundial.

Un enviado especial para velar por la equidad sanitaria mundial

El nombramiento de enviados especiales puede interpretarse como el punto de inflexión en el cual el mundo todo toma plena conciencia de una necesidad urgente y la posibilidad de satisfacerla. El objetivo central del nombramiento de un enviado especial sería orientar

a todos los actores pertinentes hacia una acción multilateral más concertada (Recuadro 15.13).

Un relator especial permanente sobre el derecho a la salud

Es evidente la relación que hay entre el enfoque basado en la salud como un derecho y el que se basa en los determinantes sociales de la salud para lograr la equidad sanitaria. La Declaración Universal de Derechos Humanos señala la interdependencia de los derechos cívicos, culturales, económicos, políticos y sociales, dimensiones de la exclusión social en las que hace hincapié el marco basado en los determinantes sociales de la salud. El derecho a la salud, como lo expresa el actual Relator Especial, el Profesor Paul Hunt, constituye un argumento convincente en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud (Recuadro 15.14).

La Comisión recomienda que:

15.3. La OMS institucionalice el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud en todos los departamentos de trabajo, desde la Sede hasta el plano nacional (véanse las Recomendaciones 10.5 y 16.8).

La realidad indica que hay fragmentación y competencia entre los principales organismos mundiales que tienen una influencia significativa en materia de determinantes sociales de la salud (desde el Banco Mundial, la OMC y los principales organismos de las Naciones Unidas hasta el G8 y otras agrupaciones de países), así como entre las iniciativas nacionales de desarrollo social (Deacon et al., 2003). La financiación internacional destinada a la salud mundial también se ha diversificado en los últimos decenios, lo que trajo aparejados cambios en los procesos y las estructuras de rendición de cuentas. El presupuesto de la Fundación Gates, por ejemplo, a

RECUADRO 15.12 EL MARCO DE ACCIÓN UNIFICADO DE LAS NACIONES UNIDAS

Desde la esfera mundial a la nacional, el marco de acción unificado de las Naciones Unidas propone aunar los esfuerzos de los distintos organismos de las Naciones Unidas en los países con el fin de reducir la repetición innecesaria y aumentar las sinergias entre los organismos y los donantes. Se están realizando proyectos de prueba en ocho países para evaluar

un modelo, en el cual los organismos de las Naciones Unidas funcionan a través de un único “coordinador residente” que brinda apoyo a la elaboración y la ejecución de los planes integrales de desarrollo nacional que apuntan a la consecución de los ODM.

Fuente: SEKN, 2007

RECUADRO 15.13 EL ENVIADO ESPECIAL PARA EL VIH/SIDA EN ÁFRICA

Stephen Lewis, ex embajador del Canadá ante las Naciones Unidas, fue nombrado Enviado Especial para el VIH/Sida en África por el Secretario General Kofi Annan en el 2001. Una descripción acerca de Lewis en esta función expresa que es “una de las armas más poderosas en la guerra contra la epidemia”. El Enviado Especial está comprometido con la causa y ha señalado los problemas relacionados con el género como principal factor de la pandemia, la condición de los huérfanos, el acceso al tratamiento y la cantidad de ayuda que está destinada a las medidas para luchar contra el VIH y el sida.

“El mundo está en una terrible falta”, expresó Lewis con respecto a la reacción mundial ante la crisis del sida en el África, al igual que algunos de los líderes africanos. Incluso a finales de la década de 1990, “muchos simplemente no

estaban comprometidos con la causa ... y era evidente que su país estaba en terribles problemas. Para ser justos con ellos, el mundo tampoco estaba comprometido ... Todos estaban... como petrificados, mientras esta pandemia que nos rodeaba hacia estragos”.

Según Lewis, hubo un aumento exponencial de la comprensión acerca del alcance y la naturaleza de la crisis africana del sida y, lo más delicado, su relación con la opresión de la mujer. “Finalmente parece que el mundo entendió que [en África] el sida es una pandemia femenina. A menos que reconozcamos que las mujeres son las más vulnerables... y que hagamos algo por la equidad social y cultural de la mujer, nunca lograremos derrotar a esta pandemia.”

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído UN (2001).

veces supera el presupuesto básico de la OMS (Kickbusch & Payne, 2004). La Comisión brinda un apoyo pleno a la OMS para que renueve su liderazgo en la salud mundial y su función de rectoría en todo el sistema multilateral. No obstante, un elemento esencial de este nuevo liderazgo es la necesidad de que la OMS misma logre una renovación institucional convirtiendo el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud en el principio rector de todos los programas y departamentos.

Estos cambios ya están en curso. Una de las redes expertas de la Comisión, que se ocupó de estudiar las afecciones prioritarias para la salud pública (PPHCKN), está conformada por integrantes de la OMS misma, desde las oficinas y los programas sobre enfermedades más importantes hasta el mundo académico e investigadores de campo, proyectos y organizaciones no gubernamentales que trabajan en los países. La colaboración de la red experta PPHCKN adoptó y utilizó un marco analítico, que fue aplicado a muchas de las principales afecciones sobre las que trabaja la OMS comenzando en el nivel convencional de los resultados sanitarios, pero efectuando un análisis más profundo orientado a los factores causales más estructurales, con el propósito de definir un campo más amplio de puntos de acceso en cada uno de los cinco niveles del marco (Figura 15.2). Asimismo, la OMS instaló centros de enlace regionales para que coordinen las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, con el propósito de que colaboren estrechamente con los Estados Miembros apoyando la corriente de trabajo en los países que emprendió la Comisión y promoviendo la elaboración de políticas y acciones en favor de la equidad sanitaria.

Los programas destinados a afecciones concretas generan una atracción importante y, por ende, permiten reunir fondos. Alrededor de dos tercios del presupuesto de la OMS están destinados a estos programas; a escala mundial, los programas dedicados a una enfermedad o a un conjunto muy limitado de enfermedades también están en pleno auge. La red experta PPHCKN está definiendo los puntos de acción de los programas encaminados a elaborar un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud. La tarea iniciada por esta red experta ya ha demostrado que puede generar apoyo en favor del cambio institucional dentro de la OMS (Recuadro 15.15).

Si se han de incorporar los determinantes sociales de la salud en todos los ámbitos de la OMS, serán necesarias inversiones para mejorar la competencia del personal de la organización (véase el capítulo 16: Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

La globalización ya es una realidad, que tiene la posibilidad de generar beneficios considerables, incluso importantes avances para la salud mundial. Sin embargo, tal como están las cosas, no hay pruebas que demuestren esos beneficios. De lo que sí hay pruebas es de la desigualdad cada vez mayor entre las distintas regiones y los distintos países y dentro de cada región y cada país. La mayor integración entre los pueblos en la esfera económica no está equiparada por una consideración acorde de los imperativos generales del desarrollo social equitativo. Para ello, es preciso reformar y ampliar la estructura de la gobernanza mundial: abrir el acceso a los foros normativos con mayor equidad e incorporar como principal objetivo la equidad en materia de salud y bienestar para todos.

RECUADRO 15.14 EL DERECHO A LA SALUD: EL DERECHO A LAS CONDICIONES QUE PROPICIAN LA SALUD

“El derecho a la salud incluye el derecho a la atención de salud, pero trasciende la mera atención, ya que también comprende un saneamiento adecuado, condiciones de trabajo salubres y acceso a la información acerca de la salud, entre otros aspectos, acerca de la salud sexual y reproductiva. También comprende las libertades, como el derecho a no verse sometido a la esterilización forzada ni ser objeto de discriminación, así como otros derechos, como el acceso a un sistema de protección sanitaria. El derecho a la salud se compone de varios elementos, una especie subderechos, tales como la salud materna, infantil

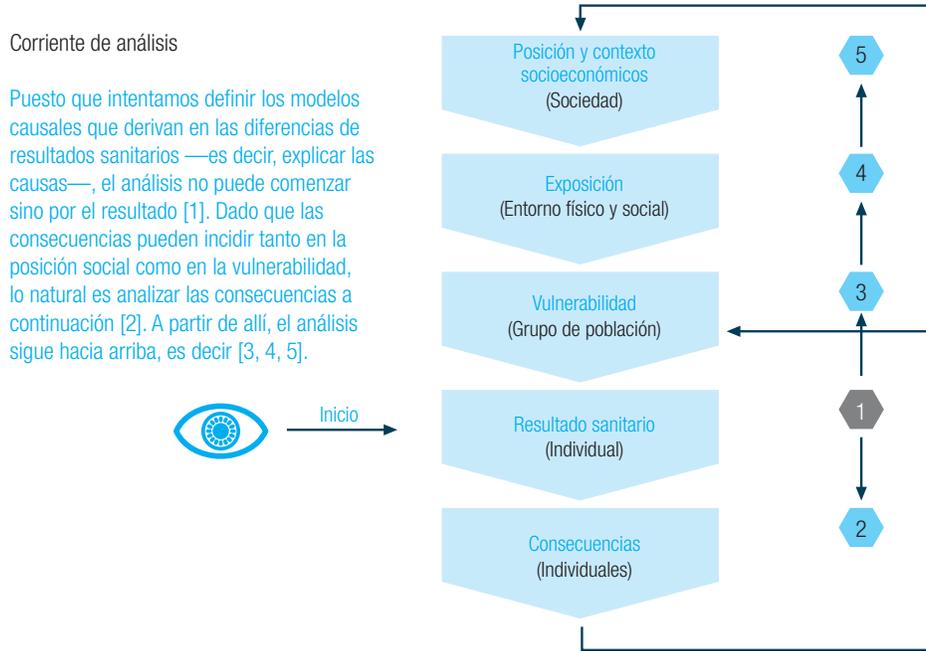
y reproductiva. Al igual que otros derechos humanos, el derecho a la salud atañe en particular a las personas desfavorecidas, vulnerables y a las que viven en la pobreza. Si bien está supeditado al ejercicio progresivo, impone algunas obligaciones de efecto inmediato, tales como las obligaciones de los prestadores de dispensar un trato equitativo y no discriminar. Y exige indicadores y puntos de referencia para supervisar el ejercicio progresivo de este derecho.”

Reimpreso con autorización del autor, extraído de Hunt (2003).

UNA GOBERNANZA MUNDIAL EFICAZ: ÁMBITO DE ACCIÓN 15.2

Fortalecer el liderazgo de la OMS en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, convirtiéndolos en un principio rector para todos los departamentos y programas de los países de la OMS.

Figura 15.2 Afecciones prioritarias para la salud pública: modelos causales aplicables a la acción en materia sanitaria.



RECUADRO 15.15 CAMBIOS INSTITUCIONALES EN FAVOR DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La OMS ya muestra algunos signos de progreso, inspirados por la red experta PPHCKN, en las acciones sobre los determinantes sociales de la salud:

La incorporación de un cambio conceptual en la OMS, mediante un examen de las directrices técnicas acerca de las enfermedades y los determinantes, y un examen de otros aspectos de los programas nacionales prioritarios que demuestran la manera en que las actividades de promoción y prevención de la salud, combinadas con los programas sobre enfermedades concretas, cumplieron con los objetivos en materia de determinantes sociales de la salud y equidad sanitaria.

La influencia en los programas sobre afecciones concretas con miras a mejorar las intervenciones actuales (prevención, detección, tratamiento y cura), pero también a abogar por el cambio social como medio para lograr que el mejoramiento sostenible de la salud de la población tenga mayor presencia en toda la OMS.

La promoción de un liderazgo político mucho más sólido de la OMS a fin de ubicar a la salud y la equidad sanitaria como valores mundiales intrínsecos y no sólo como un medio para lograr el crecimiento económico.

La medición de la sostenibilidad y el compromiso institucional con el marco de los determinantes sociales de la salud en toda la OMS y dentro de cada programa a partir de la asignación de recursos y las características del personal: el compromiso con la acción enmarcada en los determinantes sociales, con un trabajo programático más vinculado a las características sociales de las enfermedades y con el cambio en el trabajo en los países, que comprenda la adopción por parte de los países del marco basado en los determinantes sociales de la salud.

Fuente: PPHCKN, 2007c

CONOCIMIENTOS, SEGUIMIENTO Y CAPACIDAD:
LA ESPINA DORSAL DE LA ACCIÓN



El tercero de los tres principios de acción de la Comisión es:

Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Toda sociedad que se preocupa por la salud y la equidad sanitaria es consciente de la existencia de todos los ciudadanos y de la importancia de su bienestar, de modo que se ocupa de medir la magnitud de los problemas sanitarios y de las desigualdades sanitarias, y de sus determinantes, y emplea los datos científicos para elaborar y adaptar las políticas y los programas con el objeto de brindarles a todos el mayor grado posible de salud.

El mundo está cambiando a toda velocidad y a menudo no está claro cómo afectarán los cambios sociales, económicos y políticos a la salud en general y a las desigualdades sanitarias

en los países y en el mundo en su conjunto. La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si los países disponen de sistemas de datos básicos —tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud— y de mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de intervenciones más eficaces.

Para generar el espacio necesario, el mandato y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, es preciso que los actores políticos, los profesionales y el público en general comprendan mejor la manera en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población. Es responsabilidad de la OMS ayudar a crear esa capacidad en los planos internacional, nacional y local, y reafirmar su función de liderazgo fortaleciendo su propia capacidad con el fin de brindar asesoramiento acerca de las políticas que mejoran la equidad sanitaria y ofrecer apoyo técnico acerca de los determinantes sociales de la salud. No hay dudas de que hay suficientes datos concluyentes para comenzar a actuar de inmediato. Son necesarias iniciativas específicas para fortalecer e intercambiar los datos mundiales acerca de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a fin de mejorar nuestra capacidad de acción.



CAPÍTULO 16

Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación

“No debemos olvidarlo: los datos científicos tienen un gran poder estratégico y persuasivo en el terreno de las políticas.”

Margaret Chan, Directora General de la OMS (Chan, 2007)

LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN Y LA FORMACIÓN

La formulación normativa basada en pruebas científicas sobre los determinantes sociales de la salud quizá sea la mejor manera de hacer frente a las desigualdades sanitarias (MEKN, 2007a), pero, para ello, es imprescindible disponer de información fehaciente sobre la magnitud del problema y datos actualizados acerca de los determinantes y de las acciones que realmente logran reducir las desigualdades sanitarias. También es necesario que los responsables de formular políticas y los profesionales comprendan esos datos a fin de que puedan actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Seguimiento

La acción sobre los determinantes sociales de la salud que tiene el propósito de mejorar los resultados sanitarios generales y reducir las desigualdades sanitarias será mucho más eficaz si hay sistemas de datos básicos, tanto nacionales como internacionales, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de intervenciones más eficaces. Estos procesos son esenciales para definir la magnitud del problema, comprender quiénes son los más afectados y determinar si la situación mejora o se deteriora a lo largo del tiempo, y evaluar los puntos de acceso a los cuales dirigir las intervenciones y a partir de los cuales evaluar las repercusiones de las políticas (MEKN, 2007b). Los datos bien presentados pueden estimular la acción política (CW, 2007). Los sistemas de seguimiento sanitario de todo el mundo están en diferentes etapas de desarrollo. Algunos países casi no recaban datos sanitarios con regularidad. Otros tienen una estructura sistemática de recopilación de datos sanitarios, pero no hacen un seguimiento de las desigualdades sanitarias. Otros países efectúan un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias, pero carecen de datos sobre los determinantes sociales de dichas desigualdades, de modo que no es posible detectar puntos de acceso a los cuales dirigir las políticas (MEKN, 2007a). En los países donde se registran los problemas de salud más graves, en particular los países en conflicto, es donde hay menos datos fidedignos.

Todo sistema básico de información sanitaria depende de un elemento importante: un sistema de registro civil que funcione correctamente. Sin embargo, muchos nacimientos y defunciones no quedan registrados, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos (UNICEF, 2005; UNICEF, 2007c) (Tabla 16.1). Dentro de los países, los hogares y las comunidades pobres concentran una parte desproporcionadamente mayor de los nacimientos que no son registrados (UNICEF, 2007c). “Los escollos que deben sortear los progenitores para registrar el nacimiento de sus hijos tienen que ver a menudo con una situación más amplia de exclusión social y falta de acceso a servicios sociales” (UNICEF, 2007c). En muchos países, el alto costo que supone registrar los nacimientos es una razón importante por la que no se registran (UNICEF, 2007c).

Tabla 16.1

Nacimientos no registrados (en miles) en el 2003 por regiones y nivel de desarrollo

Región	Nacimientos	Niños no registrados, n (%)
El mundo entero	133028	48276 (36%)
África subsahariana	26879	14751 (55%)
Oriente Medio y África septentrional	9790	1543 (16%)
Asia meridional	37099	23395 (63%)
Asia oriental y el Pacífico	31616	5901 (19%)
América Latina y el Caribe	11567	1787 (15%)
ECO, CEI y Estados báltico	5250	1218 (23%)
Países industrializados	10827	218 (2%)
Países en desarrollo	119973	48147 (40%)
Países menos desarrollados	27819	19682 (71%)

ECO = Europa central y oriental; CEI = Comunidad de Estados Independientes.

Fuente: UNICEF, 2005

La insuficiencia de los sistemas de registro de los nacimientos no sólo viola el derecho del niño a recibir un nombre y tener una nacionalidad (Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 7), sino que también tiene consecuencias importantes para la salud y el desarrollo infantiles. Los niños que no están registrados no cuentan: tienen problemas para acceder a los servicios sanitarios esenciales y para matricularse en la escuela (UNICEF, 2005). Los sistemas de registro civil desempeñan una función jurídica esencial: dado que definen y protegen la identidad y la ciudadanía, pueden ayudar a proteger a los niños de la explotación, por ejemplo, del trabajo infantil y a garantizarles los derechos de propiedad. Crear y mantener en funcionamiento un sistema de registro de los nacimientos como parte de un sistema integral de registro civil puede proteger a los niños desfavorecidos de otras desventajas posteriores que se derivan de no haber sido registrados al nacer (UNICEF, 2005). Se ha demostrado que el registro civil es sumamente importante para el desarrollo social y económico de los países que están comenzando a industrializarse (Szreter, 2007; Lundberg et al., 2007). En los últimos 50 años, esos sistemas hicieron escasos progresos en los países de ingresos bajos y medianos (Mahapatra et al., 2007).

Investigación

Aunque son de suma importancia, los datos básicos por sí solos no permiten definir qué medidas tienen resultados más satisfactorios a la hora de mejorar la salud y reducir las desigualdades sanitarias. Es preciso comprender las causas esenciales de las desigualdades sanitarias y son necesarios datos científicos que demuestren qué tipos de intervenciones funcionan mejor para resolver el problema. Es preciso robustecer la base de datos científicos en varios aspectos. En primer lugar, la mayor parte de las investigaciones en salud (es decir, la financiación) sigue estando

dedicada de forma abrumadora a la biomedicina, aun cuando podría decirse que los avances sanitarios más importantes fueron producto de mejoras en los determinantes sociales de la salud (IUHPE/CEU, 1999; Woolf et al., 2004; Woolf et al., 2007; Szreter, 2002; Szreter, 1988). Es necesario realizar más investigaciones interdisciplinarias y multidisciplinarias sobre los determinantes sociales de la salud, pero generar datos científicos que demuestren la eficacia o ineficacia de las intervenciones para reducir las desigualdades sanitarias es un proceso complejo, ya que los ensayos comparativos y aleatorizados no suelen ser factibles desde la perspectiva práctica o ética y, además, los datos científicos sobre los determinantes sociales de la salud pueden depender del contexto. Las respuestas a las desigualdades reflejan una amplia gama de factores, desde la cultura y la historia del país en estudio, hasta el ambiente político y la fuerza de la sociedad civil. A fin de comprender los efectos de ese contexto sobre las desigualdades sanitarias y la eficacia de las intervenciones, es preciso reunir una amplia base de datos científicos que comprenda datos cualitativos y cuantitativos. La utilidad de los datos científicos debe establecerse en función de su idoneidad para los fines que se persiguen —es decir, determinando si responden de forma convincente a la pregunta formulada— en lugar de emplear la jerarquización clásica estricta (MEKN, 2007a).

Formación

El programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud es fundamentalmente político, de modo que exige intervenciones en la esfera política. Aun así, resulta esencial disponer de datos científicos probatorios, detectar el problema y definirlo, así como formular soluciones, además de tener la voluntad política. Es imprescindible que los rectores de la política reconozcan y comprendan el problema de las desigualdades sanitarias, sus determinantes y las posibles soluciones, y sientan que tienen espacio y mandato institucionales y los recursos necesarios para definir las intervenciones apropiadas. Por lo tanto, es preciso invertir en la formación de los responsables de formular políticas y los asesores, los profesionales médicos y sanitarios, y otros profesionales (como los urbanistas), así como financiar campañas de difusión pública acerca de los determinantes sociales de la salud.

MEDIDAS ENCAMINADAS A AUMENTAR LA CAPACIDAD DE SEGUIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

Sistemas de registro de los nacimientos

La Comisión recomienda que:

16.1 Los gobiernos velen por que todos los niños sean registrados al nacer sin que ello suponga un gasto para la familia y perfeccionen el registro civil de los nacimientos y las defunciones (véanse las Recomendaciones 5.2 y 14.1).

El perfeccionamiento del registro de los nacimientos debería ser una de las primerísimas prioridades de las medidas encaminadas a fortalecer la capacidad para efectuar un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias, en especial en los países de ingresos bajos y medianos (Braveman, 1998). Es necesario que los gobiernos otorguen mayor prioridad al desarrollo de capacidad e infraestructura del sistema de registro civil en los planes nacionales del ámbito sanitario y de desarrollo, que se evidencie en la asignación de los recursos humanos y financieros (Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007). Los gobiernos

nacionales tienen la obligación de establecer un sistema de registro de los nacimientos como parte de un sistema integral de registro civil que funcione correctamente. Es necesario reforzar el registro de las defunciones y garantizar que consignen la causa de muerte mejorando los registros sistemáticos o (en el corto plazo) algún método alternativo, como las autopsias verbales (Murray et al., 2007).

El sistema sanitario puede desempeñar una función importante, y ciertamente tiene una responsabilidad, en lo que respecta al perfeccionamiento y el fortalecimiento del sistema de registro civil. En estrecha colaboración con las autoridades del registro y las oficinas nacionales de estadística, puede informar, promover y respaldar el establecimiento y el mantenimiento del sistema (Setel et al., 2007). Los prestadores sanitarios, por ejemplo, pueden proporcionar información a quienes tienen niños a su cuidado acerca del modo en que pueden registrar el nacimiento. Asimismo, es posible suministrar información sobre la salud y el desarrollo infantil a los progenitores cuando acuden a registrar el nacimiento de su hijo (UNICEF, 2005). Por otra parte, también se puede mejorar la exactitud del registro de la causa de defunción impartiendo capacitación a los médicos respecto del modo en que deben rellenar los formularios correspondientes (Mahapatra et al., 2007).

Es preciso combinar las iniciativas encaminadas a aumentar el registro general de los nacimientos con iniciativas específicas cuyo propósito sea reducir las desigualdades en este sentido entre los distintos grupos sociales y las distintas regiones de un mismo país (UNICEF, 2005). Una posibilidad consiste en definir el alcance geográfico de la cobertura de los registros para detectar las regiones que tienen menor número de nacimientos registrados y planificar campañas para fomentar el registro (UNICEF, 2005). Los mecanismos específicos para mejorar la cobertura y disminuir las desigualdades a este respecto deben ser acordes al contexto. Hay que empezar por eliminar las tarifas de registro y las multas por los registros tardíos. Si la distancia constituye un problema, puede resultar de utilidad efectuar campañas domiciliarias o emplear unidades móviles (UNICEF, 2005). En los contextos donde uno de los problemas es la falta de conocimientos, una opción consiste en emprender campañas de información y sensibilización que lleguen a todas las regiones y los grupos sociales (UNICEF, 2005). El sector público puede trabajar conjuntamente con las organizaciones de la sociedad civil y otras organizaciones locales, como las escuelas y los centros sanitarios, o bien los campamentos en el caso de los desplazados internos, para llegar a más personas (UNICEF, 2005).

Para mejorar los sistemas de registro civil, es preciso granjearse la confianza de los ciudadanos y fomentar su participación (Setel et al., 2007). Es necesario proteger la confidencialidad mediante sistemas de protección de los datos que funcionen correctamente. Asimismo, es importante proteger a los individuos, en particular a los grupos vulnerables, del uso indebido de las facultades de registro civil por parte de los gobiernos y otros agentes (Setel et al., 2007).

La creación y el perfeccionamiento de sistemas de registro civil que sean estables a largo plazo exigen un compromiso político y financiero duradero, tanto nacional como internacional, del Estado, los donantes y las organizaciones internacionales (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007). Los donantes y los organismos internacionales deben tomar conciencia de que el registro de los nacimientos —como parte de un sistema de registro civil completo que funcione correctamente— constituye un elemento esencial de la infraestructura en pro del

SEGUIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN: ÁMBITO DE ACCIÓN 16.1

Poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.

desarrollo (Mahapatra et al., 2007). La OMS tiene una función fundamental en lo que respecta a la prestación de apoyo técnico a los países. Por otra parte, son necesarias iniciativas internacionales destinadas a mejorar la exactitud y la comparabilidad de las estadísticas demográficas, por ejemplo, mediante la Red de Sanimetría (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007; Health Metrics Network, s.f.). El apoyo destinado al registro civil debe insertarse en proyectos financiados por los organismos internacionales (Mahapatra et al., 2007). Por ejemplo, el Banco mundial puede incorporar este apoyo en la financiación de las reformas y el mejoramiento de los sistemas sanitarios, en tanto que el UNICEF podría emprender una promoción más activa del registro de las defunciones además de las iniciativas para mejorar el registro de los nacimientos (Mahapatra et al., 2007).

Sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria

La Comisión recomienda que:

16.2. Los gobiernos nacionales pongan en marcha sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias (véase la Recomendación 10.3).

Es necesario crear sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria para recabar, cotejar y difundir con regularidad información acerca de la salud, las desigualdades sanitarias y los determinantes de la salud de un modo coherente. Muchos países y muchas organizaciones internacionales ya recaban datos sobre los determinantes sociales de la salud de una forma u otra. Los sistemas nacionales e internacionales de vigilancia de la equidad sanitaria pueden partir de estas iniciativas y agregar dos elementos importantes. En primer lugar, aunque la mayoría de los sistemas de datos actuales sólo presentan promedios nacionales, el sistema de vigilancia de la equidad presentaría los datos estratificados en función de los grupos sociales de cada país, e incluiría estadísticas de las desigualdades sanitarias y los determinantes entre estos grupos. En segundo lugar, si bien, en la actualidad, los datos sobre los diferentes determinantes sociales de la salud están dispersos en múltiples sistemas de información, el sistema de vigilancia de la equidad sanitaria reuniría, en un solo lugar, los datos sobre un amplio abanico de determinantes sociales de la salud.

Creación de un sistema mínimo de vigilancia de la equidad sanitaria

Es conveniente que todos los gobiernos nacionales apunten a crear un sistema integral de vigilancia de la equidad sanitaria (véase el Recuadro 16.3), con la asistencia técnica de la OMS cuando sea necesario. Es posible crear un sistema de vigilancia de estas características poco a poco, según el grado de desarrollo del país y el sistema de información sanitaria

de que disponga. Lo esencial es que cada Estado nacional se ocupe de recabar datos básicos sobre mortalidad y morbilidad, estratificados en función de los grupos socioeconómicos y de las regiones. La experiencia de las iniciativas de la UE demuestra, en todos los casos, que los países que carecen de datos básicos sobre la mortalidad y la morbilidad estratificados en función de indicadores socioeconómicos tienen dificultades a la hora de mejorar la equidad sanitaria (Mackenbach & Bakker, 2003); podría decirse lo mismo respecto de los países que no integran la UE. El Recuadro 16.2 presenta un modelo de sistema mínimo de vigilancia de la equidad sanitaria.

