



Organización
Mundial de la Salud



Comisión sobre
Determinantes Sociales de la Salud

Subsanar las desigualdades en una generación

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





Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

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

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

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

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

© Organización Mundial de la Salud 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

Fotografías

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice

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

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

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

Agradecimientos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mensaje del Presidente

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Michael Marmot, *Presidente*

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Miembros de la Comisión

Michael Marmot
Frances Baum
Monique Bégin
Giovanni Berlinguer
Mirai Chatterjee

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

Pascoal Mocumbi
Ndioro Ndiaye
Charity Kaluki Ngilu
Hoda Rashad
Amartya Sen

David Satcher
Anna Tibaijuka
Denny Vågerö
Gail Wilensky

Un nuevo programa mundial para la equidad sanitaria

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

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

Los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria

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

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

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

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

Un nuevo enfoque del desarrollo

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

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

Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación

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

Recomendaciones generales de la Comisión

1 Mejorar las condiciones de vida

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

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

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

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

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

Tres principios de acción

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

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

1. Mejorar las condiciones de vida

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

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

EQUIDAD DESDE EL PRINCIPIO

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

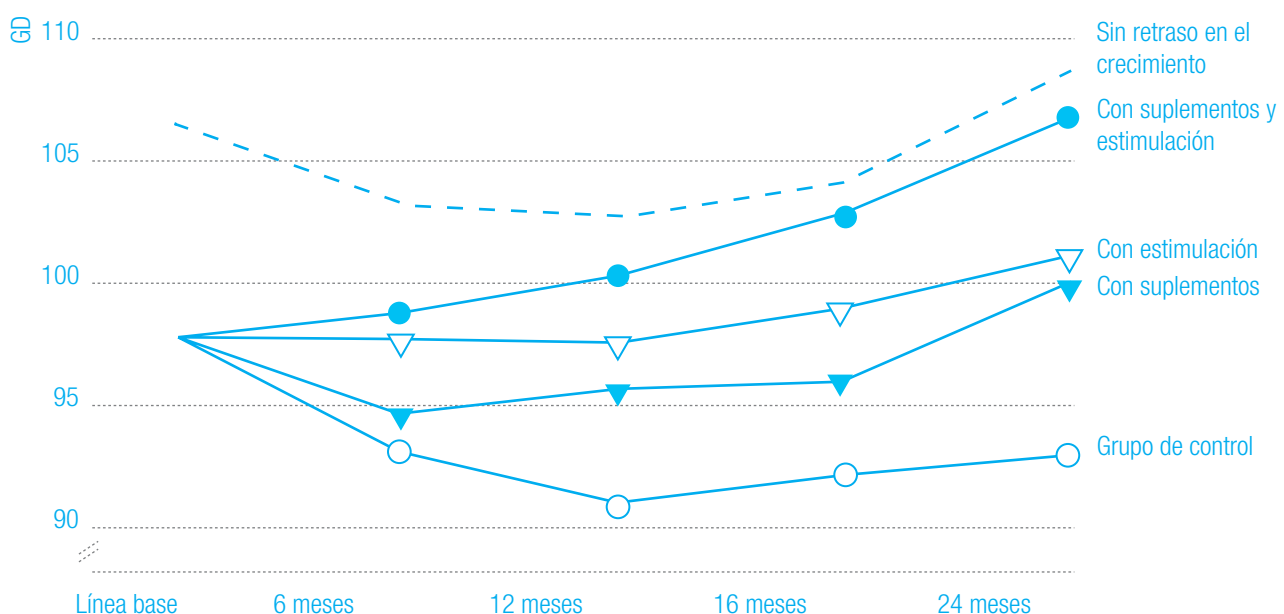
tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto.

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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



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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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

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

ENTORNOS SALUBRES PARA UNA POBLACIÓN SANA

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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

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

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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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

