EQUIDAD EN SALUD DESDE UN ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES

Contribuciones del encuentro regional "La toma de decisiones para la equidad en salud"

México, junio 2015

Editado por

Rita Maria Ferrelli

Colección: Documento de trabajo

Serie: Reuniones y encuentros

Área: Salud

AGRADECIMIENTOS

La editora quisiera agradecer todas las personas e instituciones públicas que a distinto título han colaborado en la realización de las actividades en los países que han participado en el área temática de salud del programa EUROsociAL.

Un agradecimiento a Peggy Martinello (FIIAPP) por su constante y acertada supervisión y por la capacidad de respetar al mismo tiempo la libertad de acción; y a todos los colegas de la FIIAPP y de la FCSAI por haber hecho posible el trabajo del área temática de salud con énfasis en la equidad.

Un reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud por su continua disponibilidad en asesorar, revisar, orientar y apoyar las distintas opciones que han surgido en la labor del área temática.

Otro agradecimiento a la Secretaría Nacional de Salud de México por haber hospedado el encuentro regional sobre la toma de decisiones para la equidad en salud y al Laboratorio de Cohesión Social de la Unión Europea en México por su colaboración al evento.

Un gracias particular a Rodney Ortiz por su firme apoyo logístico, técnico y humano y por el excelente profesional que ha demostrado de ser en estos años.

Y no hay que olvidar las familias que han tolerado y sostenido todos los caprichos de los profesionales que se han temporáneamente alejado de sus afectos en las misiones y en los trabajos.

Gracias a todos!

CONTENIDOS

Página

Agradecimientos

Introducción ….

POLÍTICAS, ACTORES Y ABORDAJE INTEGRAL PARA LA EQUIDAD EN SALUD

Equidad y Determinantes Sociales de la Salud.
Eugenio Villar ….

Salud en Todas las Políticas
Kira Fortune ….

Políticas de equidad en salud y evidencia para la acción.
Rita M. Ferrelli ….

La ética de la equidad: barómetro de cohesión social y principio guía para una nueva política pública.
Juan Garay Amores ….

La zona de equidad y el derecho a la salud
David Chiriboga ….

***Empowerment* y participación social para la equidad en salud**
Armando de Negri, Rita M. Ferrelli ….

La reasignación de recursos públicos para equidad en salud
Oscar Cetrángolo, Universidad de Buenos Aires ….

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.
Colombia ….
Martha Lucia Ospina Martínez, Juan Carlos Rivillas García, José Ivo Montaño Caicedo, Fabián Colonia García.
Costa Rica ….
César Augusto Gamboa Peñaranda, Rita M. Ferrelli.
Chile ….
Bernardo Martorell, Cristian Herrera Riquelme, *Rita M. Ferrelli.*
Ecuador ….
Evelyn Esparza Proaño, *Tatiana Villacrés Landeta*, *Víctor Flores Procel*, *Rita M. Ferrelli*
México ….
Juan Pablo Gutiérrez, *Sebastián García Saisó.*
Perú ….
Yuleika Rodríguez Calviño, *Rossana Geng Olaechea*.
Uruguay ….
Humberto Ruocco, *Fabricio Méndez Rivero*, *Alejandra Toledo Viera*.

MANIFIESTO DE MÉXICO PARA LA EQUIDAD EN SALUD ….

Conclusiones ….

Perfiles biográficos de los autores ….

INTRODUCCIÓN

Mejorar la equidad en salud es una preocupación mundial, que cobra especial importancia en la agenda latinoamericana. No solamente por el impulso de la Organización Panamericana de la Salud, sino también por la prioridad que están dando los distintos gobiernos de la región a este tema. EUROsociAL II, el programa de la Unión Europea con América Latina para la cohesión social, se ha sumado a estos esfuerzos.

Uno de los ejes de trabajo del área de salud de EUROsociAL se ha centrado en apoyar el desarrollo de herramientas de medición y monitoreo de la equidad en salud, con enfoque en los determinantes sociales de la salud (DSS). Este enfoque identifica los DDS como la puerta de entrada de la acción intersectorial, ya que abordar la equidad en salud implica ir mucho más allá de las políticas sanitarias. Implica una coordinación interinstitucional y un alineamiento de políticas, con la mirada puesta en los factores que pueden afectar de manera más o menos directa la salud de las personas (ingresos, medioambiente, vivienda, condiciones laborales, educación, acceso a servicios básicos, entre muchos otros).

En este marco EUROsociAL viene acompañando los esfuerzos de varios países: Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Perú, México y Uruguay. A nivel regional el programa ha impulsado un proceso de reflexión para ampliar las posibilidades de los países de generar información e indicadores de equidad en salud (en base a las distintas fuentes de datos existentes), como herramienta para la toma de decisiones. En este marco regional, los días 29 y 30 de junio de 2015 se organizó en México un encuentro sobre "La toma de decisiones para la equidad en salud", con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud. Esta actividad se enmarcó en un proceso de reflexión colectiva para la acción pública, entre países de la región comprometidos con la agenda de equidad en salud, iniciado en 2012. Los dos encuentros anteriores, organizados en 2013 y 2014 por EUROsociAL, se centraron en la medición y el monitoreo de la equidad, y permitieron elaborar un documento metodológico para la construcción de sistemas de monitoreo. Este tercer encuentro se centró en la toma de decisiones para contrarrestar las inequidades en salud, abordando las dimensiones intersectoriales, los actores y las herramientas a disposición de los *policy makers*.

Eugenio Villar Montesinos, coordinador del equipo de determinantes sociales de la salud en la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, reflexiona acerca de equidad en salud, los determinantes sociales, la toma de decisiones para la equidad en salud y comparte las actividades de la OMS para la equidad en salud.

Kira Fortune, Asesora Regional sobre Determinantes Sociales de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud, ilustra como el enfoque intersectorial de Salud en Todas las Políticas representa una estrategia clave para abordar la inequidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Rita Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Socio Operativo de EUROsociAL, aborda la etapa sucesiva a la recolección de datos de monitoreo y que fundamenta en la evidencia científica la acción efectiva para contrarrestar las inequidades en salud.

Armando De Negri, Movimiento por la Salud de los Pueblos, enfoca el concepto de participación para la equidad en salud como una práctica de democracia real con ambición de llegar a ocupar espacios de poder, para incidir en la toma de decisión desde una perspectiva de justicia social y equidad.

Oscar Cetrángolo, Universidad de Buenos Aires, miembro del Consejo de Orientación de EUROsociAL, vincula su reflexión a los principios de cobertura universal de salud, que constituye una estrategia efectiva para mejorar la equidad en salud, revisa las características de los sistemas tributarios en la región e identifica elementos críticos para el financiamiento de políticas públicas equitativas.

Juan Garay y David Chiriboga subrayan la importancia de distinguir entre desigualdades e inequidades, posicionando a la equidad en salud a nivel local, nacional y global como imperativo ético y necesidad política

urgente.

Para el logro de los objetivos del encuentro, los países participantes desarrollaron un análisis previo de los avances alcanzados a nivel nacional, articulado en la descripción de fortalezas y debilidades del país para abordar con éxito las inequidades en salud, y las medidas adoptadas para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial. En la sección "Avances en la toma de decisiones: experiencias de países hacia la equidad en salud" se presentan las contribuciones de los países participantes en la reunión: Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay.

El encuentro finalizó con la firma del "Manifiesto por la equidad en salud", una hoja de ruta que confirma una vez más el compromiso de los países con la equidad en salud y que refuerza las bases para seguir avanzando, tanto a nivel nacional como a nivel regional.

El presente compendio, elaborado a partir de las contribuciones de los participantes, no se constituye únicamente como una memoria del encuentro, sino que pretende difundir los elementos más relevantes de las experiencias de la región, desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, para una acción efectiva para contrarrestar las inequidades.

EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Eugenio Villar Montesinos, Organización Mundial de la Salud

El tema de la equidad, y no solo en salud, es el tema central de nuestra época. Son 30 años de neoliberalismo que han concentrado la riqueza y el poder en manos de unos pocos y han determinado que la inequidad en riqueza, ingreso o niveles sociales como educación o salud, llegue a niveles extremadamente polarizados. Desde distintos sectores, desde el macroeconómico a lo moral o incluso religioso, se viene haciendo un enjuiciamiento de carácter ético y moral, que aborda también el conocimiento científico, en relación a los grandes temas como el desarrollo, la economía y el medio ambiente. Hay un conjunto de creación intelectual y espiritual que cuestiona como la inequidad, en nuestra sociedad, viene destruyendo su base misma y la del entendimiento entre los seres humanos.

En Latinoamérica el debate sobre la inequidad no solo es solo intelectual, sino tiene un desarrollo y una respuesta política. Luego de la democratización de los años 80 y 90s ha venido una etapa en la que muchos países de la región vienen desarrollando esfuerzos importantes por encontrar alternativas al modelo neoliberal. Ellos tienen como elemento central la búsqueda de mayor equidad y justicia social sobre la base de políticas sociales redistributivas que en muchos casos vienen ya determinando una disminución de la inequidad (medida por el coeficiente de Gini). Como consecuencia de su relación con los determinantes sociales, esta reducción de la inequidad y de la pobreza y el incremento de la clase media vienen a su vez determinando crecientemente una reducción de inequidad en algunos aspectos de la salud, en términos de sus resultados *(health outcomes)*.

Cabe subrayar como el desarrollo social y la reducción de la pobreza viene produciendo efectos positivos (aunque aun insuficientes) en cuanto a inequidad en salud. De hecho, Latinoamérica es una de las regiones más avanzadas en el mundo en tener propuestas políticas o experimentos de gobiernos progresistas que vienen enfrentando las inequidades a partir de un cuestionamiento de la ideología neoliberal.

En salud hace 10 años se constituyó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), liderada por Sir Michael Marmot que surgió inicialmente por iniciativa del director general OMS Lee Jong-wook quien, a partir de la constatación de la explosión de las inequidades en salud, planteó la necesidad de constituir una comisión del mas alto nivel que estudiara las inequidades y pudiera hacer sugerencias en cómo abordar las mismas.

La conclusión más importante de esta comisión fue que eran los determinantes sociales de la salud los que estaban a la base de las inequidades en salud. Consecuentemente se hicieron una serie de planteamientos en el informe de la comisión que fue lanzado en el 2008 para hacer recomendaciones de cómo abordar esta inequidad. La CDSS fue un hito muy importante porque no solamente pudo estudiar las inequidades en salud, identificar sus causas y las causas de las causas, que son los determinantes sociales de la salud (DSS), sino que identifico el tema de los servicios de salud como un determinante social importante pero adicional. Esto cobra particular importancia al hablar de cobertura universal de los servicios de salud: es importante reconocer que la cobertura universal de salud es un determinante en la medida en que deviene de valores, política, y recursos de la sociedad. Y también es un determinante social en la medida en que puede contradictoriamente significar un empobrecimiento para las personas que, para poder mejorar su salud, tienen que gastar dinero de su bolsillo, pudiendo en muchos casos causar un deterioro de su situación socio-económica, que en un círculo vicioso, empeora su salud. Estas bancarrotas económicas familiares, por tener que pagar onerosamente la atención de salud, no son características únicamente de los países pobres o en desarrollo: Estados Unidos es el país que tiene los gastos en salud como causa principal de bancarrota familiar.

El abordaje de la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales no es nuevo ni fue descubierto por la Comisión: las poblaciones indígenas en general tenían y tienen una concepción holística e integral de la salud, del medio ambiente, de la naturaleza y del mundo espiritual, que se podría de alguna manera considerar como una visión de determinantes sociales de la salud.

Posteriormente, en una etapa de desarrollo científico del tema, Rudolf Virchow, que puede ser considerado el padre de la medicina social, en el siglo XIX pudo establecer de una manera más objetiva y científica la relación entre la forma de vida y los resultados en salud.

En la Constitución de la OMS en 1948 la definición de la salud como un "estado de competo bienestar físico, mental y social" es una definición de DSS. Esa constitución plasma y cristaliza los enfoques más avanzados de DSS que en esa época estaban en polémica y contraste al enfoque microbiano y virológico que venía de la escuela de Pasteur en Francia. Fue este grupo liderado por Andrija Stampar, primer Presidente de la Asamblea Mundial de la Salud, quien pudo plasmar en la Constitución de la OMS, esta definición integral de la salud en un sentido positivo y no solo como la ausencia de enfermedad.

Sin embargo es recién con la CDSS y su informe que se hace evidente y se vincula el tema de los DSS a las inequidades en salud. La OMS a partir del año 2008, cuando se lanza el informe de la CDSS, culmina una primera etapa de esta nueva intervención en el campo del estudio de los determinantes sociales. Ella consistió en la construcción de la evidencia científica que supuso los cuatros años de trabajo de la comisión, en los cuales distintas redes de conocimiento pudieron recopilar la información y la base científica que permitió sustentar estos importantes conocimientos en relación a los determinantes sociales y la inequidad en salud. Posteriormente la OMS se ha dedicado a una abogacía política, liderada por la Directora General, para poner el tema de los DSS y de la inequidad en salud en la agenda de la salud pública y en la agenda de desarrollo social también. Una vez alcanzado un nivel de conocimiento y de aceptación del tema, la OMS pasó a una etapa de buscar consenso político acerca de este tema y se organizó la conferencia mundial de los DSS en Rio de Janeiro en 2011, donde se aprobó la Declaración política sobre los DSS. Fue un hito de la OMS en obtener el consenso político y el compromiso de los estados, que posteriormente fue cristalizado en dos resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, en las cuales los Estados se comprometen a tomar acciones en las inequidades en salud a través de una acción decidida en sus determinantes sociales.

La Declaración política de Río señaló cinco áreas centrales, muy importantes para la toma de decisiones, que van a impactar en los determinantes sociales de la salud y, a la vez, contribuir a la reducción de las inequidades en salud. La primera se refiere a la **gobernanza**, que alude a la necesidad que los estados y los gobiernos puedan establecer mecanismos que favorezcan un gobierno intersectorial, que permita la vinculación de los diferentes sectores del País a fin de poder abordar los determinantes sociales que no solamente son patrimonio del sector salud. Cuando se habla de educación, pobreza, ingreso, trabajo y vivienda hay que involucrar diferentes sectores y de allí la necesidad de tener mecanismos de gobernanza que permitan poder abordar coherentemente el tema.

La segunda área se refiere al **trabajo intersectorial** en el mismo **sector salud**: hay la necesidad imperiosa de que los Ministerios de Salud puedan hacer una transversalización del tema de la equidad y de los determinantes sociales en los diferentes programas y en los diferentes sistemas de salud. La OMS está abocada a esta tarea, para lograr que el sector salud contribuya de una manera más efectiva a reducir las inequidades en salud a través de una acción en los determinantes sociales en programas como control de tuberculosis, de enfermedades no transmisibles, de dolencias de salud mental. Es fundamental que estos programas tengan un enfoque que aborde los distintos determinantes sociales, a fin de que el resultado del programa pueda tener un impacto en la equidad en salud en relación a esa dolencia. En las ultimas décadas se ha podido constatar que los distintos programas y sistemas de salud han fallado en reducir las

inequidades de salud. Una forma para abordar estos problemas es, entonces, por medio de una transversalización de los programas y sistemas de salud dentro del sector salud con enfoque en los determinantes y en la equidad

La tercera área concierne un alineamiento internacional que permita lograr que los estados nacionales puedan tener coherentemente un **apoyo internacional** que consienta abordar intersectorialmente las diferentes acciones. En este caso, EURosociAL es un excelente ejemplo de como la Unión Europea en su cooperación técnica para el tema social escoge como prioridad la cohesión social y en el campo de la salud escoge como prioridad abordar las inequidades de salud a través de un enfoque de determinantes. Estas actividades son óptimos ejemplos de cómo la Unión Europea, la OMS y otras instituciones internacionales tienen que coherentemente abordar la salud de una manera más integral para que los propios países puedan recibir apoyo que sea integrador y que no sea fraccionado como hasta el momento ha sido recibido.

La cuarta área, **medición y monitoreo**, es muy importante por que se necesita medir los resultados de la inequidad en salud para evaluar el impacto de las políticas sobre la salud. Han habido muchos avances en la medición de las inequidades en salud como resultado (*health outcome*). Sin embargo, todavía hay que hacer esfuerzos por desarrollar capacidades para medir también, a través de indicadores, los determinantes sociales en sí y no solamente el resultado, sino los determinantes que "determinan" esos resultados. También hay que hacer esfuerzos para poder medir y monitorear las políticas que van a abordar los determinantes sociales de la salud y que, a su vez, influirán en los resultados de equidad e inequidad.

El desarrollo de mecanismos de medición y monitoreo es muy importante a fin de determinar objetivamente la situación real y los resultados obtenidos por las intervenciones así como permitir la rendición de cuentas, actividad indispensable y necesaria para poder lograr que el proceso político en su conjunto, de acción del estado y de reacción de la sociedad civil, se dé sobre la base informada y científica de cómo se procede en las políticas, en los determinantes y en los resultados de salud.

La quinta área de la declaración política de Río para la toma de acciones es la **participación social**, que, como en el caso de la rendición de cuentas, es central en sí misma (es un derecho y base de la democracia) y para la determinación de las propias políticas. Por eso se habla de políticas inclusivas, que no solamente involucran diferentes sectores del estado, sino que involucran los diferentes actores de la sociedad, sea la academia, sea el de la sociedad civil, sea el sector privado también, de manera que las políticas puedan ser no solamente intersectoriales y su una base interdisciplinaria, sino que puedan ser desarrolladas con la participación de los diferentes actores. Solamente de esa manera se pueden lograr políticas que sean eficaces, y que a la vez contribuyan al empoderamiento de la población, que es un elemento central de la inclusión social y de la cohesión social.

Quisiera finalmente referirme a algunas reflexiones en relación al tema de la medición y de la toma de decisiones en la que EURosociAL viene trabajando y discutiendo. Es cierto que es indispensable tener primero un conocimiento para poder tomar decisiones y acciones. Es también cierto que es imprescindible poder medir y monitorear para poder saber cómo se procede en la revisión de las políticas. Pero estos temas, el conocimiento y la medición y el monitoreo, no deben disminuir la prioridad que tienen en sí las políticas, las acciones y las estrategias; son solamente ellas las que van a lograr que haya finalmente un impacto que va ser efectivamente medible. Será también empoderante en la medida en que sea medible y se articule en el proceso de rendición de cuentas. Si bien en algunos casos se podría pensar que con la medición y el monitoreo en sí se van a lograr avances sustantivos, en realidad no se avanza, a menos que estas mediciones y monitoreo no sean un fin en si mismo sino que sirvan al propósito de poder formular políticas y estrategias adecuadas. Allí es donde hay que centrar la atención: un sistema de medición y monitoreo adecuado, con una base de evidencia adecuada. Hay que considerar que las acciones de políticas

publicas dependen más de la gobernanza en la esfera de la ciencia política; que de la epidemiología para la medición o de las propias ciencias sociales para los conocimientos en relación a los determinantes sociales. Hay que saber balancear adecuadamente todos esos componentes y, al mismo tiempo, se debe dar una preponderancia a la toma de decisiones. En ese marco, me parece excelente que EUROsociAL haya priorizado la discusión del tema de la toma de decisiones, porque es la toma de decisiones que permite evaluar la pertinencia de la ruta política.

Quisiera finalmente referirme brevemente a lo que la OMS está desarrollando en relación a estos temas. Luego de las primeras etapas de construcción de evidencia con la Comisión, y de abogacía, para que la equidad pueda ser valorada y parte de la agenda (y actualmente consideramos que sí es parte de la agenda de salud pública), se pasó a una etapa de consenso político, a través de la conferencia de Río, su Declaración y las Resoluciones de las Asambleas Mundiales al respecto. Actualmente la OMS está abocada a desarrollar instrumentos que permitan apoyar los países en la toma de decisiones y el desarrollo de políticas publicas. En primer lugar ya se terminó y lanzó un paquete de entrenamiento para fortalecer las capacidades institucionales en el área de Salud en Todas las Políticas, que está teniendo acogida y éxito. El trabajo de EUROsociAL en este tema sería muy fructífero, así como en establecer sistemas de fortalecimiento de las capacidades de las instituciones para que puedan desarrollar el abordaje de la gobernanza a través de la Salud en Todas las Políticas como una estrategia indispensable para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El segundo instrumento consta de cinco pasos que permiten poner los programas "al frente de un espejo" y determinar su impacto en la equidad en salud, de la respectiva condición en la que están organizados, sea tuberculosis, diabetes, enfermedad mental, cardiovascular etc. Este método de revisión del programa permite poder reorientar posteriormente el programa para que más decisivamente pueda tener un foco en la equidad y pueda abordar los determinantes sociales de la salud también.

El tercer instrumento es de monitoreo y medición y busca desarrollar integralmente el tema de la medición en equidad (en el que han habido avances en relación a los resultados) pero también la medición y el monitoreo de los determinantes en sí y de las políticas y de las estrategias para el abordaje de dichos determinantes. Hay métodos cuantitativos y cualitativos en este enfoque integral de la medición y del monitoreo para abordar los distintos determinantes de salud. Se prevé que el paquete esté disponible en los próximos meses.

Finalmente la OMS está trabajando un enfoque para integrar los determinantes sociales con los medioambientales, como por ejemplo el cambio climático, cuyo impacto en los determinantes de salud y consecuentemente en la equidad en salud es ampliamente reconocido.

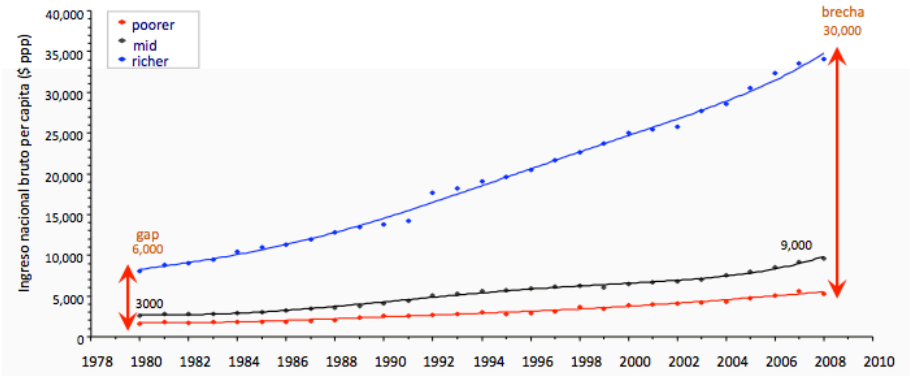
En conclusión, felicitamos EUROsociAL por el esfuerzo y el trabajo llevado a cabo en los países de Latinoamérica que participan en el programa para monitorear la equidad en salud y desarrollar la toma de decisiones con abordaje en los determinantes sociales de la salud. Futuras actividades en el tema de la equidad en salud y de los determinantes sociales serán por cierto provechosas y más que bienvenidas.

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Kira Fortune, Organización Panamericana de la Salud

Pobreza e inequidad representan el reto más grande del siglo XXI. A pesar de que Latino América y el Caribe es una región de medianos ingresos, también es una de la regiones más desiguales en el mundo con respecto a niveles de ingresos (PAHO, 2012). La figura 1 ilustra como haya aumentado la brecha de ingresos desde el 1980 hasta al 2008. Casi 1 de cada 5 residentes de la Región vive con menos de 2 US$ por día (Banco Mundial, 2010) y 70 millones de personas en la Región aún viven en extrema pobreza (CEPAL, 2013).

Figura 1. Aumento en Ingresos por Terciles: Región de las Américas 1980-2008.



Fuente: OPS: Salud en las Américas, 2012

Como en la mayoría de los Países, se asiste a una transición epidemiológica con envejecimiento de la población y la relativa carga de enfermedades crónico-degenerativas, a las que se añade una tasa de urbanización entre las mas elevadas en el mundo: el 77% de su población reside en zonas urbanas.

Los Estados Miembros de la Región de las Américas están altamente comprometidos en eliminar las inequidades en salud, como se refleja en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. El Plan propone la Salud en Todas las Políticas (STP) como una de las estrategias para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y promover el bienestar sostenible de la población.

Salud en Todas las Políticas es un enfoque intersectorial de las políticas públicas que sistemáticamente toma en cuenta las implicaciones de salud de decisiones, busca sinergias y evita impactos dañinos a la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2014). El enfoque de incorporación de la salud a todas las políticas se basa en el reconocimiento de que los mayores desafíos sanitarios —por ejemplo, las enfermedades no transmisibles (ENT), las iniquidades y desigualdades sanitarias, el cambio climático y el aumento creciente de los costos de la asistencia sanitaria— son muy complejos y suelen estar interrelacionados por conducto de los determinantes sociales de la salud. En este contexto, para promover comunidades saludables y, en particular, la equidad en salud entre los diferentes grupos de población, es necesario que se aborden los determinantes sociales de la salud, como el acceso a la educación, el acceso a alimentos saludables y las oportunidades económicas, entre otros. Aunque en muchas políticas públicas se tienen en cuenta dichos aspectos, pueden surgir conflictos de intereses. Alternativamente, las repercusiones no intencionadas de las políticas no se miden ni se abordan. Esto requiere soluciones innovadoras y estructuras que establezcan canales para el diálogo y la adopción de decisiones entre los compartimentos en que se enmarcan las políticas gubernamentales tradicionales.

En la resolución WHA67.12 de la OMS se insta a los ministerios de salud a que «fomenten la salud y promuevan la equidad sanitaria con carácter prioritario, y adopten medidas eficaces con relación a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud». Aunque cada país tiene su propia estructura política y sus propias formas de administración, el papel del ministerio de salud o de un órgano similar a nivel nacional en relación con la incorporación de la salud a todas las políticas suele incluir la adopción de medidas respecto de los determinantes de la salud, entre ellas:

- ayudar a aumentar los conocimientos científicos sobre los determinantes de la salud;
- identificar y dar prioridad a cuestiones sanitarias emergentes derivadas de cambios sociales;
- hace un seguimiento de las actividades de otros sectores que repercuten en la salud;
- crear estructuras y mecanismos para fomentar el diálogo entre todas las instancias gubernamentales y con el conjunto de la sociedad;
- facilitar las negociaciones entre los distintos sectores y con las partes interesadas no gubernamentales; y
- supervisar la aplicación, el seguimiento y la evaluación de la política con respecto a los resultados sanitarios, los determinantes de la salud y la equidad.

Aunque los ministerios de salud y los programas de la OMS están adoptando muchas medidas intersectoriales para promover la salud de la población y la equidad sanitaria, la estrategia actual para dar curso a la resolución sobre la incorporación de la salud a todas las políticas adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 (WHA67.12) es mejorar las estructuras, los procesos, las capacidades, las competencias y los instrumentos sistemáticos para implicar a todos los sectores en diversas cuestiones relacionadas con la salud. Para impulsar la adopción de medidas y apoyar estos esfuerzos en particular, la OMS está elaborando una guía general para que los países adopten el enfoque de la incorporación de la salud a todas las políticas. Dicha guía se denomina Marco Nacional de Acción Intersectorial a favor de la Salud y la Equidad Sanitaria. En este Marco, que abarca cuestiones esenciales en materia de seguimiento identificadas en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2014 (WHA67.12), se pone énfasis en el desarrollo de las competencias como parte del fortalecimiento de la capacidad.

En el 53° Consejo Directivo (66° sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 8 de septiembre de 2014) se aprobó el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas.

La meta del Plan de Acción es proporcionar a los Estados Miembros de la Región de las Américas asesoramiento técnico para definir su propia ruta hacia la salud en todas las políticas, teniendo en cuenta los retos sociales, económicos, políticos, legales, históricos y culturales, así como los retos y las prioridades en materia de salud, tanto actuales como futuros.

