



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

32.^a sesión, 25 y 26 de marzo de 1999

Punto 8 del orden del día provisional

SPP32/8 (Esp.)
26 febrero 1999
ORIGINAL: INGLÉS

LA SALUD Y SU CONTRIBUCIÓN AL ALIVIO DE LA POBREZA

En este documento se examina la relación entre la pobreza y la salud en América Latina y el Caribe con la finalidad de promover una función más pertinente para el sector de la salud en la formulación y ejecución de estrategias multisectoriales contra la pobreza a los niveles regional y nacional. Se examina aquí la base conceptual de la relación mutua entre la pobreza y la mala salud, se hace hincapié en la relación entre la pobreza y la situación sanitaria y se examina el impacto que tiene la pobreza sobre el acceso y el pago por los servicios de atención de salud. Se resumen las iniciativas recientes encaminadas a proteger la salud de los pobres en las Américas y se presenta un recuento de la labor realizada por la OPS/OMS en este campo, indicando prioridades de políticas de salud contra la pobreza para cuya formulación y ejecución, la OPS debe apoyar a sus Estados Miembros.

Se pide al Subcomité de Planificación y Programación que evalúe la labor que la OPS ha llevado a cabo hasta el presente en cuanto a la contribución del sector de la salud a la reducción de pobreza, y formule recomendaciones sobre las prioridades de políticas y estrategias propuestas contra la pobreza y su promoción por la OPS dentro del marco de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo.....	3
1. Introducción.....	5
2. Situación sanitaria y pobreza.....	8
3. Acceso y financiamiento de la atención de salud y sus consecuencias para los pobres	11
4. Iniciativas que se centran en la salud de los pobres de las Américas.....	13
4.1 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).....	15
4.2 Banco Mundial	15
4.3 Banco Interamericano de Desarrollo (BID).....	16
4.4 Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID).....	16
4.5 Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)	16
4.6 Fundación Rockefeller	16
5. Apoyo de la OPS/OMS a las políticas de salud en favor de los pobres.....	17
5.1 Análisis de la situación.....	17
5.2 Análisis de políticas, promoción de la causa y desarrollo	17
5.3 Promoción de la investigación.....	17
5.4 Difusión de información.....	18
6. Futuras prioridades de políticas de salud contra la pobreza.....	18

RESUMEN EJECUTIVO

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe continuamente están intentando resolver los retos que plantea la reforma de sus sistemas de atención de salud en respuesta a los cambiantes factores económicos, el aumento de la demanda de atención de salud, el incremento de los costos de la atención, las limitaciones de recursos y la incapacidad de una parte considerable de la población para sufragar los costos de la atención de buena calidad. Muchos de los esfuerzos actuales de reforma están motivados por la urgencia percibida de mejorar la eficacia y la eficiencia del sector de la salud. En este entorno, es aun más necesario corregir las desigualdades existentes en el estado de salud y en la utilización y el pago de los servicios de atención de salud, y para asegurar que la reforma no aumente las inequidades que afectan especialmente a quienes son más vulnerables en la sociedad.

La pobreza se ha definido como la incapacidad para lograr un nivel de vida mínimo, debido a la falta de ingresos y activos en cantidad suficiente, así como de otras capacidades. La relación entre la pobreza y la salud se estableció hace mucho tiempo. Aunque el mejoramiento del estado de salud de una población debería, en principio, ayudar a reducir la pobreza, esta vinculación no siempre se reconoce. La pobreza suele medirse por el denominado umbral de pobreza, que representa el nivel de ingresos requerido para satisfacer las necesidades básicas de los miembros de la familia.

Las Américas tienen el desnivel de ingresos más alto entre las diversas regiones del mundo. El padrón de concentración de los ingresos ha experimentado tendencias muy diferentes durante los tres últimos decenios. Los datos de la CEPAL indican que el coeficiente de Gini aumentó en dos terceras parte de los países latinoamericanos durante los dos últimos decenios, lo que revela que la distribución de los ingresos empeoró en ese período. Otras condiciones que afectaban a los pobres también se deterioraron durante los años noventa. Varios estudios han revelado que, en todo el mundo, los pobres tienen en general una carga de morbilidad mayor y tasas de mortalidad más altas que los que no son pobres, a pesar del aumento del ingreso promedio o de las intervenciones de políticas destinadas a reducir tales desigualdades en las sociedades respectivas.