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

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

PRÁCTICAS JUSTAS EN MATERIA DE EMPLEO Y TRABAJO DIGNO

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

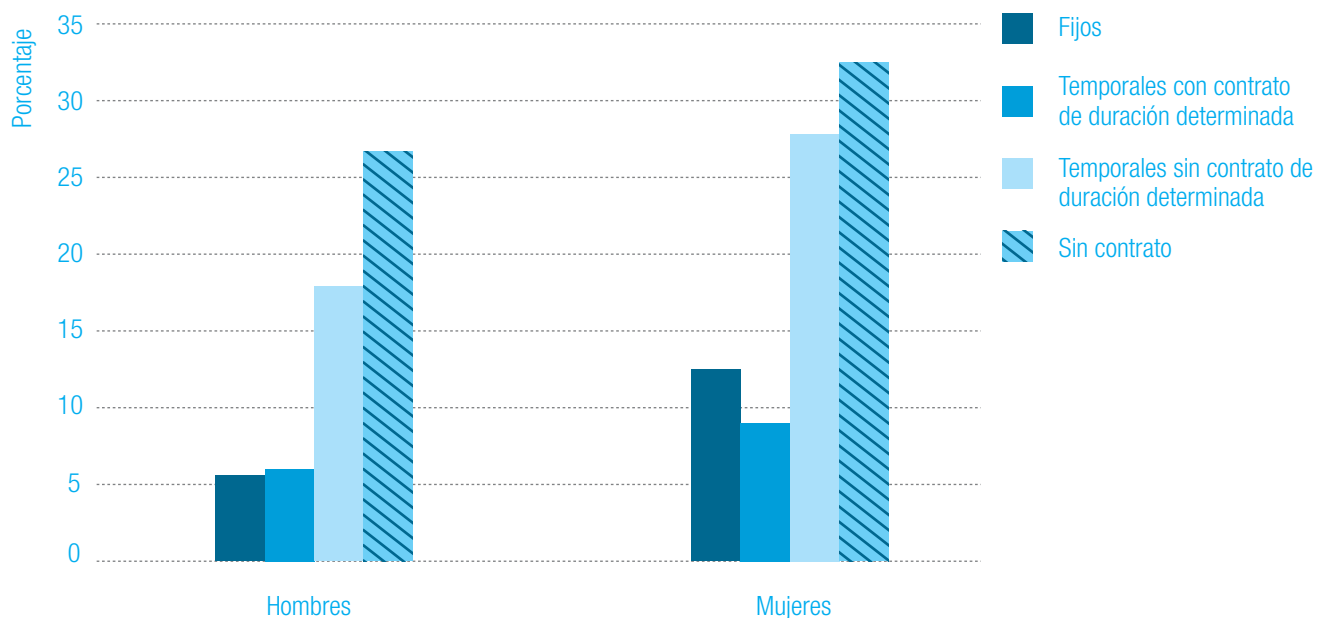
El trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Esto engloba las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo. Se considera que una mano de obra flexible beneficia la competitividad económica, pero ello repercute en la salud. Estudios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

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

Medidas que deben adoptarse

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

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



Fuente: Artazcoz et al., 2005

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

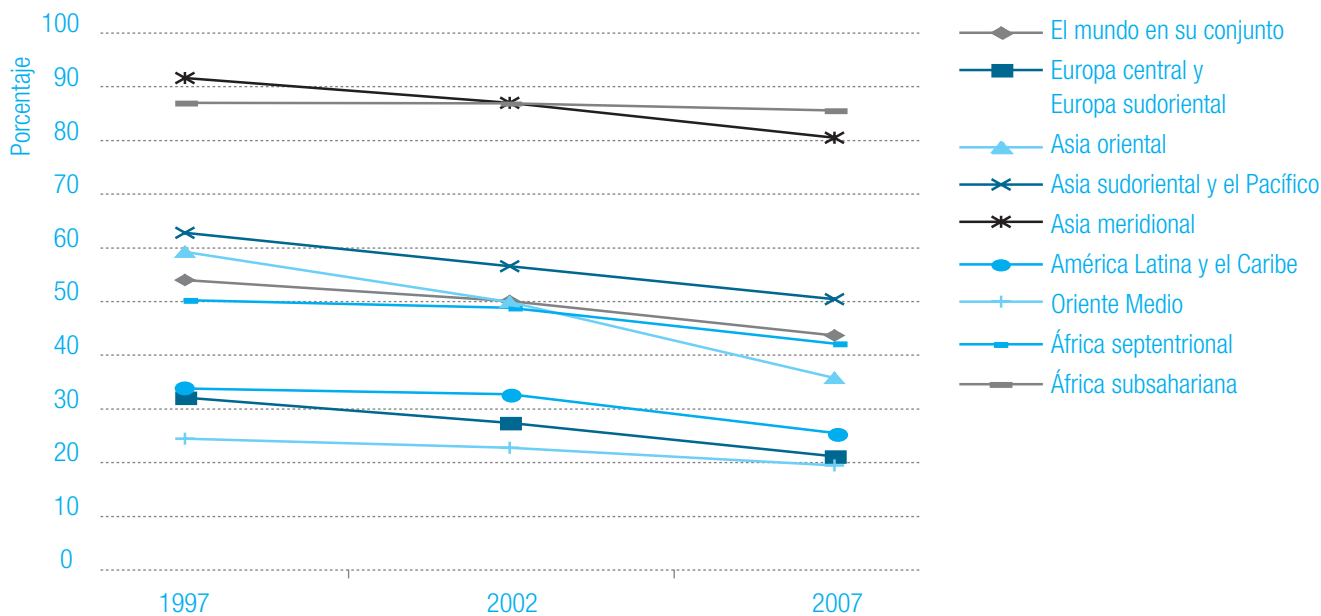
- El pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno han de ser objetivos comunes de las instituciones internacionales, y deben ser parte integrante de los programas políticos y las estrategias de desarrollo nacionales; los trabajadores han de estar mejor representados en los procesos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