El Plan de Acción se basa en seis líneas estratégicas de acción, que están en consonancia con el *Health in All Policies Framework for Country Action* establecido por la OMS:

a) establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas;
b) establecer el marco para la acción planificada
c) definir las estructuras y los procesos complementarios;
d) facilitar la evaluación y la participación;
e) garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes;
f) fortalecer las capacidades.

Por cada línea estratégica el Plan de Acción define objetivos e indicadores y se prevén actividades especificas cuales:

- Generar y documentar evidencia sobre la STP
- Utilizar estudios regionales para ampliar las experiencias sobre STP en la Región – (Brasil, Canadá, y México)
- Construir capacidades de STP usando el Curso desarrollado por la OMS

- Ampliar la Evaluación de Impacto en Salud haciendo seguimiento a las iniciativas en STP (Argentina, Colombia y Surinam)
- Trabajar con las redes municipales de salud y escuelas saludables
- Monitorizar el avance de la implementación de la STP en los países
- Fortalecer la cooperación Sur-Sur y Norte-Sur

También la OPS ha llevado a cabo una Consulta con más de 65 Expertos de distintos sectores sobre STP, definiendo los siguientes pasos en la implementación del plan Regional de Acción:

- Producción de un Libro Blanco resaltando el conocimiento de punta en la Región de las Américas
- Análisis de Indicadores para facilitar el desarrollo de la hoja de ruta (incluyendo papeles y responsabilidades)
- Definición de una Hoja de ruta para la implementación del Plan de Acción para los próximos cinco años

Siguiendo la misma línea de pensamiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y la reciente Consulta de Expertos sobre STP se han identificado una serie de oportunidades, a saber:

- *Task Force* de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS y STP) establecida para la implementación del Plan Regional de Acción de STP y de los ODS;
- Desarrollo de competencias de STP para entrenadores y entrenamiento de STP implementado en la región de las Américas
- Revisión Regional de Inequidades en Salud a ser implementada en la Región de las Américas en colaboración con el Grupo de M. Marmot *(Institute of Health Equity)*;
- Documentación de Estudios de casos sobre STP en la Región de las Américas;
- Desarrollo de perfiles de equidad
- Producción de una edición especial de OPS sobre STP

En conclusión, el enfoque intersectorial de Salud en Todas las Políticas no solo es fundamental para abordar los problemas de la sostenibilidad del medioambiente y de equidad en salud, más bien representa una estrategia clave para abordar la inequidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; facilita el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y también contribuye al logro de las metas de la agenda de cobertura universal de salud, en aras de mejorar la salud de las personas y reducir las inequidades en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Mundial (2010). The World Bank. World Development Indicators Database 2010. http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators. Acceso el 27 de septiembre de 2011.

CEPAL (2013). Panorama Social de América Latina 2012. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, 2013.

OMS (2014). Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas 2013 (WHA67.12).

PAHO (2012). Salud en las Américas, Edición de 2012. Organización Panamericana de la Salud, 2012.

POLÍTICAS DE EQUIDAD EN SALUD Y EVIDENCIA PARA LA ACCIÓN.

Rita M. Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Programa EUROsociAL

Por qué equidad.

El término equidad procede del latín *aequus*, que significa "igual" y entiende dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones. Según Aristóteles, equidad y justicia son lo mismo: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que, por razón de su carácter general, está sujeta a error. En estos casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar. El concepto de equidad en salud ha sido a menudo confundido con lo de "igualdad" en sentido matemático. Sin embargo, por el hecho de que diferencias en el estado de salud de las personas se pueden encontrar en todos los países y dentro de los mismos por distintas razones, la equidad en salud implica que, idealmente, toda persona tenga una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, pragmáticamente, que nadie quede desfavorecido para lograrlo (Whitehead 1990). La equidad en salud se torna en elemento clave para la cohesión social, de especial manera cuando se toma en consideración el proceso de determinación social de la salud y se analiza la cohesión social desde la perspectiva de relaciones entre los distintos actores sociales y de las fuerzas que los une. De hecho la equidad ocupa la agenda no solamente de los movimientos sociales, sino de instituciones financieras internacionales. El Foro Económico Mundial pone como primer desafío para el 2015 la brecha de ingresos que se ha notablemente ensanchado en las ultimas décadas: en los años 90 el 20% de la población mundial detenía el 87% de la riqueza mundial, mientras que en el 2014 el 8,4% de la población mundial detiene el 83,3% de la riqueza mundial (WEF 2015). Si el Fundo Monetario Internacional en los años 90 sostenía que "la iniquidad es buena para el crecimiento económico" y el Banco Mundial en su Informe sobre el Desarrollo Mundial en 1993 instaba a "no apoyarse en el público para financiar la atención en salud" (World Bank 1993), en esta última década las mismas instituciones revertieron su estrategia: en 2014 el Fundo Monetario Internacional publica "*Fiscal policy and income inequality*", donde sostiene que las desigualdades de ingreso perjudican el crecimiento económico (FMI 2014). En 2015 la OECD despliega las razones por las que "menor desigualdad beneficia a todos" (OECD 2015). Sin embargo, prescindiendo de consideraciones de carácter económico, la equidad y la reducción de las inequidades se fundamentan en los derechos humanos y son asuntos de justicia social.

Marco conceptual y operativo.

A pesar de los logros en el estado de salud que se registró a nivel mundial en las últimas décadas, amplias brechas quedan entre los países y adentro de los mismos. La desigualdad creciente en el estado de salud de los países llevó a que la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 ordenara la creación de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. Ésta publicó su reporte final en el año 2008, Subsanar las desigualdades en una generación, cuyas conclusiones quedaron resumidas en tres ejes de acción a saber (CDSS 2008):

1. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros;
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público que lleven a una gobernanza promotora de la equidad, y;
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, que invita a que los determinantes sociales de la salud se conviertan en un objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos.

A partir de este informe la OMS asumió un compromiso para actuar sobre los Determinantes sociales de la salud y en la asamblea mundial de la salud del año 2009 exhortó a todos los países a que lucharan contra las inequidades de la salud desarrollando políticas de protección social integrales e instrumentos de medición que permitieran cuantificar el impacto de dichas intervenciones (OMS 2009).

Posteriormente, Solar e Irwin desarrollaron un marco conceptual para el entendimiento de la interacción de los DSS que permitiera a los diseñadores de políticas definir los puntos de entrada de las intervenciones (Solar 2010). En él establecieron que existen dos tipos de determinantes sociales: los estructurales, que son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud), las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social, escolaridad; y los determinantes intermedios, los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios.

En el año 2011 en la conferencia mundial sobre Determinantes sociales de la salud en Río de Janeiro se ratificó el objetivo mundial por intervenir de manera efectiva los determinantes sociales desarrollando acciones multilaterales, intersectoriales y medidas políticas, en el camino de alcanzar la equidad sanitaria (OMS 2011).

En 2013, la conferencia de Helsinki identificó en Salud en Todas las Políticas la estrategia política que, tomando en cuenta sistemáticamente las implicaciones sanitarias de decisiones tomadas y a tomar, busca sinergias, y evita impactos negativos en la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (Helsinki, 2013). De hecho, Salud en Todas las Políticas es una herramienta clave para poner en práctica la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, centrándose en la legitimidad, rendición de cuentas, transparencia, acceso a la información, participación, sostenibilidad y colaboración multisectorial.

Los Estados Miembros de la Región de las Américas, siendo altamente comprometidos en eliminar las inequidades en salud, en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 adoptan la Salud en Todas las Políticas como una de las estrategias para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y promover el bienestar sostenible de la población (OPS 2013).

Evidencia para la acción

La literatura existente sugiere que las estrategias para reducir las inequidades en salud sean dirigidas a los determinantes sociales de la salud, actuando a nivel del contexto socio-económicos y político, por medio de acciones intersectoriales, participación social y empoderamiento (*empowerment*) de la ciudadanía.

En Europa, evidencia de eficacia para contrarrestar las inequidades de salud ha sido recolectada por el equipo de expertos liderado por Sir Michel Marmot y publicada en 2010 en "*Fair Society healthy lives: The Marmot review*." (Marmot 2010). Este documento incluye, entre otros, 12 revisiones temáticas con màs de 1600 referencias, 27 documentos de análisis de evidencias empíricas, 7 documentos sobre sistemas de medición, 5 documentos sobre análisis de costos, 27 documentos de discusión y propuestas de políticas, 20 documentos de síntesis de discusiones con expertos. Los mensajes claves de la *Marmot Review* subrayan que:

1. reducir las inequidades de salud es un asunto de justicia social.
2. existe un gradiente social de la salud: más baja la clase social, peor su salud.
3. las inequidades de salud son el resultado de las inequidades sociales: para reducir las inequidades de salud se necesita actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
4. enfocar las acciones sobre los grupos más desfavorecidos no reduce las inequidades de salud; para eso las acciones tienen que ser universales (dirigidas hacia todos) pero con especial atención hacia los grupos con mayores desventajas (universalismo proporcional).
5. reducir las inequidades de salud necesita actuar sobre seis objetivos políticos:
    a. Asegurar las mejores condiciones para el desarrollo de los niños desde su concepción hasta la edad adulta
    b. Permitir que las personas tengan el control de su vida
    c. Crear buenas condiciones de trabajo
    d. Asegurar un buen entorno de vida y medio ambiente
    e. Desarrollar comunidades y lugares saludables y sostenibles
    f. Reforzar el papel de la prevención

6. para lograr estos objetivos se necesita acción a nivel central y local y el involucramiento de las comunidades.
7. el empoderamiento de los individuos y de las comunidades es fundamental para una efectiva la participación a la toma de decisiones

Cuáles opciones?

La selección de las intervenciones de probada eficacia no puede prescindir del marco conceptual de determinación social de la salud. Si bien la acción intersectorial se fundamenta en los determinantes sociales de la salud, la misma se puede desplegar con diferentes estrategias, abarcando un amplio espectro de acción, desde un acercamiento sistemático e integral hasta intervenciones sectoriales. Cuando los contenidos de la estrategia intersectorial aspiran a modificar los determinantes estructurales (estrategia *upstream*), las acciones interesan reformas sociales y son dirigidas hacia las políticas fiscales, económicas y de educación. Cuando conciernen las condiciones de vida y de trabajo (medio ambiente y entorno laboral), factores psico-sociales, conductuales, hábitos y estilos de vida, las acciones miran a reducir la exposición y vulnerabilidad de la población (estrategia *midstream*). Cuando abordan los efectos en la salud, las acciones se centran en la prestación de servicios (sociales y de salud) y en el acceso a ellos (estrategia *downstream*).

Además del nivel de intervención, las estrategias difieren también en el objeto de intervención: Graham reconoce tres enfoques, cada cual reflejando distintos valores y marcos conceptuales (Graham 2004): un primer enfoque se dirige a mejorar la salud de los grupos vulnerables; el segundo aspira a cerrar la brecha entre los que se encuentran en la peor situación social y los que se encuentran en la mejor condición; un ultimo enfoque mira a reducir las inequidades en salud actuando en la totalidad de la población, a lo largo del gradiente social. Tomando en cuenta el enfoque poblacional de prevención de Rose (1985), por el que mover la distribución de un factor de riesgo en una población puede prevenir más carga de enfermedad que dirigirse hacia las personas a riesgo elevado, más recientes consideraciones subrayan la mayor efectividad en reducir las inequidades en salud para las políticas e intervenciones que aspiran a mejorar la salud de distintos grupos poblacionales, promoviendo al mismo tiempo el bienestar de la población entera (Benach 2013).

Distintos métodos son disponibles para incorporar la evidencia científica en el proceso de toma de decisiones, a saber entre otros: definición de prioridades de acuerdo a la carga de enfermedad, análisis costo-beneficio, costo-eficacia, factores de riesgo. Sin embargo, estos métodos no toman en cuenta la equidad. Una posible hoja de ruta para la acción debería basarse en una estimación y evaluación del potencial de salud comprometido por las inequidades en salud y luego por la cuantificación del potencial de inequidad hipotéticamente y realísticamente evitable por las intervenciones. La figura 1 ilustra una serie di preguntas secuenciales que podrían ayudar en la evaluación de necesidades, prioridades y acciones para reducir las inequidades de salud.

Figura 1. Preguntas clave para la identificación de prioridades e acciones con miras a reducir las inequidades en salud (adaptado de Costa 2014).

1. Los indicadores de salud evidencian una brecha?	**Descripción de las necesidades de salud con estratificadores sociales**
2. Qué porcentaje se atribuye a los distintos determinantes (proximal, intermedio, distal)?	**Fracción atribuible a cada determinante**
3. Qué porcentaje de esta brecha puede ser en teoría evitada gracias a intervenciones que la literatura científica demuestra ser eficaces?	**Fracción atribuible y evitable (en teoría)**
4. Qué porcentaje de esta brecha puede ser en práctica evitada utilizando las intervenciones del punto 3, tomando en cuenta su transferibilidad y efectividad en el contexto real?	**Grado de evitabilidad en práctica**

Políticas para la equidad en salud

El Instituto Nacional de salud Pública del Québec ha llevado a cabo una revisión de las experiencias de distintos países y de los enfoques utilizados para reducir las inequidades en salud (INSPQ 2014), incluyendo acercamientos sistemáticos e integrales como se dieron en Reino Unido, Finlandia, Suecia, Noruega, Australia, Nueva Zelanda y Quebec e intervenciones intersectoriales en los mismos países sobre determinantes específicos, a saber: empleo, ingresos, solidaridad social, medio ambiente, uso del territorio, estilos de vida, factores conductuales. La revisión subraya que todos los Países examinados han reconocido la necesidad de trabajar a nivel intersectorial para abordar las inequidades de salud; estrategias sistemáticas e integrales permiten a los gobiernos de modificar su política económica, social y de salud en aras de promover la equidad social; intervenciones intersectoriales de promoción de acceso egalitario a los recursos (ingresos, trabajo, servicios educativos y de salud) y de solidariedad social contribuyen a reducir las inequidades sociales; sinergias entre los niveles gubernamentales, nacionales, regionales y locales, junto a la participación de la ciudadanía, son esenciales para el éxito de las políticas

En relación a Europa otro estudio evidencia una situación de heterogeneidad: Reino Unido, Irlanda y países de Norte Europa tienen buenas políticas con prioridad hacia las inequidades de salud, enfoque en la reducción del gradiente relativo con un acercamiento integral y sistémico. Los países de Europa centro-occidental se colocan en un nivel intermedio con muchas iniciativas sectoriales hacia los grupos vulnerables, mientras los países de Europa del Este tienen un buen nivel de conciencia del problema pero escasas acciones (Zengarini 2012).

Cabe, en fin, destacar un reciente trabajo de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud que subraya como un acercamiento integral para la reducción de las inequidades en salud necesite de un sistema de apoyo cuyas componentes incluyan (OMS 2014):

- Compromiso político
- Inteligencia (sistema de gestión del conocimiento)
- Sistemas y estructuras de rendición de cuenta
- Coherencia política en todos niveles y sectores gubernamentales
- Involucramiento de la comunidad
- Desarrollo de recursos institucionales y humanos
- Salud pública con nuevo enfoque
- Sistemas de aprendizaje e innovación

En la figura 2 se ilustran algunas características y ejemplos de cada componente.

Figura 2. Componentes de sistema de apoyo a un acercamiento integral de las inequidades en salud actuando en los DSS (adaptado de OMS 2014).

COMPONENTE	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS
COMPROMISO POLITICO	Explícito compromiso político	• Rendición de cuentas Ministerial para mejorar la equidad en salud (ES) y los determinantes sociales de la salud (DSS) • Creación de una Comisión Intersectorial para ES actuando en los DSS • Presupuesto explícito para ES
GESTION DEL CONOCIMIENTO	Evidencia de inequidades en salud (IS) para: - fundamentar decisiones políticas	• Evidencia sistemáticamente revisionada y reportada públicamente • Producción de análisis y datos de acceso abierto

	- monitorear progresos - mantener las partes interesadas en rendir cuenta	• Definición de una base de datos mínima para presentación de informes en IS a nivel nacional y local
SISTEMAS DE RENDICION DE CUENTAS	Estructuras legislativas y sistemas que permiten la acción intersectorial sobre IS a nivel nacional y local "Juntas gubernamentales", capaces de mantener todas las partes interesadas en rendir cuenta	• Marco legal que involucre portadores de interés del sector salud y de otros sectores en colaborar y brindar información acerca de acciones y resultados sobre DSS e IS • Establecimiento de juntas comunitarias de salud con papel explicito de revisión de datos, progresos de políticas y posibilidad de presentar opciones y soluciones para mejorar la equidad en salud
COHERENCIA DE POLÍTICAS EN LOS SECTORES Y NIVELES GUBERNAMENTALES	Auditaría de políticas gubernamentales por medio de evaluación de impacto en la salud y en la equidad en salud Instrumentos que institucionalicen la colaboración intersectorial	• Coherencia de todas las acciones sectoriales para la equidad en salud • Resultados de equidad explícitamente definidos por todos los sectores, nacionales y locales • Evaluaciones de impacto públicas
INVOLUCRACIÓN DE LA COMUNIDAD	Compromiso de la comunidad local y de las autoridades subnacionales para participar en el diseño y revisión de políticas Instrumentos y sistemas que aseguren la involucración de la comunidad en las soluciones	• Mecanismos, diseños organizacionales y *capacity building* que desarrollen la diversidad de puntos de vista y perspectivas de parte de la comunidad en todos los niveles de toma de decisión y solución • Instrumentos y apoyo al nivel local para la definición local de problemas y de soluciones, basados en los datos locales
DESARROLLO DE RECURSOS INSTITUCIONALES Y HUMANOS	Desarrollo de capacidades incluyente: - procesos institucionales - desarrollo de personal competente	• Programas de apoyo al liderazgo político, cívico y profesional de acciones sobre DSS e IS • Curriculum en DSS y equidad en salud (ES) para profesionales del sector salud y de otros sectores • Protocoles formales de compromiso institucional para la ES en todos los sectores
SALUD PÚBLICA CON NUEVO ENFOQUE	Revisión de la formación y práctica de la salud pública	• Revisión de las capacidades y aptitudes de la práctica de la salud pública que incluyan habilidades necesarias para actuar en los DSS y la ES • Actualización de la capacitación de los profesionales de salud pública
SISTEMAS DE APRENDIZAJE E INOVACIÓN	Compromiso hacia un desarrollo continuo en la comprensión la eficacia de las políticas y de las intervenciones para reducir las inequidades de salud Compromiso en una continua revisión y mejora de la gobernanza de la equidad en	• Reforzar sistemas de transferencia del aprendizaje entre y adentro de los Países para acelerar la adopción de políticas e instrumentos prometedores • Capacidad de abordar las IS por medio de programas de innovación, intercambios y enseñanza en vivo

	salud por medio de la acción en los DSS	

Conclusiones

La reducción de inequidades en salud requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que involucra a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación. A partir de los 90, varios países latinoamericanos introdujeron políticas redistributivas y reformas del sector social dirigidas a las inequidades de salud y a partir del 2000 estas políticas empezaron a evidenciar resultados positivos en contrarrestar las inequidades en salud. Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer para fortalecer los esfuerzos de reasignación de recursos para lograr más equidad social y en salud. Esto implica también la evaluación de las políticas y de los programas para contrarrestar las inequidades en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benach (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. J Epidemiol Community Health 2013; 67: 286–291.

CDSS (2008) Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2008.

Costa (2015). Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N (A cura di). L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Franco Angeli. Milano, 2014.

FMI (2014). Fiscal policy and income inequality. Disponible en http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2014/012314.pdf (ultimo acceso 7 de diciembre de 2015)

Graham (2004). Graham H. Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients. J Soc Policy 2004; 33:115e31.

Helsinki (2013). Helsinki Statement on Health in All Policies. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf (ultimo acceso 7 de diciembre de 2015)

INSPQ (2014). Institut National de Santé Publique du Québec. Policy avenues: Interventions to reduce social inequalities in Health. 2014

Marmot (2010). Marmot M. Fair Society healthy lives: The Marmot review. England; 2010.

OECD (2015), In It Together: Why Less Inequality Benefits All, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/97892642351 20-en

OMS (2009). Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009.

OMS (2011). Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 Octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud; 2011.

OMS (2014). Brown C et al. Governance for health equity. WHO Regional Office for Europe, 2014.

OPS (2013) Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. Washington, 2013.

Rose (1985). Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985; 14:32e8.

Solar (2010). Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve: World Health Organization; 2010.

WEF (2015). World Economic Forum. Outlook on the Global Agenda 2015. Disponible en http://reports.weforum.org/outlook-global-agenda-2015/ ultimo acceso 7 de diciembre de 2015)

Whitehead (1990). Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 1990

World Bank (1993). World Development Report 1993: Investing in Health. Disponible en http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/0-1952-0890-0 (ultimo acceso 7 de diciembre de 2015)

Zengarini (2012). Zengarini N, Marra M, Costa G. Do European policies to tackle health inequalities across Europe respond to priorities suggested by EURO-GBD-SE? Appendix 8.2 of EURO-GBD Final Report.

LA ÉTICA DE LA EQUIDAD: BARÓMETRO DE COHESIÓN SOCIAL Y PRINCIPIO GUÍA PARA UNA NUEVA POLÍTICA PÚBLICA.

Juan Garay Amores, Jefe de Cooperación de la Unión Europea en México.

La equidad es la distribución justa de la desigualdad. Se basa en la igualdad de derechos, equilibrio en el flujo de conocimiento, participación y poder, y equidad en el acceso y distribución de los recursos, dentro y entre generaciones. En salud, la equidad es la prioridad global por las siguientes razones:

1. Es el objetivo compartido de la comunidad internacional desde 1945 en el artículo 1 de la constitución de la OMS: " disfrute de todas las personas de la mejor salud posible ". Sin embargo, este objetivo nunca se ha fijado (mejor salud posible) , y por lo tanto nunca su ha medido su alcance (para todos) ni su déficit (inequidad) (Garay, Harris, Walsh 2013).

2. Estimaciones de la mejor salud posible indican que más de una tercera parte de las muertes serían evitables por factibles, sostenibles - y éticos - niveles de equidad. Esto supone cerca de veinte millones de muertes al año, y estas escalofriantes estimaciones en proporción y numero han permanecido constantes desde los años 80(Garay 2015).

3. Las estrategias para la salud internacional y nacional han ido progresivamente fragmentándose en todas sus dimensiones: en la dimensión asistencial mediante un enfoque de enfermedades, en la dimensión preventiva mediante enfoques restrictivos de programas verticales por riesgos o por grupos de población, en la dimensión de sistemas de salud mediante segmentación de financiación y provisión según condiciones laborales y económicas, incluso en las causas primarias de la enfermedad, mediante priorización a menudo arbitraria de determinantes sociales o ambientales, también a menudo considerados en paralelo.

Es importante distinguir entre desigualdad e inequidad, y sus implicaciones, como ilustrado en la figura 1.

Figura 1. Diferencias entre desiggualda e inequidad (Garay, 2015).

	DESIGUALDAD	**INEQUIDAD**
Concepto	Diferencias.	Diferencias injustas.
Medición	Diferencias o razones entre poblaciones según variables condicionantes de las desigualdades.	Variable condicionante, mejor nivel posible, estimación de carga de inequidad. (ver método mas abajo)
Implicaciones	Atender a las variables más condicionantes. Objetivos subjetivos, no medibles, no comparables.	Define objetivo de salud objetivo, cuantificable y comparable, define umbrales mínimos necesarios y posibilidad de incidir en políticas estructurales.
Efecto	Mitigador	Transformador

Es esencial, pues, determinar con decisión y compromiso el objetivo común de salud global (mejor salud posible: objetivo en evolución constante por el progreso del conocimiento) y determinar el déficit en su alcance (en su desigualdad justa : mínimos umbrales de salud) a toda la población, o , en su defecto, el grado de inequidad, entre y dentro de los países.

Tal decisión precisa de varios pasos:

1- Estimar, a nivel global, nacional o local, cuales son las causas últimas de la pérdida de salud potencial. Estas causas obedecen a tres grandes órdenes entes mencionados : la igualdad de derechos, el equilibrio de conocimiento, participación y poder, y la equidad en los recursos, económicos y ecológicos.

2- Identificar entre las causas últimas de la salud, aquella que más influye, determinando también su efecto multi-variable (efecto en las otras causas), en la distribución de la salud de la población.

3 - Ello permitirá conocer qué distribución (global y nacional) justa y factible de esa causa predominante (en igualdad de derechos, en equilibrio de conocimiento y poder, en equidad de recursos) pudiera influir en una distribución justa de la desigualdad (equidad) en salud, determinando así umbrales mínimos de mejor salud posible.

4 - La diferencia entre la desigualdad justa (equidad deseable) y la desigualdad observada, es la carga de inequidad, medida en pérdida de vida sana y en muertes evitables.

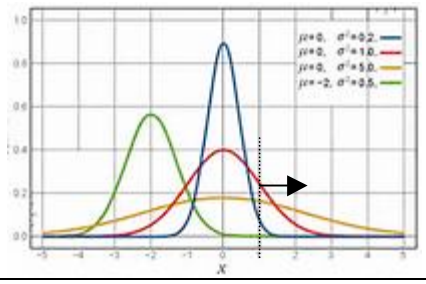
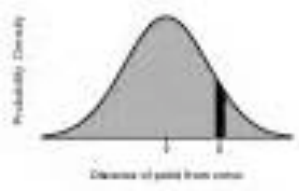
5 - La contribución de cada causa última de la pérdida de salud a la carga de inequidad se puede estimar como riesgo atribuible de inequidad, y por lo tanto su impacto potencial en disminuir la carga de inequidad.

6 - Los umbrales de cada causa fundamental de pérdida de salud, determinan límites para evitar condiciones incompatibles con la mejor salud posible (sean derechos universales, acceso a conocimiento y participación, y mínimos niveles de recursos) y que deben ser evitados por marcos legales y políticas socioeconómicas (incluyendo redistribución fiscal)

7- La distribución de la salud y de la carga de inequidad, por enfermedades y factores de riesgo, según grupos de población (por edades, sexo, grupos étnicos, zonas geográficas) , determinará el enfoque de políticas sociales y de salud en equidad, esto es, con mayor énfasis en los grupos de mayor carga de inequidad.

