

# Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina

María del Rocío Sáenz Madrigal

Colección **Estudios nº 16**

---

Serie **Análisis**  
Área **Salud**





# Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina

María del Rocío Sáenz Madrigal

Estudio nº 16

Serie: Análisis

Área: Salud



PROGRAMA FINANCIADO  
POR LA UNIÓN EUROPEA

**Edita:**

Programa EUROsociAL  
C/ Beatriz de Bobadilla, 18  
28040 Madrid (España)  
Tel.: +34 91 591 46 00  
[www.eurosocii.eu](http://www.eurosocii.eu)

**Con la colaboración:**

Fundación Internacional y para Iberoamérica  
de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)



**FIIAPP**  
COOPERACIÓN ESPAÑOLA



Fundación Española para la Cooperación Internacional,  
Salud y Política Social



Istituto Superiore di Sanità



La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia  
de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad  
exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar  
que refleja la opinión de la Unión Europea.

Edición no venal.

**Realización gráfica:**

Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

Madrid, septiembre 2015



No se permite un uso comercial de la obra original  
ni de las posibles obras derivadas, la distribución  
de las cuales se debe hacer con una licencia igual  
a la que regula la obra original.

# Índice

|   |    |
|---|----|
| Presentación .....  | 5  |
| Resumen ejecutivo .....   | 7  |
| 1. Introducción al método de un diálogo regional .....  | 9  |
| 1.1. Rasgos estructurales de la inequidad social en América Latina .....                                | 10 |
| 1.2. (In) equidad de salud: conceptualización y enfoques en América Latina ..                           | 13 |
| 2. Ejes de discusión para un diálogo en construcción .....  | 17 |
| 2.1. Derechos humanos y el derecho a la salud .....   | 17 |
| 2.2. Los determinantes sociales de la salud .....   | 21 |
| 2.3. Salud como producción social y su papel en el desarrollo sostenible .....                          | 23 |
| 2.4. Sistemas de salud en América Latina .....  | 24 |
| 2.5. Cobertura Universal en Salud (CUS) .....   | 28 |
| 2.6. La relación entre cohesión social y equidad en salud .....   | 31 |
| 2.7. El monitoreo de los sistemas de salud en América Latina .....                                      | 32 |
| 3. Conclusiones preliminares como insumos para la medición de la equidad<br>de salud en la región ..... | 35 |
| Referencias .....   | 39 |



## Presentación

El documento de trabajo *Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina* es una contribución del Programa EUROsociAL al debate acerca de la equidad en salud en la región. El objetivo de EUROsociAL, programa de la Unión Europea para la cohesión social en Latinoamérica, es contribuir a cambios en políticas públicas que mejoren la cohesión social a través del aprendizaje entre pares y el intercambio de experiencias entre instituciones homólogas de ambas regiones.

En las últimas décadas América Latina ha registrado un periodo sin precedentes de crecimiento sostenido y reducción de la desigualdad. Sin embargo, persisten brechas de inequidad que afectan la salud de las personas, de manera especial a los grupos en desventaja económica. De hecho, a pesar de los logros en salud, la distribución de los riesgos para la salud continúa siendo extremada e inaceptablemente desigual. La desigualdad creciente entre el estado de salud, no solo en América Latina, sino en todos los países del mundo, impulsó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 a crear la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). En una etapa sucesiva, la CDSS desarrolló un marco conceptual para entender la acción de los determinantes sociales hacia la equidad en salud y permitir a los diseñadores de políticas públicas el poder definir los puntos de entrada en las intervenciones. De hecho, los determinantes que afectan desfavorablemente la salud de algunos grupos en la población llevan a una situación de injusticia. Algunos de estos daños podrían evitarse mejorando la forma en que la gobernanza funciona. Hay, por ende, una urgente necesidad de entender cómo se puede mejorar la protección y promoción de la salud pública en el ámbito de la gobernanza, proceso complejo y políticamente sensible, que involucra no solo la distribución de recursos económicos, sociales y políticos, sino también el compartir los conocimientos y perspectivas diversas sobre el abordaje de las inequidades en salud.

Esperamos que este documento de trabajo contribuya a enriquecer el debate en el tema y fomente el desarrollo de políticas dirigidas a mejorar la equidad en salud de los países en la región.

**Rita Maria Ferrelli**

*Socio Operativo del Área de Salud del Programa EUROsociAL  
Istituto Superiore di Sanità*





## Resumen ejecutivo

América Latina es la región con mayores brechas sociales, sin embargo cuenta con un desarrollo histórico singular sobre el derecho a la salud en sus legislaciones. A su vez cuenta con sistemas de salud mayoritariamente mixtos, con una alta participación pública, que buscan ir más allá de la atención en salud para reducir las desigualdades injustas e innecesarias en salud como ruta para disminuir las inequidades, también históricas en su proceso de desarrollo. A nivel global ha ido creciendo el consenso sobre los vínculos entre la equidad en salud y la equidad en la prestación de los servicios de salud, como determinantes esenciales para un desarrollo sostenible basado en los derechos humanos. Desde esta perspectiva, varios países latinoamericanos han iniciado procesos de política pública para cerrar sus brechas sociales a nivel nacional y subnacional, y a su vez forjar una mayor cohesión social a partir de estrategias encaminadas hacia una Cobertura Universal en Salud (CUS). En esta ruta conjunta, el aporte del programa EUROsociAL II pretende fortalecer este proceso desarrollando instrumentos enfocados en una mayor equidad en salud entre Europa y América Latina, particularmente a través de instrumentos de monitoreo existentes, que permitan mejorar la calidad de las mediciones sobre equidad en salud y también deriven en la identificación de oportunidades de mejora con base en la evidencia. Dentro de esta perspectiva, el presente documento aborda conceptos claves con el fin de contribuir en la construcción de una visión común que impulse la región hacia la puesta en práctica de una nueva generación de políticas de cohesión social y equidad en salud, reconociendo que cada país debe definir su propia ruta y agenda dependiendo de su contexto específico.



## 1. Introducción al método de un diálogo regional

EUROsociAL es un programa regional de cooperación de la Comisión Europea para promover la cohesión social en América Latina. Su objetivo es apoyar los procesos de política pública dirigidos a mejorar los niveles de cohesión social en los diferentes países de la región y fortalecer las instituciones que llevan a cabo dichas políticas. EUROsociAL II presenta una segunda etapa del programa en la que se aborda el tema de la salud.

La importancia del programa EUROsociAL II radica no solo en su pertinencia temática para la región, dado que América Latina es la región más desigual del mundo, sino también en la innovación y puesta en práctica de mecanismos de cooperación técnica enraizados en la realidad de países de renta media. El objetivo principal del programa es facilitar la acción colaborativa entre pares y entre instituciones homólogas de Europa y América Latina a través del intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas en los procesos de construcción de modelos sociales. Este objetivo es consistente con las prioridades de la cooperación entre la Unión Europea y América Latina para el periodo 2011-2013: integración regional, y cohesión social y territorial (Unión Europea, 2012).

Dentro de este contexto, el presente documento busca establecer un consenso sobre los ejes claves de la discusión que relacionan la cohesión social con la salud en la región latinoamericana. Especialmente, este documento presenta insumos conceptuales acerca de la equidad en salud que contribuyeron al debate en el marco de la reunión de países organizada por EUROsociAL II en Lima, Perú, en julio de 2014.

Los diferentes ejes de discusión presentados y promovidos en este trabajo incluyen en primer lugar la salud como derecho humano y por ende el derecho a la salud, planteando que la política de salud latinoamericana de manera generalizada se arraiga en primera instancia en estos derechos. El segundo eje de discusión trata sobre los determinantes sociales de la salud y su impacto en el resultado de la política de salud latinoamericana. El tercer eje aborda la salud como producto social y destaca el carácter intersectorial de la política de salud, así como subraya el papel de la salud en los procesos hacia el desarrollo sostenible.

El cuarto eje de discusión describe en términos generales la organización tradicional de los sistemas de salud latinoamericanos y su impacto en la equidad en salud. A continuación, como quinto eje, se discute el concepto de la Cobertura Universal en Salud (CUS) y se considera la aspiración regional de una cobertura con servicios médicos integrales de calidad para todos, tomando como base una clara identificación de las necesidades de salud. Vinculando los diferentes ejes discutidos, se reconoce como premisa fundamental que los Estados deben actuar sobre los determinantes de la salud para avanzar consistentemente hacia una verdadera Cobertura Universal en Salud (CUS). El sexto eje de discusión aborda los conceptos de la cohesión social y la solidaridad social como determinante de la Cobertura Universal en Salud y viceversa.

La equidad en salud se presenta como meta última y medible de la política de salud latinoamericana, y como variable que se vincula intrínsecamente con la cohesión social. Dentro de este contexto, se destaca también la importancia de priorizar la atención primaria como instrumento para promover la equidad en salud, además de transformar los sistemas de salud desde lo curativo hacia la prevención y promoción de la salud.

Finalmente, entre los retos más importantes, y que se representa como el séptimo eje, se identifica la necesidad de desarrollar instrumentos transparentes de monitoreo para ejercer una rectoría efectiva, mejorar la efectividad de los sistemas de salud, disminuir la inequidad en salud y garantizar el derecho a la salud en toda la región.

Por otra parte, el enfoque en derechos del que parte el documento puede generar una impresión de cierta verticalidad conceptual; contrariamente, lo que se busca es ir transformando el concepto del derecho a la salud desde una perspectiva individualista aplicada en varios contextos actualmente, hacia una holística, colectiva, reconociendo que el derecho a la salud es en primera instancia un problema social. Esto implica de manera implícita la urgencia de realzar los niveles de la equidad en salud en la región. De esta forma, el derecho a la salud y la equidad de salud no solo se vinculan, sino se condicionan de manera explícita por procesos que forjan la cohesión social.

Es de gran importancia reconocer que este documento no pretende agotar el debate y el enriquecimiento regional, sino más bien busca abrir un espacio de discusión que en última instancia logre incidir en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias de la región.

