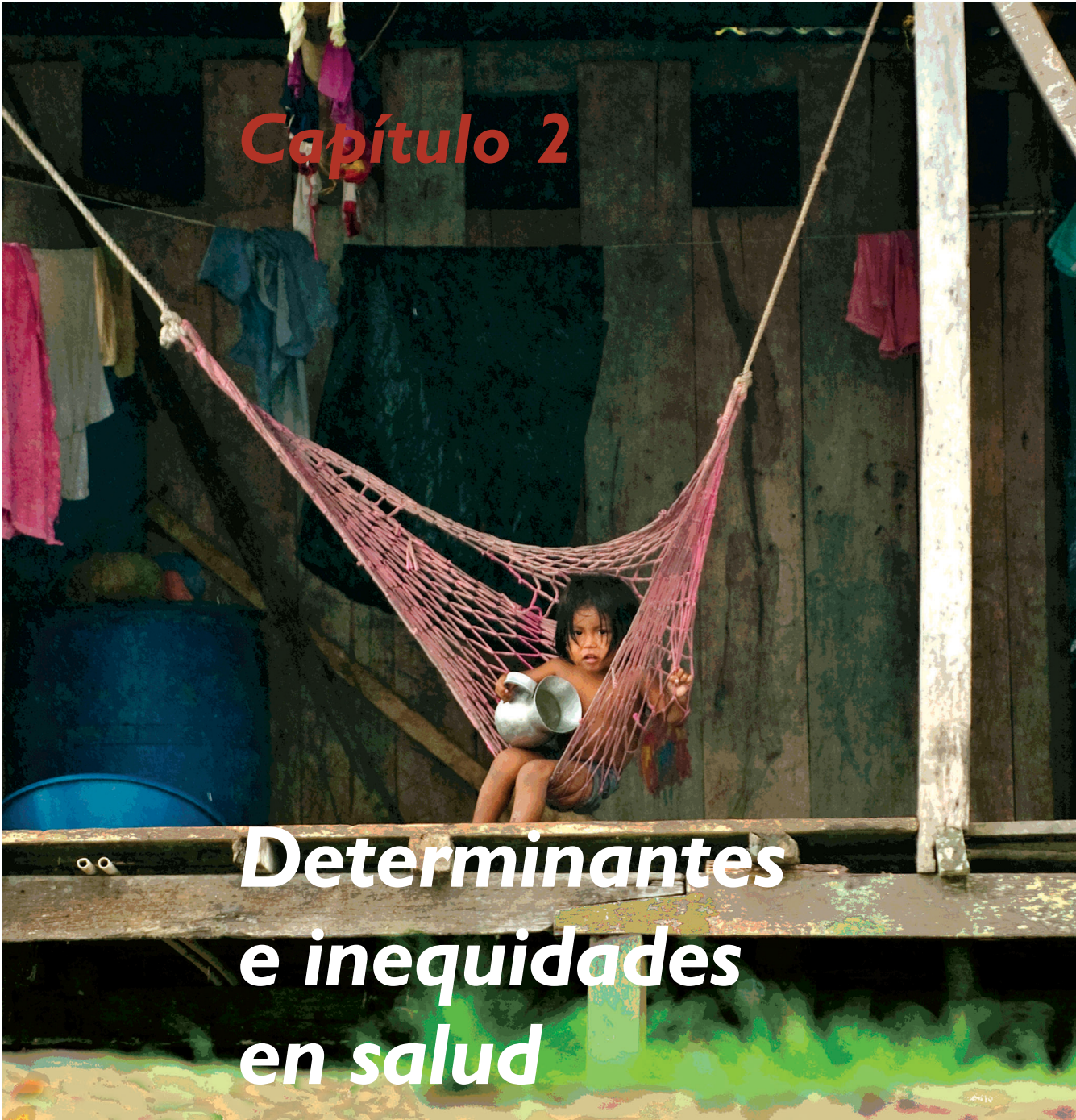




Capítulo 2

Determinantes e inequidades en salud

INTRODUCCIÓN

El balance de salud en la Región de las Américas es motivo de celebración. La esperanza de vida al nacer aumentó de 69,2 años a 76,1 años en la Región en su conjunto entre 1980 y 2011. De hecho, América Latina y el Caribe es la región en desarrollo con la esperanza de vida más alta. De 1990 a 2010, la proporción de personas desnutridas disminuyó sistemáticamente en la Región y la tasa de desnutrición

infantil osciló en torno a 4%. Pese a la crisis alimentaria de 2008, la tasa se ha mantenido constante, en menos de 10%, desde 2005 (1).

La cobertura de vacunación contra el sarampión (con la vacuna triple vírica) alcanzó 94% en toda la Región en 2009 (2); y entre 1990 y 2009, la tasa de mortalidad entre los niños menores de 5 años se redujo más de la mitad, de 42 a 18 defunciones por 1.000 nacidos vivos (3). La Región también ocupa uno de los primeros lugares en salud reproductiva: se

calcula que 95% de las embarazadas recibieron asistencia prenatal y 93% de los nacimientos fueron atendidos por personal sanitario capacitado entre 2007 y 2009 (2).

A pesar de estos avances, sigue habiendo desigualdades y algunos de los indicadores halagüeños mencionados ocultan diferencias alarmantes entre los países. Por ejemplo, aunque el promedio de la cobertura de vacunación contra el sarampión en la Región es de 94% —un porcentaje admirablemente elevado—, en Haití, Paraguay y Bolivia la cobertura entre los niños solo alcanzó 60%, 71% y 86%, respectivamente (2). Para lograr una **inmunidad colectiva** confiable contra el sarampión se requiere una cobertura de al menos 90%, lo cual significa que las poblaciones de los tres países mencionados siguen siendo vulnerables a esa enfermedad.

La pobreza también está generalizada en la Región de las Américas: casi 1 de cada 5 habitantes vive con menos de US\$ 2 al día (4). En los Estados Unidos de América, 15% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza (5) y, en el caso de Canadá, 11% (6). La mejora de la esperanza de vida en la Región durante los últimos 20 años también oculta diferencias dentro de la Región; por ejemplo, en 2010 la esperanza de vida en Canadá fue de 83,4 años, en comparación con 69,1 años en Bolivia. En la República Dominicana, la esperanza de vida es de 76,3 años y en Haití de 63,5 años, lo que representa una diferencia de 12,8 años entre países que se localizan en la misma isla (7).

La exclusión social y las **inequidades** persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano incluso en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agravan aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los

sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Los datos probatorios indican cada vez más que los más pobres entre los pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud (8) y significa que las inequidades en salud afectan a todos. Por ejemplo, si se considera la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años por nivel de riqueza del hogar donde viven, se observa que dentro de un mismo país la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más elevadas y la población del segundo quintil de riqueza tiene tasas de mortalidad en su progenie más altas que las de la progenie del quintil más rico.

Asimismo, las inequidades son manifiestas cuando se examina el ingreso nacional bruto de los países; se sabe, por ejemplo, que guarda una relación inversa con la mortalidad y que un nivel educativo bajo es un factor de riesgo de muerte prematura. En Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo. En Bolivia, la mortalidad entre los bebés de las mujeres sin educación supera las 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en cambio, la mortalidad entre los bebés de madres con al menos educación secundaria es menor de 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos (9).

Sin embargo, las diferencias en materia de salud no están presentes únicamente entre las personas más privilegiadas y las más marginadas; los estudios señalan asociaciones positivas y progresivas entre la salud y muchos factores sociales, lo que indica que estas desigualdades existen incluso en los países de ingresos medianos y altos (10, 11).

Las inequidades también se reflejan en la transición epidemiológica que coloca una doble carga de salud sobre los habitantes de la Región. Por un lado, algunos subconjuntos de la población se ven particularmente afectados por la carga exacerbada que representan el mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades no transmisibles (ENT), como la diabetes y la hipertensión; las condiciones de salud relacionadas con la migración y el desplazamiento de las zonas rurales a las urbanas; y la exposición a mayores índices de violencia, accidentes y lesiones. Por otro lado, hay grupos de población que siguen acosados por enfermedades comunes de la niñez y problemas relacionados con la salud materna. En marzo de 2005, se lanzó en Chile la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que se encomendó la tarea de reunir pruebas sobre las inequidades, a fin de comprender los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la equidad sanitaria, y formular recomendaciones para la adopción de medidas. En su informe de 2008, la Comisión definió los determinantes sociales de la salud como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (9). Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la gente. La CDSS formuló tres recomendaciones integrales:

- 1) mejorar las condiciones de vida cotidianas;
- 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y
- 3) medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

Teniendo en cuenta estas recomendaciones, un movimiento mundial y regional dedicado a buscar soluciones para las inequidades en salud y los problemas relacionados con el gradiente social ha apoyado el trabajo de la CDSS y la aplicación de sus recomendaciones.

El presente capítulo explora la importancia de hacer frente a las inequidades en la Región de las

Américas mediante el análisis de los determinantes sociales de la salud: las causas de las causas. De conformidad con el marco establecido en el informe de la CDSS, en la primera parte del presente capítulo se describirá la distribución de los determinantes intermedios y estructurales de la salud, y en la segunda parte se examinarán las tres megatendencias que afectan la Región: la transición demográfica y el gradiente social, el crecimiento urbano y la migración. Además, se analizará la forma en que el gradiente social configura las desigualdades y las inequidades en materia de salud y la manera en que esto influye en el bienestar de los habitantes de la Región. Por último, se examinará la manera en que los países de la Región han tratado de lograr una mayor equidad mediante un enfoque de determinantes sociales de la salud.

DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS DE LA SALUD

El marco conceptual utilizado en este capítulo para analizar los determinantes sociales de la salud se basa en el trabajo de la CDSS de la OMS (2008). Descansa en dos pilares principales: el concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y sus colegas (12).

La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Las inequidades en la salud pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a “una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad” (13).

La estratificación social determina las inequidades en la salud mediante: a) la exposición diferencial a los riesgos para la salud, b) las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, y c) las consecuencias diferenciales —económicas, sociales y sanitarias— de la mala salud para los grupos y los individuos en una posición de mayor o menor ventaja.

IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (13) incluyen: a) la situación socioeconómica y política, b) los determinantes estructurales y c) los determinantes intermedios.

La figura 2.1 muestra las relaciones e interacciones entre los principales tipos de determinantes y las vías que generan inequidades en salud (14). Este marco indica que las intervenciones pueden orientarse a adoptar medidas en relación con:

- 1) Las circunstancias de la vida diaria, incluida la exposición diferencial a los factores que influyen en el desarrollo de enfermedades en la etapa temprana de la vida, entornos físicos y sociales, trabajo asociado a la estratificación social y respuestas del sistema de atención sanitaria a la promoción de la salud y a la prevención y el tratamiento de las enfermedades.
- 2) Los factores estructurales, que abordan la naturaleza y el grado de estratificación social en la sociedad, así como las normas y los valores

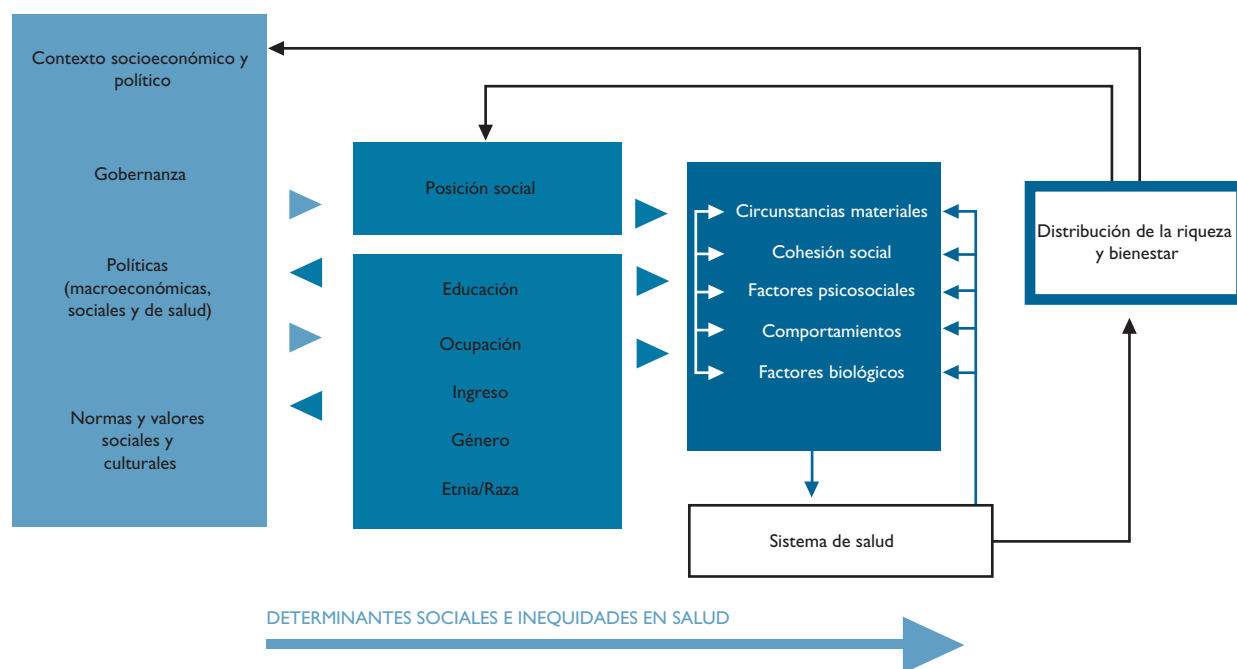
de la sociedad, las políticas económicas y sociales en los niveles mundial y nacional, y los procesos de gobernanza nacionales y locales (9).

El contexto socioeconómico y político

El contexto socioeconómico y político abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente (13). Incluye los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas.

No solo es fundamental reconocer la repercusión de los determinantes sociales sobre la salud de las personas y los grupos de población; también es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social,

FIGURA 2.1. Interacciones de los principales determinantes de la salud y los senderos que resultan en inequidades



Fuente: Referencia (14), enmendada por Solar e Irwin.

junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, constituyen lo que se denomina como determinantes sociales de las inequidades en salud (13). Los elementos básicos que deben considerarse incluyen la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, los valores culturales y sociales, y los resultados epidemiológicos.

Determinantes estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (13).

Posición social

Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación.

La figura 2.2 muestra los países de la Región clasificados por terciles del producto interno bruto (PIB) per cápita (ajustado para tener en cuenta la inflación y la paridad del poder adquisitivo) durante el período comprendido entre 1980 y 2010 (4). Se observa que en los países del tercil más bajo (“más pobres”) el ingreso promedio ponderado ha cambiado muy poco a lo largo de un período

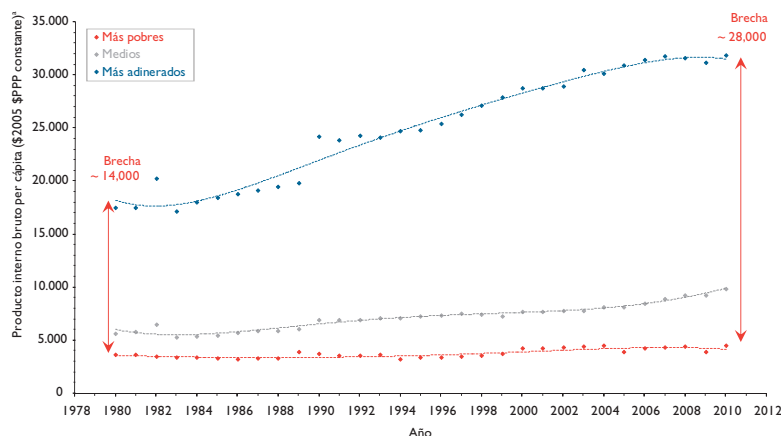
de 30 años, a diferencia de los países del tercil más alto (“más adinerado”), donde se ha duplicado. La disparidad entre el tercil más alto y el más bajo implica que la desigualdad general de los ingresos se duplicó entre 1980 y 2010, mientras que el ingreso promedio ponderado per cápita solo aumentó alrededor de 40% en el mismo período. La desigualdad de los ingresos ha estado creciendo de forma constante y a un ritmo más rápido que el aumento de los *ingresos* en la Región.

En cuanto a la esperanza de vida en la Región, fue de 76,1 años en 2011 para toda la población, pero en Bolivia fue de 69,1 años y en Chile de 79,2 años (7), lo que representa una brecha de 10,1 años de vida entre dos países geográficamente contiguos. De 2001 a 2010, la mortalidad entre los niños colombianos de 1 a 4 años de edad fue 11,3 veces mayor en los hogares del quintil más pobre que en los del quintil más adinerado: 7,9 frente a 0,7 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (15).

Género

El **género** puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las

FIGURA 2.2. Tendencias en los ingresos, por terciles del producto interno bruto per cápita ajustados para reflejar los efectos del poder adquisitivo y de la inflación, Región de las Américas, 1980–2010



Fuente: Referencia (4).

^a \$PPP: dólares de paridad de poder adquisitivo.

funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social.

En la Región de las Américas, las mujeres, como grupo, han dejado atrás a los hombres en cuanto a escolaridad; sin embargo, esta paridad relativa no se ha reflejado en otras esferas, como los ingresos y la representación política. Revela, sin embargo, que la matrícula escolar, un determinante fundamental de la salud, se ve afectada por el género y la posición social.

Como se observa en la figura 2.3, las niñas matriculadas en la escuela primaria superan en número a los niños; en la escuela secundaria, la matrícula para ambos sexos se empareja en cierta medida, pero en la escuela terciaria, es mayor entre las niñas de todos los cuartiles de desarrollo humano, en particular, el más elevado (4).

Los siguientes ejemplos ilustran con mayor detalle lo anterior:

- La participación de las mujeres en el mercado de trabajo es considerablemente inferior que la de los hombres. Los datos de 2009 indican que en 14 de 19 países latinoamericanos, el porcentaje de mujeres que participaban en el mercado de trabajo era de aproximadamente 50%, mientras que en 18 de los 19 países se calculó que la participación de los hombres era de 70%, llegando a alcanzar 80% en 11 de los 19 países analizados (16).
- En los países donde las mujeres forman parte de la fuerza laboral, tienden a estar sobrerrepresentadas en el sector del trabajo informal, donde los

trabajadores tienen en general menos acceso a prestaciones de seguridad social (16).

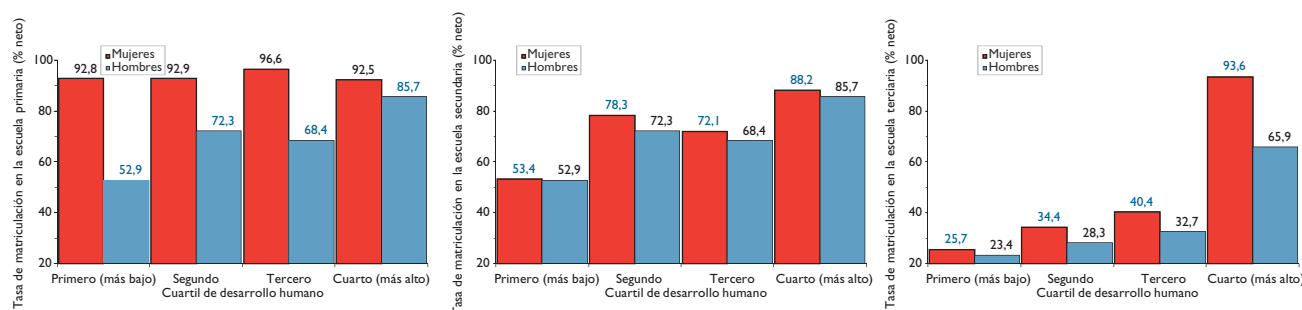
- En lo que se refiere a disparidad de ingresos por género, en 2009 los ingresos promedios de las mujeres latinoamericanas, como porcentaje de los ingresos de los hombres, fluctuaron entre 62% (México y República Dominicana) y 81% (El Salvador) (16).
- Con respecto a la autonomía económica, en América Latina 31,8% de las mujeres carecían de ingresos propios, en comparación con 12,6% de los hombres (16).
- La proporción de mujeres representadas en los parlamentos varía ampliamente entre los países latinoamericanos, con un promedio de 22,4% (16).

Las diferencias entre los sexos no siempre dan lugar a resultados favorables para los hombres. Por ejemplo, la mayor brecha de mortalidad entre los sexos está asociada a los accidentes y la violencia: en la Región de las Américas, la tasa de mortalidad por estas causas entre los hombres es de 106 por 100.000 habitantes, a diferencia de 28,7 por 100.000 habitantes entre las mujeres (16).

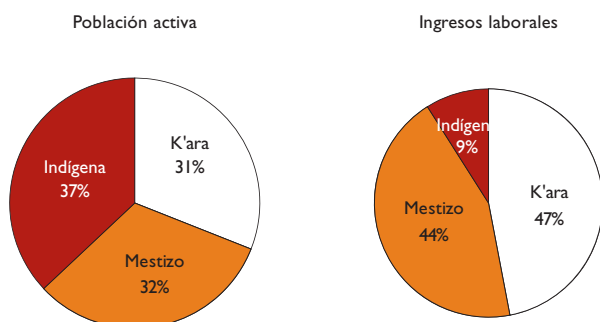
Raza y grupo étnico

La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas.

FIGURA 2.3. Gradientes sociales en el nivel de matriculación escolar, por género y cuartiles de desarrollo humano, Región de las Américas, 2008–2010



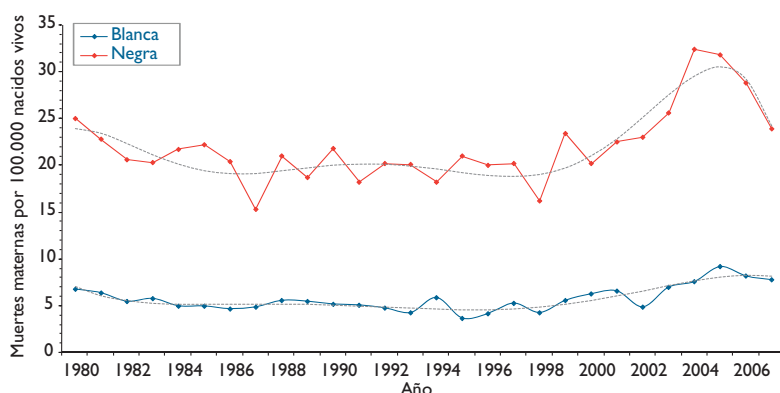
Fuente: Referencia (4).

FIGURA 2.4. Distribución de la población activa y los ingresos laborales por grupo étnico en Bolivia, 2008

Fuente: Referencia (17).

Los datos que se presentan en la figura 2.4 (17) sobre la población activa de Bolivia indican que el grupo étnico influye en la distribución de los ingresos en ese país: los indígenas bolivianos constituyen 37% de la población activa, pero solo ganan 9% del total de los ingresos nacionales derivados del trabajo.