Debido a su mayor morbilidad y riesgo de mortalidad, las personas pobres tienen mayor necesidad de acudir a los servicios de atención de la salud. Sin embargo, la falta de recursos dificulta el acceso de las personas pobres a esos servicios. Aun cuando tengan acceso a la atención de salud, les resulta más difícil recuperarse de la enfermedad debido a que tienen mayores carencias nutricionales, un estado inmunitario deteriorado y peores condiciones de vida. Es más, la calidad de los servicios de salud en las zonas que atienden a los pobres es baja. Todo esto tiene consecuencias sobre la capacidad de los pobres para pagar el costo de la atención de salud adecuada.

Hay muchas iniciativas en curso en la Región encaminadas a proteger la salud de los pobres promovidas por los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, los organismos de cooperación bilateral o las ONG. La mayor parte de ellas está dedicada a analizar las relaciones entre la pobreza y la salud o a preconizar políticas de salud en favor de los pobres. Las iniciativas por país incluyen generalmente actividades del sector de la salud o multisectoriales dirigidas a los pobres.

La OPS/OMS ha realizado diversas actividades en temas relacionados con la pobreza y salud durante años recientes, como parte de su esfuerzo para promover la equidad en la salud y en la atención de salud. Para algunas de estas actividades, los temas de pobreza y salud son el objetivo central mientras para otras, el tema está implícito. Las actividades han incluido análisis de la situación, promoción y formulación de políticas, adiestramiento, promoción de la investigación y difusión de información.

Tanto la OPS como la OMS están colocando los temas de equidad en la salud y pobreza entre sus prioridades en el futuro cercano. La necesidad de establecer prioridades de salud en favor de los pobres es previsiblemente mayor en las sociedades con mayores niveles de inequidad y menos recursos, como en las de América Latina y el Caribe. Como un medio para alcanzar su objetivo, la OPS debe apoyar a sus Estados Miembros en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud contra la pobreza centradas en:

- mejora de la medición de las desigualdades de salud entre grupos socioeconómicos;
- identificación de problemas de salud específicos de los pobres para abordarlos de manera coordinada;
- asignación de los subsidios públicos en la atención de salud para beneficio de los pobres;
- evaluación del impacto sobre la reducción de la pobreza de intervenciones específicas en materia de salud;
- movilización del apoyo de las ONG para aumentar y mejorar la atención de salud para los pobres;
- dotación de poder de decisión a los pobres mediante la promoción de su salud;
- promoción de la participación del sector de la salud en las iniciativas de reducción de la pobreza

1. Introducción

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe actualmente están reformando su sector de la salud en respuesta al incremento de la demanda, el aumento de los costos, las limitaciones de recursos y la falta de acceso a la atención de buena calidad de muchos de sus ciudadanos. Además de mejorar la eficacia y la eficiencia del sector de la salud, lo que es aún más importante es reducir las desigualdades en el estado de salud y la utilización y el financiamiento de la atención de la salud, velando por que la reforma no perjudique a los grupos sociales más vulnerables. Las premisas fundamentales son que la salud es un indicador del bienestar de una población¹ y su mejoramiento es fundamental tanto para corregir las desigualdades sociales como para promover el desarrollo económico.² En consecuencia, los gobiernos que asignan gran importancia a la salud intervienen con miras a corregir las fallas en el mercado que ocasionan el acceso desigual a la atención de la salud.³

La pobreza se ha definido como la incapacidad para lograr un nivel de vida mínimo, debido a la falta de suficientes ingresos, activos, y otras capacidades.⁴ Se mide comúnmente por el umbral de pobreza, que representa el nivel de ingresos requerido para satisfacer las necesidades básicas de los miembros de la familia. Un hogar es pobre cuando sus miembros no tienen ingresos suficientes para comprar una canasta básica de alimentos y otros bienes y servicios requeridos para satisfacer sus necesidades básicas. Cuando sus ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades nutricionales mínimas, los miembros de la familia se consideran sumamente pobres o indigentes. El umbral de pobreza urbano suele ser 100% más alto que la línea de indigencia, pero en las zonas rurales esta diferencia es de apenas 75%.⁵ Cuando se calcula para los países individualmente, como hace la CEPAL para América Latina, estas líneas miden la pobreza relativa. El Banco Mundial calcula que la pobreza absoluta está representada por ingresos inferiores a los \$370 por año—o \$1 diario—para todos los países del mundo.