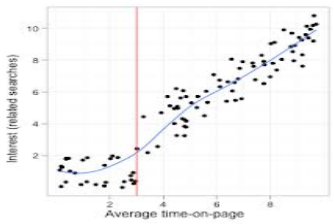
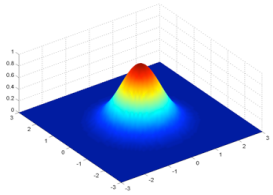
Este enfoque, de prevenir condiciones - legales, de conocimiento y de recursos - incompatibles con el mínimo digno de salud, y de dirigir las políticas sociales y de salud a los grupos con mayor exposición a riesgos, mayor incidencia de enfermedades o menor acceso a servicios, constituye un nuevo enfoque de la salud pública basada en la ética de la equidad y se refleja en el siguiente gráfico:

SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD EN SALUD

GOBERNANZA	OBJETIVO	PREMISAS POLITICAS
Multiactor, Multisectorial, Tranparente, Vinculante	DE MEJOR SALUD POSIBLE (y sostenible) Y SUS LIMITES (Distr. justa de la desigualdad)	Marco legal garante del derecho universal a la salud, Prioridad de estado a la Equidad Mandato de monitorización para la accion
Indicadores básicos de salud (vs. parciales) EV EVS (aj. AVAD) MI (< 5 a) MAd (15-60)	Mejor salud posible (recursos < GDP medio, economía sostenible) 	Carga de Inequidad general  CI - EV, EVS, MI, MAd, Muertes evitables

ANALISIS DE VARIABLES ESTRUCTURALES PRINCIPALES

(en base a marcos legales universales/igualitarios y compromisos políticos de equidad)

RECURSOS Renta per capita Empleo CONOCIMIENTO Educacion Cultura, creencias.	Correlacion r2 y umbrales 	Carga de inequidad atribuible a variables estructurales  CI-R<u, CI-E<u

INCIDENCIA DE EQUIDAD EN POLITICAS

ECONOMIA, FISACLIDAD			
EDUCACION, CONOCIMIENTO	Factores causales	**Marcadores** S E Et Loc	**Variables estruct.** Rec Con.
POLITICAS SOCIALES, COIMUNICACION, INFRAESTRUCTURAS, INVENTIVOS PROMOCION DE LA SALUD	ESTILOS DE VIDA Movilidad y consumo	Analisis de RAPs	
POLITICAS DE PREVENCIODE LA ENFERMEDAD	RIESGOS DE ENFERMEDAD Marcadores de riesgo (IMC, tTA, Hb. Marcadores tumorales, etc)		
POLITICA DE SERVICIOS DE SALUD	ENFERMEDADES Incidencia, prevalencia y mortalidad de causas mas frecuentes		
	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Disponibilidad, acceso, uso, calidad		

EXAMPLE RISK		Probability				
		Very High	High	Medium	Low	Very Low
Conse-quence	Very High	Very High	Very High	Very High	High	High
	High	Very High	High	High	Medium	Medium
	Medium	High	High	Medium	Medium	Low
	Low	High	Medium	Medium	Low	Very Low
	Very Low	Medium	Low	Low	Very Low	Very Low

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garay, Harris, Walsh (2013). Juan Garay, Laura Harris, Julia Walsh. Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term. Face à face [En linea], 2013;12. Disponible en http://faceaface.revues.org/745 (ùltimo acceso 11 diciembre 2015)

Garay et al (2013). Garay J, Harris L, Beam M, Zompi S. Global inequity death toll: Targeting global health equity and estimating the burden of inequity. 141th APHA Annual Meeting. Disponible en https://apha.confex.com/apha/141am/webprogram/Paper291133.html (ùltimo acceso 11 diciembre 2015)

Garay (2015). Garay Amores, Juan. Health equity, the key for transformational change, San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2015. ISBN: 978-9968-916-55-4

LA ZONA DE EQUIDAD Y EL DERECHO A LA SALUD

David Chiriboga, University of Massachusetts Medical School. Ex-Presidente del Consejo de Salud de UNASUR

-Si tendríamos la suficiente empatía para sentir que cada una de los 17 millones de muertes evitables que ocurren cada año, se tratarían de nuestra madre, esposa o hijo, no nos conformaríamos con intervenciones mitigadoras y no podríamos descansar hasta alcanzar una transformación profunda de nuestra sociedad basada en la justicia social-.

Dado que las condiciones de vida son el principal determinante de la salud de una población, es la responsabilidad ética de la sociedad el asegurar que todos tengan acceso a las condiciones para una vida digna. Estas condiciones para una vida digna delimitan el inicio de un espacio: "la zona de la equidad" donde existe una distribución justa de oportunidades para que ***todos*** puedan alcanzar el mayor nivel, factible y sostenible, de salud física, mental y social. El umbral superior de la zona de equidad se encuentra en los límites al exceso de riqueza y al acaparamiento, a la extracción excesiva de recursos, a la contaminación ambiental y se fundamenta en criterios de sostenibilidad y de equidad inter-generacional. La equidad en salud entonces puede ser definida como la ausencia de desigualdades injustas, socialmente producidas y sistemáticas en salud.

La zona de equidad se configura como un instrumento operativo para lograr justicia social. Se enmarca en una visión multiplicadora de oportunidades, que incrementa la base de energía creativa humana, con un efecto positivo en la evolución del crecimiento demográfico.

Es importante considerar que 'equidad' e 'igualdad' no son sinónimos. Igualdad es una noción de origen matemático. Las desigualdades en la naturaleza tienden a seguir un patrón de distribución "normal" en un gráfico acampanado simétrico; y es una distribución altamente predecible (con poca variación) y donde valores extremadamente altos o extremadamente bajos son muy raros. Equidad (del Latín *aequĭtas*) en cambio, se origina de consideraciones de justicia y ética. La equidad busca establecer cuáles desigualdades son evitables, definiendo límites "justos" (ecuánimes) para esas desigualdades.

El modelo de desarrollo occidental sin duda ha traído avances sin precedentes en la historia de la humanidad, los cuales se han traducido en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, estos avances se han acompañado también de aspectos negativos como el abuso de los recursos naturales, la contaminación planetaria, el incremento del estrés individual y colectivo, sedentarismo sistémico, exceso de consumo calórico de alimentos altamente procesados y la fragmentación de muchos valores comunitarios como solidaridad y empatía. Estos valores han sido sustituidos por el individualismo, que caracteriza a la frenética carrera por el crecimiento sostenido, y han determinado la concentración de la riqueza en pocas manos con una creciente e insostenible brecha económica., mientras millones de seres humanos no tienen acceso a servicios tan elementales como agua segura y saneamiento básico.

Muy alejados de la percepción de Gandhi, de que la grandeza de las naciones se mide por como tratan al más vulnerable de sus miembros, el modelo de desarrollo occidental o de crecimiento económico constante, ejemplificado por el estilo de vida de los "ultra-ricos", se ha convertido en el arquetipo mundial venerado por la mayoría. Sin embargo, el nivel excesivo de consumo y acaparamiento de bienes por parte de una minoría, se convierten en el principal factor que limita la posibilidad de que todos tengan acceso a las condiciones para una vida digna, no solamente en nuestra generación, sino para generaciones futuras. Este modelo no es replicable desde el punto de vista de la equidad y de los derechos humanos. Es urgente, por ende, explorar alternativas de desarrollo más armónicas con nuestro planeta, incluyendo la dimensión social y económica de toda la población, priorizando la promoción y la prevención de la salud, construyendo un medio

ambiente que facilite y promueva la salud física y psíquica de los individuos, de la comunidad y del planeta, bajo los principios de respeto, empatía y equidad.

Desde los orígenes de las sociedades democráticas, hace más de dos mil años, Platón propuso el establecimiento de una ley, que podría llamarse la 'Ley de la Zona de la Equidad': *"…La ley que propongo sería la siguiente: En un estado que está deseoso de salvarse de la más grande de las plagas – no debe existir ni la pobreza extrema ni, una vez más, la riqueza excesiva entre los ciudadanos, porque ambas conducen a grandes males... Ahora bien, los legisladores tienen la tarea de determinar cuáles deberían ser los límites de la pobreza y de la riqueza*" (Platón. Las Leyes, año 360 A.C.). No obstante, la advertencia nunca llegó a ser tomada en cuenta con la suficiente escrupulosidad y estos dos males: pobreza extrema y riqueza excesiva, afectan ahora a la democracia no solo a nivel de cada uno de los países sino a nivel global.

El límite de pobreza extrema ha sido definido vergonzosamente por el Banco Mundial, con un umbral que ningún funcionario de esa institución lo podría considerar aceptable para un hijo suyo, y que desde el punto de vista ético no se relaciona con "las condiciones para una vida digna". Por otro lado, el límite de acumulación excesiva de riqueza tampoco ha sido determinado; más allá de establecer tímidos sistemas de impuestos que tienden a ser regresivos y que, artificialmente, no contemplan redistribución más allá de las fronteras geográficas. Sistemas de redistribución que a pesar de ser la principal herramienta para contrarrestar las inequidades generadas por el modelo económico imperante, adolecen de muchas debilidades que permiten el acaparamiento continuado, perpetuando la concentración de la acumulación a través de las generaciones.

Una vez establecidos los límites de la zona de equidad, de condiciones de vida digna por un lado y, de acaparamiento, abuso de recursos y contaminación por el otro, hay que proveer herramientas de medición, monitoreo y rendición de cuentas del cumplimiento de la equidad como base de los derechos humanos. Dado que las condiciones de salud de una población representan las condiciones de vida de la misma, es indispensable posicionar a la equidad en salud como el mejor barómetro de justicia social. Es necesario dar un salto cualitativo de medir desigualdades y determinantes sociales aislados, que llevan a intervenciones fragmentadas, hacia un enfoque holístico de equidad, que conduzca a una transformación social profunda. Para operacionalizar el concepto y medir la carga de inequidad se deberían considerar el establecimiento de Observatorios de Equidad a diferentes niveles: nacional, regional y global, con las siguientes funciones:

- Proponer estándares de oro
- Definir metas, mínimos y máximos factibles y sustentables, con enfoque de derechos,
- Recibir, verificar, organizar, fusionar, y custodiar información
- Emitir informes técnicos con periodicidad a los distintos niveles gubernamentales y poblacionales
- Proveer apoyo a consultas y acceso público a información
- Emitir recomendaciones a una estructura colocada entre el poder legislativo y ejecutivo, (por ejemplo un Consejo Nacional de Equidad en Salud y Medio Ambiente, con potestad de aprobar la programación anual como pre-requisito para la emisión de fondos)

Atributos del observatorio son la multi e interdisciplinariedad, la participación activa e inclusiva, transparencia, independencia económica y política, y un alto relieve en el nivel jerárquico. La información cuantitativa y cualitativa producida por el observatorio debería referirse a los resultados de salud, formulada en términos positivos (y no únicamente en términos de morbi-mortalidad, como por ejemplo un índice de equidad infantil) con enfoque de derechos y relacionados a factores evitables y posibles de modificar.

Otras consideraciones para el observatorio en relación a las fuentes y análisis de datos remarcan la importancia de:

- Utilizar unidades geopolíticas censales estandarizadas y sistemas de información geográfica
- Estandarizar la metodología de recolección de datos y los sistemas de verificación de la información
- Promover el uso de registros vitales, fiscales, y de servicios como insumos electrónicos para elaboración de bases de datos, con identificadores únicos y verificación automatizada
- Minimizar la duplicación de datos: a este resguardo sería útil poder contar con mesas interinstitucionales nacionales e internacionales para estandarización, eficiencia y eficacia
- Utilizar software libre, modular y sistemas de apoyo técnico (con base en NNUU)
- Validar modelos de priorización
- Enfatizar análisis de los extremos (medidas de dispersión, rangos y comparación de quintiles)

Mucho camino queda por recorrer para implementar una agenda de equidad. Antes de la creación de un observatorio de equidad, se necesita un fuerte compromiso nacional por la equidad en salud y por el medio ambiente: colocar salud y medio ambiente en todas las políticas; una gobernanza sólida que permita plantear la institución de un consejo consultivo permanente de equidad en salud y medio ambiente a nivel gubernamental con mecanismos vinculantes de aprobación de fondos. La priorización de intervenciones y tiempos políticos, el análisis de gasto público de acuerdo a criterios de equidad y el análisis del impacto de las políticas en la equidad constituyen el paso sucesivo al compartir la información del observatorio.

En conclusión, posicionar a la equidad en salud a nivel local, nacional y global es un imperativo ético y necesidad política urgente. La definición de la zona de equidad y la información producida por un observatorio de equidad permitirá orientar marcos garantes de derechos e informar políticas de redistribución, que sean compatibles, en magnitud, con el respeto de los derechos humanos.

EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA EQUIDAD EN SALUD

Armando de Negri, Movimiento por la Salud de los Pueblos
Rita M. Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Programa EUROsociAL.

Al hablar de **participación** muy frecuentemente se adopta una perspectiva limitante de lo que implica el tema mismo, quedando a menudo políticamente esterilizada. De lo contrario, la participación social tiene que entenderse políticamente como la proyección de una ambición de poder, en el sentido de expresar su compromiso por un cambio, por una transformación. Si no se entiende la participación como un proceso político estructurante, se logra servir más bien a la reproducción de mecanismos que perjudican la equidad social.

La hegemonía neoliberal ha producido un secuestro democrático y una especie de proceso participativo bajo control, donde la legitimación de políticas contrarias a la misma población termina haciéndose con el beneplácito de una participación basada en la fragmentación de los objetos que están en disputa en la participación. La misma hegemonía ha incorporado al discurso palabras como Democracia, participación, fortalecimiento de sistemas nacionales, y las ha transformado en su esencia política; volver al tema de la democracia implica ir más allá del formalismo civil y político de los derechos civiles políticos y poner la democracia como algo que genera justicia social. Como sostiene Boaventura de Sousa Santos "democracia sin justicia social es una mera formalidad". Además, hoy en día, la ausencia de espacios democráticos de discusión, siendo los medias hegemónicos en la articulación de la información, cuestiona todas las intervenciones de empoderamiento y participación social.

Al definir, por parte de políticas internacionales y nacionales, mínimos sociales y objetivos posibles, en realidad nos alejamos del marco de derechos humanos que debería dictar agenda y objetivos sociales y de equidad. Las tesis de mercado, según las cuales la satisfacción de las necesidades sociales es un bien que se compra y se satisface en forma individual, alientan programas sociales focalizados para los pobres. De acuerdo al mercado, las personas que no tienen medios económicos propios deben ser objeto de asistencia por parte del Estado, haciéndoles llegar algunos servicios y bienes que cubran lo "mínimo" de estas necesidades. Esta lógica minimiza las responsabilidades públicas del Estado a un "paquete" de programas focalizados, reduciendo los problemas sociales a un conjunto de necesidades "básicas" no satisfechas, que definen el límite aceptable de falta de bienestar. Vistos así, los derechos sociales son para los que tienen capacidad económica, convirtiendo a los pobres en imposibilitados para ejercerlos, desposeídos de ciudadanía y desvalorizados en su dignidad. Además, no actuando las políticas en la distribución desigual de medios para alcanzar mejores condiciones de vida, los mecanismos que producen la pobreza quedan intactos y, al mismo tiempo, se niega el objetivo de superarla.

El concepto de pobreza se define comúnmente como un patrón de lo "mínimo" aceptado socialmente según la realidad histórica de cada país, para que hogares o personas "sobrevivan". El umbral de pobreza absoluta a nivel mundial está fijado en 1,25 US$ (Banco Mundial). En países que adoptaron el modelo del *welfare state* el mismo umbral está definido al 60% de la renta mediana nacional, lo que comporta, sin embargo, un tenor y calidad de vida totalmente distinto a lo del que tiene que sobrevivir con 1,25 US$/día. De hecho, la pobreza y el proceso de empobrecimiento no son acontecimientos naturales, sino productos sociales y el resultado de una sociedad que, a razón de sus principios inspiradores y de sus decisiones políticas y económicas, produce una riqueza desigual e injusta, por ser esta injusticia prevenible y por no haber sido tomadas las necesarias medidas preventivas.

A la base de los mecanismos sociales que crean y perpetúan la pobreza está el proceso de atribución de valor a lo que puede ser cuantificado en términos monetarios (Petrella R, 2007), que alimenta el capital y su consecuente acumulación, con establecimiento de procesos finalizados a su ulterior crecimiento: liberalización, desreglamentación y privatización de la economía y de las políticas financieras y monetarias (Amoroso B, 2014.).

Cierto es que nunca en la historia de la humanidad se logró un nivel de riqueza como el actual, ni tampoco se dio tanta asimetría en la distribución de la riqueza y de la salud. En Estados Unidos en 1820 la brecha entre el estrato más rico de la población y el más pobre era de 3:1. En los años 90 llegó a ser 72:1. Y la brecha sigue ensanchándose: el Foro Económico Mundial pone la brecha de ingresos como primer desafío para el 2015 y amenaza para la estabilidad; de hecho el 8,4% de la población mundial detiene el 83,3% de la riqueza mundial (Foro Económico Mundial, 2014).

Al no poder trabajar y producir bienes materiales, monetariamente cuantificables, la persona ingresa la categoría de "pobre" y pierde toda dignidad de ser humano y de detentor de derechos humanos. Todos los esfuerzos y programas para "reducir" la pobreza, ejemplarmente desplegados en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), se focalizan en programas verticales y no incluyen ni atacan las causas estructurales que están en el origen de los procesos de desigualdad, de empobrecimiento y de exclusión de millones de personas a nivel mundial. De hecho, los objetivos fueron expresiones de lo "mínimo" y/o "básico" que ciertamente significaron una mirada monocultural de los modelos de desarrollos para la calidad de vida de los pueblos pero que nunca expresaron ni identificaron ni debatieron los intereses del statu quo y los responsables de las desigualdades, inequidades, pobrezas y exclusiones que priman en nuestro mundo. Aunque significaron algunos avances en atención y respuesta a enfermedades olvidadas por el complejo médico-industrial farmacológico y los negocios del mercado de la salud, en gran medida potenciaron la fragmentación de las agendas y respuestas desde los movimientos de sociedad civil y también de los propios Estados por la propia división de ODM para Género, para Agua y Saneamiento, o para daños en la salud como mortalidad infantil o materna o enfermedades como el VIH-SIDA, cada uno de esos objetivos expresando agendas y políticas por separado (Declaración de Túnez , 2013).

Lo mismo ocurre en el sector salud: se reducen las expectativas y quehacer de una búsqueda de solución para un grupo específico de enfermos fuera de un contexto mayor de un sistema de Seguridad Social, de democracia social y de una república política donde el interés público (del latín *res publica)* sea lo que ordena la relación entre las fuerzas económicas y la sociedad. El derecho a la Salud es un derecho universal integral basado en la equidad, siendo ésta la base del derecho como concepto jurídico. Este derecho universal a la salud implica la satisfacción de principios de participación, rendición de cuentas, equidad y no discriminación. Abarca no solo el cuidado de la salud y el financiamiento para este derecho, sino hay que asegurar que las políticas de otros sectores, que corresponden a los determinantes sociales estructurales de la salud de acuerdo al modelo propuesto por Diderichsen (Diderichsen 2001), respondan a las necesidades de salud pública. Sus obligaciones implicarían una toma de decisiones inclusiva y democrática, con la salud desligada de las fuerzas del mercado y como parte de la protección social universal. De hecho, el derecho a la salud en sí, captura pobremente las fuerzas globales que determinan parcialmente su logro en la consecución de este derecho, como las fuerzas económicas, financieras, y los regímenes de propiedad intelectual y de solución de disputas, entre otros. Por ende, el ejercicio de la participación lleva a una agenda maximalista.

En fin, no se puede que compartir el objetivo internacional de la campaña "*Declarar Ilegal la Pobreza 2018*", que, en ocasión del 70° aniversario de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, aspira a lograr una resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas que ponga fuera de la ley los factores o causas estructurales que están en el origen de los procesos de desigualdad

y empobrecimiento, y que declare ilegales las leyes, las instituciones, y las prácticas sociales y colectivas que entorpecen la justicia social y económica, que atacan la democracia e impiden el ejercicio de la ciudadanía (Banning Poverty).

En conclusión, la participación social es un proceso político que debe ser sostenido dentro de una perspectiva de democracia donde sí por un lado se tiene la ambición de afectar continuamente el rol del Estado, por el otro se debe mantener un espacio de sociedad civil muy potente para que este ejercicio entre sociedad y Estado no termine con la cooptación de la sociedad.

Hablar de participación, con ambición de llegar a tener espacios de poder que realmente puedan tomar decisión es una primer etapa de la conquista. Sucesivamente hay que mantenerla en un tono donde los intereses nacionales y populares estén permanentemente presentes en la Agenda, lo que hace evidente la necesidad de empoderar las personas y tener una base social organizada.

Es preciso subrayar que la participación genere poder y no corresponsabilidad. La co-participación y co-responsabilidad de la sociedad no se pueden dar en una relación asimétrica, donde los Estados detienen la riqueza y transfieren a la población la responsabilidad, que finalmente es de la función garante del Estado. La participación social no debe tener como agenda los mínimos sociales sino lo que es necesario para la dignidad del ser humano frente al marco sistémico de los derechos. La construcción de la participación y su calificación implican una construcción ciudadana de sujetos de derechos que por y para ser ciudadanos establecen con el Estado una lógica de control por parte de la ciudadanía sobre el mismo Estado.

Por lo tanto, la agenda de participación es una Agenda política, por la democracia real, centralmente estructurada alrededor de una lectura material de los derechos aplicada a una perspectiva política de corto, mediano y largo plazo, de construcción de una justicia social y de equidad como característica fundamental dentro de cualquier política, global o nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amoroso B. et al. Le fabbriche della povertà. http://www.banningpoverty.org/cose-la-dip/il-libro-le-fabbriche-della-poverta/ (ultimo acceso 29 de noviembre de 2015)

Banco Mundial. www.worldbank.org/topic/poverty (ultimo acceso 29 de noviembre de 2015)

Declaración de Túnez - V Foro Social Mundial de la Salud y Seguridad Social. Posicionamiento del FSMS y SS sobre debate de cobertura universal de salud y Post-ODM 2015, Rev Chil Salud Pública 2013; Vol 17 (2): 193-195

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds.). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP, 2001

Foro económico mundial 2014. Outlook on the Global Agenda 2015 (disponible en http://www3.weforum.org/docs/GAC14/WEF_GAC14_OutlookGlobalAgenda_Report.pdf; ultimo acceso 29 de noviembre de 2015)

Petrella R, Per una nuova narrazione del mondo, EMI, Bologna, 2007

Banning poverty. Disponible en http://www.banningpoverty.org/hay-que-declarar-ilegal-la-pobreza/ ultimo acceso 29 de noviembre de 2015.

LA REASIGNACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS PARA EQUIDAD EN SALUD

Óscar Cetrángolo[1], Universidad de Buenos Aires, UNTREF y Miembro del Consejo de Orientación de EUROsociAL.

Introducción

Estas notas, que se enmarcan dentro de la línea de trabajo que está desarrollando el Programa EUROsociAL para mejorar los sistemas de monitoreo de la equidad en la salud, intentarán brindar una aproximación a los desafíos que deben enfrentar los gobiernos de América Latina para mejorar el impacto distributivo de sus sistemas de salud mediante la reasignación de recursos fiscales.

Sin duda, son muchos los aspectos que deben ser considerados y las dificultades analíticas a ser enfrentadas para encarar el estudio de cuestiones de equidad en los sistemas de salud, y las políticas para mejorarla. El objeto de estas notas no es brindar una visión que pretenda incorporar la totalidad (o aún una porción importante) de esos aspectos. En cambio, nos proponemos plantear una serie de comentarios que ayuden a definir un grupo de cuestiones relacionadas con la reasignación de recursos fiscales que un análisis de este tipo debe contemplar.

Entre los múltiples límites que un breve documento como el presente tiene para abordar un tema tan amplio y complejo, dos merecen ser resaltados. Por un lado, debe recordarse que las referencias a la equidad remiten a juicios de valor que prevalecen en cada sociedad y que, aun en términos de su elección mayoritaria, van cambiando a lo largo del tiempo[2]. Por otro lado, la delimitación de los recursos fiscales a ser objeto de eventual reasignación tampoco es obvia. La fragmentación de los sistemas de salud en América Latina es uno de sus rasgos distintivos y remite a la existencia de diferentes niveles de gobierno e instituciones (incluida, por supuesto la conformación de la seguridad social), por lo que el universo a ser considerado no tiene una definición clara. Adicionalmente, y de suma importancia a los efectos de estas reflexiones, los aspectos de los presupuestos públicos que debieran ser considerados exceden por mucho los específicos de los presupuestos públicos en salud.

Estas temáticas serán abordadas en la siguiente sección. Luego, el documento presentará consideraciones específicas vinculadas con la reasignación de fondos públicos bajo diferentes organizaciones institucionales (incluidos los problemas asignativos bajo sistemas descentralizados)

[1] El autor agradece los comentarios y sugerencias de Rita Ferrelli (ISS, Socio Operativo EUROsociAL), Peggy Martinello (FIIAPP, EUROsociAL), Oscar Mujica (OPS) y Claudia Pescetto (OPS).

[2] Puede observarse que la definición del espacio en que se defiende la equidad genera posturas de naturaleza muy distinta. Siguiendo a Sen, toda teoría defiende la igualdad en algún espacio específico. La pregunta a hacer sería "¿Equidad de qué?, tornándose inútil preguntarse por la equidad en sí, ya que toda teoría demanda la equidad de algo, en este caso: el igual tratamiento de algún aspecto de los seres humanos. Similarmente, es importante reconocer que una evaluación de cada teoría centrada solamente en el espacio en que la equidad es defendida tiene sus limitaciones ya que la existencia de un acuerdo en torno a la definición de equidad puede conducir a desigualdades en los aspectos que esa definición no incluye. Véase Sen (1992), en especial su capítulo 1.

y referencias a la necesidad de monitoreo de la equidad en los diferentes sistemas. El documento, por último, presenta algunos comentarios finales y una serie de preguntas que, se espera, contribuyan a orientar el debate futuro.

1. Algunos conceptos necesarios

De acuerdo con Wagstaff et al (1989), en los polos del debate teórico sobre la cuestión de la equidad se encuentran, por un lado, la posición de aquellos que entienden que la utilización de las prestaciones de la salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia ("igualitaria") y, por otro lado, la de aquellos que entienden que cada uno debiera consumir los servicios de salud que puede y quiere adquirir ("libertaria extrema"). Adicionalmente, como una alternativa a la segunda postura se encuentran aquellos que defienden el derecho a un conjunto mínimo de prestaciones ("libertaria moderada").

Más allá de los aspectos de interés que surgen de estas concepciones, en estas líneas vamos a concentrarnos en los debates alrededor de diferentes posiciones cercanas al igualitarismo, asumiendo que la salud es un derecho de todos los individuos por igual y que los estados están obligados a asegurarla. Lo importante es tender a que todos alcancen un estado de salud similar, posición que podría provenir de una teoría social construida alrededor de la noción de distribución acorde a la necesidad (Culyer, 1980). Ello se manifiesta en los objetivos de la política pública de alcanzar un igual acceso para todos y brindar tratamiento similar para los que tienen las mismas necesidades, con independencia de sus ingresos y de otros aspectos de su condición[3]. Según este enfoque, la distribución del cuidado médico debería ser independiente de la distribución de renta, riqueza o cualquier otra forma de poder económico o político. La idea que sustenta esta posición es que cada sociedad debe definir, a través de su sistema político, que la salud es un bien diferente de otros que se comercian, y cuya distribución debiera ser independiente de las preferencias de los individuos manifestadas en el mercado mediante el mecanismo de precios. A este tipo de bienes se los denomina "meritorios"[4].

Este debate no es de fácil solución. Aún cuando hoy exista un creciente consenso sobre la necesidad de asegurar la Cobertura Universal en Salud, no hay una forma clara y única de entender esa meta. Para algunos se trata de la existencia de una cobertura mínima para todos y, en el otro extremo, otros abogan por una cobertura amplia y suficiente igual para toda la población. Evans et al (2001), por ejemplo, consideran que la calificación de las desigualdades como injustas refieren tanto a la posibilidad de evitar esas desigualdades como a ideas más complejas de la justicia distributiva aplicada a la salud.

---

[3]. Se ha discutido ampliamente la definición de igualdad en la provisión de servicios de salud. Las tres definiciones comúnmente utilizadas son: igual tratamiento ante igual necesidad, igualdad de acceso e igual salud. Para una discusión acerca de las diferencias entre igualdad y equidad, y sus formas de medición, véase Musgrove (1983).