La figura 2.5 ofrece otro ejemplo del papel que la raza y el grupo étnico desempeñan en los resultados de salud (18). A lo largo de casi 30 años de seguimiento de la tasa de mortalidad materna ajustada por edad en los Estados Unidos, se observa que mejoró en forma sostenida entre las mujeres blancas, pero fue de dos a tres veces más alta entre las mujeres afroestadounidenses, con un aumento notable en los últimos años.

FIGURA 2.5. Tasas de mortalidad materna ajustadas por edad (por 100.000 nacidos vivos), por raza de la madre, Estados Unidos de América, 1980-2007

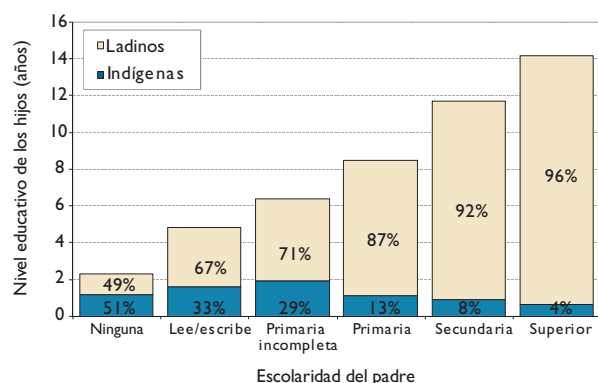
Fuente: Referencia (18).

Además, los datos publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que en nueve países latinoamericanos hay un retraso generalizado en la escolaridad entre los niños indígenas y afrodescendientes, en comparación con la población en general (19). En los Estados Unidos, la esperanza de vida de los afroestadounidenses, en lo referente a los indicadores de salud, es considerablemente menor a la de la población blanca (19). De 2004 a 2008, por ejemplo, aunque la tasa de incidencia del cáncer de mama fue mayor entre las mujeres blancas (127,3 por 100.000 habitantes) que entre las afroestadounidenses (119,9 por 100.000 habitantes), la tasa de mortalidad por esta causa fue mayor entre estas últimas: 32,4 por 100.000 habitantes frente a 23,4 para las mujeres blancas (20).

Las desigualdades y las inequidades con respecto al cáncer de mama son evidentes en los Estados Unidos. Las diferencias relacionadas con el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento dentro y entre las comunidades, y entre las mujeres de razas, grupos étnicos y antecedentes socioeconómicos distintos son pertinentes y significativas en el caso de la incidencia del cáncer de mama (21).

Las condiciones de vida diarias, como las oportunidades de trabajo y las condiciones para las mujeres y el equilibrio entre la vida laboral y doméstica, influyen en la situación socioeconómica, que a su vez repercute en los factores de riesgo conductuales y ambientales del cáncer de mama (21). Un examen de los determinantes sociales de la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de razas blanca y negra indica que las desigualdades son evidentes a lo largo de todo el proceso de atención de este tipo de cáncer, desde la prevención y la detección hasta el tratamiento y la supervivencia (22). Según Gerend y Pai, las desigualdades y las inequidades están relacionadas con obstáculos derivados de la pobreza, vinculados a la falta de médico de atención primaria, factores geográficos, prioridades de

FIGURA 2.6. Promedio de años de educación, por grupo étnico y escolaridad del padre, Guatemala, 2000



Fuente: Referencia (23), basado en datos de la encuesta ENCOVI 2000.

supervivencia que compiten entre sí, comorbilidades, seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, modos de vida riesgosos, factores a nivel de los proveedores y del sistema, susceptibilidad percibida al cáncer de mama y creencias y actitudes culturales.

La figura 2.6 arroja luz sobre la continua transmisión intergeneracional de la pobreza y de condiciones sociales desfavorables en las poblaciones indígenas (23). Se observa que en Guatemala el nivel educativo previsto para los niños está muy relacionado con el nivel educativo del padre, es decir, cuanto mayor es el nivel de escolaridad del padre, mayor es el número de años que sus hijos reciben instrucción. Además, en el contexto guatemalteco, los niños indígenas están en desventaja con respecto a los años de educación terminados, en comparación con los demás niños (ladinos), independientemente del nivel educativo de sus padres.

Los datos de Guatemala indican, por un lado, que el nivel educativo previsto (y las oportunidades en la vida) para los niños ladinos (mestizos) está firmemente correlacionado con la educación del padre, es decir, los padres que han recibido más educación pueden esperar que su prole también la reciba; sin embargo, esto no es válido para los niños indígenas. El número de niños indígenas matriculados en la escuela disminuye conforme aumenta el número promedio de años de escolaridad, lo que indica que abandonan los estudios antes. Este

fenómeno, que Hermida (23) denomina transmisión intergeneracional de la desigualdad educativa, reproduce la desigualdad educativa entre dos generaciones y se ve complicado por las inequidades en razón del grupo étnico y el género.

Acceso a la educación

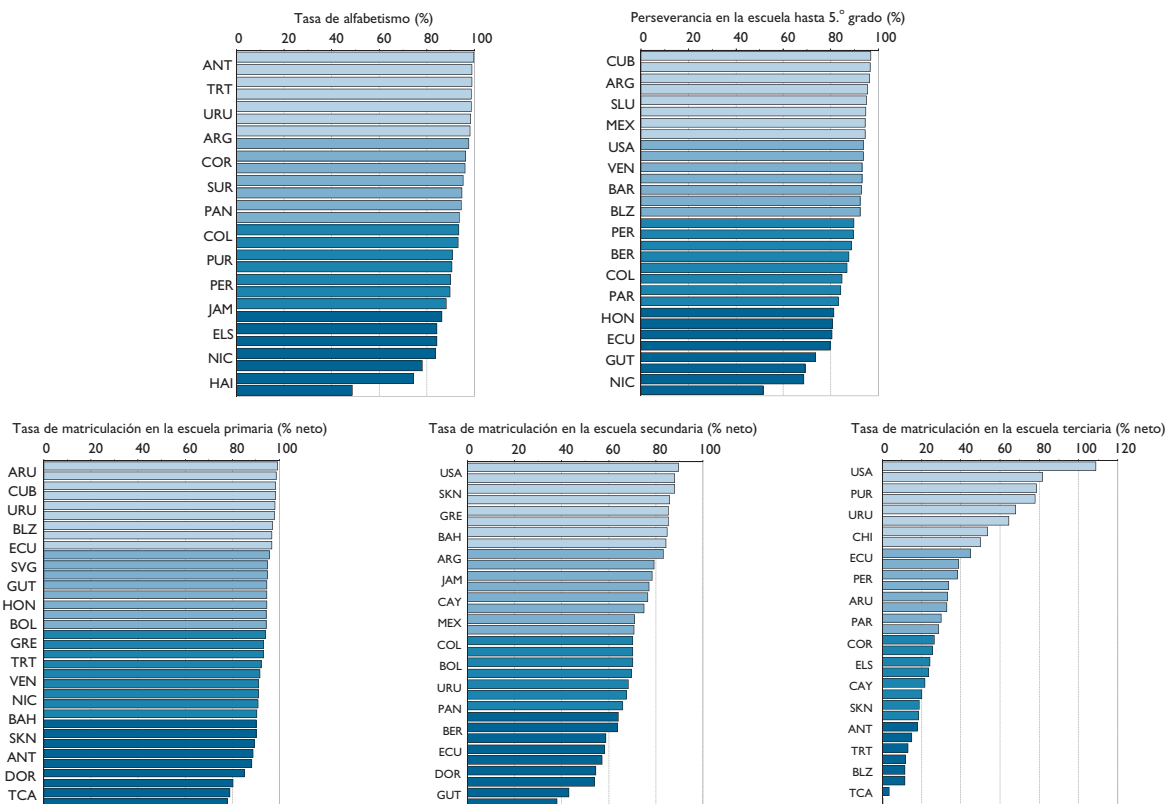
En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación preescolar era universal en algunos países, en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual (19). Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas (19).

La figura 2.7 ilustra las condiciones educativas en algunos países de la Región de las Américas. La tasa de alfabetización media en la Región es de 93% y la media de la perseverancia en la escuela hasta el quinto grado¹ es aproximadamente 90%. Las tasas netas de asistencia a la escuela primaria, secundaria y terciaria son 94%, 70% y 25%, respectivamente, lo que destaca la falta de continuidad en la escolaridad a medida que las personas alcanzan su edad productiva. La brecha en la educación terciaria entre los países es del orden de ocho veces superior en los cuartiles más altos frente a los más bajos del desarrollo humano, como puede observarse en la figura 2.8 (24).

Hay diferencias pronunciadas con respecto a la finalización de la escuela secundaria por quintil de ingresos, sexo y residencia rural. En lo referente a los ingresos, por ejemplo, en el quintil más pobre la tasa de finalización de la escolaridad fue de 23% entre los hombres y de 26% entre las mujeres, y en el quintil más adinerado fue de 81% y 86% para los hombres y las mujeres, respectivamente. El desequilibrio se revierte en las comunidades rurales indígenas, donde la tasa de finalización es de 22% entre los hombres y 20% entre las mujeres (19). Los datos probatorios

¹ La perseverancia en la escuela hasta el quinto grado (porcentaje de la cohorte que llega al quinto grado) es la proporción de niños inscritos en el primer grado de la escuela primaria que llegan al quinto grado.

FIGURA 2.7. Clasificación de países y distribución de cuartiles, por tasa de alfabetismo, perseverancia en la escuela hasta el 5.º grado y matriculación neta en la escuela primaria, secundaria y terciaria, Región de las Américas, 2008–2010



Fuente: Referencia (4).

indican que las desigualdades más graves observadas en los niveles de educación por ingresos y por residencia urbana frente a residencia rural dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa a sí mismo, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazos entre adolescentes (19, 25).

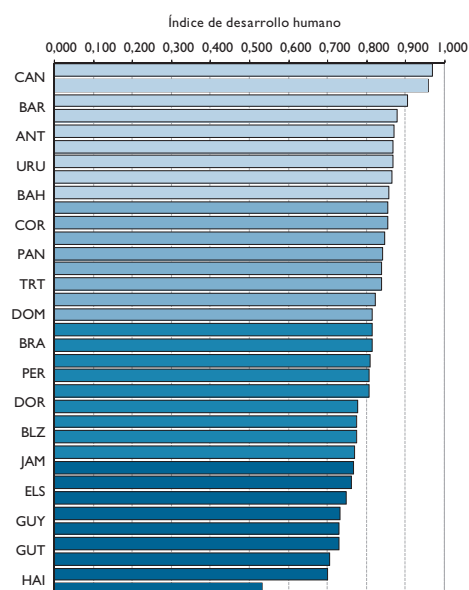
La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud. En Bolivia, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años fue 3,1 veces mayor entre los niños de mujeres sin educación que entre los niños de mujeres con al menos escolaridad secundaria (134,2 frente a 43,6 por 1.000 nacidos vivos) en el período de 1999 a 2008 (15).

Acceso al empleo

A medida que América Latina y el Caribe entran en un período caracterizado por una **bonificación demográfica**, la economía y el mercado de trabajo también cambian. El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo de la Región, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica de 2008. Los sectores que siempre habían sido fuertes, como el agrícola y el manufacturero, han empezado a decaer en la Región y la creación de trabajos se ha concentrado en el sector de servicios.

Los datos más recientes indican un aumento de las tasas de subempleo y desempleo en la Región, consecuencia de que la proporción de la población en edad de trabajar ha aumentado en medio de la crisis

FIGURA 2.8. Clasificación de países y distribución de cuartiles, por índice de desarrollo humano, Región de las Américas, 2007



Fuente: Referencia (24).

económica mundial. En estas circunstancias, el sector informal ha prosperado y tenido consecuencias importantes para los trabajadores que emplea (4). Las consecuencias son generalizadas, ya que gran parte de la fuerza laboral de la Región trabaja en el sector informal, ya sea en negocios informales o mediante arreglos informales con compañías formales. Se calcula que el sector informal emplea 70% de la fuerza laboral en un país latinoamericano característico (26).

La naturaleza del sector informal varía de un país a otro, pero los datos probatorios indican que, independientemente del país, tiende a emplear al sector más necesitado de la población, incluida una gran proporción de mujeres. Dado que el empleo en el sector informal suele limitar el acceso a beneficios como la protección social o los planes de salud y jubilación, los trabajadores de este sector son más vulnerables a la pobreza y no tienen acceso a la atención de salud. Por otro lado, el empleo en el sector informal puede predisponer a la mala salud, ya que se ha demostrado que la inseguridad laboral tiene efectos negativos sobre la salud (9).

Un estudio sobre las condiciones de trabajo y la salud mental en México, realizado con ayuda de las

encuestas longitudinales sobre la vida familiar en México (MxFLS), ofrece un buen ejemplo. Al analizarse la movilidad laboral y la constante inseguridad en el empleo en relación con cambios en las medidas de salud mental (27), se encontró que las transiciones dentro y fuera del empleo parecen relacionarse con el bienestar de salud mental: los trabajadores con salarios bajos que experimentan más inseguridad en el empleo presentan más síntomas relacionados con la salud mental, entre ellos, insomnio y ansiedad (27).

En la economía actual, determinados grupos están más desfavorecidos que otros. Un análisis en que se compara el trabajo remunerado con el no remunerado indica que la jornada laboral de las mujeres es más larga que la de los hombres; en Ecuador, las mujeres trabajan un promedio de 77 horas a la semana, mientras los hombres trabajan 62 horas; en México, las mujeres trabajan 59 horas a la semana y los hombres tan solo 48 horas (28). En toda la Región, la carga de la atención domiciliaria sigue recayendo en las mujeres, lo que limita drásticamente su capacidad para participar en la economía; además, la tasa de desempleo urbana es sistemáticamente más elevada entre las mujeres. Los datos también demuestran que las mujeres en los quintiles de ingresos inferiores están especialmente desfavorecidas, ya que a menudo no pueden costear ayuda externa para asistencia domiciliaria. Por otra parte, las mujeres siguen predominando, en comparación con los hombres, en los empleos de los sectores de baja productividad como el agrícola, el industrial, de transporte y comercio, lo que limita su acceso a trabajos de ingresos más elevados y aumenta la diferencia de ingresos que ya existe entre los sexos.

La creciente brecha de ingresos que se viene formando durante los últimos 30 años ilustra las inequidades en todo el gradiente social, no solo entre los extremos. En varios países de la Región, la pobreza persiste en muchos quintiles. En Nicaragua, por ejemplo, se calcula que 42,5% de la población vivía con menos de US\$ 2,5 por día en 2009, y en el vecino país de Honduras, 39,4% de la población vivía con esa cantidad (29).

En toda la Región, el nivel educativo desempeña una función importante en la determinación de

los ingresos laborales y la seguridad del empleo. Las personas con más de 12 años de escolaridad, a menudo procedentes de los hogares en los quintiles superiores, siguen teniendo sueldos considerablemente mayores que otros trabajadores, así como mayor seguridad del empleo. Además, los datos indican que la disparidad entre los trabajadores con un nivel intermedio de educación (9 a 12 años de escolaridad) y aquellos con un nivel mínimo (menos de 8 años de escolaridad) es cada vez menor. Pero si bien la brecha entre estos grupos se está cerrando, el análisis indica que esto no se debe a un aumento del salario de los trabajadores menos calificados, sino a una reducción del salario de aquellos con niveles intermedios de educación. La ampliación de los esfuerzos en materia de educación en la Región ha dado lugar a que una proporción mayor de trabajadores alcance un nivel de educación intermedio, lo que a su vez ha originado una mayor competencia por los empleos que exigen aptitudes de nivel intermedio.

Determinantes intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud.

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. A continuación se proporcionan ejemplos de cada una de estas categorías:

- **Circunstancias materiales:** calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
- **Circunstancias psicosociales:** factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- **Factores conductuales y biológicos:** nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- **Cohesión social:** la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud (30).
- **Sistema de salud:** exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas (14).

LAS TRES MEGATENDENCIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En la Región de las Américas se distinguen tres megatendencias, a saber: una transición demográfica caracterizada por una proporción creciente de jóvenes y personas mayores, una mayor migración y un crecimiento urbano rápido.

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EL GRADIENTE SOCIAL

La combinación del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad han cambiado de forma extraordinaria la composición demográfica de la Región desde la década de 1950. Entre 1950 y 2000, la población de América Latina y el Caribe aumentó tres veces, pasando de 175 millones a más de 515 millones. Se prevé que entre 1950 y 2050 la esperanza de vida aumente 56% en América Latina y el Caribe y 21% en América del Norte (7); en otras palabras, se prevé que una persona nacida en 2050 en América Latina y el Caribe viva 29 años más que una nacida en 1950, y que una nacida en 2050 en América del Norte viva 15 años más que una nacida en 1950 (31).

La disminución drástica de la [tasa de fecundidad](#) en la Región, combinada con el envejecimiento de la población, hacen que América Latina y el Caribe sea la región en desarrollo con la menor tasa de crecimiento previsto para 2050 (32). La tasa total

de fecundidad en la Región es de alrededor de 2,3 niños por mujer (32) y se prevé que disminuya a cerca de 1,9 niños por mujer para 2030 (33). Aunque las tasas de fecundidad siguen siendo mayor en los niveles inferiores de ingresos, la contribución a la población total es evidente en los terciles más elevados. Sin embargo, la disminución de la tasa de fecundidad no es homogénea en la Región y fluctúa entre 1,3 y casi 4 niños por mujer.

La distribución de la población y su composición por edades son determinantes cruciales de los servicios sociales, económicos y relacionados con la salud (34), como se ilustra en la figura 2.9.

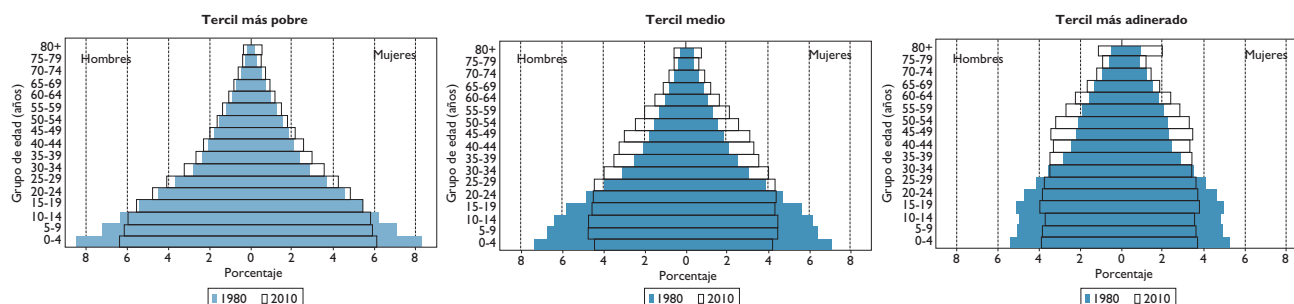
La figura 2.9 muestra una situación demográfica distintiva para cada uno de los tres grupos de ingresos; cuanto menor es la posición en el gradiente de ingresos, mayor es el retraso de la sociedad con respecto a la transición demográfica (4, 35). Aunque de 1980 a 2010 hubo avances en la transición demográfica de las tres situaciones, las desigualdades persisten. Así pues, en lo que se refiere a la distribución de los ingresos, la mayor diferencia observada está en la distribución por edades. En 2010, por ejemplo, el tercil más pobre de la Región de las Américas tiene la misma forma que el de los países de ingresos medianos 30 años antes, lo que indica que si bien la transición demográfica ha avanzado de forma importante desde el decenio de 1980, la distribución de los ingresos en el caso del tercil más pobre no ha cambiado en el mismo grado que la de los terciles medios y más adinerados; esto significa que los pobres aún tienen que “ponerse al día” en cuanto a ingresos.

La población actual de 15 a 24 años de edad de América Latina y el Caribe, que suma aproximadamente 205 millones de personas, nunca antes había sido tan numerosa (35). Este dividendo demográfico podría ser un recurso real para la Región en términos económicos, siempre y cuando se cumplan las exigencias de los jóvenes en materia de educación, servicios de salud, empleo y otros determinantes sociales.

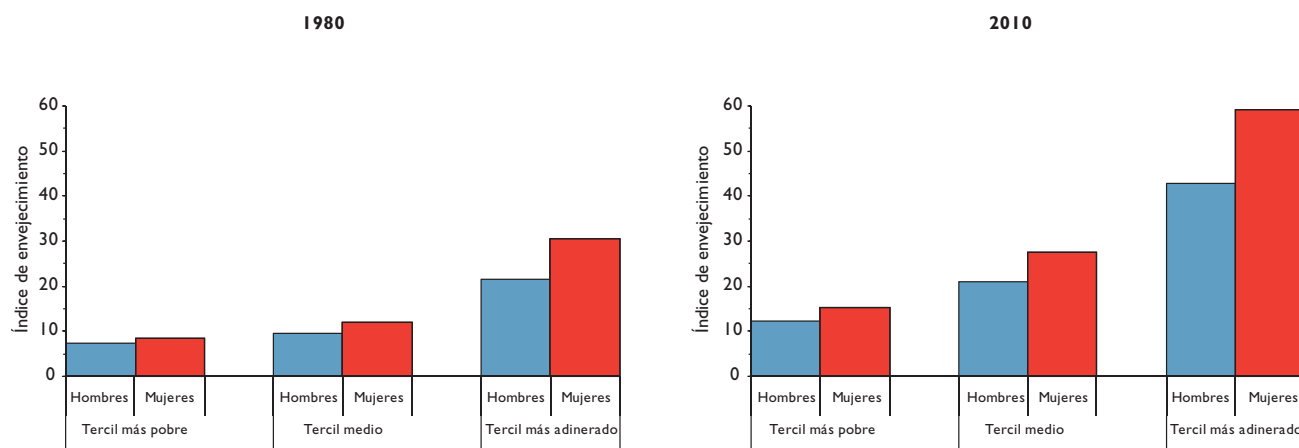
La creciente población de personas mayores también es una tendencia importante en la Región, y, junto con la tasa de fecundidad decreciente, tiene consecuencias para la situación económica, social y sanitaria de los habitantes de la Región. Aunque las personas viven más tiempo que nunca, no necesariamente viven mejor. La vejez está cada vez más lastrada por las enfermedades crónicas y las discapacidades, que a su vez se traducen generalmente en mayores costos de atención de salud y de largo plazo, y aumentan la carga de las familias que cuidan de sus familiares mayores. La falta de sistemas de pensiones fiables en los países latinoamericanos y caribeños contribuye al porcentaje de ancianos que viven en la pobreza. Una vez más, las diferencias son patentes en la Región.