Con el fin de crear un sistema mínimo de vigilancia de la equidad sanitaria, todos los países deben:

- Comenzar de inmediato a recabar estadísticas sanitarias sistemáticas si no disponen de ellas; incluso en las zonas de conflicto o emergencia, puede ser factible efectuar encuestas sobre las condiciones sanitarias y el nivel de vida a muestras por conglomerados (Burnham, 2006; UNDP & Ministry of Planning and Development Corporation, 2005), aunque resulte dificultoso.
- Mejorar las estadísticas sanitarias sistemáticas de modo que sea posible hacer un seguimiento por separado de las tendencias en materia de salud y mortalidad de las mujeres y los varones y de diferentes estratos sociales, utilizando datos representativos del país.
- Si dependen de encuestas, mejorar:
 - La representatividad: velar por la representatividad nacional pero también resolver el problema de la ausencia de datos acerca de los grupos vulnerables, tales como los indígenas, la población móvil y los pueblos indígenas.
 - La potencia estadística: garantizar que sea suficiente para desglosar la mayoría de los resultados y determinantes sanitarios en función de los estratos sociales relevantes, y para hacer un seguimiento de las tendencias en materia de desigualdades sanitarias.
 - La calidad y los métodos de obtención de los datos: garantizar la fiabilidad, la validez, los métodos de selección de muestras y estimación, y las técnicas estadísticas.
 - La coherencia y la comparabilidad de la recolección de datos: que permitan las comparaciones a lo largo del tiempo y entre los países.
 - El análisis georreferencial: para facilitar la vinculación de los datos.
 - La frecuencia con la que se realizan las encuestas: lo ideal es al menos cada cinco años.
- Mejorar los conocimientos acerca de la salud y la mortalidad en todos los grupos de edad y estratos sociales de los países pobres. Los datos provenientes de encuestas, en particular de las Encuestas

RECUADRO 16.1 EL REGISTRO CIVIL: ESENCIAL PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICA

“En el África, Sudáfrica es uno de los casos mejor documentados: la ausencia de datos fidedignos acerca de las causas de muerte permitió —durante un tiempo— que continuaran las deficientes políticas nacionales, y el mejor uso de los datos existentes acerca de los acontecimientos de la vida cambió las prioridades en materia política y programática. [...] A comienzos de la década del 2000, las estadísticas demográficas de este país indicaban claramente un enorme aumento de la mortalidad entre los adultos. Sin embargo, la ausencia de información acerca de las causas de esas muertes

brindó al gobierno, que tenía una postura oficial escéptica acerca del sida, la oportunidad de seguir poniendo en tela de juicio los efectos reales de la epidemia en ese país. Las autoridades de Ciudad del Cabo participaron en un análisis de la información disponible acerca de las causas de muerte, sobre todo acerca del sida y los homicidios, y obtuvieron una noción más certera del valor que tienen los datos demográficos locales para los procesos locales de decisión.”

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Setel et al. (2007).

de Demografía y Salud, fueron invaluables para describir las desigualdades en términos de mortalidad en la infancia y sus determinantes en los países de ingresos bajos y medianos, y su uso difundido demuestra que son factibles en estos países. Es importante establecer sistemas que también aporten información sanitaria acerca de los adultos, por ejemplo, ampliando estas encuestas.

El sistema de vigilancia de la equidad sanitaria debería estar coordinado a nivel nacional de modo que sea de utilidad para los encargados de formular políticas sanitarias nacionales y locales. Es responsabilidad del Estado, cuando sea necesario con la ayuda de donantes, proporcionar financiación básica suficiente a largo plazo al organismo central que coordine el sistema. Es esencial que la OMS brinde respaldo a estos sistemas de vigilancia en los Estados Miembros, a través de apoyo técnico para mejorarlos; medios para mejorar la calidad y la comparabilidad de los datos (entre los países y con el paso del tiempo); y fomento de la capacidad nacional para aplicar los datos en la formulación de políticas y programas de salud pública, y efectuar análisis. Las iniciativas como la Red de Sanimetría también podrían ayudar a fortalecer la capacidad técnica necesaria para poner en ejecución el sistema de vigilancia de la equidad sanitaria (Health Metrics Network, s.f.). Además, podría cosecharse la experiencia de las iniciativas actuales que hacen un seguimiento de la equidad sanitaria, como el Programa de Vigilancia de la Salud de la Unión Europea (EU, 1997).

Hacia un sistema integral de vigilancia de la equidad sanitaria

Junto con los datos sanitarios, es preciso recabar y analizar datos acerca de los determinantes sociales de la salud más importantes. El sistema de vigilancia debería proporcionar datos sobre el conjunto de determinantes sociales de la salud que conforman el modelo causal, desde las condiciones de vida hasta factores más estructurales de las desigualdades sanitarias (Solar & Irwin, 2007) y tener una estructura

tal que permita hacer un seguimiento por separado de las tendencias en los determinantes sociales de la salud, de las mujeres y los varones y de diferentes estratos sociales.

El Recuadro 16.3 expone un ejemplo de las características que podría tener el sistema de vigilancia de la equidad sanitaria. Es importante que incluya información acerca de las desigualdades y los determinantes sanitarios y de las consecuencias de las enfermedades, y que presente la información sanitaria de un modo estratificado, tanto en función de estratificadores sociales como regionales. Si bien es necesario incluir información sobre grupos sociales específicos, el grado absoluto de salud de los grupos desfavorecidos en particular es un indicador importante para los responsables de formular políticas. Por otra parte, es necesario incorporar estadísticas agregadas descriptivas de la magnitud de las desigualdades sanitarias entre los distintos grupos de población. Es recomendable incluir una medida de las desigualdades relativas y otra de las desigualdades absolutas, ya que estos tipos son complementarios y los resultados pueden depender del tipo que se emplee. Al interpretar las características y las tendencias en materia de desigualdades, los rectores y los planificadores de las políticas y los investigadores deben consignar el tipo de medida agregada que emplean para describir los datos. A los efectos de la investigación, es posible complementar las estadísticas simples de las desigualdades sanitarias —tales como la razón de tasas y la diferencia de tasas— con estadísticas más complejas (por ejemplo, el índice relativo de las desigualdades) (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007b; Vägerö, 1995). El sistema de vigilancia debe incorporar información acerca del modo en que está distribuida la población entre los distintos grupos sociales y regionales, ya que el tamaño de los grupos determina el impacto demográfico de las desigualdades sanitarias.

El ejemplo del Recuadro 16.3 muestra las categorías generales de los resultados y los determinantes sanitarios para los cuales será necesario crear indicadores mediante un proceso participativo a nivel internacional y nacional. Estas categorías generales se derivan

RECUADRO 16.2 UN SISTEMA MÍNIMO DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD SANITARIA

El sistema mínimo de vigilancia de la equidad sanitaria proporciona datos básicos sobre la mortalidad y la morbilidad en función de los grupos socioeconómicos y regionales de cada país. Como mínimo, todos los países deberían disponer de datos básicos sobre la equidad sanitaria que sean representativos de la situación nacional y sirvan a fines comparativos a lo largo del tiempo. Lo ideal sería que se calculara la mortalidad a partir de registros del estado civil completos y fidedignos, en tanto que los datos sobre la morbilidad podrían recabarse mediante encuestas sanitarias (Kunst & Mackenbach, 1994). En muchos países de ingresos bajos y medianos, las encuestas sanitarias seguirán siendo, en el futuro cercano, una importante fuente de información acerca de la mortalidad.

Resultados sanitarios:

Mortalidad: mortalidad de menores de un año y menores de 5 años, mortalidad materna, mortalidad en la adultez y esperanza de vida al nacer.

Morbilidad: al menos tres indicadores de morbilidad que sean relevantes para el país, los que dependerán del contexto nacional y pueden abarcar la prevalencia de la obesidad, la diabetes, la desnutrición y el VIH.

Percepción personal acerca de la salud mental y física.

Estadísticas de las desigualdades:

Además de los promedios correspondientes al total de la población, los datos sobre los resultados deben presentarse estratificados, por ejemplo, en función de los siguientes estratos:

El sexo.

Al menos dos indicadores sociales (por ejemplo, la educación, el ingreso o la riqueza, la categoría ocupacional, el grupo étnico o la raza).

Al menos un indicador regional (por ejemplo, rural o urbano, provincial).

Es preciso incluir al menos una estadística descriptiva de las desigualdades sanitarias absolutas entre los grupos sociales y una de las desigualdades relativas (véase el Recuadro 16.3).

Es necesario disponer de datos fidedignos sobre la salud de los pueblos indígenas, si corresponde.

de la labor emprendida por la Comisión, como se ha descrito en el presente informe, y el modelo demuestra la importancia de realizar un seguimiento que trascienda al sector sanitario (CW, 2007). Lo ideal sería crear un conjunto básico de indicadores que sean comparables entre los países, bajo la rectoría de la OMS y en consulta con los interesados directos en la esfera nacional e internacional (véase, en el capítulo 15, Una gobernanza mundial

eficaz, la Recomendación 15.1), los que deben comprender indicadores sanitarios basados en los derechos humanos a fin de propiciar el seguimiento y la evaluación del ejercicio progresivo del derecho a las condiciones de salud (UN, 2000a). En la esfera nacional, cabría elaborar indicadores específicos y módulos que se adapten al contexto nacional y local respetando este modelo coherente.

RECUADRO 16.3 HACIA UN SISTEMA NACIONAL INTEGRAL DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD SANITARIA

DESIGUALDADES SANITARIAS

Información necesaria:

Resultados sanitarios estratificados en función de:

- El sexo.
- Al menos dos estratificadores socioeconómicos (por ejemplo, la educación, el ingreso o la riqueza, la categoría ocupacional).
- El grupo étnico, la raza o la pertenencia a un pueblo indígena.
- Otros estratificadores sociales relevantes al contexto.
- El lugar de residencia (rural o urbano y provincial u otra unidad geográfica relevante).

La distribución de la población en subgrupos.

Una medida agregada de las desigualdades sanitarias relativas; por ejemplo, la razón de tasas, el índice relativo de desigualdad, la versión relativa del riesgo atribuible a la población y el índice de concentración.

Una medida sumaria de las desigualdades sanitarias absolutas; por ejemplo, la diferencia entre las tasas, el índice de desigualdad de la pendiente y el riesgo atribuible a la población.

RESULTADOS SANITARIOS:

Mortalidad (por todas las causas, por causas concretas, de grupos de edad específicos).

Desarrollo de la primera infancia.

Salud mental.

Morbilidad y discapacidad.

Percepción personal de la salud física y mental.

Resultados de causas específicas.

DETERMINANTES, MEDIANTE DATOS ESTRATIFICADOS, SI CORRESPONDE

Condiciones de vida

Comportamientos sanitarios:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Actividad física.

- Régimen alimentario y nutrición.

Entorno físico y social:

- Agua y saneamiento.
- Condiciones de la vivienda.
- Infraestructura, transporte, diseño urbano.
- Calidad del aire.
- Capital social.

Condiciones de trabajo:

- Riesgos físicos laborales.
- Estrés.

Atención sanitaria:

- Cobertura.
- Infraestructura del sistema sanitario.

Protección social:

- Cobertura.
- Generosidad.

Factores estructurales de las desigualdades sanitarias:

Género:

- Normas y valores.
- Participación económica.
- Salud sexual y reproductiva.

Desigualdades sociales:

- Exclusión social.
- Distribución del ingreso y la riqueza.
- Educación.

Contexto sociopolítico:

- Derechos cívicos.
- Condiciones de empleo.
- Gobernanza y prioridades del gasto público.
- Condiciones macroeconómicas.

CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

Consecuencias económicas.

Consecuencias sociales.

En algunos países, ya están en curso iniciativas de seguimiento integral de las desigualdades sanitarias y los determinantes sociales de la salud (CW, 2007) (Recuadro 16.4).

La función de las comunidades en la vigilancia de la equidad sanitaria

La participación de las comunidades locales es una parte integral del proceso general de vigilancia de la equidad sanitaria. Es especialmente importante porque, si se ha de evaluar con exactitud la realidad con respecto a la equidad, entonces son quienes están excluidos los que pueden proporcionar pruebas del cambio, si lo hubiera. Por ejemplo, el seguimiento realizado por la comunidad puede sacar a la luz varias condiciones locales, tales como la

ausencia de servicios y recursos que son necesarios para tratar el VIH (Recuadro 16.5). Otro ejemplo es la cuestión de las pruebas para determinar el sexo y la disminución de la proporción de mujeres en la India. Fueron los grupos sanitarios comunitarios y los grupos femeninos los que revelaron que a la determinación del sexo seguía el aborto intencional, dado que habían efectuado un seguimiento de los cambios en función del sexo que se observaban en los nacimientos en el plano local.

El seguimiento a manos de la comunidad no sólo puede proporcionar datos auténticos y fidedignos, sino que puede promover el protagonismo de las poblaciones locales (Recuadros 16.5 y 16.6). El fortalecimiento de la capacidad para recabar

RECUADRO 16.4 SEGUIMIENTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN INGLATERRA

Con el propósito de efectuar un seguimiento de los progresos conseguidos desde la publicación del Informe Acheson en 1997, el Departamento de Salud viene examinando las tendencias de las desigualdades sanitarias y los determinantes sociales de la salud. Este examen comprende varios resultados sanitarios desglosados en función de la clase social, además de datos acerca de una amplia gama de determinantes sociales

que van desde los comportamientos sanitarios, los sistemas sanitarios y su uso, hasta las condiciones físicas de trabajo, el tipo de inserción laboral y las políticas sociales y económicas, de modo que podría decirse que, a grandes rasgos, sigue el modelo expuesto en el Recuadro 16.3.

Fuente: Health Inequalities Unit, 2008; Department of Health, 2005

RECUADRO 16.5 UN MÉTODO DE MONITOREO DE LA EQUIDAD

La Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad se propone reducir las desigualdades sanitarias mediante un método de monitoreo de la equidad que comprende evaluar y hacer el seguimiento, promover la causa y otorgar mayor participación a la comunidad. Este método está en funcionamiento por lo menos en 10 países. Dadas las características, pueden participar todo tipo de agentes sociales: las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil, los investigadores, los responsables de formular políticas, los medios de comunicación, el personal sanitario y el gobierno local. El seguimiento de las desigualdades sanitarias está relacionado

con la movilización social y política. Por ejemplo, el método de monitoreo del VIH en Sudáfrica hace uso del seguimiento y la evaluación a manos de la comunidad para determinar si se dispone de los servicios y los recursos esenciales para el tratamiento relacionado con el VIH. Los resultados de este seguimiento se emplean para movilizar a la comunidad y concebir soluciones locales para eliminar los factores que obstaculizan la solicitud de los servicios relacionados con el VIH.

Fuentes: GEAGA, s.f.; Health Systems Trust, s.f.

RECUADRO 16.6 PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA EJECUCIÓN, LA INTERPRETACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LAS ENCUESTAS POR HOGARES

Las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar una función importante en lo que respecta al seguimiento de la comunidad. Por ejemplo, la organización holandesa no gubernamental Connect International financia y ayuda a organizaciones asociadas a poner en ejecución programas de desarrollo comunitario en varios países africanos. Las organizaciones asociadas realizan encuestas por hogares sobre la salud y los determinantes sociales de la salud en las comunidades de Mozambique, la República Unida de Tanzania y Zambia en las que trabajan. Estas encuestas permiten evaluar el desempeño de los programas de desarrollo comunitario y

pueden aportar un conocimiento profundo de los aspectos positivos y negativos de la situación sanitaria y los determinantes sociales de cada aldea participante. Los profesionales sanitarios de las aldeas y el personal de las organizaciones asociadas locales reciben capacitación para realizar las encuestas. Los resultados de las encuestas se presentan a las comunidades, con las que se debaten, ya que éstas participan activamente del análisis de los progresos logrados y de la fijación de prioridades para mejorar el desempeño basándose en los resultados de las encuestas.

Fuente: Connect International, s.f.

y analizar los datos suele impulsar la acción comunitaria sobre los determinantes sociales de la salud y puede permitir a las comunidades hacer elecciones y tomar decisiones acerca de las cuestiones que las afectan. Dotar a las comunidades de acceso a sus propios datos o incluso permitirles controlarlos y realizar el seguimiento puede facilitar la ejecución de intervenciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud. Lo habitual es que los datos se recaben a nivel local y de allí asciendan hasta las autoridades y los responsables de formular políticas, pero es infrecuente que vuelvan a la comunidad, de modo que las personas no ven los cambios, de haberlos, ni el progreso de su comunidad respecto de otras. Ésta no es la única forma de realizar la tarea (Recuadro 16.6).

Un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria

La Comisión recomienda que:

16.3. La OMS supervise la creación de un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria como parte de una estructura mundial de gobernanza más amplia (véase el Recuadro 15.1).

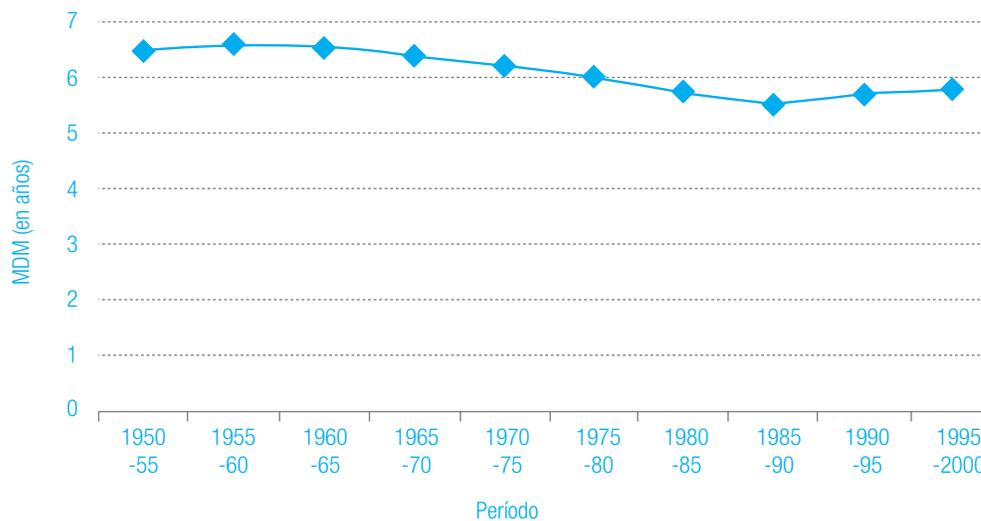
En consonancia con lo expuesto, el sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria reuniría sistemáticamente los datos acerca de las desigualdades sanitarias y los determinantes de la salud y los haría accesibles al público de todos los países del mundo. Un sistema de vigilancia de estas características es un elemento importante de la gobernanza mundial eficaz (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz). Este sistema aprovecharía y reforzaría los sistemas nacionales y podría estar basado en un modelo similar al expuesto en el Recuadro 16.3 respecto de los sistemas nacionales de vigilancia. Además de las desigualdades sanitarias nacionales, el sistema mundial se encargaría del seguimiento de las desigualdades en términos de resultados sanitarios entre los países (Recuadro 16.7) y de los determinantes de esas desigualdades. Algunos de estos determinantes se encuentran en el entorno internacional y comprenden las diferencias de riqueza entre los países, el volumen de fondos mundiales que se destinan a las intervenciones para mejorar los determinantes sociales de la salud (en comparación con los fondos asignados a enfermedades concretas), la financiación asignada por la OMS a los programas de acción en materia de equidad sanitaria y determinantes sociales, la medida en la que la ayuda extranjera cumple con los compromisos asumidos y la magnitud del alivio

RECUADRO 16.7 MEDIDAS DE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS MUNDIALES

Se han creado diversos métodos para medir las desigualdades sanitarias mundiales en los últimos años. Algunos de ellos son la medida de dispersión de la mortalidad (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005), el análisis de conglomerados (Ruger & Kiml, 2006) y la aplicación del índice de desigualdad de la pendiente —que generalmente se emplea para medir las desigualdades sanitarias dentro de los países— para determinar las desigualdades entre los países (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). Por ejemplo, con la aplicación de la medida de dispersión de

la mortalidad, se ha demostrado que la convergencia de la mortalidad mundial (desde 1950-1955 hasta 1985-1990) fue reemplazada por divergencia desde mediados de la década de 1980 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (Figura 16.1). Son necesarias más investigaciones sobre otras formas de medir las desigualdades sanitarias mundiales y sus determinantes. Es importante definir metas mundiales para reducir las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, y efectuar un seguimiento regular de los progresos.

Figura 16.1 Evolución de la medida de dispersión de la mortalidad (MDM) referida a la esperanza de vida al nacer, 1950-2000.



MDM = medida de dispersión de la mortalidad.

Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

de la deuda. Éstos son meramente ejemplos de los determinantes de las desigualdades sanitarias entre los países. Es necesario concebir un marco coherente que abarque indicadores básicos que permitan realizar la vigilancia mundial de la equidad sanitaria, en el que la OMS cumpla una función de rectoría y se de cabida a la participación de los interesados directos de cada país y de las organizaciones internacionales y los institutos de investigación (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

La función de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas

Una de las funciones básicas de la OMS consiste en realizar el seguimiento y vigilar la salud de la población de todo el mundo. La Comisión respalda el establecimiento de un observatorio de salud mundial cuya función sea “recopilar, cotejar y difundir datos sobre problemas de salud prioritarios” (WHO, 2006b). Es fundamental que la vigilancia de la equidad sanitaria mundial sea un elemento esencial de ese observatorio. Además de propiciar la participación de los interesados directos de los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y los institutos de investigación, el componente específico de la equidad sanitaria mundial del observatorio de salud mundial podría desempeñar varias actividades esenciales: crear un marco coherente de seguimiento que se componga de indicadores básicos comparables entre los países; concebir pautas y directrices para regir la vigilancia de la equidad sanitaria; elaborar descripciones interactivas y de rápida actualización acerca de las desigualdades sanitarias y los determinantes sociales de la salud nacionales, regionales y mundiales adaptadas a los distintos públicos; suministrar una base transparente de pruebas y datos que puedan emplear y perfeccionar todos los interesados directos para aplicarlos a las políticas, los programas o la promoción de la causa.

Como parte de un proceso más amplio de las Naciones Unidas encaminado a imprimir mayor coherencia en la planificación (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz), la OMS puede supervisar las iniciativas destinadas a mejorar la coordinación y la cooperación entre los países y los organismos internacionales con el fin de reducir la fragmentación y el solapamiento en la recolección y la difusión de los datos que se soliciten a los países (UNICEF, 2007c). Esta tarea implica facilitar los debates interinstitucionales acerca de problemas técnicos y metodológicos, tales como la normalización de los indicadores, la definición de lagunas esenciales en los datos disponibles y la elaboración de estrategias para superar estos problemas. Esta función exige a la OMS reforzar la capacidad

interna para que le sea posible efectuar el seguimiento de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud.

Si el objetivo es lograr una eficacia óptima, el sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria debe abarcar a todo el sistema de las Naciones Unidas e invitar a interlocutores de la sociedad civil, el sector privado y todas las instancias gubernamentales (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz). Una función importante de la OMS consiste en abogar por la recopilación y el seguimiento de datos estratificados acerca de los resultados sanitarios y los determinantes sociales de la salud en todo el sistema de las Naciones Unidas. Cabe señalar que, dentro del sistema de las Naciones Unidas, la Asamblea General y los DELP nacionales podrían concentrarse en la equidad sanitaria y los ODM podrían incorporar un componente de equidad sanitaria. El sistema de evaluación común por países, que es un instrumento de uso frecuente en todo el sistema de las Naciones Unidas para efectuar el seguimiento del desarrollo de cada país y analizarlo, podría convertirse en un método importante de seguimiento si incorporara indicadores de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud. Los equipos de las Naciones Unidas en los países, conformados por organizaciones especializadas entre las que se incluye la OMS, podrían proporcionar un mecanismo para ponerlo en ejecución. Es conveniente que, como parte del sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria, el sistema de las Naciones Unidas cree un proceso encaminado a lograr un conjunto integral de metas a largo plazo sobre la equidad sanitaria que sean acordadas por todos los países y fijen criterios de referencia provisionales (véase el capítulo 17, Intervenciones basadas en la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud).

Aplicación de los datos obtenidos de los sistemas de vigilancia a la formulación de políticas

Como parte de los sistemas mundiales y nacionales de vigilancia, los datos sobre las desigualdades sanitarias y los determinantes deben estar disponibles y accesibles al público y ser difundidos masivamente a fin de promover la causa y respaldar la formulación coherente de políticas, lo que exige que el público general pueda acceder a los resultados con regularidad. Los datos brutos deben ser de acceso público con fines de investigación. Es preciso que los datos nacionales provenientes del sistema de vigilancia de la equidad sanitaria sean notificados a los responsables de formular políticas y la OMS, entre otros, y que los datos mundiales sean notificados al Consejo Económico y Social, otros organismos internacionales y nuevamente a los gobiernos nacionales (véase el capítulo 15, Una gobernanza mundial eficaz).

RECUADRO 16.8 EMPLEO DE LOS DATOS CIENTÍFICOS PARA REFORMAR EL SISTEMA SANITARIO NACIONAL: EL CASO DE MÉXICO

Cuando se reformó el sistema sanitario mexicano en el 2000, la mitad de las familias mexicanas, en su mayoría pobres, no gozaban de protección contra las consecuencias financieras de las enfermedades. La reforma del sistema sanitario de México entró una nutrida inversión para generar y aplicar los conocimientos. Las cuentas sanitarias nacionales demostraban que más de la mitad del gasto sanitario del país provenía directamente de los usuarios, lo que llevaba a muchos hogares debajo del umbral de pobreza o agravaba su situación de pobreza. Estos datos sensibilizaron al público acerca de una realidad que, hasta ese momento, no había sido objeto de debate político, es decir, que el sistema sanitario mismo podía haberse convertido en una causa directa del

empobrecimiento. Se emprendió una amplia reforma legislativa para instaurar un sistema de protección en salud, la que fue aprobada por todos los partidos políticos en el Congreso de México. El nuevo esquema público y voluntario, denominado “Seguro Popular”, entró en vigor el 1° de enero del 2004 y se irá ampliando hasta alcanzar la cobertura universal en el 2010.

Los análisis de estudios periódicos acerca de la renta y el gasto nacionales revelan una reducción del número de hogares afectados por desembolsos catastróficos a causa de enfermedades y un importante aumento en el uso de servicios de detección temprana de varias enfermedades no transmisibles.

Fuente: MEKN, 2007a

Es necesario instaurar un proceso transparente, que comprenda un ciclo de retroalimentación, desde la obtención de los datos acerca de las desigualdades sanitarias hasta la formulación de políticas, de modo que los datos sirvan para elaborar políticas nacionales y subnacionales e idear programas de salud pública (Recuadro 16.8). Asimismo, es preciso evaluar con regularidad las implicaciones de las tendencias y los parámetros observados en materia sanitaria (Braveman, 1998) para las políticas de todos los sectores, no sólo del sanitario. Deben participar de este proceso los principales grupos de interés: los responsables de formular políticas, los profesionales de distintos sectores, los investigadores de diversas disciplinas, la sociedad civil y las organizaciones de la comunidad. Su conocimiento y experiencia pueden ayudar a interpretar los datos y su participación es esencial para generar la movilización que sirva de impulso a la ejecución de políticas y la creación y el mantenimiento de la voluntad política (Braveman, 1998).

Ampliar la base de conocimientos

La Comisión recomienda que:

16.4. Los órganos de financiación de las investigaciones creen un presupuesto específico para generar e intercambiar datos sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria a nivel mundial, tales como los provenientes de investigaciones acerca de intervenciones en pro de la equidad sanitaria.

El alcance de las investigaciones en salud pública

La labor de la Comisión demuestra con claridad la importancia que reviste ampliar el alcance de las investigaciones en salud pública a fin de que presten especial atención a los determinantes sociales de la salud. Ello implica que los órganos de financiación, tales como los consejos nacionales de investigación sanitaria, médica y social, inviertan más en investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud y en las investigaciones multi e interdisciplinarias que éstas entrañan, en lugar de seguir atendiendo particularmente a las investigaciones biomédicas sobre enfermedades concretas, que es el destino actual de la mayor parte de los fondos para investigación (Global Forum for Health Research, 2006; Sanders et al., 2004; McCoy et al., 2004).