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

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

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

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



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

PROTECCIÓN SOCIAL A LO LARGO DE LA VIDA

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

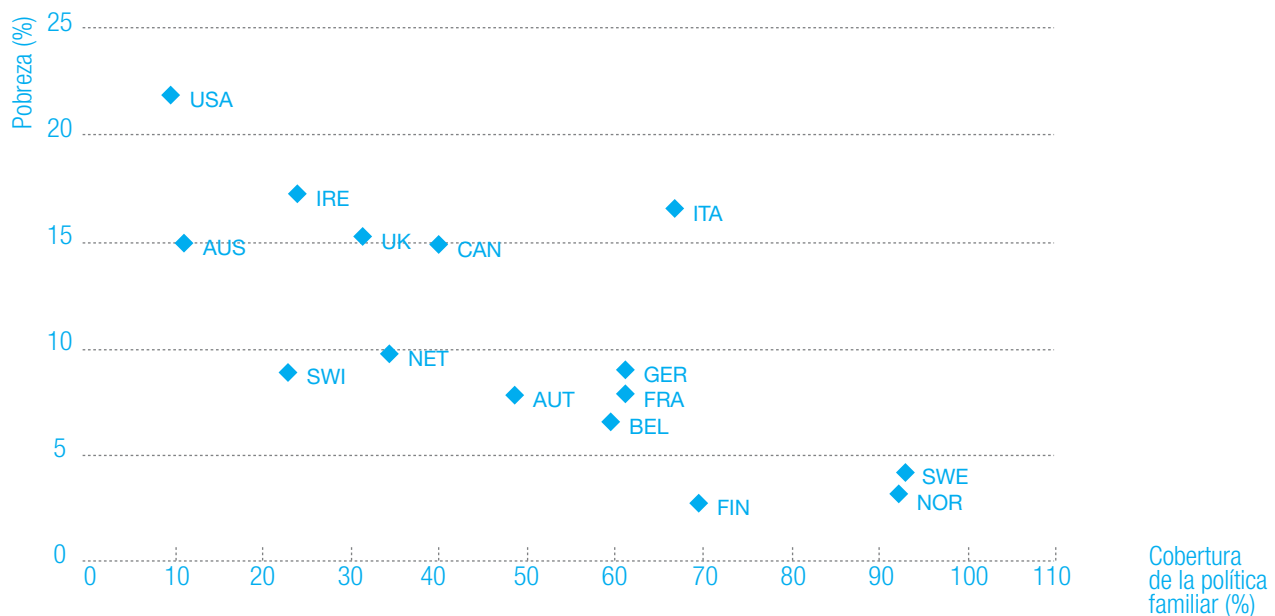
desigualdades en los ingresos suelen ser inferiores en esos países, comparado con países con sistemas dirigidos a las capas más desfavorecidas de la sociedad.

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

Medidas que deben adoptarse

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

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



Cobertura social neta de las transferencias como porcentaje del salario neto medio de un trabajador del sector manufacturero. El umbral de la pobreza corresponde al 50% de los ingresos disponibles de equivalencia media. AUS = Australia; AUT = Austria; BEL = Bélgica; CAN = Canadá; FIN = Finlandia; FRA = Francia; GER = Alemania; IRE = Irlanda; ITA = Italia; NET = Países Bajos; NOR = Noruega; SWE = Suecia; SWI = Suiza; UK = Reino Unido; USA = Estados Unidos de América. Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Lundberg et al. (2007).