Como se observa en la figura 2.10, el gradiente social, definido por los terciles de ingresos, también reproduce un gradiente en el índice de envejecimiento (porcentaje de la población de más de 65 años con respecto al porcentaje de la población de menores de 15 años) (4, 35). Cuanto mayor es el gradiente social, más avanzado es el proceso de envejecimiento en la población, lo que a su vez

FIGURA 2.9. Estructura de la población por edad y sexo, por terciles de ingresos, Región de las Américas, 1980 y 2010



Fuente: Referencia (4, 35).

FIGURA 2.10. Población mayor de 65 años como porcentaje de la población menor de 15 años (índice de envejecimiento), por tercil de ingresos, Región de las Américas, 1980 y 2010

Fuente: Referencia (4, 35).

aumenta la dependencia. En 2010, se calculó que la **razón de dependencia total** (dependencia económica de las personas menores de 15 años y de las mayores de 64 años) era de 53,3 en América Latina y el Caribe, y de 49,0 en América del Norte; se prevé que en 2050 aumente a 57,0 y 67,1, respectivamente (35). En otras palabras, en toda la Región había dos personas económicamente activas por persona económicamente inactiva en 2010, y se prevé que para 2050 la proporción sea de 1,5 a 1.

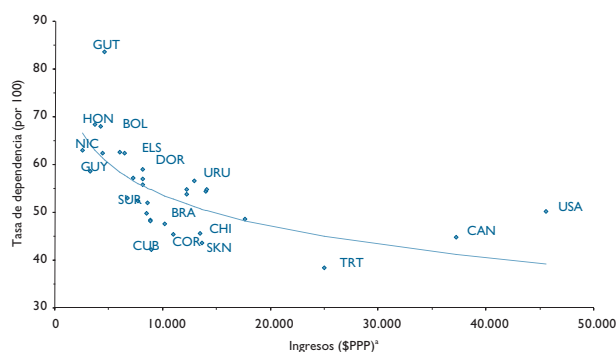
Vale la pena señalar que las tasas de dependencia más elevadas en la Región se observan en los escalones inferiores de la escala social, según se define por el nivel de ingresos (véase la figura 2.11). En la figura 2.11 se aprecia que, si bien la proporción de la población que está envejeciendo es mayor en los países más ricos de la Región, la mayor tasa de dependencia de los países más pobres puede deberse a otros factores además de la edad (35). Esto significa que la carga económica es más elevada entre las personas con los ingresos más bajos y los datos apuntan a que esto puede perpetuar el ciclo de la pobreza.

Las tendencias en la tasa de dependencia de los ancianos (un componente de la tasa de dependencia total) también son dignas de mención. En 2010, en América Latina y el Caribe había 9,4 personas en edad económicamente activa por persona de 65 años o más, y se prevé que en 2050 esta proporción caerá a

3,3 personas en edad económicamente activa por persona de 65 años o más; los datos correspondientes a América del Norte son 5,1 y 2,8, respectivamente. Estos datos indican que los adultos mayores pueden ser más vulnerables en lo que se refiere a la atención si no se adoptan medidas sociales.

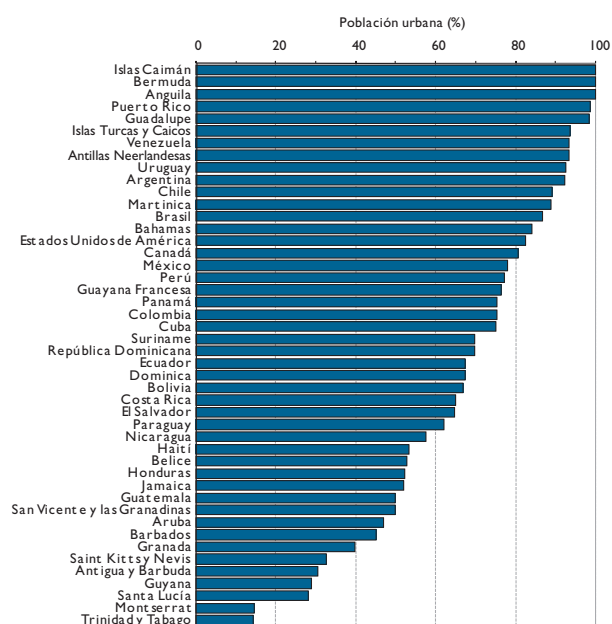
CRECIMIENTO URBANO

El siglo XXI se ha caracterizado por el aumento del número de **megaciudades**, que ha dado lugar a una nueva tendencia, el crecimiento de “megarregiones”.

FIGURA 2.11. Efecto de los ingresos sobre la tasa de dependencia, Región de las Américas, 2010

Fuente: Referencia (35).

^a \$PPP: dólares de paridad de poder adquisitivo.

FIGURA 2.12. Proporción de población urbana, países de la Región de las Américas, 2011

Fuente: Referencia (36).

América Latina y el Caribe ya es la región más urbanizada del mundo: 77% de sus habitantes residen en las zonas urbanas (véase la figura 2.12) y se prevé que este porcentaje siga aumentando en los próximos años. Las Naciones Unidas pronostican que para 2025, nueve de las 30 ciudades más grandes del mundo estarán en América: Bogotá, Buenos Aires, Chicago, Lima, Los Ángeles, Ciudad de México, la ciudad de Nueva York, São Paulo y Río de Janeiro (36).

De las nueve megaciudades mencionadas, seis estarán en los países clasificados como en desarrollo, a saber: Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú. Los datos probatorios indican, cada vez más, que el aumento de los centros urbanos conlleva un aumento de las inequidades. Por ejemplo, las principales ciudades de los Estados Unidos, como Atlanta, Washington, D.C. y Nueva York, presentan los grados más elevados de desigualdad en el país, similares a los de Abidján, Nairobi y Santiago. Además, hay diferencias dentro de la Región: en Belice, Guatemala y Perú más de 50% de la población urbana vive en barrios pobres, mientras esa proporción es menor de 10% en Barbados, Chile, Guyana y Uruguay (37).

También cabe señalar que la mortalidad infantil varía de 6,5% en una zona central de la zona metropolitana de Buenos Aires a 16% en otras zonas. Así, hay inequidades dentro de las propias ciudades, lo que queda demostrado aún más en Bolivia, donde 93% de los niños que residen en las ciudades y los pueblos pequeños están matriculados en la escuela primaria, en comparación con 68% en la capital y otras ciudades grandes, y 72% en las zonas rurales (37). A pesar de que el crecimiento urbano siempre se ha considerado signo de expansión económica y prosperidad, cada vez se asocia más con lo que ha venido a conocerse como “penalización urbana”. Este concepto considera las notables inequidades en materia de salud que aquejan a los residentes de los barrios pobres de las ciudades, en comparación con las personas que viven en otros barrios urbanos e incluso en las zonas rurales (38).

Dado que en los centros urbanos se concentran los recursos, su crecimiento sin duda brinda más oportunidades de participación social y política, así como acceso a los medios de comunicación, a la información, a la tecnología y al empleo. Las zonas urbanas también aumentan el acceso del personal sanitario a los grupos de población destinatarios y proporcionan a los residentes mayor disponibilidad de servicios de agua potable, saneamiento, educación, establecimientos de salud y transporte (39). La concentración de la población y los recursos en las zonas urbanas también promueve la equidad de género, al ofrecer a las mujeres mayores oportunidades de incorporarse a la fuerza laboral y a las redes de apoyo social (39). Comparadas con las zonas rurales, las ciudades también ofrecen a las mujeres mejores establecimientos educativos y más opciones diversas de trabajo, que pueden ayudarles a romper el ciclo de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

No obstante, la urbanización no planificada también puede exacerbar las desigualdades sociales al exponer a los residentes a una mayor contaminación del aire y a una escasez de los servicios básicos. El desarrollo urbano incontrolado también puede aumentar la propagación de entornos que no son propicios para la salud y que pueden llevar a un modo de vida sedentario y a la adopción de regímenes

alimentarios malos para la salud, que son riesgos conocidos para las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles que afectan de manera excesiva a los residentes pobres y a los ancianos de las ciudades (40). En la Región de las Américas, las enfermedades crónicas no transmisibles representan 74% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad que se pierden en los centros urbanos; y la obesidad está claramente en aumento y entre los niños este aumento no tiene precedentes (40).

Según un informe del Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (37), la incidencia relativa de la pobreza urbana en la Región disminuyó de 41% en 1990 a 29% en 2007, pero el número absoluto de pobres en las ciudades aumentó de 122 millones a 127 millones durante el mismo período, un aumento asociado al crecimiento urbano. Este fenómeno se explica, por un lado, por la incidencia elevada de la pobreza en el campo, que ha incitado a la población rural a migrar a las zonas urbanas; y, por el otro, por el avance de la globalización, que ha quitado a algunas ciudades y países la capacidad de competir eficazmente y mantener niveles adecuados de remuneración de los empleos urbanos que vayan a la par del crecimiento de la población.

MIGRACIÓN

Los patrones de migración están cambiando el perfil epidemiológico de los habitantes de la Región y los cambios de las poblaciones rurales a urbanas son una de las tendencias migratorias más importantes. Se prevé que Costa Rica, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá y Paraguay tendrán el mayor crecimiento de población urbana entre 1990 y 2030 (36).

La migración puede perturbar los sistemas de apoyo social y conducir a aislamiento social, ausencia o disminución de protección social, cambios de posición social y empleo, y desempeño laboral deficiente. Los migrantes suelen afrontar dificultades particulares de salud y son vulnerables a diversos riesgos de salud física y mental. A pesar de ello, se sabe poco de sus necesidades particulares

en materia de salud, la comunicación entre los proveedores de atención sanitaria y los migrantes sigue siendo insuficiente y los sistemas de salud no están preparados para atender adecuadamente a este grupo de población. Esta situación se agrava por las dificultades que los migrantes afrontan para comprender sus derechos humanos y obtener acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos, y por el hecho de que son relegados a trabajos mal pagados y a menudo peligrosos; los problemas más graves afectan a los migrantes indocumentados, a las víctimas de la trata de personas y a los solicitantes de asilo. Esta falta de conocimiento se atribuye principalmente a la escasez de datos (41).

Desde 1990, América Latina y el Caribe también han experimentado un aumento constante del número de personas que se van de la región; entre 2005 y 2010, el número neto de migrantes (inmigrantes menos emigrantes) fue negativo (5.232.729) (42). Aunque no todos países tienen un número neto negativo de migrantes, la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños notificaron cifras negativas. De los nueve países que notificaron cifras positivas, cinco eran caribeños (Aruba, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Barbados y Guayana Francesa) y solo cuatro estaban fuera de esta subregión (Costa Rica, Chile, Panamá y Venezuela) (43).

En la medida en que puedan hacerse generalizaciones con la información disponible en todos los países y grupos migrantes, los migrantes parecen ser más vulnerables a las enfermedades transmisibles, a las enfermedades ocupacionales y a una mala salud mental. La vulnerabilidad se debe, en parte, a condiciones de vida desfavorables, empleo precario y al trauma que puede estar asociado a diversas causas de la migración.

Un estudio reciente realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Davis y el Instituto Nacional de Psiquiatría de México (44) reveló que es mucho más probable que los mexicanos que migran a los Estados Unidos experimenten episodios importantes de depresión y ansiedad que los que no migran. El estudio comparó a los migrantes con familiares de la misma

edad que permanecieron en México y determinó que durante el período posterior inmediato a su llegada a los Estados Unidos, la probabilidad de que padecieran un primer episodio de trastorno depresivo o de ansiedad era casi dos veces mayor (razón de probabilidades de 1,8) que la de sus familiares que no migraban. Resulta interesante constatar que el riesgo elevado afectó casi exclusivamente a los dos grupos de migrantes más jóvenes (18 a 25 años y 26 a 35 años en el momento del estudio). El mayor riesgo fue experimentado por los migrantes más jóvenes, que tenían de 18 a 25 años de edad en el momento del estudio: la probabilidad de que padecieran algún trastorno depresivo fue de 4,4 (casi cuatro veces mayor que la de quienes no migraron), en comparación con 1,2 para toda la muestra. En este grupo de edad, la probabilidad de experimentar un trastorno de ansiedad entre los migrantes fue de 3,4 (casi tres veces y media mayor que la de quienes no migraron), en comparación con 1,8 para toda la muestra. Es probable que los migrantes experimenten una amplia gama de problemas mentales que se agravan por el estrés adicional que supone la privación de sus derechos políticos, sociales y económicos (44).

EL GRADIENTE SOCIAL EN LA SALUD DE LAS AMÉRICAS

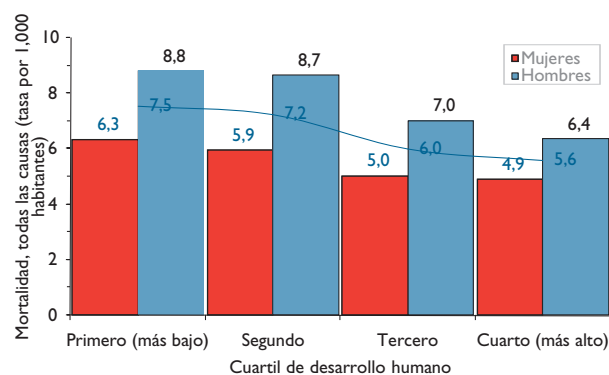
En esta sección se examinan las pruebas sistemáticas de la estratificación social de las desigualdades de salud entre y dentro de los países de la Región. Se examinan las cuestiones relacionadas con el gradiente social en la salud en cuanto a la esperanza de vida y las desigualdades e inequidades en materia de salud que aumentan el riesgo de morir de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones. Asimismo, se describen las desigualdades de salud a lo largo del gradiente social en lo referente a morbilidad (incidencia y carga de las enfermedades) y acceso a los servicios de atención sanitaria. Se presentan, en la medida en que la disponibilidad de datos lo permite, pruebas de las desigualdades y las inequidades en materia de salud entre y dentro de los países.

LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y LOS GRADIENTES DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En general, las tasas de mortalidad para todas las causas se distribuyen socialmente en la Región. Desde hace mucho tiempo se sabe que hay una diferencia entre los sexos en la mayoría de los datos de mortalidad y esperanza de vida. En la figura 2.13 se aprecia una tendencia clara en la distribución de las tasas generales de mortalidad en los países estratificados por cuartiles de índice de desarrollo humano; la brecha general entre los cuartiles de los extremos es de 1,9 por 1.000 habitantes (7, 24). Asimismo, se destaca la homogeneidad de los dos cuartiles inferiores.

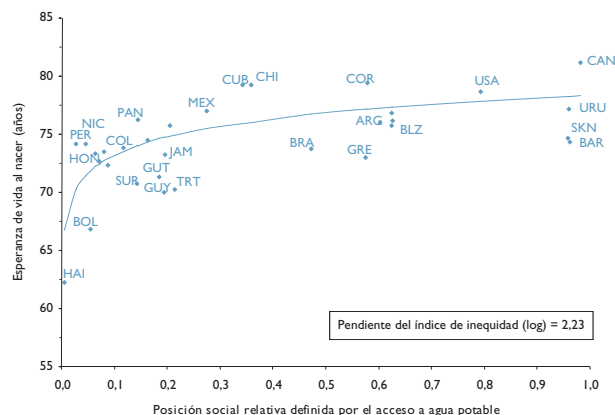
Uno de los mejores indicadores disponibles actualmente para abordar la salud y el bienestar en la sociedad es la esperanza de vida al nacer. Casi todos los países cuentan con estos datos demográficos básicos y de mortalidad para calcular el número de años que se puede esperar, por término medio, que un recién nacido viva. Este indicador puede explorarse con distintas variables para revelar el gradiente social. En la figura 2.14, por ejemplo, se observa el gradiente social en función del acceso al agua. En los países de la Región donde la posición social es avanzada en lo que respecta al acceso al agua, la esperanza de vida al nacer es mayor que en los países de posiciones sociales inferiores.

FIGURA 2.13. Gradientes sociales del riesgo absoluto de muerte, definidos según los cuartiles de desarrollo humano y el género, Región de las Américas, 2007–2009



Fuente: Referencia (7 y 24).

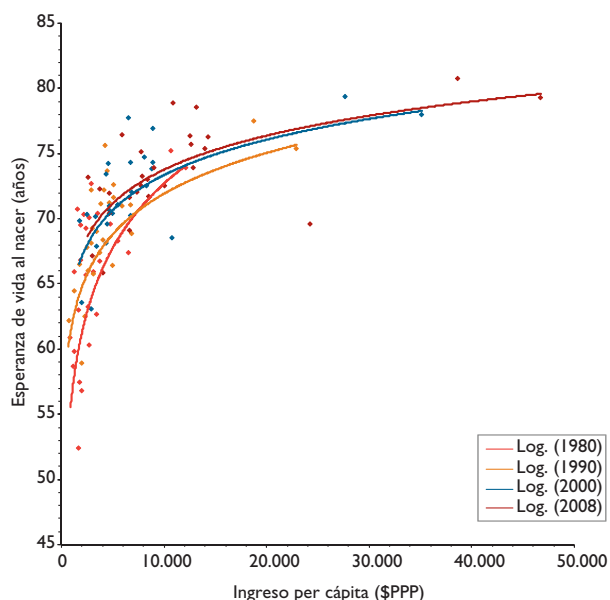
FIGURA 2.14. Desigualdades en la esperanza de vida al nacer a lo largo del gradiente social, definidas por el acceso al agua potable, Región de las Américas, 2008–2010



Fuente: Referencia (7).

La figura 2.15 muestra la relación entre la esperanza de vida y la situación económica transversal, según lo determinado por los ingresos ajustados por **paridad del poder adquisitivo** (\$PPP) en cuatro momentos del período comprendido entre 1980 y 2008 en la Región de las Américas. Se observa que una vez que los ingresos ponderados según el tamaño

FIGURA 2.15. Curvas de Preston de la esperanza de vida al nacer, países de la Región de las Américas, 1980–2008



Fuente: Referencia (4, 35).

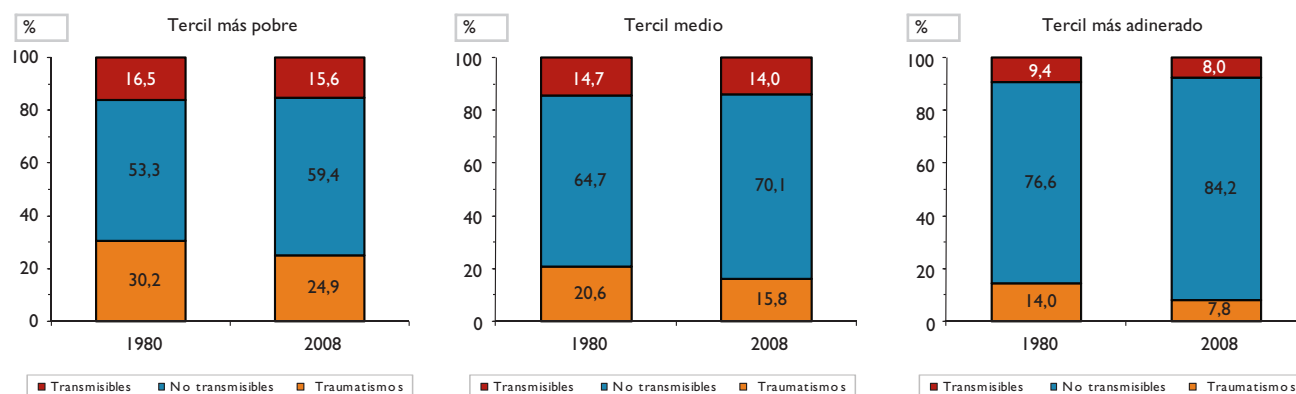
de los países mejoran, la esperanza de vida aumenta. Con el transcurso del tiempo, los ingresos aumentan y las muertes prematuras disminuyen; la forma, la distribución y la tendencia de la esperanza de vida también cambian a lo largo del gradiente de ingresos, y la desigualdad en la esperanza de vida en función del nivel de ingresos también disminuye. En 1980 había una brecha de 18 años (74 frente a 56) entre los países de los extremos del gradiente de ingresos; esta brecha se redujo a 11 años en 2008 (80 frente a 69).

La combinación de cambios demográficos, aumento de la supervivencia y cambios en los contextos social, conductual y ambiental impulsa la transición epidemiológica. En la figura 2.16 se muestran los cambios en la **transición epidemiológica** por terciles de ingresos (4, 45). El aumento de 8% en la tasa proporcional de mortalidad por enfermedades no transmisibles en los países del tercil superior de ingresos es la mayor diferencia que se observa; los aumentos en los países de ingresos medianos y bajos fueron de 5,4 y 6,1, respectivamente.