Todos los temas a los que se dedica un capítulo en el presente informe necesitan más investigaciones que determinen las medidas que pueden reducir las desigualdades sanitarias (véase el capítulo 17, Intervenciones basadas en la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud). No obstante, hay tres ámbitos que necesitan recursos de financiación con más apremio. En primer lugar, es necesario efectuar más investigaciones sobre los determinantes de las desigualdades sanitarias, en lugar de estudiar los determinantes del estado de salud promedio de la población. En segundo lugar, es necesario efectuar más investigaciones para definir las medidas que logran reducir las desigualdades, los contextos específicos a los que son aplicables y la mejor manera de poner en ejecución intervenciones de modo que ayuden a reducir estas desigualdades (Recuadro 16.9). Estas investigaciones deben tener en cuenta la complejidad de las intervenciones. Ya hay cierta experiencia respecto de la evaluación de algunas intervenciones complejas (por ejemplo, el programa “*Head Start*” [un buen comienzo] y el proyecto “*Moving to Opportunity*” [oportunidad de mudanza] de los Estados Unidos de América, y la iniciativa *Health Action Zones* [zonas de acción sanitaria] del Reino Unido). Sin embargo, en comparación con la financiación destinada a las ciencias biomédicas, es insignificante la que se destina a la elaboración de métodos apropiados para efectuar este tipo de evaluaciones. El movimiento mundial en pro de las ciudades sanas ha sido sumamente importante para fomentar una perspectiva más amplia en favor de la salud, pero han sido escasas las evaluaciones sistemáticas realizadas hasta el momento. El tercer ámbito que necesita inversiones es el de la elaboración de métodos para medir y hacer un seguimiento de las desigualdades sanitarias y evaluar las repercusiones de las intervenciones poblacionales (MEKN, 2007b). La OMS podría coordinar un proceso que reúna a investigadores de diversas disciplinas que tengan experiencia en la aplicación de métodos de evaluación de intervenciones complejas. Además, también podría orientar las inversiones de los gobiernos nacionales hacia estudios multinacionales de intervención que utilicen métodos adecuados al contexto pero puedan servir para efectuar comparaciones transnacionales.

RECUADRO 16.9 EVALUACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE MÉXICO

La reforma del sistema sanitario de México entrañó una nutrida inversión para generar y aplicar los conocimientos. La evaluación de las repercusiones y la experiencia en evaluación obtenida a partir del subsidio condicional en efectivo que otorgaba el Estado mediante el programa Oportunidades se está aplicando a la reforma del sistema sanitario, que incorporó el Seguro Popular. Más allá de los aspectos técnicos, la evaluación rigurosa tiene un valor político, dado que permite garantizar la continuidad

de las innovaciones aunque cambien las autoridades de gobierno. En el caso del programa Oportunidades, las pruebas científicas no sólo convencieron al Estado de continuar con el programa sino también de ampliarlo. Es probable que los resultados alentadores que reveló la evaluación constante del Seguro Popular sean nuevamente de utilidad para mantener la reforma pese a futuros cambios de gobierno.

Fuente: MEKN, 2007a

SEGUIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN: ÁMBITO DE ACCIÓN 16.2

Realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas para reducir las desigualdades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales.

Ampliar la definición de “datos científicos”

Las acciones sobre los determinantes sociales de la salud resultan de mayor utilidad si se fundamentan en una base abundante y diversa de datos científicos provenientes de distintas disciplinas y tradiciones metodológicas (Recuadro 16.10), así como en la recolección sistemática de información y experiencia proveniente de los principales interesados directos, en particular de los profesionales y los destinatarios de las intervenciones, fuente ésta de gran importancia dado que los datos científicos sobre los determinantes sociales de la salud suelen depender del contexto. Las evaluaciones de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud precisan abundantes datos cualitativos que permitan comprender los modos en que el contexto incide en la intervención y los motivos por los que ésta es eficaz o ineficaz. Es preciso definir la legitimidad de los datos en función de la “idoneidad para los fines que se persiguen” en lugar de recurrir a una única jerarquización (que, por tradición, sitúa en primer lugar los ensayos aleatorizados comparativos y los experimentos de laboratorio) (MEKN, 2007a). Aunque no conviene priorizar ningún método para generar las pruebas o los datos, hay criterios de evaluación que son aplicables a todos los tipos de datos: explicitar las preguntas concretas de investigación que los datos deben responder dentro de un campo más amplio de la investigación sobre determinantes sociales de la salud; priorizar la transparencia (en especial, explicitar todos los tipos posibles de sesgo); y velar por que sean relevantes a los distintos grupos y contextos de población (MEKN, 2007a).

Eliminar los prejuicios sexistas del ámbito de las investigaciones

Es probable que la investigación médica no siempre trate objetivamente las cuestiones de género (Begin, 1998). Los prejuicios sexistas impregnan muchas de las investigaciones: tanto en relación con los temas que se estudian como al método de investigación que se emplea (Williams & Borins, 1993; Eichler, Reisman & Borins, 1992). Por ejemplo, los problemas sanitarios que afectan a las mujeres tardan más en recibir atención del mundo científico. Es habitual que se haga caso omiso de algunos síntomas femeninos y se los considere de origen psicológico sin siquiera haberlos tomado como objeto de estudio (Begin, 1998). Es frecuente que no se tenga en cuenta la interacción entre el género y otros factores sociales y que no se recaben datos desglosados en función del sexo (Iyer, Sen & Östlin, 2007). Muchos métodos empleados en las investigaciones médicas y los ensayos clínicos de nuevos medicamentos carecen de

la perspectiva de género y excluyen a las mujeres de la población de estudio. Los prejuicios, además, se tornan evidentes en la representación desequilibrada que presentan los comités de ética y los órganos consultivos y de financiación, y en el trato diferente que reciben las científicas (WGEKN, 2007).

Es necesario crear mecanismos y formular políticas que garanticen la eliminación de los prejuicios sexistas tanto en el contenido como en los procesos de las investigaciones en salud (WGEKN, 2007), lo que podría hacerse, por ejemplo:

- Asegurando la recolección de datos desglosados en función del sexo y otros estratificadores en cada proyecto de investigación y en los sistemas más amplios de datos.
- Incluyendo a las mujeres en ensayos clínicos y otros estudios sanitarios en una proporción adecuada.
- Analizando los datos generados por ensayos clínicos y otros estudios sanitarios mediante instrumentos y métodos sensibles a las cuestiones de género.
- Fortaleciendo el papel de la mujer en las investigaciones sanitarias, entre otras medidas, corrigiendo la representación desequilibrada entre los sexos en los comités de investigación y en los órganos de financiación, de publicación y consultivos.

Fomentar la generación, el intercambio y el acopio de datos científicos a nivel mundial

Dado que la generación y la síntesis de los datos científicos, y la elaboración de pautas sobre los determinantes sociales de la salud que se basan en las pruebas científicas consumen cuantiosos recursos, es necesario fomentar la colaboración internacional para garantizar el acopio de la información y evitar un solapamiento innecesario de los esfuerzos. Además, hay que perfeccionar los mecanismos de intercambio y acopio de los datos, por ejemplo, creando un “centro de información” específico que reúna los datos provenientes de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. La creación de este centro podría ser una tarea del observatorio de salud mundial. Basándose en la experiencia de la Comisión, este centro debería administrar no sólo información técnica sino también las enseñanzas extraídas de las intervenciones, de los responsables de formular políticas y de la sociedad civil. El centro de información también podría ayudar a aplicar a diferentes contextos las intervenciones que hayan sido eficaces en un contexto determinado, para lo cual será necesario propiciar la comunicación

RECUADRO 16.10 EL PODER DE LOS DATOS CUALITATIVOS PARA COMPRENDER MEJOR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los datos estadísticos son esenciales para describir la magnitud de los problemas de salud pública, pero no sirven de mucho para explicar el modo en que las personas viven los problemas ni las repercusiones que éstos tienen en su vida. Aun así, es importante proporcionar una idea acerca de la percepción personal del problema con fines explicativos, así como con miras a promover la causa y brindar a los políticos y otros actores historias reales de vida que puedan hacerlos cambiar de idea y actitud (Baum, 1995). Por ejemplo, los responsables de formular políticas a menudo no tienen medios para explicar el motivo por el que las personas fuman pese a los abundantes datos que demuestran los efectos negativos del tabaco sobre la salud. Graham (1987) utilizó investigaciones cualitativas

para demostrar que el tabaquismo de las mujeres pobres puede representar un mecanismo para hacer frente a las exigencias de vivir en la pobreza y ser madres. Los datos cualitativos también pueden ser de utilidad para explicar los resultados contraintuitivos derivados de análisis estadísticos. Por ejemplo, algunas investigaciones sobre el capital social y la salud hallaron que la participación en la vida comunitaria puede ser un indicador predictivo del mal estado de salud. El análisis estadístico que revela este dato no explica los motivos. Los datos cualitativos complementarios dan pruebas de la participación y apuntan a que un posible factor sería el conflicto que no es infrecuente entre las personas que participan en grupos comunitarios. (Ziersch & Baum, 2004).

y el intercambio de experiencias entre los gobiernos, los donantes, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil. La importancia que reviste para todos los países el acopio y el intercambio de los conocimientos acerca de la equidad sanitaria justifica la inversión internacional (EUROTHINE, 2007).

Formación profesional teórica y práctica en los determinantes sociales de la salud

Formación de los profesionales médicos y sanitarios

La Comisión recomienda que:

16.5. Las instituciones educativas y los ministerios pertinentes incorporen como contenido oficial y obligatorio el estudio de los determinantes sociales de la salud en la formación de los profesionales médicos y sanitarios (véase la Recomendación 9.3).

Los profesionales médicos y sanitarios —los médicos, el personal de enfermería, el personal auxiliar y los asistentes sociales— deben tomar conciencia de que las desigualdades sanitarias representan un importante problema de salud pública. También es fundamental que comprendan la importancia de los factores sociales como determinantes que influyen en el grado y la distribución de la salud entre la población. Por desgracia, la mayoría de los programas de estudios de medicina y sanidad dan escasa cabida a la formación en los determinantes sociales de la salud.

Los ministerios de salud y educación, en colaboración con las escuelas de medicina, enfermería, salud pública y administración sanitaria, deben convertir el estudio de los determinantes sociales de la salud en un contenido oficial y obligatorio del programa de estudios de los profesionales médicos y sanitarios. Es importante impartir conceptos básicos como mínimo a todos los profesionales sanitarios, pero es posible capacitar a grupos específicos de personas en un nivel mayor de especialización de modo que, como integrantes del sector de salud pública, puedan promover la consideración del problema.

El sector sanitario tiene un importante papel de rectoría que cumplir en lo que respecta a la acción intersectorial en favor de la equidad sanitaria (véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas), pero depende de que haya acuerdo entre los responsables de formular políticas y los profesionales del sector sanitario acerca del modo en que los determinantes sociales influyen en la salud. También es necesario que los profesionales sanitarios tengan claro el modo en que el sector sanitario —según la estructura, el funcionamiento y la financiación que lo caractericen— puede agravar o mitigar las desigualdades sanitarias. Es preciso que sean conscientes del papel que desempeñan respecto de la dispensación equitativa de una asistencia de calidad. Por ejemplo, los profesionales sanitarios, así como otros profesionales, deben conocer y aplicar técnicas de buena comunicación y escucha efectiva y saber cómo adaptar su capacidad de diálogo para satisfacer las necesidades de los pacientes (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Asimismo, es importante que sean conscientes del modo en que influye el género en los resultados sanitarios y en los comportamientos saludables, para lo cual es preciso incorporar las cuestiones de género en los programas de estudios de los profesionales sanitarios como parte de su formación en materia de determinantes sociales de la salud (Recuadro 16.11).

La recomendación de reorientar el sector sanitario con miras a otorgar mayor importancia a la prevención y la promoción de la salud (véanse los capítulos 9 y 10, Atención universal de salud; La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas) hace necesario redefinir las capacidades, los conocimientos y las experiencias del personal sanitario involucrado y aumentar tanto el prestigio como la importancia profesional de estos ámbitos. Por cierto, es preciso otorgar un lugar más preponderante a la prevención y la promoción de la salud en los programas de estudios de medicina.

Para convertir el estudio de determinantes sociales de la salud en un contenido oficial y obligatorio de la formación médica

SEGUIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN: ÁMBITO DE ACCIÓN 16.3

Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud en materia de determinantes sociales de la salud e invertir en sensibilizar a la ciudadanía.

RECUADRO 16.11 INCORPORAR LAS CUESTIONES DE GÉNERO EN EL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA

En el transcurso del último decenio, surgieron varias iniciativas que se propusieron incorporar las cuestiones de género en el programa de estudios de medicina en las instituciones de formación de varios países desarrollados y en desarrollo, entre otros, Australia, Canadá, Estados Unidos, Filipinas, la India, los Países Bajos y Suecia.

En los Países Bajos, por ejemplo, se emprendió una iniciativa nacional en el 2002 para incorporar las cuestiones de género en los programas de estudios de medicina en las ocho facultades de medicina. Un examen de la iniciativa reveló que, a grandes rasgos, el proyecto cumplió con el objetivo propuesto. Los principales obstáculos con los que se topó esta iniciativa fueron la baja prioridad que seguía asignándose a las cuestiones de género dentro del programa

de estudios y el escaso apoyo que prestaron los educadores varones.

En la India, el proyecto encaminado a incorporar la perspectiva de género en la formación médica es una iniciativa importante que no sólo está orientada a las facultades de medicina sino que también adopta una visión más amplia del concepto mediante la colaboración con los profesionales sanitarios y las organizaciones no gubernamentales. Los objetivos del proyecto comprenden sensibilizar a los estudiantes de medicina acerca de las cuestiones de género incorporando la perspectiva de género en los manuales de estudio y formando a un grupo básico de educadores en las cuestiones de género.

Fuente: Govender & Penn-Kekana, 2007

y de otros profesionales sanitarios, es preciso redactar manuales y material de enseñanza que sirvan a ese propósito. Hay una necesidad imperiosa de crear, entre otras cosas, un repositorio virtual de materiales de formación teórica y práctica sobre una gran gama de determinantes sociales de la salud que puedan descargarse de Internet sin costo alguno. También es necesario propiciar la formación y la investigación profesional interdisciplinaria en materia de determinantes sociales de la salud. En los países de bajos ingresos, es posible hacerlo aprovechando los centros de excelencia o modelos de educación a distancia del ámbito regional (Recuadro 16.12).

La Comisión recomienda que:

16.6. Las instituciones educativas y los ministerios pertinentes emprendan acciones para fomentar la comprensión de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales de disciplinas que no son médicas y el público en general (véase la Recomendación 10.2).

Formación de otros profesionales y rectores de la política

Es preciso hacer extensiva la formación teórica y práctica en materia de determinantes sociales de la salud a otros profesionales, rectores de la política y partes interesadas. Los profesionales como los urbanistas, los especialistas en logística, los maestros y los arquitectos tienen una posición privilegiada para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Lograr que estos profesionales comprendan mejor los factores que inciden en la salud de la población y el gradiente social de la salud prepara el terreno para que también puedan comprender los datos científicos y actuar de un modo acorde a través de la acción intersectorial. Para formar a los profesionales de disciplinas no médicas, es necesario que las escuelas de asistencia social y las facultades de ciencias de la educación estén bien dispuestas a incorporar la formación en materia de determinantes sociales de la salud como

contenido oficial de los programas de estudios. Es acuciante la necesidad de concebir recursos didácticos para la formación teórica y práctica que tengan dos mensajes claros: por un lado, que la salud de la población no mejora gracias a la actuación sobre los individuos de alto riesgo, sino principalmente mediante intervenciones encaminadas a mejorar las características de la sociedad toda (Rose, 1985); por otro, que el gradiente de la salud determina las mejoras sanitarias de la población (Graham & Kelly, 2004).

Sensibilización acerca de los determinantes sociales de la salud

Es necesario que los conocimientos básicos de la ciudadanía en materia de salud incorporen a los determinantes sociales de la salud. Los conocimientos básicos en materia de salud comprenden “la capacidad de recibir, comprender, evaluar y comunicar información con el fin de promover, mantener y mejorar la salud en diversos entornos a lo largo de la vida” (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2008). “Es una estrategia esencial de habilitación que permite a las personas tener más control sobre su salud, y una mayor capacidad de buscar información y de asumir la responsabilidad” (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). La falta de estos conocimientos es predominante, incluso en los países de altos ingresos, y seguramente profundice las desigualdades sanitarias entre los grupos sociales (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Recuadro 16.3).

Es esencial ampliar los conocimientos básicos en materia de salud de modo que también abarquen la capacidad para recibir, comprender, evaluar y comunicar información sobre los determinantes sociales de la salud. Ampliar estos conocimientos constituye un elemento importante de las estrategias para reducir las desigualdades sanitarias, y depende de que la información sea de buena calidad, fidedigna y accesible y de que esté adaptada a las necesidades y circunstancias de los distintos grupos sociales (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

RECUADRO 16.12 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD EN MATERIA DE DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA: LA UNIVERSIDAD VIRTUAL PARA EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

La Universidad Virtual para el Desarrollo de la Primera Infancia es un método innovador que imparte formación para fortalecer la capacidad y desarrollar aptitudes de liderazgo en materia de desarrollo de la primera infancia. Se trata de una institución que promueve la cooperación de Norte a Sur que en la actualidad colabora estrechamente con instituciones académicas de Ghana, Malawi y la República Unida de Tanzania, y con grupos académicos, gubernamentales y no gubernamentales de otros países del África subsahariana y de Oriente Medio y el África septentrional. La financiación

internacional y local permitió crear un sistema combinado de cursos para fomentar el liderazgo que se imparten a distancia, a través de Internet, o bien en la modalidad presencial, cuyo objetivo es promover las iniciativas nacionales de trabajo intersectorial en favor del desarrollo de la primera infancia. Una evaluación externa realizada al culminar el proyecto de prueba destacó que esta universidad “logró cumplir y sobrepasar todos los objetivos que se propuso”.

Fuente: ECDKN 2007b

RECUADRO 16.13 FALTA DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD: TAMBIÉN UN PROBLEMA EN LOS PAÍSES RICOS

Uno de cada cinco adultos del Reino Unido tiene problemas en las aptitudes básicas que son necesarias para comprender información simple que le permitiría mejorar su estado de salud. Los grupos más pobres solicitan información

o asistencia a causa de problemas de salud con menor frecuencia.

Texto modificado con autorización de la editorial, extraído de Kickbusch, Wait & Maag (2006).

Los conocimientos básicos en materia de salud no implican únicamente que las personas sepan leer la información sobre salud, la comprendan y puedan actuar de manera acorde; también implican que los agentes del sector público y del sector privado puedan comunicar información sanitaria de maneras que sean comprensibles y relevantes para las personas. Por ese motivo, es necesario que los profesionales sanitarios sean más concientes y comprendan mejor lo que significan los conocimientos básicos en materia de salud. Por otra parte, es preciso formular políticas que obliguen a efectuar las comunicaciones relativas a la salud en un lenguaje claro y empleando símbolos (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

La coordinación de estrategias nacionales constituye un medio ideal para crear, financiar y poner en ejecución iniciativas que tengan el objetivo de difundir conocimientos básicos en materia de salud (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008), pero es preciso contar con inversiones a largo plazo (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Los países pueden crear un “consejo de conocimientos básicos en materia de salud”, independiente del gobierno y compuesto por representantes de los interesados directos de diversa extracción, que se ocupe de efectuar el seguimiento y evaluar los progresos, facilitar las alianzas entre organizaciones y proporcionar una orientación estratégica para mejorar la difusión de dichos conocimientos (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

Fortalecer la capacidad de evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria

La Comisión recomienda que:

16.7. Los gobiernos formen a los responsables y planificadores de políticas de todos los sectores del Estado en el uso de la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria (véanse las Recomendaciones 10.3 y 12.1).

Pese a que es importante, no basta con sólo sensibilizar a los rectores de la política acerca de la importancia de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Es preciso que siempre tengan presente lo que implican para la salud y la equidad sanitaria las políticas que

formulan y llevan a la práctica. La evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria es uno de los instrumentos recomendados por la Comisión (véanse los capítulos 10 y 12, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas; Responsabilidad del mercado). Es un instrumento que tiene el propósito de ayudar a los responsables de tomar decisiones a realizar una evaluación sistemática de las repercusiones que podrían llegar a tener en la equidad sanitaria de una población determinada, las políticas, los programas, los proyectos o las propuestas con miras a optimizar los posibles beneficios que puedan entrañar para la equidad sanitaria y reducir al mínimo los posibles efectos adversos (MEKN, 2007b).

Este instrumento de evaluación es importante por varios motivos. En primer lugar, puesto que el grado de consecución de los objetivos del sector sanitario se ve sumamente influido por otros sectores, resulta esencial anticipar las repercusiones que puedan tener en la salud y la equidad sanitaria las políticas y los programas de todos los sectores, no sólo los del sector sanitario. En segundo lugar, incluso con las mejores intenciones, las políticas y los programas pueden tener efectos no intencionados que es posible prevenir si se realiza una evaluación sistemática del impacto sobre la equidad sanitaria. Por último, dado que no es posible aplicar las mismas medidas para mejorar la situación sanitaria y subsanar las desigualdades sanitarias en todos los contextos, es necesario examinar las políticas y los programas propuestos dentro del contexto al cual están dirigidos (MEKN, 2007a).

La evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria de las políticas y los programas debe ser un mecanismo corriente y normal, es decir, un procedimiento sistemático de todo proceso de elaboración de políticas. Las considerables enseñanzas aportadas por el sector del medio ambiente y el examen de las políticas ecológicas constituyen una sólida prueba de que la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria puede constituirse como un instrumento concreto que permita a todos los actores trabajar conjuntamente para elaborar políticas y programas más equitativos.

El fortalecimiento de la capacidad para evaluar el impacto sobre la equidad sanitaria se asienta en tres elementos importantes:

RECUADRO 16.14 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD SANITARIA

La iniciativa australiana de promoción de la salud forma parte de un conjunto de reformas emprendidas por el Consejo de Gobiernos Australianos, cuyo objetivo es mejorar la salud de todos los australianos. Como parte de la elaboración del plan de ejecución para Nueva Gales del Sur, se realizó una rápida evaluación del impacto orientada a la equidad. Se evaluaron ocho iniciativas para determinar los posibles efectos sobre

la equidad, analizando las desigualdades en función de la edad, el género, el lugar de residencia, los factores étnicos y la posición socioeconómica. A partir de la evaluación, se formularon recomendaciones concretas que definieron la forma de mejorar la perspectiva de equidad y los posibles efectos positivos de la iniciativa sobre la equidad sanitaria.

Fuente: Harris, Harris & Kemp, 2006

RECUADRO 16.15 AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA EVALUAR EL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD SANITARIA

Una iniciativa encaminada a ampliar la capacidad para evaluar el impacto sanitario es la estrategia “Learning by Doing” [aprender de la experiencia] que formó parte del Proyecto de evaluación del impacto sanitario emprendido en Nueva Gales del Sur. Esta estrategia comprende una formación oficial, acceso a recursos y apoyo técnico y fomento continuo del

consenso acerca del alcance de la evaluación del impacto sanitario. Aún es preciso incorporar una perspectiva de equidad en todos los cursos de formación sobre la evaluación del impacto sanitario.

Fuente: Harris, 2007

- *La financiación de programas de formación, instrumentos y recursos.* Para que la evaluación del impacto en la salud y la equidad sanitaria forme parte de todos los procesos de elaboración de políticas, es preciso fortalecer la capacidad de los responsables y planificadores de políticas de todos los sectores, no sólo del sector sanitario, a nivel local, nacional e internacional. En la actualidad, son demasiado pocas las personas que pueden evaluar el impacto en la equidad sanitaria para que esa evaluación se convierta en una práctica sistemática. Por lo tanto, es preciso formar a profesionales a este respecto a la mayor brevedad (Wismar et al., 2007). Es necesario, además, ampliar las oportunidades de formación, crear instrumentos y generar recursos (Harris, 2007) (véase el Recuadro 16.15). Las consideraciones sobre la equidad deben formar parte de todos los programas de formación en la evaluación del impacto sanitario. Asimismo, podría incluirse la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria en las carreras de salud pública (Wismar et al., 2007).
- *La creación de centros de apoyo nacionales y regionales.* Es posible crear centros nacionales o regionales, o bien mejorar los ya existentes, para brindar respaldo a la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria mediante liderazgo, asesoría y conducción en los campos técnicos (Wismar et al., 2007). Asimismo, es posible promover el compromiso institucional con la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria poniendo en ejecución estrategias generales de formación y comunicación con el propósito de sensibilizar a los usuarios y las principales partes interesadas acerca del alcance y el objetivo de la evaluación (Wismar et al., 2007). La OMS puede resultar de utilidad para crear o fortalecer estos centros de apoyo.
- *Un presupuesto destinado a la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria en todos los sectores.* Para que la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria forme parte de todos los procedimientos, es preciso que cuente con los recursos suficientes factorizados en función de todos los planes de trabajo de cada sector (Wismar et al., 2007) y que los centros de apoyo de la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria reciban financiación aparte. Hay algunos indicios de que los beneficios de emprender la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria superan sobremanera los costos (Wismar et al., 2007).
- Generar iniciativas basadas en las pruebas científicas con el fin de incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud en la administración pública de todos los países y dentro de los programas de la OMS.
- Fomentar la elaboración, la síntesis, la difusión y la traducción de los nuevos conocimientos a fin de brindar apoyo a la ejecución multisectorial de las acciones sobre los determinantes sociales de la salud en la esfera nacional.
- Concebir normas y directrices para la ejecución de políticas enmarcadas en los determinantes sociales de la salud con miras a lograr la equidad sanitaria.
- Proporcionar apoyo técnico y fortalecer la capacidad institucional sostenible de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para que puedan llevar a la práctica un programa de acción basado en los determinantes sociales de la salud (véase el capítulo 10, La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas).
- Efectuar un seguimiento de las desigualdades sanitarias a nivel mundial, regional y nacional y evaluar las tendencias en función de los determinantes sociales de la salud (véase también la Recomendación 16.3).

Algunos de los mecanismos que pueden facilitar el fortalecimiento de la OMS comprenden la creación de:

- Grupos conformados por los Estados Miembros de la OMS para que velen por la coherencia entre las políticas que conciba la OMS en materia de determinantes sociales de la salud en estrecha relación con estrategias más amplias, tales como la Atención Primaria de Salud, los derechos humanos, los ODM, y la salud y la reducción de la pobreza.
- Grupos de expertos externos que asesoren a la OMS sobre políticas basadas en las pruebas científicas.
- Grupos técnicos multisectoriales internos que conduzcan la incorporación efectiva en toda la institución de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, tales como la red experta PPHCKN (véase el capítulo 15: Una gobernanza mundial eficaz) (PPHCKN, 2007c).

La promoción del desarrollo basado en el enfoque de los determinantes sociales de la salud que se ocupe particularmente de la equidad sanitaria entraña acciones específicas concordantes con el programa de acción de la OMS, para cuya aplicación la OMS debería:

- Colaborar con los Estados Miembros para fortalecer los sistemas sanitarios de modo que ofrezcan atención sanitaria primaria y especializada que sea equitativa y accesible en todas las comunidades, y brinden apoyo a las personas y las organizaciones para que intervengan con miras a modificar las condiciones que inciden en la salud.
- Aprovechar las investigaciones, la información y los datos científicos sobre los determinantes sociales de la salud a fin de orientar las decisiones normativas y programáticas en la esfera nacional y local.
- Afianzar las alianzas entre los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, los donantes, la sociedad civil, el sector privado y los miembros de la comunidad con miras a que emprendan acciones basadas en las pruebas científicas para satisfacer las necesidades en materia de determinantes sociales de la salud que hayan sido definidas por los países y las comunidades.
- Mejorar el desempeño de su propia labor en la promoción del enfoque basado en los determinantes sociales de la salud y su labor técnica con los países mediante un seguimiento integral de los programas y el establecimiento de medidas para evaluar su desempeño.

Fortalecer la capacidad institucional de la OMS

La Comisión recomienda que:

16.8. La OMS fortalezca su capacidad para brindar apoyo técnico a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud en la esfera mundial, nacional y local (véanse las Recomendaciones 5.1, 9.1, 10.5 y 15.3).

La OMS desempeña una función esencial de rectoría en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. A fin de que pueda desempeñar su tarea con eficacia, debe fortalecer su capacidad institucional —en la escena mundial, regional y nacional— en relación con los determinantes sociales de la salud. Los Estados Miembros pueden reforzar la función de la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas cuyo mandato sea atinente a los determinantes sociales de la salud mediante financiación básica (al presupuesto ordinario). Dentro de la OMS, es importante que esta prioridad se vea reflejada en una asignación sustancial y acorde de la financiación básica. Este compromiso debe hacerse evidente en un aumento de la proporción del personal especializado en ciencias sociales y otras disciplinas (PHM, Medact & GEGA, 2005). La labor de rectoría de la OMS respecto de las acciones sobre los determinantes sociales de la salud entraña acciones específicas que inciden en las funciones básicas de la organización:

- Liderar a los Estados Miembros y actores mundiales y locales en las acciones encaminadas a promover la elaboración de políticas públicas efectivas orientadas a los determinantes sociales de la salud.