## **1.1. Rasgos estructurales de la inequidad social en América Latina**

En América Latina, la problemática de la inequidad social se acentuó durante la década de 1980 y 1990, resultado en muchos casos de las políticas de ajuste estructural (Ahumada, 1998). Esa inequidad se ha mantenido a pesar de un marcado crecimiento

económico en las últimas décadas, y se ha enraizado cada vez más profundo en las realidades sociales, políticas y económicas de los países en la región.

La inequidad como concepto se distingue de la desigualdad en que la primera incorpora un valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. Es decir, la desigualdad puede ser justificada bajo el concepto de equidad vertical. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas (León, 2006).

América Latina se desempeña mejor en términos de niveles de pobreza (cuando la medida se estandariza mediante líneas de pobreza internacionales) que otras regiones menos desarrolladas en el mundo; es decir, la pobreza en América Latina es más baja que en África y que en la mayor parte de Asia (Banco Mundial, 2005).

Sin embargo, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre mediciones con respecto al coeficiente de Gini (indicador de la equidad de ingreso)<sup>1</sup>, se reporta que el 10% más rico de la población latinoamericana recibe el 32% de los ingresos totales, mientras que el 40% más pobre se beneficia solo del 15% (CEPAL, 2012: 23).

Según la misma CEPAL, los países con mayor equidad social son Venezuela y Uruguay mientras que los países relativamente inequitativos incluyen a Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. En estos países los niveles de inequidad se acercan al 40% de los recursos disponibles concentrados en los estratos más ricos de la población y del 11% al 15% en los más pobres. Por otro lado, países como Argentina, Bolivia, Nicaragua y Venezuela han logrado reducir la inequidad social en los últimos años, registrando tasas anuales de reducción del GINI superiores al 2% (CEPAL, 2012).

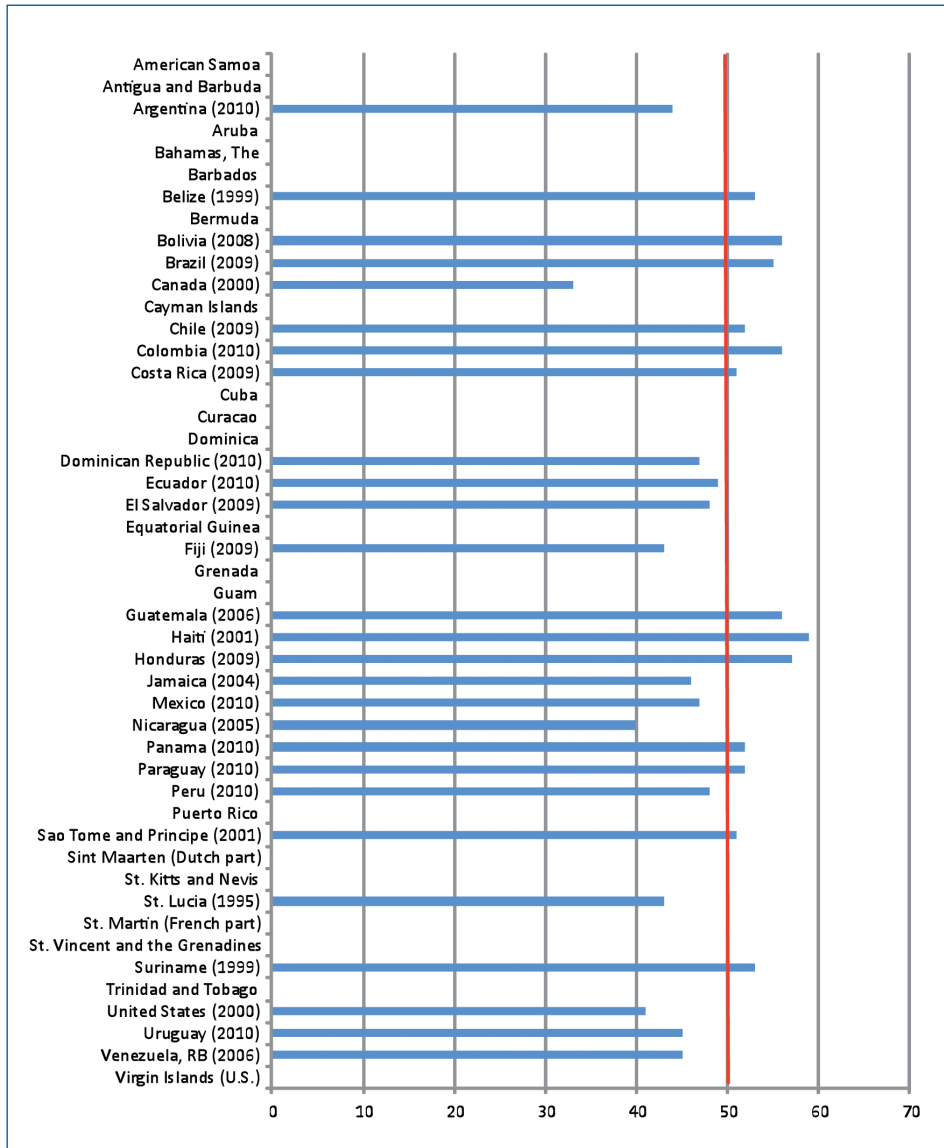
Similarmente, de acuerdo con datos del Banco Mundial el décil más rico de la población de América Latina y el Caribe se queda con el 48% del ingreso total, mientras que el décil más pobre solo recibe el 1,6%. Los valores sobre el índice de Gini demuestran que desde la década de los setenta hasta los noventa, la inequidad en la región LAC (América Latina y el Caribe) fue superior en 10 puntos respecto a Asia; en 17,5 puntos respecto a los 30 países de la OCDE y en 20,4 puntos respecto a Europa oriental (Ferranti, Perry, Ferreira y Walton, 2003).

---

1. Según el Banco Mundial (2015), el índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Así, un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 1 representa una inequidad perfecta (Banco Mundial, 2015).

El gráfico 1 muestra el índice de Gini para los países de América Latina y el Caribe (LAC) con datos del último año disponible según el Banco Mundial. La figura demuestra que la inequidad de ingreso en la región varía entre el 0,330 en Canadá y el 0,590 en Haití; siendo el primero el más equitativo y el segundo el más inequitativo de la región.

**Gráfico 1. Índice GINI para los países de la región LAC, último año disponible**



Fuente: *World Development Indicators* (2014): Distribution of income or consumption, <http://wdi.worldbank.org/table/2.9#>

Cabe destacar que a pesar de algunas experiencias positivas en la región, la inequidad social sigue siendo un problema presente en todos los países; y siguen existiendo marcadas diferencias entre grupos poblacionales y territorios, zonas urbanas y rurales, e incluso entre hombres y mujeres. Por lo tanto, surgen preocupaciones a raíz de esta condición que requiere el desarrollo de estrategias que puedan mitigar o al menos contrarrestar el impacto que estas realidades tienen en la calidad de vida de las personas. Es por esta razón que es cada vez más urgente reconocer la existencia de esta inequidad social, medirla y atacarla para poder mejorar la calidad de vida de las poblaciones y, en términos generales, los índices de desarrollo en todos los ámbitos de los países.

## **1.2. (In) equidad de salud: conceptualización y enfoques en América Latina**

Dentro del contexto de EUROsociAL II se entiende la equidad en salud como la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas con características sociales, económicas, demográficas o geográficas similares. El concepto supone entonces la igualdad en las oportunidades y capacidades para lograr desarrollar el máximo potencial de salud de las personas entre diferentes grupos (OMS, 2007).

Desde esta perspectiva se reconoce que existe una relación directa entre inequidad de ingreso e inequidad en salud. Sin embargo, las personas con menores ingresos no solo tienden a utilizar menos los servicios de salud debido a los altos costos directos e indirectos, sino también influyen factores sociales subyacentes como el nivel de educación, la vivienda y su ubicación, dinámicas familiares en las decisiones de utilizar o no los servicios, entre otros. Las políticas públicas enfocadas en reducir la inequidad en salud deben reconocer esa compleja realidad y tomar una perspectiva holística.

Solo acabando con todas las barreras económicas y socioculturales que tienden a excluir a ciertos sectores de la población de los servicios adecuados a sus necesidades y contextos se puede lograr la equidad en salud (Wagstaff, 2002).

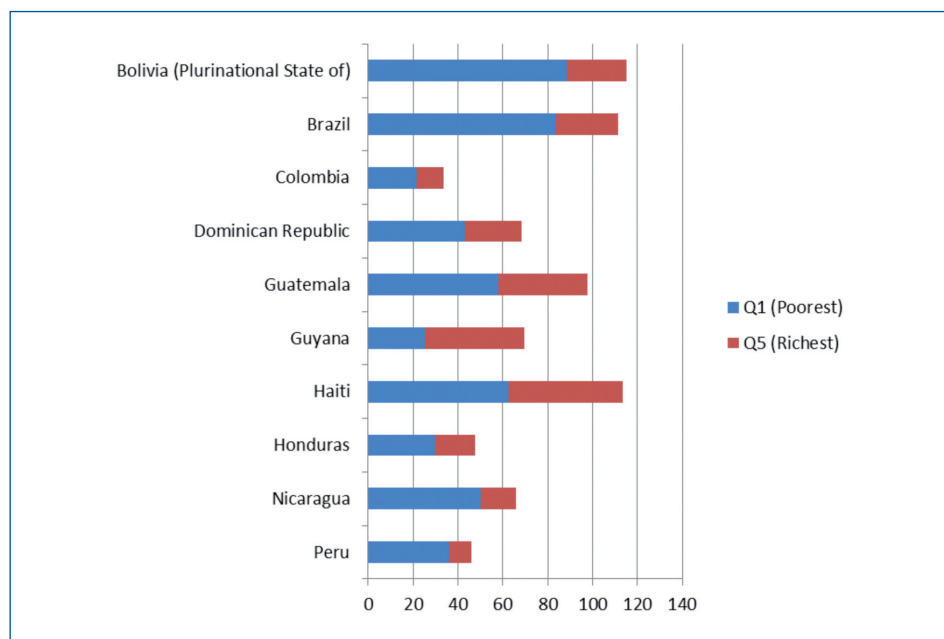
Ahora bien, la equidad se distingue en dos diferentes vertientes: la equidad horizontal y la equidad vertical, la primera se entiende como el igual acceso para igual necesidad; y la segunda como la desigualdad de acceso apropiada para necesidades desiguales (Oliver y Mossialos, 2004). Equidad así se distingue de igualdad, siendo equidad en salud el resultado más bien tanto de igualdades como desigualdades dependiendo de las necesidades y características particulares de cada persona.