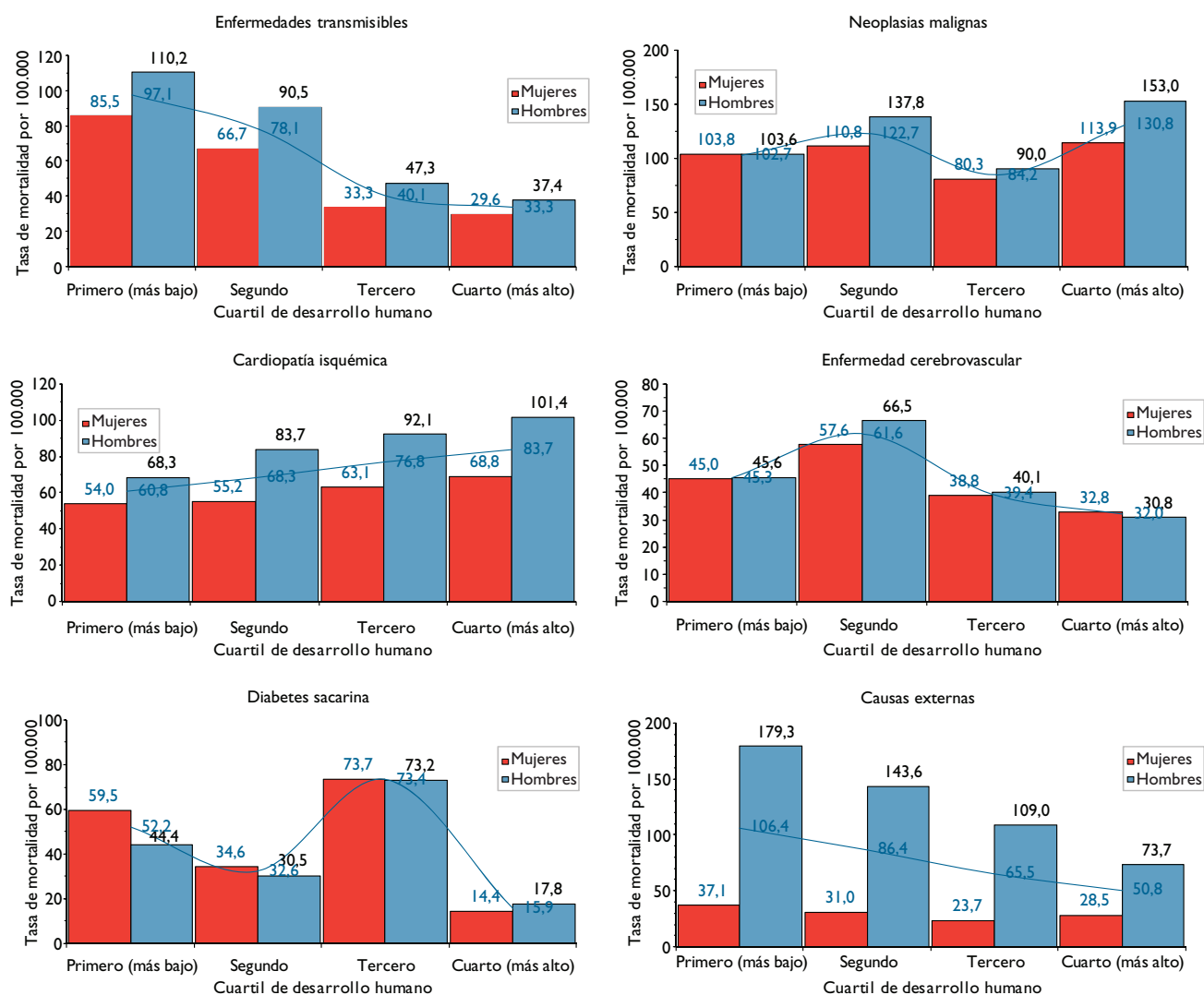
Cuando se consideran las tasas de mortalidad ajustadas por edad, causa y cuartiles de índice de desarrollo humano, los países de la Región se distribuyen de otra manera. Como se observa en la figura 2.17, la diferencia entre las tasas de mortalidad de los cuartiles de ingresos más bajos y más elevados es de 2,78 para las enfermedades transmisibles, 0,8 para las neoplasias, 0,73 para las enfermedades cerebrovasculares, 3,3 para la diabetes sacarina y 2,1 para todas las lesiones. El caso de las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes puede denotar problemas de acceso a atención adecuada (24, 45).

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La tuberculosis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe, y representa un gran costo económico para la Región (46). Las personas que viven en la pobreza y las afectadas por el hacinamiento, la desnutrición y la inadecuada ventilación son más susceptibles de contraer tuberculosis y también tienen mayores probabilidades de carecer de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

FIGURA 2.16. Transición epidemiológica por terciles de ingresos expresada como la mortalidad proporcional de la carga de los grupos de enfermedades, Región de las Américas, 1980 y 2008

Fuente: Referencia (4, 45).

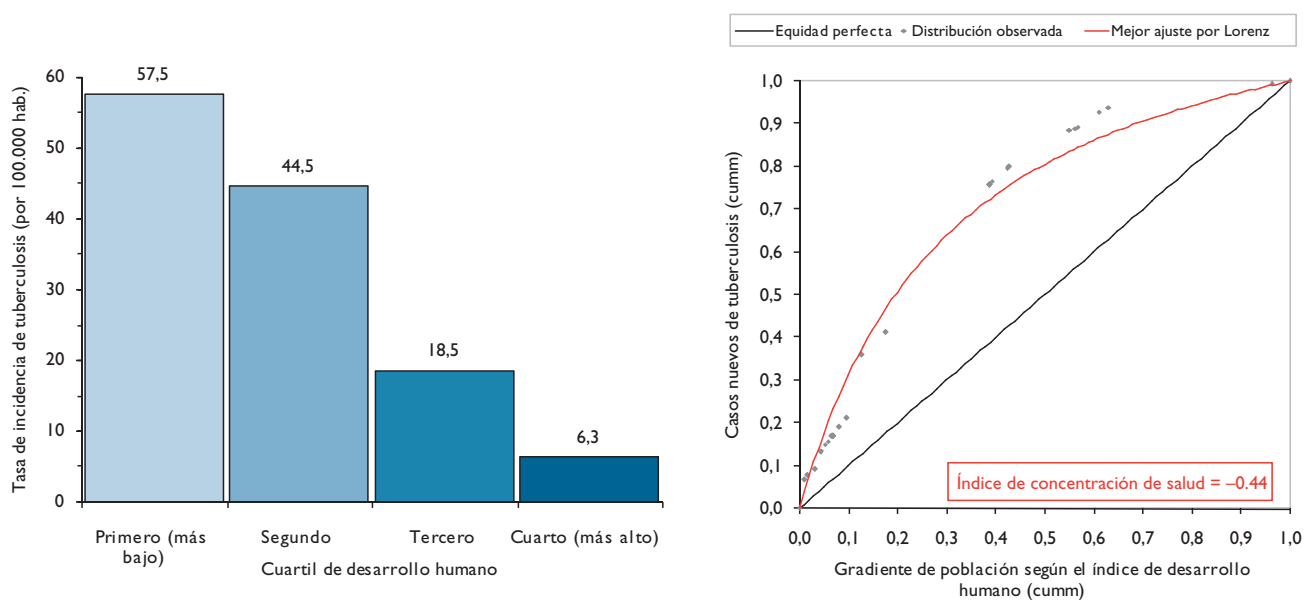
FIGURA 2.17. Gradientes sociales en los riesgos de muerte por causas específicas, según lo definido por los cuartiles de desarrollo humano y el género, Región de las Américas, 2007–2009

Fuente: Referencia (24, 45).

En la Región de las Américas, como en la mayor parte del mundo, la tuberculosis se diagnostica más frecuentemente en los hombres (62% de los casos); la proporción de hombres afectados por mujer es de 1,6, pero varía considerablemente en toda la Región, de más de 3 en Trinidad y Tabago a poco más de 1 en Haití (46). Por otro lado, mientras que en Perú la mayoría de los pacientes con tuberculosis multirresistente son hombres (1,53 hombres por mujer) (47), los estudios realizados en otras regiones del mundo indican que la tasa de conversión de la tuberculosis ordinaria a la tuberculosis multirresistente es igual entre las mujeres y los hombres, o bien, mayor entre las mujeres (48, 49, 50). Estas variaciones indican que las diferencias entre los hombres y las mujeres en relación con la infección tuberculosa tienen sus raíces en las normas sociales y las condiciones estructurales orientadas por el género. Además, los pocos datos probatorios disponibles indican que la tasa de infección por tuberculosis es mayor en las comunidades indígenas y que la discriminación y la estigmatización limitan el acceso de sus miembros a los servicios de tratamiento y atención de esta enfermedad.

La figura 2.18 muestra un gradiente claro en la tasa de incidencia de la tuberculosis en la Región de las Américas por cuartiles de desarrollo humano; cuanto más elevada es la posición de una población dada a lo largo del gradiente social regional, menor es el riesgo de que aparezca un nuevo caso de tuberculosis. El grado de desigualdad en el riesgo de contraer tuberculosis en todo el gradiente social de la Región, según lo definido por el desarrollo humano, es enorme (índice de concentración en salud = $-0,44$). Como indica la curva de concentración (gráfico de la parte derecha de la figura 2.18), en el 20% inferior (lado izquierdo del eje de las x) recae la carga de más de la mitad de todos los casos nuevos de tuberculosis en la Región, mientras que en el 20% más alto (o sea, el quintil del país que tiene el desarrollo humano más elevado) solo recae 5% de los casos de tuberculosis. De hecho, se observa que al menos 30% de todos los casos de tuberculosis en la Región están concentrados en el decil más bajo (es decir, 10%) del desarrollo humano. Estos datos indican que la tuberculosis en la Región de las Américas es una enfermedad de la pobreza, la exclusión social y la

FIGURA 2.18. Gradiente social y desigualdad en la distribución de los casos nuevos de tuberculosis, según el desarrollo humano, Región de las Américas, 2009



Fuente: Referencia (7, 24).

falta de oportunidades para el desarrollo humano, que son las causas de las causas.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles (ENT) —como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas— son la causa de una carga de morbilidad considerable en la Región de las Américas y de unos 3,9 millones de defunciones al año. Representan 76% de las defunciones en la población total de la Región y 29% de las defunciones entre los hombres y las mujeres menores de 70 años (45). Además, las ENT representan 74% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad.

Si las tendencias actuales continúan, la mortalidad por ENT podría aumentar considerablemente en la Región, pese a que muchas de ellas pueden prevenirse en gran medida y ser tratadas. Por otra parte, la carga de las enfermedades no transmisibles no afecta a todos los grupos sociales de la misma manera; tradicionalmente se han asociado a la riqueza, pero los datos actuales indican que el riesgo de padecerlas en realidad es mayor entre las personas de niveles socioeconómicos bajos. Por ejemplo, los cálculos indican que casi 30% de las defunciones prematuras debidas a las enfermedades cardiovasculares tienen lugar en el 20% más pobre de la población de la Región, en tanto que solo 13% se presentan en el 20% más adinerado (7). Los pobres pueden tener menos recursos para hacer cambios de modo de vida, así como menor acceso a servicios de salud de calidad, incluidos servicios de prevención y diagnóstico, tratamiento y medicamentos esenciales.

La carga de morbilidad también puede variar según el género o el origen étnico, debido a la exposición diferencial a los factores de riesgo (como consumo de tabaco, contaminación del aire u oportunidades para realizar actividad física) o a experiencias diferenciales con los servicios de salud. Lo anterior queda demostrado por el hecho de que en la Región de las Américas 15% más de hombres que de mujeres mueren prematuramente por ENT (45). Esto afecta aún más a las mujeres porque a

menudo tienen que cuidar de las personas con ENT, generalmente sin recibir ninguna remuneración a cambio, mientras que ellas mismas pueden padecer este tipo de enfermedades. Un estudio reciente realizado en Ecuador, México y Uruguay para determinar el tiempo que las mujeres y los hombres invierten en trabajos reenumerados y no remunerados reveló que los hombres dedican entre 22% y 28% de su tiempo a trabajos no remunerados, a diferencia de las mujeres, que invierten entre 47% y 77%. Los hombres dedican de 72% a 78% de su jornada laboral a trabajos remunerados, en comparación con 23% a 53% en el caso de las mujeres.

La actividad física es fundamental para conservar la salud y prevenir las ENT. Desde siempre, ha tendido a ser mayor en los países de ingresos bajos de la Región, en parte debido a que en esos países el trabajo y el transporte exigen un mayor grado de actividad; sin embargo, la urbanización amenaza con revertir rápidamente esa tendencia. Muchas ciudades no están adaptadas a los peatones, lo que aumenta la dependencia de los residentes urbanos en el transporte motorizado. La transición de un sector predominantemente agropecuario a un sector de servicios también conduce a grados inferiores de actividad en el trabajo (51). Y por último, la inversión en el establecimiento de espacios públicos en los vecindarios más pobres, en particular en los barrios pobres de las ciudades, no suele ser una prioridad, lo que priva a sus residentes y niños de espacio para hacer ejercicio. Aun cuando haya parques públicos en los vecindarios más pobres, generalmente estos no son mantenidos como es debido o son peligrosos debido a los índices elevados de violencia callejera y a la poca protección policiaca.

Con el aumento de la obesidad infantil, se ha puesto mayor interés en aprovechar el sistema escolar para dar acceso a la actividad física y a una nutrición saludable. La atención se ha centrado en incorporar más alimentos sanos a las comidas escolares, ofrecer comidas adicionales en la escuela y hacer hincapié en la actividad física. También se han desplegado esfuerzos para frenar la publicidad excesiva de la industria alimentaria, que en gran parte está directamente dirigida a los niños (51). La planificación urbana es otra esfera importante, dado que los

municipios tratan de combinar su ampliación con la creación de espacios exteriores y dar cabida a otros medios de transporte. Las mejoras que se realizan a los entornos donde las personas viven podrían tener repercusiones de amplio alcance sobre el aumento de las ENT (51).

LA VIOLENCIA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

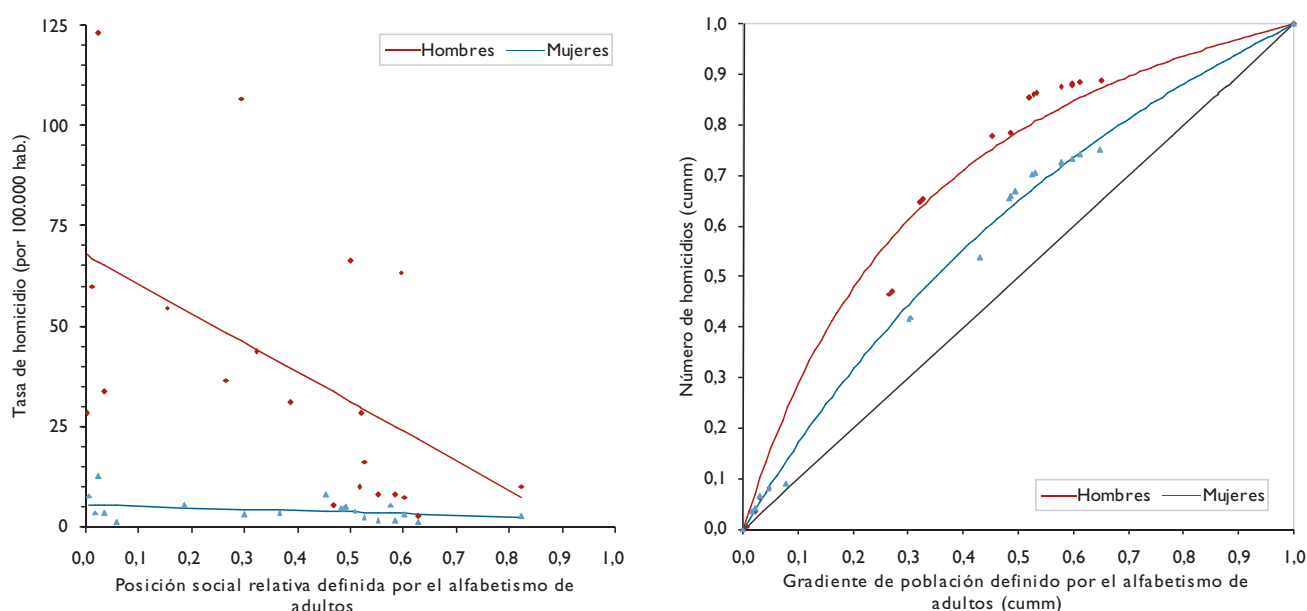
Un conjunto complejo de factores, como desempleo, alto grado de desigualdad en los ingresos, acceso reducido a la educación, cada vez menos oportunidades de empleo, mayor densidad de población en las zonas pobres y divisiones urbanas entre los distintos grupos de ingresos, por nombrar solo algunos, generan violencia en muchos niveles (52).

La violencia en la Región suele concentrarse en las zonas más pobres y marginadas de las ciudades; por ejemplo, las tasas de homicidio son más elevadas en las partes más pobres de Belo Horizonte (Brasil), Bogotá (Colombia), Ciudad de México (México) y Santiago (Chile) (53). La violencia también parece ser más frecuente en los lugares donde la riqueza y la pobreza extrema se cruzan, como ocurre en las zonas urbanas de Brasil, Colombia, México y Venezuela (52).

Al analizarse las tasas de mortalidad por homicidio, ajustadas por edad, en los países de la Región (base de datos de la OPS), tanto el género como la posición relativa en el gradiente social parecen desempeñar una función determinante en la producción de desigualdades con respecto al riesgo de homicidio. Por un lado, la tasa de homicidio entre los hombres es casi diez veces mayor que entre las mujeres; y por el otro, en un gradiente social definido por el alfabetismo en los adultos, el riesgo de homicidio es excesivo: 73 defunciones más por 100.000 habitantes para los hombres en el extremo inferior del gradiente de alfabetismo, en comparación con los que se encuentran en el extremo superior. Esta medida absoluta de la desigualdad es 20 veces mayor que entre las mujeres; de hecho, casi la mitad de todas las defunciones por homicidio están injustamente concentradas en el 20% inferior de los hombres adultos menos alfabetizados (figura 2.19) (45, 54).

La violencia es generalizada en la Región de las Américas, pero los datos indican que los factores que contribuyen a las reacciones violentas —ya sean cuestiones de actitud y conducta o cuestiones sociales, económicas, políticas y culturales más generales— pueden cambiarse, lo que permitiría

FIGURA 2.19. Gradiente social y desigualdades en el riesgo absoluto de homicidio, según lo determinado por el alfabetismo de adultos y el género, Región de las Américas, 2007



Fuente: Referencia (45, 54).

prevenir la violencia y, lo que es igualmente importante, reducir la inequidad asociada a ella (55).

Un análisis exploratorio de los datos de mortalidad de Venezuela de los 20 últimos años ha revelado datos sobre los efectos de la reducción de las desigualdades sociales sobre el riesgo de muerte por homicidio (figura 2.20) (56).

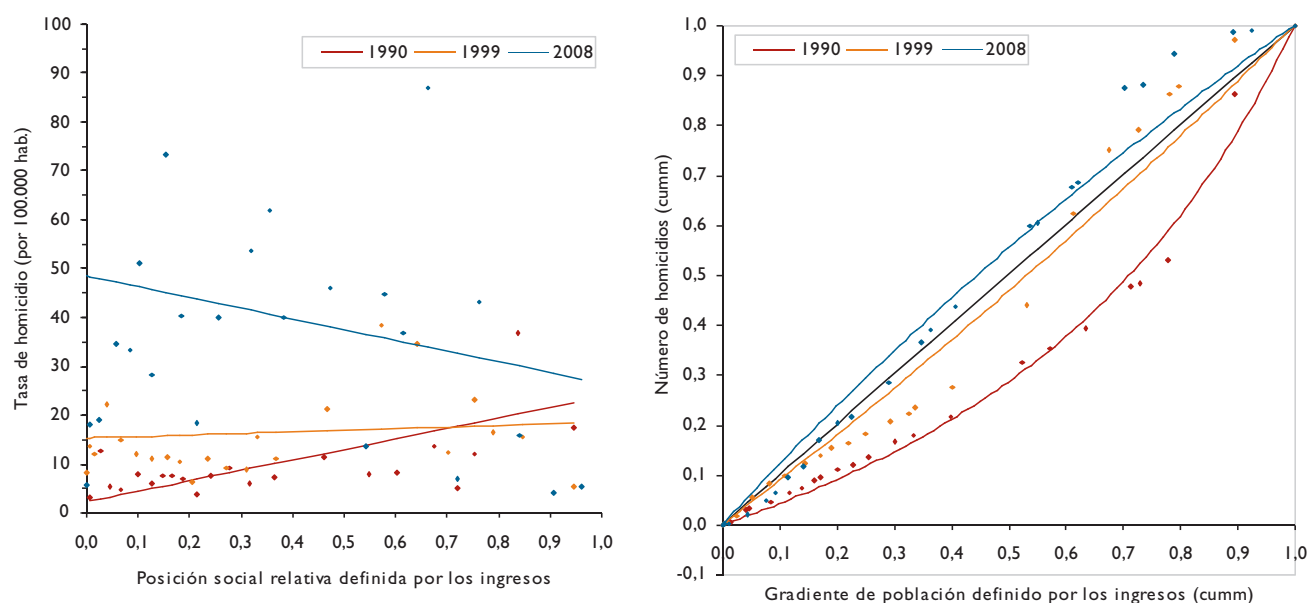
Tanto en valores absolutos como relativos, en la primera mitad del período observado tuvo lugar una reducción notable de la desigualdad: el índice de la pendiente de la desigualdad y el índice de concentración de salud, calculados a partir de un gradiente social definido por los ingresos, disminuyó casi a cero, es decir, hacia la igualdad. Los valores fueron positivos, lo que indica que la desigualdad estaba concentrada en los escalones superiores de la escalera social; en otras palabras, en 1990 había un riesgo excesivo de muerte por homicidio entre los grupos más adinerados. Los últimos datos probatorios indican que la brecha social asociada a este indicador está ensanchándose nuevamente, pero en la dirección opuesta, es decir, las tasas más elevadas de homicidio afectan a las personas con menores ingresos. Esta situación ilustra la complejidad de la determinación social de la violencia en una situación dominada por tasas medias de homicidio que siempre están en aumento.

LESIONES

En la figura 2.21 se indican las desigualdades en la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, según el sexo, en la Región de las Américas. Al examinarse la mortalidad por causas externas ajustada por edad, se observa un gradiente entre los terciles de ingresos inferior y medio, así como un gradiente más pronunciado en el tercil superior. El gradiente es mayor en los hombres y, en términos generales, las tasas son 25% menores en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, el perfil del suicidio es diferente, dado que representa aproximadamente 10% de todas las causas externas de la mortalidad en la Región y la tasa ajustada por edad indica que alcanza su punto máximo en los terciles de ingresos superiores e inferiores.

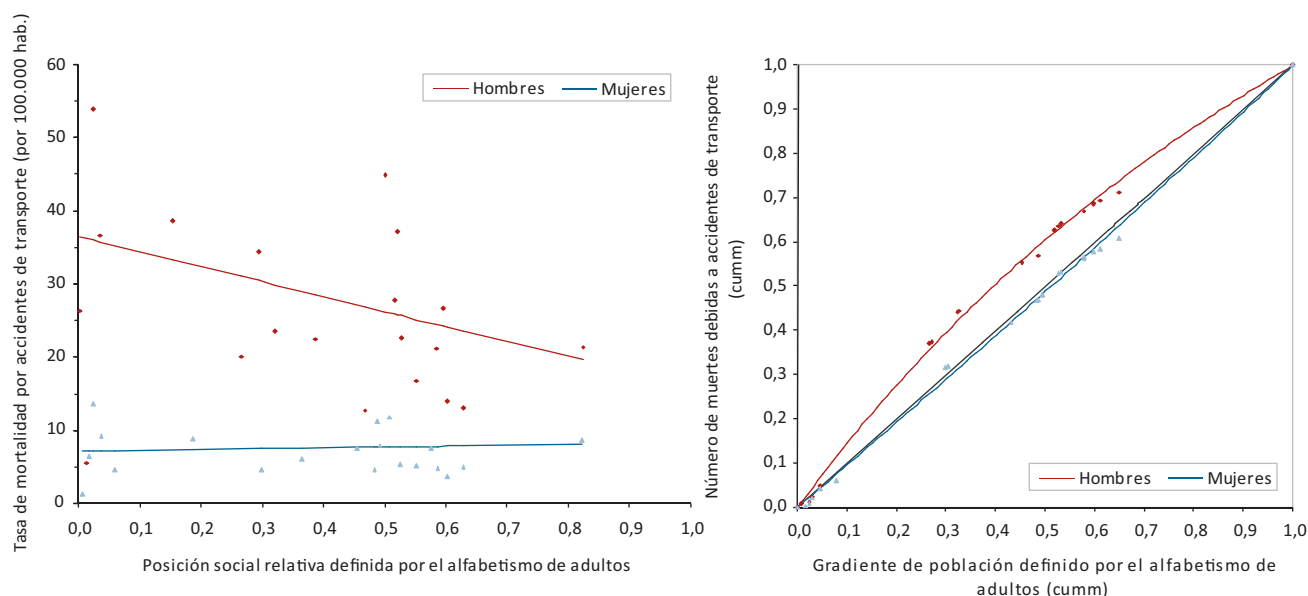
Al analizarse las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito de 2007, ajustadas por edad, según el sexo, se observa una tendencia a tasas mayores entre los hombres en la posición social inferior a tasas inferiores entre los hombres de una posición social más elevada. En general, el riesgo entre los hombres es tres veces mayor que entre las mujeres, y el riesgo de que un hombre muera en un accidente de tránsito puede duplicarse según la posición que ocupe en el gradiente social.