PARTE 6. Creación de un movimiento mundial



CAPÍTULO 17

Intervenciones basadas en la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

El programa de acción destinado a mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria es un emprendimiento ambicioso que necesita paladines mundiales, liderazgo comprometido y acciones audaces en todos los niveles. Las bases están sentadas. La Comisión fue concebida con la finalidad de que se constituyera en una amplia alianza entre quienes realizan investigaciones, quienes formulan las políticas, quienes las ponen en ejecución y quienes promueven y actúan. El efecto del compromiso político y la ejecución de políticas en sentido descendente combinados con las acciones ascendentes de las comunidades y los grupos de la sociedad civil se ha dado en llamar “el efecto del cascanueces” (Figura 17.1) (Baum, 2007).

Bases de las intervenciones futuras

Líderes mundiales

Es esencial que el entorno político internacional y mundial apoye las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Para cumplir con ese objetivo, los miembros de la Comisión —entre los que se cuentan antiguos jefes de Estado, ministros, formuladores de políticas nacionales y asesores internacionales; líderes de organizaciones internacionales; catedráticos de renombre mundial y representantes de la sociedad civil— constituyen un recurso fundamental y conforman un cónclave pequeño pero poderoso de paladines mundiales dedicados a sensibilizar acerca de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria. Fortalecer el liderazgo dentro del sistema de

las Naciones Unidas —liderazgo en la gobernanza mundial, en la elaboración de políticas y en la financiación para el desarrollo— mediante movimientos sociales mundiales ayudará a establecer la equidad sanitaria como prioridad del programa de acción para el siglo XXI.

OMS

La Comisión colaboró estrechamente con la OMS en el plano nacional, regional y mundial. Si bien las conclusiones a las que arribó la Comisión son independientes del proceso de toma de decisiones y los órganos directivos de la organización, no cabe duda de que es esencial que la OMS, el organismo de las Naciones Unidas con el mandato para liderar en materia de salud mundial, lleve a la práctica las recomendaciones propuestas.

Y ya se observan signos positivos. La OMS ya comenzó a tomar medidas para institucionalizar el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud en todos sus ámbitos de trabajo. Este cambio ya está plasmado en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008–2013 de la OMS (WHO, 2007a) —que incluye el objetivo estratégico “abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos”— y en los resultados previstos a nivel de toda la organización que se están empleando para medir la consecución del

Figura 17.1 Así se casca la nuez de la equidad sanitaria.



Ilustración de Simon Kneebone. Reimpreso con autorización de la editorial, de Baum (2007).

objetivo (Recuadro 17.1). Según este plan estratégico, el objetivo está respaldado por un presupuesto aprobado de casi US\$ 66 millones para el bienio 2008-2009.

Para aplicar estos resultados previstos en el plano técnico, la OMS siguió tres estrategias: incorporó el criterio de equidad sanitaria en todos los programas, fortaleció las funciones transversales relacionadas con la equidad sanitaria y mejoró las capacidades de seguimiento ya existentes. Como parte del proceso de incorporación del criterio de equidad sanitaria, la OMS comenzó en el 2006 a rever el potencial de cada programa para mejorar la eficacia y la equidad a través de una red que los aúne a todos, la red experta PPHCKN, que está investigando formas de incorporar los enfoques basados en los determinantes sociales de la salud y abordar la equidad más directamente mediante programas sanitarios mundiales y nacionales. La OMS instaló centros de enlace regionales con el fin de coordinar las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y brindó apoyo al análisis y la difusión de los datos existentes en el plano nacional y regional desde una perspectiva de equidad.

La Comisión respalda las metas de estos procesos y hace un llamamiento a todos los países para que inicien la formulación de programas de acción que comprendan intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud con el objeto de mejorar la equidad sanitaria.

Lazos de asociación con los países

La actuación en la esfera nacional es uno de los principales medios para aplicar la base mundial de datos científicos generada por la Comisión, llevar las recomendaciones de la Comisión a la práctica y generar sensibilización y comprensión acerca de los determinantes sociales de la salud entre los líderes políticos, los ministros de la salud y otras partes interesadas importantes.

La Comisión trabajó conjuntamente con algunos países asociados, brindando apoyo a la elaboración de políticas nacionales encaminadas a reducir las desigualdades sanitarias mediante diversos mecanismos. Varios países, entre los que se cuentan el Brasil, el Canadá, Chile, Kenya, Mozambique, el Reino Unido, la República Islámica del Irán, Sri Lanka y Suecia, se convirtieron en “asociados” de la Comisión mediante un proceso formal a través del que se comprometieron por escrito a hacer progresos en lo que respecta a los determinantes sociales de la salud para mejorar la equidad sanitaria. A medida que la

labor de la Comisión fue cobrando impulso, otros países expresaron su apoyo contribuyendo con datos provenientes de actividades técnicas relativas a los determinantes sociales en favor de la equidad sanitaria (por ejemplo, Noruega aportó estudios monográficos sobre la acción intersectorial), intercambiando experiencias y brindando asesoramiento sobre maneras de mejorar la coherencia normativa en este campo (por ejemplo, Tailandia).

Los países asociados formalmente con la Comisión continúan impulsando el cambio de diferentes modos y su labor está documentada (para obtener más detalles acerca de la corriente de trabajo en los países, véase CW, 2007). Algunos países se ocuparon principalmente de generar interés político por los determinantes sociales de la salud. Otros, como el Brasil, el Canadá y Chile, instauraron nuevos mecanismos y estructuras institucionales para promover la elaboración intersectorial de políticas. El Brasil, por ejemplo, creó la Comisión Nacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud en marzo del 2006. La Agencia Canadiense de Salud Pública creó el Grupo Canadiense de Referencia, un grupo consultivo influyente que logró progresos políticos reales en la promoción del programa de acción basado en los determinantes sociales de la salud tanto en el Canadá como en el resto del mundo. En Inglaterra, el Grupo Científico de Referencia asesora sobre políticas y ha formulado indicadores para medir las desigualdades sanitarias.

Otro método empleado por los países consistió en explorar procesos de intercambio de enseñanzas entre países e iniciativas conjuntas de investigación (por ejemplo, el Canadá, Chile y Suecia; en el Reino Unido: Inglaterra y Escocia). La red nórdica, integrada por representantes de cinco países, aportó a la Comisión datos científicos sobre políticas nacionales aplicadas en esa región. Una red similar se creó en Asia oriental. Estos modelos de colaboración entre países de contextos sociopolíticos similares podrían emplearse en el resto del mundo.

Las iniciativas conjuntas emprendidas por todos los países asociados de la Comisión lograron ampliar el llamamiento a abordar los determinantes sociales de las desigualdades sanitarias en diferentes foros mundiales y regionales para el desarrollo humano y la salud pública. Muchos otros países seguirán su ejemplo (Argentina, México, Nueva Zelandia, Polonia y Tailandia ya expresaron su interés). En Australia, se incorporó un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud como elemento central del plan de gobierno, anunciado en el 2007,

RECUADRO 17.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO NÚMERO 7 DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

Objetivo estratégico número 7: “abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos”.

Resultado previsto 7.1: Se habrá reconocido en toda la organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado al trabajo normativo y a la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros asociados..

Resultado previsto 7.2: La OMS habrá tomado la iniciativa de facilitar oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la

salud y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

Resultado previsto 7.3: Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, pertenencia étnica, ingresos y condiciones de salud, como enfermedades o discapacidades).

Resultado previsto 7.4: Se habrán promovido los enfoques de salud éticos y basados en los derechos, tanto en la OMS como en los niveles nacional y mundial.

Resultado previsto 7.5: Se habrán incorporado el análisis del género y medidas de respuesta a la labor normativa de la OMS y su apoyo a los Estados Miembros con miras a la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.

con el objetivo de subsanar las diferencias en términos de esperanza de vida al nacer entre los pueblos indígenas y la población en general en el lapso de una generación (COAG, 2007). El objetivo es que, en el futuro, más países se comprometan políticamente con el enfoque expuesto en el presente informe y que este proceso político se traduzca en políticas y programas que mejoren la salud de la población y reduzcan las desigualdades sanitarias en un grado apreciable.

Ciudades

Además de las ciudades representadas en la red experta que estudió los entornos urbanos (KNUS), las ciudades de Nueva York, Glasgow, Londres y Nueva Orleans también entablaron relaciones con la Comisión y están trabajando para llevar a la práctica el programa de acción a través del intercambio de datos científicos obtenidos a partir de la ejecución. El movimiento en pro de las ciudades sanas (coordinado por la Oficina Regional de la OMS para Europa) y el programa de urbanización saludable del Centro de la OMS en Kobe son aliados importantes.

Sociedad civil

Los grupos de la sociedad civil pueden desempeñar un importante papel en el programa de acción mundial en favor de la equidad sanitaria. Desde el principio, la Comisión se propuso el objetivo de incorporar a representantes de grupos de la sociedad civil en el África, Asia, las Américas y Europa. Los miembros de los grupos de la sociedad civil participaron en los procesos de acopio de conocimientos, ayudaron a configurar la línea de pensamiento de la Comisión y serán socios activos en favor del cambio en el futuro (para obtener información más detallada acerca de la corriente de trabajo de la sociedad civil, véase CS, 2007).

Obtención e intercambio de conocimientos

La Comisión ha reunido una base de datos científicos de todo el mundo con el fin de comprender mejor los determinantes sociales de la salud y definir acciones efectivas para promover la equidad sanitaria. Para respaldar este proceso, la Comisión creó nueve Redes Expertas conformadas por catedráticos y profesionales de universidades e instituciones de investigación, ministerios de gobierno y organizaciones internacionales y de la sociedad civil de todo el mundo. De diversas formas, estas redes continuarán generando conocimientos de todo el mundo para orientar las intervenciones. La Comisión estableció otras alianzas para recabar datos científicos mediante dos redes regionales permanentes (la red nórdica y la asiática) y con investigadores de otros ámbitos temáticos fundamentales, tales como el envejecimiento, los pueblos indígenas, los alimentos y la nutrición, la violencia y los conflictos, y el medio ambiente. Los informes redactados por las redes expertas y otros documentos e informes de antecedentes, incluidos los que describen las corrientes de trabajo en los países y con la sociedad civil, pueden descargarse del sitio de Internet de la Comisión: www.who.int/social_determinants/en.

Un programa inconcluso

La lista de los determinantes de las desigualdades sanitarias que analizó la Comisión no es exhaustiva: por ejemplo, no se desarrollaron en detalle otros temas de importancia mundial esencial, tales como el cambio climático. La Comisión tiene conciencia de este programa de acción fundamental y de la inmensa tarea que aún está en curso para cumplirlo, y adhiere a los objetivos de desarrollo equitativo y sostenible.

El cambio climático

El cambio climático sobresale como un tema de atención prioritaria en relación con las desigualdades sanitarias. El cambio climático, la urbanización, el desarrollo rural, la agricultura y la seguridad alimentaria son determinantes entrelazados de la salud de la población y la equidad sanitaria. Es fundamental garantizar que las políticas sociales y económicas propuestas para detener el cambio climático y otras formas de degradación del medio ambiente tengan en cuenta la

equidad sanitaria, pero también es necesario efectuar un análisis más profundo de la relación que existe entre los determinantes sociales, el cambio ecológico y las desigualdades sanitarias que inspire la elaboración tan necesaria de políticas y su ejecución. El Informe Stern demostró sin lugar a dudas que, si no se interviene, el costo global del cambio climático equivaldrá a perder por lo menos el 5% del PIB mundial por año (Stern, 2006). En consecuencia, las inversiones que se hagan en los próximos 10 a 20 años tendrán efectos profundos y duraderos no sólo en el clima sino en la salud de nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos. Es probable que los efectos sean más intensos entre quienes padecen carencias socioeconómicas.

Programa de investigaciones

La Comisión reunió una base mundial de datos científicos sin precedentes sobre los determinantes sociales de la salud y las intervenciones en favor de la equidad sanitaria. Con todo, sigue siendo necesario obtener datos científicos de otros ámbitos temáticos y otros contextos nacionales, y es importante tener en cuenta que los factores sociales y económicos de las desigualdades sanitarias son dinámicos, de modo que cambian a lo largo del tiempo. Puede ayudar a definir las necesidades de investigación más urgentes efectuar un examen periódico de las principales lagunas científicas. Algunas de las necesidades generales de investigación que se desprenden de la labor de la Comisión son las siguientes:

1. Es necesario estudiar los determinantes de las desigualdades sanitarias además de los determinantes del estado de salud promedio de la población a fin de:
 - Comprender las causas de la relación entre la estratificación social y los resultados sanitarios.
 - Comprender la interacción entre los factores de estratificación (por ejemplo, el sexo, el grupo étnico y el ingreso) y las desigualdades sanitarias.
 - Cuantificar el impacto de los sistemas sociales, económicos y políticos supranacionales sobre la salud y las desigualdades sanitarias en cada país y entre los distintos países.
2. Es preciso examinar las intervenciones, desde la esfera mundial a la local, encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria a fin de:
 - Evaluar el impacto de las intervenciones emprendidas al nivel de la sociedad (políticas y programas) en las desigualdades sanitarias.
 - Investigar los costos y los beneficios sociales, económicos y sanitarios que conlleva reducir las desigualdades sanitarias.
3. Es necesario evaluar las políticas, es decir:
 - Analizar los procesos normativos que llevan hacia la definición de intervenciones relacionadas con la equidad sanitaria.
 - Comprender los obstáculos y los facilitadores que impone el contexto para la acción intersectorial y la coherencia en la gobernanza y la formulación de políticas nacionales y locales.
 - Distinguir las buenas prácticas que estén en curso y concebir instrumentos que fomenten la acción intersectorial.
4. Es preciso efectuar un seguimiento y medir los resultados, para lo cual hay que:
 - Crear nuevos métodos de medición y seguimiento de las desigualdades sanitarias, y de evaluación del impacto de las intervenciones en la población.

Objetivos y metas para lograr la equidad sanitaria

La Comisión propuso recomendaciones y estableció retos mundiales. El progreso hacia la equidad sanitaria precisa objetivos y metas intermedias que sean cuantificables y que puedan reorientar las políticas, perfeccionar la asignación de recursos y mejorar los resultados en materia de desarrollo. Mantener al público informado

continuamente y establecer sistemas de datos, tanto a nivel mundial como nacional, garantiza que el mundo esté a tanto de las metas que se cumplen y pueda orientar los esfuerzos hacia las metas pendientes.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un claro ejemplo a este respecto. Los ODM también hicieron notar la importancia de contar con estadísticas reales para fijar y hacer el seguimiento de las principales metas de las políticas de desarrollo. El logro de los ODM relativos a la salud y las metas conexas en el plano nacional implica reducir las desigualdades sanitarias absolutas entre los países. En la actualidad, estos objetivos no llevan plasmada la perspectiva de la equidad sanitaria dentro de cada país. En rigor, los ODM orientados a los resultados sanitarios están formulados en función de promedios de población más que teniendo en cuenta la distribución de los resultados sanitarios dentro de cada país y entre los distintos países.

Adoptando una perspectiva que trasciende el propósito actual de los ODM y el cronograma fijado para el 2015, la Comisión sin duda se preocupa por las desigualdades sanitarias entre los países, pero también por el gradiente social de la salud en los países de ingresos altos, medianos y bajos, y por las repercusiones sobre la mortalidad en la adultez que es consecuencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la violencia y los traumatismos.

El objetivo al que la Comisión querría que aspirara el mundo —sus líderes, las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales y los grupos de la sociedad civil— es el de:

Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación

Para hacer progresos en este sentido, es necesario reducir las diferencias entre los que menos tienen y los que más tienen progresivamente. También es necesario aplanar el gradiente de la salud llevando el estado de salud de todos los grupos sociales a un grado más cercano al de los grupos más favorecidos.

Es responsabilidad de los organismos internacionales y los gobiernos nacionales definir objetivos y metas detalladas en favor de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud mediante procesos de consulta e instituir planes de acción que demuestren con claridad el modo en que se proponen alcanzar las metas y los recursos que serán necesarios para tal fin. Como punto de partida, la Comisión propone tres metas (véase adelante), que son complejas y ponen de relieve la magnitud del problema. Sin embargo, si se siguen las recomendaciones de la Comisión, se habrá logrado avanzar en pos del objetivo de subsanar las desigualdades en una generación. La Comisión insta a la OMS a elaborar estas metas de equidad sanitaria mediante procesos de consulta y a tomar la iniciativa para su consecución.

Meta 1: *Reducir 10 años, entre el 2000 y el 2040, la diferencia de la esperanza de vida al nacer entre la tercera parte de los países que tienen la esperanza de vida más alta y la tercera parte de los países que tiene la esperanza de vida más baja, mejorando este indicador en los países que tienen la esperanza de vida más baja.*

Reducir a la mitad, entre el 2000 y el 2040, la diferencia de la esperanza de vida al nacer entre los grupos sociales de un mismo país mejorando la esperanza de vida al nacer de los grupos socioeconómicos inferiores.

Meta 2: *Reducir a la mitad, entre el 2000 y el 2040, las tasas de mortalidad en la adultez en todos los países y todos los grupos sociales de cada país.*

De hecho, alcanzar esta meta significa reducir a la mitad las diferencias de la mortalidad en la adultez entre los países y entre los distintos grupos sociales que componen cada país.

Meta 3: *Reducir un 90%, entre el 2000 y el 2040, la mortalidad de menores de cinco años en todos los países y en todos los grupos sociales de cada país, y reducir un 95%, entre el 2000 y el 2040, la tasa de mortalidad materna en todos los países y en todos los grupos sociales de cada país.*

De hecho, alcanzar esta meta significa reducir un 90% la diferencia de la mortalidad de menores de cinco años entre los países y dentro de cada país, y reducir un 95% las diferencias de mortalidad materna entre los países y dentro de cada país.

Como se expresó en el capítulo 1, si bien no prevemos que puedan eliminarse por completo las diferencias sanitarias en una generación, creemos que es posible reducir —enormemente— las desigualdades dentro de cada país y entre los distintos países. A fin de definir estas metas, se extrapolaron las tendencias observadas en el pasado en grupos de países que tuvieron un buen desempeño. En el caso de la primera meta (esperanza de vida al nacer), se tuvo en cuenta la tendencia observada entre 1950 y 1980, período en el que hubo una reducción de las diferencias entre los distintos países. En algunos casos, sobre todo respecto de las desigualdades que se registran dentro de cada país en cuanto a la esperanza de vida al nacer, no disponíamos de suficientes datos a partir de los cuales definir la meta. En líneas generales, la tercera meta extrapola los ODM 4A y 5A¹¹ al 2040. Las metas segunda y tercera se basan en el principio de que la disminución de la mortalidad debe ser por lo menos proporcional entre los países y entre los distintos grupos sociales de cada país. En términos más específicos, los países y los grupos sociales que registran la mortalidad más alta al menos deberían lograr una disminución de la mortalidad de iguales proporciones que los países y los grupos sociales que tienen baja mortalidad. El logro de estas metas basándose en el principio expuesto garantizará la disminución de las desigualdades absolutas en términos de mortalidad entre los países y los grupos sociales de cada país. Las desigualdades relativas se mantendrán o, si se logra una disminución más que proporcional de la mortalidad, disminuirán. Desde una perspectiva más ambiciosa, la Comisión desearía que fueran más rápidas las mejoras dentro de los grupos sociales y los países que tienen peores resultados sanitarios.

La consecución de estos objetivos entraña una ardua tarea. En primer lugar, ya son evidentes las dificultades serias que tiene el mundo para lograr el ODM 4 y el ODM 5, en particular en el África subsahariana, pero también en algunos países de otras regiones. La India, por ejemplo, ni siquiera está por buen camino por lo que respecta al ODM 4 (Countdown Group, 2008). Asimismo, estos países y regiones enfrentarán problemas considerables para reducir la mortalidad en los porcentajes que se proponen en este capítulo. No obstante, es una responsabilidad mundial lograr estos objetivos, sobre todo debido a los determinantes de las desigualdades sanitarias mundiales que se observan entre los países y dentro de cada país. La profunda disminución de la mortalidad en la infancia que se registró entre 1950 y 1980 permite aventurar que será factible lograr el ODM 4 y la tercera meta concerniente a la mortalidad de los menores de 5 años. De hecho, algunos países muestran avances respecto del ODM 4 y el ODM 5: Indonesia y el Perú están en el camino correcto hacia la consecución del ODM 4 (Countdown Group, 2008) y la tercera meta respecto de la mortalidad de menores de cinco años, dado que la redujeron un 6,2% y un 7,1% en promedio por año, respectivamente. Sin embargo, la reducción de la mortalidad de menores de cinco años en la India (inferior al 3% por año) es insuficiente para cumplir con el ODM 4 (Countdown Group, 2008).

La consecución de estas metas depende de que se realicen inversiones constantes para mejorar los determinantes sociales de la salud y sólo serán realistas si se emprenden iniciativas concretas orientadas

¹¹ ODM 4A: Reducir entre 1990 y el 2015 la mortalidad de menores de cinco años en dos terceras partes. ODM 5A: Reducir entre 1990 y el 2015 la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes.

especialmente a ese fin, prestando especial atención a los países y las regiones que en la actualidad no muestran signos de poder cumplir con los ODM. Aunque parezca muy ambicioso, es posible lograr las metas si se toman medidas con la previsión suficiente. En el 2005, la mortalidad materna de la India era de 450 cada 100 000 nacidos vivos; la tasa correspondiente a la China es una décima parte de la tasa india, es decir, 45 cada 100 000 nacidos vivos (Countdown Group, 2008). La tercera meta implica que la mortalidad materna que se registre en la India en el 2040 —más de tres decenios adelante— debería ser de 22,5 cada 100 000 nacidos vivos, lo que, en términos absolutos, no es mucho menos que la tasa de mortalidad materna que se registra en la China en la actualidad.

Estas metas fueron propuestas con el fin de que se las someta a procesos de consulta y se las desarrolle aún más. Si la definición de metas se realiza mediante procesos de consulta, por sí sola puede crear alianzas de colaboración que respalden el logro de los resultados previstos (Kickbusch, 2003). Es posible comenzar de inmediato a trabajar en pos de los objetivos y, lo que es más importante, hacer el seguimiento de la tarea, como se ha expresado en todas las recomendaciones de este

informe. Se invita a los países y las organizaciones internacionales a reevaluar las metas actuales e incorporarles un criterio de equidad. El principio general que propone lograr una reducción de la mortalidad al menos proporcional en todos los países y grupos sociales es aplicable a muchas de las metas actuales.

Es fundamental que las organizaciones internacionales y los países incorporen las medidas de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud en los sistemas de seguimiento que estén en funcionamiento. Por lo que respecta a las metas relativas a los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, será necesario definir las tomando como base el modelo expuesto en el capítulo 16 (Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación).

Hitos para lograr la equidad sanitaria: objetivos previstos a corto y mediano plazo

Dado que se han propuesto recomendaciones concretas y metas conexas, también es importante definir los hitos, que permitan

Tabla 17.1 Hitos para lograr la equidad sanitaria

Fecha	Hito
Noviembre del 2008	Conferencia mundial: “Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”.
2008–2009	Creación de la alianza mundial posterior a la Comisión que se encargue de llevar adelante el programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud junto con la OMS.
2008–2009	Cálculo de los costos económicos y sociales de poner en ejecución las recomendaciones de la Comisión y los costos que implican la ausencia de intervención.
2009	Reunión de los miembros de la Comisión y los paladines de los determinantes sociales de la salud para promover el plan mundial encaminado a difundir y poner en ejecución las recomendaciones de la Comisión.
2009	Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.
2008–13	Aumento progresivo de la financiación de las investigaciones dedicadas a los determinantes sociales de la salud, sobre todo en los ámbitos destacados por la Comisión.
2008–13	Un mayor número de países habrán adoptado el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud para lograr la equidad sanitaria, y habrán elaborado y puesto en ejecución políticas para mejorar los determinantes sociales de la salud, de modo que, antes del 2013, al menos el 50% de todos los países de ingresos bajos, medianos y altos se habrán comprometido a llevar adelante un plan de acción para reducir las desigualdades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud y proporcionen pruebas de la ejecución de dicho plan.
2009–10	El Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, habrá establecido un mecanismo interinstitucional en favor de los determinantes sociales de la salud dentro del sistema de las Naciones Unidas que organice grupos de trabajo encargados de distintos ámbitos temáticos —empezando por el desarrollo de la primera infancia, la equidad de género, las condiciones de empleo y de trabajo, los sistemas de salud y la gobernanza participativa— que incluyan a todos los organismos multilaterales competentes y a los interesados directos de la sociedad civil.
2010	El Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, habrá preparado, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la adopción de la equidad sanitaria como objetivo básico del desarrollo mundial e indicadores acordados para supervisar el progreso en este sentido dentro de cada país y entre los distintos países.
2010	Primer Informe sobre la equidad sanitaria (que consigne los indicadores y las metas de vigilancia de la equidad sanitaria mundial y nacional) ante el Primer Foro Mundial de los Estados Miembros de las Naciones Unidas sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.
2013	Examen de los progresos conseguidos hacia la consecución de las metas de la OMS en materia de determinantes sociales de la salud.
2015	Fecha fijada para alcanzar los ODM; examen de los progresos desde la perspectiva de equidad sanitaria: segundo informe quinquenal sobre la equidad sanitaria mundial y Foro Mundial.
2020–2040	Exámenes quinquenales de los progresos conseguidos en cuanto a la reducción de las desigualdades sanitarias dentro de cada país y entre los distintos países.

hacer un seguimiento de los progresos de las intervenciones en materia de determinantes sociales de la salud y equidad sanitaria dentro de la escena mundial y nacional, y también ayuden a garantizar que las instituciones internacionales, los gobiernos

nacionales, la sociedad civil y el sector privado rindan cuentas de su accionar. Para iniciar este proceso, la Comisión propone a continuación un cronograma de objetivos previstos esenciales, aunque parciales.



Apéndice A. Lista de todas las recomendaciones



RECOMENDACIÓN GENERAL N° 1

Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las circunstancias en las que nacen sus hijos, hacer especial hincapié en mejorar el desarrollo de la primera infancia y la educación de los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y trabajo, y crear políticas de protección social para todos, y propiciar las condiciones para que las personas de edad avanzada tengan una vida próspera. Las políticas para lograr estos objetivos deben contar con la participación de la sociedad civil, el gobierno y los organismos internacionales.

Capítulo 5: Equidad desde el principio

Ámbito de acción 1. Considerar de un modo integral los primeros años de vida y poner en ejecución intervenciones que, aprovechando las fortalezas de los programas de supervivencia infantil que ya están en curso, amplíen el alcance de su alcance para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

La Comisión recomienda que:

5.1. La OMS y el UNICEF elaboren un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas destinadas a fomentar el desarrollo de la primera infancia, de modo que los distintos organismos adopten un enfoque integral en esta materia que sirva como base para la acción (véanse las Recomendaciones 15.2 y 16.8).

5.2. Los gobiernos elaboren un conjunto integral de programas y servicios de calidad destinados a mejorar las condiciones de desarrollo de la primera infancia que tengan cobertura universal para los niños, las madres y otros cuidadores, independientemente de su capacidad de pago (véanse las Recomendaciones 9.1, 11.6 y 16.1).

Ámbito de acción 2. Ampliar la prestación y el alcance de los servicios educativos de modo que incorporen los principios de desarrollo de la primera infancia (desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo).

La Comisión recomienda que:

5.3. Los gobiernos brinden una educación de calidad que tenga en cuenta el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo desde la etapa preescolar.

5.4. Los gobiernos garanticen una educación primaria y secundaria obligatoria de calidad para todos los niños y las niñas, independientemente de la capacidad de pago, definan y eliminen los obstáculos que impiden a los niños y las niñas matricularse y permanecer en la escuela, y supriman los aranceles en la escuela primaria (véanse las Recomendaciones 6.4 y 13.4).

Capítulo 6: Entornos salubres para una población sana

Ámbito de acción 1. Conseguir que la salud y la equidad sanitaria ocupen un lugar prioritario en la gobernanza y la planificación de los entornos urbanos.

La Comisión recomienda que:

6.1. Los gobiernos locales y la sociedad civil, con el apoyo del gobierno nacional, establezcan mecanismos de gobernanza local participativa que propicien el trabajo conjunto entre las comunidades y el gobierno local para crear ciudades más sanas y más seguras (véase la Recomendación 14.3).