[4]. Dunlop, D. y J. Martins (1995), p. 190. Un claro ejemplo de adopción de este criterio se presenta en la Constitución de Brasil de 1988; en su artículo 196 establece que "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a una reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios, y un acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación

De acuerdo con la OMS, en el camino hacia la provisión de un aseguramiento universal en salud los países enfrentan tres obstáculos (relacionados entre sí): i) disponibilidad de recursos, ii) peso de los pagos directos (gastos de bolsillo), y iii) uso ineficiente y no equitativo de los recursos (OMS, 2010). Los países tomarán distintos caminos hacia la cobertura universal, en función de cuál sea el punto de partida y de las decisiones políticas en las siguientes tres áreas: el porcentaje de población que hay que cubrir, la oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se debe alcanzar. La OMS ha logrado graficar las tres dimensiones de los desafíos para avanzar hacia la cobertura universal con el conocido cubo que ofrece en OMS (2010). La estructura de financiamiento de los sistemas de salud cumple un papel de suma importancia en el logro de cobertura universal, en especial el modo en el que son financiados los esquemas que intentan mejorar la solidaridad. En la mayor parte de los países de la región, el gasto público es insuficiente en volumen e ineficientemente asignado.

De manera más específica, en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, recientemente adoptada por los Estados Miembros de la Región de las Américas (OMS, 2014a) se proponen las siguientes cuatro líneas estratégicas:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad centrados en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la rectoría y gobernanza
- Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Los sistemas de salud en América Latina incorporan una variedad de fuentes financieras mediante diversos arreglos financieros y esquemas redistributivos. La búsqueda de cobertura universal y solidaria deberá descansar sobre el incremento de fuentes tributarias y la reducción de la dependencia de gastos de bolsillo. Sin duda, alcanzar la cobertura universal en salud no es proceso sencillo, y su éxito depende de un sinnúmero de factores. Uno particularmente relevante para América Latina es la estructura del empleo dado que el tamaño del empleo informal es determinante para la capacidad del seguro social de brindar cobertura y recaudar contribuciones.

Adicionalmente, debe notarse que existen otros aspectos relacionados al estado de salud que alcanzan los individuos, y que no son necesariamente los servicios de salud a los que cada individuo puede acceder. En muchos casos, la existencia de un sistema universal de provisión de servicios de salud no es suficiente para lograr una salud similar entre los individuos de una sociedad. Se observa que el estado de salud se encuentra relacionado con otros factores como la vivienda, educación, nutrición, empleo, etc.; factores que en las clases bajas presentan importantes deficiencias. Estos elementos deben ser tenidos en cuenta al diseñar políticas orientadas al sector y evaluar su incidencia sobre la equidad[5].

[5]. Por ejemplo, un estudio realizado por Goran Dahlgren sobre Suecia ha demostrado que a pesar de que los servicios de salud son financiados por impuestos y se encuentran disponibles para toda la población sin carga adicional alguna, la diferencia entre el estado de salud de las clases alta y media y la clase baja aumenta en vez de disminuir. Saltman (1997).

2. Los determinantes sociales en la región más desigual

Como se señaló, no es posible analizar el financiamiento de los sistemas de salud, y mucho menos diseñar reformas para mejorar su impacto distributivo, sin tomar en consideración las condiciones bajo las que se desempeña cada particular sistema (Evans et al, 2001; Diderichsen, 2004).

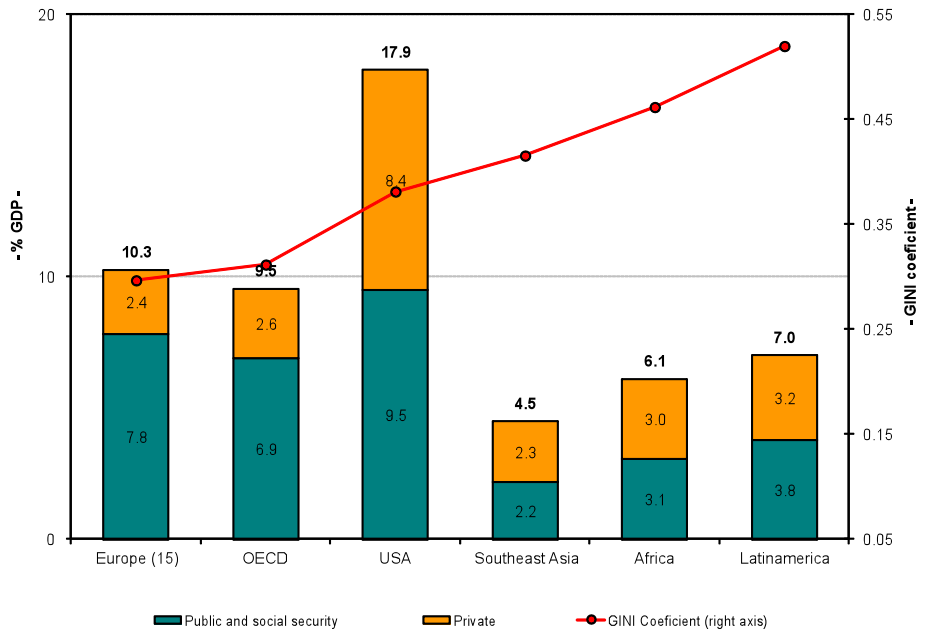
En el caso de los países de América Latina, resulta inevitable hacer mención a que la región presenta los peores indicadores distributivos del mundo. En el gráfico 1 se ofrecen los índices de Gini y gasto en salud por región, como porcentaje del PIB. Allí se comprueba la conocida desigualdad que caracteriza América Latina. En el extremo opuesto se ubican los países europeos, presentando la mejor situación distributiva. También se diferencian las regiones por la estructura de financiamiento de sus gastos en salud, donde América Latina depende en gran medida de gastos de bolsillo. Esa estructura no es neutral desde el punto de vista de la equidad. La dependencia de gastos de bolsillo para lograr la atención en salud es un claro indicador de inequidad (y tal vez ineficiencia) de los sistemas de salud de América Latina. Adicionalmente, la brecha existente (tanto horizontal como vertical) entre las coberturas de la seguridad social y el sector público es otro indicador de relevancia en la región.

Lo anterior llama la atención sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud. Como señala Borrell y Aztazcoza (citados por Ferrelli, 2014), la reducción de las desigualdades en la salud requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que implica a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación.

Precisamente, la adecuada evaluación de las causas de enfermedades y muerte debe contemplar una gran cantidad de variables que exceden los alcances de las tradicionales estadísticas sanitarias. La adecuada ponderación de factores sociales, demográficos (incluyendo las migraciones), étnicos y, por supuesto, de género requiere de esquemas de monitoreo permanentes. El desarrollado por Uruguay es, sin duda, un ejemplo a tener en cuenta en la región (Mendez y Toledo, 2013).

En consecuencia, la reasignación presupuestaria que trate de mejorar la equidad en los resultados de salud de la población debe considerar también las políticas destinadas a reducir las brechas de ingresos y riqueza, así como sus consecuencias sociales. En estos países, debe notarse que las políticas territoriales y reformas tributarias, que serán comentadas más abajo, están íntimamente relacionadas con estos aspectos.

GRAFICO 1
DISTRIBUCION DEL INGRESO Y GASTO EN SALUD POR REGION
(ALREDEDOR DE 2010)



Source: Titelman et al (2014), en base a datos del Banco Mundial y OMS.

De lo anterior se puede concluir que la asignación de recursos financieros a los servicios de salud y otras funciones presupuestarias con impacto sobre el estado de salud de la población, así como su modalidad del financiamiento, resultan de crucial importancia para definir los alcances redistributivos de estas políticas. Para abordar esta temática se hará una rápida referencia a tres aspectos que no pueden ser obviados:

- Organización institucional y financiamiento de las políticas de salud
- Descentralización y organización territorial de los servicios de salud
- Nivel y estructura de la carga tributaria

La siguiente sección abordará el primero de los aspectos citados, para luego abordar los dos restantes.

3. Organización institucional y financiamiento de las políticas de salud

La efectiva expansión de la cobertura de salud, de manera consistente con principios de universalidad y solidaridad, depende, entre otros factores, de cómo esté organizado su financiamiento. Diferentes arreglos financieros determinan los resultados distributivos entre estratos sociales y entre sanos y enfermos (Wagstaff, 2009). En esta sección nos vamos a concentrar sobre los primeros, aclarando que por solidaridad de ingresos entendemos aquí que el acceso a los servicios de salud debe ser independiente de la contribución realizada por cada individuo o familia.

En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de calidad. La

provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión, en el que conviven un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el subsector privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directos de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

Por lo general, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social suele cubrir a los trabajadores formales (y, a menudo, a sus dependientes, de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre, predominantemente, a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado. La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región.

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre distintos estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y una mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al subsector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública.

Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos, la expansión de los sistemas de aseguramiento y el fortalecimiento de la salud pública tradicional. En la medida en que los eventos en salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento parecen ser una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector salud, las dificultades en la medición de los riesgos en salud, junto con la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad, hacen que la introducción de esquemas de seguros de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía.

El logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende, en casi todos los casos, de las posibilidades de integrar sus componentes. En el contexto regional, son pocos los países que han

logrado ese objetivo y financian las prestaciones públicas de salud mediante impuestos generales. Se trata, en primer lugar, de la mayor parte de los países del Caribe, que han seguido la tradición sajona de sistemas públicos de salud; en segundo lugar, debe contarse el caso especial de Cuba y, por último, del único país de la región con un nivel de carga tributaria similar a países desarrollados: Brasil.[6]

El resto de la región, al conservar, de manera parcial, el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas fragmentados. En algunos casos, se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos de financiamiento tributario; en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento.

Entre los casos en donde se ha tratado de integrar las dos formas de financiamiento se pueden distinguir, a su vez, tres modalidades de integración. En primer lugar, se debe contar el caso tradicional de Costa Rica, en donde la integración de las fuentes de financiamiento se hizo conservando un nivel único de cobertura, por lo cual sería el tipo de integración más equitativo. La segunda modalidad se presenta cuando la integración se realiza aceptando, al menos inicialmente, niveles de cobertura diferenciada, dependiendo del tipo de financiamiento (Colombia, Uruguay). Por último, un caso especial es ofrecido por la experiencia chilena, en donde la integración es parcial ya que son los afiliados los que deciden participar del sistema público integrado (FONASA) o permanecer en el sistema privado (ISAPRES). Teniendo en cuenta que esa elección dependerá, de manera sustantiva, del nivel de ingresos de cada beneficiario, se considera un sistema dual (CEPAL, 2006).

En este marco, los problemas que deben ser enfrentados obligan a pensar una estrategia de mediano plazo que cubra un sendero de reformas tendentes a alcanzar el objetivo buscado. De más está decir que el sendero de reformas no es único. Habrá casos en donde se pueda construir un sistema integrado desde la seguridad social existente, y otros en donde los cambios tendrán como eje la provisión pública de salud. Entonces, no sólo se trata de discutir el punto final sino el funcionamiento de los sistemas durante un período de transición que, necesariamente, será prolongado y obligará a redefiniciones importantes durante los procesos. Sin duda, la capacidad de los gobiernos para conducir estos procesos y el poder de negociación de los diferentes sectores involucrados será crucial en la definición de cada particular sendero. Por último, debe hacerse notar que para que dichos procesos sean viables, los países deberán encarar importantes reformas tributarias que les permitan reducir la dependencia de beneficios contributivos y financiar servicios de alcance general, como veremos luego.

En síntesis, los países latinoamericanos deberán enfrentar el desafío de incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público de la salud, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr sistemas equitativos e integrados que aseguren una mayor cobertura de

[6] Este ha sido un proceso donde el cambio en las fuentes de financiamiento en el sistema de salud tuvo un efecto neutro para las cuentas públicas. En efecto, a partir de la Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó, para la salud, en universal e integral, y el nuevo sistema de salud único a cargo del Estado comenzó a financiarse con recursos de rentas generales (incluyendo algunos tributos con asignación específica al sector). Simultáneamente, las cargas sobre la nómina salarial que previamente financiaban la seguridad social en salud, pasaron a integrar el financiamiento del sistema previsional que contaba con recursos de rentas generales.

mejor calidad. Adicionalmente, como también se verá en la sección siguiente, los sistemas descentralizados demandan un mayor cuidado de la organización federal de los sistemas de salud pública, que defina claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y sistemas de transferencias entre niveles que aseguren el financiamiento adecuado de las diferentes funciones. Teniendo en cuenta los puntos de partida de las reformas requeridas, debe señalarse la complejidad de estos desafíos y la necesidad de definir senderos de reformas que, en cada caso, aporten mejoras en la dirección deseada.

Por último, antes de presentar los problemas de los sistemas descentralizados, se requiere una apreciación sobre las posibilidades de reasignación de recursos hacia el interior de los presupuestos públicos de cada país a favor del sector salud y entre diferentes funciones del propio sector.

En primer lugar, debe señalarse que durante los últimos quince años se ha notado un incremento del gasto social en la mayor parte de los países de América Latina, pero ese cambio no ha beneficiado especialmente al sector de la salud. En general, los aumentos han estado liderados por los correspondientes a la seguridad social, por presión de la maduración y crisis de los sistemas de pensiones y el desarrollo de esquemas de transferencias condicionadas a los hogares más necesitados. Le han seguido en importancia los incrementos de gasto público en educación y, recién en tercer lugar los destinados a los servicios de atención de la salud. Sin desconocer la importancia que las otras finalidades puedan tener sobre la salud de las personas, el sector no parece tener prelación en los debates presupuestarios. (Titelman et al, 2014)

En segundo lugar, y estrechamente vinculado con lo anterior, debe notarse que los presupuestos de la región presentan un elevado grado de rigidez, lo que dificulta la reasignación de partidas. La asignación específica de recursos fiscales mediante leyes previas a los presupuestos u otro tipo de norma es un obstáculo que no puede obviarse en los debates al respecto. (Cetrángolo et al, 2009)

En tercer lugar, esas rigideces también son muy importantes en la estructura del presupuesto en salud de los gobiernos. Buena parte de esas rigideces obedecen a la importancia de los gastos en personal, pero no exclusivamente. En consecuencia, si bien se han introducido recientemente, modalidades de asignación con nuevos incentivos que, en general, tienen que ver con el cumplimiento de metas o resultados de los programas, estas se refieren a porciones marginales de los presupuestos sectoriales. Adicionalmente, toda vez que se trate de funciones con elevado impacto distributivo debe considerarse con sumo cuidado la conveniencia de reducir el presupuesto cuando un resultado no se cumple adecuadamente. Muchas veces es un indicador de que debe reformularse la política o la gestión de un programa no totalmente exitoso. Esta temática tiene fuertes vínculos con los debates sobre asignación en diferentes territorios, como se verá seguidamente.

4. Descentralización y organización territorial de los servicios de salud

Durante los últimos 25 años se han desarrollado en la región importantes procesos de descentralización de atribuciones y funciones hacia gobiernos subnacionales. Los avances en áreas como educación y salud públicas, así como en provisión de agua potable, por ejemplo, han sido de

suma importancia e incorporan una dimensión adicional a la ya compleja definición de políticas en esas áreas.

Estos procesos, que abarcaron a casi todos los países latinoamericanos, han tenido características y alcances muy diversos. Más allá de los objetivos que cada proceso de reforma ha expresado de manera explícita, todos ellos han tenido significativos efectos sobre la cohesión social y las cuentas públicas. Diversas circunstancias han derivado, muchas veces, en fuertes tensiones entre diferentes objetivos de política. Estas tensiones se han puesto de manifiesto de muy diferente manera en cada caso y, en general, han tenido un impacto significativo sobre las relaciones entre distintos niveles de gobierno en cada país, reasignaciones presupuestarias y mayores requerimientos de financiamiento por parte de los gobiernos subnacionales.

La forma en que se decide la organización de los servicios públicos descentralizados y sus impactos sobre la cohesión social y el resultado fiscal se ubica en una zona difusa y compleja, que no depende de la mera decisión de descentralizar sino de una multiplicidad de circunstancias y decisiones entre las que ocupan un lugar central aquellas definiciones vinculadas con políticas sectoriales y territoriales. De acuerdo con la modalidad adoptada, tanto los impactos sobre el resultado fiscal como sobre la equidad son muy diferentes. En relación con el impacto sobre la salud de la población, debe considerarse el vínculo entre la organización federal de cada país y la provisión pública, no sólo de servicios de salud, sino también de una variedad de programas que de manera directa o indirecta afecta la salud de la población.

La región conoce experiencias muy diferentes en materia de descentralización. En primer lugar, se debe considerar la existencia de una gran variedad de tipos de organización institucional que presentan sus estados (federal, unitaria o unitaria descentralizada). En segundo lugar, existe un diferente reconocimiento del papel de los municipios en cada uno de los países. En tercer lugar, de gran importancia para la organización de los servicios descentralizados, se debe destacar el hecho de que el tamaño promedio de los municipios contempla ciudades capitales, industriales de gran tamaño y pequeñas comunas localizadas en zonas de difícil acceso. Todo ello debe ser contemplado al momento de pensar y discutir políticas de reforma que involucren la descentralización de funciones a los gobiernos locales.

El debate predominante en las economías más desarrolladas se vincula, en gran medida, con lograr modalidades de asignación presupuestaria hacia los diferentes territorios que, siguiendo indicadores objetivos, logre mejorar el impacto del gasto público sobre la calidad y equidad de los servicios de salud. Se trata de economías relativamente homogéneas tanto en capacidades financieras como de gestión. Téngase en cuenta que en los países de Europa occidental o Canadá, los niveles de provisión son mucho más amplios que en América Latina, bajo condiciones en las que el producto por habitante de la región más rica de cada país no supera el doble del de la región más pobre de ese país. En América Latina son muchos los países en donde esa relación es superior a 6, llegando en los casos de Colombia, Argentina o Brasil a niveles cercanos a 8. La compensación de diferencias y la provisión equitativa resulta en estos casos mucho más compleja. (Cetrángolo y Goldschmit, 2011)

El papel que desempeñan las transferencias financieras intergubernamentales y su grado de consistencia con las políticas sectoriales son de una importancia creciente en un contexto de descentralización de políticas públicas y de afianzamiento de la democracia como el que aquí se

discute. Teniendo en consideración las desigualdades productivas y territoriales que caracterizan a los países de la región y las diferencias en materia de capacidades de gestión y recursos humanos que dispone cada gobierno, resulta imposible pensar que se mejore la equidad mediante procesos de descentralización donde cada territorio debe atender a su población con sus propios recursos. Las tensiones que se generan entre distintos objetivos de política pública que presionan sobre las cuentas fiscales en los diferentes niveles de gobierno demandan una cuidadosa priorización de los objetivos de las políticas sectoriales.

En los países más desarrollados, la asignación de fondos mediante fórmulas que incluyan indicadores demográficos, de necesidades médicas, costos diferenciales, y otros vinculados con cuestiones distributivas, por ejemplo, puede tener efectos muy razonables. Es el caso relatado por Smith (2008) para el Reino Unido. Lamentablemente, la situación de América Latina es mucho más compleja, las necesidades más acuciantes y las desigualdades territoriales al interior de cada país son de tal magnitud que se demandan una participación más activa de los gobiernos centrales.

Ciertamente, existen casos en la región donde se ha establecido la asignación sectorial de recursos hacia los gobiernos subnacionales (Colombia y México, por ejemplo) y muchos en donde se asignan a programas específicos (Argentina, por ejemplo), pero no se trata de la totalidad del financiamiento sectorial ya que, dadas las circunstancias, se requiere de una fuerte presencia del presupuesto del gobierno central, con independencia de la asignación automática, si no se quiere deteriorar más aún la situación distributiva.

En síntesis, la descentralización en América Latina debe ser considerada como una modalidad que puede mejorar muchos aspectos de la provisión pública en ciertos servicios. Es importante, entonces, saber que esta modalidad no es en sí misma la solución a los problemas de eficiencia y equidad sino un instrumento que puede ser funcional a la elección de una política de reforma del estado previamente definida. Asimismo, debe aceptarse que, en muchos casos, la descentralización viene definida con anterioridad e independencia de la elección de política pública. En estos casos, se deben extremar los esfuerzos para diseñar políticas o mecanismos que, desde el gobierno central, puedan compensar los efectos no deseados de ese proceso.

5. Financiamiento equitativo del gasto: nivel y estructura de la carga tributaria

Como se observó, la cobertura de salud en América Latina es insuficiente. La capacidad financiera de los países de la región para moverse hacia la cobertura universal de manera tal que mejore la equidad en sociedades con elevada desigualdad descansa sobre las posibilidades de reasignar recursos existentes, pero, más importante aumentar la disponibilidad de recursos destinados a programas con impacto directo o indirecto sobre el estado de salud de la población. En una región donde tradicionalmente la carga tributaria es escasa, se requerirá aumentar la recaudación impositiva. Adicionalmente, las mejoras en la equidad también demandan reformas impositivas que incrementen el peso relativo de los tributos con mayor potencial redistributivo.

Las dificultades que, históricamente la región ha tenido en recaudar impuestos son bien conocidas. En el año 2010 la carga tributaria alcanzó, en promedio, 18,3% del PIB (incluyendo cargas sobre la

nómina para la seguridad social). Ese nivel se ubica muy por debajo del promedio de los países de la OCDE (35,2%) y más aún de los europeos (39,2% del PIB).

Ese promedio oculta diversas situaciones. Solo tres países (Brasil, Argentina y Uruguay) superan los 25% del PIB de carga tributaria (nivel que sigue siendo muy inferior que los niveles europeos). En el otro extremo, hay varios países con niveles de recaudación por debajo de 15% del PIB (México, Venezuela y Guatemala, entre otros).

El insuficiente nivel de la carga tributaria de la mayoría de los países atenta, seguramente, contra la capacidad de los Estados para cumplir sus obligaciones en un momento donde la atención de necesidades sociales no puede esperar. En especial, se debe señalar el pobre desempeño de la imposición a la renta y la correspondiente a la seguridad social, estando la estructura tributaria sustentada, principalmente, en impuestos indirectos de carácter regresivo.

En el caso de las cargas a la seguridad social, y más allá del grado de participación de los sectores privados en los sistemas de cada país, la existencia de amplios sectores de la población que no realizan aportes sobre la nómina salarial aparece como la contracara de la baja cobertura de los sistemas de protección social tradicional, por lo que este punto deberá ser considerado de manera conjunta con los desarrollos de la protección social.

Teniendo en cuenta las dificultades en recaudar impuestos en la mayor parte de los países de América Latina, es común observar en la región que se ha preferido recurrir a instrumentos tributarios fáciles de administrar pero con escaso potencial redistributivo. En promedio, más de la mitad de la carga impositiva de la región proviene del IVA y otros impuestos sobre las ventas de bienes y servicios (comúnmente denominados bajo la categoría de impuestos indirectos). Sólo el 30% de la carga proviene de tributes sobre la propiedad, los ingresos y otros denominados directos. El restante 20%, por su parte, se origina de contribuciones sobre los salarios para la seguridad social. En cambio, los países de la OCDE obtienen más del 40% de sus ingresos tributarios de impuestos directos. Además, los recursos de los sistemas de seguridad social (más desarrollados que en América Latina) representan casi el 27% del total.

La situación tributaria en América Latina está caracterizada por un insuficiente nivel de recursos tributarios respecto a su capacidad potencial, un marcado sesgo a los impuestos indirectos vis a vis los directos, una elevada regresividad que agrava la mala distribución del ingreso que surge del mercado y un muy bajo nivel de cumplimiento cuya cara más visible son los altos niveles de evasión, especialmente en los impuestos directos.

Frente a este panorama se plantea la necesidad urgente de ampliar el nivel de la carga tributaria, ya que de esta forma se pueden lograr efectos inmediatos e intermedios sobre el Estado, los ciudadanos y su interacción recíproca, adecuándose a las crecientes demandas de gasto público. Solo con mayores recursos provenientes del cobro de impuestos, los países de la región podrán poner en marcha políticas públicas que incrementen la cohesión social y construyan sociedades más igualitarias. En el caso que nos ocupa, sería la manera de lograr financiar políticas públicas que, de manera directa o indirecta, mejoren el estado de salud de los ciudadanos.

Lo anterior implica ampliar la base impositiva de los tributos, y reducir exenciones a fin de fortalecer el concepto de igualdad frente a iguales circunstancias (equidad horizontal), evitando las filtraciones diversas a los esquemas vigentes para grupos o sectores favorecidos y mejorar la

incidencia sobre la distribución del ingreso aumentando la carga sobre los sectores más favorecidos (con la imposición a la renta de las personas físicas, fundamentalmente), pero sin descuidar los avances ya logrados en tributación indirecta.

6. Reflexión final sobre la necesidad de mejorar las acciones para reducir las inequidades en salud

Lograr cobertura universal en salud y, más aún, alcanzar un sistema equitativo de salud depende de un sinnúmero de factores, y las interpretaciones sobre el éxito o fracaso de una determinada estrategia también son diversas. En estas líneas hemos tratado de brindar algunas ideas sobre las dificultades y desafíos que deben enfrentar los gobiernos de la región al intentar mejorar la equidad en salud mediante reasignaciones presupuestarias.

Las políticas públicas que tienen impacto sobre la equidad en salud exceden en mucho las vinculadas con partidas presupuestarias propias del sector. El debate reciente impulsado por la OMS sobre los determinantes sociales de la salud arroja luz sobre este aspecto y llama la atención sobre la importancia de considerar un amplio grupo de factores que se relacionan, entre otras cuestiones, con el grado de desarrollo económico y social de cada país.

En el Informe Final de la Comisión de Determinantes de la Salud (OMS, 2009) se ponía el acento sobre estos aspectos, dejando en claro que el problema de la salud no puede ser atendido exclusivamente por la política sectorial. El Informe estaba organizado alrededor de tres principios generales que orientaban sus recomendaciones: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Como se señala en el Plan de acción sobre la salud en todas las Políticas, elaborado en la reciente 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, la sinergia entre la promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y los derechos humanos está incorporada en el concepto de la salud en todas las políticas (OMS, 2014b). Este plan reconoce como antecedente la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la Salud. En esa oportunidad, los representantes de los gobiernos reunidos en Río de Janeiro en octubre de 2011 manifestaban: "Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional". (OMS, 2011)

En consecuencia, el mejor uso de los recursos disponibles requiere de definición de prioridades que puedan plasmarse en una acción planificada. Para ello resulta esencial la identificación y análisis de información requerida para el diseño, puesta en marcha, monitoreo y evaluación de las políticas. (OMS, 2014b). Precisamente, el último punto hace referencia directa con las acciones que está impulsando el programa EUROsociAL. Teniendo en cuenta la escasez de recursos, resulta indispensable priorizar aquellas acciones que tengan mayor impacto. Es sabido que muchas veces políticas que gozan de reconocimiento a priori, no logran los resultados esperados, no cumplen

con las expectativas y, eventualmente, pueden tener efectos contrarios a los buscados (Whitehead, 1991). En consecuencia, resulta indispensable establecer sistemas eficientes de monitoreo que permitan detectar la efectividad de las intervenciones, sus eventuales efectos colaterales y comparación con otros usos alternativos de los recursos disponibles. La experiencia del Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) del Uruguay puede ser un ejemplo para el resto de la región al respecto (Méndez y Toledo, 2013).