FIGURA 2.20. Pauperización con respecto a las desigualdades en el riesgo de homicidio, Venezuela, 1990, 1999 y 2008



Fuente: Referencia (56).

FIGURA 2.21. Gradiente social y desigualdades en el riesgo de muerte debida a los accidentes de transporte, según lo determinado por el alfabetismo de adultos y el género, Región de las Américas, 2007



Fuente: Referencia (45, 54).

MORTALIDAD MATERNA

Una vista rápida a las tasas de mortalidad materna de la Región indica unas 71 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el Cono Sur, en comparación con unas 364 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el Caribe latino, incluido Haití. En Costa Rica hay de 30 a 60 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, a diferencia de Guatemala, donde mueren unas 290 mujeres (de 140 a 1.600) por 100.000 nacidos vivos (2).

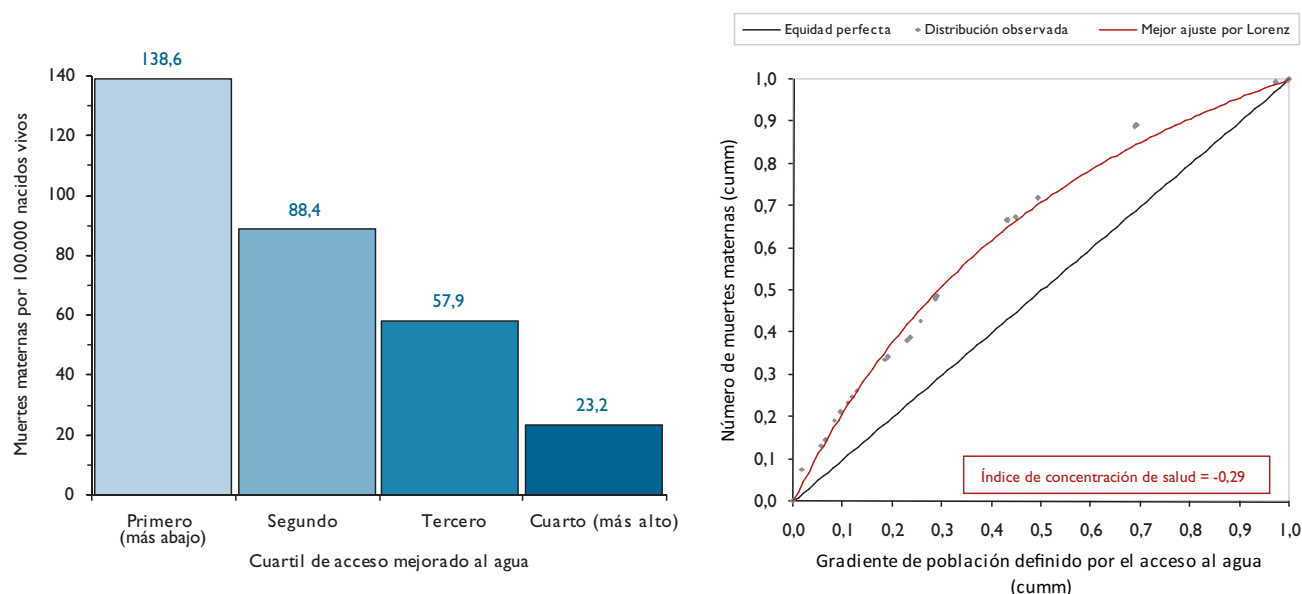
Los factores sociales, como el acceso a la atención de salud y las condiciones de vida, influyen claramente en la distribución de la mortalidad materna. En la figura 2.22 se indica el gradiente de mortalidad materna por cuartil de la población que tiene acceso al agua.

En la figura 2.23 se observa la determinación social de la mortalidad materna.² Se muestran las profundas desigualdades en el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad, según la escolaridad, si bien la brecha social está reduciéndose (54, 57). En 1990, año en que se fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), más de la mitad de todas las defunciones maternas en la Región de las Américas (incluida América del Norte) estaban concentradas en el quintil de la población con la

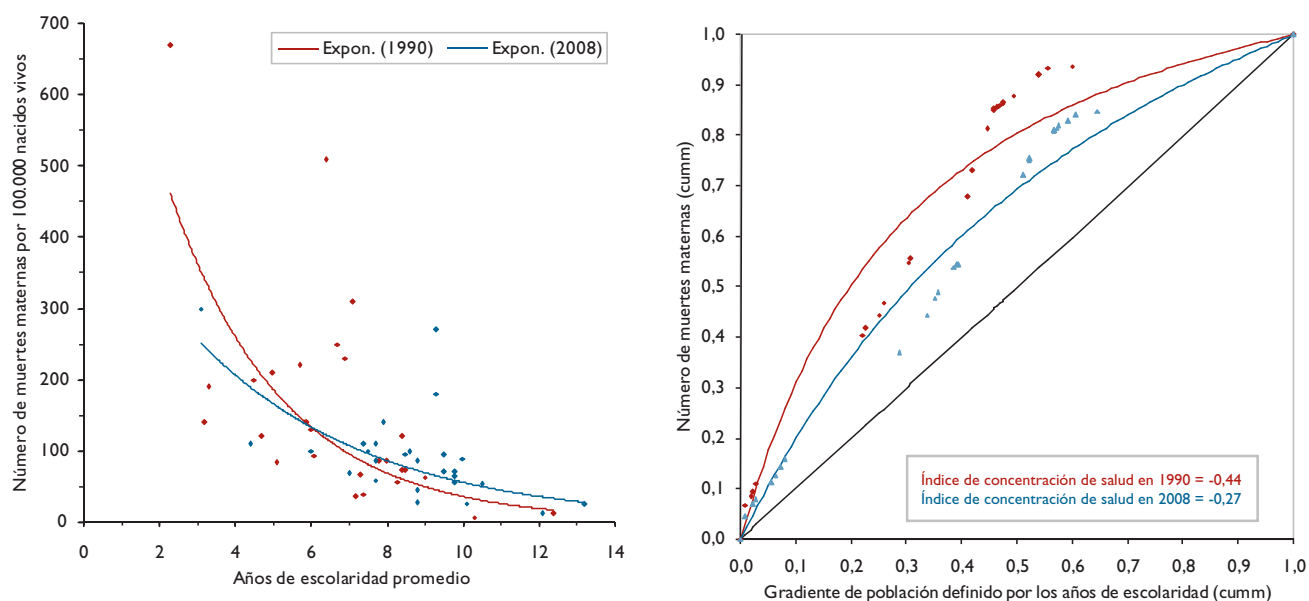
escolaridad más baja, mientras que solo 6% estaba en el quintil más educado. En 2010, el quintil de la población menos educada todavía representaba más de 35% de las defunciones maternas, mientras que el quintil más educado representaba casi 10%.

El análisis también revela la naturaleza no lineal de la relación entre la escolaridad y el riesgo de muerte materna; de hecho, la relación se invierte de manera exponencial: si se agrega un solo año de educación al extremo inferior del gradiente social definido por la escolaridad en la población de mujeres, el efecto en la reducción de la mortalidad materna es considerablemente mayor que la misma unidad de cambio en cualquier posición más elevada

² La fuente de datos sobre los años de escolaridad es el conocido conjunto de datos de Barro-Lee de la Oficina Nacional de Investigaciones Económicas de Estados Unidos, cuya versión más reciente (y renovada) del Índice de Desarrollo Humano es utilizada por el PNUD. La fuente de las cifras de mortalidad materna es la Iniciativa de Indicadores Básicos en Salud de la OPS, que utiliza los cálculos conjuntos de mortalidad materna correspondientes al período de 1990 a 2008 de la OMS, del UNICEF, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y del Banco Mundial (publicados en 2010).

FIGURA 2.22. Gradiente social y desigualdad en el riesgo de muerte materna, según lo determinado por el acceso mejorado al agua, Región de las Américas, 2008

Fuente: Referencia (7).

FIGURA 2.23. Gradiente social y desigualdades en la mortalidad materna, según lo determinado por los años de escolaridad, Región de las Américas, 1990 y 2008

Fuente: Referencia (54, 57).

del gradiente social. Dada la naturaleza global y exploratoria de este análisis, los datos probatorios pueden favorecer las intervenciones educativas geográficamente orientadas (es decir, focalizadas) para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna.

MORTALIDAD INFANTIL

Las diferencias en la posición socioeconómica, el lugar de residencia y el género se reflejan en los resultados de salud, tanto regionales como nacionales, para los niños. Según las encuestas demográ-

ficas de salud del período comprendido entre 2005 y 2006 recogidas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la prevalencia de peso inferior al normal entre los niños hondureños menores de 5 años fue de 16% en el sector de la población que ocupa el 20% más bajo de la escala económica, en comparación con 2% en el 20% más adinerado (31); en otras palabras, la probabilidad de que los niños del sector de la población que ocupa el 20% más bajo de la escala económica presentaran un peso inferior al normal fue 8,1 veces mayor. A pesar de las considerables mejoras de los últimos decenios, en Perú la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años sigue siendo más elevada en las zonas rurales que en las urbanas.

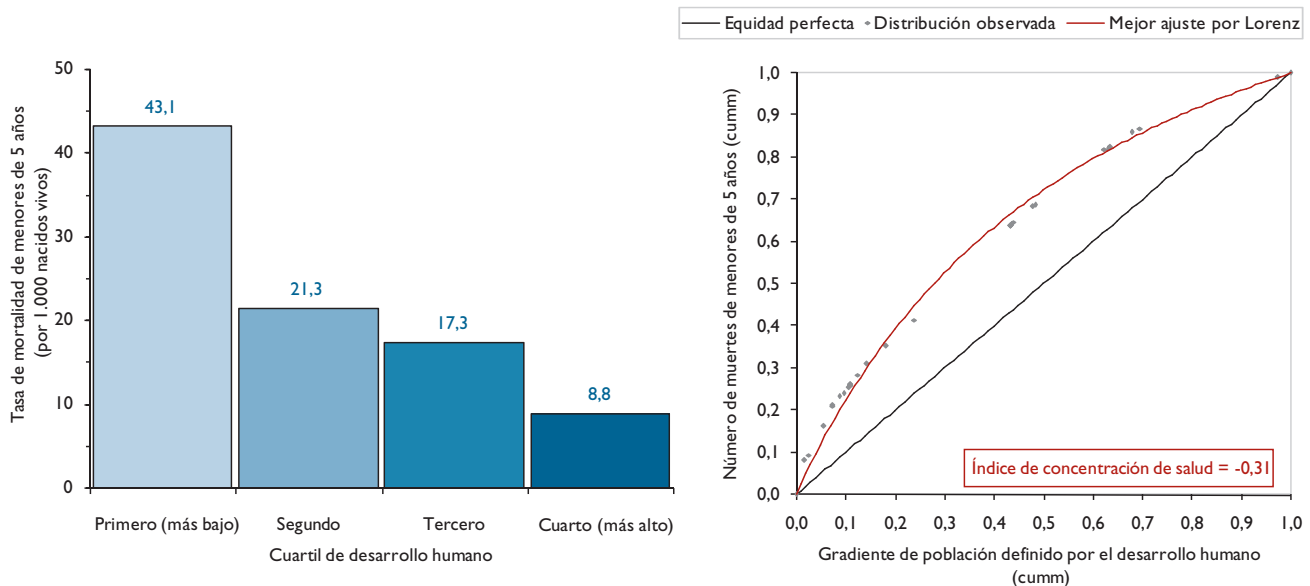
Al considerarse las tasas de mortalidad entre los menores de 5 años por cuartiles de índice de desarrollo humano (figura 2.24), se observa que el riesgo de morir antes de los 5 años es 4,9 veces mayor entre los niños del cuartil más bajo, lo que representa un exceso de mortalidad de 34 defunciones por 1.000 nacidos vivos (54). El perfil de este gradiente es muy similar al de la distribución de la mortalidad de menores de 5 años por acceso al agua, lo que apunta al hecho de que las condiciones ambientales influyen

en las distribuciones observadas y son una consecuencia del gradiente social.

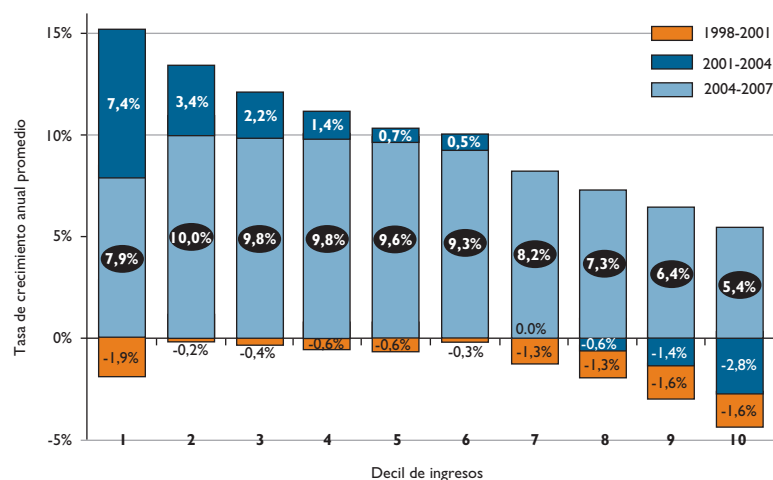
Los datos de Brasil ilustran de qué modo las políticas generales de distribución económica pueden afectar la salud de los niños (figuras 2.25 y 2.26) (58, 59, 60). En la figura 2.25 se muestra el aumento de los ingresos por decil de ingresos durante tres períodos: 1998 a 2001, 2001 a 2004 y 2004 a 2007. De 1998 a 2001, todos los deciles de la población experimentaron una reducción de los ingresos, que fue más pronunciada en los deciles más altos y más bajos (la repercusión relativa fue mayor en los deciles inferiores); de 2001 a 2004, los deciles de ingresos más bajos tuvieron el mayor aumento; y de 2004 a 2007, todos los deciles aumentaron de forma bastante uniforme, señal de las mejoras estructurales introducidas en toda la sociedad.

Estas mejoras se reflejaron en la evolución de la mortalidad infantil en el mismo período. En Brasil se redujo, por un lado, su tasa de mortalidad infantil de casi 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos a cerca de 20, y por el otro, el índice de la pendiente de la desigualdad (de 52 a 23 defunciones excesivas por 1.000 nacidos vivos) en todo el gradiente social y el índice de concentración de

FIGURA 2.24. Gradiente social y desigualdad en el riesgo de morir antes de los 5 años de edad, según lo determinado por el desarrollo humano, Región de las Américas, 2007–2009



Fuente: Referencia (7, 24).

FIGURA 2.25. Tasa de crecimiento anual promedio en los ingresos per cápita, por deciles y por periodo, Brasil, 1998–2007

Fuente: Referencia (58).

salud (de 0,23 a 0,19) (52). Lo anterior refleja una disminución tanto de la desigualdad absoluta como de la relativa.

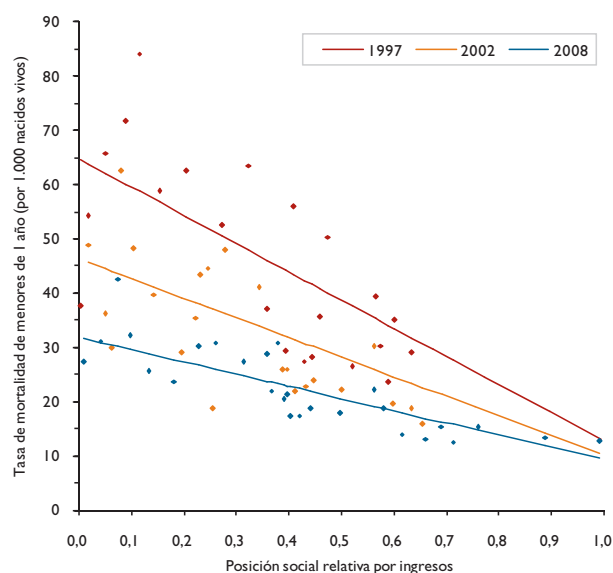
DESIGUALDADES RURALES Y URBANAS

Entre las preocupaciones importantes de las poblaciones rurales están los problemas relacionados con el

agua y el saneamiento, la distribución de los centros de salud y la dotación de personal de los establecimientos rurales de asistencia sanitaria. Los residentes rurales también tienen una carga de morbilidad diferente a la de los residentes urbanos, ya que están expuestos a distintos factores de riesgo relacionados con la ocupación y el entorno. Esto se observa en el caso de las enfermedades transmisibles, que siguen aquejando a los habitantes de las zonas rurales de forma importante, en parte debido a que están expuestos a vectores de enfermedades como los mosquitos, sobre todo si realizan trabajos

agrícolas y viven cerca de zonas cada vez más deforestadas, y también debido a la infraestructura inadecuada.

En Brasil, 87% de la población urbana tiene acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, a diferencia de solo 37% de la población rural (13). En Perú, 39% de los residentes rurales dependen de fuentes de agua potable inadecuadas; si se considera que la población rural representa casi 30%, estamos

FIGURA 2.26. Reducciones en la mortalidad de menores de 1 año y la desigualdad en todo el gradiente social definido por los ingresos, Brasil, 1997, 2002 y 2008

Fuente: Referencia (59, 60).

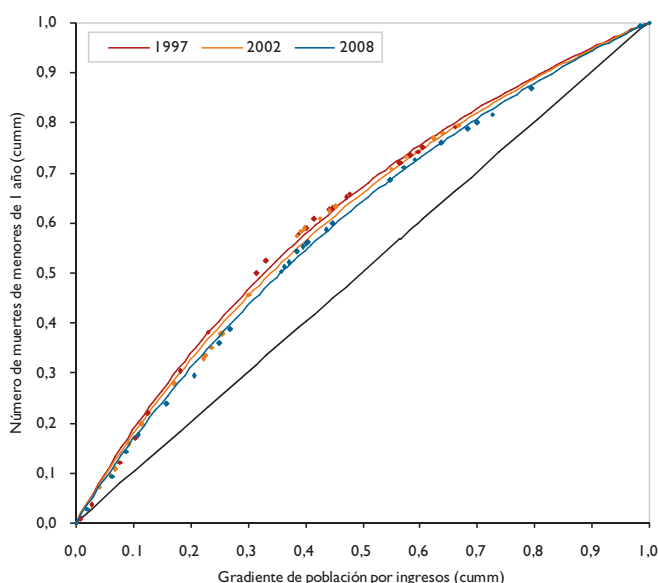
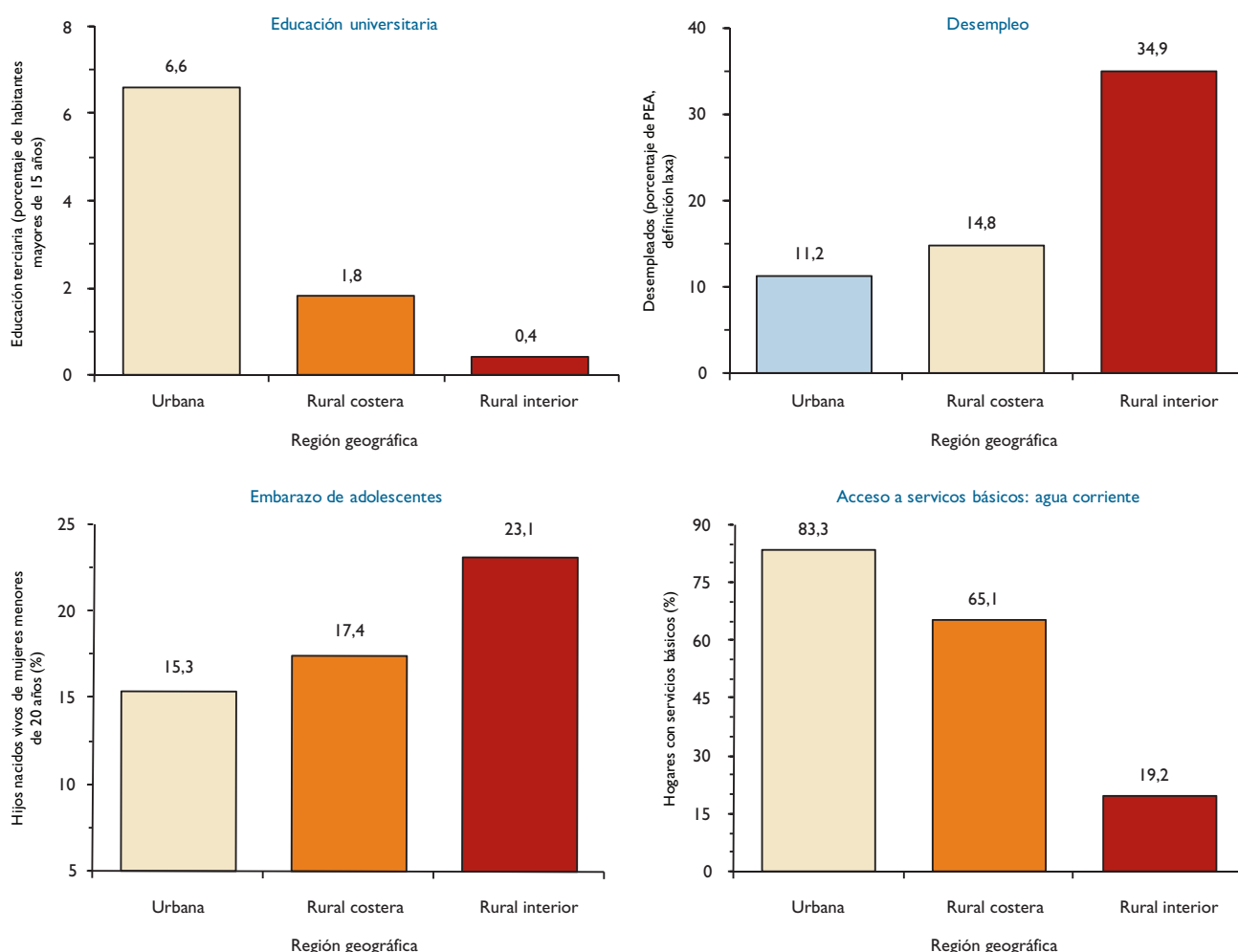


FIGURA 2.27. Gradientes sociales en algunos determinantes de la salud, según las regiones geográficas, Suriname, 2004

Fuente: Referencia (61, 62).

hablando de tres millones de personas (más de 10% de la población) que dependen de fuentes de agua de calidad inferior (13).