6.2. Los gobiernos nacionales y locales, junto con la sociedad civil, gestionen un desarrollo urbano que garantice una mayor accesibilidad a viviendas de calidad a un costo razonable. Con el apoyo de ONU-HÁBITAT cuando sea necesario, inviertan en programas de mejoramiento de los barrios de chabolas que tengan, como fin prioritario, habilitar el abastecimiento de agua y servicios de saneamiento, electricidad y calles pavimentadas para todos los hogares, independientemente de su capacidad de pago (véase la Recomendación 15.2).

6.3. Los gobiernos locales y la sociedad civil se ocupen de elaborar proyectos de urbanización que promuevan la actividad física invirtiendo en el transporte activo; fomenten la alimentación saludable definiendo la ubicación de las tiendas de alimentos a fin de propiciar la disponibilidad de los alimentos y el fácil acceso a ellos; y reduzcan la violencia y la delincuencia poniendo en ejecución medidas de ordenación del medio ambiente y normas reguladoras, que comprendan restricciones al número de tiendas que expenden bebidas alcohólicas (véase la Recomendación 12.3).

Ámbito de acción 2. Promover la equidad sanitaria entre los entornos rurales y los urbanos invirtiendo de forma sostenida en el desarrollo rural, combatiendo políticas de exclusión que generan pobreza rural, acaban privando de tierras a los campesinos y desplazan a la población de su lugar de origen.

La Comisión recomienda que:

6.4. El gobierno nacional y los gobiernos locales elaboren y pongan en ejecución políticas y programas centrados en las cuestiones de seguridad de la tenencia y derechos sobre la tierra; las posibilidades de empleo durante todo el año en los entornos rurales; el desarrollo agrícola y las condiciones justas en los acuerdos de comercio internacional; la infraestructura de los entornos rurales, que tengan en cuenta la salud, la educación, los caminos y los servicios; y las políticas que protegen la salud de las personas que migran de los entornos rurales a los urbanos (véanse las Recomendaciones 5.4 y 9.3).

Ámbito de acción 3. Velar por que las políticas sociales y económicas propuestas para detener el cambio climático y otras formas de degradación del medio ambiente tengan en cuenta la equidad sanitaria.

La Comisión recomienda que:

6.5. Los organismos internacionales y los gobiernos nacionales, tomando como base las recomendaciones del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, consideren las repercusiones que tienen sobre la equidad sanitaria las medidas concernientes a la agricultura, el transporte, los combustibles, las construcciones, las industrias y la gestión de desechos concebidas como estrategias de adaptación al cambio climático que también fueron elaboradas para mitigarlo.

Capítulo 7: Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno

Ámbito de acción 1. Convertir a las prácticas justas en materia de empleo, el empleo pleno y el trabajo digno en un objetivo central de las políticas sociales y económicas de los países y las instituciones internacionales.

La Comisión recomienda que:

7.1. Las prácticas justas en materia de empleo, el trabajo digno y el empleo pleno pasen a constituir un objetivo compartido de las instituciones internacionales y un elemento central de los programas de acción política y las estrategias de desarrollo en el plano nacional, a fin de que habiliten una mayor participación de los trabajadores en la elaboración de políticas, leyes y programas concernientes al empleo y el trabajo (véanse las Recomendaciones 10.2, 14.3 y 15.2).

Ámbito de acción 2. A fin de lograr la equidad sanitaria, todas las personas deben tener un trabajo seguro y sin riesgos durante todo el año, recibir a cambio una remuneración justa y gozar de un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida privada.

La Comisión recomienda que:

7.2. Los gobiernos nacionales elaboren y pongan en ejecución políticas económicas y sociales que garanticen el trabajo seguro y un salario de subsistencia que tenga en cuenta el costo de vida real y actualizado para proteger la salud de los trabajadores (véanse las Recomendaciones 8.1 y 13.5).

7.3. Se fortalezca la capacidad del Estado para poner en ejecución mecanismos reguladores con miras a promover y velar por el cumplimiento de normas que garanticen las prácticas justas en materia de empleo y el trabajo digno para todos los trabajadores (véase la Recomendación 12.3).

7.4. Los gobiernos reduzcan la inseguridad entre las personas que trabajan en condiciones de empleo precarias, entre ellas, el trabajo en el sector no estructurado, el trabajo temporal y el trabajo a tiempo parcial, poniendo en ejecución políticas y redactando leyes que garanticen un salario mínimo basado en el costo de vida real, la seguridad social y el apoyo a las personas que tienen hijos (véase la Recomendación 8.3).

Ámbito de acción 3. Mejorar las condiciones de trabajo para todos los trabajadores a fin de disminuir la exposición a riesgos físicos, estrés laboral y comportamientos perjudiciales para la salud.

La Comisión recomienda que:

7.5. Las políticas y los programas que tengan la función de velar por la salud y la seguridad laborales abarquen a todos los trabajadores —del sector estructurado y del no estructurado— y amplíen su ámbito de influencia a fin de que incluyan los factores laborales estresantes y los comportamientos perjudiciales para la salud así como la exposición a riesgos físicos (véase la Recomendación 9.1).

Capítulo 8: Protección social a lo largo de la vida

Ámbito de acción 1. Poner en ejecución y fortalecer políticas integrales de protección social universal que garanticen a todas las personas un nivel de ingresos suficiente para llevar adelante una vida sana.

La Comisión recomienda que:

8.1. Los gobiernos, cuando sea necesario con la ayuda de donantes y organizaciones de la sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, creen sistemas de protección social de alcance universal y lleven los planes de seguridad social a un nivel que permita a los beneficiarios llevar adelante una vida saludable (véanse las Recomendaciones 7.2 y 11.1).

8.2. Los gobiernos, cuando sea necesario con la asistencia de donantes y organizaciones de la sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, empleen el concepto de selectividad sólo para priorizar a los grupos que queden fuera del alcance del sistema previsional universal.

Ámbito de acción 2. Extender los sistemas de protección social a las personas que suelen quedar excluidas.

La Comisión recomienda que:

8.3. Los gobiernos, cuando sea necesario con la ayuda de donantes y organizaciones de la sociedad civil y, si corresponde, en colaboración con los empleadores, garanticen que los sistemas de protección social se extiendan hasta aquellas personas que tienen un trabajo precario, es decir, a los que trabajan en el sector no estructurado, los que realizan tareas hogareñas y cuidan de otras personas (véanse las Recomendaciones 7.4, 11.1 y 13.3).

Capítulo 9: Atención universal de salud

Ámbito de acción 1. Crear sistemas sanitarios en torno a los principios de equidad, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La Comisión recomienda que:

9.1. Los gobiernos nacionales, junto con la sociedad civil y los donantes, creen sistemas de atención de salud asentados en el principio de cobertura universal de los servicios de calidad, haciendo hincapié en los servicios de atención primaria de salud (véanse las Recomendaciones 5.2, 7.5, 8.1, 10.4, 13.6, 14.3, 15.2 y 16.8).

Ámbito de acción 2. Velar por que el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

La Comisión recomienda que:

9.2. Los gobiernos nacionales garanticen que el sector público aporte la mayor parte del financiamiento para el sistema sanitario, en particular con los fondos provenientes de la recaudación fiscal o la seguridad social, a fin de asegurar la cobertura universal de la atención, independientemente de la capacidad de pago, y de reducir al mínimo el gasto directo que deban hacer los usuarios para recibir los servicios (véanse las Recomendaciones 10.4, 11.1 y 11.2).

Ámbito de acción 3. Formar al personal sanitario y fortalecerlo, y ampliar su capacidad de acción sobre los determinantes sociales de la salud.

La Comisión recomienda que:

9.3. Los gobiernos nacionales y los donantes aumenten las inversiones en personal médico y sanitario a fin de equilibrar la densidad de profesionales sanitarios entre los entornos rurales y los urbanos (véanse las Recomendaciones 6.4 y 16.5).

9.4. Los organismos y donantes internacionales y los gobiernos nacionales emprendan intervenciones para detener el éxodo de los profesionales sanitarios, centrándose en destinar inversiones para aumentar los recursos humanos del sector sanitario y su formación, y celebrar acuerdos bilaterales para regular las ganancias y las pérdidas.

RECOMENDACIÓN GENERAL N° 2

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

A fin de resolver las desigualdades sanitarias y las condiciones de vida desiguales, es preciso luchar contra las inequidades —por ejemplo, las que se observan entre los hombres y las mujeres— que son producto de la organización social. Para ello, es imprescindible el compromiso de un sector público potente y capaz que cuente con recursos financieros suficientes. Más que con un mejor gobierno, es necesario contar con una mejor gobernanza: la legitimidad, el espacio de participación y el apoyo para la sociedad civil, para un sector privado responsable y para que las personas de toda la sociedad acepten los intereses públicos y vuelvan a confiar en el valor de la acción colectiva. En este mundo globalizado, la necesidad de gobernanza en materia de equidad es aplicable tanto a cada comunidad como a los organismos internacionales.

Capítulo 10: La equidad sanitaria en las políticas, los sistemas y los programas

Ámbito de acción 1. Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y logra que todas políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.

La Comisión recomienda que:

10.1. El parlamento y otros organismos equivalentes de supervisión midan el desempeño de la administración pública en materia sanitaria en función del objetivo de mejorar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (véanse las Recomendaciones 13.2 y 15.1).

10.2. El gobierno nacional instaure en todas las instancias de la administración pública un mecanismo que rinda cuentas ante el parlamento y esté presidido por el más alto nivel político posible (véanse las Recomendaciones 11.1, 11.2, 11.5, 12.2, 13.2 y 16.6).

10.3. Se institucionalice la supervisión de los determinantes sociales y los indicadores de equidad sanitaria, y se empleen métodos para evaluar las repercusiones de todas las políticas públicas, incluido el presupuesto público, sobre la equidad sanitaria (véanse las Recomendaciones 12.1, 15.1, 16.2 y 16.7).

Ámbito de acción 2. Crear un sector sanitario eficaz en materia de equidad sanitaria: adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud para todas las funciones normativas y programáticas del ministerio de la salud y reforzar su función de rectoría para que el gobierno en su conjunto pueda aplicar un enfoque basado en los determinantes sociales.

La Comisión recomienda que:

10.4. El sector sanitario, encabezado por el ministro de la salud, amplíe sus políticas y programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención de salud a fin de que incorporen el criterio de los determinantes sociales de la salud (véase la Recomendación 9.1).

10.5. La OMS respalde el fortalecimiento de los conocimientos y las capacidades de los ministerios nacionales de la salud para que puedan actuar dentro del marco de los determinantes sociales de la salud y adoptar una función de rectoría que garantice que todas las instancias de gobierno apoyen el marco de los determinantes sociales (véanse las Recomendaciones 15.3 y 16.8).

Capítulo 11: Financiación equitativa

Ámbito de acción 1. Fortalecer la financiación pública en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud

La Comisión recomienda que:

11.1. Los donantes, los organismos multilaterales y los Estados Miembros creen y fomenten la capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo (véanse las Recomendaciones 8.1, 8.3, 9.2 y 10.2).

11.2. Se creen nuevos métodos de financiación pública a nivel nacional y mundial, que incluyan impuestos especiales afectados a la financiación del sector sanitario y opciones de impuestos mundiales (véanse las Recomendaciones 9.2 y 10.2).

Ámbito de acción 2. Incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios con arreglo a un marco de acción basado en los determinantes sociales de la salud.

La Comisión recomienda que:

11.3. Los países donantes cumplan con los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB, amplíen la iniciativa multilateral de alivio de la carga de la deuda y coordinen el uso de los fondos dentro de un marco basado en los determinantes sociales de la salud (véanse las Recomendaciones 13.6 y 15.2).

11.4. Las entidades financieras internacionales garanticen términos y condiciones transparentes de endeudamiento y crédito internacionales a fin de evitar que la deuda se torne inviable.

Ámbito de acción 3. Asignar los recursos públicos con equidad en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

La Comisión recomienda que:

11.5. El gobierno nacional, los gobiernos locales y la sociedad civil instituyan un mecanismo de asignación presupuestaria para financiar la acción sobre los determinantes sociales de la salud que sea aplicable a los distintos sectores de la administración pública (véase la Recomendación 10.2).

11.6. La administración pública distribuya los recursos con equidad entre las regiones geográficas y los grupos sociales y aplique un método para supervisar el destino de esos recursos, por ejemplo, haciendo uso de un instrumento para controlar la equidad (véanse las Recomendaciones 5.2, 14.3 y 16.2).

Capítulo 12: Responsabilidad del mercado

Ámbito de acción 1. Institucionalizar la toma en consideración de las consecuencias para la salud y la equidad sanitaria de las políticas y los acuerdos económicos nacionales e internacionales en el momento de su elaboración.

La Comisión recomienda que:

12.1. La OMS, en colaboración con otros organismos multilaterales

competentes, y los Estados Miembros que apoyen la causa, institucionalicen la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria, en el plano mundial y nacional, de los principales acuerdos económicos internacionales, regionales y bilaterales (véanse las Recomendaciones 10.3 y 16.7).

12.2. Los órganos normativos del Estado, con el apoyo de la OMS, garanticen y fortalezcan los intereses de la salud pública en las negociaciones relativas a la política económica nacional e internacional (véase la Recomendación 10.2).

Ámbito de acción 2. Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios que tienen consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).

La Comisión recomienda que:

12.3. Los gobiernos nacionales, en colaboración con los organismos multilaterales competentes, fortalezcan el liderazgo del sector público en el suministro de bienes y servicios esenciales relacionados con la salud y en el control de los productos perjudiciales para la salud (véanse las Recomendaciones 6.3 y 7.3).

Capítulo 13: Equidad de género

Ámbito de acción 1. Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de los países.

La Comisión recomienda que:

13.1. Los gobiernos creen y apliquen leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo (véase la Recomendación 14.1).

13.2. Los gobiernos y las instituciones internacionales instauren, como parte de la administración central y mediante financiación suficiente y a largo plazo, una unidad de equidad de género que tenga el mandato de analizar las implicaciones para la equidad de género que puedan tener las políticas, los programas y los arreglos institucionales e intervenir a ese respecto (véanse las Recomendaciones 10.2 y 15.2).

13.3. Los gobiernos incluyan la contribución económica del trabajo en el hogar, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales, y fomenten la incorporación del trabajo del sector no estructurado de la economía (véase la Recomendación 8.3).

Ámbito de acción 2. Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer.

La Comisión recomienda que:

13.4. Los gobiernos y los donantes inviertan en la educación y la formación reglada y profesional de las niñas, los jóvenes y las mujeres con miras a ampliar sus aptitudes (véase la Recomendación 5.4).

13.5. Los gobiernos y los empleadores respalden la función económica de las mujeres garantizándoles la equidad salarial por ley, velando por la igualdad de oportunidades de empleo en todos los niveles y poniendo en marcha políticas favorables a la familia que aseguren que las mujeres y los hombres puedan asumir la responsabilidad por el cuidado de la familia en pie de igualdad (véase la Recomendación 7.2).

Ámbito de acción 3. Reafirmar el compromiso con el objetivo de velar por la salud reproductiva y sexual y los derechos conexos para todas las mujeres.

La Comisión recomienda que:

13.6. Los gobiernos, los donantes, las organizaciones internacionales y la sociedad civil amplíen su compromiso político con los programas y servicios de salud sexual y reproductiva e inviertan en ellos, teniendo como objetivo la cobertura universal (véanse las Recomendaciones 9.1 y 11.3).

Capítulo 14: Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse

Ámbito de acción 1. Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad, en particular, en lo tocante a los efectos que éstas puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas.

La Comisión recomienda que:

14.1. Los gobiernos nacionales robustezcan los sistemas políticos y jurídicos con el fin de garantizar la integración equitativa de todas las personas (véanse las Recomendaciones 13.1 y 16.1).

14.2. El Estado reconozca, legitime y apoye a los grupos marginados, en particular a los pueblos indígenas, mediante políticas, leyes y programas que promuevan su participación activa para exigir que se satisfagan sus necesidades, se atienda a sus reclamaciones y se respeten sus derechos.

14.3. El gobierno nacional y los gobiernos locales garanticen la representación justa de todos los grupos y las comunidades en los procesos de toma de decisiones que afecten a la salud, y en la ejecución de los programas, la dispensación de los servicios y la evaluación de todos ellos (véanse las Recomendaciones 6.1, 7.1, 9.1 y 11.6).

Ámbito de acción 2. Permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad.

La Comisión recomienda que:

14.4. Se promueva la emancipación en favor de la acción para mejorar la equidad sanitaria adoptando enfoques ascendentes que partan de la comunidad a fin de que la sociedad civil pueda elaborar, perfeccionar y poner en ejecución iniciativas orientadas a la equidad sanitaria.

Capítulo 15: Una gobernanza mundial eficaz

Ámbito de acción 1. Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial y adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud que permita potenciar las acciones multilaterales en favor del desarrollo.

La Comisión recomienda que:

15.1. Antes del 2010, el Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, prepare, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la adopción de la equidad sanitaria como objetivo básico del desarrollo mundial y que contenga indicadores acordes para supervisar el progreso en este sentido dentro de cada país y entre los distintos países (véanse las Recomendaciones 10.1, 10.3 y 16.3).

15.2. Antes del 2010, el Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, prepare, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la creación de grupos de trabajo encargados de estudiar los determinantes sociales de la salud por temas —empezando por el desarrollo de la primera infancia, la equidad de género, las condiciones de empleo y de trabajo, los sistemas de salud y la gobernanza participativa— que incluyan a todos los organismos multilaterales competentes y a los interesados directos de la sociedad civil, y que deban presentar informes con regularidad (véanse las Recomendaciones 5.1, 6.2, 9.1 y 13.2).

Ámbito de acción 2. Fortalecer el liderazgo de la OMS en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, convirtiéndolos en un principio rector para todos los departamentos y programas de los países de la OMS.

La Comisión recomienda que:

15.3. La OMS institucionalice el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud en todos los departamentos de trabajo, desde la Sede hasta el plano nacional (véanse las Recomendaciones 10.5 y 16.8).

RECOMENDACIÓN GENERAL N° 3

Medir la magnitud del problema, entenderlo y evaluar las repercusiones de las intervenciones

Es fundamental, como punto de partida para la acción, reconocer que hay un problema y garantizar medidas para definir la magnitud de la inequidad sanitaria. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales, con el apoyo de la OMS, deben poner en práctica sistemas de supervisión de la equidad sanitaria en el plano nacional y mundial a fin de efectuar un control sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, deben evaluar las repercusiones que tienen en la equidad sanitaria las políticas y las intervenciones puestas en práctica. A fin de crear un espacio dentro de las organizaciones y generar la capacidad para poner en ejecución medidas destinadas a solucionar la inequidad sanitaria, es preciso invertir en proyectos de capacitación para los responsables de formular políticas y los profesionales sanitarios, además de campañas de información pública, acerca de los determinantes sociales de la salud. Además, es necesario incorporar el concepto de los determinantes sociales en las investigaciones sobre salud pública.

Capítulo 16: Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación

Ámbito de acción 1. Poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.

La Comisión recomienda que:

16.1. Los gobiernos velen por que todos los niños sean registrados al nacer sin que ello suponga un gasto para la familia y perfeccionen el registro civil de los nacimientos y las defunciones (véanse las Recomendaciones 5.2 y 14.1).

16.2. Los gobiernos nacionales pongan en marcha sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias (véase la Recomendación 10.3).

16.3. La OMS supervise la creación de un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria como parte de una estructura mundial de gobernanza más amplia (véase el Recuadro 15.1).

Ámbito de acción 2. Realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas para reducir las desigualdades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales.

La Comisión recomienda que:

16.4. Los órganos de financiación de las investigaciones creen un presupuesto específico para generar e intercambiar datos sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria a nivel mundial, tales como los provenientes de investigaciones acerca de intervenciones en pro de la equidad sanitaria.

Ámbito de acción 3. Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud e invertir recursos en sensibilizar a la ciudadanía.

La Comisión recomienda que:

16.5. Las instituciones educativas y los ministerios pertinentes incorporen como contenido oficial y obligatorio el estudio de los determinantes sociales de la salud en la formación de los profesionales médicos y sanitarios (véase la Recomendación 9.3).

16.6. Las instituciones educativas y los ministerios pertinentes emprendan acciones para fomentar la comprensión de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales de disciplinas que no son médicas y el público en general (véase la Recomendación 10.2).

16.7. Los gobiernos formen a los responsables y planificadores de políticas de todos los sectores del Estado en el uso de la evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria (véanse las Recomendaciones 10.3 y 12.1).

16.8. La OMS fortalezca su capacidad para brindar apoyo técnico a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud en la esfera mundial, nacional y local (véanse las Recomendaciones 5.1, 9.1, 10.5 y 15.3).

Los miembros de la Comisión

Michael Marmot preside la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y es director del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y jefe del Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Escuela Universitaria de Londres. En el 2000, recibió el título de caballero por los servicios prestados a la epidemiología y al conocimiento de las inequidades sanitarias.

Frances Baum es jefa y profesora del Departamento de Salud Pública de la Universidad Flinders y directora fundadora de la Unidad de Investigación sobre Salud Comunitaria de Australia Meridional. Es copresidenta del Consejo de Coordinación Mundial del Movimiento para la Salud de los Pueblos.

Monique Bégin es profesora de la Escuela de Administración de la Universidad de Ottawa (Canadá) y ha sido nombrada dos veces Ministra Nacional de Salud y Bienestar. Fue la primera mujer de Quebec en ser elegida para la Cámara de los Comunes.

Giovanni Berlinguer es miembro del Parlamento Europeo. Hasta hace poco fue miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (de 2001 a 2007) y es ponente del proyecto de Declaración Universal sobre Bioética.

Mirai Chatterjee es coordinadora de Seguridad Social para la Asociación de Mujeres Trabajadoras Cuentapropistas de la India, un sindicato de más de 900 000 trabajadoras por cuenta propia. Recientemente fue nombrada miembro del Consejo Asesor Nacional y la Comisión Nacional para el Sector No Organizado.

William H. Foege es profesor emérito, distinguido por la presidencia, de Salud Internacional en la Universidad Emory. Fue director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC), jefe del Programa de erradicación de la viruela de los CDC y director ejecutivo del Centro Carter. Asimismo, ha sido asesor médico superior para la Fundación Bill y Melinda Gates.

Yan Guo es profesora de salud pública y vicepresidenta del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Beijing. Es vicepresidenta de la Asociación China de Salud Rural y vicedirectora de la Academia China de Políticas de Salud.

Kiyoshi Kurokawa es profesor en el Instituto Nacional de Graduados para Estudios de Políticas (Tokio). También es miembro del Comité de Ciencias y Política de Tecnología del Gabinete. Anteriormente fue presidente del Consejo Científico del Japón y la Asociación Científica del Pacífico.

Ricardo Lagos Escobar fue Presidente de Chile y Ministro de Educación y de Obras Públicas. Tiene los títulos de economista y abogado y trabajó como economista para las Naciones Unidas.

Alireza Marandi es profesor de pediatría de la Universidad Shaheed Beheshti (República Islámica del Irán). Fue Ministro de Salud (y Educación Médica) durante dos mandatos. Además, se ha desempeñado en los cargos de Viceministro y Asesor del Ministro. Recientemente ha sido elegido miembro del Parlamento del Irán.

Pascoal Mocumbi es Alto Representante del Programa de Ensayos Clínicos Europa-Países en Desarrollo y ex Primer Ministro de la República de Mozambique. Anteriormente había dirigido el Ministerio de Asuntos Exteriores y el Ministerio de Salud.

Ndiro Ndiaye es Directora General Adjunta de la Organización Internacional para las Migraciones y fue Ministra de Desarrollo Social y Ministra de Asuntos de la Mujer, la Familia y el Niño, de Senegal

Charity Kaluki Ngilu es Ministra de Salud de Kenia. Antes de ocupar ese cargo, fue miembro de la Asamblea Nacional de Kenia, en la que representó al partido democrático. Desde 1989 ha sido líder de la organización Maenbeleo ya Wanawake, el movimiento nacional de mujeres.

Hoda Rashad es directora y profesora de investigación del Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad Americana de El Cairo. Miembro del Senado, uno de los dos órganos parlamentarios de Egipto, también forma parte del Consejo Nacional de Mujeres, que depende del Presidente de Egipto.

Amartya Sen es profesor de la Universidad de Lamont y profesor de economía y filosofía en la Universidad de Harvard. En 1998 fue galardonado con el Premio Nobel de Economía

David Satcher dirige el Centro de Excelencia sobre Inequidades Sanitarias y la Iniciativa del Instituto Satcher de Liderazgo en Salud. Ha desempeñado los cargos de Director General de Sanidad de los Estados Unidos de América y Subsecretario de Salud. También fue director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Anna Tibaijuka es Directora Ejecutiva del Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HÁBITAT). Además, es presidenta fundadora del independiente Consejo Nacional de Mujeres de Tanzania.

Denny Vägerö es profesor de sociología médica y director del Centro de Estudios sobre Equidad en Salud (CHESS) de Suecia. Es miembro de la Real Academia Sueca de Ciencias y de su Comité Permanente sobre Salud.

Gail Wilensky es miembro principal del proyecto HOPE, una fundación internacional de educación sanitaria. Anteriormente había dirigido los programas Medicare y Medicaid de los Estados Unidos de América, y presidido dos comisiones de asesoramiento del Congreso de Estados Unidos sobre Medicare.

Referencias bibliográficas

- Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf; fecha de la consulta: 20 de febrero del 2008).
- Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35–98.
- Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>; fecha de la consulta: marzo del 2008).
- Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005–2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf; fecha de la consulta: 13 de mayo del 2008)
- Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455–485.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>; fecha de la consulta: 7 de marzo del 2008).
- Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640–658.
- Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989–1997. *Health Policy and Planning*, 20:80–89.
- Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293–304.
- Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343–352.
- Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>; fecha de la consulta 10 de abril del 2008).
- Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800>; fecha de la consulta: 27 de mayo del 2008).
- Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207–220.
- Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761–767.
- Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>; fecha de la consulta: 27 mayo del 2008) (Discussion paper 39).
- Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. (http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf; fecha de la consulta: 13 de mayo del 2008) (CGSD Working Paper No. 24).
- Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Preparado para la Red Experta sobre sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Barriento S, Kabeer N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Ginebra, Policy Integration Department, Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, Oficina Internacional del Trabajo.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417–423.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skimming, equity and cost containment. En: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. Londres, MacMillan, p. 183–199
- Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713–729.
- Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357–371.
- Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718–719.
- Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771–777.
- Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368–375.
- Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.
- Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459–468.
- Baum F ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.
- Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health, *Promotion and Education*, 14:90–95.

- Baum F (2008). *The new public health*. Nueva York, Oxford University Press.
- Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.
- Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Informe No. WP/05/112. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional.
- Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canadá, 2 de mayo de 1998.
- Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.
- Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. Londres, Health Systems Resource Centre.
- Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.
- Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. En: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, p. 77-101.
- Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.
- Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.
- Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.
- Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.
- Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf); fecha de la consulta: 4 de septiembre del 2007).
- Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.
- Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Documento de síntesis No. 4. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre globalización de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.
- Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburgo, EQUINET. (<http://www.equinet.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>); fecha de la consulta: 26 de marzo del 2007 (Discussion Paper 2).
- Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.
- Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon fue vicepresidente superior y economista jefe del Banco Mundial entre el 2003 y el 2007. Washington, DC, Banco Mundial (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>); fecha de la consulta: 9 de mayo del 2008).
- Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (WHO/CHS/HSS/98.1).
- Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.
- Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.
- Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.
- Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc); fecha de la consulta: 8 de febrero del 2007).
- Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.
- Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.
- Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.
- Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. (http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php); fecha de la consulta: 24 de enero del 2008).
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- CASEL (s.f.). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf>); fecha de la consulta: 1 de febrero del 2008).
- Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.
- Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html); fecha de la consulta: 10 de abril del 2008).
- Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Ginebra, 14 de mayo del 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>); fecha de la consulta: 29 mayo 2008).

- Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.
- Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.
- Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. Nueva York, UNICEF (http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html); fecha de la consulta: 5 de febrero del 2008).
- Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html); fecha de la consulta: 3 de abril del 2008).
- Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. En: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.
- Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.
- Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).
- CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>); fecha de la consulta: 2 de mayo del 2008).
- Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).
- Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Preparado para el Health, Education, Labor, and Pensions Committee del Senado de los EUA, 12 de abril del 2007. (http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, Banco Mundial (Policy Research Working Paper 2041).
- Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.
- Connect International (s.f.). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>); fecha de la consulta: 9 de mayo del 2008).
- Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>); fecha de la consulta: 5 mayo 2008).
- Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.
- Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presentado en el seminario Globalism and Social Policy Programme (GASPP), Dubrovnik, Croacia.
- CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Curriculum Corporation (s.f.). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>); fecha de la consulta: 13 de mayo del 2008).
- Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/workingpaper06-19.pdf>); fecha de la consulta: 25 de septiembre del 2007).
- CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (<http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf>); fecha de la consulta: 27 de junio del 2007) (Discussion Paper 31).
- Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, Banco Mundial (World Bank Policy Research Working Paper 3647).
- DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (http://www.oecd.org/departament/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html); fecha de la consulta: 16 de mayo del 2008).
- Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.
- Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. Nueva York, The Commonwealth Fund.
- de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, Banco Mundial.
- De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Documento preparado para la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministerio de Asuntos Exteriores de Finlandia.
- Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.
- Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf); fecha de la consulta: 20 de marzo del 2008).
- Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.

- Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.
- Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.
- Delhi Group on Informal Sector Statistics (s.f.). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. Nueva York, Naciones Unidas. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>; fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. Londres, Government Equalities Office (http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. Londres, Department of Health.
- Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. Londres, Department of Health.
- Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.
- Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).
- Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.
- DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>; fecha de la consulta: 6 de marzo del 2008).
- DHS (s.f.). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>; fecha de la consulta: 15 de febrero del 2008).
- Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.
- Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. Documento de antecedentes solicitado por el Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades. Washington, DC, Banco Mundial.
- Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.
- Dreze J (2003). Food security and the right to food. En: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. Nueva Delhi y Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.
- Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.
- Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Banco Asiático de Desarrollo, 18 de enero del 2006.
- Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.
- ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Informe final de la Red Experta sobre desarrollo de la primera infancia de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 de julio de 1997.
- ECOSOC (s.f.). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. Nueva York, Naciones Unidas (<http://www.un.org/ecosoc/about>; fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.
- EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.
- Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.
- EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Informe final de la Red Experta sobre las condiciones de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
- Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.
- EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.
- European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Bruselas, Comisión Europea (<http://aei.pitt.edu/3963/>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).
- EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.
- Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 de junio.
- Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-496.
- Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.
- Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.
- Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth,

- and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.
- Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.
- Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.
- French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, 14 de enero.
- Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.
- Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.
- Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.
- Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. Nueva York, Springer.
- Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.
- Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.
- Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Milenium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. Londres, Earthscan.
- GEGA (s.f.). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Geiger H (1984). Community health centres. En: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. Nueva York: Pantheon Books, p. 11-31.
- Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.
- Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eoo/tu/tu_toc.htm; fecha de la consulta: 5 mayo 2008).
- GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Informe final de la Red Experta sobre la globalización de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Glasier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.
- Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.
- Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Gluwve.pdf>; fecha de la consulta: 4 de septiembre del 2007).
- Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Ginebra, Global Forum for Health Research. (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf; fecha de la consulta: 9 de mayo del 2008).
- Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>; fecha de la consulta: 27 de junio del 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).
- Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>; fecha de la consulta: febrero del 2008).
- Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.
- Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.
- Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.
- Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.
- Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Londres, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.
- Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.
- Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541-543.

- Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685–696.
- Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. Nueva York, Banco Mundial.
- Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272–1280.
- Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, Banco Mundial.
- Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. Nueva York, Rockefeller Foundation.
- Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.
- Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.
- Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. En: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre la globalización de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. Londres, Department of Health.
- Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf); fecha de la consulta: 11 de abril del 2008).
- Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. Londres: Department of Health.
- Health Metrics Network (s.f.). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Health Systems Trust (s.f.). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>); fecha de la consulta: 9 de mayo del 2008).
- Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. A pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. Londres, HelpAge International (www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. Londres, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. Londres, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- HelpAge International (s.f.). *Social pensions in low and middle income countries*. Londres, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.
- HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-d,-2%20trillion.aspx); fecha de la consulta: 20 de marzo del 2008).
- Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Ministerio Noruego de Asuntos Exteriores.
- Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83–96.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745–754.
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [tesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 43:1257–1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). Informe final de la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861–873.

- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>; fecha de la consulta: 17 de abril del 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Nueva York, Naciones Unidas (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf; fecha de la consulta: marzo del 2008).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. Londres, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Ginebra, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang-en/WCMS_005285/index.htm; fecha de la consulta: 8 de mayo del 2008).
- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf; fecha de la consulta: 3 de marzo del 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2006b). Facts on labour migration. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope. World of work, No. 61*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in Africa: 2007-2015*. Informe antes el Director General de la XI Reunión regional africana, Addis Adaba, abril del 2007. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- ILO (s.f.). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm>; fecha de la consulta: 21 de febrero del 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>; fecha de la consulta: diciembre del 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfmm=73>; fecha de la consulta: marzo del 2008).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presentado en el Simposio de Adelaida de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. En: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisboa, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Ginebra, Oficina Internacional para las Migraciones
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. Nueva York, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Documento de antecedentes para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).
- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>; fecha de la consulta: 29 de mayo del 2008).
- JUNJI (s.f.). Sitio web de JUNJI. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>; fecha de la consulta: 14 de mayo del 2008).

- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Documento de antecedentes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Ginebra, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. En: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presentado en la reunión Global Health Governance and Accountability, 2-3 de junio del 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. Londres, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. En: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Informe final de la Red Experta sobre los entornos urbanos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Estambul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. En: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, p. 3-21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235-283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113-127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presentado en la reunión de la Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Tailandia. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>); fecha de la consulta: 4 de mayo del 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. Nueva York, UNICEF.
- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. Londres, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. Londres: London Health Commission.
- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. En: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press.
- Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. Londres, Nuffield Foundation.
- Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Bibliografía comentada sobre la sociedad civil y la salud. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>); fecha de la consulta: 26 de junio del 2007).
- Loftus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179-200.
- Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Ottawa, International Development Research Center (http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).

- Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613-640.
- Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press y el Banco Mundial.
- Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123-133.
- Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Informe para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Estocolmo, Centre for Health Equity Studies (CHESS).
- Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.
- McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630-1631.
- McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461-1484.
- McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).
- Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13-19.
- Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.
- Mackenbach JP & Bakker MJ (2003). for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409-1414.
- Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757-771.
- Mackenbach JP, Meerding WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxemburgo: Comisión Europea.
- McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. En: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly. Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social, p. 31-37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55-65.
- McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191-194.
- Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60-e65.
- Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Dinamarca: Observatorio Europeo del Empleo
- Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167-176.
- Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653-1663.
- Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rights-based approach to debt sustainability*. Londres, New Economics Foundation.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. Londres, Bloomsbury.
- Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153-1163.
- Marmot M & Wilkinson R.G, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56-62.
- Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. Nueva York, Naciones Unidas (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>; fecha de la consulta: 13 de mayo del 2008).
- Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154-164.
- MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Informe final de la Red Experta sobre los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Documento de antecedentes para la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.
- Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.
- Millennium Villages Project (s.f.). Millennium Promise website. Nueva York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>; fecha de la consulta: 8 February 2008)

- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Documento preparado para la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Conferencia Ministerial de París sobre Mecanismos Innovadores de Financiación para el Desarrollo, 28 de febrero al 1 de marzo del 2006. París, Gobierno de Francia.
- Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, FMI (Working Paper 07/100).
- Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.
- Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Cuestiones de protección social, Ginebra, Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008) (Discussion paper 17).
- Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. Londres, Earthscan.
- Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.
- Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.
- Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.
- Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.
- Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.
- Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.
- Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.
- Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4: e327.
- Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Documento solicitado por la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Documento preparado para el Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.
- Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. En: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, Banco Mundial, p. 43-71.
- Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. Revisión de la bibliografía para la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>; fecha de la consulta: 7 de marzo del 2008).
- Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Documento para la Red Experta sobre la exclusión social de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. Londres, UK National Heart Forum.
- NHS (2000). *The London Health Strategy*. Londres, NHS Executive London Regional Office.
- Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.
- Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. En: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.
- NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.
- O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>; fecha de la consulta: 12 de octubre del 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.
- ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. Londres, Overseas Development Institute.
- OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- OECD (2005). *From employment to work*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of

- Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. Nueva York: Oficina del Alcalde. (<http://www.nyc.gov>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.
- Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (<http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf>; fecha de la consulta: marzo del 2008)
- Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84;i27-i34.
- Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.
- Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. Londres, Oxfam. (Briefing Paper 34).
- Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.
- Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe.
- PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).
- PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>); fecha de la consulta: 10 de mayo del 2008).
- PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Organización Panamericana de la Salud.
- PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>; fecha de la consulta: 27 de junio del 2007).
- Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023sp1.pdf>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).
- Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.
- Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Partnership for Child Development (s.f.). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (www.freshschools.org; fecha de la consulta: 13 de mayo del 2008).
- Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.
- Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.
- Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. Nueva York, Global Policy Forum.
- Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, Banco Mundial (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).
- Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHM (2000). *People's charter for health*. El Cairo: Movimiento por la Salud de los Pueblos.
- PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. Londres, Zed Books.
- Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.
- Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. En: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, p. 1-14.
- Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [en línea], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>; fecha de la consulta: 10 de abril del 2008).
- PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Informe de la Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Informe del nodo sobre alcoholismo de la Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PPHCKN (2007c). *Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Informe del nodo sobre salud mental de la Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>; fecha de la consulta: 14 de mayo del 2008).
- Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, RU, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>; fecha de la consulta: 30 de abril del 2008).
- Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNUWIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).
- Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, FMI (IMF Working Paper 05/127).
- Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. Londres, IBON Books Manila/Zed Books.
- Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.
- Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburgo: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm; fecha de la consulta: 27 de marzo del 2007).
- Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Rihani MA (2006). Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education. Washington, DC, AED Global Learning Group (http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf; fecha de la consulta: 24 de septiembre del 2007).
- Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). Societal shifts and changed patterns of poverty. Nueva York: Luxemburgo & Siracusa (LIS Working Paper Series, no. 393).
- Roberts H & Meddings DR (2007). What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury. Documento de antecedentes de la Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. Nueva York, United Nations Development Programme.
- Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.
- Rootman I & Gordon-El-Bihbey D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.
- Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.
- Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.
- RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation*. Princeton: Fundación Robert Wood Johnson.
- Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.
- Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [en línea], (http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs; fecha de la consulta: 14 de marzo del 2008).
- Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* Londres, Penguin Books.
- Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, RU, Open University Press.
- Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. Londres, Macmillan.
- Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.
- Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. Londres: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.
- Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.
- Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).
- Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District - Zambia*. Manchester, Institute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).
- Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Documento de antecedentes para la Red Experta sobre la exclusión

- social de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.
- Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. En: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, Banco Mundial, p. 233-253.
- SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Informe final de la Red Experta sobre la exclusión social de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Sen A (1999). *Development as freedom*. Nueva York, Alfred A Knopf Inc.
- Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569-77.
- SEWA Bank (s.f.). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-employed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>; fecha de la consulta: 7 de abril del 2008).
- SEWA Social Security (s.f.). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>; fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397-418.
- Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98-i108.
- Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.
- Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, Banco Mundial (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).
- SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands (http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc; fecha de la consulta: 30 de abril del 2008).
- Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. En: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.expandnet.net/volume.htm>; fecha de la consulta: 26 de junio del 2007).
- Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (Research Report No.111).
- Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Documento de trabajo para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798-799.
- Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud y Observatorio Europeo de los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Standing Committee on Nutrition (s.f.,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Ginebra, Comité Permanente sobre Nutrición (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>; fecha de la consulta: 4 mayo 2008)
- Standing Committee on Nutrition (s.f.,b). *Strategic framework*. Ginebra: Secretaría del Comité Permanente sobre Nutrición (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>; fecha de la consulta: 8 de mayo del 2008)
- Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.
- Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.
- Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.
- Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. Londres, HM Treasury.
- Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. Londres, Penguin Books.
- Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. Nueva York, WW Norton.
- Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.
- Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.
- Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.
- Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.
- Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.
- Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (número especial).
- Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security—a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.
- Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023-2027.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295-303.

- Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.
- Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116-127.
- Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525-542.
- Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25-45.
- Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, RU [en línea] (http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf); fecha de la consulta: 27 de febrero del 2008).
- The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html>); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>); fecha de la consulta: 30 de enero del 2008).
- Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33-37.
- Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. Londres, Allen Lane/Penguin, 2000.
- Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).
- Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.
- UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC); fecha de la consulta: 20 de mayo del 2008).
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adoptada y proclamada por la resolución de la Asamblea General 217 A (III) el 10 de diciembre de 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Ginebra, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ([http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)); fecha de la consulta: 1 de marzo del 2008).
- UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.
- UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. Africa Recovery 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>); fecha de la consulta: 16 de mayo del 2008).
- UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). Nueva York, Naciones Unidas.
- UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Ginebra, Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>); fecha de la consulta: 8 de mayo del 2008).
- UN (2006b). *The Status of Women in the United Nations System*. Oficina de la Asesora Especial en Cuestiones de Género y Adelanto de la Mujer (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>); fecha de la consulta: 21 de febrero del 2008).
- UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. Londres, Earthscan.
- UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas.
- UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Ginebra, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo.
- UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- UNDESA, *Population Division (2006). Population ageing 2006*. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume 1: tabulation report. Bagdad, Organización Central para Estadísticas y Tecnología de la Información, Ministerio de Planificación y Cooperación al Desarrollo.
- UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, Oficina Regional Central para Asia y el Pacífico de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood care and education*. EFA Global Monitoring Report 2007. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO (2007b). *Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006-2015. Vision and strategy paper*. Hamburgo, Instituto de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura para el Aprendizaje a lo Largo de la Vida

- UN-HABITAT (2006). *State of the worlds' cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, ONU-HÁBITAT.
- UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, ONU-HÁBITAT (<http://www.unhabitat.org/>; fecha de la consulta: 10 de diciembre del 2007).
- UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Alocución de la Directora Ejecutiva Anna Tibaijuka. Nairobi, ONU-HÁBITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>); fecha de la consulta: 30 de abril del 2008).
- UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
- UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (<http://www.unhcr.org>); fecha de la consulta: diciembre del 2007).
- UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (Examen estadístico número 7)
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez.
- UNICEF (s.f.,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF
- UNICEF (s.f.,b). Life skills website. Nueva York, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills/>); fecha de la consulta: 1 de mayo del 2008).
- UNICEF (s.f.,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. Nueva York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html); fecha de la consulta: 1 de mayo del 2008).
- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. Nueva York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html); fecha de la consulta: 20 de marzo del 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. Nueva York, UNICEF (http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc); fecha de la consulta: 20 de marzo del 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Vägerö D (1995). Health inequalities as policy issues— reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Documento preparado para la Red Experta sobre los sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Victoria CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.
- Victoria CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16-i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, Banco Mundial (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.
- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Documento de antecedentes para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Informe final de la Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html>); fecha de la consulta: mayo del 2008).
- WHO (2006a). *The world health report 2006: working together for health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2006b). Dr Margaret Chan. Director-General elect Speech to the First special session of the World Health Assembly. SSA1/DIV/6. Ginebra, 9 de noviembre del 2006.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/gb/eb_e_antsp.html); fecha de la consulta: 14 de febrero del 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>); fecha de la consulta: 28 de marzo del 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2008a). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2008b). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (s.f.,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>); fecha de la consulta: 17 de marzo del 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (s.f.,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html); fecha de la consulta: 15 de marzo del 2008).
- WHO (s.f.,c). *Quick diabetes facts*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/diabetes/en/>); fecha de la consulta: 17 de marzo del 2008).
- WHO (s.f.,d). *Child and adolescent health and development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>); fecha de la consulta: 4 de mayo del 2008).
- WHO & PHAC (2007). *Improving health equity through intersectoral action*. Ginebra, Proyecto en colaboración de la Organización Mundial de la Salud y Public Health Agency of Canada.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf); fecha de la consulta: 28 de mayo del 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf); fecha de la consulta: 16 de julio del 2008).
- WHO Healthy Cities (s.f.). *Healthy Cities website*. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>); fecha de la consulta: 10 de abril del 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. Londres, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). *Gender bias in a peer-reviewed medical journal*. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wilhagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Trabajo invitado al XIII Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Relaciones de Trabajo, Berlín.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. Nueva York: CIESIN y UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, Observatorio Europeo de los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. Londres, Government Equalities Office (http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf); fecha de la consulta: 30 de abril del 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). *The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries*. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. Londres, New Economics Foundation (http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwt502022006112929.pdf); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).
- Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. Nueva York, Naciones Unidas (ST/ESA/2006/DWP/20), basado en Woodward D & Simms A (2006a).
- Woolf SH et al. (2004). *The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data*. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.
- Woolf SH et al. (2007). *Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances*. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.
- World Bank (1997). *Designing effective safety net programmes. Poverty Lines*, 7:1-2. (<http://www.worldbank.org/html/prdp/>)

[lsms/research/povline/pl_n07.pdf](#); fecha de la consulta: 5 de mayo del 2008).

World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Bank (2008). *The world development report 2008 –agriculture for development*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, Banco Mundial.

World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo

WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.

Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.

YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. London, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>; fecha de la consulta: 20 de marzo del 2008).

Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. En: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, Banco Mundial, p. 123-142.

Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.

Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. Nueva York, Naciones Unidas (A/55/1000).

Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.

Siglas

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ADPIC	Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio	FMI	Fondo Monetario Internacional
AFRO	Oficina Regional para África (OMS)	G7/8	Grupo de los Siete y Grupo de los Ocho
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios	GATT	Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	GEGA	Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad
AOD	Asistencia oficial para el desarrollo	GKN	Red Experta sobre la globalización (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
APS	Atención Primaria de Salud	HSKN	Red Experta sobre los sistemas de salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
BAoD	Banco Asiático de Desarrollo	KNUS	Red Experta sobre los entornos urbanos (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
CIDA	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional	MEKN	Red Experta sobre los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
CMS	Comisión sobre Macroeconomía y Salud	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DELPE	Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza	OIM	Organización Internacional para las Migraciones
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)	OIT	Organización Internacional del Trabajo
ECDKN	Red Experta sobre desarrollo de la primera infancia (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)	OMC	Organización Mundial de Comercio
ECOSOC	Consejo Económico y Social	OMS	Organización Mundial de la Salud
EDS	Encuestas de Demografía y Salud	ONG	Organización no gubernamental
EIS	Evaluación del impacto sanitario	ONU	Naciones Unidas
EMCONET	Red Experta sobre las condiciones de trabajo (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)	ONU-HÁBITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
EMRO	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (OMS)	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
EURO	Oficina Regional para Europa (OMS)	OPS	Organización Panamericana de la Salud
EVAS	Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud		

PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del Sida
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPHCKN	Red Experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
PPME	Países pobres muy endeudados
SCN	Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas
SEARO	Oficina Regional para Asia Sudoriental (OMS)
SEKN	Red Experta sobre la exclusión social (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
SEWA	Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas de la India
UE	Unión Europea
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez
VIH/sida	virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WGEKN	Red Experta sobre las mujeres y la equidad de género (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
WPRO	Oficina Regional para el Pacífico Occidental (OMS)

LISTA DE RECUADROS, FIGURAS Y TABLAS

Recuadros

Recuadro 3.1	La inequidad y los pueblos indígenas: efectos de una combinación nociva de políticas	Recuadro 6.3	Costa meridional de Inglaterra: experimento aleatorizado sobre el mejoramiento de la vivienda y la salud
Recuadro 3.2	Relaciones entre las Inversiones en el ámbito sanitario y el rendimiento económico: experiencia en el Canadá	Recuadro 6.4	Mejoramiento de los barrios de chabolas: experiencia en la India
Recuadro 5.1	Ejemplo de un mecanismo interinstitucional: el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas	Recuadro 6.5	Mejoramiento de los entornos urbanos: experiencia en la República Unida de Tanzania
Recuadro 5.2	Estímulo a la lectura en voz alta: experiencia en los Estados Unidos de América	Recuadro 6.6	Sistema de peaje urbano: experiencia en Londres
Recuadro 5.3	Un enfoque integral al problema del desarrollo de la primera infancia: experiencia en Jamaica	Recuadro 6.7	Healthy by Design: una iniciativa de urbanización que promueve los entornos seguros, accesibles y atractivos en Melbourne, Australia
Recuadro 5.4	Inicio de las intervenciones antes de la concepción. Servicios integrados para el desarrollo del niño: experiencia de la India	Recuadro 6.8	El Foro de seguridad alimentaria, agricultura y ganadería de Nairobi (NEFSALF)
Recuadro 5.5	Un programa destinado a las comunidades marginadas: experiencia en las Filipinas	Recuadro 6.9	Iniciativa comunitaria contra la violencia: experiencia en el Brasil
Recuadro 5.6	Servicios universales en favor del desarrollo infantil: experiencia en Cuba	Recuadro 6.10	Desarrollo agrícola sostenible: experiencia en la India
Recuadro 5.7	Incorporación del concepto de desarrollo de la primera infancia en los programas y servicios de atención sanitaria ya en curso	Recuadro 6.11	Comité para el progreso rural (BRAC) y sistemas de microcrédito: experiencia en Bangladesh
Recuadro 5.8	Creación de planes educativos en favor del desarrollo de la primera infancia en las aldeas: experiencia en la República Democrática Popular Lao	Recuadro 6.12	Servicios de atención sanitaria en los entornos rurales: experiencia en Tailandia
Recuadro 5.9	Objetivos de la estrategia Educación para Todos de la UNESCO	Recuadro 7.1	Trabajo y salud en el Brasil: el caso de los habitantes rurales que carecen de tierra y los que tienen pequeñas parcelas
Recuadro 5.10	Iniciativas de distintos países respecto de la educación preescolar	Recuadro 7.2	Trabajo infantil en Nepal
Recuadro 5.11	Escuelas adaptadas a la niñez	Recuadro 7.3	Programa Nacional de Garantía del Empleo Rural: experiencia en la India
Recuadro 5.12	Supresión de los aranceles escolares: experiencia en Kenya	Recuadro 7.4	Ingreso esencial para una vida saludable
Recuadro 5.13	Necesidad de brindar educación de calidad: experiencia en el África subsahariana	Recuadro 7.5	Flexiguridad y formación permanente: experiencia en Dinamarca
Recuadro 6.1	Mejoramiento de las condiciones de vida y seguridad de la tenencia: experiencia en Tailandia	Recuadro 7.6	Mayor supervisión estatal de los métodos de subcontratación
Recuadro 6.2	Programa de desgravaciones fiscales: experiencia en California	Recuadro 7.7	Movimiento Fair-Wear por el empleo digno en la industria textil: acción conjunta de los trabajadores y la sociedad civil
		Recuadro 7.8	Acción a nivel nacional para resolver la cuestión del estrés en el entorno laboral
		Recuadro 8.1	Fortalecimiento de la protección social en momentos de crisis económicas: el caso de la República de Corea del Sur

Recuadro 8.2	Estrategia nacional para erradicar la pobreza infantil: experiencia en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Recuadro 10.3	Acción de todos los sectores públicos sobre las desigualdades sanitarias: experiencia en el Reino Unido
Recuadro 8.3	Previsión social universal: el caso de Bolivia	Recuadro 10.4	Un enfoque sectorial coherente en favor de la salud: experiencia en Sri Lanka
Recuadro 8.4	La responsabilización ante las personas mayores y el alcance de los programas previsionales: el caso de Bangladesh	Recuadro 10.5	La Política Nacional de Alimentación y Nutrición: el caso del Brasil
Recuadro 8.5	Ingreso mínimo para una vida saludable	Recuadro 10.6	El método progresivo de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas
Recuadro 8.6	Oportunidades: un subsidio condicional en efectivo	Recuadro 10.7	Seguimiento de las desigualdades sanitarias: el caso de Nueva Zelanda
Recuadro 8.7	Sistema universal de previsión social: experiencia en Lesotho	Recuadro 10.8	Evaluación del impacto sanitario de la estrategia sanitaria londinense
Recuadro 8.8	Sistemas contributivos de seguridad social: experiencia en la India	Recuadro 10.9	Instrumentos para supervisar y evaluar la eficacia de la acción intersectorial: el caso de Cuba
Recuadro 9.1	Medidas para lograr una atención universal de salud: el caso de Tailandia	Recuadro 10.10	Participación activa de la comunidad afectada: las prostitutas de Kolkata
Recuadro 9.2	Atención Primaria de Salud, nivel primario de atención y salud de la población	Recuadro 10.11	El movimiento GERBANGMAS del distrito Lumajang de Indonesia: renacimiento de la atención primaria de salud dentro del nuevo contexto económico de Indonesia
Recuadro 9.3	Ejemplos de estrategias para otorgar poder efectivo a la sociedad	Recuadro 11.1	Crecimiento económico mundial y distribución en favor de los pobres
Recuadro 9.4	Atención primaria de salud urbana: experiencia en Bangladesh	Recuadro 11.2	Ayuda mundial y necesidad mundial
Recuadro 9.5	Intervención estatal para lograr la responsabilización ante el público de quienes brindan atención de salud	Recuadro 11.3	Volatilidad de la ayuda
Recuadro 9.6	El Programa de salud familiar: experiencia en el Brasil	Recuadro 11.4	Ayuda contra el VIH y el sida
Recuadro 9.7	Equidad y protección	Recuadro 11.5	Alivio de la deuda y gasto social
Recuadro 9.8	Financiamiento progresivo de la atención sanitaria: datos de regiones de ingresos medianos	Recuadro 11.6	Fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales e impulso a la creación de un sistema internacional
Recuadro 9.9	Seguro médico obligatorio: el caso de Ghana	Recuadro 11.7	Competencia tributaria y “termitas fiscales”
Recuadro 9.10	Atención universal de salud con financiamiento fiscal: experiencia en Tailandia	Recuadro 11.8	El Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización
Recuadro 9.11	Seguro social de enfermedad	Recuadro 11.9	Mayor coherencia de la ayuda: hacia un apoyo al presupuesto general
Recuadro 9.12	Instauración y eliminación del cobro directo por los servicios: el caso de Uganda	Recuadro 11.10	Fortalecimiento del Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza
Recuadro 9.13	Gastos directos de los usuarios y equidad sanitaria	Recuadro 11.11	Financiación de las acciones para mejorar todos los determinantes sociales de la salud
Recuadro 9.14	Medidas para revertir el éxodo interno de profesionales: el caso de Tailandia	Recuadro 11.12	Prorrato equitativo de los fondos: el método de monitoreo de la equidad
Recuadro 9.15	Alivio de la deuda, reducción de la pobreza y remuneración del personal sanitario	Recuadro 12.1	Representación dentro de la Comisión del Codex Alimentarius
Recuadro 9.16	Iniciativas sanitarias mundiales	Recuadro 12.2	Privatización del abastecimiento de agua en la Argentina y Bolivia
Recuadro 9.17	Posibles políticas para detener el éxodo de los profesionales sanitarios	Recuadro 12.3	Los gastos que ocasiona el tabaquismo
Recuadro 10.1	Acción intersectorial contra la obesidad	Recuadro 12.4	Organización Mundial de la Salud: Instrumento de diagnóstico y vademécum sobre comercio y salud: una prioridad para el bienio 2008-2009
Recuadro 10.2	Comisión Parlamentaria encargada de la salud, el desarrollo comunitario y el bienestar social: el caso de Zambia	Recuadro 12.5	Evaluación del impacto sanitario: el caso de Tailandia