El término inequidad lleva consigo una carga y una dimensión moral y ética del desarrollo humano, que confronta lo que es con lo que debe ser. Por ello, las inequidades

son descritas como aquellas diferencias que son sistemáticas, injustas y tienen un origen social (Whitehead y Dahlgren, 2006). Sen (1999) adscribe un carácter crítico al concepto de la salud haciendo referencia al tema de la equidad en salud argumentando que la equidad en salud es fundamental para la justicia social; el autor afirma que la salud debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluyendo la distribución económica (Sen, 1999).

Se descubre en el proceso un tercer enfoque transversal de la equidad, fundamentado en las acciones afirmativas en salud para la movilidad social, principalmente de aquellos grupos con mayor rezago y brechas, que pareciera configurarse en el pensamiento y la política sanitaria de América Latina, donde el papel del Estado es determinante en la direccionalidad a favor de la equidad en salud, con más fuerza en la provisión de los servicios de salud.

**Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil (probabilidad de morir entre el nacimiento y la edad de 1 año por 1.000 nacidos vivos), en países de la LAC con datos representados por la OMS, último año disponible**



Fuente: Global Health Observatory Data Repository, Wealth quintile Data by country, Filtered for Infant mortality rate (probability of dying between birth and age 1 per 1000 live births), Americas, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1546?lang=en>

Según esta conceptualización es relevante ahondar en las mediciones de la misma en América Latina. Si bien hay pocos datos disponibles para realizar un apropiado monitoreo de la inequidad en salud en América Latina se han hecho esfuerzos por medirlo,



y en ese sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha iniciado un monitoreo a nivel global, en el cual ha comparado la tasa de mortalidad infantil para dos grupos de ingreso por país: el quintil más pobre y el quintil más rico; lo anterior refleja que para los grupos más pobres el riesgo de morir aumenta, particularmente excepcional es el caso de Haití donde el riesgo de morir es casi igual en ambos grupos poblacionales. Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala y Honduras, con un índice de Gini 0,500, presentan también grandes inequidades de la tasa de mortalidad infantil.

Adicionalmente se debe llamar la atención en que además del quintil de ingreso al que una persona se ubica, también la raza y la etnia, entre otros, son factores que determinan en forma permanente las oportunidades y el bienestar de los individuos de esta región. Tanto los indígenas como los afrolatinos viven “en considerable desventaja respecto de los blancos”, puesto que son estos últimos los que reciben los ingresos más altos de la región (Ottone y Sojo, 2007).



## 2. Ejes de discusión para un diálogo en construcción

En esta sección se organiza y direcciona la discusión sobre los principales conceptos que contribuyen a desarrollar una visión holística sobre la relación entre cohesión social y equidad en salud. Estos conceptos a su vez deberán permear los diferentes programas y proyectos que en el futuro se desarrollen dentro del marco de EUROsocial II, y muy concretamente los esfuerzos de medición de la equidad en los países de la región.

### 2.1. Derechos humanos y el derecho a la salud

Conforme a la perspectiva de los derechos humanos universales, el derecho a la salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial. Los derechos humanos funcionan como el marco de referencia global desde el cual se desprende el diálogo birregional facilitado por EUROsocial, sobre la equidad en salud. En este contexto se hace referencia en primer lugar a la Declaración Universal de Derechos Humanos, firmada en 1948, que busca como ideal común que todos los pueblos y naciones se esfuercen, mediante la enseñanza y la educación, en respetar los derechos y libertades de las personas, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados miembros como entre los territorios colocados bajo su jurisdicción (ONU, 1948). Es decir, los derechos humanos representan un punto de convergencia entre regiones, y específicamente entre todos los países, sobre las condiciones básicas que son inherentes e inviolables para cada ser humano, incluyendo la vida y la salud.

El derecho a la salud lleva implícito el reconocimiento por parte de los gobiernos de la necesidad de crear condiciones que permitan a todas las personas buscar la manera de vivir que mejor valoren sin que la enfermedad, la discapacidad o la muerte prematura limiten esa aspiración. Esas condiciones están declaradas en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así mismo como a su

familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 1948).

La mayoría de los países latinoamericanos son signatarios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948<sup>2</sup>. En su búsqueda de mejorar la aplicación de una perspectiva de los derechos humanos a sus acciones, firman y ratifican también el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Naciones Unidas, 1966). Este pacto establece un mecanismo para que las personas, grupos o comunidades puedan presentar casos de violación a sus derechos económicos, sociales y culturales ante el Comité DESC de la ONU, lo cual busca crear espacios para que la sociedad civil pueda ser escuchada, y que sus necesidades sean contempladas en los esfuerzos y acciones que se desarrollen (UN, 2014). Cabe destacar que convertidos los derechos humanos en algo demandable de manera reactiva o “ex post”, no libera, o no debería de liberar, a los Estados de su obligación de garantizar el disfrute de tales derechos de manera colectiva y proactiva, o “ex ante”.

Diferentes referencias y convenciones que muchos Estados a nivel mundial reconocen el concepto de salud como derecho humano, así entre otras:

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, artículo 1: “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (OMS, 1946).
- Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (ONU, 1948).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966, artículo 12: “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966).
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1969, artículo 5: “Debe existir el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales” (ONU, 1969).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1979, artículo 14: “Gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente

---

2. Los países miembros son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela, El Salvador, Panamá y Uruguay.

en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones" (ONU, 1979).

- Convención de los Derechos del Niño, 1989, artículo 3: "Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada" (ONU, 1989).

Se puede identificar además una serie de pactos que se concentran específicamente en acuerdos sobre la salud. Entre ellos se encuentran los descritos a continuación:

- Declaración de Alma-Ata, 1978, Parte II: "La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países" (Alma-Ata, 1978).
- Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, 2011, artículo 13: "Los Estados se comprometen a adoptar una serie de medidas para fortalecer los sistemas de salud, así como políticas públicas basadas en los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir las desigualdades en salud" (OMS, 2011).

Existen también acuerdos multilaterales que promueven la implementación de políticas públicas enfocadas al desarrollo de una mejor calidad de vida a nivel de los países, en particular una mejor salud. Se mencionan las siguientes:

- Resolución OMS CUS, 2005: "La cobertura universal se define como el acceso a las intervenciones de salud, preventivas, curativas y de rehabilitación para todos los ciudadanos a un precio asequible. El principio de protección financiera busca que el costo de la atención no ponga en riesgo de catástrofe financiera a una familia (WHO, 2005).
- Río +20: brinda una oportunidad importante para volver a examinar y establecer la relación entre la salud y el desarrollo sostenible. Son tres los componentes principales de la relación: las mejoras de la salud humana contribuyen a lograr el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, particularmente por conducto de la cobertura sanitaria universal; la salud puede ser uno de los beneficiarios principales de la inversión en el desarrollo sostenible y la economía ecológica; y los indicadores sanitarios representan un medio poderoso para cuantificar el progreso en relación con los pilares social, económico y ambiental del desarrollo sostenible (OMS, 2012). En otras palabras, se considera la salud como el resultado e instrumento del desarrollo sostenible a la vez, y los indicadores de salud como instrumentos para medir el progreso hacia ello.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el proceso Post-2015: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han servido como marco común de acción y cooperación mundial sobre el desarrollo desde su adopción en el año 2000. Actualmente las organizaciones ya prevén la necesidad posterior y han elaborado una agenda para el desarrollo después de 2015. Se plantea un enfoque de políticas integradas para

garantizar el desarrollo económico y social inclusivo y la sostenibilidad ambiental en una agenda que responda a las aspiraciones de todas las personas de un mundo libre de miedo y necesidades insatisfechas (DAES, 2012).

- Salud en Todas las Políticas: respaldado en la Agenda OMS sobre políticas saludables, este movimiento insta a los gobiernos a integrar la salud y la equidad en salud en todas sus políticas y a garantizar que todas sus agencias respondan del impacto de sus actuaciones sobre la salud (OMS, 2008).

En las Américas, el alcance del derecho a la salud se encuentra definido además, entre otros acuerdos, en el “Pacto de San José” (Convención Americana de los Derechos Humanos, 1969) que en su observación general nº 14 declara: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

A pesar de ese amplio marco de referencia que impulsa a una visión de “máximos comunes” a nivel mundial y regional, respectivamente, el devenir histórico de los países latinoamericanos ha determinado que los resultados de la política de salud a lo largo de los años sean dispares. Más allá de las disparidades, es relevante cuestionarse también cómo las mismas a su manera afectan en la capacidad de agencia de los individuos y de la sociedad en su conjunto, en su avance hacia el desarrollo sostenible que en los últimos años se ha venido trazando.

Es importante destacar tres aspectos relacionados con los derechos humanos, así:

- Primero, los derechos humanos no son derechos aislados los unos de los otros. Según la Declaración de 1948, las características esenciales de los mismos son su interdependencia, interrelación e indivisibilidad (ONU, 2011). Por lo tanto también el derecho a la salud se considera parte inherente de otros derechos, incluyendo el derecho a una vida digna, educación, distribución justa de los ingresos, entre otros (Nogueira Alcalá, 2009). Esta afirmación aclara la constante asociación en América Latina entre la salud y el resto de temas relacionados al desarrollo socioeconómico recogiendo en sí misma una visión comprehensiva de los derechos individuales y sociales.
- Segundo, la obligación de los Estados de garantizar esos derechos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a enunciar el cumplimiento de esta obligación, sino que comparte la necesidad de una conducta de liderazgo público y social que asegure la existencia de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos de manera “ex ante”, basado en la alineación de los intereses particulares hacia el interés general.
- Tercero, por las particularidades y desequilibrios regionales característicos en América Latina, no es válido esperar que los derechos humanos impliquen un manual de ingredientes y tiempos exactos compartidos para su implementación. Con respecto al derecho a la salud en específico, el mismo representa un proceso social que conlleva un abordaje progresivo, relacionado al contexto específico de cada país (Ferrer Mac-Gregor, 2012).