A modo de síntesis de lo presentado en estas notas, se enumeran a continuación algunos aspectos de relevancia para el debate futuro:

i. la reasignación necesaria no es sólo en relación con los presupuestos públicos en salud; deben tomarse en consideración la totalidad de programas con impacto directo o indirecto sobre el estado de salud de los ciudadanos;
ii. los bajos niveles de intervención pública (y, por supuesto, de recaudación tributaria) estarían indicando que no se trata necesariamente de pensar en reasignaciones presupuestarias sino en incrementos en las asignaciones y, en consecuencia, de la recaudación impositiva;
iii. la necesidad de considerar las inequidades existentes entre los territorios de cada país obligan a incorporar en el debate la asignación a políticas compensadoras entre regiones y, en consecuencia, el papel de los gobiernos centrales y su presupuesto:
iv. en algunos casos la introducción de métodos de presupuestación por resultados puede ser de gran utilidad, pero su alcance se encuentra limitado a ciertos programas específicos. Estos no necesariamente son los más importantes en volumen de gasto;
v. cualquiera sea la estrategia a seguirse, resulta indispensable contar con información de adecuada calidad y oportuna, con el objeto de permitir una mejor reasignación de fondos a los usos más efectivos;
vi. la información requerida excede la proveniente de los indicadores sanitarios convencionales. Se requiere la identificación de los diversos factores determinantes de los estados de salud de la población (que incluyen, por ejemplo, los relativos a problemas de género, étnica, migraciones, etc.) y su monitoreo;
vii. adicionalmente, y vinculado con el punto anterior, la reasignación adecuada dependerá de la necesaria evaluación de los impactos de las políticas en curso:
viii. la redefinición de los presupuestos (y las políticas) debe ser considerada como una necesidad permanente. Las especiales características del mercado de la salud hace que se trata de políticas que semejan "blanco móviles" que deben ser evaluadas y replanteadas de manera permanente;
ix. por último, no existe un único camino de reformas que pueda ser recomendado para todos los países. Debe evitarse pensar en reformas de validez universal.

Para finalizar estas notas, se presenta un grupo de preguntas que, entendemos, debieran ser consideradas para orientar el debate sobre el camino que cada sociedad desea recorrer para mejorar la equidad en salud:

- ✓ ¿Cuál es el criterio de equidad que quiere defender cada sociedad?
- ✓ ¿Cuáles son los factores que resultan más sensibles para mejorar el estado de salud de los diferentes estratos de la población?

- ✓ ¿Cuál es la proporción de población con seguro de salud y qué impacto tienen sobre la equidad las diferentes formas de organización del seguro?
- ✓ ¿Cuál es la importancia de los gastos directos en servicios de salud?
- ✓ ¿Cuál es la diferencia en cobertura entre el seguro social y la provisión pública?
- ✓ ¿Cuáles son las diferencias regionales?
- ✓ ¿Cuál es el grado de descentralización deseado?
- ✓ ¿Cuál es el volumen de recursos que la sociedad quiere destinar a la salud?

7. Referencias bibliográficas

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2011) "Descentralización de los servicios públicos, cohesión territorial y afianzamiento de las democracias en América Latina", en Bárcena y Kacef (comp.) ***La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina. Reflexiones a partir de una serie de estudios de caso,*** CEPAL – PNUD, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O., J. P. Jiménez y R. Ruiz del Castillo (2009) "Rigideces y espacio fiscal en América Latina: un estudio de experiencias comparadas", ***Serie Macroeconomía del Desarrollo 97***, CEPAL, Santiago de Chile, 2009.

CEPAL (2006). ***La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad***, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo.

Culyer, A. (1980), ***The Political Economy of Social Policy***, Martin Robertson, Oxford.

Diderichsen, F. (2004) "Resource Allocation for Health Equity: Issues and Methods", ***HNP Discussion Paper***, World Bank, Washington DC.

Dunlop, D. y Martins, J. M. (1995), ***An International Assessment of Health Care Financing: lessons for developing countries***, Economic Development Institute of The World Bank, Washington.

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (2001); "Introduction" in ***Challenging inequities in health care: from ethics to action***. New York: Oxford University Press.

Ferrelli, R. (2014) "Experiencias internacionales de acción intersectorial para la equidad en salud", PPT, MinSalud, EUROsociAL, Bogotá, 26 de noviembre.

Mendez, F. y A. Toledo (2013), "Hacia la construcción de un sistema de vigilancia de la equidad en salud (SVES)", Documento de Trabajo, Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Montevideo.

Musgrove, P. (1983), "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación", en ***Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,*** diciembre, OPS, Washington.

OMS (2009). ***Informe Final. Subsanar las desigualdades en una generación.***, Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Buenos Aires.

OMS (2010). ***Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal***, OMS, Ginebra.

OMS (2011), ***Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.*** Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro.

OMS (2014a), "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud" ***66ª. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***, 53°. Consejo Directivo, Washington DC.

OMS (2014b), "Plan de acción sobre la salud en todas las politicas" ***66ª. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***, 53°. Consejo Directivo, Washington DC.

Saltman, R. (1997) "Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad", en Caines, E., y otros, ***Reformas sanitarias y equidad***, Fundación Argentaria, Madrid.

Sen, A. (1992), ***Inequality Reexamined***, Harvard University Press. Russel Sage Foundation, N. York.

Smith, P. (2008), "Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience", ***Bulletin of the World Health Organization***, WHO, Washington DC.

Titelman, D., O. L. Acosta y O. Cetrángolo (2014), "Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes", en ***The Lancet***, Universal Health Coverage in Latin America, Londres, Octubre 2014.

Wagstaff, A. (2009), "Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD", ***Policy Research Working Paper*** 4821, The World Bank, Washington DC.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. y Paci, P. (1989), "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons", en ***Oxford Review of Economic Policy***, Vol. 5, No. 1, Oxford University Press, Oxford.

Whitehead, M. (1991), "Los conceptos y principios de la equidad en la salud", en ***Serie Reprints***, No. 9, OPS, Washington DC.

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

Los ministerios de salud de los 7 países invitados en la reunión han participado de manera activa en el proceso iniciado en 2012 para avanzar en acciones concretas que permitan mejorar la equidad en salud.
Como actividad preparatoria para la reunión se pidió a los países participantes una presentación estructurada en tres secciones: diagnóstico, avances y valoración del apoyo de EUROsociAL.
El diagnóstico mira a evidenciar fortalezas y debilidades del país y de su sistema (político, económico, social y fiscal) para abordar con éxito las inequidades en salud, mientras los avances se refieren a la voluntad política, sus aspectos operativos y las medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.
La información recolectada en relación a la valoración del apoyo de EUROsociAL se presenta en las conclusiones.

Los capítulos a continuación no pretenden tratar de manera exhaustiva el tema de equidad en los países que han participado en EUROsociAL, sino evidenciar los principales factores que caracterizan estos países en sus esfuerzos para contrarrestar las inequidades en salud.

Se presentan a continuación las experiencias de:

- Colombia
- Costa Rica
- Chile
- Ecuador
- México
- Perú
- Uruguay

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

COLOMBIA

Martha Lucia Ospina Martínez, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
Juan Carlos Rivillas García, Observatorios Nacionales, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
José Ivo Montaño Caicedo, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia
Fabián Colonia García, Comisión Intersectorial de Salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia

Fortalezas y debilidades del país para abordar con éxito las inequidades en salud.

La equidad se hace presente en la agenda mundial y Colombia ha hecho explícito el interés y compromiso social para continuar actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), adoptando un marco común para su abordaje (figura 1). Sin embargo, el país comenzó a prestar atención hacia la equidad en salud cuando en la Constitución Política de 1991 (artículo 13), estableció el derecho fundamental a la igualdad, prohibiendo cualquier forma de discriminación. Posteriormente, el gobierno contempló en su legislación valores y principios como el de la universalidad, la equidad, la solidaridad y la calidad. Finalmente, en 2012, el país adoptó su primer Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) con enfoque de DSS y como resultado de un contrato social entre todos los actores y sectores del país para avanzar en el logro de las siguientes finalidades:

1. Alcanzar la equidad en salud,
2. Afectar positivamente los determinantes sociales de la salud,
3. Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.

Al mismo tiempo, el PDSP 2012-2012 refleja el logro de Colombia al cumplir con medidas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir las inequidades en salud, haciendo uso de una buena gobernanza, de proporcionar mejores datos de salud para revelar gradientes sociales y garantizar la participación estrecha de actores sociales, con el fin de dar un paso adelante en la formulación de políticas con la mayor incidencia política en todos los niveles del gobierno, y cumplir con la Declaración de Adelaida sobre lograr Salud en Todas las Políticas (SeTP).

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Adaptación PDSP 2012-2021 de Colombia.

Fuente: Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 PDSP, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, Colombia, 2013.

En ese sentido, Colombia es uno de los gobiernos de América Latina y el Caribe que renuevan su compromiso para reducir las inequidades y reducir la mortalidad injusta y evitable dentro de la agenda de salud global del siglo XXI, además de elaborar una hoja de ruta a través de una política con enfoque diferencial con un horizonte de tiempo de diez años, que involucra por primera vez los sectores de gobierno y ciudadanos. Por tanto, para lograr llevar a la realidad este compromiso a través del PDSP 2012-2021, el país ha definido una serie de instrumentos de política que permitan incidir positivamente en el logro de la metas propuestas, a la vez que permitan avanzar en la construcción de capacidades locales en el uso y trasformación de la evidencia a la acción:

1. Creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP para incidir políticamente en el PDSP

2. Análisis de Situación de Salud ASIS como herramienta para fortalecer la toma de decisiones territorialmente.

3. Observatorio de Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud - ODES Colombia, para generar mayor evidencia y análisis de profundidad que permita actuar sobre los DSS de forma efectiva.

4. Estrategia PASE A LA EQUIDAD en salud para el desarrollo de capacidades a nivel local

1. Creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP

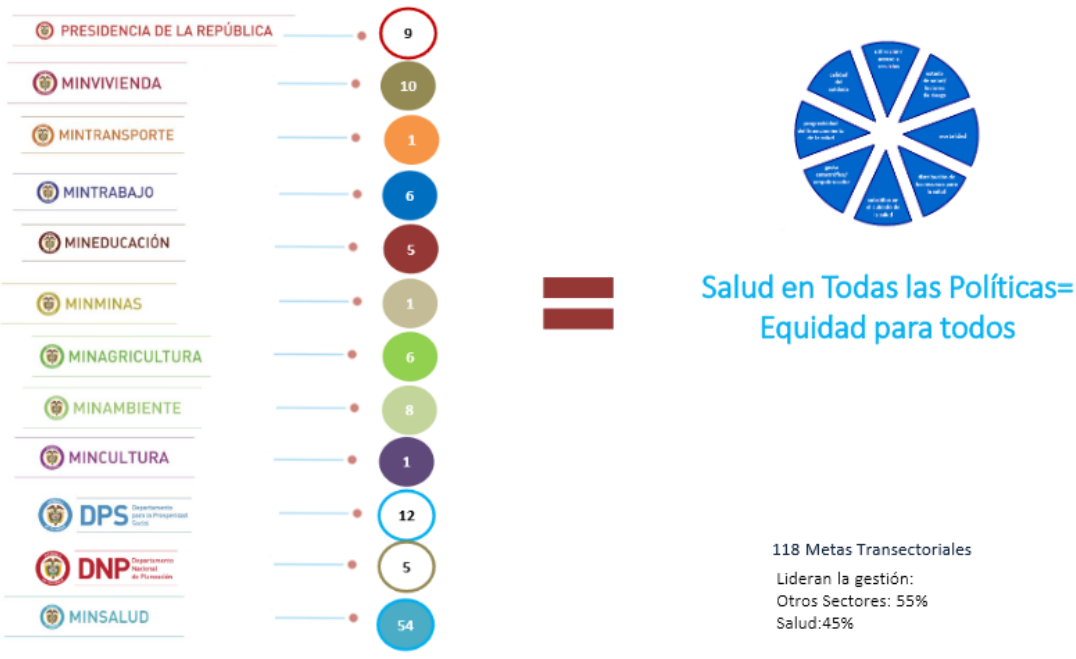
En 2014 Colombia reglamentó la CISP con el propósito no solo de asegurar la efectividad del PDSP 2012-2021, sino también de monitorear las acciones sobre los DSS a cargo de cada sector del Gobierno. La CISP entra en funcionamiento entonces sobre la evidencia de qué puede ser hecho para promover mayor equidad en salud y avanzar en un movimiento nacional que considera y valora las interacciones entre los

diferentes sectores en el abordaje de los DSS, al tiempo que involucra todos los niveles de gobierno para lograrlo, y promueve la colaboración de investigadores, la academia y la sociedad.

A partir del Decreto 859 de 2014, Colombia crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP. La CISP se posiciona entonces como la primera instancia de carácter vinculante en el país para la gestión de los DSS, y que de alguna forma, cumple con las recomendaciones para llevar a cabo la acción intersectorial que han inspirado el marco sugerido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): voluntad política, necesidades y prioridades, marco planificado, estructuras, evaluación y participación, seguimiento y fortalecimiento de la capacidad. Este escenario constituye un hito en un país latinoamericano, que no sólo reconoce que las interacciones entre salud, bienestar, equidad y desarrollo económico deben ser tenidas en cuenta dentro de las agendas políticas de todos los países, sino que también cumple con los compromisos de la Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las Políticas SeTP (WHO, 2010).

De ésta forma, el país reconoce que e PDSP 201-2021 contempla alrededor de 118 metas transectoriales, entre las cuales el 55% involucran una responsabilidad compartida con los demás sectores (trabajo, educación, asistencia social, agricultura, etc.) mientras el 45% de las metas corresponden directamente al sector salud. La Figura 2 ilustra el Marco estratégico: Comisión Intersectorial de Salud Pública en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (enfoque de DSS y metas relacionadas por sector)

Figura 2. Comisión Intersectorial de Salud Pública en Colombia.



Fuente: Comisión Intersectorial de Salud Pública, CISP, Colombia, 2014.

2. Análisis de Situación de Salud ASIS

En Colombia, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son los primeros esfuerzos en la medición de desigualdades en salud. Su aplicación permitió la identificación de los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes, así como el reconocimiento de brechas y situaciones de inequidad en salud; así mismo, han promovido el máximo aprovechamiento de la evidencia para la toma de decisiones gerenciales y administrativas en la formulación y direccionamiento de políticas públicas y planes locales, territoriales y nacionales de salud. Es así como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 destaca los ASIS como herramientas útiles que han logrado desarrollar capacidades en la identificación, medición y análisis, priorización de problemas y formulación de políticas, teniendo en cuenta los enfoques de derechos, diferencial, poblacional y el marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud en el territorio nacional.

En consecuencia, los ASIS son complementados y crean sinergia con la evidencia generada por el ODES Colombia, con el fin de aportar al entendimiento de la equidad y al estudio de las desigualdades en salud en el país, y explicar la necesidad de por qué monitorear esas desigualdades en salud en el marco del PDSP 2012-2021. Finalmente, los ASIS continuarán aportando y facilitando las herramientas en la construcción de capacidades para el monitoreo y análisis de las desigualdades en salud en Colombia a nivel institucional, local, territorial y nacional.

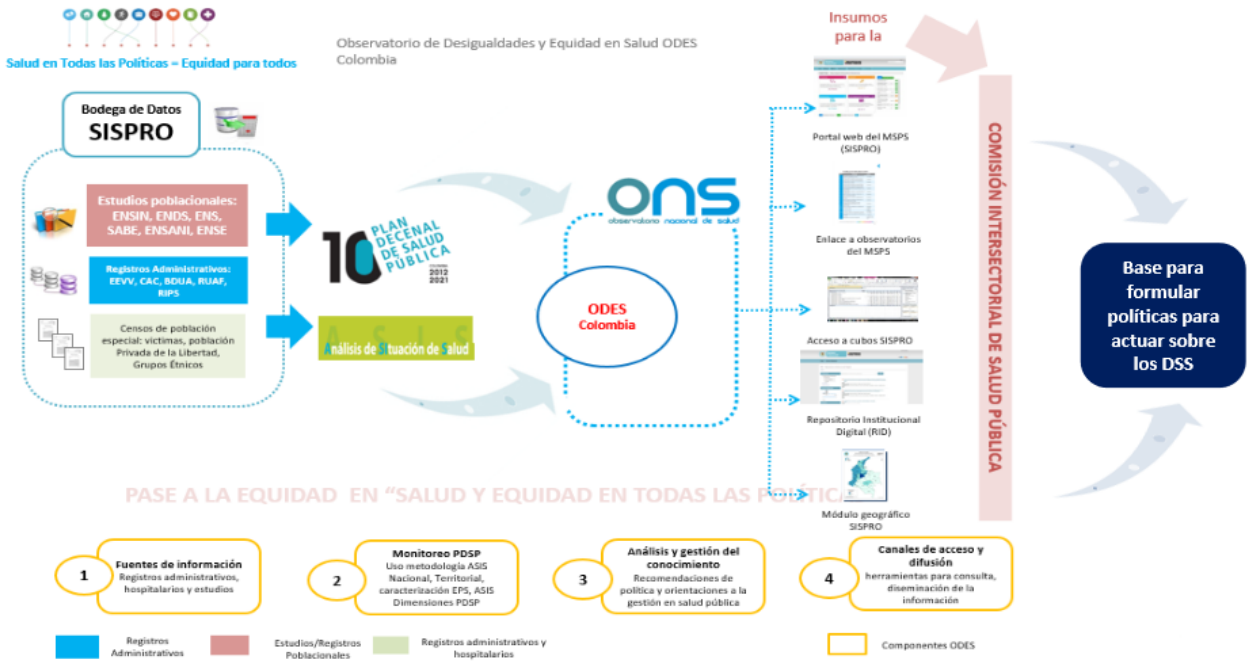
3. Observatorio de Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES Colombia

Tal vez la razón más poderosa y que justifica la necesidad de medir desigualdades y desarrollar fortalezas en el análisis de la equidad, es que no hay otra forma de actuar sobre los DSS que luchar contra las inequidades, y para luchar contra estas, es necesario identificarlas, conocerlas y explicarlas a través de un marco para el monitoreo de la salud poblacional (Mujica 2014). Así mismo, porque a partir del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la equidad en salud ha sido considerada como una importante meta del sector salud en Colombia.

De ésta forma, el país ha despertado una creciente conciencia, así como reconocido la importancia sobre la necesidad de disponer de marcos de análisis y reflexión para responder a cuestiones tales como: ¿cuáles son los determinantes y factores que influyen sobre la salud y la calidad de vida de las personas y las sociedades?; ¿cómo se explica la variabilidad social respecto a la salud o de la esperanza de vida de las personas dentro de un país, entre regiones de un mismo país o dentro de una ciudad'; o ¿cómo superar la brecha de desigualdad entre unos subgrupos sociales y otros de mayor vulnerabilidad?.

A pesar de que estos análisis se han ido construyendo sobre el conocimiento y el concepto de equidad en salud y sus determinantes sociales, que se desarrollaron con mayor intensidad entre los años 1990 y 2010 y fueron luego incluidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, no fue sino a partir del año 2013 que se estableció el Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud (ODES Colombia), como el escenario de actores responsable de gestionar los datos, análisis y evidencia sobre las desigualdades en salud en Colombia, con el fin que sus resultados aporten a la comprensión del fenómeno de las inequidades y de sus implicaciones sobre el desarrollo y bienestar de la población general y entre grupos sociales específicos, y entreguen recomendaciones que puedan orientar la toma de decisiones bajo una agenda de política pública en salud que aboga por la equidad, a través del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, PDSP. La Figura 3 muestra la estructura del ODES Colombia dentro del Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO) de Colombia.

Figura 3. Medición de desigualdades en salud. Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud (ODES Colombia).



Fuente: Guía Metodológica para Medición y Análisis de Equidad en Salud (ODES Colombia), Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 2014.

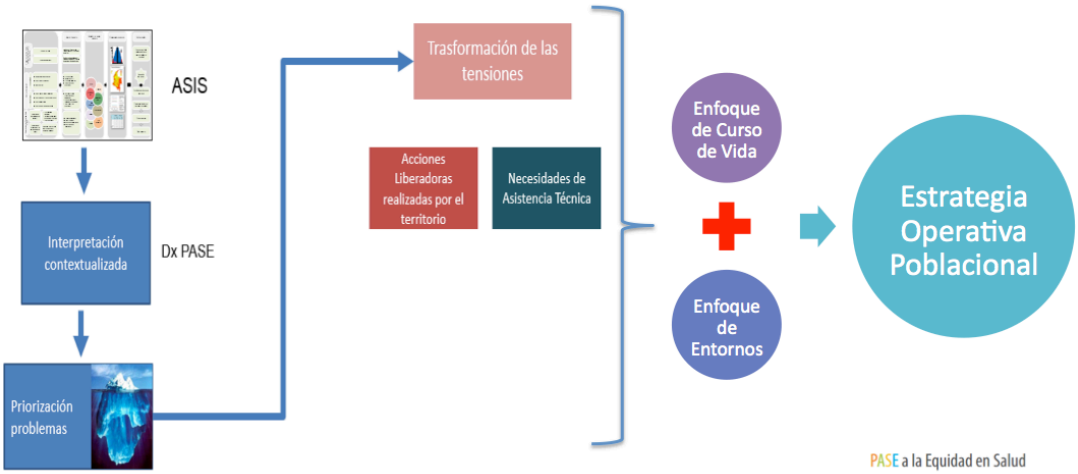
4. Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como "el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS)". La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que les permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los PTS.

La Estrategia PASE a la Equidad suministra las herramientas tecnológicas que posibilitarán pasar del discurso a la acción y se convierte en la plataforma que facilita la integración de la información al Sistema de Información en Salud (SISPRO), y se vuelve, así, en la fuente de información sobre la cual se construye y desarrolla el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Ésta Estrategia, también permite soportar conceptualmente una concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, que consiente comprender de manera integral el juego de relaciones que determina un momento histórico particular en el desarrollo de una colectividad. Desde la perspectiva de la determinación general, la estrategia Pase a la Equidad comprende los procesos de salud-enfermedad como el producto de las interrelaciones entre situaciones y circunstancias presentes en un contexto concreto, dentro de un modelo para el análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas (BIT PASE), y en el cual cada evento se da como resultado de las condiciones de posibilidad que emergen de particularidades específicas que están determinadas social e históricamente. La estrategia, que se realiza de manera escalonada desde el nivel nacional hacia las entidades departamentales y municipales, permite abarcar la amplitud de factores interrelacionados que determinan la situación de salud y permite generar una respuesta de política pública integral. Las Figuras 4 y 5 presentan la estrategia operacional y las líneas operativas de la Estrategia PASE que se desarrolla con un enfoque hacia el territorio en función de la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la salud pública respectivamente.

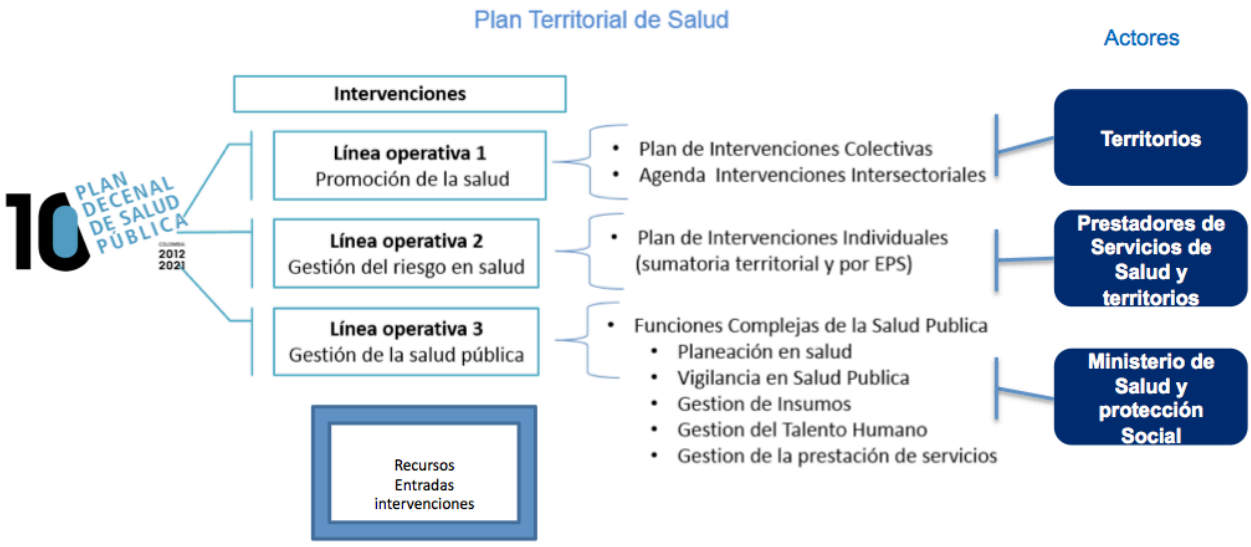
Figura 4. Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública PDSP, Estrategia de PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, Lineamientos conceptuales. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 2014.

La estrategia PASE se desarrolla con un enfoque hacia el territorio, priorizando líneas operativas de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud, gestión de la salud pública (figura 5).

Figura 5. Adaptación al territorio de la estrategia PASE a la Equidad en Salud.



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública PDSP, Estrategia de PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, Lineamientos conceptuales. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 2014.

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.

En conclusión se puede decir que los esfuerzos del MSPS de Colombia para la equidad en salud documentan una voluntad política y una gestión del conocimiento que logran monitorear el comportamiento de las

condiciones de salud; hacer el seguimiento a las desigualdades en condiciones de salud; y orientar la formulación y evaluación de políticas públicas, programas, protocolos y guías basados en evidencias.

Los aspectos destacados de la acción para la equidad en salud en Colombia se caracterizan por:

- Fuerte voluntad política de encarar el tema de la iniquidad de salud
- Establecimiento de un Observatorio específicamente dedicado a la medición de las desigualdades de salud y a las relaciones de los determinantes sociales de la salud con la iniquidad en salud
- Desarrollo de la estrategia PASE a la Equidad, como estrategia de operacionalización hacia la toma de decisiones a partir de los datos proporcionados por el Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud
- Operacionalización de los esfuerzos para abordar las iniquidades de salud desde una perspectiva intersectorial, creando la Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores que contribuyen al logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marmot M. & Allen, J. (2014). Social Determinants of Health Equity. American J of Public Health, Vol. 104, No. S4

MSPS (2012). Resolución 1841 Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Bogotá, DC

Mujica O. (2014). Monitoreo de la equidad en salud: perspectivas sobre el por qué y el cómo y el para qué. Reunión de Trabajo sobre Monitoreo de la Equidad en Salud – Programa EUROsociAL. Lima.

OMS (2008). Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra.

MSPS (2014) Guía Metodológica para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Obtenido de Análisis de la Situación de Salud (ASIS): http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/An%C3%A1lisisdeSalud.aspx (ultimo acceso: 24 de noviembre de 2015)

WHO (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf (ultimo acceso: 24 de noviembre de 2015)

COSTA RICA

César Augusto Gamboa Peñaranda, Dirección de Garantía al Acceso de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

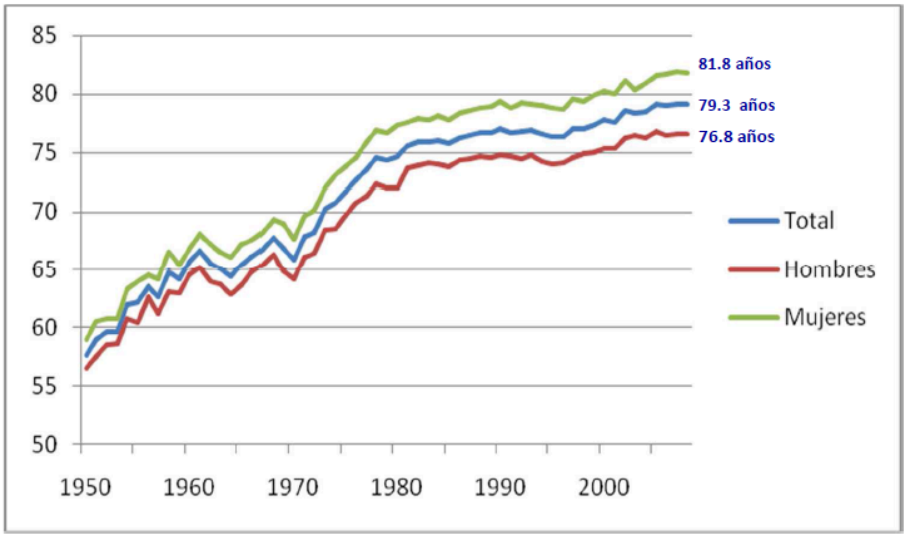
Rita M. Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Programa EUROsociAL.