En la figura 2.27 se observa cómo se manifiestan las diversas condiciones sociales en los entornos rurales y urbanos. Los últimos datos del censo de Suriname (2004) indican que la proporción de residentes urbanos con educación terciaria fue 14 veces mayor que la de residentes rurales (6,6% frente a 0,4%), la tasa de desempleo fue tres veces mayor entre la población rural, el acceso al agua fue cuatro veces mayor entre la población urbana y la tasa de embarazo entre adolescentes fue 1,5 veces mayor entre los residentes rurales (61, 62).

La proximidad a los centros de salud es otra preocupación importante en las zonas rurales. En

comparación con los residentes urbanos, los rurales tienen que recorrer distancias mayores para llegar a los establecimientos locales de asistencia sanitaria; además de requerir un transporte adecuado y asequible entre su comunidad y el centro de salud, los residentes rurales tienen que soportar una carga mayor en lo que respecta a tiempo invertido en salud. Por otra parte, tienen que negociar y pagar el transporte, y destinar tiempo de su trabajo para desplazarse al consultorio, lo que podría traducirse en pérdidas de salarios o cultivos. En muchos casos, los residentes de las comunidades rurales pueden verse obligados a recorrer distancias todavía mayores para resolver problemas de salud más complejos, como una operación quirúrgica, lo que complica aún más los problemas relacionados con los traslados.

REDUCIR LA BRECHA DE EQUITAD: ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Si bien la Región de las Américas ha sido considerada desde siempre la región más desigual del mundo, América Latina tiene una larga tradición de dedicar atención preferente a las desigualdades e inequidades, intentar abordar los determinantes de salud y luchar por que estos esfuerzos se traduzcan en acción política (14). Los países de la Región se han esforzado por atenuar los determinantes sociales de la salud en las siguientes esferas: gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud, función del sector de la salud, promoción de la participación, acción mundial sobre los determinantes sociales y seguimiento de los progresos realizados (8).

EL BUEN GOBIERNO

El reconocimiento creciente de que la salud de la población no puede mantenerse centrando la atención exclusivamente en el financiamiento y la distribución de los servicios médicos, ha llevado a algunas instancias normativas y partes interesadas a proponer más estrategias amplias e integradas que fomenten “la salud en todas las políticas”. Este enfoque ayuda a los líderes y a las instancias normativas a integrar las consideraciones sobre la salud, el bienestar y la equidad en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas y los servicios (63). Algunos países de la Región ya han reconocido la importancia de incorporar los determinantes de la salud en sus procesos de reforma sanitaria y han adoptado una gama de cambios en las políticas públicas: por ejemplo, la reglamentación del alcohol y los productos del tabaco, la ampliación de sistemas de transporte más saludables (ciclovías, caminos y vías adaptados a los peatones), mejoras de la calidad del agua y del aire, ampliación de los servicios de atención primaria de salud y mejoras a los programas nutricionales. El enfoque de “la salud en todas las políticas” ha ayudado a trasladar la atención de los modos de vida individuales y de la enfermedad a los determinantes y medidas más generales que repercuten sobre la salud de la población (8).

En el marco de los determinantes sociales de la salud, el objetivo es lograr la equidad en salud en todas las políticas públicas y, con ese fin, se han concebido y fomentado instrumentos como la evaluación de los efectos sanitarios,³ la evaluación de riesgos⁴ y el análisis de costos y beneficios.⁵ La salud urbana es un ejemplo, ya que para afrontar estos problemas de salud se requiere la intervención de varios sectores. La falta de planificación urbana, el crecimiento urbano y el envejecimiento de las ciudades afectan la calidad de vida de los residentes urbanos, el funcionamiento de las infraestructuras de servicios públicos y las desigualdades e inequidades crecientes en el acceso a los servicios y las oportunidades concebidas para mejorar la calidad de vida y el bienestar. Sin embargo, la buena planificación urbana, que hace participar activamente a los ciudadanos y fomenta la colaboración multi-sectorial, puede ayudar a prevenir e incluso a revertir estas desigualdades, al contribuir a crear condiciones que permitan a la gente tener una vida saludable.

³ Permite determinar los efectos sanitarios de las políticas, los planes y los proyectos en los diversos sectores económicos mediante técnicas cuantitativas, cualitativas y participativas. Además, ayuda a tomar decisiones sobre las opciones y mejoras para prevenir las enfermedades y traumatismos, y promover activamente la salud.

⁴ La evaluación de riesgos es un método sistemático concebido para cuantificar la carga de morbilidad o de traumatismos resultante de los factores de riesgo. Los riesgos se definen como la probabilidad de que ocurra un fenómeno adverso (por ejemplo, ingreso al hospital por problemas respiratorios cuando aumentan los niveles de contaminación) o un factor que aumenta la probabilidad de un fenómeno adverso (por ejemplo, vivir cerca de un camino concurrido).

⁵ Aprovechando el trabajo de evaluación de riesgos que cuantifica la carga de morbilidad, se emprende el análisis de costos y beneficios de las intervenciones para ayudar a identificar qué intervenciones reducirán la carga de morbilidad. Hay muchas maneras de emprender estos análisis y se dispone de métodos estándar para hacerlo. En el campo de la salud pública suele ser difícil conseguir la información necesaria para llevar a cabo los análisis de costos y beneficios de las intervenciones basadas en la población: hay mucha más información acerca de las intervenciones individuales.

RECUADRO 2.1. Ejemplos de políticas públicas saludables que han tenido éxito en la Región de las Américas**Políticas regionales para controlar el consumo de alcohol**

En 2008, se modificaron las leyes relacionadas con conducir en estado de ebriedad en Brasil, con el objetivo de reducir considerablemente el límite legal permitido de la concentración de alcohol en sangre al conducir (Ley 11.705/08, conocida como “tolerancia cero”). Después de la ejecución de una ordenanza local que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas después de las 11:00 p.m. en la ciudad de Diadema, se observó una disminución de 30% en el número de homicidios y una disminución considerable de las notificaciones de violencia doméstica (Dubalibi et al., 2007).

En Costa Rica, la comercialización de bebidas alcohólicas se ha restringido rigurosamente y requiere la aprobación de un consejo independiente (base de datos mundial de la OMS sobre el consumo de alcohol: <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>).

Políticas regionales para controlar el consumo de tabaco

Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay han sancionado una legislación nacional que prohíbe fumar en los espacios públicos y los lugares de trabajo. Argentina, Brasil y México cuentan con políticas nacionales o subnacionales (en los niveles de Estado, provincia y ciudad) a este respecto.

Fuente: Referencia (64).

RECUADRO 2.2. La experiencia de Bogotá (Colombia) en relación con los determinantes sociales de la salud

Desde 2004, Bogotá ha promovido el programa Salud a su Hogar con una óptica de derechos humanos para abordar cinco componentes básicos:

1. necesidades de alfabetismo de los grupos de población,
2. determinación de las inequidades,
3. promoción de las actividades intersectoriales,
4. ejecución de la [presupuestación participativa](#), y
5. empoderamiento de las comunidades.

El programa ha permitido a Bogotá obtener resultados importantes en cuanto a los indicadores clásicos de salud pública, que a su vez han mejorado el índice de desarrollo humano. Por otra parte, la experiencia de esta ciudad suele citarse como una opción satisfactoria en el manejo de las políticas públicas, habida cuenta de las actividades para abordar los determinantes sociales y ampliar el debate sobre la salud y las enfermedades. Hoy día, la ciudad tiene una nueva visión política que tiene en cuenta la calidad de vida y el bienestar de la población, a la que todos los sectores contribuyen con la finalidad de derribar los obstáculos del enfoque sectorial lineal. El programa se ha complementado con la reorganización del distrito estatal como una manera de fortalecer la participación social y, a su vez, reforzar la ciudadanía activa.

El sistema de protección social de Chile también incorpora los determinantes de la salud en los procesos de reforma sanitaria. En virtud de la Ley N° 20.379, aprobada por el Congreso en 2009, se estableció el programa Chile Crece Contigo, que garantiza protección social para todos los niños de

hasta 4 años de edad (65). Los componentes fundamentales de esta ley abordan el apoyo psicosocial directo, el apoyo financiero y el acceso prioritario a los programas sociales.

El componente de apoyo psicosocial directo del programa Chile Crece Contigo permite determinar

con criterios predefinidos qué familias están en situación de pobreza extrema; una vez identificadas, se les invita a concertar un acuerdo con un asistente social designado que les ayuda a fortalecer sus vínculos con las redes de relaciones sociales y a obtener acceso a prestaciones sociales a las que tienen derecho. También se les presta ayuda económica en forma de transferencias de dinero en efectivo y pensiones, así como subsidios para sacar adelante a su familia o cubrir los costos de agua y saneamiento. El sistema de protección social también concede a estas familias acceso preferente a programas preescolares, cursos de alfabetización para adultos, programas de empleo y consultas de carácter preventivo para las mujeres y los niños.

Quizás lo más importante sea que este programa complementa el esfuerzo multisectorial que promueve el desarrollo del niño en la primera infancia, desde el nacimiento hasta los 4 años de edad, mediante programas de educación preescolar, revisiones médicas preventivas, mejores licencias laborales para los padres y mayores beneficios para los niños. También ofrece un mejor acceso a los servicios de atención infantil, a la vez que hace valer el derecho de las madres que trabajan a amamantar a sus bebés, con la finalidad de fomentar su participación en el mercado laboral. Esta experiencia sirve como modelo para abordar las “causas de las causas” y trabajar con todos los sectores para lograr la equidad en materia de salud.

Los programas de transferencias condicionales de dinero en efectivo, otro tipo de iniciativas de colaboración intersectorial, son una importante herramienta dentro de las políticas sociales porque hacen frente a la pobreza mediante beneficios económicos, educativos y sanitarios, e incluyen la coordinación entre los diversos sectores. El programa brasileño Bolsa Familia es un ejemplo excelente, ya que cuenta con 53 millones de beneficiarios y es el mayor programa de transferencia condicional de dinero en efectivo en el mundo. El Ministerio de Desarrollo Social de Brasil lo administra, pero los pagos a los beneficiarios se efectúan por medio del sistema bancario y muchos aspectos de su ejecución están descentralizados a los 5.561 municipios del país (66).

Un estudio realizado por el Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) examinó los logros y desafíos de Bolsa Familia y reveló que más de 80% de sus beneficios llegan a las familias que viven en la pobreza (aquellas que ganan menos de la mitad del salario mínimo per cápita). El estudio también puso de manifiesto que gracias a Bolsa Familia, la desigualdad en Brasil se redujo aproximadamente 20% desde 2001, un logro significativo en un país donde las desigualdades y las inequidades son alarmantes. La igualdad en materia de educación y las cifras de matriculación escolar también han aumentado durante el último decenio como consecuencia del aumento del gasto público en educación. La tasa neta de matriculación en la escuela secundaria aumentó 13% entre 2000 y 2008, esto es, de 68,5% a 81,5% (67). No cabe duda de que estas políticas sociales han tenido un resultado directo en la reducción de la desigualdad en materia de educación y en el aumento de la matriculación escolar. La ampliación de Bolsa Familia, junto con los cambios en la seguridad social y los aumentos en el gasto en educación pública, han desempeñado un papel importante en la reducción de la desigualdad y de la pobreza en Brasil.

La ejecución de esta política social permitió al Brasil alcanzar su primer ODM —reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven en situación de pobreza extrema— casi diez años antes de la fecha límite de 2015 (68). Según la CEPAL, entre 2001 y 2009 la distribución de la riqueza contribuyó 54% a disminuir la pobreza, mientras que el crecimiento económico contribuyó 46% (69). Así pues, si bien el fuerte crecimiento económico de Brasil ha desempeñado una función importante en el aumento de la riqueza general del país, sus políticas sociales, ejecutadas por mandato político, sin duda han ayudado a distribuir esta riqueza.

Aunque es importante considerar los determinantes sociales de la salud en *todo* el espectro socioeconómico, las enormes inequidades manifiestas en la distribución de la salud en la Región de las Américas a menudo requerirán intervenciones más focalizadas, entre ellas, los programas mencionados

RECUADRO 2.3. CISALUD (El Salvador) y Crecer (Perú)

En 2009, El Salvador esbozó una política social y los lineamientos estratégicos de su plan de desarrollo en torno a la propuesta de un sistema universal de protección social. Este sistema abarcaba las comunidades solidarias urbanas y rurales, un programa de apoyo temporal al ingreso, una pensión básica universal, un programa integral para adultos mayores, medidas dirigidas a los grupos de población vulnerables, mayor cobertura de seguro social y un registro único de beneficiarios.

Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud ha formulado una política sanitaria, descrito estrategias para su ejecución e institucionalizado la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), que está integrada por representantes del Gobierno, la sociedad civil y otros interesados directos principales, y funciona como un foro para examinar los problemas más importantes del país en materia de salud y sus factores determinantes.

Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador, 2012.

El programa nacional Crecer del Perú, que incluye muchos sectores (educación, medio ambiente y condiciones de vida, y acceso a la atención de salud) a fin de abordar los determinantes sociales del hambre, hace hincapié en la importancia de ir más allá de mejorar la salud para buscar activamente formas de trabajar con otros sectores, entre ellos, el educativo, de agua y saneamiento, vivienda y agricultura, y los sectores sociales. Colaborar con los distintos sectores para atenuar los determinantes sociales de la salud es una de las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Fuente: Referencia (70).

de transferencias condicionales de dinero en efectivo. Los datos indican que las transferencias de dinero en efectivo a los hogares de bajos ingresos contribuyen de forma importante al cumplimiento de objetivos de salud pública y podrían mejorar considerablemente el acceso a los sistemas de salud. Estos programas determinan cuáles son los grupos de población más necesitados del país en cuestión y procuran mejorar sus circunstancias, generalmente concentrándose en la salud o la educación. A pesar de que estos programas solo representan una parte pequeña del gasto público social de cada país, sus beneficios han sido considerables, razón por la cual se les ha reconocido internacionalmente. Birdsall (71) señala a estos programas como un elemento fundamental de las políticas sociales de los países latinoamericanos que más progresos han realizado en cuanto a igualdad en el último decenio. Así pues, aunque el objetivo final de un enfoque de determinantes sociales de la salud es paliar las diferencias en todos los niveles de la sociedad (el gradiente social), las circunstancias regionales a menudo requieren intervenciones iniciales dirigidas a los grupos de población más vulnerables y necesitados.

FUNCIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD

Además de proporcionar el impulso necesario para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, el sector sanitario también tiene la función fundamental de abordar su propia contribución a las inequidades en materia de salud. Los sistemas sanitarios pueden transformarse en redistribuidores de la riqueza de los países; si la distribución de productos, suministros y servicios relacionados con la salud se fundamenta en la equidad y la solidaridad, de alguna manera eso responde a las necesidades de los diversos grupos de población y se traducirá en un mecanismo importante de redistribución de riqueza. Si bien la ejecución de políticas públicas en relación a todos los determinantes sociales es fundamental para mejorar la salud y reducir las desigualdades, el sector de la salud puede contribuir del mismo modo a establecer un diálogo que aborde por qué la salud y la equidad en salud son objetivos compartidos en toda la sociedad, así como a determinar la manera en que otros sectores (con sus propias prioridades específicas) pueden beneficiarse de las medidas adoptadas con respecto a los determinantes sociales.

En un sistema de salud determinado, los actores, las instituciones y los recursos (incluidos los programas de salud pública) que actúan para mejorar la salud constituyen un determinante social. Aunque los sistemas sanitarios pueden ser un factor determinante de la salud, por sí mismos no siempre fomentan la equidad o contribuyen a aumentarla (72). De hecho, en algunos casos el sector de la salud puede aumentar las inequidades, que se hacen patentes cuando el mejor acceso y calidad de la atención benefician a algunos sectores de la sociedad que están menos necesitados. Los pagos directos por servicios de salud, también conocidos como pagos en efectivo, conducen a la pobreza a 100 millones de personas cada año en el mundo (73).

A pesar de que en los últimos años América Latina ha tenido un crecimiento económico moderado y realizado progresos considerables en la reducción de la pobreza, los efectos adversos para la salud o los sucesos normales del ciclo de vida (como la vejez) no solo socavan la salud de los individuos, sino que también pueden empobrecer a toda la familia. Además de los costos del tratamiento, las familias tienen que sufragar el costo que representa el tiempo laboral productivo que pierden cuando cuidan de familiares enfermos. Esta combinación de costos puede obligar a los individuos y a las familias a reducir el consumo extramédico, una situación que afecta más a la población que ya es pobre. Un estudio realizado por el Banco Mundial ha revelado que 5% de las familias argentinas que no eran consideradas pobres cayeron por debajo del umbral de la pobreza durante al menos tres meses en 1997, como consecuencia de gastos de salud; en Chile y Honduras se observaron resultados similares. En Ecuador, 11% de las familias que no eran pobres cayeron por debajo del umbral de la pobreza en 2000 (74).

Si el objetivo del sector sanitario es reducir las inequidades en salud en lugar de aumentarlas, será necesario incluir la equidad en el núcleo de la concepción de los servicios y programas de salud, e institucionalizarse dentro de la gobernanza de los sistemas de salud. Así pues, si bien la ejecución de políticas públicas para abordar los determinantes sociales es esencial para mejorar la salud y reducir las

inequidades, el sector sanitario también tiene un papel fundamental que desempeñar.

El sector de la salud también tiene la importante función de reunir a otros sectores para planificar y ejecutar labores sobre los determinantes sociales de la salud. Al desempeñar su función como facilitador, puede determinar qué problemas requieren trabajo de colaboración, establecer relaciones y forjar alianzas estratégicas con otros sectores.

Chile, que recientemente comenzó a reorientar sus programas de salud pública para reducir las inequidades en la salud, proporciona un buen ejemplo. En 2008, emprendió evaluaciones de la equidad utilizando un marco basado en el modelo de Tanahashi⁶ en seis programas principales de salud pública, a saber: salud de la infancia, salud reproductiva, salud cardiovascular, salud bucodental, salud de los trabajadores y vigilancia de la marea roja (proliferación de algas). Las evaluaciones tuvieron como objetivo determinar los factores diferenciales que obstaculizan y facilitan la prevención, la detección de casos y el éxito del tratamiento, así como formular recomendaciones para mejorar la equidad en cada programa con respecto al acceso a la asistencia.

Equipos multidisciplinarios realizaron las evaluaciones con la participación de personal sanitario de todos los niveles del sistema de salud, representantes de la comunidad, funcionarios del sistema de salud y encargados de adoptar decisiones de otros sectores. Para 2010, todos los programas habían aplicado las recomendaciones resultantes. El programa de salud cardiovascular ejecutó 67

⁶ El modelo de Tanahashi considera el acceso, la prestación y el uso de los servicios de atención sanitaria para conceptualizar las etapas por las que una persona pasa desde que experimenta un problema de salud hasta que recibe atención eficaz. En cada etapa, los servicios y programas de salud pueden "perder" personas, lo que genera sufrimiento evitable. Por ejemplo, para recibir atención eficaz, los hipertensos tienen que saber que tienen un problema de salud, buscar atención para esa dolencia, obtener acceso a la asistencia, recibir asesoramiento apropiado, conseguir el tratamiento prescrito, observar el tratamiento, obtener alivio eficaz con el tratamiento y la subsiguiente resolución satisfactoria del problema.

RECUADRO 2.4. Costa Rica: el avance hacia la producción social de la salud

Costa Rica ha reconocido que el estado de salud de su población no depende exclusivamente de las medidas adoptadas por las instituciones tradicionalmente vinculadas con la salud y los servicios sanitarios; considera más bien que la salud de su población es producto de un desarrollo coordinado de la sociedad en su conjunto, entendida como la producción social de la salud. Esta realización histórica ha sido fundamental para mejorar los indicadores de salud de este país. El sistema nacional de salud abarca una serie de entidades que actúan sinérgicamente, lo que genera efectos favorables sobre la salud de la población en su conjunto, al mismo tiempo que da prioridad a los grupos de población más vulnerables. El Ministerio de Salud es responsable de la gobernanza de la producción social de la salud; garantiza la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población mediante la gestión y la rectoría de los diferentes actores sociales. La rectoría se ejerce por medio de ocho funciones fundamentales de carácter no exclusivo que se llevan a cabo de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial y participativa: 1) dirección de políticas, 2) comercialización de la estrategia de promoción de la salud, 3) cultura de la inclusión de todos, 4) vigilancia sanitaria, 5) planeamiento estratégico de salud, 6) financiamiento sanitario, 7) armonización de la prestación de servicios de salud y 8) regulación y evaluación de los efectos de las medidas relacionadas con la salud. Dado que el país no tiene ejército, puede destinar a la educación y a la salud los recursos que de otra manera utilizaría para mantener a sus fuerzas armadas.

Fuente: Referencia (75).

intervenciones de buenas prácticas señaladas en la evaluación y colaboró con todos los equipos regionales de salud a fin de elaborar planes de acción para ponerlas en práctica. El programa de vigilancia de la marea roja elaboró estrategias para manejar mejor este problema y reducir sus efectos negativos sobre los pescadores. Como parte de esta iniciativa, se elaboraron indicadores y metodologías para evaluar la equidad en la accesibilidad a los programas de salud pública (65).

La experiencia de Chile sienta las bases para reorientar los servicios y los programas de salud a fin de reducir las inequidades, fomentar la colaboración en curso con otros sectores y vigilar si los cambios tienen el efecto deseado. Esta estrategia también puede alinearse con los enfoques basados en los derechos humanos destinados a fortalecer los sistemas de salud, los cuales se centran en lograr que los establecimientos, los productos y los servicios relacionados con la salud estén disponibles, sean accesibles a costos asequibles, aceptables, adecuados y de buena calidad.