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

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

ATENCIÓN UNIVERSAL DE SALUD

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

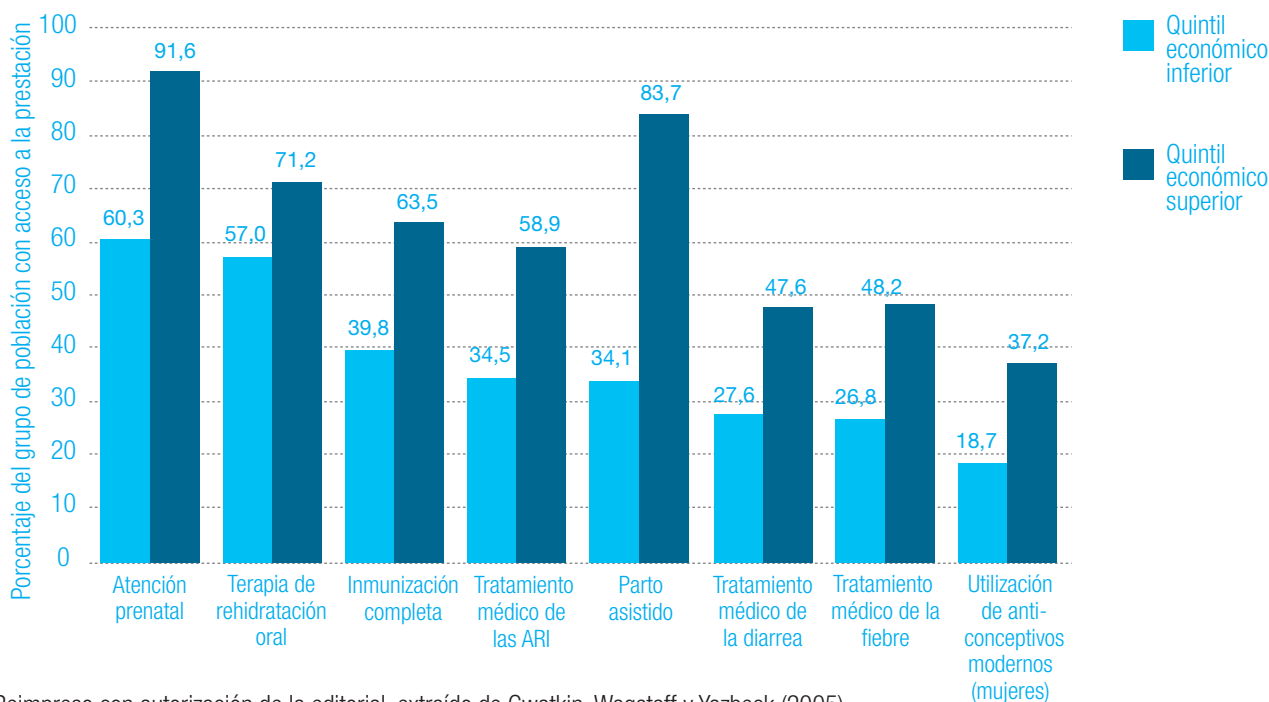
y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención de salud tienen una importante función de rectoría que desempeñar en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria.

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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