Recuadro 12.6	Evaluación del impacto sanitario de las políticas agrícolas, alimentarias y nutricionales: el caso de Eslovenia	Recuadro 13.10	Método para cuantificar la contribución del trabajo no remunerado: Instituto de Estadísticas del Canadá
Recuadro 12.7	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios	Recuadro 13.11	Ganokendras: centros populares de enseñanza en Bangladesh
Recuadro 12.8	Acuerdo de la Organización Internacional de Comercio sobre los aspectos comerciales de los derechos de propiedad intelectual	Recuadro 13.12	Respaldo al desarrollo de competencias y la promoción de perspectivas de carrera de las mujeres: experiencia en el Reino Unido
Recuadro 12.9	Protección de la salud y la equidad sanitaria en los acuerdos	Recuadro 13.13	El derecho a igual remuneración en Quebec, Canadá
Recuadro 12.10	El criterio sanitario en las negociaciones comerciales: administración pública, sociedad civil y regiones	Recuadro 13.14	Servicios de guardería: experiencia en la India
Recuadro 12.11	Fijación de tarifas de consumo de agua en pro de la equidad	Recuadro 14.1	Identidad y derechos: el caso de Bolivia
Recuadro 12.12	Regulación del seguro médico en favor de la equidad	Recuadro 14.2	Apoyo legislativo a las mujeres indias
Recuadro 12.13	Proceso de transformación de la explotación en la industria de la confección: el caso de Bangladesh	Recuadro 14.3	Canadá: el Plan de Salud Tripartito de la Columbia Británica para las poblaciones indígenas
Recuadro 12.14	Protección de los medios de subsistencia de las comunidades agrícolas	Recuadro 14.4	La Constitución de Uganda y la participación cívica
Recuadro 12.15	Regulación del mercado y nutrición: el caso de las gaseosas	Recuadro 14.5	Iniciativa de inclusión social: experiencia en el estado de Australia Meridional
Recuadro 12.16	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	Recuadro 14.6	Planificación participativa reglamentaria: el caso del Reino Unido
Recuadro 12.17	Estrategias para el control del tabaco: experiencia en Tailandia	Recuadro 14.7	Presupuestación participativa: el caso de la ciudad de Puerto Alegre en el Brasil
Recuadro 12.18	Experiencias sobre el control del consumo de alcohol	Recuadro 14.8	Barrio Adentro: el derecho a la salud y la inclusión social en la República Bolivariana de Venezuela
Recuadro 12.19	Estrategias para el control del alcohol	Recuadro 14.9	Apoyo jurídico a la emancipación de la comunidad: el sindicato SEWA de la India
Recuadro 12.20	Responsabilidad social empresarial: exigencia de la ciudadanía	Recuadro 14.10	El poder de la comunidad: el caso de Japón
Recuadro 12.21	Sociedad civil: influencia en los accionistas	Recuadro 14.11	Participación comunitaria: el caso de Bangladesh
Recuadro 13.1	Eliminación del prejuicio sexista en el derecho de familia: el caso de Kenya	Recuadro 14.12	Medidas relativas a los derechos y el comercio: el caso de los medicamentos contra el sida
Recuadro 13.2	Presupuesto para aplicar las leyes sobre violencia familiar en América Latina	Recuadro 15.1	La globalización y las influencias en las políticas que pueden poner en peligro la equidad sanitaria
Recuadro 13.3	Sensibilización a cargo de la sociedad civil acerca de los derechos de propiedad en la República Unida de Tanzania	Recuadro 15.2	Finanzas mundiales
Recuadro 13.4	Cambio de competencia en las causas de violación: el caso de Pakistán	Recuadro 15.3	Conflictos mundiales
Recuadro 13.5	Cambio de las normas acerca de la mutilación genital femenina	Recuadro 15.4	Migración mundial
Recuadro 13.6	El programa “Stepping Stones”: experiencia en Sudáfrica	Recuadro 15.5	Reforma del Consejo de Seguridad
Recuadro 13.7	Incorporación de la perspectiva de género: estrategia sueca para fomentar la igualdad entre los sexos	Recuadro 15.6	Tiempo de reconsiderar la influencia económica mundial
Recuadro 13.8	Incorporación de la perspectiva de género en el gobierno chileno: el programa de mejoramiento de la gestión	Recuadro 15.7	El Consejo Económico y Social
Recuadro 13.9	Defensa de la equidad de género	Recuadro 15.8	La equidad sanitaria como elemento central de la gobernanza sanitaria mundial: los Objetivos de Desarrollo del Milenio
		Recuadro 15.9	La exclusión social: el “método abierto de coordinación” de la Unión Europea

Recuadro 15.10	La Organización Mundial de la Salud y el ONU-HÁBITAT
Recuadro 15.11	La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
Recuadro 15.12	El marco de acción unificado de las Naciones Unidas
Recuadro 15.13	El Enviado Especial para el VIH/sida en África
Recuadro 15.14	El derecho a la salud: el derecho a las condiciones que propician la salud
Recuadro 15.15	Cambios institucionales en favor de los determinantes sociales en la Organización Mundial de la Salud
Recuadro 16.1	El registro civil: esencial para la formulación de políticas
Recuadro 16.2	Un sistema mínimo de vigilancia de la equidad sanitaria
Recuadro 16.3	Hacia un sistema nacional integral de vigilancia de la equidad sanitaria
Recuadro 16.4	Seguimiento de los determinantes sociales de la salud: experiencia en Inglaterra
Recuadro 16.5	Un método de monitoreo de la equidad
Recuadro 16.6	Participación de la comunidad en la ejecución, la interpretación y el seguimiento de las encuestas por hogares
Recuadro 16.7	Medidas de las desigualdades sanitarias mundiales
Recuadro 16.8	Empleo de los datos científicos para reformar el sistema sanitario nacional: el caso de México
Recuadro 16.9	Evaluación del Seguro Popular de México
Recuadro 16.10	El poder de los datos cualitativos para comprender mejor los determinantes sociales de la salud
Recuadro 16.11	Incorporar las cuestiones de género en el programa de estudios de medicina
Recuadro 16.12	Fortalecimiento de la capacidad en materia de desarrollo de la primera infancia: la Universidad Virtual para el Desarrollo de la Primera Infancia
Recuadro 16.13	Falta de conocimientos básicos en materia de salud: también un problema en los países ricos
Recuadro 16.14	Evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria
Recuadro 16.15	Ampliación de la capacidad de evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria
Recuadro 17.1	Objetivo Estratégico número 7 de la Organización Mundial de la Salud y resultados previstos a nivel de toda la organización

Figuras

Figura 2.1	Inequidad en la mortalidad de niños menores de un año entre los distintos países y dentro de cada país en función del nivel de educación de la madre.
Figura 2.2	Mortalidad entre menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos en función del nivel de ingreso de los hogares.
Figura 2.3	Datos normalizados por edades sobre mortalidad por todas las causas en función del nivel de privación en el grupo de edad de 15-64 años registrados en el período de 1999-2003 en el Reino Unido (Inglaterra y Gales).
Figura 2.4	Mortalidad entre menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos de algunos países en 1970 y 2006.
Figura 2.5	Tendencias de la esperanza de vida masculina y femenina a los 20 años en función del nivel de educación, Federación de Rusia.
Figura 3.1	Curva de Preston correspondiente al año 2000.
Figura 3.2	Proporción de pobres antes y después de recibir ayuda del Estado, varios países.
Figura 4.1	Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
Figura 5.1	Efectos de la combinación de la alimentación complementaria y la estimulación psicosocial en los niños con retraso de desarrollo. Estudio de intervención de dos años de duración realizado en Jamaica.
Figura 6.1	Muertes provocadas por el cambio climático.
Figura 6.2	Variación porcentual de la mortalidad por accidentes de tránsito desde 1987.
Figura 7.1	Número de muertes por exposición a sustancias peligrosas en el entorno laboral en diferentes países y regiones.
Figura 7.2	Variación regional del porcentaje de la población activa que vive con US\$ 2 al día o menos.
Figura 7.3	Categoría ocupacional expresada como porcentaje del empleo total en todas las regiones en el 2007.
Figura 7.4	Empleo no estructurado en la Unión Europea (porcentajes).
Figura 7.5	Inequidad de género en las condiciones laborales.
Figura 8.1	Percepción personal del estado de salud de los varones y las mujeres rusos de más de 50 años y acumulación de factores de riesgo socioeconómicos a lo largo de la vida (datos del 2002).
Figura 8.2	Índices de pobreza relativa de 11 países en función de tres "categorías de riesgo social", alrededor del 2000.
Figura 8.3	Mortalidad de menores de un año en función de la generosidad de la protección social familiar en 18 países, alrededor del 2000.

- Figura 9.1 Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS) y gasto privado expresado como porcentaje del total del gasto sanitario en el 2000.
- Figura 9.2 Servicios efectivos para lograr la cobertura universal.
- Figura 9.3 Extensión de los beneficios a los pobres a través del plan de cobertura universal.
- Figura 11.1 Proporción de la renta total proveniente de los aranceles aduaneros por región, 1980-1998.
- Figura 11.2 Desembolsos en concepto de asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud en algunos países.
- Figura 11.3 Cambios en la asignación del gasto en el marco del Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del Sida, 2004-2006.
- Figura 11.4 Imposición en Asia oriental (izquierda) y el África subsahariana (derecha) en los períodos 1970-1979, 1980-1989 y 1990-1999.
- Figura 11.5 Asistencia para el desarrollo destinada a la salud en el período 1973-2004: promedio móvil de 5 años, compromisos.
- Figura 11.6 Deuda externa total de los países pobres muy endeudados (PPME), 1970-2004 (miles de millones de dólares).
- Figura 12.1 Consumo de comida rápida (en 1995 y 1999) en algunos países.
- Figura 12.2 Tarifas del abastecimiento de agua en Johannesburgo: curva convexa real y curva cóncava ideal.
- Figura 13.1 Comparación entre el salario de las mujeres y el de los hombres en algunos países.
- Figura 13.2 Porcentaje de mujeres que tienen la última palabra en las decisiones acerca de su propia atención de salud, 2001-2005.
- Figura 14.1 Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria desglosada en función del sexo.
- Figura 14.2 Mortalidad ajustada a la edad entre los hombres y las mujeres de la República de Corea en función del nivel de formación, 1993-1997.
- Figura 14.3 Tasas de inmunización en el quintil más pobre y el más rico de la población (promedios regionales).
- Figura 14.4 Tasas de suicidio juvenil en las poblaciones indígenas del Canadá en función de los factores de continuidad cultural.
- Figura 15.1 Esperanza de vida al nacer (en años) desglosada por región, 1950-2005.
- Figura 15.2 Afecciones prioritarias para la salud pública: modelos causales aplicables a la acción en materia sanitaria.
- Figura 16.1 Evolución de la medida de dispersión de la mortalidad (MDM) referida a la esperanza de vida al nacer, 1950-2000.
- Figura 17.1. Así se casca la nuez de la equidad sanitaria.

Tablas

- Tabla 2.1 Esperanza de vida masculina y desigualdades entre algunos países y dentro de cada uno de ellos
- Tabla 3.1 Aumento de la desigualdad de la renta entre los distintos países
- Tabla 6.1 Hogares de entornos urbanos y barrios de chabolas, en torno al 2003
- Tabla 8.1 Pensiones sociales en algunos países de ingresos bajos y medianos
- Tabla 9.1 Salud mental: determinantes e intervenciones
- Tabla 16.1 Nacimientos no registrados (en miles) en el 2003 por regiones y nivel de desarrollo.
- Tabla 17.1 Hitos para lograr la equidad sanitaria

Índice por temas

A

- acción intersectorial 10, 110, 159
 - adaptación al contexto 113–114
 - dentro del sector sanitario 116
 - financiación 114, 130, 131
 - fortalecimiento institucional 116–118
 - necesidad de formación 116, 189
 - obesidad 111
 - participación de la comunidad 117, 118, 119
- acciones (sobre los determinantes sociales de la salud)
 - actores 21–23, 44–46
 - ámbitos de acción 2, 26–27, 43–44
 - evaluación de las repercusiones 206
 - evaluación del impacto 21–22, 45–46
 - intersectoriales, *véase* acción intersectorial
 - intervenciones basadas en la labor de la Comisión 194–199
 - respaldo financiero 117
- accionistas, influencia en 144
- acoso sexual, en el entorno laboral 153
- Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) 142
- Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS) 137, 138
- acuerdos comerciales
 - desigualdades sanitarias 167–168
 - flexibilidad 137–138
 - negociaciones internacionales desiguales 132
 - prácticas justas en materia de empleo y los 76
 - que protejan a los países de ingresos bajos y medianos 123
 - representación de la salud pública 137–138
- acuerdos económicos 12
- evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 135–136
- negociaciones desiguales en los mercados internacionales 132
 - intereses de la salud pública 137–138
 - recomendaciones 205
 - véase también* acuerdos comerciales
- Acheson, Informe (1998) 112, 113, 183
- actividad física 62, 67–68
- agua
 - acceso equitativo 14, 138, 139
 - desigualdades en el acceso 35, 133
 - privatización 133
- Afganistán 154
- agentes de salud comunitaria 104
- agricultores pequeños 55
- agricultura
 - agricultores pequeños 55
 - cambio climático y 62
 - desarrollo agrícola sostenible 69
 - desarrollo y apoyo 69–70
 - protección de los medios de subsistencia 141
- aire, contaminación del 62, 66
- alcohol 30, 63
 - control 142, 143
 - mercados 134–135
 - aspectos de urbanización 67, 68
- alfabetismo
 - estímulo a la alfabetización temprana 53
 - femenino 145, 151
- Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (GEGA) 130, 183
- alimentación saludable, promoción 66, 67–68
- alimentos
 - acceso a alimentos saludables 68
 - coherencia política 110
 - comida rápida 134–135
 - mercados 134–135
 - regulación del mercado 140, 141
 - seguridad alimentaria 68, 71
- Alma-Ata, declaración (1978) 28, 34
- Arabia Saudita 141
- Argentina 133, 195
- ascendentes, enfoques 160–165
- asilo, solicitantes de 86
- asistencia, ayuda 11, 122
 - crecimiento económico y 126

- entrega de la ayuda prometida 122, 126
 - marco basado en los determinantes sociales de la salud 126–129
 - mayor coherencia 128
 - profesionales sanitarios 105–106
 - protección social 91–92
 - recomendaciones 204
 - relacionada con la salud, *véase* asistencia para el desarrollo destinada a la salud
 - remesas de fondos para 38
 - véase también* donantes
 - volatilidad 122
 - asistencia de maternidad 94
 - asistencia oficial para el desarrollo (AOD) 120, 121–122, 126
 - asistencia para el desarrollo destinada a la salud 120, 122–123, 126, 127
 - Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas de la India (SEWA) 92, 153, 162–163
 - atención de salud 94–106
 - disposiciones para garantizar la equidad 139
 - distribución desigual 94
 - enfoque basado en los determinantes sociales de la salud 115
 - equidad de género 97, 145, 146
 - financiación 9, 100–105, 106
 - modelo de Tanahashi 99
 - regulación del suministro privado 133–134
 - responsabilización ante el público 97
 - selectiva 99
 - universal *véase* atención universal de salud
 - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) 53, 56
 - atención primaria 96
 - atención primaria de salud (APS) 96–97
 - participación y poder efectivo de la comunidad 97–98
 - movimiento 34
 - renacimiento en Indonesia 119
 - universal 96
 - modelo 9, 34, 94, 96
 - Atención Primaria Orientada a la Comunidad 34
 - atención universal de salud 8–9, 95, 96–106
 - fundamentos científicos de las intervenciones 8–9
 - recomendaciones 9, 203
 - Australia 195
 - coherencia política 112
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190
 - iniciativa de inclusión social 159–161
 - intervenciones adecuadas al entorno escolar 58
 - planificación y diseño urbanistas 67
 - pueblos indígenas 159
 - autonomía 158–160
 - ayuda prometida, entrega 121–122, 126
 - atención de salud 103, 104
 - atención universal de salud 96
 - en apoyo al régimen impositivo progresivo 123
 - implicaciones de las recomendaciones 203, 204
 - marco basado en los determinantes sociales de la salud 126–129
 - regímenes de protección social 88, 89, 90, 91–92
- ## B
- Banco Mundial
 - alivio de la deuda 125
 - prácticas justas en materia de empleo 74
 - sistemas de registro civil 180
 - tiempos de cambio 169, 170
 - Bangladesh
 - alfabetismo femenino 151
 - atención primaria de salud urbana, proyecto 97
 - industria de la confección 140
 - participación comunitaria 164
 - programas previsionales 89
 - Bangladesh, Comité para el progreso rural (BRAC) 70
 - Barrio Adentro, Venezuela 163
 - barrios de chabolas 35, 60
 - definición 60
 - mejoramiento 64–65, 66
 - proporción de personas que viven en 60, 61
 - Baum, Frances 207
 - Bégin, Monique 207
 - Benin 81
 - Berlinguer, Giovanni 207
 - bicicleta, desplazamientos en 10, 67–68
 - bienes públicos 120
 - mundiales 124, 170
 - bienestar social *véase* protección social
 - Bolivia 89, 124, 133, 159
 - Bourguignon, F 120
 - Brasil 195
 - Movimiento de los trabajadores rurales sin tierra 77
 - presupuestación participativa 162
 - prevención de la violencia y la delincuencia 68, 69

- programa de alimentación y nutrición 114
 - programa de salud familiar 99, 100
 - regulación del mercado de alimentos 141
- C**
- California, programa de desgravaciones fiscales 65
 - cambio
 - factibilidad 28
 - movimiento mundial 27
 - cambio climático 63, 196, 202
 - mitigación 71
 - urbanización y 4, 60–62
 - Canadá 39, 195
 - condiciones laborales 82, 83
 - contribución del trabajo no remunerado 150, 151
 - financiación de la acción intersectorial 114
 - igual remuneración para las mujeres 152
 - poblaciones indígenas 157, 160
 - pobreza 85
 - seguridad en bicicleta 10
 - capacidad, fortalecimiento de la
 - desarrollo de la primera infancia 189
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190–191
 - ministerios de la salud 116
 - véase también* formación
 - cardiopatías 35
 - Carta de Ottawa para el fomento de la salud* (1986) 34
 - cascanueces, efecto del 194
 - Castells, M 155
 - centros financieros extraterritoriales 124
 - ciclo vital, enfoque que tiene en cuenta el
 - desarrollo de la primera infancia 55
 - protección social a lo largo de la vida 84–93
 - ciudadanía, sensibilización del 189
 - ciudades 196
 - véase también* entornos urbanos
 - ciudades amigas de los mayores, iniciativa 63
 - ciudades sanas, movimiento 63, 111, 186, 196
 - cobro directo por los servicios de atención de salud 103
 - coherencia multilateral 170–171
 - Colombia 71
 - comercio internacional
 - aranceles de aduana 76, 121, 124
 - coherencia política 110
 - derechos humanos y 164, 165
 - desigualdades 36
 - gobernanza mundial 168–169
 - instrumento de diagnóstico y vademécum de la OMS 135
 - liberalización 121, 133–135, 166–168
 - comportamientos saludables, fomento de los 66–68
 - Comisión del Codex Alimentarius 132, 133
 - Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización 169
 - Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud 1
 - marco conceptual 42–43
 - recomendaciones *véase* recomendaciones de la Comisión
 - tres principios de acción 2, 26–27, 43–44
 - Comité ejecutivo sobre salud y seguridad (HSE), Reino Unido 83
 - Comité Permanente de Nutrición (SCN) 52
 - comités locales de desarrollo, Arusha, República Unida de Tanzania 66
 - comunidad, participación
 - acción intersectorial 117, 118, 119
 - desarrollo de la primera infancia 56, 57
 - financiación 162
 - formulación de políticas 159–162
 - mejorar las condiciones de vida en los entornos urbanos 64
 - modelo de atención primaria de salud (APS) 96–97
 - poder efectivo 162–164
 - prevención de la violencia 69
 - comunidades
 - combinar acciones en favor de la equidad sanitaria 111
 - emancipación 160–161, 162–164
 - sistemas de seguro médico 102
 - vigilancia de la equidad sanitaria 183
 - comunidades seguras, programas 68
 - condiciones de vida 3–9
 - como metas de la acción 44
 - inequidad 26, 35
 - recomendaciones 44, 202–203
 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) 129, 135–136
 - conflictos armados 36, 62, 71, 168
 - Connect International 183
 - conocimientos
 - ampliar la base de 186–187
 - obtención e intercambio 196
 - véase también* datos científicos
 - conocimientos básicos en materia de salud 189
 - Consejo de Seguridad 169

- Consejo Económico y Social 1590, 169, 170, 172–173, 185, 198, 205
- contratación externa 81, 82
- contribución económica de las mujeres, medición 150
- Convención de los Derechos del Niño 53, 178
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) 142
- Corea del Sur, República de 18, 87
- corrupción 125
- Costa Rica 34, 96
- crecimiento económico 1, 28, 37–39
 - ayuda y 126
 - beneficios de invertir en el ámbito sanitario 39
 - distribución 37–38, 120, 121
 - políticas sociales y 36–37
- crisis económicas, protección social durante 87
- crisis financieras 168
- Cuba 34, 55, 116
- cuentas nacionales, equidad de género 150
- ## CH
- Chad 125
- Chan, Margaret 27, 94, 178
- Chatterjee, Mirai 207
- Chile 58, 139, 150, 195
- China 34, 132, 134, 198
- Chumthonthai, Fundación 64
- ## D
- datos científicos
 - colaboración internacional 187
 - cualitativos 179
 - definición más amplia 187
 - fuentes 42
 - necesidad de más 178–179
 - recopilación 42
 - valoración 43
 - véase también* investigación
- datos cualitativos 187
- datos sanitarios, estructura sistemática de 178
- Deaton, Angus 37
- Declaración de los pueblos indígenas 158–159
- Declaración Universal de los Derechos Humanos 84, 173
- defensa de la equidad de género 150
- defunciones, sistemas de registro de las 178, 179–180
- delincuencia 62, 67, 68, 69
- depresión 63
- derechos 158–159
 - a la salud 159, 163, 173, 174
 - a una identidad jurídica y cívica 158, 159
 - de la mujer 153–154
 - de los pueblos indígenas 158–160
 - del niño 53, 178
- derechos de propiedad intelectual 137
- Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) 137, 138, 162, 165
- derechos humanos *véase* derechos
- derechos sobre la tierra 70
- Dervis, K 166
- desarrollo de la primera infancia 3–4, 50–59
 - aprovechar los programas y servicios de atención sanitaria ya en curso 56
 - beneficios de invertir en 51
 - cambios en el esquema mental 52–53
 - cobertura universal 56
 - enfoque integral 52–57
 - fortalecimiento de la capacidad 189
 - fundamentos científicos de las intervenciones 3
 - marco integrado de políticas 53
 - participación de la comunidad 56, 57
 - priorizar a los entornos sociales más desfavorecidos 55–56
 - promoción de la equidad de género 56
 - recomendaciones 4, 202
 - tener en cuenta todo el ciclo vital 55
 - véase también* educación
- desempleo 87–88
- desigualdades sanitarias 1, 26, 29–34
 - causas y soluciones 35–39
 - en la situación sanitaria 30
 - entre los países y dentro de cada país 29, 167–169
 - factibilidad del cambio 33
 - factores estructurales *véase* factores estructurales
 - gradiente social 31
 - los más pobres de entre los pobres 31–32
 - medición y comprensión 20–21, 44, 206
 - mundiales 167–168
- desigualdades sanitarias, subsanar *véase* subsanar las desigualdades sanitarias en una generación
- desigualdades sanitarias mundiales 167–168
- desnutrición 68

- desplazados, *véase* refugiados y desplazados
- desventajas sociales
- educación preescolar 55, 56, 57, 58
 - en los países ricos 31–32
 - intervenciones en favor del desarrollo de la primera infancia 54–55
 - transmisión intergeneracional 50
- determinantes sociales de la salud 1, 26
- deuda 120, 122–123
- alivio 105, 123, 125, 129
 - criterio factible basado en los ingresos netos 129
 - pago 36, 38
 - responsabilidad 129
 - tendencias 129
- diabetes 30
- Dinamarca 79
- dinero
- distribución desigual 10–19, 44, 109, 204–205
 - flujo de, entre países 36, 38
 - véase también* financiación
- discapacidad 97
- entornos urbanos 63
 - protección social 85, 88
- dispersión de la mortalidad, medida de 19, 184
- distribución de los costos 131
- Documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP)* 53, 69, 105, 128–129, 185
- donantes 12
- dumping* de productos 76
- ## E
- economía, necesidad de mayor equidad 35
- Ecuador 81
- educación, formación 50, 56–59
- alcance 57–58
 - determinantes sociales de la salud 188–191, 206
 - efecto del acceso desigual 18, 155, 156, 157
 - en entornos rurales 70
 - esperanza de vida y 33
 - los más ancianos 30
 - materna 29
 - niñas, jóvenes y mujeres 59, 151–152, 205
 - obstáculos en el acceso 58–59
 - preescolar 55, 56, 57–58
 - primaria 58, 59
 - recomendaciones 4, 202
 - secundaria 58, 59
 - véase también* desarrollo de la primera infancia; escuelas
- Educación para Todos, estrategia 57, 58, 151
- efecto de invernadero, emisión de gases que provocan 61–62, 63, 66, 71
- efectos intergeneracionales 50, 118
- eficiencia energética 64
- Egipto 32
- ejercicio *véase* actividad física
- emancipación
- atención primaria de salud (APS) 96–97
 - mujeres 151, 154, 162–163
 - política, *véase* emancipación política
- emancipación política 17–18, 155–165
- enfoques ascendentes 160–165
 - fundamentos científicos de las intervenciones 17–18
 - leyes 158–160
 - participación en la formulación de políticas 159–162
 - recomendaciones 18, 205
- Emiratos Árabes Unidos 141
- empleo 5–6, 72–83
- condiciones 72
 - convenios 73, 74
 - entorno internacional favorable 74
 - fundamentos científicos de las intervenciones 5
 - igualdad de oportunidades 152–153
 - pleno 76
 - políticas favorables a la familia 153
 - prácticas justas 76–83
 - recomendaciones 6, 203
 - véase también* trabajo
- empresas multinacionales *véase* empresas transnacionales
- empresas transnacionales
- empleo y condiciones de trabajo 73, 78
 - influencia en el mercado 133, 134–135
 - sistemas tributarios 123, 125, 127
- Encuestas de Demografía y Salud (EDS) 157, 181
- encuestas por hogares 183
- enfermedades cardiovasculares 30
- enfermedades crónicas, prevención de 114
- enfermedades no transmisibles 62–63
- ensayos comparativos y aleatorizados 42, 179
- entorno 3, 60–71
- acciones encaminadas a crear un entorno próspero 63–71

- inequidad sanitaria 60–63
- véase también* entornos rurales; entornos urbanos
- entornos rurales 4, 63
 - agricultores pequeños y carentes de tierra 55
 - atención de salud 103–104
 - condiciones de vida 35
 - derechos sobre la tierra 70
 - desatención relativa 60
 - empleo 69–70, 78
 - éxodo desde 71
 - infraestructura y servicios 70–71
 - inversión en favor del desarrollo 68–71
 - medio natural 71
 - medios de subsistencia 69–70
 - recomendaciones 4, 202
- entornos saludables, enfoque 63
- entornos urbanos 4, 196
 - condiciones de vida 35
 - crecimiento 60, 61
 - éxodo hacia 71
 - fundamentos científicos de las intervenciones 4
 - gobernanza participativa 63, 202
 - mejoramiento de las condiciones de vida 63–66
 - problemas de salud 62–63
 - profesionales sanitarios 103–105
 - proyectos de urbanización 66–69, 110
 - recomendaciones 4, 202
 - vulnerabilidad 60–62
- envejecimiento saludable 99
- Enviado Especial
 - para el VIH/sida en África 173
 - para velar por la equidad sanitaria mundial 173
- equidad de género 15–16, 145–154
 - acciones encaminadas a mejorar 147–154
 - cuentas nacionales 150
 - defensa 150
 - derechos sobre la tierra 70
 - educación y formación 56, 59, 151–152
 - emancipación política 158
 - fundamentos científicos de las intervenciones 15
 - investigaciones 187
 - legislación 147–148
 - participación económica 152–153
 - primeros años de vida 50, 51, 56
 - programa de estudios de medicina 188
 - protección social 91, 152
 - recomendaciones 16, 205
 - salud sexual y reproductiva 153–154
 - sistema sanitario 97, 145
 - trabajo 74, 75, 145, 152–153
 - véase también* mujeres
- equidad sanitaria 110–119
 - como indicador del progreso de la sociedad 111–112
 - como objetivo mundial 170, 173
 - estrategia coherente 111–118
 - hitos 198
 - incorporación del criterio 195
 - objetivos y metas 196–198
 - sectores y actores comprometidos 111
- equilibrio entre el trabajo y la vida privada 80
- esclavitud 73
- escuelas 51
 - adaptadas a la niñez 58
 - promoción de la asistencia 58–59
 - véase también* educación
- Eslovenia 136
- España 5
- esperanza de vida
 - gasto privado en materia sanitaria 94, 95
 - gradiente social 32
 - nivel de formación y 33
- esperanza de vida al nacer 26, 27
 - cambios a través del tiempo 32–33
 - diferencias dentro de los países 30
 - medida de dispersión de la mortalidad 19, 184
 - meta propuesta 197
 - renta nacional y 36
 - sistemas de protección social y 85
- estadísticas demográficas 178, 179–180
- Estados Unidos de América
 - atención sanitaria 94
 - índices de pobreza 38, 85
 - intervenciones en favor del desarrollo de la primera infancia 53, 58
 - movimiento en contra de los talleres de trabajo esclavo 82
 - regulación de la venta de gaseosas 141
 - vivienda 64, 65
- estimulación psicosocial, niños pequeños 53–54
- estrategia de la OMS sobre régimen alimentario y actividad física 118

estrés laboral 5, 83
 evaluación común por países 185
 evaluación del impacto sanitario (EIS) 115–116, 136
 evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 116
 acuerdos económicos 135–136
 fortalecimiento de la capacidad 190–191
 recomendaciones 206
 evasión impositiva 124, 126
 exclusión social 171, 172
 éxodo de profesionales sanitarios 35, 105, 106
 family planning 154