PARTICIPACIÓN

En los países de América Latina y el Caribe, habitualmente se realizan movilizaciones sociales y movimientos comunitarios con la intención de mejorar las condiciones de vida de las personas. Por ejemplo, durante decenios han tenido lugar movimientos orientados a la adopción de enfoques de promoción de la salud. A partir de los años cincuenta, el concepto de desarrollo local se afianzó en muchos países como un modo de mejorar la calidad de vida, principalmente en las zonas rurales. Sin embargo, la mayoría de estas iniciativas siguieron ejecutándose con un enfoque jerárquico y bajo el supuesto de que las comunidades aceptarían las ideas y prioridades de salud definidas por agentes externos. En los años setenta, la resistencia de las comunidades aumentó y comenzaron a introducirse nuevas estrategias integradas de desarrollo comunitario, centradas en promover una participación comunitaria más activa y un mayor acceso a los servicios de salud.

Desde los años ochenta, los países latinoamericanos y caribeños han experimentado con procesos profundos de democratización y descentralización, que han reconfigurado considerablemente sus características sociales, políticas, culturales y económicas. Estos procesos han tenido efectos variables en los sistemas de salud de la región. Por un lado, las políticas neoliberales centradas en los principios del mercado libre han influido en el desarrollo de los sistemas de salud de algunos países; generalmente, estos principios han conducido a políticas y programas incompatibles con los principios y valores de la promoción de la salud. Por otro lado, los procesos de descentralización que, de una manera u otra, se han llevado a cabo en la región también han dado lugar a una redistribución de la toma de decisiones y de los recursos mediante reformas políticas y administrativas.

En Brasil, los métodos participativos para la toma de decisiones con respecto a las cuestiones de salud están inspirados en los movimientos sociales que impulsaron el establecimiento del sistema de salud universal del país, así como en las mejoras posteriores que se hicieron a la atención primaria de

salud y la protección social. La Constitución Brasileña de 1988 estableció que la salud, incluido el derecho de participar en la gobernanza de la salud, es un derecho humano de todos. Este compromiso abrió la posibilidad de institucionalizar la participación pública en los asuntos de salud en los niveles municipal, estatal y nacional. La participación a través de los consejos de salud en cada uno de estos niveles (incluidos los consejos municipales de salud de 5.564 ciudades, donde la mitad de los consejeros son usuarios del sistema de salud) se complementa con conferencias nacionales de salud periódicas. En algunas jurisdicciones también se han implantado modelos innovadores, como por ejemplo la presupuestación participativa.

El primer proceso pleno de presupuestación participativa de Brasil tuvo lugar en la ciudad de Porto Alegre en 1989. La presupuestación participativa formaba parte de varios programas innovadores de reforma, que se habían emprendido ese año para subsanar las graves desigualdades en los niveles de vida de los residentes de la ciudad. Actualmente, Porto Alegre gasta cerca de US\$ 200 millones cada año en proyectos de construcción y servicios, y todos

RECUADRO 2.5. Perú: el Gobierno y la comunidad forjan una alianza para mejorar la salud

En 1994, el gobierno de Perú emprendió un programa único de gestión en varios establecimientos de salud pública. El programa comenzó a funcionar tras los disturbios políticos y las actividades de Sendero Luminoso en las zonas donde había mucha desconfianza hacia el gobierno y los establecimientos de salud estaban en malas condiciones. Gracias a este programa, los miembros de la comunidad que forman parte de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) comparten la toma de decisiones con las autoridades federales y municipales en materia de asuntos fiscales y relacionados con el personal, lo que permite canalizar los recursos a la atención de las necesidades de la comunidad y fomentar buenas relaciones entre el gobierno y la comunidad.

El programa CLAS supuso una doble ventaja: contribuyó a restablecer las buenas relaciones con el gobierno mediante la inclusión de la comunidad en el proceso de gestión y permitió adaptar los servicios de salud a las necesidades de la población. Los establecimientos que forman parte del programa han sido sometidos a numerosas evaluaciones, que sistemáticamente han revelado mayores porcentajes de utilización y mejores resultados, en comparación con los establecimientos que no forman parte de él. Además, los establecimientos incorporados al programa CLAS proporcionan más exenciones de honorarios, lo que aumenta la capacidad de la población de acceder a la atención y fomenta la equidad en la salud. Desde que se puso en práctica, el programa se ha ampliado a todo el país y actualmente abarca 31% de los establecimientos de atención primaria del Ministerio de Salud.

Fuente: Referencia (76).

ellos se someten a la presupuestación participativa. El gasto anual fijo, como el correspondiente al servicio de la deuda y las pensiones, no es sometido a la participación pública. Alrededor de 3,5% (50.000 personas) de los residentes de Porto Alegre intervienen en el proceso de presupuestación participativa y el número de participantes aumenta cada año.

La presupuestación participativa ha transformado de forma importante el sistema político y la vida cívica de Porto Alegre. También ha dado lugar a un gasto público más equitativo y a una mayor transparencia y rendición de cuentas por parte del gobierno. Además, ha aumentado el grado de participación pública, sobre todo de los residentes marginados, aunque las personas muy pobres aún carecen de representación.

En lo que respecta a participación ciudadana, la presupuestación participativa suele denominarse “la escuela de la democracia” (77). Desde que surgió en Porto Alegre, se ha diseminado a cientos de ciudades latinoamericanas y docenas de ciudades en Europa, Asia, África y América del Norte. Se calcula que más de 1.200 municipios han iniciado una presupuestación participativa (78) y en algunas ciudades se ha aplicado a los presupuestos de las escuelas, universidades, centros de salud y vivienda pública (77).

Desde los años ochenta, la mayoría de los países de la Región han emprendido, de una manera u otra, procesos de descentralización. Sus esfuerzos han dado lugar a una redistribución del poder, mayor

autonomía en la toma de decisiones y más control de los recursos por parte de las autoridades locales. Los gobiernos regionales y locales han actuado como facilitadores de la participación comunitaria, lo que a su vez ha aumentado y fortalecido la creación de capacidad comunitaria y la movilización de recursos por parte de las autoridades locales. Estas experiencias han demostrado que las autoridades locales pueden ayudar a establecer condiciones que fomenten la promoción de la salud y mejoren la participación social. A medida que su capacidad de actuar aumenta, los gobiernos locales también han dado muestras de mayor motivación y compromiso para con las iniciativas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población.

Dado que las autoridades locales son responsables de establecer políticas públicas para una zona de captación y población determinadas, resultan más capaces de influir en la movilización y la integración de las actividades y los recursos de otros interesados directos locales. Asimismo, pueden colocar eficazmente la salud en un lugar prioritario de sus agendas políticas y adaptar sus políticas públicas y programas a la composición cultural y étnica de sus comunidades. Por consiguiente, los gobiernos locales están en una posición privilegiada para ejecutar los programas sobre la base de modelos descentralizados y participativos. Muchos países de la Región han aplicado una o más de estas estrategias con éxito y sus experiencias han demostrado la eficacia de incorporar

RECUADRO 2.6. Bolivia: La lucha contra la desnutrición

El Programa Desnutrición Cero, que forma parte del Plan de Desarrollo Nacional de Bolivia, es de carácter intersectorial y beneficia a unas 321.000 familias de 360 comunidades. Casi cuatro años después de que se emprendió, el programa ha mejorado la nutrición mediante productos alimenticios nativos (kallpawawa), promovido la producción de alimentos a nivel comunitario, concebido y distribuido materiales didácticos relacionados con la nutrición y proporcionado educación nutricional a instructores de 166 municipios. Estos esfuerzos han llegado a todas las personas identificadas como prioridad nacional por su vulnerabilidad nutricional. Actualmente, el programa ha logrado reunir los movimientos sociales generales y diversos, el interculturalismo fundamental, el despliegue de médicos especialmente capacitados para ejercer en las zonas rurales y la participación de 106 de los 166 municipios elegibles que se han comprometido a mejorar la nutrición.

Fuente: Referencia (79).

RECUADRO 2.7. Rosario (Argentina): La participación en acción

La ciudad de Rosario, en Argentina, cuya población es de más de un millón de habitantes, concibió recientemente un sistema de salud pública que hace hincapié en la importancia de la atención primaria. La participación pública es uno de los elementos básicos del nuevo sistema de salud, que está cofinanciado por los gobiernos provinciales y municipales, y presta servicios de salud gratuitos a todos los residentes de la ciudad. Los principios que refuerzan el sistema son la participación comunitaria, la intervención del personal sanitario en la gestión, el acceso universal y equitativo, el derecho a la salud, la planificación descentralizada y la autonomía y la responsabilidad del personal sanitario.

Los centros de atención primaria constituyen la base del nuevo sistema de salud pública de Rosario. Las organizaciones comunitarias ejercen una influencia importante sobre estos centros y colaboran a través de una federación para analizar y tratar los proyectos municipales. El personal sanitario también participa en la gestión de los centros.

Gracias a esta estrategia participativa, la salud se ha vuelto una prioridad para el municipio y la comunidad ha obtenido muchos beneficios. Por ejemplo, en 1988, el presupuesto sanitario representó menos de 8% del presupuesto municipal, pero para 2003 este porcentaje había aumentado a 25%. Asimismo, entre 1988 y 2002 la mortalidad infantil disminuyó de 25,9 a 11,4 por 1.000 nacidos vivos y, durante el mismo período, el número de consultas en los centros de salud de Rosario aumentó 314%. En 2009, la ciudad inauguró un hospital que ofrece acceso universal y en cuyo diseño se consideraron los puntos de vista de los pacientes.

Fuente: Referencia (80).

un concepto integrado de la salud y de situar el nivel local como elemento central de los procesos de desarrollo de la comunidad.

ABORDAR LA AGENDA MUNDIAL

A medida que la economía mundial está más interrelacionada, aumenta el flujo transfronterizo de productos, servicios, dinero y personas. Este aumento afecta la salud y la equidad directamente y mediante consecuencias económicas, lo que plantea la preocupación de que las exigencias económicas se antepongan a las consideraciones de salud (8). En vista de esta situación, la adopción de medidas para reducir los determinantes sociales de la salud no solo requiere esfuerzos a nivel de país, sino también colaboración a nivel internacional. Si un país, ya sea rico o pobre, quiere adoptar una estrategia de determinantes sociales, el gobierno tiene que coordinar y alinear el trabajo de los diversos sectores y tipos de organizaciones para lograr la salud y el desarrollo. El establecimiento de la gobernanza, por

la cual todos los sectores asumen la responsabilidad de reducir las inequidades en materia de salud, es fundamental para alcanzar este objetivo mundial. Las medidas intersectoriales, es decir, la ejecución eficaz de la colaboración integrada entre los distintos sectores, es fundamental para el proceso (8). Por consiguiente, la gobernanza debe alinearse en todos los sectores a fin de vigilar las inequidades en salud y poner de manifiesto toda incoherencia en las políticas.

El cumplimiento de los ODM es un caso ilustrativo; los avances en materia de cambio climático, por ejemplo, son necesarios para asegurar que los beneficios de los ODM no peligren. Sin embargo, si la coherencia de las políticas es deficiente, los progresos realizados en relación con una determinada prioridad pueden debilitar otros objetivos de desarrollo. La incapacidad de considerar la equidad dentro de los países con respecto a las metas originales de los ODM plantea la cuestión de que los avances observados en algunos países reflejan progresos en resultados *promedio*, pero en realidad ocultan inequidades.

Comparada con otras regiones del mundo, la Región de las Américas en su conjunto parece estar en condiciones de alcanzar los ODM. Es probable, por ejemplo, que cumpla los objetivos de reducir el hambre, la desnutrición infantil y la mortalidad, y de mejorar el acceso al agua potable y la equidad de género en la educación. No obstante, los análisis indican que es poco probable que algún país de la Región alcance todas las metas de los ODM, y algunos de los mayores desafíos para los países de la Región residen precisamente en las esferas de la salud y la reducción de la pobreza. Sin duda, el progreso varía mucho de un país a otro e incluso dentro de los mismos países, de ahí que sea fundamental ir más allá de los promedios regionales y concentrarse en los grupos más vulnerables de las zonas más rezagadas.

Situar a la equidad en salud como un objetivo transversal de desarrollo puede facilitar una mayor alineación entre los gobiernos. Los determinantes sociales de la salud son pertinentes para todas las principales prioridades mundiales, como se aprecia con los ODM, cuyo cumplimiento requiere intervenciones de salud pública para hacer frente a condiciones concretas de riesgo acompañadas de intervenciones para reducir pobreza, y promover la protección social, la educación y la autonomía.

Aunque las enfermedades no transmisibles no se abordan en el marco de los ODM, cada vez se reconoce más que constituyen una amenaza grave para el desarrollo social y económico de todos los países. Sin la adopción de medidas para abordar los determinantes sociales de la salud, no será posible luchar contra las epidemias de las enfermedades no transmisibles. Y, para hacer frente a estos desafíos es necesaria la participación de una variedad de sectores, entre ellos, el de finanzas, comercio, agricultura, planificación comunitaria, transporte y medio ambiente. Por ejemplo, los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles pueden abordarse con políticas fiscales encaminadas a reducir el consumo de tabaco y la ingesta de grasas, alcohol y sal, y a prevenir la obesidad y promover la actividad física.

Permitir a las madres dar a luz en condiciones de seguridad es un derecho humano. Con este fin, los países de la Región de las Américas han dado prioridad a la reducción de la mortalidad materna,

pero aun así sigue siendo uno de los mayores retos para el cumplimiento de los ODM en la Región, sobre todo porque hasta la fecha los esfuerzos desplegados no han dado los resultados esperados (24).

Actualmente, las enfermedades relacionadas con el embarazo son los factores que más contribuyen a la carga de morbilidad que afecta a las mujeres de los países en desarrollo (81). La tasa de mortalidad materna es el indicador de salud pública que revela una mayor desigualdad entre los países ricos y pobres. Dentro de los países, la tasa de mortalidad es considerablemente mayor entre los grupos de población más desfavorecidos, a saber, los pobres, las comunidades indígenas y las poblaciones rurales. En Bolivia, por ejemplo, la cobertura de los nacimientos atendidos en instituciones en 1998 fue de solo 39% en el quintil más pobre, comparado con 95% en el más adinerado.

Otras dificultades para alcanzar los ODM que persisten en América Latina y el Caribe se relacionan con la inmunización de la niñez, la enseñanza primaria universal, el saneamiento básico y la sostenibilidad ambiental. En este contexto, la salud desempeña una función fundamental para afrontar estos desafíos. Así pues, esforzarse por cumplir los ODM representa una oportunidad histórica para aprovechar el grado más alto posible de voluntad política con la finalidad de reducir la pobreza y, al hacerlo, mejorar salud.

Según un documento de trabajo reciente (8), la interconexión actual tornará insuficientes los esfuerzos nacionales para abordar los determinantes sociales, a menos que estos formen parte de un contexto más amplio de carácter mundial. Por una parte, las organizaciones internacionales, los organismos no gubernamentales y los socios de cooperación bilateral tienen que alinear ampliamente sus esfuerzos en materia de determinantes sociales con los de los gobiernos nacionales; y por otra, hay cabida para que haya mayor alineación entre los actores mundiales. Entre las prioridades mundiales estrechamente vinculadas que los actores mundiales deben considerar está abordar las dificultades para cumplir los ODM, crear protección social, afrontar el problema del cambio climático, promover

RECUADRO 2.8. Argentina, México y Colombia: La lucha contra las enfermedades no transmisibles mediante esfuerzos innovadores de carácter intersectorial

Dado que los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles se encuentran en su mayor parte fuera del sector de la salud, la prevención de estas enfermedades requiere trabajo concertado con otros sectores. La falta de actividad física es un ejemplo, ya que para abordarla es necesario que sectores como el de educación, planificación urbana, seguridad, trabajo, economía y agricultura realicen esfuerzos conjuntos. Algunos países ya han emprendido tales esfuerzos.

Argentina. Una comisión intersectorial de enfermedades no transmisibles (ENT), integrada por los ministerios de educación, desarrollo social y finanzas públicas, entre otros, encabeza el plan de acción del gobierno para abordar las ENT. Las políticas de reducción de riesgos de ENT se combinan con intervenciones nacionales basadas en la población para prevenir y controlar estas enfermedades. La comisión intersectorial ha formulado políticas que restringen el uso de las grasas trans nocivas en el suministro de alimentos y la sal en los alimentos procesados. Asimismo, ha ayudado a aumentar la concientización del público y la demanda de alimentos frescos, asequibles y saludables, y ha trabajado directamente con las redes nacionales de distribución de alimentos para asegurar que haya frutas y verduras frescas disponibles en las zonas subatendidas (Ministerio de Salud de Argentina, 2011).

México. El Consejo Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas (CONACRO) fue creado por el Presidente Felipe Calderón en febrero de 2010 con el fin de establecer una respuesta gubernamental al problema de las ENT. El Consejo, que está integrado por representantes de alto nivel de los ministerios de salud, finanzas, trabajo, educación, agricultura y desarrollo social, ha ayudado a que todos los sectores entiendan la carga de las ENT y los cambios de política que necesitan introducir para repercutir sobre este problema de salud. Se están fortaleciendo los nexos entre la salud, el suministro de alimentos y el entorno físico para que los consumidores tengan más posibilidades de vivir bien (Ministerio de Salud de México, 2011).

Colombia. En Bogotá se han construido ciclovías (camino para bicicletas) para combatir las ENT. La urbanización acelerada, la inactividad física y las tasas crecientes de ENT inspiraron la creación de una vasta red de calles cerradas al tráfico frecuentadas por los peatones, ciclistas y corredores en toda la ciudad. A medida que el programa ha crecido, ha atraído a los vendedores callejeros —lo que ha generado nuevos trabajos para los subempleados— y dado acceso equitativo a los espacios públicos para todos los residentes de la ciudad.

En las ciclovías participan muchos sectores del ayuntamiento de la ciudad —transporte, parques y recreación, la policía, planificación urbana y salud— y la sociedad civil. Este tipo de programas son ampliamente reconocidos como métodos de bajo costo para fomentar el ejercicio, construir comunidades y reducir la contaminación ambiental (Ministerio de Salud de Colombia, 2011).

el desarrollo sostenible y hacer frente a las enfermedades no transmisibles. Todas estas prioridades requieren la adopción de medidas con respecto a los determinantes sociales y actividades intersectoriales, que a su vez tendrán efectos sobre las inequidades en la salud. La alineación de las prioridades mundiales debe reforzarse con un enfoque continuo en la equidad y considerando a la equidad en salud un objetivo general de desarrollo para todos los sectores.

VIGILANCIA DE LAS INEQUIDADES

Para medir los determinantes sociales de la salud, informar sobre ellos y estudiar las desigualdades en los resultados de salud se necesitan sistemas de datos que recopilen, analicen y produzcan información pertinente para las políticas. Tales sistemas de información deben incluir datos de calidad sobre los indicadores socioeconómicos pertinentes, así como indicadores de salud de la morbilidad y la

RECUADRO 2.9. Vinculación de los diferentes programas mundiales

En los Estados Unidos, las disparidades socioeconómicas y raciales en la salud han sido amplias, generalizadas y persistentes. Para eliminarlas es necesario abordar sus causas fundamentales y concentrar la atención política en los determinantes sociales de la salud, que incluyen el medio ambiente. Durante muchos años, el movimiento de justicia ambiental y las comunidades afectadas por muchos problemas ambientales han abogado por políticas ambientales que aborden las cargas y repercusiones de salud ambiental que son desproporcionadas. Este movimiento condujo a que en 1994 se firmara la Orden Ejecutiva 12898, la cual exige a los organismos federales, incluida la Agencia de Protección Ambiental (EPA), que incorporen la justicia ambiental a su misión mediante la identificación y reducción de los efectos desproporcionados de sus políticas públicas, actividades y programas sobre las minorías raciales y las poblaciones de ingresos bajos.

La EPA está formulando directrices para sus analistas de la reglamentación y encargados de adoptar decisiones que les proporcionarán orientación sobre cómo 1) evaluar los efectos de salud ambiental desproporcionados de sus políticas reglamentarias sobre las minorías raciales y las poblaciones de ingresos bajos, y 2) aplicar los resultados de la evaluación para fundamentar las decisiones relativas a las políticas reglamentarias. Las directrices propuestas representan un esfuerzo importante por parte de la EPA para eliminar las disparidades de salud atribuibles a los factores ambientales.

Fuente: Agencia de Protección Ambiental, Estados Unidos, 2011.

mortalidad estratificados por edad, sexo, grupo étnico, ubicación geográfica, empleo y vivienda. El desglosamiento de los datos es fundamental para las políticas que abordan las inequidades, pero también permite mejorar la toma de decisiones y la rendición de cuentas a nivel local. La recolección de datos desglosados sigue siendo un reto en la Región de las Américas; sin embargo, en algunos países se han realizado esfuerzos importantes de los cuales la comunidad de salud pública puede aprender.

Canadá ofrece un ejemplo excelente. Durante los últimos veinte años, un marco para la salud de la población ha guiado la preparación de datos de salud de la Dirección General de Estadísticas de Canadá, el organismo central del Gobierno de Canadá responsable de los datos estadísticos económicos y sociales. Los adelantos incluyen el lanzamiento de encuestas de salud longitudinales y transversales, y el aumento y perfeccionamiento de bases de datos que respaldan el nexo ecológico y de registro unitario de datos, como el Censo de Población, el Registro del Cáncer, las estadísticas vitales y los ingresos en hospitales de atención crítica. Así pues, Canadá ha aumentado su conjunto de datos y publicado trabajos de investigación que exploran y vigilan los

determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias (82).

De manera análoga, Chile ha implantado un método sistemático para generar, vincular, sintetizar y difundir los datos y la información sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Gracias a este esfuerzo, el país ha podido notificar de forma más integral y sistemática las inequidades. Con base en el marco de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, se seleccionaron indicadores para cada aspecto del conjunto básico propuesto por la OMS, entre ellos, una mezcla de indicadores vigentes y nuevos concebidos para proporcionar una perspectiva sistemática e integral encaminada a vigilar y evaluar, de manera periódica, los determinantes sociales de la equidad en salud en el nivel regional del país.

El objetivo final de este método fue ayudar a reducir las desigualdades en materia de salud, utilizando la información disponible que detecta y cuantifica las desigualdades a nivel regional, y generando información útil para concebir estrategias y políticas encaminadas a eliminarlas. Los diagnósticos regionales de la salud han ayudado a mejorar las capacidades de los equipos sanitarios locales para

tomar decisiones fundamentadas a partir de la información disponible, apoyar los programas de salud pública para que se realicen más eficientemente, y ayudar al personal a tomar decisiones sobre las intervenciones destinadas a reducir las brechas de equidad en función de los datos probatorios locales, a evaluar y vigilar la situación y distribución generales de la salud con base en el marco analítico de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y a cuantificar los resultados de las intervenciones programáticas dirigidas a los grupos más desfavorecidos (9).