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

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

LA EQUIDAD SANITARIA EN LAS POLÍTICAS, SISTEMAS Y PROGRAMAS

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

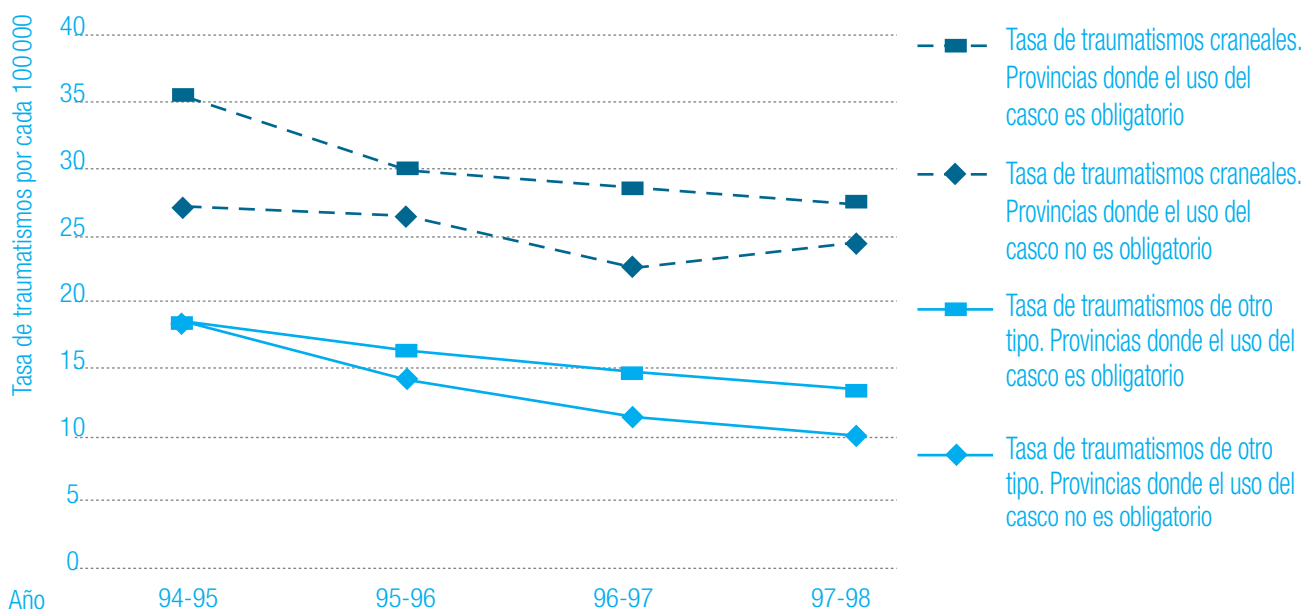
Es esencial que haya coherencia política. Eso significa que las políticas de los distintos departamentos de la administración pública han de complementarse, en lugar de contradecirse,

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

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

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

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



El uso del casco se hizo obligatorio por ley en todas las provincias entre 1995 y 1997. Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Macpherson et al. (2002).

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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

Financiación equitativa

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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



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

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

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

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

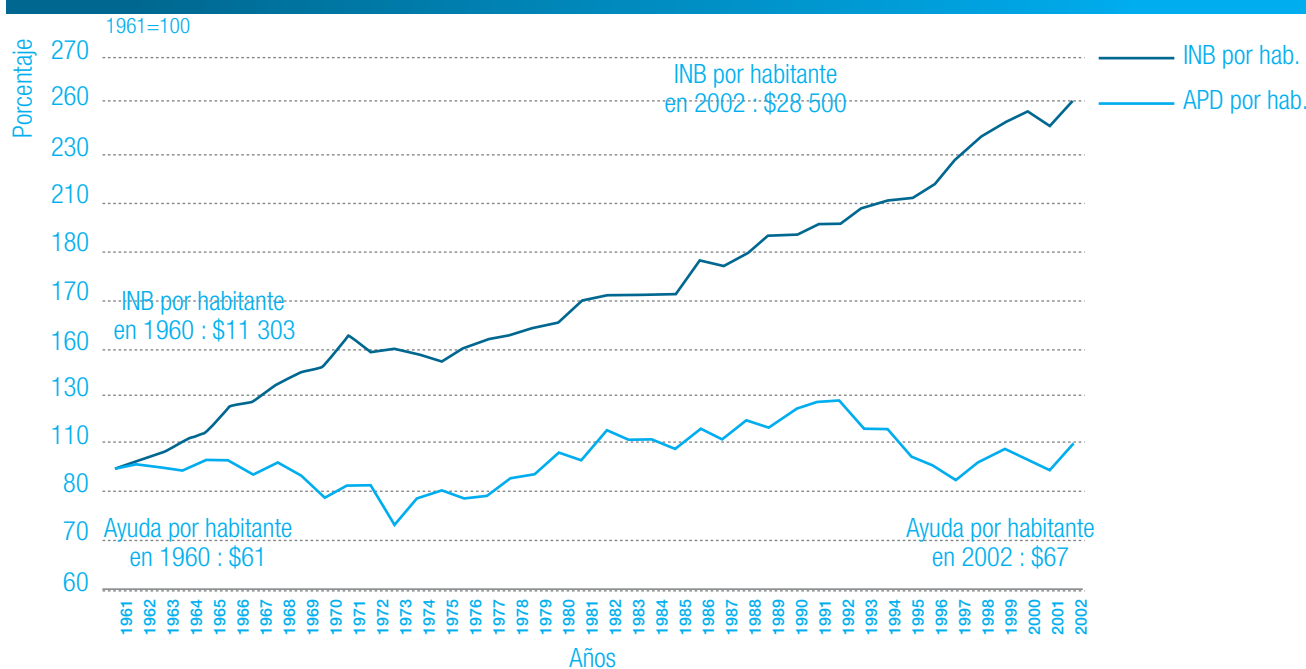
Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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