Fortalezas y debilidades del país y de su sistema para abordar con éxito las inequidades en salud.

A mediados del siglo XX Costa Rica construyó una visión estratégica de sociedad y política social fundamentada en los principios de universalidad y solidaridad, que tiene como punto de partida el reconocimiento de los derechos sociales de los ciudadanos y señala al Estado como principal garante de esos derechos e instrumento para concretarlos.

La institucionalización de la política social, la promoción de políticas universales, a partir de los años 1950's, en las áreas de salud, seguridad social, vivienda, acceso a agua potable, electricidad y educación, así como el crecimiento económico, fueron elementos clave que permitieron una mejora sostenida en materia de desarrollo humano.

Figura 1. Costa Rica: esperanza de vida al nacer según género, 1950 – 2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Indicadores Demográficos. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. (Consultado el 24 de marzo de 2010) URL: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/evida.htm

En materia de seguridad social el país forjó un sistema de salud y pensiones sustentado en tres principios básicos: universalidad en la cobertura, solidaridad en el financiamiento y equidad en el acceso. Por *universalidad* se entiende que el sistema cubre y protege a todos los ciudadanos con servicios de atención integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales. La solidaridad y obligatoriedad en el financiamiento se refiere a que cada individuo cotiza al Seguro Social de acuerdo con sus posibilidades, para un fondo común. Se concibió como necesario en este marco, decretar constitucionalmente la obligatoriedad de los seguros sociales. La equidad se refiere a la aspiración de reducir las diferencias entre los niveles de salud y entre las distintas regiones y poblaciones del

país. La equidad se entiende como igualdad de acceso a la salud en forma oportuna, eficiente y de buena calidad para todos los usuarios.

Sin embargo, desde 1990 el país no ha reducido de manera sistemática la pobreza y, por el otro lado, ha aumentado la desigualdad de los ingresos entre los grupos sociales, lo que enciende una señal de alarma para el sistema de salud pública nacional. Utilizando la medición de ingresos para valorar la incidencia de la pobreza, los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2014 arrojan que 22,4% de la población total del país exhibe condición de pobreza, con marcadas diferencias urbano rural (30,3% rural y 19,5 urbana). Comparando el perfil de la población de menores ingresos en contraposición con la de mayores ingresos en el país, se concluye que los primeros son sectores vulnerables que por sus condiciones están más expuestos a problemas de salud. Esta población de menores ingresos está constituida por familias con mayor número de miembros por hogar, mayores tasas de dependencia demográfica y económica, mayor presencia de jefaturas femeninas, con miembros con bajos niveles de escolaridad y mayores problemas de empleo e ingresos en general. Atender a estas poblaciones resulta prioritario para el país y para el sistema nacional de salud en la medida que esto puede contribuir a evitar la ampliación de las brechas sociales que existen actualmente.

Los siguientes representan, por ende, campos de acción para las políticas publicas para abordar exitosamente las iniquidades de salud:

- fortalecer las políticas de extensión de coberturas de salud y pensiones a trabajadores y trabajadoras asalariados e independientes
- mantener las transferencias fiscales del Estado asignadas a las prestaciones no contributivas de salud
- aumentar la eficiencia y calidad de los servicios
- cerrar brechas de equidad de género en materia de pensiones.
- fortalecer las estrategias de diferencias de atención en las áreas de salud sobre la base de estudios que indaguen respecto de los distintos factores de riesgo y causas que pueden explicar las diferencias que se han venido documentando en materia de resultados de salud en algunas zonas del país.

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.

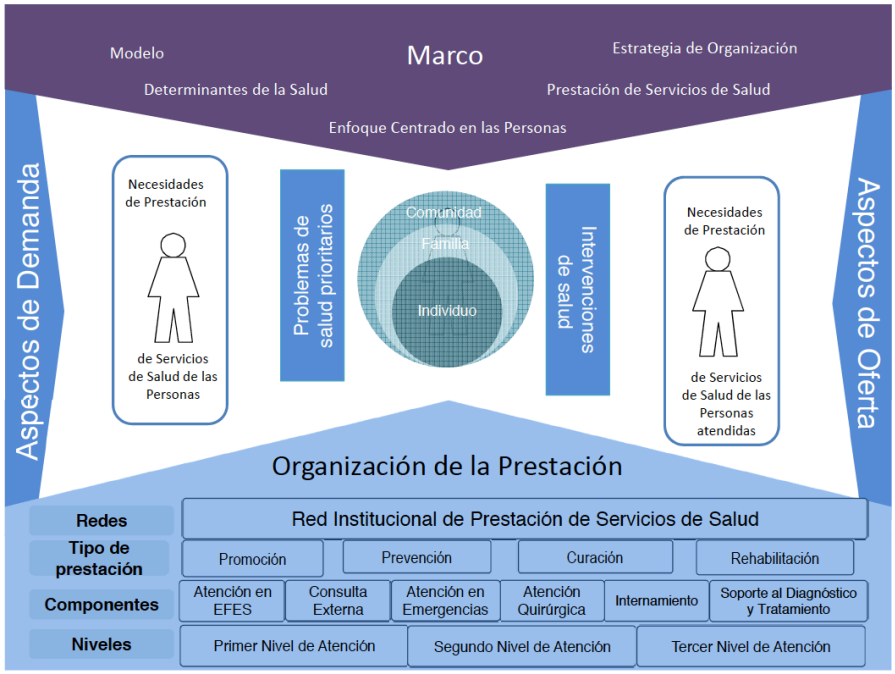
El actual gobierno de Costa Rica pretende avanzar hacia un nuevo modelo de desarrollo fundado en la equidad, que tiene como condición sustantiva la participación ciudadana, tanto en el ámbito de la información, la opinión como en la toma de decisiones. En este sentido se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018. El segundo de los tres objetivos nacionales del PND tiene que ver con la reducción de las desigualdades socioeconómicas y territoriales y la pobreza extrema, aspirando, como meta de largo plazo en 2030, a un coeficiente de Gini de 0,45 a partir del valor actual de 0,516 (ENAHO 2014).

En el marco del PND se implementa la Política Nacional de Salud, que incorpora la equidad como eje temático. EL PND reconoce explícitamente que "las acciones dirigidas a mejorar el estado de salud de las personas necesariamente deben partir del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y del proceso salud-enfermedad". En este sentido, se plantean programas que van desde la promoción de la salud, la prevención, atención y rehabilitación de las personas. De

modo que, en un mismo programa, convergen metas de varias instituciones que integran el sector, permitiendo atacar un mismo problema mediante el desarrollo de acciones interinstitucionales; optimizando el uso de los recursos y logrando un mayor impacto y beneficio para la población. Asimismo, se da un cambio de paradigma, al fortalecer en el PND los componentes relacionados de promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en la salud de la población y no solamente de atención a la enfermedad.

El modelo de prestación de servicios de salud públicos avanza cada vez más a responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de fortalecer la equidad, calidad y oportunidad de la atención así como en su sostenibilidad (figura 2). El modelo de atención integral en salud nace de los cambios demográficos y del perfil epidemiológico del país, de las deficiencias en la definición de la capacidad resolutiva así como de las responsabilidades de los prestadores de salud, para responder a las demandas de los usuarios de los servicios de salud, entre otras. Por esta razón el modelo de prestación de servicios de salud públicos se ha revisado y se ha fortalecido enfocándolo en las personas, tomando en cuenta las necesidades y demandas de la población y la oferta de los servicios organizados en una red institucional.

Figura 2. Modelo de prestación de servicios de salud públicos (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2015).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ENAHO 2014. Encuesta Nacional de Hogares 2014. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es (ultimo aceso: 3 de setiembre de 2015)

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

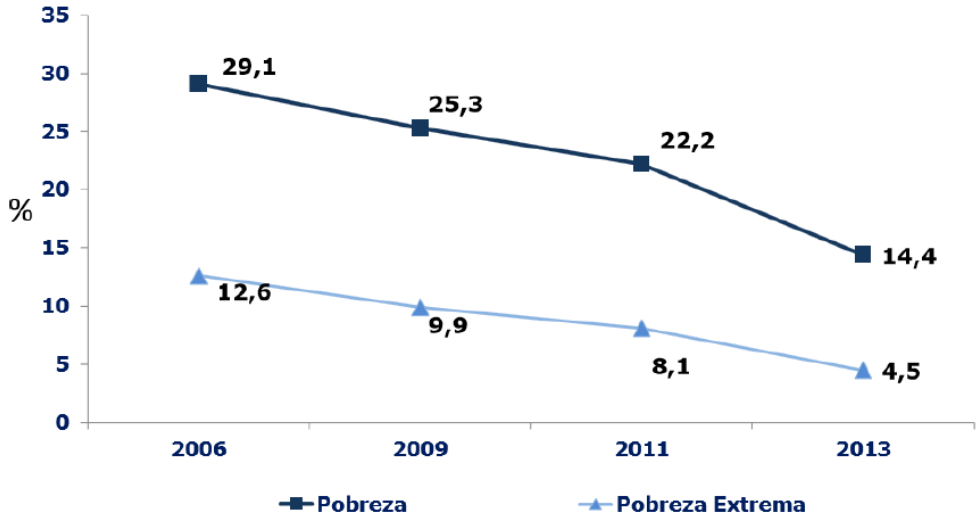
CHILE

Bernardo Martorell, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile
Cristian Herrera Riquelme, Departamento de Desarrollo Estratégico, Gabinete Ministra, Ministerio de Salud de Chile
Rita M. Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Programa EUROsociAL.

Fortalezas y debilidades del país y de su sistema para abordar con éxito las inequidades en salud.

Chile es una república unitaria con un sistema político estable, democracia representativa desde 1990 con dos grandes bloques políticos. En 2010 Chile se unió a OECD y desde 2013 es ranqueado como país de altos ingresos, de acuerdo a los criterios del Banco Mundial, con un PIB per cápita de 21,590 USD$ en 2012. En Chile se ha priorizado el desarrollo económico, con una economía que sigue creciendo sostenidamente y está caracterizada por una baja carga impositiva, típica del mercado liberal. El estado de salud de la población concuerda en general con el mejoramiento paulatino de la situación social y económica del país, las medidas de protección social de los grupos más vulnerables, la existencia de políticas sociales y sanitarias que favorecen la promoción, el acceso y la cobertura asistencial, y el desarrollo del sistema de salud. Entre 2006 y 2013 el país ha registrado una reducción de la pobreza de 29,1% a 14,4% y de la pobreza extrema de 12,6% a 4,5% (figura 1).

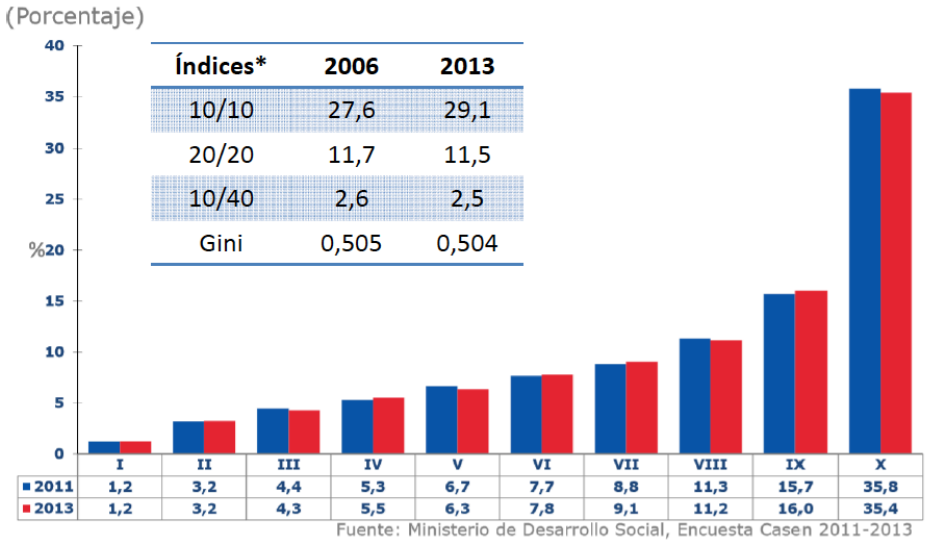
Figura 1. Porcentaje de personas en situación de pobreza y pobreza extrema por ingresos.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen

Sin embargo, a pesar de estos progresos, persisten desigualdades: en 2009 el ingreso mensual promedio de los hogares rondaba los US$ 1.500, aunque en el quintil de mayor ingreso fue 15,7 veces más alto que en el de menor ingreso. En 2013 el ingreso del quintil de mayor ingreso fue 11,5 veces más alto que en el de menor ingreso (figura 2). La pobreza es mayor donde hay más niños, adolescentes y grupos familiares encabezados por mujeres, en áreas rurales y en los pueblos indígenas.

Figura 2. Distribución del ingreso autónomo entre los hogares según decil de ingreso autónomo per cápita del hogar.



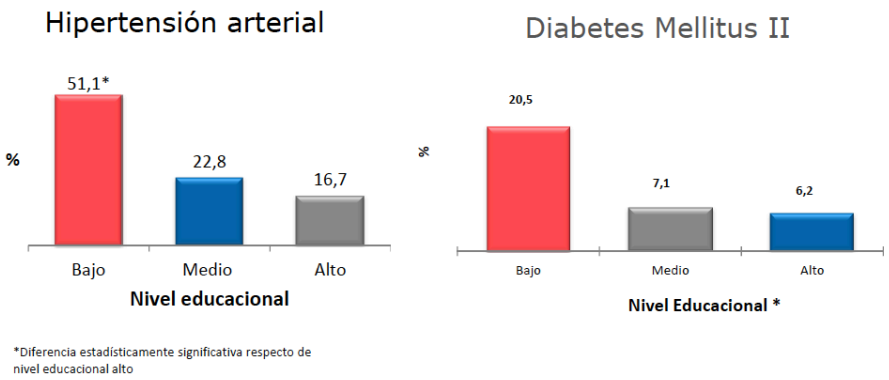
Índices*	2006	2013
10/10	27,6	29,1
20/20	11,7	11,5
10/40	2,6	2,5
Gini	0,505	0,504

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
2011	1,2	3,2	4,4	5,3	6,7	7,7	8,8	11,3	15,7	35,8
2013	1,2	3,2	4,3	5,5	6,3	7,8	9,1	11,2	16,0	35,4

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2011-2013

Es evidente también un gradiente social de la salud para las enfermedades crónico-degenerativas: la figura 3 ilustra la mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitas de tipo II en los grupos poblacionales de menor nivel educacional. También para las enfermedades infecciosas, una persona con menos de 3 años de educación tiene una probabilidad de 5,7% de morir por neumonía, mientras que para una persona de más de 13 años de educación es sólo un 2%.

Figura 3. Distribución porcentual de la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus II de acuerdo al nivel educacional (Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud 2009-2010).



Las estrategias utilizadas con el objetivo de reducir las inequidades en salud provienen de distintos sectores y tuvieron distintas características en el transcurso del tiempo. Entre 2002 y 2005 el sistema de protección social tiene como pilares la estrategia Chile Solidario, dirigido a familias en situación de pobreza, grupos vulnerables y de menor ingreso, el cual contempla apoyo psicosocial, subsidios monetarios y acceso preferente a programas sociales. La determinación social de la salud de Chile Solidario se centra en el abordaje de la pobreza en una mirada multidimensional, pero focaliza el accionar en los hogares pobres y centrado en la mejoría del ingreso.

En el 2008 el Ministerio de Salud creó la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud que funcionó hasta 2010 y promovió la iniciativa "13 pasos hacia la equidad en salud en Chile" desde la cual se originaron estrategias de intervención focalizada en grupos poblacionales específicos. El objetivo de la iniciativa era de mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población que vive en Chile mediante la integración del enfoque de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en las acciones de salud y otros sectores.

La iniciativa "13 pasos" incluyó la estrategia Chile Crece Contigo enfocada en atención en la infancia con un acompañamiento integral basado en servicios como atención médica, visitas domiciliarias y servicios de educación y consejería. La estrategia busca un abordaje integral, incluyendo aspectos de empleo, vivienda, ingresos, educación y desarrollo psicosocial en una etapa clave del desarrollo y de la trasmisión intergeneracional de las desigualdades e incluye una perspectiva de curso de vida. Con respecto a la intersectorialidad, la iniciativa "13 pasos" demostró que la asignación de presupuesto es una buena estrategia para promover la sostenibilidad del trabajo con otros sectores, principalmente porque el dinero solicitado va acompañado del entendimiento de que estas iniciativas son una prioridad para el sector de la salud. En el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2001–2010, cabe destacar el trabajo intersectorial a nivel nacional, regional y local, especialmente en las esferas de promoción y prevención, y de protección social de la población vulnerable.

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 se establecen como objetivos estratégicos reducir la inequidad en salud relacionada tanto con la posición social como con la ubicación geográfica en el país. Las estrategias propuestas por la Estrategia Nacional de Salud para reducir las inequidades en salud se pueden esquemáticamente agrupar en estrategias orientadas a reducir las inequidades estructurales (ej. reducir las brechas socioeconómicas entre quintiles), a reducir las inequidades sociales y del entorno (ej. mejorar el acceso a agua potable en zonas rurales) y reducir los factores de riesgo personales (ej. reducir el daño por caries en adolescentes de menor nivel socioeconómico). La estrategia "Elije Vivir Sano" se centra en el abordaje de los estilos de vida y

hábitos, desde una estrategia individual y centrada en la responsabilidad de cada individuo asociando el acceso a información como intervención de cambio.

La estrategia del Programa Presidencial de Salud para el periodo 2014 – 2018 apunta a:

- Fortalecer la Salud Pública.
- Mejorar la salud de la población y entregar mayores oportunidades.
- Derrotar inequidades en el acceso y los resultados de salud.

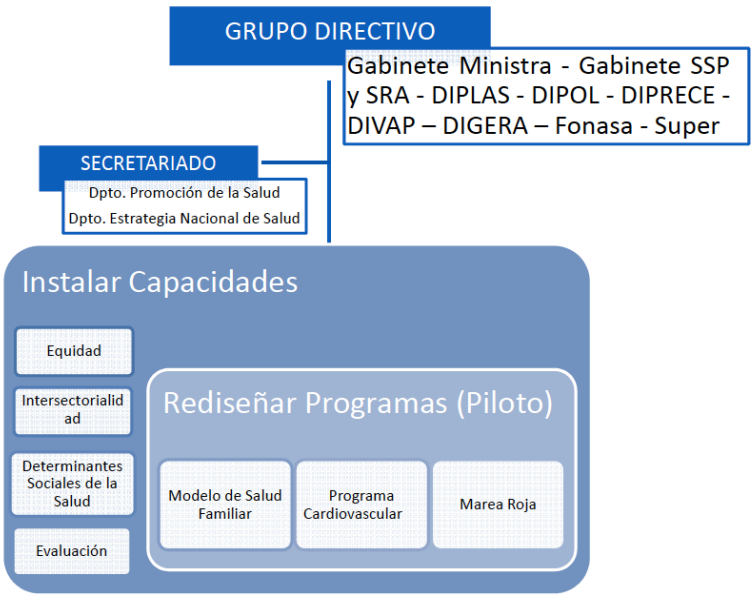
El sistema de salud ha logrado en general un alto grado de cobertura y acceso (incluso para grupos vulnerables y sin aseguramiento), acorde con el relativo buen nivel de salud de la población. El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En 2009, el FONASA cubría a 73,5% de la población (incluidas las personas pobres o imposibilitadas de cotizar), las ISAPRE a 16,3%, 6,7% estaba cubierto por otros sistemas específicos como el de las Fuerzas Armadas y el restante 3,5% no tenía aseguramiento formal (excluidos los pobres, que tienen derecho a cobertura por el FONASA).

Todavía Chile enfrenta retos en la distribución equitativa de la riqueza económica la cual determina el uso de servicios de salud, siendo los servicios preventivos y especializados más utilizados en los quintiles de mayores ingresos y los servicios de emergencias en los quintiles de bajos ingreso.

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.

El establecimiento de una Secretaría Técnica de Equidad Determinantes Sociales de la Salud en el Ministerio de Salud tiene el objetivo de instalar el enfoque de equidad en salud como responsabilidad de Estado y sobre todo en el quehacer del sector, mediante acciones que se centren y promuevan la importancia de los determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. La figura 4 ilustra la organización de la Secretaría Técnica.

Figura 4. Organización de la Secretaría Técnica de Equidad Determinantes Sociales de la Salud



Las medidas adoptadas para encarar el tema de equidad abarcan los sistemas informativos instalados para la recolección de datos que documenten las inequidades en salud (figuras 5 y 6).

Figura 5. Sistemas de información en salud

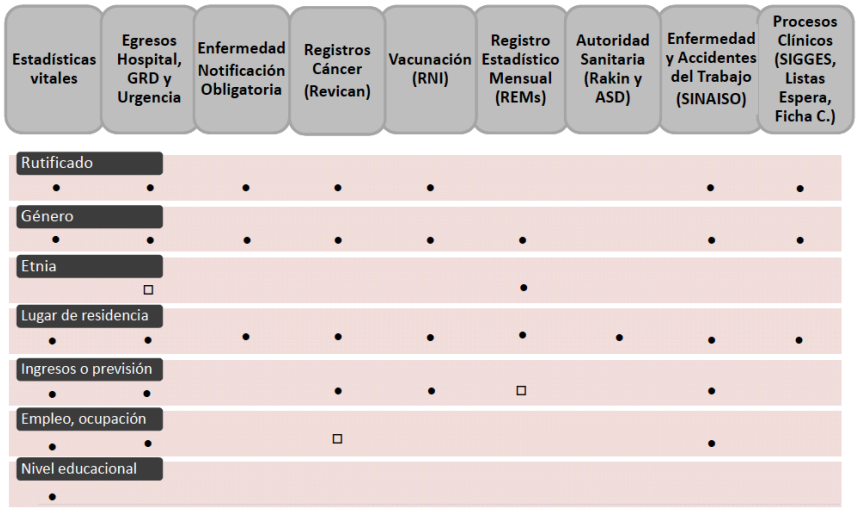


Figura 6. Encuestas nacionales de salud

Salud (ENS 2003, 2009, 2016)	Calidad de Vida (ENCAVI 2000, 2006, 2015)	Empleo Trabajo y Salud (ENETS 2009)	Consumo Alimentario (ENCA 2009)	Salud Escolar y Tabaquismo	Infantil; Sexualidad; Salud Mental	Socio Económica CASEN varios años	Drogas
42 condiciones y muestras biológicas	Calidad de Vida asociada a salud	Riesgos y condiciones laborales	Patrones de consumo alimentario	Encuestas Mundiales	Encuestas Nuevas	Ministerio de Desarrollo Social	Servicio Nacional de Drogas
Género	•	•	•	•	•	•	•
Etnia	•	•	•	•	•	•	•
Lugar de residencia	•	•	•	•	•	•	•
Ingresos o previsión		•	•	•	•	•	•
Empleo, ocupación		•	•		•	•	•
Nivel educacional	•	•	•		•	•	•

Los sistemas de monitoreo, con reportes periódicos institucionalizados, incluyen el enfoque de equidad en salud, lo que permite la evaluación y rediseño de programas y políticas instaladas y futuras, a nivel sea sectorial que intersectorial. Como ya mencionado, en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2001–2010, cabe destacar el trabajo intersectorial a nivel nacional, regional y local, especialmente en las esferas de promoción y prevención, y de protección social de la población vulnerable.

Las políticas sociales redistributivas y los subsidios monetarios focalizados en la población más pobre y vulnerable constituyen una protección social efectiva. Los subsidios corresponden a 43,7% del ingreso total en el decil inferior de ingreso autónomo, mientras que solo es de 0,1% en el decil superior de ingreso (focalización efectiva).

En conclusión se puede decir que Chile en las ultimas décadas ha registrado un mejoramiento de la situación social y económica y de salud de su población; ha puesto en acto medidas de protección social de los grupos más vulnerables, y políticas sociales y sanitarias que favorecen la promoción, el acceso y la cobertura asistencial. La persistencia de desigualdades y de un gradiente social de la salud, de especial manera para las enfermedades crónico-degenerativas, subrayan la importancia de proseguir en los esfuerzos con enfoques en los determinantes sociales para lograr más equidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ISAGS-UNASUR (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es (ultimo aceso: 3 de setiembre de 2015)

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

ECUADOR

Evelyn Esparza Proaño, Dirección Nacional de Seguimiento, Evaluación y Control de la Gestión, Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Tatiana Villacrés Landeta, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Víctor Flores Procel, Dirección Nacional de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Rita M. Ferrelli, Istituto Superiore di Sanità, Programa EUROsociAL.

Fortalezas y debilidades del país para abordar con éxito las inequidades en salud.

En 2007 el gobierno de Ecuador presenta una propuesta de política soberana, de integración regional y de aumento de la inversión social. La Constitución aprobada en el 2008 define un plan de desarrollo, denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, que articula las políticas, la gestión y la inversión públicas con el objetivo de consolidar un Estado plurinacional e intercultural. Constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el *Sumak Kausay*. La nueva Carta Magna constituye el marco jurídico legal para el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud.

En la sección 7ma, en el Art. 32 de la Constitución se establece que "La salud es un derecho que garantiza el Estado, y la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional", es decir, sin distinción de sexo, etnia ni edad

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y artículos establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, garantizando el acceso y la promoción de espacios sostenibles del buen vivir (vivienda, agua y saneamiento, entornos sanos y seguros).

Entre los logros sanitarios más importantes del período 2006–2010 además de la incorporación en la Constitución de 2008 de la preeminencia del derecho a la salud garantizada por el Estado, en el marco deun régimen de inclusión y equidad social, figuran el aumento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, (entre 2007 y 2010 Ecuador invirtió US$ 3.433 millones) y la gratuidad progresiva de la atenciónen los servicios de salud, incluidos los medicamentos.

La Constitución de 2008 incluyó en el Régimen del Buen Vivir los artículos que establecen el derecho a la salud y definió las características del Sistema Nacional de Salud (SNS), de acuerdo a principios de equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública). El propósito es construir un sistema de salud integrado, coordinado, solidario y que no demande el pago directo por parte del usuario. El modelo prevé una "Red de Prestadores Públicos", que promueve un modelo de atención integral que priorice la promoción, la prevención y la atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores. La Red incluye a los proveedores de servicios de salud de los distintos sistemas de seguro (figura 1): Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), conocida como "Red Pública Integral de Salud".

Figura 1. Modelo del Sistema Nacional de Salud

Entre 2007 y 2010 se generaron algunas propuestas de modelo de atención para el Ministerio de Salud, estando vigente el Modelo de Atención Integral a la Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS), que sustentó su operación en los "Equipos Básicos de Atención a la Salud" (EBAS). El modelo propuesto busca consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una sociedad saludable. Entre las dificultades encontradas en la implementación del MAIS se puede mencionar el enfoque curativo, a pesar del incremento en las actividades de prevención y promoción, una distribución de EBAS insuficiente en lugares prioritarios y necesitados, la ausencia de un sistema único de información para la evaluación de impacto del MAIS. Sin embargo, la evaluación del desempeño del sistema de salud evidencia mejoramiento de las condiciones de salud de la población, protección financiera para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, prestación de servicios con calidad y seguridad, satisfacción de los usuarios y trabajo hacia la equidad reduciendo brechas.