En muchos entornos hay pocos datos para la acción integrada en el ámbito de los determinantes sociales, pero con las encuestas y los aportes de las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil, y la priorización del fortalecimiento de los sistemas para capturar los datos más imprescindibles, los gobiernos pueden formular políticas que reflejen las necesidades de la población y estén fundamentadas en la mejor información disponible, como se vio en los ejemplos anteriores.

EL CAMINO HACIA ADELANTE

Como respuesta a las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, varios ministerios de salud de la Región han establecido comisiones nacionales sobre estos determinantes para abordar estas cuestiones y mejorar las actividades intersectoriales encaminadas a paliar las desigualdades e inequidades.

En 2006, Brasil creó la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud, de carácter intersectorial, que produjo y difundió información sobre la relación entre los determinantes sociales de la salud y el estado de salud, y mejoró las políticas y la concepción de los programas. Esta comisión incorporó el concepto de determinantes sociales de la salud y las consecuencias de las inequidades en la educación de los profesionales de la salud, además de movilizar a la sociedad civil para concientizar acerca de la relación entre la salud y las condiciones de vida. En 2007, el Ministerio de Salud de Argentina estableció la Dirección Nacional de Determinantes

de la Salud e Investigación, que se encarga de integrar las estrategias para responder a los problemas de salud y facilitar la ejecución de los programas nacionales que abordan específicamente los determinantes sociales de la salud. Y en 2008, Chile creó dentro de su Ministerio de Salud la Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud, que realizó evaluaciones locales sobre los determinantes sociales de la salud, estableció un proceso para reorganizar los programas de salud pública en los niveles nacional y local teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y los foros de salud, y celebró reuniones para analizar los determinantes sociales de la salud en los niveles nacional y local. Esta experiencia permitió al país elaborar, con la participación del público, propuestas de intervenciones encaminadas a mejorar la salud y el bienestar generales de las comunidades.⁷

Al examinarse y respaldarse el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y en respuesta a la resolución WHA62.14 —adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2009—, se celebró la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro (Brasil) en octubre de 2011. La Conferencia contó con la presencia de más de 125 países, que compartieron experiencias acerca de las políticas y las estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud. Durante el encuentro de tres días, los participantes pudieron compartir durante las sesiones plenarias, las sesiones paralelas y un programa ministerial específico de experiencias con las políticas y las estrategias que podrían ayudar a reducir la enorme brecha de 36 años en la esperanza de vida en todo el mundo. También se examinó la manera en que las recomendaciones de la Comisión y las propuestas descritas en el documento de trabajo de la OMS sobre la Conferencia, podrían traducirse en medidas concretas de política.

Durante la Conferencia se adoptó la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, que expresa el compromiso político mundial para la ejecución de un enfoque de determinantes sociales de la salud encaminado a

⁷ Foros de Salud: Desafíos y Propuestas Ciudadanas: Ministerio de Salud de Chile, 2009. <http://www.equidad.cl/foros/>

RECUADRO 2.10. México: El seguimiento y la evaluación para mejorar continuamente el Programa Oportunidades

En 1997, México presentó el Programa Oportunidades, concebido para eliminar la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante incentivos para que los padres inviertan en el capital humano de sus hijos. Los beneficiarios fueron incorporados progresivamente al programa, según la disponibilidad de los recursos federales, lo que permitió evaluar la eficacia del programa desde el punto de vista ético. La cobertura se amplió de unas 300.000 familias rurales en 1997 a aproximadamente 2,6 millones en 2000. Para 2007, el programa había atendido a aproximadamente 5 millones de familias de bajos ingresos (más de una de cada cinco familias de todo el país) tanto de entornos rurales como urbanos (83).

El componente de evaluación de Oportunidades permite determinar y cuantificar las repercusiones del programa. Instituciones de investigación y académicas, internacionales y nacionales, realizan evaluaciones tanto cuantitativas como cualitativas y, aunque siguen haciéndose ajustes a la concepción y ejecución de estas, la evaluación comprende cuatro campos principales: a) medición de los resultados y las repercusiones a corto, mediano y largo plazo; b) identificación de los resultados y las repercusiones directamente atribuibles al programa frente a los atribuibles a otros factores, ya sean personales, familiares o contextuales de la comunidad; c) análisis de los efectos indirectos del programa; y d) provisión de retroalimentación continua para mejorar el programa.

El componente de evaluación del Programa Oportunidades se ha convertido en un punto de referencia en el ámbito de las políticas sociales de la Región. Además de su diversidad de métodos y fuentes, se ha caracterizado por la amplia gama de factores sociales que evalúa, sobre todo los relacionados con las cuestiones relativas al género. Entre esos factores se encuentran los siguientes:

Educación: matriculación escolar, nutrición y logros escolares, desarrollo extraescolar, expectativas educativas y tasas de transición a la educación secundaria.

Salud: utilización de los servicios de salud, morbilidad y estado de salud, obesidad, enfermedades crónicas y salud reproductiva.

Nutrición: estado de nutrición, desarrollo infantil y adquisición del lenguaje entre los niños urbanos.

Aspectos sociales y económicos: consumo rural y urbano, efectos sobre las microempresas rurales, efectos demográficos y migratorios, trabajo de los niños y los jóvenes, participación de la mujer en la fuerza laboral y equidad de género.

Además de determinar las repercusiones directas del programa, la evaluación también determina algunos efectos indirectos, como los efectos en las relaciones de pareja y entre padres e hijos. Dado que las mujeres beneficiarias de transferencias de dinero en efectivo las reciben directamente, había un interés especial en evaluar la posible repercusión sobre la violencia infligida por el compañero íntimo (psicológica, física, sexual y económica), uno de los principales problemas de salud pública en México (84).

Fuente: Referencia (84).

reducir las inequidades en salud y a lograr otras prioridades mundiales. Esta declaración pretende dar impulso en los países a la formulación de planes de acción y estrategias nacionales específicos.

Aunque se han logrado considerables avances en la reducción de la desigualdad y la pobreza en la Región, algunos países siguen haciendo frente a una variedad de factores socioeconómicos perjudiciales.

Ninguna sociedad ha logrado una reducción amplia de la pobreza sin haber hecho antes inversiones importantes y sostenidas en los derechos de sus habitantes y en el acceso a la salud, la nutrición y la educación básica. El estado de salud refleja una amplia gama de determinantes, que incluyen el acceso a agua de buena calidad, saneamiento y entorno saludable.

Hoy día se sabe que romper el ciclo de la pobreza depende de que los gobiernos, la sociedad civil y las propias familias inviertan en los derechos y el bienestar de los niños y de las mujeres. Invertir en la salud, la nutrición y la educación de los niños, así como en su desarrollo social, emocional y cognoscitivo y en lograr la igualdad de género, no solo representa una inversión para una sociedad más democrática y equitativa, sino también para una población más saludable, alfabetizada y, en último término, más productiva.

Las políticas que promueven la equidad pueden impulsar la cohesión social y reducir los conflictos políticos. Para ser eficaces, la mayoría de las políticas requieren de un amplio apoyo político, que es más probable conseguir cuando la distribución de los ingresos se percibe como justa. Muchas políticas necesarias para la acción sobre los determinantes sociales requieren medidas intersectoriales, cuya aplicación eficaz exige una gama de condiciones, entre ellas, la creación de un marco de política y un enfoque de salud favorables; un hincapié en los valores, intereses y objetivos compartidos entre los socios; la capacidad de conseguir apoyo político y aprovechar los factores positivos presentes en el entorno normativo; la participación desde un inicio de socios clave que asuman el compromiso hacia la inclusión de todos; que los socios compartan el liderazgo, la rendición de cuentas y los beneficios, y que se facilite la participación pública.

REFERENCIAS

1. United Nations, Food and Agriculture Organization. The state of food insecurity in the world: addressing food insecurity in protracted crises [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/sofi-2010/en/> Acceso el 3 de mayo de 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2010.
3. United Nations, Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, NY: 2011.
4. The World Bank. World Development Indicators Database [Internet]; 2010. Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010> Acceso el 27 de septiembre de 2011.
5. United States Census Bureau. Census 2010 [Internet]. Disponible en: <http://2010.census.gov/2010census/> Acceso el 3 de mayo de 2011.
6. Statistics Canada. Census 2011 [Internet]. Disponible en: <http://census2011.gc.ca/> Acceso el 3 de mayo de 2011.
7. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2011.
8. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/ Acceso el 3 de mayo de 2011.
9. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]; 2008. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf Acceso el 3 de mayo de 2011.
10. Marmot M. Status syndrome. London: Bloomsbury Publishing; 2004.
11. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. London: Penguin Books, Ltd.; 2009.
12. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2011.
13. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.
14. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
15. Macro International, Inc. Measure DHS Stat compiler. DHS database [Internet]; 2011. Acceso el 20 de julio de 2011.

16. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.cepal.org/oig/default.asp?idioma=IN> Acceso el 3 de mayo de 2011.
17. Hernani W. Permanent inequalities in Bolivia. La Paz: Fundación ARU; 2008.
18. United States, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Hyatsville, MD; 2011.
19. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social panorama of Latin America [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41801/PSI-socialpanorama2010.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
20. National Cancer Institute. SEER stat fact sheets: breast [Internet]; 2011. Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html> Acceso el 3 de mayo de 2011.
21. National Cancer Institute. SEER cancer topics fact sheets: cancer health disparities [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/disparities/cancer-health-disparities> Acceso el 3 de mayo de 2011.
22. Gerend MA, Pai M. Social determinants of black-white disparities in breast cancer mortality: a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17:2913.
23. Hermida P. Intergenerational transmission of education: gender and ethnicity in Guatemala. PhD Thesis. University of Essex; 2007.
24. United Nations. The world development report 2009. New York, NW: United Nations; 2009.
25. United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2007: women and children - the double dividend of gender equality. New York, NY: UNICEF; 2007.
26. Loayza N, Olaberria EA, Rigolini J, Christiaensen L. Natural disasters and growth - going beyond the averages. World Bank Policy Research Working Paper Series [Internet]; 2009. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=1428627> Acceso el 3 de mayo de 2011.
27. Parker S, Rubalcava L, Teruel GT. Working conditions and mental health in Mexico: Evidence from the MxFLS. (Mimeografiado). Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2008.
28. Pan American Health Organization. Health of women and men in the Americas: profile 2009. Washington, DC: PAHO; 2009.
29. Inter-American Development Bank. Social exclusion and violence in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-613.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
30. Stanfield SA. Social support and social cohesion. In: Marmot MG, Wilkinson RG (eds.) *The social determinants of health* (2nd. ed). New York, NY: Oxford University Press; 2006.
31. United Nations Children's Fund. Progress for children: achieving the MDGs with Equity. New York, NY: UNICEF; 2010.
32. Haub C. *World Population Bulletin* 2010; 65(2):2-3.
33. Martinez-Diaz L. Latin America: coming of age. *World Policy J.* 2008;25I(3):221-227.
34. Mitra AK, Rodriguez-Fernandez G. Latin America and the Caribbean: Assessment of the advances in public health for the achievement of the Millenium Development Goals. *Intl J Environ Res Public Health.* 2010;7:2238-2255.
35. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. world population prospect: the 2010 revision [Internet]; 2010. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> Acceso el 3 de mayo de 2011.
36. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects: the 2009 revision [Internet]; 2009. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm> Acceso el 3 de mayo de 2011.
37. United Nations-Habitat, United Nations Human Settlements Programme. State of the world's cities 2010/2011: Cities for All: bridging the urban divide. London: Earthscan; 2010.

38. Rice J, Rice JS. The concentration of disadvantage and the rise of an urban penalty: urban slum prevalence and the social production of health inequalities in the developing countries. *Intl J Health Serv.* 2009;39(4):749–770.
39. United Nations Populations Fund. State of the world's population. New York: NY: UNFPA; 2007.
40. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf Acceso el 3 de mayo de 2011.
41. McKee M, Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R. The future of migrant health in Europe [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf Acceso el 3 de mayo de 2011.
42. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International migration in a globalizing world: the role of youth [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/technicalpapers/TP2011-1.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
43. The World Bank. Data base by country. Net Immigration [Internet]; 2012. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country> Acceso el 3 de marzo de 2012.
44. Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravitz R, Hinton L et al. Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: a cross-national study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(4):428–33.
45. Pan American Health Organization. Regional Mortality Database [Internet]; 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392 Acceso el 3 de mayo de 2011.
46. Pan American Health Organization. Tuberculosis in the Americas: regional report 2009[Internet]; 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2701&Itemid=394&lang=en Acceso el 3 de mayo de 2011.
47. Perú, Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010–2019 [Internet]; 2010. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/DS010-2010-SA.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
48. Mdivani N, Zangaladze E, Volkova N, Kourbatova E, Jibuti T, Shubladze N et al. High prevalence of multidrug-resistant tuberculosis in Georgia. *Int J Infect Dis.* 2008;12(6):635–644.
49. Lomtadze N, Aspidzelashvili R, Janjgava M, Mirtskhulava V, Wright A, Blumberg HM et al. Prevalence and risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in the Republic of Georgia: a population-based study. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(1):68–73.
50. Ejaz M, Siddiqui AR, Rafiq Y, Malik F, Channa A, Mangi R et al. Prevalence of multi-drug resistant tuberculosis in Karachi, Pakistan: identification of at risk groups. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2010; 104(8):511–517.
51. Pan American Health Organization. Technical reference document on non-communicable disease prevention and control. Washington, DC: PAHO; 2011.
52. Briceño-Leon R, Villaveces A, Concha-Eastman A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *Int J Epidemiol.* 2008;37:751–757.
53. Berkman H. Social exclusion and violence in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-613.pdf> Acceso el 27 de septiembre de 2011.
54. Pan American Health Organization. PAHO Core Health Indicators Initiative database. Washington, DC: PAHO; 2011.
55. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2003.

56. Venezuela, Ministry of Health, PAHO Workshop on Measuring and Analyzing Socioeconomic Inequalities in Health. Caracas, October 2011.
57. Barro-Lee. Educational Attainment Dataset [Internet]. Disponible en: <http://www.barrolee.com/> Acceso el 3 de mayo de 2011.
58. United Nations Development Program, International Policy Centre for Inclusive Growth. National Household Sample Survey data. Brasilia, DF: IPC-IG; 2008.
59. Brazil, Ministry of Health. Sistema Único de Saúde. Basic indicators databank. Brasilia, DF: Ministry of Health; 2011.
60. Brazil, Ministry of Health. PAHO Workshop on Measuring and Analyzing Socioeconomic Inequalities in Health. Brasilia, November 2009.
61. Geselecteerde Census Variabelen per District (Census-profiel). Algemeen Bureau voor de Statistiek. Censuskanton 2004.
62. Pan American Health Organization. PAHO country cooperation strategy situation analysis exercise; January, 2010.
63. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la salud: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Ginebra: OMS; 2011.
64. Rice M. Key trends in health promotion in the Region. In: Trends and achievements in promoting health and equity in the Americas: development from 2003–2011. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011.
65. Vega J. Steps towards the health equity agenda in Chile. background paper for Global Conference on Social Determinants of Health [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html Acceso el 3 de mayo de 2011.
66. Pacheco-Santos LM, Paes-Sousa R, Miazagi E, Medeiros da Fonseca AM. The Brazilian experience with conditional cash transfers: a successful way to reduce inequity and to improve health [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html Acceso el 3 de mayo de 2011.
67. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Report on the Regional Seminar on Growth, Employment and Equity: The Impact of Economic Reforms in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/9926/carg0629.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
68. Barros R, de Carvalho M, Franco S. Markets, the state, and the dynamics of inequality in Brazil. In: López-Calva LF, Lustig N (eds.) Declining inequality in Latin America: a decade of progress. Washington, DC: Brookings Institution Press; 2010.
69. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Brazil, net enrolment ratio by education level and sex. CEPALSTAT [Internet]; 2010. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp> Acceso el diciembre de 2011.
70. Pan American Health Organization. Planning public health action: a collective vision and commitment to better health [Internet]; 2008. Disponible en: http://www.paho.org/English/D/DSpeech_48DC_eng_Sep08.htm Acceso el 3 de mayo de 2011.
71. Birdsall N, Lustig N, McLeod D. Declining inequality in Latin America: some economics, some politics. Working Paper 251 [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1425092> Acceso el 3 de mayo de 2011.
72. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
73. Xu K, Evans DB, Varrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs. 2007;26:972–983.
74. The World Bank. Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America [Internet]; 2006. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/Final_E-Book_Beyond_Survival_English.pdf Acceso el 3 de mayo de 2011.

75. Maurice A, Robles A. Impact of long term policies based on social determinants of health: the Costa Rican experience. Background paper for Global Conference on Social Determinants of Health [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html Acceso el 3 de mayo de 2011.
76. Altobelli L, Acosta-Saal C. Local health administration committees (CLAS): opportunity and empowerment for equity in health in Peru. In: Blas E, Sommerfeld J, Kurup A (eds.) Social determinants approaches to public health: from concept to practice. Geneva: World Health Organization; 2011.
77. CFE (Research and Consulting). Participatory budgeting from Brazil to Britain: what can you learn from your local authority? London: CFE; 2011.
78. Peixoto T E. Participatory budgeting: e-democracy from theory to success. Zurich: E-Democracy Centre; 2008.
79. Pan American Health Organization. The health and the Millennium Development Goals: from commitment to action [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/annual-report-d-2011/chapter2_AR2011eng.html Acceso el 3 de mayo de 2011.
80. Kliksberg B. Strategies and methods for promoting social participation in the development and implementation of policies to combat inequalities in health. Rio de Janeiro, Fiocruz. In press.
81. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]; 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf Acceso el 3 de mayo de 2011.
82. Public Health Agency of Canada. Toward health equity: a comparative analysis and framework for action [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.opha.on.ca/resources/docs/HealthEquityComparativeAnalysis-FinalReport-Mar2009.pdf> Acceso el 3 de mayo de 2011.
83. Mexico, SEDESOL (Ministry of Social Development). Oportunidades Program for Development. Monitoring, Evaluation, and Management Indicators and Results of the Oportunidades Program by State. Mexico City: SEDESOL; 2008.
84. World Health Organization. Final report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from the Measurement and Evidence Knowledge Network. Geneva: WHO; 2007.

GLOSARIO

Acceso a fuente de agua mejorada. Porcentaje de la población con acceso a una mejor fuente de agua potable en un año determinado.

Bonificación demográfica. También se le conoce como dividendo demográfico. Se refiere al aumento del crecimiento económico debido a la proporción cada vez mayor de personas en edad de trabajar en una población determinada. Generalmente se presenta en la etapa tardía de la [transición demográfica](#), cuando la [tasa de fecundidad](#) y la tasa de dependencia de los jóvenes decaen. Durante esta [ventana demográfica](#) de oportunidades, la producción per cápita aumenta.

Ciudad de tamaño mediano. Tiene una población de 1 a 5 millones de habitantes.

Desigualdad. Falta de igualdad, oportunidad, tratamiento, recursos, posición económica. Por ejemplo, la desigualdad en materia de salud implica que una persona (o grupo) no tiene la misma oportunidad que otras de obtener acceso a la salud o de recibir servicios equivalentes.

Disparidades. Diferencias o condiciones que generan desigualdades, por ejemplo, de edad, categoría o título.

Género. Se refiere a las características sociales que la sociedad atribuye diferencialmente a los sexos; no se refiere a las mujeres o a los hombres per se, sino a las relaciones de desigualdad entre los sexos en cuanto a distribución de trabajo, recursos y poder.

Inequidad. Se refiere a la presencia de diferencias evitables o remediables entre las poblaciones o grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente. (Adaptado a partir de la definición de equidad de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/trade/glossary/story024/en/index.html>)

Inmunidad colectiva. Además de disminuir el riesgo de contraer una enfermedad en particular, las vacunaciones protegen a la comunidad mediante lo

que se conoce como inmunidad colectiva, gracias a la cual las probabilidades de que una persona que no ha sido vacunada contraiga una enfermedad disminuyen si las personas que la rodean están vacunadas.

Megaciudad. Las Naciones Unidas la definen como una zona metropolitana con más de 10 millones de habitantes.

Paridad del poder adquisitivo. Condición en que una cantidad de dinero determinada tiene el mismo [poder adquisitivo](#) en diferentes países. Los precios de los [productos](#) entre los países solo reflejan los [tipos de cambio](#).

Pirámide de población. También se le conoce como diagrama de estructura por edades; es una ilustración gráfica que muestra la distribución de diversos grupos de edad en una población.

Presupuestación participativa. Proceso de [deliberación](#) democrática y toma de decisiones; un tipo de [democracia participativa](#) en que los ciudadanos deciden cómo asignar parte de un [presupuesto municipal](#) o público. Permite a los [ciudadanos](#) identificar, examinar y priorizar proyectos de gasto público y les da poder para tomar decisiones reales acerca de cómo se gasta el dinero. Diversos estudios han revelado que la presupuestación participativa da lugar a un gasto público más equitativo, una calidad de vida más alta, mayor satisfacción de las necesidades básicas, mayor transparencia y rendición de cuentas por parte del gobierno, mayor grado de participación pública (especialmente de los residentes marginados o más pobres) y aprendizaje democrático y ciudadano.

Raza y grupo étnico. Se refiere a los grupos sociales que con frecuencia comparten un patrimonio cultural y una ascendencia, y cuyas características son forjadas por sistemas en que “un grupo se beneficia del dominio que ejerce sobre otros grupos, y se define a sí mismo y a los otros a través de esa dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias, por ejemplo, el color de la piel” (14). El grupo étnico se refiere a la tradición, al comportamiento aprendido y a las costumbres, mientras que la

raza se refiere a las características biológicas. Puede incluir el color de la piel, el tono de la piel y el color de los ojos y del cabello, así como la tendencia a contraer ciertas enfermedades. No es algo que pueda cambiarse o disimularse. La raza no comprende las costumbres ni el comportamiento aprendido.

Razón total de dependencia. Número de personas menores de 15 años de edad, más el número de personas mayores de 65 años, dividido entre el número de personas de 15 a 64 años; se expresa como porcentaje.

Tasa total de fecundidad. Número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida, si sus años de reproducción transcurrieran conforme las tasas de fecundidad por edad correspondientes a un año o período y país determinados. Por lo general se refiere a mujeres de 15 a 44 años o de 15 a 49 años. Se calcula sumando

las tasas de fecundidad por edad para todas las edades consideradas y multiplicando el resultado por el tamaño del intervalo en el cual las edades fueron agrupadas, que por lo general es de 5 años.

Transferencia condicional de dinero en efectivo.

Programa que consiste en transferir dinero en efectivo, generalmente a familias pobres, a condición de que hagan inversiones (especificadas previamente) en el capital humano de sus hijos. (Tomado de: http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf.)

Transición epidemiológica. Describe los patrones cambiantes de la distribución de la población por edad, mortalidad, fecundidad, esperanza de vida y causas de muerte. (Tomado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805833/>)