Ante esa formalidad de los derechos humanos y el derecho a la salud en América Latina en particular, se han venido desarrollando corrientes que buscan erosionar el carácter colectivo, holístico, de tales derechos por medio de procesos de política pública. Entre ellos está la individualización del derecho a la salud, la que reduce ese derecho a instrumentos de reclamo que —lejos de garantizar el cumplimiento del derecho de manera proactiva o “ex ante”— realzan la inequidad de la salud cuando solo la población afluente y/o bien informada logra hacer reclamos efectivos de manera “ex post”. En segunda instancia se presenta el movimiento de definición de planos de beneficios limitados, el que apuesta por una reducción del derecho a la salud a un paquete de beneficios definidos. Es decir, con este movimiento incrementa el riesgo de que el derecho a la salud se defina según consideraciones políticas e ideológicas por encima de consideraciones técnicas, y permeadas de una inadecuación dinámica a las necesidades cambiantes de la población.

Ante estas reducciones, el proyecto propuesto aquí entiende el derecho a la salud como un concepto colectivo, holístico, incluyendo los determinantes sociales de la salud que se discuten más adelante, y como un componente integral e inherente de un concepto de desarrollo social inclusivo, justo, equitativo y sostenible a la vez.

## 2.2. Los determinantes sociales de la salud

Reconociendo que la salud depende no solo del acceso a servicios de salud de calidad, sino de múltiples factores causales concatenados, se estableció en 2005 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009). La Comisión encontró evidencia de grandes inequidades en la salud no solo entre distintos países, sino también dentro de cada país y ciudad, vinculadas a los llamados determinantes sociales de la salud, abriendo una discusión que a la fecha no está concluida, principalmente por el reto de síntesis y pragmatismo que demanda su abordaje.

Los determinantes sociales de la salud se definen de forma general como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (OMS, 2009).

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios:

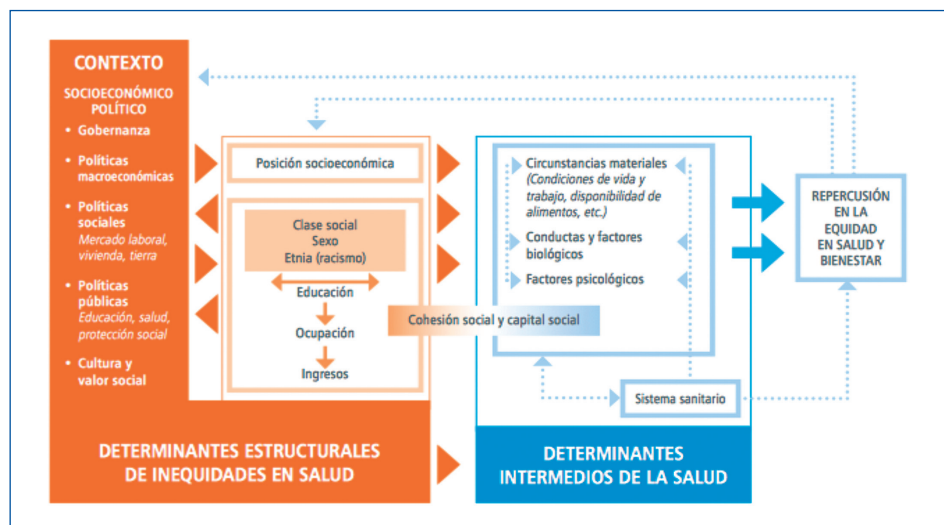
- En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud.
- En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general.

- En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales —además de la salud— que depende de una mayor equidad en salud (OMS, 2011).

Los determinantes que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las inequidades en el poder económico en lugar de reducirlas, condicionan los niveles de equidad en salud a los sistemas sociales. Por otro lado, los determinantes asociados al tipo de empleo, relaciones sociales y disposición de recursos están más asociados a la equidad en acceso a los servicios de salud.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha elaborado un marco conceptual y un modelo explicativo que incluye los componentes básicos para comprender los determinantes de la salud y que está expuesto en la figura 1.

**Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud**



Fuente: tomado de Solar e Irwin, 2010 (OMS, 2011),

La visión implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en la exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales de los individuos y distintos grupos de la población para planificar e implementar las políticas de salud. Los mismos apuntan a un actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel medio de salud, sino explícitamente a reducir las inequidades en salud a través de políticas que incorporen acciones sobre aquellos determinantes sociales que provocan estas inequidades (Marmot, 2013).

Adicionalmente, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud presenta una serie de recomendaciones que implican inversiones, y entrañan grandes cambios en las políticas sociales, los programas económicos y la acción política a largo plazo.



El trabajo de la Comisión fue retomado en declaraciones y acuerdos internacionales consecutivos. Por ejemplo, en la Declaración Política de Río sobre este tema se subraya el carácter intersectorial de las políticas basadas en los determinantes sociales de salud. Es decir, se concuerda sobre la importancia de actuar de manera coordinada y coherente entre los sectores de la sociedad que influyen en los determinantes estructurales, a fin de mejorar la salud y reducir sus inequidades. A su vez, se reconoce que una mejor salud contribuye, de manera revertida, también a otras prioridades sociales importantes, como un mayor bienestar, educación y cohesión social. Los determinantes así se retroalimentan y ofrecen beneficios mutuos, dan un valor aún más amplio a la salud en la sociedad y reconocen su dependencia de medida que trasciende el sector salud (OMS, 2011).

### **2.3. Salud como producción social y su papel en el desarrollo sostenible**

Recientemente la Conferencia Río+20 establece que es fundamental vincular la salud y el desarrollo sostenible afirmando que las personas saludables están más aptas para aprender, producir y contribuir a la comunidad. Al mismo tiempo, un medio ambiente saludable se considera una condición previa para la buena salud (OMS, 2012).

Ligado a esto es importante hacer referencia al concepto de “la producción social de la salud”, que se ha venido desarrollando e implementando en algunos países de América Latina. Por ejemplo en algunos países de la región se reconoce que la salud de la población es un producto de la dinámica social, o sea, del conjunto de cosas que requiere la población para “estar bien”, de esta manera se acuña el concepto de “producción social de la salud”. El concepto responde al “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno genera como resultado la salud que caracteriza a una población, entendiendo por “actor social” a todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tenga un efecto significativo sobre ese proceso de producción de la salud, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito (González, 2011).

Estos conceptos forman parte de tendencias que nacen a raíz de discusiones, en este caso relacionadas a la forma en que una sociedad aborda la salud de sus ciudadanos y cómo la misma está íntimamente ligada con la manera en que se conceptualizan la salud y la enfermedad. Esto condiciona, consecuentemente, el tipo de respuesta que esa sociedad dé al abordaje y atención de las necesidades de salud y de los problemas de enfermedad que se presenten, tanto individuales como colectivos.

El concepto de la salud como producto social se refiere a que la buena salud no depende solamente de la ausencia de la enfermedad y que tampoco depende únicamente

del acceso a los servicios de atención médica. Se considera más bien que la salud de la población es producto de un desarrollo integral y coordinado a nivel de la sociedad en su conjunto, entendida como la producción social de la salud (OMS, *Análisis Sectorial de Salud*, 2002).

Muy ligado a este tema es importante destacar que en el proceso de consultas iniciado por las Naciones Unidas con el fin de lograr un consenso a nivel mundial para dar seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Post-2015, se ha definido como marco global el concepto de desarrollo sostenible. Esto porque el componente salud está obteniendo forma bajo la premisa “salud y bienestar para todos”. A partir de esto se entiende la salud como un contribuyente al desarrollo y destaca la importancia de interrelacionar la salud con todas las demás temáticas de la Agenda del Desarrollo Sostenible Post-2015; y se reconoce que la salud representa una ruta crítica hacia los derechos humanos y la equidad (UN, 2014).

## **2.4. Sistemas de salud en América Latina**

En América Latina, la política de salud se desarrolló a partir de los inicios del siglo XX como una responsabilidad del Estado, y los institutos de seguridad social se crearon en dos olas consecutivas, una en la década de los veinte y otra en los años treinta y cuarenta. Generalmente las instituciones se organizaron como empresa pública o institución autónoma como ente descentralizado del Estado con el fin de ofrecer protección social, tanto en términos de acceso a los servicios de salud como en forma de pensiones, a los trabajadores del sector formal. Generalmente, las poblaciones no aseguradas acudían a los establecimientos del Ministerio de Salud, o alternativamente, asumiendo el coste, en el sector privado. Entre los años cincuenta y ochenta, América Latina sufrió conflictos sociales y guerras civiles en varias partes. Sin embargo los países que se escaparon de estas situaciones construyeron sus naciones sobre los principios del Estado benefactor.

A partir de los ochenta, se inicia a lo largo del continente una transición del paradigma del Estado benefactor al Estado (des-) regulador o neoliberal. Consecuentemente, las políticas públicas se apartaron de la universalización típica del paradigma anterior, tratando de buscar más eficiencia en estrategias de focalización. La debilitada institucionalidad que resultó de esas políticas que se instrumentalizaron con base en la reducción del gasto público, provocó que en muchos casos no siempre fueran los grupos más necesitados quienes lograran beneficiarse de los programas focalizados (Miranda, 2006). Además, la segmentación de las políticas sociales conllevó una fragmentación estructural de la voluntad de pago por parte de los grupos más afluentes, mientras que fue esa solidaridad social la que anteriormente había facilitado el financiamiento y la implementación de programas sociales universales que fomentaron la cohesión y equidad social.

Es así que a partir de los ochenta, los sistemas de salud latinoamericanos se caracterizaron cada vez más por ser sistemas segmentados y fragmentados, tanto en términos poblacionales como financieros y de prestación. Estas dos variables son altamente determinantes de la equidad en el acceso a los servicios de salud, pero a su vez están asociadas directamente al desarrollo histórico institucional de cada país. Además, a pesar de que los países latinoamericanos presentan semejanzas, cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, respondiendo a las necesidades específicas de un determinado momento histórico (Almeida, 2005). Por lo tanto, cada país también presenta problemáticas y prioridades diferentes.