Cabe destacar los esfuerzos realizados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) para un Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE (figura 2). Las estadísticas sociales disponibles en el país se encuentran dispersas y son con frecuencia inasequibles. Este sistema de información en bases a diferentes fuentes de información de las instituciones del Estado, tiene como finalidad de integrarlas, resumirlas y difundirlas a todos los actores sociales utilizando los más recientes avances de la información. Lo que permitirá utilizar de insumo para el diseño, formulación, monitoreo y evaluación de políticas públicas de las instituciones coordinadas y demás entidades del Estado.

Figura 2. Información generada por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales - SIISE

Sector	Indicador	Fuente	Año	Medida
Población	Población	CENSO	2010	Número
	Tasa de crecimiento poblacional	CENSO	2010	Porcentaje
Educación	Analfabetismo	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Escolaridad	ENEMDU	2012	Año promedio
Salud	Tasa de mortalidad general	Estadísticas vitales	2011	Tasa por 1000 hab
	Tasa de mortalidad infantil	Estadísticas vitales	2010	Tasa por 1000 nacidos vivos
	Tasa global de fecundidad	CPV	2010	Promedio de hijos
Vivienda	Agua entubada por red pública	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Red de Alcantarillado	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Personas por hogar	ENEMDU	2012	Número de personas
Empleo	Población Económicamente Activa (PEA)	ENEMDU	2012	Número
	PEA como porcentaje de la población en edad de trabajar	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Tasa de desempleo	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Tasa de ocupados plenos	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Tasa de subempleo	ENEMDU	2012	Porcentaje
Desarrollo infantil	Desnutrición crónica infantil	DEIN	2011	Porcentaje
	Niños que trabajan	ENEMDU	2012	Porcentaje
Desigualdad	Pobreza por NBI	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Extrema pobreza por NBI	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Pobreza por ingreso	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Extrema pobreza por ingreso	ENEMDU	2012	Porcentaje
	Distribución del ingreso - Coeficiente GINI	ENEMDU	2012	0=equidad 1= inequidad
Acción social	Madres beneficiarias del BDH	RIPS - MCDS	mar-13	Número
	Pensión asistencial Adultos mayores	RIPS - MCDS	mar-13	Número
	Pensión asistencial discapacitados	RIPS - MCDS	mar-13	Número
	Niños que asisten a un centro de desarrollo infantil público	ENEMDU	2012	Porcentaje
Inversión social	PGE como porcentaje del PIB	e-Sigef , BCE	2012	Porcentaje
	Inversión social como porcentaje del PIB	e-Sigef , BCE	2012	Porcentaje
Macroeconómico	Inflación mensual del IPC	BCE	feb-13	Porcentaje
	Crecimiento anual del PIB	BCE	2011	Porcentaje
	Salario Básico Unificado	MRL	2013	Dólares americanos
	Canasta Básica Familiar	INEC	feb-13	Dólares americanos

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.

El Programa de Gobierno (PNBV) 2013-2017 plantea la descentralización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas. La salud se plantea como un instrumento para alcanzarel Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

En el Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017 (PNBV), la salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimientode las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

Para fortalecer la coordinación de las instituciones del Estado, el actual gobierno ha identificado los Ministerios coordinadores: de Desarrollo Social, de Política Económica, de Producción y de Seguridad. El Ministerio de Salud Pública es parte consustancial del Consejo Sectorial Social, bajo responsabilidad del Ministerio Coordinadorde Desarrollo Social, que incluye también a los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Relaciones Laborales, entre otros.

El Plan Nacional del Buen Vivir se ha articulado alrededor de 12 objetivos nacionales clave para los cuales se definen políticas, lineamientos y metas claras de aplicación para todos los sectores. Obliga a la coordinación intersectorial, que se plasma en agendas integradas, como la Agenda Social, con mecanismos de control como el de gobierno por resultados (GPR).

A nivel local, los Consejos Cantonales de Salud constituyen los espacios donde la coordinación se ha extendido hacia la intersectorialidad, con la participación del sector salud (público y privado)

más los gobiernos locales, educación, áreas productivas, organizaciones ciudadanas y muchas otras organizaciones públicas y de la sociedad civil.

En conclusión, las condiciones de estabilidad política y económica del Estado, la promoción y la consolidación de un sistema público de salud que garantice el aumento de cobertura de atención a la población, y la implementación de una política de prevención y promoción de salud, entre otras estrategias, avizoran un mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los grupos de población más vulnerables contribuyendo al logro de equidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ISAGS-UNASUR (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es (ultimo acceso: 3 de setiembre de 2015)

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

MEXICO

Juan Pablo Gutiérrez, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE), Instituto Nacional de Salud Pública, México
Sebastián García Saisó, Director General de Calidad y Educación en Salud, Secretaria de Salud, México

Abordaje metodológico para la medición de la carga de la inequidad

La medición de la inequidad en salud, resultado de un acceso diferencial a bienes y servicios, es necesaria para la construcción de estrategias e intervenciones en respuesta a la misma. Este abordaje se enmarca en lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), que establece en la meta nacional México Incluyente el objetivo de Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. Alineado con esta meta nacional del PND, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), plantea como objetivo 4 Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, La literatura ha propuesto diversos abordajes para establecer la magnitud del reto asociado a la heterogeneidad en resultados en salud. Puesto que el logro de la equidad en salud requiere que cada individuo tenga una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud, y que ninguna persona debería por lo tanto encontrarse en desventaja para desarrollar dicho potencial (OMS 2009; World Bank 2005), si se han de analizar las causas de las desigualdades de una población o un grupo social se tiene que examinar en el contexto de lo que sucede en el complemento del objeto de estudio (Whitehead 1991), En el ámbito de la inequidad, documentar su carga en el sentido de estimar la magnitud de los resultados negativos en salud que serían evitables en una situación de equidad, requiere por un lado establecer el abordaje y metodología necesaria para su cálculo, y por el otro documentar las brechas en información para la estimación de la carga de la inequidad, y la ruta crítica para generar la información con la que no se cuente.

La identificación de los indicadores de salud que potencialmente permitan la estimación de la carga de la inequidad en salud deben considerar por un lado la estimación de niveles actuales (o en un momento en el tiempo) para una unidad de análisis y la posibilidad de identificar un nivel aspiracional para el conjunto de la población, definido a partir de la mejor situación observada, que de esta forma se constituye en el mejor nivel posible. También los indicadores de salud deben tener la capacidad de reflejar las diferencias injustas y evitables entre los grupos, que podrían ser corregidas a través de ajustes en políticas, programas o prácticas. En un primer abordaje para la identificación de los indicadores posibles, se consideraron las recomendaciones de la OPS (OPS 2012) y se revisó la sección "El gradiente social en la salud de las Américas", con la finalidad de seleccionar indicadores que capturen el estado de salud de las personas en términos de proceso (acceso efectivo a servicios de salud), resultado "intermedio" (condiciones específicas de salud), e indicadores de resultado final (mortalidad, carga de la enfermedad e indicadores sobre efectos de exposición acumulada de la inequidad en salud). Las variables indicadoras de las características del contexto que se presume se asocian con los diferenciales de acceso y resultados en salud, son definidas estratificadores de condiciones sociales. Los estratificadores sugeridos por la OMS se resumen en el acrónimo "PROGRESS" (en inglés), los cuales son lugar de residencia (rural, urbano, etc.); etnia; ocupación; género; religión; educación; nivel socioeconómico; y capital social o de los recursos. La medición multidimensional de pobreza desarrollada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) ha identificado un conjunto de 6 carencias sociales (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad y espacios de vivienda, acceso a servicios básicos de vivienda, y acceso a alimentación) y el ingreso corriente,

información a partir de la cual se clasifica a la población por situación de pobreza (pobre multidimensional, vulnerable por carencias, vulnerable por ingreso, y no vulnerable).

El reto metodológico de enfocarse en la medición de la inequidad, en oposición a medir la desigualdad, busca no únicamente las brechas observables, pero las brechas que se relacionan con aspectos de justicia, es decir, aquellas que son evitables a través de intervenciones y aquellas que no están bajo control del individuo. Un abordaje reciente identifica un modelo en 3 etapas para cuantificar la inequidad en salud, a partir de establecer de forma normativa lo que se considera justo (y en ese sentido lo injusto) en las diferencias observadas en resultados de salud. El abordaje, implementado con datos de Estados Unidos y Canadá, utiliza como indicador de salud el Índice de Utilidad en Salud (HUI, por sus siglas en inglés), obtenido a partir de una encuesta poblacional, en tanto que como estratificadores se utilizaron educación, ingreso, raza y sexo. Un análisis adicional realizado con este abordaje es la identificación de lo que puede considerarse como inequidad a partir de las desigualdades, es decir, la fracción que puede considerarse como injusta. Este análisis permite mostrar que la forma de estandarizar por variaciones justas tiene un efecto sobre el resultado de la magnitud de la inequidad. En particular, el argumento es que en el abordaje de estandarización directo, se considera que las únicas fuentes de injusticia relevantes son los estratificadores pre-definidos, en tanto que en un abordaje indirecto, se considera que todas las variaciones que no son explicadas por las fuentes de heterogeneidad consideradas justas, son injustas (Asada 2015). Una alternativa para la estimación es el análisis de fronteras de posibilidades de producción (FPP), el cual como abordaje metodológico potencialmente permitirá aproximar una cuantificación de las consecuencia de la inequidad, al estimar por un lado el mejor resultado posible dato el país, y por otro lado los resultados observados en lo general, para de esta forma permitir la cuantificación de la diferencia entre los observado y lo factible. Esto es, a partir de este abordaje se identifica el mejor resultado posible para el país, el cual entonces funciona como referencia para el resto de la población. Para la estimación de la carga de la inequidad, el abordaje identificará como producto al indicador de salud, y como factores de producción a los estratificadores y otros aspectos relevantes para la generación de resultados en salud, entre ellos los recursos disponibles en el país. En ese sentido, las unidades de análisis con los mejores resultados se constituirán en el referente (se ubicarán en la frontera), a partir de los cuales se puede obtener la distancia relativa de las otras unidades de análisis.

Conclusiones

México se caracteriza por una profunda desigualdad, tanto entre ricos y pobres como entre regiones geográficas (OPS 2009) y ocupa el segundo lugar en desigualdad de ingresos entre los países de la OCDE después de Chile (OECD 2012). Los esfuerzos del país para reducir las inequidades de salud han llevado a resultados relevantes entre los que se destaca PROSPERA, programa de inclusión social, que siguiendo la lógica de formación de capital humano a través de transferencias asociadas a corresponsabilidades de su antecesor, Oportunidades, busca generar una mayor vinculación de acciones sociales dirigidas a la población en condiciones de pobreza para promover la igualdad de oportunidades. Sin embargo, documentar la existencia de brechas y cuantificar su impacto en la equidad en salud representa una valiosa contribución a la toma de decisiones informada y a la formulación de políticas públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

OMS (2009). Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.

World_Bank (2005). World Development Report 2006: Equity & Development. Washington, D.C.: The World Bank, 2005.

Whitehead M (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. Reprints OPS. Washington, D. C.1991.

OPS (2012). Salud en las Américas. Edición de 2012. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2012.

Asada (2015). Asada Y, Hurley J, Norheim O, Johri M. Unexplained health inequality - is it unfair? International Journal for Equity in Health. 2015;14(1):11. PubMed PMID: doi:10.1186/s12939-015-0138-2.

OPS (2009). Exclusión en Salud. Estudio de Caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

OCDE (2012). México. Mejores políticas para un desarrollo incluyente. México: OCDE, 2012

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

PERU

Yuleika Rodríguez Calviño, Programa PARSALUD II, Ministerio de Salud del Perú
Rossana Geng Olaechea, Programa PARSALUD II, Ministerio de Salud del Perú

Fortalezas y debilidades del país para abordar con éxito las inequidades en salud.

El Perú ha incluido en sus leyes y Agenda política como un problema relevante al abordaje de la inequidad en salud. El Título Preliminar VI de la Ley General de Salud N° 26842 recita que "es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad." A nivel de reglamento, la Ley del Ministerio de Salud, DS N° 013-2002-SA define que el Seguro Integral de Salud (SIS) debe promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza. El Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, DS N° 023-2006-SA, indica que la prevención de riesgos y daños, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación y/o mejoramiento de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad; asigna al Consejo Nacional de Salud la tarea de proponer una distribución equitativa y racional de los recursos en el Sector Salud, de acuerdo con las prioridades nacionales y encarga la Dirección General de Promoción de la Salud de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas nacionales de salud en el campo de la promoción de la salud, teniendo en cuenta los enfoques de derechos, equidad, género e interculturalidad. En el papel de la atención primaria de la salud Perú suscribió la declaración de Buenos Aires "Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria", en la que se compromete a desarrollar procesos para, en esencia, ratificar consensos ya establecidos y generar nuevas propuestas tendientes a la consagración de una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria.

Existe por cierto una sólida voluntad del gobierno y del Ministerio de Salud para abordar el problema de Inequidades en Salud. Prueba de esto es la actual Reforma de Salud, donde se observa que la equidad y el monitoreo de los determinantes sociales de la salud están incluidos en los Decretos de Ley. La reforma sectorial en salud que Perú lleva a cabo desde 2013 aspira a construir un sistema de protección en salud universal, equitativo y solidario, orientando sus acciones y organizando los esfuerzos de toda la sociedad (personas, sectores y niveles de gobierno), para elevar y proteger el estado de salud de la población y su bienestar. La reforma tiene el propósito de combatir las desigualdades en salud para crear una sociedad más justa y que permita a todas las personas y comunidades del país gozar de una vida sana, desarrollar todas sus potencialidades y beneficiarse de manera más equitativa de los servicios de salud. Aspira a lograr un sistema de salud que contribuya a fortalecer la cohesión social y a crear condiciones para el desarrollo sostenido del país. La reforma se inspira a una política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicios del Estado, en la visión del éste alcanzando mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y prestando efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano.

Otros objetivos de la reforma abarcan el fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud, con incremento de presupuesto para ampliar la cobertura en salud de grupos vulnerables y el abordaje de las enfermedades de alto costo; programas presupuestales para el abordaje de políticas públicas con equidad; abordaje intersectorial de problemas de salud en población focalizada en relación a desnutrición, anemia y salud escolar; en fin, un modelo de atención a través de redes integradas de salud (RIAPS).

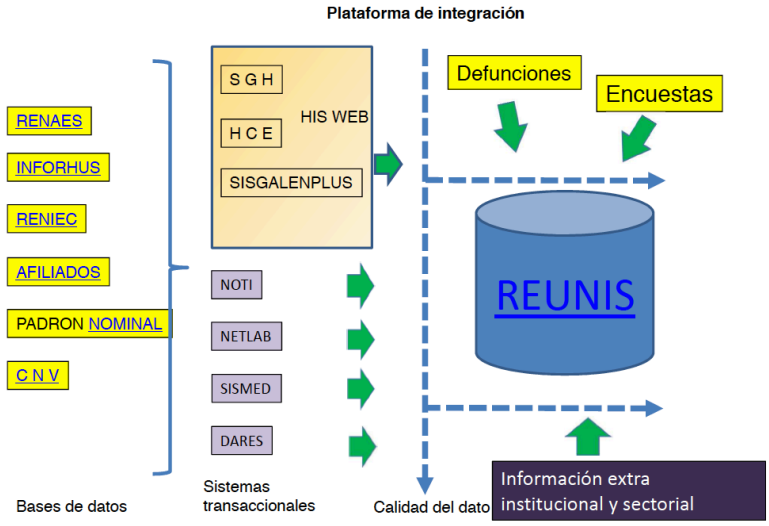
A pesar de los avances, el sistema presenta todavía criticidades por presencia de esfuerzos desordenados y desarticulados, escasos espacios de participación social cuales diálogos interculturales, vigilancia ciudadana y rendición de cuenta, bajo abordaje de los determinantes de la salud desde instancias de promoción de la salud, presión social (de clases medias citadinas y presión gremial) para la reforma en salud y no por la necesidad misma identificada.

En relación a la equidad, junto al buen desempeño de la economía, con sus resultados macroeconómicos notables, persiste una marcada concentración del ingreso. En 2009, el ingreso del quintil más rico era 12,5 veces mayor que el del quintil más pobre y concentraba 52,6% del ingreso nacional, contra 4,2% del quintil más pobre. Entre 2005 y 2010, la pobreza total se redujo de 48,7% a 31,3%, y la pobreza extrema, de 17,1% a 9,6%. Sin embargo, la diferencia entre las áreas urbanas y las rurales es aun bastante grande, tanto para la pobreza total (19,1% y 54,2%, respectivamente) como para la extrema (2,5% y 23,3%, respectivamente).

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la acción intersectorial.

En aras de modernizar la gestión de la inversión pública en salud, la reforma crea la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud (CMIS), Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS) y el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS). De acuerdo a la reforma, el Ministerio de Salud, en forma concertada con los actores del sector, desarrolla e implementa un único Repositorio Nacional de Información en Salud (REUNIS), en el que confluye información extra institucional y sectorial (figura 1). A su vez, el REUNIS alimenta la unidad de análisis y gestión del conocimiento por medio de acceso a cubos, observatorios, portales Web de información y sistemas de información georeferenciados. Entre las fuentes de información mencionamos la Encuesta Nacional de Hogares y la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Las medidas utilizadas para evidenciar inequidades incluyen el índice de Gini, la Regresión Lineal Múltiple y el modelamiento estadístico con análisis de regresión múltiple.

Figura 1. Sistema de Información Rutinaria de Salud y REUNIS.



La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud del Perú, con el objetivo de cumplir con la responsabilidad de analizar y difundir permanentemente información sobre la situación de salud del país, y los determinantes de los problemas de salud priorizados, proporcionando información oportuna y práctica para que las decisiones en salud se tomen basadas en evidencia; y teniendo en cuenta la actual Reforma en Salud que en relación al tema indica el rol del MINSA de promover la articulación multisectorial e inter-gubernamental para el abordaje de los determinantes, se ha propuesto identificar en base a la evidencia nacional, los determinantes de enfermedades priorizadas para el país, midiendo el impacto de los mismos y por consiguiente facilitando la priorización de las intervenciones. A tal propósito ha desarrollado una Plataforma de Monitoreo de Determinantes Sociales de la Salud (www.dge.gob.pe), que utiliza como fuente de información la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del INEI (figura 2) (Vidal 2014). Para lograr una comunicación efectiva hacia un público de autoridades regionales no necesariamente técnico o profesional de salud, se evitaron palabras técnicas y se utilizaron gráficos sencillos que explicaran de forma inmediata la magnitud del efecto de los factores determinantes identificados, traduciendo, al mismo tiempo, conceptos estadísticos como un odds ratio y agregando información sobre la estimación de la magnitud en que se esperaría poder reducir el problema de salud de no existir el factor determinante. Dicha estimación se realizó en base al cálculo de la fracción atribuible poblacional, información que se considera crucial para un tomador de decisiones. Considerando también el público conocedor de la metodología empleada, se ha incluido en la plataforma virtual una sección denominada "Sustento técnico", en la cual se explica el desarrollo de los modelos y se muestran las salidas del software estadístico empleado (Stata versión 12). Los determinantes sociales incluidos en los modelos elaborados para enfermedades infantiles y desnutrición crónica abarcan variables relacionadas a la pobreza, a las características de la vivienda, nivel educativo de la madre, entre otros. A pesar de no ser exhaustivos de todos los factores que intervienen en determinar el proceso salud-enfermedad, la plataforma permite evidenciar y cuantificar las relaciones existentes entre numerosos posibles factores determinantes y las enfermedades. Haciendo esto en base a información propia del país, se permite platear intervenciones más costo-efectivas, al ser enfocadas en pocos factores, sobre los cuales la evidencia señala que tienen mayor impacto en la ocurrencia de las enfermedades.

Otros instrumentos fundamentales, y fuente de consulta muy importante para los organismos del Estado y del sector privado para priorizar la inversión en salud, son representados por los Análisis

de Situación de Salud, que recopilan información relevante sobre las condiciones de vida, estructura y dinámica demográfica, características de la morbilidad y mortalidad, así como, la respuesta social a los problemas de salud del país, incluyendo sus factores condicionantes y determinantes, así como, las brechas e inequidades que existen en la población. Para su elaboración se utilizan diversas fuentes de información, de acuerdo a una metodología estandarizada. En la metodología para elaborar el Análisis de la Situación de Salud local se han incorporado indicadores básicos para medir desigualdades.

Cabe mencionar también que, en el proceso de capacitación continua para transferir capacidades para identificar y cerrar brechas de salud, se ha desarrollado un Diplomado ASIS Local, que incorpora los siguientes elementos:

- elaboración de una Guía operativa
- implementación de una Encuesta de Determinantes Sociales y Situación de la Salud
- desarrollo de aplicativos para ingresar datos de encuesta local y obtener reportes, para facilitar el análisis de los datos que actualmente existen, incluyendo el cálculo de indicadores de equidad
- desarrollo de un módulo de investigación cualitativa
- acompañamiento constante durante la elaboración del ASIS local

Figura 2. Plataforma de Monitoreo de Determinantes Sociales de la Salud

A nivel de acción intersectorial cabe subrayar los esfuerzos para desarrollar un Observatorio de desigualdades y equidad en salud y de un Observatorio de políticas públicas de inversiones en salud, cuyas hoja de ruta para implementación son en fase de validación.

En conclusión, pese el no contar a la fecha con un sistema estructurado de monitoreo de la equidad en salud en el País, sin embargo se recolectan, procesan y analizan constantemente datos e información que ayudan a evidenciar la inequidad en salud y a tomar decisiones de acuerdo a la evidencia brindada por el análisis de los datos recolectados localmente y validados con metodología estándar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud del Perú (2015). Reforma es más Salud. Sistemas de información de salud en el Perú: uso, análisis y generación de información. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ministerio-salud-peru-presentacion.pdf (último acceso: 3 setiembre 2015)

Organización Panamericana de la Salud (2012). Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es (ultimo aceso: 3 de setiembre de 2015)

Vidal (2014). Vidal Anzardo M, Valdez Huarcaya W, Zamora Cercado D. Plataforma de monitoreo de determinantes sociales de la salud: información oportuna para el monitoreo del estado de salud y sus determinantes. Revista Peruana de Epidemiología. 2014; 18 (S1): e03.

AVANCES EN LA TOMA DE DECISIONES
Experiencias de países hacia la equidad en salud.

URUGUAY

Humberto Ruocco, Unidad de Coordinación, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
Fabricio Méndez Rivero, Departamento de Análisis Social en Salud, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
Alejandra Toledo Viera, Departamento de Análisis Social en Salud, Ministerio de Salud Pública, Uruguay

Fortalezas y debilidades del Uruguay para abordar con éxito las inequidades en salud

Uruguay se ha caracterizado en la región por poseer tempranamente –a partir de las primeras décadas del siglo XX- un sistema institucionalizado de políticas sociales de carácter universalista y de amplia cobertura efectiva, que se cimentó en cuatro pilares estratégicos, a saber: el de asistencia sanitaria y de salud; el de educación pública; el relativo a las regulaciones del mercado laboral y el correspondiente a las políticas de retiro de la fuerza de trabajo (Filgueira F, 2001).

En los últimos 10 años y tras algunas décadas de fuerte deterioro, se ha fortalecido la matriz de protección mediante reformas estructurales (reforma de la salud) y la creación de nuevas políticas sociales nucleadas en un organismo rector, creado a tales efectos, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Entre esas políticas se destacan el Plan de Emergencia Social (PANES), Plan de Equidad, Uruguay Crece Contigo (UCC), la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

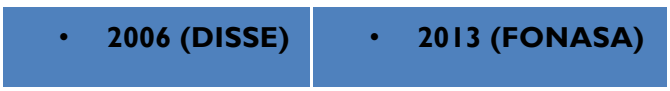
Con el objetivo de hacer visibles las inequidades en salud e identificar sus aspectos determinantes, el Ministerio de Salud Pública se incorpora al SIIAS (Sistema de Información Integrada del Área Social), proyecto interinstitucional liderado por el MIDES que pretende consolidar un sistema integrado de información interinstitucional que vincula datos de distintos organismos respecto a sus programas sociales, su ejecución y sus beneficiarios. Su objetivo es poder brindar a decisores, gestores e investigadores una visión integrada de la política social, permitiendo la elaboración y desarrollo de un plan estratégico de políticas sociales.

En términos sectoriales, la reforma de la salud implementada a partir de 2007 tuvo tres ejes principales: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio del modelo de atención.

Actualmente, el Uruguay cuenta con un sistema integrado de salud, con un seguro único y compuesto por un prestador público, prestadores privados sin fines de lucro y prestadores privados propiamente dichos. El fondo con que se financia el sistema (Fondo Nacional de Salud -FONASA-) se compone con aportes del Estado, de las empresas y de los hogares. Màs del 60% del gasto en salud se financia con recursos públicos

En la figura 1 se puede observar el cambio en el aseguramiento que supuso la creación del FONASA en el marco de la reforma de la salud. En 2006 previo a la reforma, el antiguo sistema de aseguramiento brindaba protección financiera al 20,3% de la población, en tanto que en 2014 post reforma, ese porcentaje aumentó al 65,5%.

Figura 1: Cobertura poblacional por tipo de aseguramiento



• **672.961**	• 2229174
• **20,30%**	• 65,5%

Fuente: Inequidades en salud y sus determinantes sociales en salud, MSP, 2015 ; Informe de Equidad DES-MSP, 2010

Además, màs allà de la cobertura del FONASA, el 100% de la población tiene derecho de atención en un prestador integral de salud, por lo que tiene acceso a todas las prestaciones contenidas en el Plan Integral de Asistencia Sanitaria (PIAS) que contiene alrededor de prestaciones entre atención médica, estudios, tratamientos, medicamentos.

Voluntad política y medidas adoptadas a nivel normativo para encarar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de los DSS y de la acción intersectorial

La Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud reconoce "el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país" y ubica entre las competencias del MSP el aseguramiento del "acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país". A su vez, reconoce la equidad entre los principios rectores.

En términos de institucionalidad, se ha creado el Gabinete Social, entendido como una "(…) instancia interministerial a los efectos de garantizar e incrementar mayores niveles de coordinación, planificación, articulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas sociales del Estado, entre las diversas áreas de ejecución" Decreto 236/005. El mismo está integrado por los ministros de Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Medioambiente, Salud Pública, Economía y finanzas, Turismo y Deporte y es presidido por el Ministro/a de Desarrollo Social´.

El Gabinete Socialcuenta con el asesoramiento del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, que a su vez cuenta con varias comisiones de trabajo (Comisión Territorial, Comisión de infancia, adolescencia y juventud, Comisión de estrategias de proximidad, etc.).

Complementariamente, dependiendo del CNPS y con una integración similar, fueron creadas las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales como expresión en el segundo nivel de gestión (departamental). su vez, cuenta con el asesoramiento del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, que a su vez cuenta con varias comisiones de trabajo (Comisión Territorial, Comisión de infancia, adolescencia y juventud, Comisión de estrategias de proximidad, etc.).