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

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

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

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

Responsabilidad del mercado

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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



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

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

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

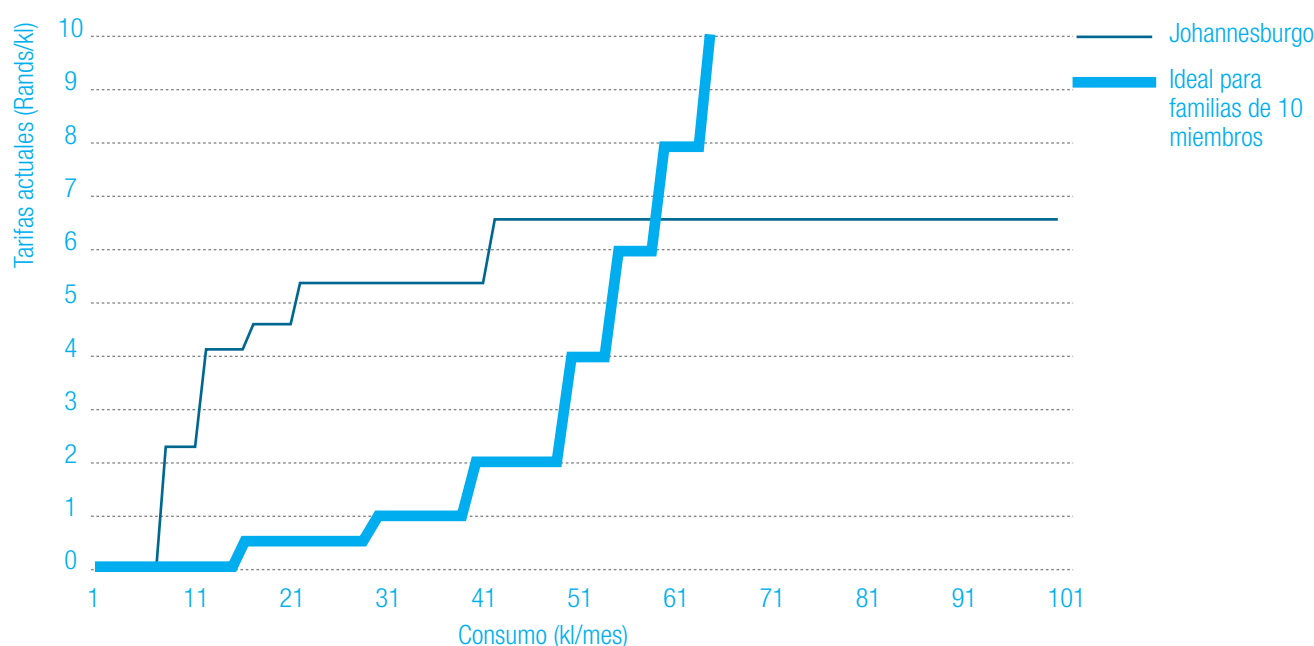
los acuerdos económicos internacionales y mundiales, y han acelerado la comercialización de bienes y servicios, algunos de los cuales tienen efectos beneficiosos para la salud, mientras que otros tienen efectos desastrosos. La Comisión insta a los países participantes a que sean prudentes a la hora de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

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

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

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

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



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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

Equidad de género

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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



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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