Más en detalle, la segmentación de los sistemas de salud se entiende como la presencia de diversos sistemas o subsistemas responsables de la atención de distintos grupos poblacionales. Así en una versión simple del modelo latinoamericano, se asigna la responsabilidad de la provisión de servicios públicos para la población no asegurada, generalmente la población que trabaja en el sector informal y que no tiene capacidad de pago, al Ministerio de Salud; en tanto la seguridad social asume la atención para la población que trabaja en el sector formal; y en el sector privado que ofrece libertad de elección, se sirve la población afluyente. Generalmente existe ausencia de coordinación y sistematicidad entre las diferentes instituciones.

La fragmentación por otra parte, se entiende como la ausencia de integración y coordinación de la atención entre los diferentes niveles asistenciales, con ausencia o insuficiencia funcional de sistemas de referencia y contrarreferencia, lo que incide negativamente sobre la continuidad del cuidado de las personas (Giovannella, 2013). Lo mismo es especialmente grave en perfiles epidemiológicos avanzados donde la cronicidad y el seguimiento de la población a lo largo del ciclo de vida y de la prestación de servicios son relevantes para garantizar los resultados sanitarios y las metas de equidad deseados.

Es decir, la estructura plural y fragmentada de los sistemas de salud en la región es lo que genera selectividad social y provoca un patrón desigual del uso de servicios, creando una mala distribución de estos y desigualdades en el aseguramiento y generando inequidades con respecto al acceso de los servicios de salud (PAHO, 2010). Los sistemas de salud al estar segmentados y fragmentados han contribuido a aumentar aún más la inequidad social.

Ante esta situación durante las últimas décadas diferentes países han buscado sus propias respuestas. Brasil reformó radicalmente su sistema de salud, así pasó de uno fragmentado a uno financiado con base en impuestos desde el presupuesto nacional, según el ejemplo inglés. Chile, Colombia, Costa Rica y más recientemente México, entre otros, desarrollaron estrategias para lograr la CUS según sus esquemas de seguro social. Chile implementó una política diversificada al establecer un esquema basado en planes privados en salud para la población afluyente al lado de

un esquema financiado por contribuciones sociales e impuestos generales para servir a la población con menos ingresos o sin capacidad de pago. Colombia implementó una reforma radical aplicando los instrumentos de la competencia regulada estableciendo dos paquetes de beneficios, uno para la población contributiva y otro para la no contributiva; Costa Rica, como único país en la región, desarrolló un esquema de aseguramiento y provisión universal, administrado por la institución del seguro social, financiado por contribuciones sociales y complementados por impuestos generales para cubrir los gastos de la población sin capacidad de pago. México más recientemente implementó una reforma con la que se estableció al lado de varios esquemas de seguridad social para trabajadores del sector formal, un seguro social financiado por contribuciones sociales complementadas con fondos de impuestos federales y estatales, para dar una alternativa a la población no asegurada. Cabe señalar que a pesar de estas reformas, ninguno de los países latinoamericanos ha logrado superar la inequidad en salud por completo. Más bien, según evidencia empírica y por razones múltiples de índole política, económica y social, la inequidad más bien se ha consolidado desde los años ochenta en la mayoría de los países.

Cabe destacar que los problemas no solo se manifiestan a nivel nacional sino también regional. Por ejemplo son situaciones típicas para la región de las Américas, donde existen ciertas poblaciones que sufren la problemática de las regiones con mayores flujos fronterizos, entre ellos los Ngöbe entre Costa Rica y Panamá. Estos grupos son excluidos del acceso a los sistemas de salud por la manera en que están estructurados, es decir, bajo la lógica de fronteras administrativas y no la del derecho universal a la salud. Por lo tanto no se ha encontrado la forma de garantizar el derecho a la salud a estos grupos que viven una dinámica transfronteriza, viéndose excluidos hacia ambos lados de sus territorios y dinámicas sociales.

Ciertamente en la región ha habido procesos de regionalización, y se han establecido acuerdos bilaterales y multilaterales. Sin embargo, estos han priorizado un desarrollo económico y comercial, y no uno que garantice el resguardo de los derechos humanos de las poblaciones en los territorios transfronterizos y que busque un desarrollo regional y consensuado de salud en todas las políticas.

Según un estudio sobre el sector salud en América Latina y el Caribe en las últimas décadas, las reformas del sector salud constituyen uno de los componentes reiterados en el programa de transformaciones estructurales de los países de la región. Esos procesos, que incluyen cambios en los sistemas de servicios de salud, han sido influidos por varios determinantes estructurales, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes; las opciones internas de los Estados nacionales frente a la globalización; las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas; el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales; la democratización política del continente; el apremiante rescate de la

ingente deuda social acumulada; y la cuestionada efectividad de las acciones en el sector salud, entre otros (Almeida, 2005).

Este panorama generó como prioridad el combate de la pobreza y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región. La cuestión de la equidad pasó a ser considerada esencial para un desarrollo regional integral y sustentado (Almeida, 2005).

Después de más de tres décadas, es claro que las reformas que responden a la solución de otras variables estructurales distintas y alejadas de metas sobre equidad en salud o la equidad en el acceso a los servicios de salud terminan siendo ineficientes en sí mismas y abren la brecha entre las necesidades y la satisfacción de la población, la cual actúa en contra de los esfuerzos de la cobertura universal.

Como resultado de estos antecedentes que ha experimentado la región, se ha fortalecido una demanda regional que busca legitimar los objetivos y estrategias de la cobertura universal en salud. Sin embargo, esta no se consigue instantáneamente pues implica de forma invariable un proceso de adaptación complejo de los sistemas de salud.

El movimiento para adoptar la cobertura universal de salud se encuentra en un momento propicio. A fin de lograr una buena salud y la equidad en salud para las poblaciones, es necesario alcanzar la cobertura universal y abordar los determinantes sociales mediante la acción conjunta y coordinada de los sectores en las cinco áreas prioritarias descritas en la Declaración Política de Río (OMS, 2011):

- Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo.
- Fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas.
- Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias.
- Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo.
- Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.

Por lo general, el camino para avanzar hacia esta meta se inicia con el reconocimiento de que el acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho humano, no un privilegio para los que trabajan en el sector formal o que tienen mayores recursos económicos ni tampoco una oportunidad para que el sistema de salud se perpetúe como plataforma social.

El proceso para alcanzar esta meta debe ser definido por cada país pues no existe un enfoque o un conjunto de políticas determinado que funcione en todos los contextos. Países con niveles similares de gasto han obtenido resultados en salud diametralmente diferentes a la cuantía de sus inversiones, lo que se explica en gran medida por las

distintas políticas adoptadas y por la forma en que fueron modelando sus sistemas de salud. Por lo tanto, las decisiones políticas adoptadas para alcanzar la cobertura universal tendrán que tomar en consideración el porcentaje de la población cubierta, los servicios que se proveerán y los costos que se cubrirán (OPS/OMS, 2013).

## 2.5. Cobertura Universal en Salud (CUS)

Los conceptos de la Cobertura Universal en Salud y de la salud social y psicológica están todos firmemente arraigados en la Constitución de la OMS de 1946. Además, en la agenda de Salud para Todos establecida en la Declaración de Alma-Ata en 1978, la salud se considera como una parte esencial del desarrollo en la cual influyen acciones que trascienden el sector de la salud así como la cobertura universal de salud (Marmot, 2013).

La Cobertura Universal en Salud se ha definido como una situación en la que toda la población de un país tiene acceso a servicios de buena calidad de acuerdo a las necesidades y preferencias, sin importar el nivel de ingresos, condición social o de residencia. Esto sin referir específicamente a un determinado modelo de financiamiento u organización (Nitayarumphong, 1998). Al mismo tiempo, se debe reconocer que las distintas combinaciones de ambas variables (financiamiento y organización) conllevan distintos resultados en términos del derecho a la salud y equidad en salud para cada país.

Según Mills (2007), la cobertura universal en salud implica dos cosas: protección financiera y equidad de acceso. Protección financiera, independientemente de cómo se logra, significa acceso garantizado a servicios necesarios sin consecuencias catastróficas para las economías del hogar; equidad de acceso significa acceso garantizado para todos, sin diferenciación entre personas por su lugar de residencia, ingreso, etnicidad, sexo, religión, antecedentes político y sociales o cualquier otro factor distinto de las necesidades en salud (Mills, 2007). Esta definición ha sido ampliada en los últimos años considerando que el acceso a servicios de salud no solo se determina por factores de oferta sino, reconociendo la importancia de los determinantes sociales de la salud, también y de manera determinante por factores de demanda. Por lo tanto, además de acceso, el debate se centra últimamente en el concepto de “utilización efectiva” cuando se mide cobertura por servicios de salud. El grupo de la población que utiliza los servicios de salud de manera efectiva, generalmente representa un grupo más pequeño que el que cuenta con acceso a esos servicios en términos formales (Tanahashi, 1978).

Desde esta perspectiva, la OMS ha presentado un modelo operativo que ha definido la equidad en la atención a la salud como una condición dependiente de las siguientes variables (OMS, 2009):

- La forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud.
- La forma en que los servicios son recibidos por la población.
- La forma en que los servicios de salud son pagados (brindar protección financiera a los pobres frente a los costos de la atención para lograr la equidad de las contribuciones financieras).

Según Whitehead (1984) en la equidad en el acceso a los servicios de salud en particular inciden directamente dos elementos:

- Equidad en el financiamiento: un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto los individuos contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su estatus de salud o sus riesgos no elegidos libremente.
- Equidad en la prestación de servicios de salud: un sistema de salud se considera equitativo en la prestación de servicios, cuando los individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago.

La autora explica que la equidad en la atención de la salud se define como “el acceso igual a la atención disponible para una necesidad igual” (equidad horizontal), lo que supone el mismo derecho a los servicios disponibles para todos, una distribución justa en todo el país basada en las necesidades de atención de la salud y facilidad de acceso en cada área geográfica, así como la eliminación de otras barreras que impidan el acceso (encontradas en las particularidades de cada región o de cada país).