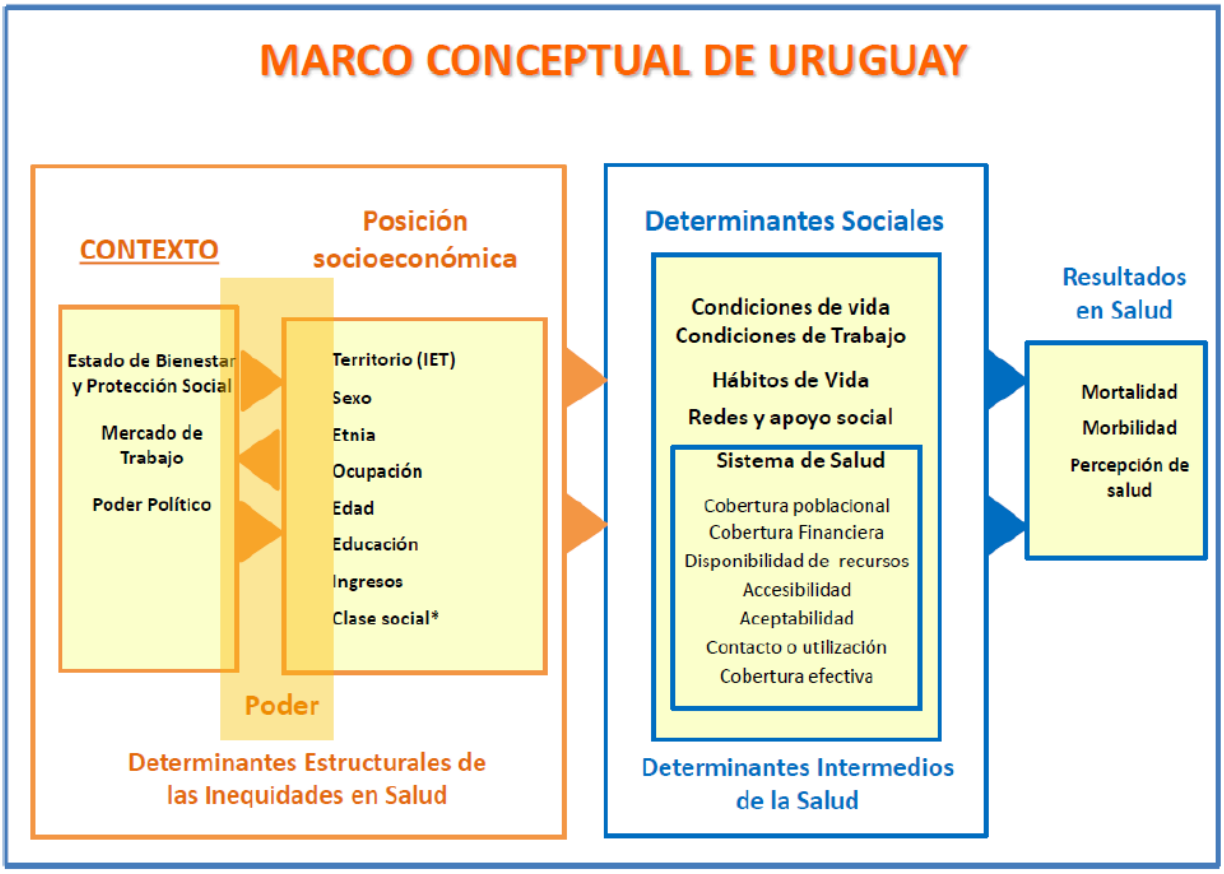
En términos de diseño depolíticas públicas basadas en evidencia, el MSP ha decido construir un **sistema de vigilancia de las inequidades en salud (SVES)** con el fin de disponer de información oportuna y de calidad sobre las inequidades en salud y sus determinantes sociales para el diseño de la política pública.

El SVES consolida una matriz de indicadores basada en el marco conceptual de generación de desigualdades de salud de la OMS (figura2), de modo que recurre a estratificadores como el nivel de ingresos, el sexo, la etnia, entre otros. También, para su primer informe, se realizó un análisis territorial a partir del Índice de Desarrollo Humano del PNUD y del Índice de Vulnerabilidad Social y Condiciones de Vida del Ministerio de Salud de Chile[1]. Esto permite establecer un ordenamiento de los 19 departamentos de Uruguay, a partir

[1] Se construyó un Índice de Estratificación Territorial, que está sujeto a revisión para futuros informes.

de su desempeño en variables referidas a las condiciones de vida de su población, a saber: ingresos, educación, vivienda y trabajo.

Figura 2. Marco Conceptual de Uruguay sobre Equidad en Salud y sus Determinantes Sociales (SVES 2015).



El SVES ofrece un análisis de las desigualdades en salud producidas socialmente y, por ende, injustas y evitables, con consideración del contexto de producción, de la forma de estratificación vigente, de las brechas de poder, recursos y prestigio; da visibilidad a las inequidades en salud en Uruguay y a la incidencia y magnitud de sus determinantes sociales; constituye un punto de partida hacia la integración institucional de la vigilancia de la equidad en salud, que requiere de una coordinación intersectorial; representa un instrumento clave en el proceso de reorientación de las políticas públicas desde la perspectiva de los determinantes sociales, tomando decisiones basadas en la evidencia.

En conclusion, en Uruguay se han dado los primeros pasos en los últimos años para reducir las inequidades en salud y se apuesta a seguir avanzando en el desarrollo del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Filgueira F (2001). Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2001

ISAGS-UNASUR (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

Ministerio de Salud Pública, Republica Oriental del Uruguay (2015). Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay. Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud. Documento 1. Montevideo, 2015.

MANIFIESTO PARA LA EQUIDAD EN SALUD

Ciudad de México, 30 de junio de 2015

Altos Cargos y representantes de instituciones de Gobiernos de Salud y Finanzas, reunidos en Ciudad de México, en el "Encuentro Internacional sobre la Toma de Decisiones para la Equidad en Salud", realizado en la Ciudad de México en los días 29 y 30 de junio de 2015, en el marco del programa EUROsociAL II de la Unión Europea;

Considerando los derechos establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y el Derecho a la Salud, entendido como "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr... sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social", fue consagrado en la Constitución de la OMS en 1946 y ratificado por distintas Declaraciones y Tratados regionales e internacionales.

Tomando en cuenta la Declaración de Alma Ata de 1978 de la OMS, donde se reitera firmemente que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

Subrayando los principios establecidos en la Carta de Ottawa de 1986 y en la serie de conferencias internacionales sobre promoción de la salud, en las que se reafirma el valor esencial de la equidad en salud

Considerando que la presencia de las inequidades en salud, dependen de las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; que esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud; que las medidas necesarias para actuar sobre la mayor parte de estos determinantes están fuera del mandato de los ministerios de salud y requieren de la participación de otros entes gubernamentales.

Destacando las tres recomendaciones generales de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud CDSS de la OMS de 2008, a saber: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Reflexionando sobre la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2011, la cual reafirma que las inequidades sanitarias dentro de las

Scanned by CamScanner

naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad en salud es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad.

Teniendo presente el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad", que se centra en la reducción de las inequidades en salud entre los países y territorios y dentro de ellos y aplica, como enfoque estratégico transversal en el Plan, un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, definiendo la "salud en todas las políticas" como otra estrategia clave que pone de relieve la planificación y las intervenciones coordinadas en todos los sectores, y entre distintos niveles del gobierno con miras a influir en los determinantes sociales que están más allá de la responsabilidad directa de las instituciones del sector de la salud.

Reconociendo la problemática de la equidad en salud en América Latina como una de las regiones más desiguales en el mundo y los avances, esfuerzos, compromisos e inversiones que los Países latinoamericanos realizan para lograr más equidad en salud.

Considerando el apoyo del programa EUROsociAL II de la Unión Europea para la cohesión social en América Latina, y particularmente desde la línea de trabajo de equidad en salud con enfoque en los determinantes sociales de salud a nivel nacional y regional.

Y reconociendo la eficacia del diseño e implementación de políticas con un enfoque intersectorial a partir de los determinantes sociales de la salud para lograr equidad en salud.

MANIFESTAMOS:

1. Que reiteramos nuestro compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, a partir del enfoque de los determinantes sociales de salud.

2. Que la acción intersectorial representa una estrategia clave para abordar los determinantes sociales de la salud en aras de contrarrestar las inequidades en salud.

3. Que el desarrollo de sistemas de medición y monitoreo de la equidad en salud es fundamental para la toma de decisiones, fundamentada en información fidedigna, oportuna, con calidad y traducida en la formulación de políticas e iniciativas para reducir las inequidades en salud y mejorar la salud global.

Scanned by CamScanner

4. Que promovemos la participación y el empoderamiento de la comunidad como elementos claves para el logro de sociedades equitativas.

5. Que es apropiada la instalación de espacios e iniciativas para el intercambio de experiencias regionales, así como la promoción de un enfoque intersectorial para configurar, fortalecer y consolidar los esfuerzos actuales de los Países en la elaboración, implementación y evaluación de políticas para la equidad en salud.

6. Que valoramos los esfuerzos y conclusiones de los encuentros regionales realizados: En Uruguay, en el 2012, "Equidad y salud: medición para la acción"; En Costa Rica, en el 2013, "Construyendo consenso para un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Latinoamérica"; En Perú, en el 2014, "Monitoreo de la Equidad en Salud" y en México en 2015 "Encuentro regional sobre la toma de decisiones para la equidad en salud".

7. Que siendo necesaria una cooperación internacional efectiva, los representantes de los Gobiernos firmantes invitan a los organismos regionales, subregionales e internacionales participantes a trabajar y colaborar de manera complementaria según su valor agregado.

8. Que ratificamos nuestro compromiso de trabajar en la formulación y ejecución de políticas públicas para la equidad en salud con un enfoque en los determinantes sociales de la salud, principalmente a través de cinco procesos fundamentales: institucionalización, coordinación, integración, inclusión, colaboración regional; y dos condiciones de funcionalidad: voluntad política y liderazgo técnico.

9. Que concedemos nuestro apoyo decidido a la coordinación de acciones para reducir las inequidades en salud en los Países latinoamericanos, así como al fortalecimiento de las instituciones. El aprendizaje entre pares es una vía privilegiada para alcanzarlo.

10. Que en el contexto de la definición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS post-2015 de las Naciones Unidas, la estrategia de 'Salud en Todas las Políticas' y los esfuerzos de mejorar la salud global a los cuales se instan los países, esta agenda debe ser integrada de manera transversal, con el fin de que los esfuerzos de las naciones, actores privados y organismos internacionales en el futuro consideren los efectos que tendrán sobre la salud y la equidad en salud de la población a nivel global.

Firman los representantes de gobiernos invitados y participantes en el "Encuentro Internacional sobre la Toma de Decisiones para la Equidad en Salud", llevado a cabo en La Ciudad de México, el 29 y 30 de junio de 2015.

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

INSTITUCIÓN	PAÍS	NOMBRE	CARGO	FIRMA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	COLOMBIA	Juan Carlos RIVILLAS	Coordinador de Observatorios Nacionales	
MINISTERIO DE SALUD	COSTA RICA	César GAMBOA PEÑARANDA	Director de Garantía al Acceso de los Servicios de Salud	
MINISTERIO DE SALUD	CHILE	Bernardo MARTORELL	Jefe de División de Planificación Sanitaria	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	ECUADOR	Evelyn ESPARZA PROAÑO	Directora Nacional de Seguimiento, Evaluación y Control de la Gestión	
SECRETARIA DE SALUD	MÉXICO	Sebastián GARCÍA SAISÓ	Director General de Calidad y Educación en Salud	
MINISTERIO DE SALUD	PERU	Rossana GENG OLAECHEA	Asesora de la coordinación general de PARSALUD	
MINISTERIO DE SALUD	URUGUAY	Humberto RUOCCO	Director General de la Unidad de Coordinación	
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS	PERU	Nelly HUAMANI	Coordinadora de Convenios de Apoyo Presupuestal en Salud	
OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	URUGUAY	Eduardo DE LEON GUERRA	Director del Área de Participación y Ciudadanía	

CONCLUSIONES

El encuentro de México sobre "*la toma de decisión para la equidad en salud*", cuyos principales insumos vienen recogidos en esta publicación, marca un hito en un proceso de reflexión colectiva regional, iniciado en 2012 en el marco de EUROsociAL. Desde el área temática de salud del programa, se ha asumido un enfoque de reducción de inequidades ligado al marco conceptual de determinación social de la salud. Este enfoque requiere pasar del paradigma biomédico, centrado en los problemas de salud y que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que involucra a todas las áreas del gobierno por medio de acciones intersectoriales, como indicado por la Organización Mundial de la Salud en la estrategia de "*Salud en Todas las Políticas*". El sector salud por sí solo no puede impactar sobre los determinantes sociales de la salud, más aún cuando, en el contexto de globalización, existen numerosos actores transnacionales, con capacidad de incidencia e intereses que en ocasiones no coinciden con el objetivo de reducción de las inequidades. Estas acciones solo son posibles con un esfuerzo intersectorial de amplios consensos políticos, y con una participación social y ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, y en el diseño e implementación de políticas.

A partir de los 90, varios países latinoamericanos introdujeron reformas en el sector social dirigidas a reducir las inequidades de salud, y a partir del 2000 estas políticas empezaron a evidenciar resultados positivos. El apoyo de EUROsociAL a estos procesos se ha centrado en las herramientas de producción de evidencia para la acción, concretamente en los sistemas de monitoreo de la equidad en salud. Estos sistemas resultan fundamentales para la toma de decisiones, basada en información fidedigna, oportuna, de calidad y que se pueda incorporar en la formulación de políticas e iniciativas para reducir las inequidades en salud.

Otros elementos considerados como apropiados y sumamente útiles por parte de las instituciones involucradas el programa, son la instalación de espacios que fomenten el intercambio de experiencias regionales, con otras instituciones "pares"; así como la promoción de un enfoque intersectorial para configurar y consolidar los esfuerzos de los países en la elaboración, implementación y evaluación de políticas para la equidad en salud.

Entre las limitaciones evidenciadas en el transcurso de las actividades del área temática de salud de EUROsociAL se refiere a la fragmentación de los sistemas de salud de los países de la región. A menudo ellos son mixtos, segmentados, con gastos elevados privados, lo que muestra un comportamiento regresivo, siendo proporcionalmente mayores en la población de menores recursos. Estos subsistemas da salud no son coordinados entre ellos, cuentan cada cual con población derechohabiente propia y con acceso a servicios diferenciados. En ellos, de manera general, el sector público atiende a los sectores pobres y de medianos ingresos, mientras que la población de mayor ingreso se atiende en el sector privado y los más pobres no son cubiertos adecuadamente. La cobertura poblacional se duplica en múltiples circunstancias sin evitar a la vez que existan carencias. Los distintos subsistemas públicos o privados manejan arreglos de financiamiento, de gestión de servicios, afiliación y provisión propios y todavía existe poca separación de funciones en las instituciones del sector. Todo esto no favorece el uso eficiente de los recursos, en particular los relacionados con el financiamiento y los relativos a infraestructura física y equipamiento. Además, perjudicando el acceso a los servicios de salud, afectan negativamente la equidad en salud al momento de necesitar reparar un daño a la salud o actuar medidas preventivas que no sean universalmente dirigidas a la población. Aún así, la falta de acciones universales con especial atención hacia los grupos vulnerables y a los que se encuentren en condiciones de desventaja económica y socio-cultural, obstaculiza el éxito de programas

preventivos. A este resguardo, cabe destacar como, incluso en la definición de planes de prevención o de control de enfermedades crónicas, o en aspectos ligados a la promoción de la salud, los enfoques de equidad se quedan circunscritos a enfoques de "factores de riesgo" o "estilos de vida", que reducen a cuestiones biológicas o supuestas opciones individuales la causalidad en salud, dejando a lado todo el proceso de determinación social de la salud.

Sin embargo, son considerables los esfuerzos y el compromiso de los países de la región para implementar la política de acceso y cobertura universal de salud que la organización Panamericana de la Salud propugna en el marco de la estrategia de Salud en Todas las Políticas y de acción sobre los determinantes sociales de salud, como indicado en la resolución del 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (CD53/R14)O

En conclusión, todavía queda camino por recorrer para incluir el enfoque de equidad en el proceso de toma de decisiones y para mejorar la asignación de recursos en aras de una mayor equidad social y en salud. Sin duda un gran reto reside en la incorporación de nuevos actores en la arquitectura de los procesos de planeación, evaluación y regulación de las acciones de gobierno, para que se entienda la construcción de políticas desde la participación ciudadana. Una de las conclusiones de la reflexión llevada a cabo en el marco de EUROsociAL es que abordar las inequidades requiere otra forma de gobernar, para situar la reducción de las inequidades como foco prioritario de las políticas del gobierno y como horizonte de transformación social. Los observatorios de equidad deberían ser pensados como instrumentos de acción política, para mejorar la calidad de las políticas públicas desde una perspectiva integral de derechos humanos y sociales, en aras de construir estados sociales de derecho y sociedades fundadas en el bienestar y la justicia social. Se espera que futuras iniciativas regionales y de cooperación internacional puedan perseguir este rumbo.

PERFILES BIOGRAFICOS DE LOS PONENTES DE LA REUNION DE MEXICO SOBRE LA TOMA DE DECISIONES PARA LA EQUIDAD EN SALUD

El Dr. **Eugenio Villar** es medico con maestría de la LSHTM en Community Health in Developing Countries y con estudios de posgrado en Gobernanza y Desarrollo Humano en la Universidad Abierta de Cataluña. Es profesor Asociado en Salud Pública en la Universidad Cayetano Heredia de Lima, Perú. Empezó su desempeño en la OPS en 1988 como oficial en el programa de desarrollo de recursos humanos. Fue director de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud del Peru de 1990 a 1992 y desde 1992 en la OMS ocupa cargos de responsabilidad en relación a pobreza, desarrollo sostenible, equidad y determinantes sociales de la salud. Desde 2007 hasta la fecha coordina el equipo de determinantes sociales de la salud en la OMS en Ginebra.

La Dra. **Kira Fortune**, Ph.D, M.I.H, MA, B.Sc., tiene más de 15 años de experiencia en puestos relacionados con la salud pública, género y los determinantes sociales de la salud en África, Asia, Europa y América Latina. Cuenta con cuatro años de experiencia en una ONG, IPPF, en Londres. Además tres años de experiencia con UNICEF en Dar es Salaam, Tanzania, donde fue responsable del programa de Prevención materno/infantil de la transmisión del VIH. Cuenta con una amplia experiencia con el trabajo de los ONGs, instituciones académicas, tales como las organizaciones inter -gubernamentales con énfasis en la incorporación de la perspectiva de género, los determinantes sociales de la salud, y los derechos reproductivos, con temas generales en salud pública. Antes de trasladarse a Washington, D.C. fue responsable de la Red Internacional de Investigación en Salud en Dinamarca con el objetivo de conversión de la evidencia científica a las políticas. En 2008 se incorporó a la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud donde es responsable de los determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. Posee un grado de Maestría en Antropología, Desarrollo y Género y un doctorado en Sociología de la Universidad de Londres, Inglaterra. También obtuvo una Maestría en Salud Pública Internacional en la Universidad de Copenhague, Dinamarca.

La Dra. **Rita Ferrelli** es médico, especialista en salud pública y Magíster en *Primary Health Care at District Level*. Lleva experiencia decenal en atención primaria de salud en Italia y en Latinoamérica. Desde el 1996 en el Instituto Nacional de Salud de Italia (*Istituto Superiore di Sanità*) se ocupa de asistencia técnica y salud publica en programas de cooperación en salud en África, Asia y Latinoamérica. Es responsable científico del área temática de equidad en salud del programa EUROsociAL.

Armando De Negri Filho, Médico Epidemiólogo y Salubrista, de Porto Alegre, Brasil, es Miembro del Movimiento por la Salud de los Pueblos desde 2003. Ha sido Coordinador General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, del 2002 al 2004, Presidente de la Sociedad Internacional de Equidad por la Salud de 2004 al 2006 y actualmente es Coordinador del Comité Ejecutivo del Foro Social Mundial de la Salud y Seguridad Social y Coordinador de la Red Brasilera de Cooperación en Emergencias. Asesor Internacional en políticas y sistemas de salud, ha trabajado en la asesoría de gobiernos locales y nacionales y participado activamente en el desarrollo de movimientos políticos y sociales alrededor del tema de salud y la seguridad social en varios países del mundo, con especial énfasis en Latino América. Ha sido uno de los coordinadores de la I Conferencia Mundial Sobre el desarrollo de Sistemas Universales de Seguridad Social, realizada en Brasília en 2010. Profesionalmente coordina el LIGRESS – Laboratorio de Innovación en Planificación, Gestión, Evaluación y Regulación en Políticas y Sistemas de Salud del Hospital del Corazón en São Paulo – Brasil, coordinando proyectos de investigación, formación y asesoría para el desarrollo institucional de Sistema Único de Salud de Brasil.

Juan Garay Amores es de origen español, licenciado en medicina, y con especialidades en medicina interna, enfermedades infecciosas y salud pública. En los años 80 y 90, combinó actividades clínicas, de salud pública, investigación y desarrollo de programas de salud en diferentes países de Europa, África y América, y tanto con ONGs como con universidades y gobiernos. En el año 2002, se incorporó a la Unión Europea, coordinando las políticas y programas de salud en la cooperación de la Unión Europea para el desarrollo. Ello lo llevó a profundizar las raíces de la salud en el área de derechos humanos, coordinando el desarrollo de la política de derechos de la infancia en la acción externa y del enfoque multisectorial de la salud, y coordinando también el desarrollo de la política europea de salud global. En los últimos tres años, ha ido

cambiando el énfasis de su trabajo en países de renta baja en África, al de la cooperación con Latinoamérica, coordinando acciones en cooperación regional en el área de salud y cohesión social. En paralelo a sus responsabilidades en la Unión Europea, Juan Garay es profesor de salud global en Granada y en Madrid, asesor del Instituto Sudamericano de Gobernanza en Salud, y profesor invitado en Berkeley, donde realiza investigación y docencia en relación a las métricas de la equidad social y en salud. Ha asumido sus funciones como Jefe de Cooperación en la Delegación de la Unión Europea en México, con el rango de Ministro Consejero, desde el 1° de mayo de 2013

David Chiriboga, MD, MPH, es un médico y académico Ecuatoriano, con larga trayectoria de trabajo en poblaciones indígenas en atención primaria en salud, servicios hospitalarios, salud pública y administración de salud. Sirvió como Ministro de Salud Pública de Ecuador (2010-2012), donde dedicó sus esfuerzos a la reforma estructural institucional del Ministerio de Salud Pública, con la creación de dos Viceministerios y cuatro Subsecretarías, incluyendo la nueva Subsecretaría de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, la Unidad de Economía de la salud, así como la creación del Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación, y por otro lado, el establecimiento de la Red Pública Integral de Servicios de Salud para garantizar acceso universal, con la creación del nuevo sistema de distritos de los servicios de la red de salud. El Dr. Chiriboga fue Presidente Pro-Témpore del Consejo de Salud de UNASUR (2010-2011) donde aprobó el Plan Quinquenal de Salud de UNASUR, incluyendo cinco áreas clave: Sistemas de salud universales, Determinantes sociales de la salud, Escudo epidemiológico, Acceso a medicinas, y Gobernanza en salud, y aprobó los estatutos del nuevo Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud. Actuó como Vicepresidente durante la 63ra Asamblea Mundial de la Salud y fue miembro del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, donde participó en los debates sobre la reforma de dicho organismo. Su trabajo actual e intereses incluyen equidad en salud, el desarrollo de sistemas de salud universales sostenibles y el diseño e implementación de estrategias preventivas multisectoriales.

Oscar Cetrángolo es Licenciado en Economía graduado en la UBA y Master of Philosophy (Estudios de Desarrollo) en la Universidad de Sussex (IDS), Reino Unido. Actualmente se desempeña como Director de la Maestría en Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, investigador del Instituto Interdisciplinario de Economía Política de la UBA y de UNTREF. Es Profesor Titular de Finanzas Públicas en la UBA. Es miembro del Consejo de Orientación de EUROsociAL. Entre 2001 y 2011 se desempeñó como Experto en Políticas Públicas de la CEPAL. Previamente fue Subsecretario de Relaciones con las Provincias del Ministerio de Economía, ocupó diversos cargos en el sector público argentino, fue consultor de varios organismos internacionales (OIT, OPS, BID, Banco Mundial, PNUD) y es autor de numerosos trabajos sobre políticas públicas, en especial tributación, seguridad social, salud y federalismo.

Juan Carlos Rivillas actualmente se desempeña como Coordinador de los Observatorios Nacionales en Salud desde el Grupo de Gestión de conocimiento en la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Adelantó sus estudios de posgrado en epidemiología, economía de la salud y sistemas de salud en Colombia, Italia, Suiza y China. Sus áreas de trabajo e investigación son salud global, análisis comparativo de sistemas de salud, política y economía de la Salud; Determinantes Sociales de la Salud, sistemas de monitoreo de la equidad y gestión de conocimiento.

Cesar Gamboa es Médico Cirujano, Maestría en la Universidad de Henares, España en Dirección y gestión de servicios de Salud y Maestría en Gerencia de la Salud, Instituto Centroamericano de Administración Pública, Costa Rica. Ha ocupado los cargos de: Médico de Equipo Básico de Atención Integral de Salud; Director Regional del Ministerio de Salud de Costa Rica; Director General de Salud, Ministerio de Salud; Jefe de Unidad de Análisis de Situación de Salud; Jefe de Unidad de Evaluación de Impacto de Acciones en Salud; Vice Ministro de Salud de Costa Rica.

Bernardo Martorell es médico de la Universidad de Chile y magíster en salud pública de la Universidad de Harvard. En Chile se ha desempeñado como médico clínico, consultor en materias de sistemas y economía de la salud, académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Director de un hospital comunitario de atención primaria en un sector rural y Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos. Actualmente dirige la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud y es académico del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello. En su trayectoria laboral ha

publicado y trabajado en múltiples proyectos, de gestión y de investigación, buscando siempre aportar a mejorar la equidad y sustentabilidad de los sistemas sanitarios.

Juan Pablo Gutiérrez es director de Estadística del CIEE en el Instituto Nacional de Salud Pública, y Presidente del Comité Técnico de la Comisión Estatal de Evaluación del Estado de Morelos. Nutriólogo por la UAM-Xochimilco, Economista de la Salud por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), y Doctor en Salud y Políticas Públicas por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM). Sus principales áreas de investigación son la evaluación integral de programas y políticas sociales, la cobertura universal en salud y acceso efectivo, y el análisis de los comportamientos de riesgo, en particular entre adolescentes. En estos temas ha desarrollado análisis relacionados con las heterogeneidades en resultados que se relacionan con inequidades sociales.

Yuleika Rodríguez Calviño es Doctora en Medicina graduada en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Gral. Calixto García Íñiguez ", Ciudad de la Habana, Cuba. Ha desarrollado la Maestría en Salud Pública y Salud Global de la Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Entre los cargos y responsabilidades desempeñadas durante su paso por los diferentes niveles de gestión del Ministerio de Salud destacan los de: Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis a nivel local Lima –Perú; Coordinadora del proceso de categorización de establecimientos públicos y del Sistema de Referencia y Contrareferencia a nivel de Dirección de Salud Lima Sur-Perú; Directora de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud a nivel de Dirección de Salud Lima Sur-Perú; Equipo técnico de la Dirección General de Promoción de la Salud-MINSA responsable de elaborar la propuesta de los programas presupuestales con enfoque de resultados en el marco del proceso de programación y formulación presupuestaria 2012 (PPR-2012)-Lima Perú; Especialista en Tuberculosis del Proyecto de la VIII Ronda "Haciendo la diferencia: consolidando una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú" de la Octava Ronda Fondo Mundial, a cargo del PARSALUD II; Coordinadora del Área de Evaluación y Gestión de Evidencias del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD II del Ministerio de Salud del Perú.

El Dr. **Humberto Ruocco** es Director General de Coordinación del Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Entre 2010 y 2015 se desempeñó como Director Administración de Personal – Intendencia de Montevideo, Presidente del Comité de Dirección del Proyecto Compromisos de Gestión y como Presidente del Comité de Dirección del Proyecto Reingeniería SGH. Entre 2006 y 2008 fue Presidente del Comité de Coordinación Técnica del Programa de Apoyo a la Transformación del Servicio Civil, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. También ocupó cargos como Miembro Alterno del Consejo Directivo del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo y como Integrante titular de la delegación del gobierno nacional ante la Negociación Colectiva.