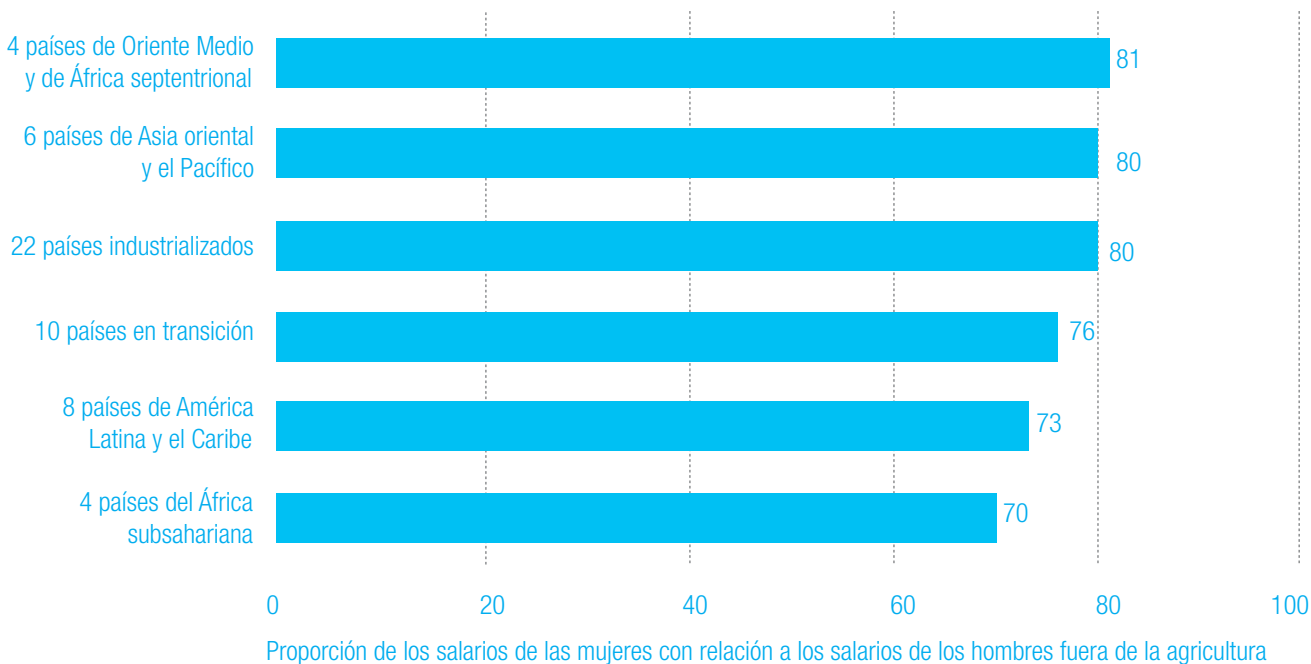
- Intensificar la incorporación de una perspectiva de género creando y financiando una unidad para la equidad de género en la administración central de los gobiernos y las instituciones internacionales.
- Incluir la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales.

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

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

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

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



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

EMANCIPACIÓN POLÍTICA – INTEGRACIÓN Y POSIBILIDAD DE EXPRESARSE

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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

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



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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

Una gobernanza mundial eficaz

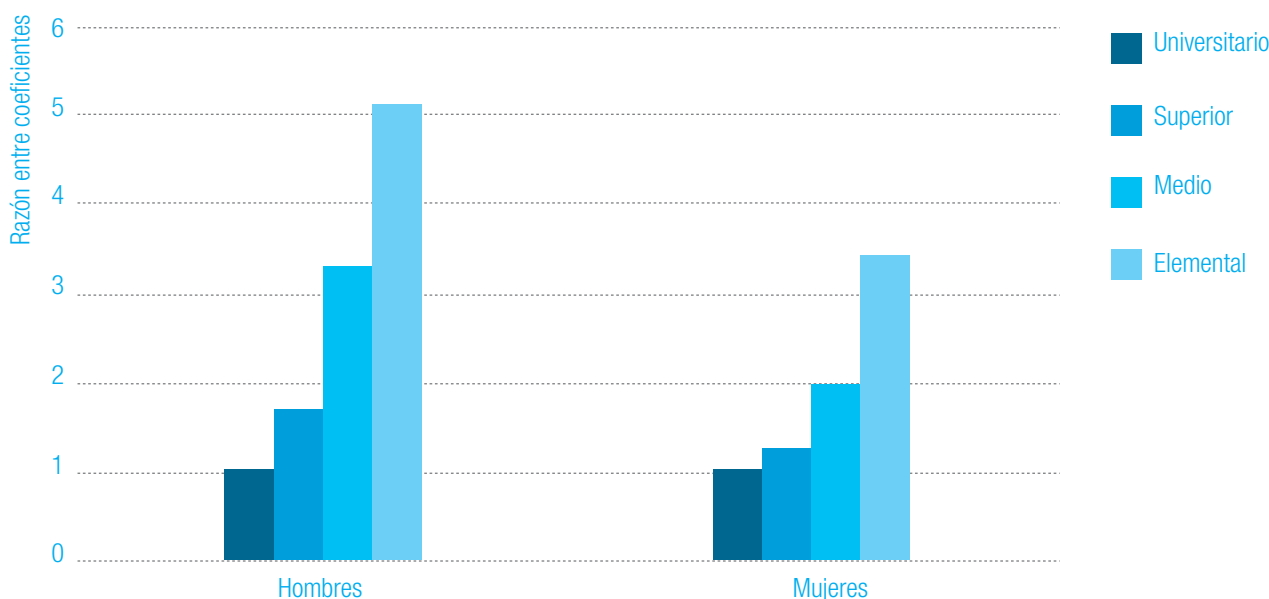
Las enormes diferencias en el estado de salud y en las oportunidades en la vida entre los distintos pueblos del planeta reflejan el desequilibrio de poder y prosperidad entre las naciones. Los indudables beneficios de la globalización siguen estando repartidos de forma muy desigual.