Los factores que según la autora se deben considerar para mejorar la atención y el acceso a los sistemas de salud incluyen: el acceso geográfico, es decir, la disponibilidad de servicios de salud en determinadas zonas; el acceso económico, que implica que toda persona tenga la posibilidad de cubrir el costo de los servicios médicos (lo que se conoce como trampa médica de la pobreza, que es el empobrecimiento de las personas debido al costo de los servicios médicos y medicamentos básicos); y, por último, el acceso cultural, que incluye la sensibilización y el respeto de quienes brindan los servicios de salud hacia aquellas personas o grupos socialmente vulnerables, como migrantes y miembros de ciertos grupos étnicos (Whitehead y Dahlgren, 2006). Esto vale particularmente en la región de América Latina donde se conocen grupos que por sus condiciones, cosmovisión u otras características suelen excluirse de la generalidad de los servicios públicos.

Ahora, para medir el avance hacia la CUS a nivel de países, lo que implica protección financiera y equidad en el acceso y la utilización efectiva de los servicios, se requiere además de un análisis de las disposiciones financieras del sistema de salud —lo que supone identificar posibles barreras de acceso financieras a los servicios médicos contando tanto gastos directos como indirectos—, un análisis de posibles barreras no financieras, incluyendo barreras que pueden ser el resultado de diferencias culturales,

niveles de educación, hábitos, clase social, información, tiempo, percepciones, preferencias, entre otras. Consecuentemente, es imprescindible para los países de América Latina identificar a los grupos e individuos de la población que a causa de cualquier tipo de barrera no utilicen los servicios de salud que necesiten (necesidades insatisfechas o *unmet need*), independiente del porqué de esa no utilización. Estos grupos son efectivamente los grupos de mayor riesgo en salud.

Con respecto a los sistemas financieros de salud (que representan un determinante para la CUS pero no el único), la evidencia demuestra que para lograr la CUS es clave contar con una proporción relativamente alta de fondos públicos con el fin de garantizar la utilización de los servicios necesarios para los grupos de la población sin capacidad de pago (OMS, 2010). Estos fondos públicos pueden incluir fondos provenientes de impuestos generales o contribuciones a un esquema de seguro social. En América Latina, los fondos públicos generalmente no representan mucho más de la mitad de todos los gastos en salud (OMS, 2014), lo cual según la teoría es insuficiente para garantizar la CUS en particular en países con ingresos bajos y medios (OMS, 2005).

Como ya se ha mencionado en secciones anteriores, en la mayoría de los países latinoamericanos los sistemas de salud son segmentados y existen diferencias en la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos a la población asegurada *versus* no asegurada, y *versus* sin capacidad de pago. Esa segmentación de los sistemas de salud suele realzar la inequidad de salud que ya resultó de las diferencias en las condiciones de vida de las personas, a las que se refería antes. Es decir, la inequidad en salud como resultado de los sistemas sociales de cierto país puede aumentar, disminuir o sostenerse dependiendo del financiamiento y la organización de un sistema de salud. Dicho de otra manera, la CUS puede funcionar, si está bien implementada, como un instrumento para la redistribución de la riqueza en un país de tal forma que contribuya a disminuir las brechas socioeconómicas existentes.

La OMS afirma que la inversión en los determinantes sociales y la reducción de las inequidades en salud deben coincidir con los compromisos que todos los países han hecho con la salud y los derechos humanos a través de tratados internacionales. Además, la vinculación de la CUS como estrategia o plataforma elemental para el abordaje de la salud, con los determinantes sociales de salud, puede mejorar las oportunidades de las personas a aspirar a una vida que valoren (OMS, 2011).

Desde esta perspectiva cabe destacar la revaloración de la atención primaria bajo el movimiento Retorno a Alma Ata (OMS, 2014), donde se amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y se reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas para mejorar la salud. En este panorama la atención primaria de salud se ha convertido en una manera inteligente de enderezar el desarrollo sanitario.



De Pietri y otros argumentan que la atención primaria de la salud es un instrumento esencial para lograr la disminución de las inequidades en salud y la CUS. Lo mismo se realiza a través de la ubicación de Centros de Atención Primaria de la Salud accesibles a toda la población, fomentando así el acceso geográfico de manera inmediata. Para asegurar que esto sea así se subraya la importancia de analizar potenciales barreras que pueden existir para ciertos grupos. Según los autores, la atención primaria de la salud es un determinante en la reducción de las inequidades debido a que brinda no solo tratamiento a las enfermedades, sino que también está enfocada en prevención general, atención básica y prevención de la propagación de enfermedades (De Pietri *et al.*, 2013).

Finalmente, para lograr la CUS se requiere una rectoría efectiva, y para conseguirla se necesita en primera instancia un acceso incondicionado e independiente por parte del rector y de los ciudadanos a la información existente con respecto a los programas de salud y a su impacto, incluyendo a todos los actores involucrados sin excepción.

Además, tanto con respecto al fortalecimiento de las rectorías como a la distribución de la infraestructura de los servicios en la región, se visualiza la descentralización como la dinámica de toma de decisiones más cercana posible a la población y un instrumento para facilitar y promover la participación y democratización de la salud.

Esta descentralización debe ser particular en cada país, debido a la diferencia de los sistemas políticos y sus tipos de organización. Por ejemplo, existen los Estados federados, como México, Argentina y Brasil, y existen también los Estados unitarios, como Costa Rica y Uruguay, que deben visualizar la descentralización por medio del mismo sector de salud. Por lo tanto, hay diferentes maneras de instrumentarla debido a las características propias de los distintos países.

## **2.6. La relación entre cohesión social y equidad en salud**

La cohesión social como concepto ha servido en los países desarrollados, primordialmente los europeos, para revivir y actualizar debates sobre la justicia social, la equidad en el desarrollo de las economías, el Estado de bienestar y la calidad de vida de una población con un alto nivel de intercambio cultural. Se refiere a la capacidad del sistema de integrar a los individuos en un marco de aspiraciones y normas sociales comunes. Depende en buena medida del grado en el cual estos mismos individuos perciben que el hecho de pertenecer a un sistema conjunto de interacción, cooperación, negociación y conflicto les da derecho también a usufructuar, al menos parcialmente, de la protección social ante los diferentes riesgos que dicho sistema de interacción genera y distribuye (Filgueira, 2006). Dentro de

este contexto se pueden considerar variables como la inclusión/exclusión, inequidad/igualdad, movilidad social e inequidad en la distribución de ingresos (Cerritelli, 2013).

En América Latina, la cohesión social ha sido un concepto que se ha incorporado al debate no solo de la multiculturalidad que caracteriza a muchos de sus países, sino que ha trascendido en la determinación de los elementos (identidades, territorios, estrategias y otros) que logran sostener la identidad nacional y la legitimidad de los procesos de democratización en sociedades que históricamente han sido altamente desiguales e inequitativas.

De esta forma, la cohesión social también puede dar un sentido y un valor estratégico al hacer operativo el derecho a la salud. Según lo encontrado, la cohesión social o más en específico, la solidaridad social que es un fenómeno en que se manifiesta la cohesión social, se construye con base en políticas públicas universales y de inclusión social (Immergut, 2008). Con respecto a sistemas universales de salud, la misma a su turno es una condición para el desarrollo de sistemas financieros con altos niveles de fondos públicos, por ejemplo, y para el desarrollo de otras políticas sociales enfocadas en la equidad social. Es decir, existe una relación mutua entre la cohesión social y la equidad social y de salud. Sirve como ejemplo de esta afirmación la estrategia de desarrollo implementada y la universalización del seguro de salud en Costa Rica durante el periodo 1950-1980 (Muiser, 2013).

Dentro del contexto de EUROsociAL II, se analiza la cohesión social con una visión operativa desde el sistema de salud porque cumple una función de democratización, provocando además la generación de identidades en países que por lo general presentan características de sistemas fragmentados. La cohesión social por ende se considera un determinante de la equidad en salud, entendiendo la misma como la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas con características sociales, económicas, demográficas o geográficas similares. El concepto supone entonces la igualdad en las oportunidades y capacidades para lograr desarrollar el máximo potencial de salud de las personas entre diferentes grupos (OMS, 2007).

## **2.7. El monitoreo de los sistemas de salud en América Latina**

En la región de América Latina la exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso a la utilización de los servicios de salud afectan directamente los resultados de salud, sin embargo las estimaciones de esa afectación en términos de su magnitud, su correlación, sus desagregaciones y sus cambios en el tiempo suelen estar sujetas a evaluaciones que pocas veces son oportunas en el proceso de toma de decisiones.

El impacto de la inequidad sigue siendo uno de los principales obstáculos para el desarrollo humano sostenible e inclusivo, el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, el éxito de las estrategias de lucha contra la pobreza, así como una sostenible cohesión social (PAHO, Salud en las Américas, 2012).

Con respecto a esto, se ha reconocido que los países de la región han hecho avances concretos por impulsar un marco de acción basado en los determinantes sociales. Como ejemplo de las estrategias abordadas, en Brasil se estableció la Comisión Nacional de los Determinantes Sociales de la Salud, y en Argentina y Chile se crearon estructuras para promover este enfoque en los Ministerios de Salud o en altos niveles del gobierno nacional. La estrategia de estas iniciativas combina la acción a nivel local (principalmente atención primaria en salud) y nacional (políticas sanitarias) (Marmot, 2013).

A pesar de estos esfuerzos, la región ha avanzado lentamente en el llamamiento de la Comisión sobre los Determinantes Sociales, que insta a los gobiernos nacionales para que establezcan un sistema de vigilancia de la equidad en salud, que incluya la recolección rutinaria sobre los determinantes sociales en salud, las inequidades en salud y en el acceso a los servicios de salud. Esta petición se reflejó en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2009), que pide a la comunidad internacional “considerar la equidad en salud en los trabajos hacia el logro de los objetivos de desarrollo centrales y en desarrollar indicadores para monitorear el progreso”.

Por su parte, la Asamblea Mundial de Salud fortalece y insta a reforzar la colaboración internacional para generar métodos y datos científicos nuevos, y que se utilicen los existentes adaptándolos a los contextos nacionales, con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud, así como las inequidades sanitarias.

Según Chlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda para desarrollar políticas públicas efectivas enfocadas a la reducción de las inequidades en salud en América Latina, es necesario e impostergable el desarrollo de instrumentos para medirlas desde esa perspectiva holística. Solo con base en la evidencia con respecto a todos esos factores mencionados, económicos y socioculturales, se puede promover la toma de conciencia de las desventajas existentes en los países. Se debe, por lo tanto, desarrollar sistemas de medición (contables) del estado de bienestar de la sociedad, de manera que trascienda la consideración de medidas meramente económicas, para incluir otros aspectos de la vida, en particular la salud (Chlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda, 1990).