F

factores estructurales 26, 36, 109
 como metas de la acción 42
 factores políticos, equidad sanitaria y buen estado de salud 34
 Filipinas 55
 financiación 11–13, 120–131
 acción intersectorial 114, 130, 131
 acción sobre los determinantes sociales de la salud 116
 ayuda y alivio de la deuda 121–123
 crecimiento económico y 120, 121
 equitativa 123–130, 131
 fundamentos científicos de las intervenciones 11–12
 participación equitativa 162
 pública, importancia 120–121
 recomendaciones 12–13, 204
 renta interna 121
 sistema sanitario 9, 100–104, 105
 véase también ayuda; presupuestación; dinero
 flexibilidad, sistema danés 79
 Foegen, William H. 207
 Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF) 50, 52, 58
 recomendaciones 202
 sistemas de registro civil 180
 Fondo Monetario Internacional (FMI)
 financiación del sistema sanitario 105, 128, 129
 prácticas justas en materia de empleo y el 74
 tiempos de cambio 169, 170
 formación 20–21, 179, 188–191
 evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190
 mujeres 151–152, 205
 otros profesionales y rectores de la política 116, 189
 para el trabajo 77
 profesionales médicos y sanitarios 188
 recomendaciones 21, 206
 véase también educación
 formación médica 188
 formación profesional 79
 fortalecimiento de las capacidades 116–117, 152
 Foro de seguridad alimentaria, agricultura y ganadería de Nairobi (NEFSALF) 68
 fortalecimiento institucional 117–118
 FRESH Start, iniciativa 58
 fuerzas armadas, gasto 36
 fuga de capitales 123, 124

G

Gales, *véase* Reino Unido
 Ganokendras, Bangladesh 151
 gaseosas 141
 gasto sanitario 36
 gastos directos para recibir atención sanitaria 103, 104
 Gates, Fundación 173
 Gerbangmas, movimiento, Indonesia 119
 Ghana 71, 81, 101, 124
 globalización 14–15, 18–19, 26–27
 efectos desiguales 132
 oportunidades y peligros 166–167
 pobreza y 167
 protección social y 86–87
 sistemas tributarios y 124–126
 gobernanza
 participación equitativa 160–162, 163
 mundial *véase* gobernanza mundial
 gobernanza financiera mundial 169
 gobernanza mundial 18–19, 166–175
 acciones para lograr una gobernanza mundial eficaz 170–175
 nueva necesidad 168–169
 paladines 173
 recomendaciones 19, 205
 tiempos de cambio 169–170
 gobiernos locales
 acción intersectorial en los 118, 119
 asignación equitativa de los presupuestos 130
 desarrollo rural 69–71
 gobernanza local participativa 63
 implicaciones de las recomendaciones 21–23, 44, 202, 204, 205

- mejoramiento de la vivienda 64–65
 - participación equitativa 160
 - planificación y diseño urbanos 66–68
 - políticas de transporte 66
 - gobiernos (nacionales)
 - asignación equitativa de los presupuestos 130
 - contribución de las mujeres en las cuentas nacionales 150
 - control del mercado 138–142
 - desarrollo de la primera infancia y 50–51, 202
 - desarrollo rural 69–71
 - emancipación política 159, 160
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190–191
 - gobernanza urbana participativa 63
 - implicaciones de las recomendaciones 21–23, 44, 202–206
 - incorporación de una perspectiva de género 148–149
 - legislación que promueve la equidad de género 147–148
 - mejoramiento de la vivienda 64–65
 - mejorar la equidad sanitaria 111
 - políticas de transporte 66
 - políticas *véase* políticas
 - prácticas en materia de empleo y trabajo 76, 80
 - responsabilización ante el público de quienes brindan la atención de salud 97
 - servicios de salud sexual y reproductiva 153–154
 - sistema sanitario 96, 103, 105
 - sistemas de protección social 87, 89–90, 91
 - sistemas de registro civil 179–180
 - sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria, 180–181
 - gradiente social *véase* gradiente social de la salud
 - gradiente social de la salud 30, 31–32
 - cambios a través del tiempo 32–33
 - en los países ricos 31–32
 - Grecia 33
 - grupos de trabajo, propuestos 172–173
 - grupos étnicos 30
 - guarderías 153
 - Guo, Yan 207
- H**
- hitos para lograr a la equidad sanitaria 198
 - hombres, cambio de actitud 148, 149
 - homicidios, índices de 69
 - Hunt, Paul 173, 174
 - identidad jurídica y cívica 158, 159
 - impuesto sobre las transacciones financieras en favor del desarrollo 125–126
 - impuestos 12
 - directos e indirectos 123–124
 - fortalecimiento de los sistemas tributarios 123–124, 125, 127
 - globalización y 124–126
 - impuestos especiales afectados a la financiación del sector sanitario 124
 - para financiar el sistema sanitario 100–103
 - para financiar la protección social 91–92
 - recomendaciones 12–13, 204
 - régimen impositivo progresivo 123–124
 - sobre el tabaco y el alcohol 142, 143
 - inclusión social 17, 158–165, 205
 - India 197
 - acción intersectorial 117
 - emancipación de la mujer 159
 - gastos que ocasiona el tabaquismo 134
 - intervenciones en favor del desarrollo de la primera infancia 55
 - mejoramiento de los barrios de chabolas 65
 - programa nacional de garantía del empleo rural 78
 - programas de desarrollo rural 69–70
 - servicios de guardería 153
 - sistemas de seguridad social 92
 - vigilancia de la equidad sanitaria 183
 - indicadores 171–172
 - desarrollo 181
 - Indonesia 82, 119, 154, 197
 - industria de la confección 82, 140
 - infancia
 - derechos 52–53, 178
 - desarrollo inicial *véase* desarrollo de la primera infancia
 - nutrición 3, 52, 53, 55
 - pobreza 7, 88
 - protección social 88
 - trabajo infantil 35, 73, 77
 - Informe Stern (2006) 196
 - infraestructura, en entornos rurales 71
 - Inglaterra, *véase* Reino Unido
 - ingreso
 - distribución desigual 31, 37–38
 - esperanza de vida al nacer y 36

mínimo para una vida saludable 79, 90
 protección, *véase* protección social
 redistribución 85, 86
 seguridad 84
 ingreso esencial 78, 79
 Iniciativa de Comercio Ético 142
 iniciativas sanitarias mundiales 105
 inmunización 128, 156, 157
 instancias de la administración pública, enfoques adoptados en todas las 112–114, 115, 159–160
véase también acción intersectorial
 Instituto de Desarrollo de Organizaciones de la Comunidad (CODI) 64
 intervenciones antes de la concepción 55
 inversiones, negociaciones desiguales 132
 investigaciones 20–21, 178–179, 186–187
 alcance 186
 instituciones 23, 46
 necesidades 196
 prejuicios sexistas 187
 recomendaciones 21, 206
véase también datos científicos
 Irán, República Islámica del 195
 Irlanda, República de 65, 154

J

Jamaica 3, 54
 Japón 162–164
 justicia social 26

K

Kenya 59, 125, 146–147, 195
 Kerala, India 34
 Kickbusch, I 110
 Kurokawa, Kiyoshi 207

L

lactancia natural 50
 Lagos Escobar, Ricardo 207
 Lao, República Democrática Popular 57
 Lee, Jong Wook 27
 legislación
 emancipación política 158–160
 equidad de género 147–148
 Lesotho, pensiones sociales 88, 92
 ley de atención inversa 95

Lewis, Stephen 173
 líderes mundiales 194
 Londres
 estrategia sanitaria 115
 organismo encargado del desarrollo 68
 peaje urbano 67
 planificación participativa reglamentaria 161
 los más ancianos 30

M

Machel, G 50
 Mahler, Halfdan 34
 Malasia 138
 Malawi 125
 Mali 125
 Mandela, Nelson 50
 Marandi, Alireza 207
 marco conceptual de la Comisión 42–43
 marco de gastos a mediano plazo 105
 Marmot, Michael 207
 mecanismo interinstitucional, desarrollo de la primera infancia 52
 Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización 127, 128
 medición y comprensión de las desigualdades sanitarias 20–21, 45, 206
 médicos, *véase* profesionales sanitarios
 medio ambiente
 cambios ambientales 27
 degradación 66, 71
 desarrollo de la primera infancia y 51
véase también entorno
 medios de subsistencia, en entornos rurales 69–70
 megaciudades 60
 Mencken, HL 72
 Mercado Común del África Oriental y Meridional 138
 mercados 13–14, 132–144
 controles del sector público 138–142
 fundamentos científicos de las intervenciones 13–15
 influencia de las empresas transnacionales 133
 integración de los mercados mundiales 132
 prácticas en materia de empleo y 76
 recomendaciones 15, 205
 regulación del sector privado 133–135
véase también acuerdos económicos; comercio
 metas para lograr la equidad sanitaria 196–198

método de monitoreo de la equidad 130, 131, 183
 métodos prepagos, financiación del sistema sanitario 100–105
 método progresivo de la OMS 114
 México 141, 195
 Oportunidades 88, 90–91, 186
 reforma del sistema sanitario 185
 migración
 gobernanza mundial 169
 mundial 168
 profesionales sanitarios 35, 105, 106
 migrantes
 internacionales 80, 86–87
 internos 71
 véase también refugiados y desplazados
 ministro de la salud 116
 ministerios de educación 188
 ministerios de la salud 118, 188, 204
 Mocumbi, Pascoal 207
 Mongella, G 145
 mortalidad
 desigualdades 29, 30, 31, 32
 metas propuestas 197–198
 véanse también mortalidad en la adultez; mortalidad de menores de 5 años; mortalidad de menores de un año;
 mortalidad materna
 mortalidad de menores de 5 años
 desigualdades 30, 31, 32, 50
 meta propuesta 197
 mortalidad de menores de un año 29, 86
 mortalidad en la adultez 32, 197
 mortalidad materna 30, 154, 197
 movimiento mundial en favor del cambio 27
 movimientos feministas 149, 150
 movimientos sociales 162
 Mozambique 114, 183, 195
 mujeres 15–16
 derechos 153–154
 derechos legales 147, 148
 educación y formación 151–152, 205
 emancipación 151, 154, 162–163
 emancipación política 159
 equidad de salarial por ley 152, 205
 igualdad de oportunidades en el empleo 152–153
 investigaciones sobre las mujeres 187
 mayores 86

medición de la contribución económica 150
 movimientos feministas 149, 150
 profesionales sanitarias 104
 protección social 91, 152
 servicios de salud sexual y reproductiva 153–154
 trabajadoras 140
 violencia contra la mujer 145, 153, 154
 viudez 84, 86, 89
véase también equidad de género; niñas y jóvenes
 mutilación genital femenina 148, 149

N

Naciones Unidas (ONU)
 Comité Permanente de Nutrición (SCN) 52
 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales 136
 desarrollo de la primera infancia y 51–52
 marcos en favor de la acción unificada 173
 reforma 169
 vigilancia de la equidad sanitaria 185
 Ndiaye, Ndioro 207
 Nepal 77, 125
 niñas y jóvenes 16
 al cuidado de sus hermanos y hermanas menores 56, 153
 educación 59, 151–152, 205
 véase también mujeres
 Ngilu, Charity Kaluki 207
 Níger 59
 normas, cambio de actitud 148, 149
 Noruega 153, 195
 Nueva Zelanda 115, 195
 nutrición
 antes de la concepción 55
 primera infancia 3, 50, 52, 53–54, 55
 transición nutricional 62
 nutrición infantil 3, 55

O

obesidad 35, 62, 111
 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 28, 34, 171–173
 atención universal de salud y 8
 equidad de género 151
 meta de salud reproductiva 154
 metas relativas a la equidad sanitaria y 197
 metas relativas al empleo y el trabajo 76
 Observación general sobre el derecho a la salud 34

- Omán 141
- ONU-HÁBITAT 60, 64–65, 172, 202
- Oportunidades, México 88, 90–91
- organismos, instituciones internacionales 74
- éxodo de recursos humanos del sector sanitario 105
 - implicaciones de las recomendaciones 202–203, 205
 - incorporación de una perspectiva de género 148–149
 - prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno 80
 - servicios de salud sexual y reproductiva 153–154
- organismos multilaterales
- en apoyo al sistema impositivo progresivo 123
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 135–136
 - implicaciones de las recomendaciones 21–23, 44, 204, 205
 - marco basado en los determinantes sociales de la salud 126–129
 - propuestas de gobernanza mundial eficaz 170–175
 - tiempos de cambio 169–170
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), países de la 76, 121, 167, 169
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) 52, 133, 136, 140–141
- Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- equidad de género 152, 153
 - normas laborales 78
 - protección social 88, 172
 - responsabilidad del mercado 136, 140
- Organización Mundial de Comercio (OMC) 69, 76, 133, 137, 138, 140, 141, 165
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 1, 27, 28
- Alma-Ata, declaración (1978) 28, 34
 - apoyo a los ministerios de la salud 118
 - cambios institucionales 174, 175
 - comunidades seguras, programas 68
 - Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) 142
 - definición de salud 34
 - estrategia sobre régimen alimentario y actividad física 118
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 135
 - fortalecer la capacidad 191
 - función de rectoría 174, 185, 191
 - función del desarrollo de la primera infancia 51–52
 - gobernanza mundial eficaz 170, 171, 172–173, 174
 - implicaciones de las recomendaciones 21–23, 44–45, 202, 204, 205, 206
 - Instrumento de diagnóstico y vademécum sobre comercio y salud 135
 - intervenciones de investigación 186
 - intervenciones en favor de la urbanización saludable 172
 - intervenciones, puesta en ejecución 194–195
 - metas propuestas para lograr la equidad sanitaria 197–198
 - método progresivo 114
 - Plan Estratégico a Plazo Medio 2008–2013 194, 195
 - sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria, 181, 184–185
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 172
- organización tributaria internacional, propuesta 125–126
- organizaciones no gubernamentales (ONG)
- formación para el trabajo 77
 - seguimiento de la comunidad 183
- ## P
- padres, incorporación de los 56
- países asociados 28, 195
- Países Bajos 188
- países de altos ingresos
- asistencia para el desarrollo 120
 - desigualdades sanitarias 30
 - factores estructurales de las desigualdades sanitarias 36
 - falta de conocimientos básicos en materia de salud 189
 - gradiente social de la salud 31–33
 - índices de pobreza 38, 85
 - renta interna 121
 - sistemas de protección social 85
- países de bajos ingresos
- acción intersectorial 110
 - atención de salud 99, 100
 - buena situación sanitaria 34
 - capacidad de negociación comercial 135, 136
 - desigualdades en la situación sanitaria 30
 - factores estructurales 36
 - financiación de los servicios públicos 11, 120, 121, 124
 - gradiente social de la salud 31
 - obstáculos en el acceso a la educación 58–59
 - personas mayores 86, 88, 89
 - prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno 77, 78
 - protección social 87, 88, 89, 90, 91–92, 93
- países de ingresos medianos
- alivio de la deuda 129
 - financiación de los servicios públicos 121
 - financiación de la atención sanitaria 101
 - desigualdades en la situación sanitaria 30

- acción intersectorial 110
- personas mayores 86, 88, 89
- protección social 88, 89, 90, 91–92, 93
 - factores estructurales 36
- países nórdicos 34, 38, 85, 143
- países pobres muy endeudados (PPME) 105, 123, 130
- Pakistán 138, 148
- participación económica, equidad de género 152–153
- pasajes de avión, impuesto sobre los 124
- peajes urbanos 66, 67
- pensiones
 - equidad de género 152
 - situación en el mundo 86
 - sociales 88, 89, 91–92, 93
- personas carentes de tierra 77
- personas mayores
 - atención sanitaria 97
 - desigualdades sanitarias 85–86
 - entornos urbanos 60
 - pensiones sociales 88, 89, 91–92, 93
 - vulnerabilidad económica 35, 86
- perspectiva de género, incorporación de la 148–149, 150
- Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del SIDA (PEPFAR) 122, 124
- planes de microseguro médico 103
- planificación familiar 154
- pobreza 35
 - ayuda financiera para reducir 120, 121
 - de los trabajadores 73
 - distribución del ingreso 37–38
 - efectos a lo largo de la vida 84
 - en países de altos ingresos 38, 85
 - gastos sanitarios de consecuencias catastróficas 95
 - globalización y 167
 - infantil 7, 88
 - nacional 157
- pobreza relacionada con los costos de la energía 65
- poder 155–165
 - desequilibrio, manifestaciones 155–157
 - desigualdades sanitarias 155–157
 - distribución desigual 10–19, 44, 109, 204–205
 - véase también* emancipación
- política
 - equidad de género 145
 - los más pobres de entre los pobres 31–32
 - necesidad de mejoras 35
- políticas
 - beneficiosas para todos 112
 - coherencia política 10–11, 110, 112–116
 - impacto sobre la equidad sanitaria 116
 - recomendaciones 11, 204
 - representación de los trabajadores 78
- políticas, formulación
 - aplicación de los datos de vigilancia 185
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria y 190–191
 - participación equitativa 160–162
- políticas sociales
 - crecimiento económico y 36
 - necesidad de mejoras 35
- Polonia 195
- Portugal 33
- posición socioeconómica 30
- profesionales sanitarios 103–106
 - ayuda destinada al personal sanitario 105
 - éxodo 35, 105, 106
 - distribución entre los entornos rurales y los urbanos 103–104
 - formación 188
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 38
- protección social 7, 84–93
 - a lo largo de la vida 84–86
 - aspectos de la globalización 86–87
 - equidad de género 91, 152
 - fundamentos científicos de las intervenciones 7
 - generosidad 89–91
 - grupos excluidos 90–92
 - medidas para lograr la protección social universal 87–93
 - proyectos de prueba 88
 - recomendaciones 7, 203
 - salud y 84–87, 172
 - selectiva o en función de la prueba de necesidad 90–91
 - sistemas contributivos 91–92
 - sistemas financiados con impuestos o con donaciones 91–92
 - universal 87–88, 90–91, 92
- Proyecto de Aldeas del Milenio 71
- prácticas habituales, trascender 27–28
- prejuicios sexistas
 - legislación 147–148
 - véase también* equidad de género
- preparación para la vida activa 58

- Preston, curva de 37
- presupuestación
- evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190–191
 - para iniciativas en favor de la equidad de género 147
 - participativa 162
 - véase también* financiación
- prevención de enfermedades 96, 99, 116
- privaciones materiales 31–32, 35–36
- Proceso de Helsinki sobre Globalización y Democracia 169
- profesionales de enfermería, *véase* profesionales sanitarios
- promoción de la causa 97
- promoción de la salud 99, 116
- prostitutas 117
- pueblos indígenas 4, 36, 157–158
- emancipación política 159–160
 - identidad y derechos 159
 - recomendaciones 205
- ## R
- Rashad, Hoda 207
- Reach Out and Read* 53
- reajuste estructural 166–167
- recomendaciones de la Comisión 2, 44, 202–206
- en contexto 46
 - implicaciones para los diferentes actores 22–23, 44–46
 - véase también* acción
- rectoría, función de
- ministerios de la salud 117–118
 - OMS 174, 185, 204
 - sector sanitario 112–113
- recursos
- asignación equitativa 130, 131
 - distribución desigual 10–19, 44, 109, 204–205
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 190–191
 - mancomunación 131
 - véase también* financiación; profesionales sanitarios
- recursos humanos del sector sanitario *véase* profesionales sanitarios
- Red de Sanimetría 180, 181
- red experta sobre afecciones prioritarias para la salud pública (PPHCKN) 43, 98, 99, 119, 174, 175, 195
- red experta sobre desarrollo de la primera infancia (ECDKN) 43
- red experta sobre la globalización (GKN) 43, 137
- red experta sobre la exclusión social (SEKN) 43
- red experta sobre las condiciones de trabajo (EMCONET) 43
- red experta sobre las mujeres y la equidad de género (WGEKN) 43
- red experta sobre los entornos urbanos (KNUS) 43, 196
- red experta sobre los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos (MEKN) 43
- red experta sobre los sistemas de salud (HSKN) 43
- redes expertas 42–43, 196
- refugiados y desplazados 71, 86–87, 168–169
- véase también* migrantes
- regiones geográficas
- asignación de recursos 130, 131
 - véase también* entornos rurales; entornos urbanos
- régimen alimentario
- aspectos de la urbanización 66, 67–68
 - véase también* alimentos
- Reino Unido (RU) 195
- acción intersectorial 113
 - estrategia para erradicar la pobreza infantil 88
 - estrés en el entorno laboral 83
 - gradiente social de la salud 31, 32
 - índices de pobreza 38, 85
 - ingreso esencial para una vida saludable 79
 - mejoramiento de la equidad sanitaria 111, 113
 - planificación participativa reglamentaria 161
 - programa de formación de las mujeres 152
 - véase también* Londres
 - vigilancia de la equidad sanitaria 186
 - vivienda 65
- Relator Especial sobre el derecho a la salud 173, 174
- responsabilidad social empresarial 140, 142–143
- Rodrik, D 132
- Rusia 32–33, 135
- ## S
- salud
- definición de la OMS 34
 - derecho a la 159, 163, 171, 173, 174
 - población urbana 60–61
 - rendimiento de la inversión en el ámbito sanitario 39
- salud comunitaria, movimiento 34
- Salud de los Pueblos, movimiento para la 34, 163
- salud mental 30, 62–63, 98
- “Salud para Todos” 34
- salud sexual y reproductiva 153–154, 205

- salud y seguridad laborales 81, 82–83, 203
- Satcher, David 207
- sector no estructurado de la economía 80, 81, 82
- sector privado
- acciones en favor de la equidad sanitaria 118
 - gasto en el sistema sanitario 95
 - implicaciones de las recomendaciones 23, 46
 - regulación 133–135
 - responsabilidad social empresarial 140–142
- sector sanitario 118
- acciones dentro del 116
 - función de rectoría 115, 117
 - intereses de, en las negociaciones económicas 137–138
 - recomendaciones 204
 - reformas 95, 185
- seguimiento 20–21, 178
- augmentar la capacidad de 179–191
 - evaluación del impacto sobre la equidad sanitaria 116
 - recomendaciones 21, 204, 206
- seguro de enfermedad 100–103, 117
- evaluación 186
 - seguro médico privado, regulación 139
 - social 102, 103
- seguro social de enfermedad 103
- Sen, Amartya 207
- Senegal 81, 149
- servicios de atención sanitaria, en los entornos rurales 70–71
- servicios de salud reproductiva 153–154, 205
- Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño, la India 55
- servicios universales de salud sexual y reproductiva 153–154
- sexo, pruebas prenatales para determinar el 183
- sida véase VIH y sida
- siglas 225–226
- sindicatos 76–77, 81–82, 112, 144, 152
- Singapur 33
- Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas 150
- sistema de vigilancia de la equidad sanitaria, 180–186
- aplicación de los datos de vigilancia a la formulación de políticas 185–186
 - función de las comunidades 183–184
 - integral 181–183
 - mínimo 180–181
 - mundial 184–186
 - nacional 180–183
 - recomendaciones 206
- sistemas de microcrédito 70
- sistemas de registro civil 20, 178, 179–180, 206
- sistemas de registro de los nacimientos 22, 178, 179–180, 206
- sistemas sanitarios 95
- función 27, 35
 - función en el desarrollo de la primera infancia 50, 56
 - registro civil y 179
- sistemas universales de protección social 87–89, 90–91, 92
- soborno 125
- subsídios en efectivo, programas de 88, 90–91
- subsídios por enfermedad 85
- seguridad social *véase* protección social
- sociedad civil 196
- asignación equitativa de los presupuestos 130
 - atención universal de salud 96
 - condiciones de empleo 81–82
 - cuestiones de equidad de género 147, 148
 - definición 27
 - emancipación política 157, 158, 162
 - gobernanza local participativa 63
 - implicaciones de las recomendaciones 22–23, 45–46, 202, 204, 205
 - intervenciones en favor del desarrollo de la primera infancia 51, 53
 - mejoramiento de las viviendas 64–65
 - planificación y diseño urbanos 66–68
 - regímenes de protección social 84, 87, 88
 - rendición de cuentas del sector privado 144
 - servicios de salud sexual y reproductiva 153–154
- Sri Lanka 34, 113–114, 138, 195
- “Stepping Stones”, Sudáfrica 149
- subcontratación 81
- subsancar las desigualdades sanitarias en una generación 1, 28, 197–198
- factibilidad 23, 28, 33
- subsídios 36
- sucesión de normas 162, 165
- Sudáfrica
- abastecimiento de agua 14, 138, 139
 - equidad de género 149
 - medicamentos contra el sida 162, 165
 - recaudación tributaria 124
 - seguimiento 180, 183
- Suecia 149, 195
- suicidio 157

T

tabaco

- como fuente de financiación 117
- control del 142
- gastos médicos 134
- mercados 133–135
- muertes secundarias al 30

tabaquismo 30, 134

véase también tabaco

Tailandia 195

- atención universal de salud 95, 96, 102
- distribución de los profesionales sanitarios 104
- evaluación del impacto sanitario 136
- impuestos afectados a la financiación del sector sanitario 124
- mejoramiento de los barrios de chabolas 64
- promoción de la alimentación saludable 68
- servicios de atención sanitaria en entornos rurales 70
- tabaco, control del 142

Tanahashi, modelo de atención de salud 99

Tanzania, República Unida de 10, 66, 125, 148, 183

termitas fiscales 127

Tibajuka, Anna 60, 207

Tobin, impuesto de 124–125

Tolstoy, León 29

trabajadores

- función 140
- organizaciones 80–81
- protección social 85, 87
- representación justa 76
- salario de subsistencia saludable 76, 77

Trabajadores Sanitarios de Aldeas, movimiento 34

trabajo 5–6, 72–83

- aspectos de la globalización 167
- condiciones 72–73, 82–83, 134
- desigualdades sanitarias 72–74
- digno 74–83
- en el sector no estructurado 35, 73, 80–82, 150
- entornos rurales 70, 78
- equidad de género 74, 75, 145, 152–153
- formación 77
- forzoso 73
- fundamentos científicos de las intervenciones 5
- igual remuneración para las mujeres 152, 205
- infantil 35, 72, 77

no remunerado 150, 151

normas laborales 78–80, 81, 134, 140

precario 72, 73, 74, 80–82, 90

recomendaciones 6, 202–203

regulación del mercado 139–140

riesgos físicos 72

temporal y a tiempo parcial 72, 73

véase también empleo

trabajo esclavo, talleres de 82

transacciones financieras en divisas, impuesto sobre las 124–126

transmisión hídrica, enfermedades de 35

transporte automotor, contaminación del aire 62, 66

traumatismos 62, 99

traumatismos por accidentes de tránsito 62

U

Uganda 59, 103, 125, 160

UNESCO 136

Educación para Todos, estrategia 57, 58, 151

LIFE, iniciativa para la alfabetización 151

unidad de equidad de género, propuesta 148–149

Unión Europea (UE)

combate contra la exclusión social 171, 172

condiciones de trabajo 73, 76

medidas de protección social 88

sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria, 180, 181

Universidad Virtual para el Desarrollo de la Primera Infancia 189

urbanización 60, 63

V

Vägerö, Denny 207

Venezuela 99, 100, 160, 163

vigilancia, sistemas *véase* sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria

VIH y sida

asignación de la ayuda 122, 123, 124

coherencia política 112

cuestiones de equidad de género 147, 149

enviado especial en África 173

participación de la comunidad 117

prevención 58

suministro de medicamentos 162, 164

violación 148

viudas 86

vivienda 64–65, 66, 202
vivienda, disponibilidad de la 64–65
violencia 62
 de pareja 145, 153, 154
 cuestiones de urbanización 67, 68, 69
vulnerables, grupos de población
 empleo 73
 protección social 85

W

Wilensky, Gail 207

Z

Zambia 112, 183
Zimbabwe 124
zonas de elaboración de productos de exportación 125, 134

Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.