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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



Fuente: Son et al., 2002

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

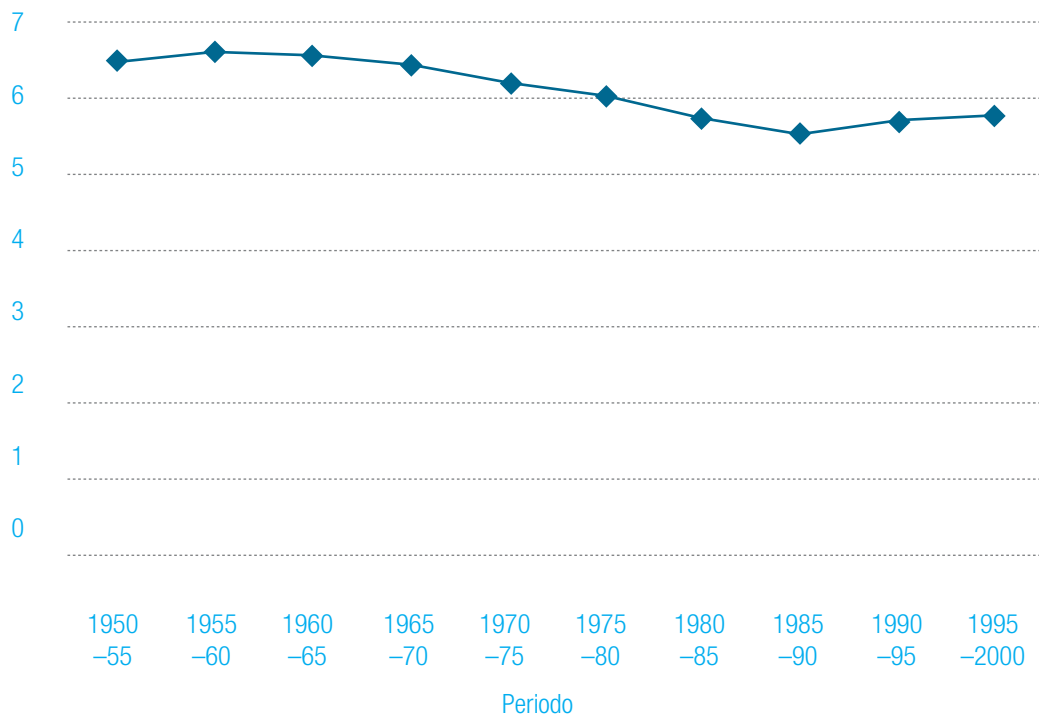
Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Fundamentos científicos de las intervenciones

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

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

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

Medidas que deben adoptarse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACTORES

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

Organismos multilaterales

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



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

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

OMS

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

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

Autoridades nacionales y locales

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

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

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

Sociedad civil

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

cubrirán muchas etapas, con o sin éxito, bajo la mirada atenta de los actores de la sociedad civil. La sociedad civil puede desempeñar un importante papel en las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, a través de lo siguiente:

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

Sector privado

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

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

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

Instituciones de investigación

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

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

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

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

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

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

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