Por otra parte, un estudio sobre la salud en las Américas (PAHO, 2012) para medir los determinantes sociales de la salud establece que se necesitan sistemas de datos que los recopilen, analicen y produzcan información. Estos deben incluir datos de calidad sobre los indicadores socioeconómicos, así como indicadores de salud de la morbilidad y mortalidad estratificados por edad, sexo, grupo étnico, ubicación geográfica,

empleo y vivienda. Estos elementos son fundamentales para que las políticas incidan en las inequidades y permitan la racionalización de la toma de decisiones.

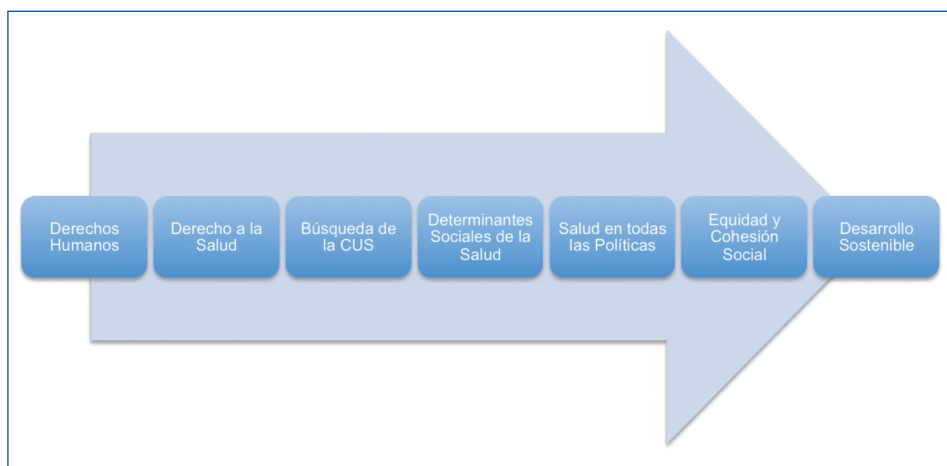
A pesar de la preminencia de los contextos nacionales, de los enfoques académicos y de las preferencias, puede afirmarse como una de las más importantes conclusiones del debate impulsado en el contexto de EUROsociAL, que la reducción de la inequidad es un objetivo común; no solo es deseable desde un punto de vista ético, sino también desde un punto de vista práctico; y que medirla es un instrumento clave en el proceso de reducirla.

Finalmente, si ciertos subgrupos de la población aún no disponen de un adecuado acceso y utilización de los servicios de salud sufren una carga desproporcionada de la morbilidad, la situación no solo plantea un problema ético con respecto a su derecho a la salud, sino que también su condición de no disfrute extendería un riesgo para el bienestar de la sociedad en su conjunto y más aún en sociedades altamente permeables, e incluso frenaría el progreso de la salud para los más aventajados.

### 3. Conclusiones preliminares como insumos para la medición de la equidad de salud en la región

El documento presentado no pretende concluir el debate ni el enriquecimiento regional con respecto a los temas discutidos; más bien se provoca para dar los primeros pasos a un proceso continuo de construcción y búsqueda de consenso. Por lo tanto, lo expuesto en este documento vislumbra algunas líneas de pensamiento que se consideran estratégicas para lograr alcanzar la equidad en salud en la región, considerando las realidades de esta.

**Figura 2. Proceso de discusión en América Latina**



Fuente: elaboración propia.

La discusión parte de una perspectiva histórica de los derechos humanos, los cuales evolucionan hasta reconocer el derecho a la salud como inherente en la Declaración Alma-Ata. Es progresivo el reconocimiento de la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de salud a través de la cobertura universal a los sistemas de salud. Y esto da paso a la necesidad de vincular la CUS a los determinantes sociales de la salud para conocer más profundamente las diferentes dimensiones sociales existentes que provocan disparidades en el estado de la salud de la población. Se reconoce que la salud

entonces no depende solamente del acceso a los servicios de salud y que más bien debe buscarse un desarrollo integral que provoque un impacto positivo en la salud de las poblaciones y la calidad de los servicios. Los diferentes procesos y perspectivas culminan así en los conceptos de la equidad en salud y la cohesión social que se presentan como dos perspectivas globales intrínsecamente vinculadas y necesarias para desarrollar en la región como fin último un desarrollo sostenible y una mejora progresiva de la calidad de vida de las personas de manera justa.

En términos más concretos se resalta el papel del Estado como determinante en la direccionalidad de la equidad en la salud, y se visualiza una reforma para fortalecer la rectoría en todos los niveles, y traducirlo en acciones, considerando las necesidades que tenga cada sistema, así como el desarrollo histórico que lo defina.

Con respecto al desarrollo de los sistemas de medición, es necesario que estos trasciendan su foco desde las medidas económicas y reconocer una visión integral de cada país más social, histórica y cualitativa. Esto, sin embargo, no quiere decir que por el hecho de no contar con datos se deba inmovilizar la toma de acciones a favor de la equidad. Al contrario, con los datos que están disponibles ya es posible tomar decisiones para disminuir la inequidad, y es factible establecer agendas concretas en esa línea no solo en el interior de los países sino más bien (y con urgencia) en toda la región como conjunto. Desde allí para seguir avanzando, la meta debe ser desarrollar sistemas de monitoreo más efectivos, es decir, más completos, más transparentes y más participativos.

Es factible encontrar un consenso con respecto al marco conceptual pero cuando se lleva a la práctica puede convertirse en un proceso complejo, puesto que debe considerarse el desarrollo histórico, así como las necesidades, expectativas institucionales y poblacionales de cada país, los cuales son distintos y marcan una diferencia entre la conceptualización y la implementación.

Como se ha discutido anteriormente, la equidad en salud considera diferentes poblaciones, no solo la identificada como cubierta por el sistema. Por lo tanto, debe considerarse al momento de establecer parámetros para la medición, el desarrollo de mecanismos que incluyan a los grupos vulnerables que generalmente tienen un alto riesgo de ser excluidos de los procesos de política pública en general, ya sea por representar movimientos migratorios o como resultado de otros fenómenos particulares de cada país. Por esta razón, cada país debe identificar a sus grupos vulnerables así como a los que sufren mayor riesgo de ser excluidos ahora y en un futuro próximo.

A nivel del sector salud, para alcanzar la CUS y encontrar la equidad en salud en América Latina es imprescindible desarrollar estrategias fuertes para identificar los grupos que no utilizan los servicios, pues no se conocen y no se sabe qué grupos son, por lo

tanto, es inminente investigar y conocer los determinantes que estrechan sus inequidades al acceso de los servicios.

Por otra parte, es importante para América Latina desagregar y retomar el debate de la equidad en salud y abordar con mayor precisión el tema de la equidad en el acceso de la salud, pues aunque su abordaje parece más cercano genera importantes preguntas que están asociadas al modelo de desarrollo de cada país y de la región:

- ¿Cómo medir el impacto de las decisiones de política sanitaria en los equilibrios múltiples de la equidad en salud?
- ¿Cuál es la relación entre la equidad en el acceso a servicios de salud y la equidad en salud en cada país, y cuál de estas dimensiones puede liderar los esfuerzos de vigilancia de la equidad?
- ¿Cómo direccionar el cambio en la financiación para los sistemas de salud en sociedades con una alta informalidad del trabajo y, consecuentemente, con una alta concentración de impuestos indirectos?
- ¿Cómo promover procesos hacia una mayor equidad en salud en modelos de limitada capacidad pública y poco arraigo a principios de subsidiariedad y solidaridad?
- ¿Cuál debe ser el papel del Estado y cuál el del sector privado en una plataforma de Cobertura Universal en Salud y otras políticas sociales?

El propósito de estas y otras preguntas todavía no resueltas en el proceso de debate debe brindar comprensión ampliada de los determinantes sociales de la salud y permitir reconstruir los paradigmas que han sostenido dichas diferencias a lo largo del tiempo, y rediseñar el esquema institucional de oportunidades del sistema social para lograr más y mejores condiciones de justicia y equidad.

La búsqueda de la equidad en salud debe ser una estrategia en dos sentidos *top-down* y *bottom-up*, de manera que se logren desarrollar estrategias en ambas direcciones que procuren representar las necesidades más presentes de las poblaciones, así como las posibilidades del sistema para responder a ellas.

El reto para América Latina es conocer a fondo su población, reconocer a los ciudadanos cubiertos por el sistema y conocer a los grupos vulnerables, para acercarse a ellos y brindarles una protección que se adecúe a sus necesidades. La CUS debe introducir sus estrategias en los determinantes sociales de la salud, teniendo como líneas de acción el derecho a la salud y la cohesión social. La búsqueda de estos debe contar además con un esfuerzo del país (salud en todas las políticas), donde se vean involucrados especialmente los sectores influyentes en salud, otorgando además responsabilidades al sector privado, y regional (acuerdos bilaterales y multilaterales), en donde se examinen puntos de encuentros entre países que deban buscar soluciones en conjunto para hacer operativo el derecho a la salud.





## Referencias

- Ahumada, J., Burijovich, J. y Carrizo, C. (1998). *Crisis del Estado de Bienestar y racionalización de Políticas. El caso del estado provincial, periodo 1995-1999*. Buenos Aires: SECYT.
- Alma-Ata (1978). *Atención Primaria en Salud*. Septiembre de 1978. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Almeida, Celia (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. Revista *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 4, n° 9, diciembre, 2005, pp. 6-60, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54540902.pdf>
- Banco Mundial (2005). Francisco, H. G. y Ferreira Michael, Walton. *La desigualdad en América Latina, ¿Rompiendo con la historia?* Serie de desarrollo para todos. Recuperado el 19 de julio de 2014: <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Libro/La%20desigualdad%20en%20America%20Latina-libro.pdf>
- Banco Mundial (2015). Datos de libre acceso del Banco Mundial (Índice de Gini). Recuperado el 9 de abril 2015: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). *Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI*. Papeles. Recuperado el 11 de abril de 2014: [http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad\\_en\\_salud\\_.pdf](http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf)
- Boletín Epidemiológico (2009). Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza: análisis de la situación y esbozo de estrategia. Art. 4, vol. 28, n° 4. Recuperado el 23 de marzo de 2014: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=453&Itemid=](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=453&Itemid=)
- CEPAL (2010). *Cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores*. Recuperado el 6 de julio de 2014: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/42239/LCG2420e.pdf>
- CEPAL (2012). *Panorama Social de América Latina*. Recuperado el 6 de julio de 2014: [file:///C:/Users/macostava/Downloads/S2012959\\_es.pdf](file:///C:/Users/macostava/Downloads/S2012959_es.pdf)
- Cerritelli, William E. (2013). *Desigualdades y cohesión social*. Parte II. Laboratorio de Cohesión Social. Recuperado el 5 de julio de 2014: <http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/desigualdades/doc/p-williamcerritelli.pdf>
- Chan, M. (2008). Regreso a Alma-Ata (publicado con autorización de la revista británica *The Lancet*). Recuperado el 8 de agosto de 2014: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Chlaepfer-Pedrazzini, L. e Infante-Castañeda, C. (1990). *La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas*. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000998>

- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 1 de junio de 2014: [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)
- Conferencia de la Naciones Unidas (2012) sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20 “El futuro que queremos”. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2012/rio20\\_20120622/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2012/rio20_20120622/es/)
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) (2012). Consejo ejecutivo EB130/36 130. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_36-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_36-sp.pdf)
- DAES (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales) (2012). Naciones Unidas. Recuperado el 8 de julio de 2014: <http://www.un.org/es/development/desa/area-of-work/post2015.shtm>
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A. y De Titto, E. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 34 (6): 452-460.
- Ferranti, D. de, Perry, Guillermo E., Ferreira, Francisco H. G. y Walton, M. (2003). *Inequality in Latin America and the Caribbean: Breaking with History?* Recuperado el 9 de abril de 2014: [http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/7/29107/inequality\\_latina\\_america\\_complete.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/7/29107/inequality_latina_america_complete.pdf)
- Ferrer Mac-Gregor, E. y Pelayo Moler, C. M. (2012). La obligación de “respetar” y “garantizar” los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la corte interamericana: Análisis del artículo 1° del pacto de San José como fuente convencional del derecho procesal constitucional mexicano. *Estudios constitucionales*, 10 (2): 141-192. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-52002012000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002012000200004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-52002012000200004.
- Filgueira, F. (2006). “Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina”. Informe de consultoría, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/28198/CohesionSocial\\_ALC.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/28198/CohesionSocial_ALC.pdf)
- García González, R. MSc. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud*. 3ª ed. San José, Costa Rica, 20 de julio. Recuperado el 19 de julio de 2014: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc\\_view/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud-](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud-)
- Informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). *Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe “Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad”*. Recuperado el 27 de abril de 2014: <http://www.undp.org.ar/nov237.html>
- León Martínez Martín, F. (2006). *Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud. Revisión conceptual*. Bogotá. Recuperado el 20 de julio de 2014: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf>
- Ligia, G. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparación-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>
- Mills (2007). *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Recuperado el 14 de julio de 2014:

- [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/universal\\_coverage\\_2007\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/universal_coverage_2007_en.pdf?ua=1)
- Miranda Gutiérrez, G. (2006). Desarrollo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social. *Gaceta Médica de Costa Rica*, suplemento n° 2. Recuperado el 26 de julio de 2014: [http://www.cendeiss.sa.cr/seguridad-social/index\\_archivos/GuidoMiranda.pdf](http://www.cendeiss.sa.cr/seguridad-social/index_archivos/GuidoMiranda.pdf)
- Muiser, J. (2010). *Protección financiera en salud. Análisis comparado de los sistemas de salud de Costa Rica, Brasil, Colombia, México y Perú*. Centro Centroamericano de Población. Recuperado 6 de julio de 2015: <http://ccp.ucr.ac.cr/charlas/2010/pdf/jmousier.pdf>
- Muñoz, F. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Recuperado el 20 de julio de 2014: [http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Funciones\\_escencialesenSalud.pdf](http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Funciones_escencialesenSalud.pdf)
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 6 de abril 2014: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Naciones Unidas (2009). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York, 24 de septiembre de 2009. Recuperado el 28 de junio de 2014: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2010/12/carta-PF-PIDESC-FINAL.pdf>
- Naciones Unidas (2013). Sus Estados Miembros. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://www.un.org/es/members/>
- Nitayarumphong, S. (1998). Universal coverage of health care: challenges for the developing countries. In Nitayarumphong, S. y Mills, A. (eds.). *Achieving universal overage of health care*. Office of Health Care Reform Project, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand
- Nogueira Alcalá, H. (2009). Los derechos económicos, sociales y culturales como derechos fundamentales efectivos en el constitucionalismo democrático latinoamericano. *Estudios constitucionales*, 7 (2), 143-205. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-52002009000200007&lng=es&tIng=es.10.4067/S0718-52002009000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002009000200007&lng=es&tIng=es.10.4067/S0718-52002009000200007)
- Oliver, A. y Mossialos, E. (2004). Evidence based public health policy and practice. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J. Epidemiol Community Health*, 2004; 58: 655-658 doi:10.1136/jech.2003.017731
- OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Informe Mundial de la Comisión de Determinantes de la Salud. Recuperado el 27 de marzo de 2014: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
- OMS (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- ONU (2000). Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 6 de junio de 2014: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- ONU. Convención Americana Sobre Derechos Humanos (1969). Serie sobre Tratados OEA, n° 36. Recuperado el 6 de abril de 2014: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0001>

- Organización Mundial de la Salud (1986). *La Carta de Ottawa y la Comisión sobre los Determinantes*. Recuperado el 26 de marzo de 2014: [http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com\\_catalog&view=article&id=12:ottawa-charter-and-the-who-commission-on-social-determinants-of-health&catid=8:recources&lang=es](http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=12:ottawa-charter-and-the-who-commission-on-social-determinants-of-health&catid=8:recources&lang=es)
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución Mundial de la Salud*. 7 de abril de 1948. Documentos básicos, suplemento de la 45 edición. Recuperado el 11 de abril de 2014: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2009). Asamblea Mundial de la Salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. 18-22 de mayo de 2009. Ginebra, Suiza. Recuperado el 23 de abril de 2014: <http://www.who.int/media-centre/events/2009/wha62/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *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*. Recuperado el 22 de marzo de 2014: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 14 de junio de 2014: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Conferencia Mundial Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil. Recuperado el 22 de junio de 2014: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Agenda para el desarrollo después de 2015*. Recuperado el 14 de julio de 2014: <http://www.un.org/es/development/desa/area-of-work/post2015.shtml>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Salud en las Américas*. Recuperado el 22 de abril de 2014: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumen-print.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Análisis Sectorial de Salud*. Recuperado el 23 de marzo de 2014: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=3192&layout=blog&Itemid=3627&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3192&layout=blog&Itemid=3627&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*, Washington, D.C. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, nº 4. Recuperado el 19 de julio de 2014: [http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. Washington. Recuperado el 11 de abril de 2014: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). OPS/OMS en México. *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. México, D. F.: OPS, 2013. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=855&Itemid=329](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=855&Itemid=329)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2009). *Formulación de Políticas Intersectoriales: La Experiencia del CONPES de Salud Ambiental*. Bogotá. Recuperado el 14 de julio de 2014: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=1289&Itemid=](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1289&Itemid=)
- Ottone, E. y Sojo, A. (2007). Naciones Unidas. *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 8 de julio de 2014: [http://www.oei.es/quipu/cohesion\\_socialAL\\_CEPAL.pdf](http://www.oei.es/quipu/cohesion_socialAL_CEPAL.pdf)

- Satriano, C. (2006). Pobreza, Políticas Públicas y Políticas Sociales. *Revista Madrid*, nº 15. Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Recuperado el 8 de julio de 2014: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/15/satriano.pdf>
- Sen, A. (1999). *Principles and Basic Concepts of Equity and Health*. Division of Health and Human Development PAHO/ WHO. Recuperado el 23 de abril de 2014: <http://www.gega.org.za/download/pahowho.pdf>
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev. Panamericana de Salud Pública*. Recuperado el 6 de abril de 2014: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext)
- Solar, O. e Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra. Recuperado el 23 marzo de 2014: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- Vargas, I., Vásquez, M. y Jane, E. (2002). *Equity and health systems reform in Latin América*. Recuperado el 22 de abril de 2014: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400003&script=sci_arttext)
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev. Panamericana de Salud Publica* [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2014 Aug 18]; 11 (5-6): 316-326. Recuperado el 20 de junio de 2014: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007>.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5-6): 316-326. Recuperado el 20 de junio de 2014: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892002000500007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500007&lng=en&tlng=es). 10.1590/S1020-49892002000500007
- Whitehead, M. (2006). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health*. Recuperado el 23 de marzo de 2014: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf)
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*. Parte 1. OMS. Recuperado el 7 de junio de 2014: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>
- World Bank (2014). *World Development Indicators: Distribution of income or consumption*. Recuperado el 8 de julio de 2014: <http://wdi.worldbank.org/table/2.9>
- World Health Organization (2007). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Recuperado el 26 de marzo de 2014: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
- World Health Organization (2014). *Global Health Observatory Data Repository. Wealth quintile data by country*. Recuperado el 8 de julio de 2014: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1546?lang=en>



Consortio Liderado por



Socios Coordinadores



Participan más de 80 Socios Operativos y Entidades Colaboradoras de Europa y América Latina

**EUROsocial** es un programa de cooperación regional de la Unión Europea con América Latina para la promoción de la cohesión social, mediante el apoyo a políticas públicas nacionales, y el fortalecimiento de las instituciones que las llevan a cabo. EUROsocial pretende promover un diálogo euro-latinoamericano de políticas públicas en torno a la cohesión social. Su objetivo es contribuir a procesos de reforma e implementación en diez áreas clave de políticas, en ciertas temáticas, seleccionadas por su potencial impacto sobre la cohesión social. El instrumento del que se dota es el de la cooperación institucional o aprendizaje entre pares: el intercambio de experiencias y la asesoría técnica entre instituciones públicas de Europa y de América Latina.