¹ Townsend, P., N. Davidson, M. Whitehead. *Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide*. Harmondsworth. Penguin, 1990; WHO, *Health for All*, 1990.

² En. A., *Mortality as an indicator of economic success and failure*, Innocenti Inaugural Lecture, Florence, 1995; Strauss, J. and Thomas, D., *Human resources and empirical modeling of household and family decisions*, J. Behrman and T.N. Srinivasan (ed.) *Handbook of Development Economics*, Amsterdam, Holland, 1996. World Bank, *World Development Report*, World Bank, 1993.

³ Gertler, P.J. and Rose, E. *Collecting health information in multi-purpose household surveys*, World Bank Workshop on Increasing the Policy Relevance of LSMS surveys, World Bank, May 1997.

⁴ World Bank, *World Development Report – 1990: Poverty*, Washington, DC, 1990. Sen, A. K., *Equality of What?*, in McMurrin, S. (ed.) *The Tanner Lectures in Human Values. Volume 1*, Cambridge University Press and University of Utah Press, 1980. Mesa-Lago, Carmelo, *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, PAHO/Inter-American Foundation, PAHO Scientific Publication No. 539, 1992.

⁵ ECLAC, *Social Panorama of Latin America – 1996*, Santiago, Chile, 1996.

Los países de las Américas tienen la mayor desigualdad en los niveles de ingresos entre las diversas regiones del mundo. El cuadro 1 muestra que el quintil de ingresos más altos en América Latina dispone de una porción mayor de los ingresos nacionales que cualquier grupo equivalente en el mundo, mientras que ocurre lo contrario con los otros quintiles de ingresos. La razón de las porciones que van a los quintiles de ingresos más altos y más bajos en la Región es entre 1,8 y 2,7 veces mayor que la de otras regiones. Este modelo de la concentración de ingresos ha experimentado tendencias muy diferentes durante los tres últimos decenios. Según se observa en el cuadro 2, después de disminuir en 35% desde 1970 a 1980, la brecha en el poder adquisitivo entre los más pobres y el 1% de la población más rica de América Latina aumentó en 76% desde 1980 a 1995.

Cuadro 1: Distribución de los ingresos por quintiles y Regiones, 1990

Porcentaje por región						
Quintiles de ingresos	Norte de África Medio Oriente	América Latina	Asia Meridional	Asia Sudoriental	Europa del Este	Países de la OCDE
1	6,90	4,52	8,76	6,84	8,83	6,26
2	10,91	8,70	12,91	11,30	13,36	12,15
3-4	36,84	33,84	38,42	37,53	40,01	41,80
5	45,35	52,94	39,91	44,33	37,80	39,79
Brecha	6,57	11,71	4,56	6,84	4,28	6,36

Fuente: Adaptado de Deininger y Squire, *Measuring income inequality. A new database*, World Bank Economic Review, 1996

Cuadro 2: Polarización de ingresos en América Latina, 1970-1995

US\$ por año						
Subgrupos	1970	1975	1980	1985	1990	1995
1% más pobre	112	170	184	193	180	159
1% más rico	40.711	46.556	43.685	54.929	64.948	66.363
Brecha	363	274	237	285	361	417

Fuente: Londoño, J. L. and Szekely, M., *Persistent poverty and excess inequality: Latin America, 1970-1995*, IDB Working Paper Series # 357, 1997.

Según la CEPAL, el coeficiente de Gini aumentó en dos terceras partes de los países latinoamericanos durante los dos últimos decenios, lo que indica que la distribución

de los ingresos se tornó más desigual en ese período. Una proporción creciente de los niños de 14 a 15 años de edad ha terminado al menos seis años de escolaridad, pero la polarización interpaíses de este indicador entre los cuartiles de ingresos más altos y más bajos varía de 0,1 a 2,9. A pesar de un crecimiento constante en el acceso de una población al agua potable y al saneamiento básico, la polarización interpaíses de este indicador sigue siendo muy alta, tanto para el agua potable (0,1 a 1,9) como para el saneamiento básico (1,2 a 7,1). Al mismo tiempo, el porcentaje de mujeres de 20-24 años de edad que habían quedado embarazadas durante la adolescencia varió entre un 1% y un 13% en el cuartil de ingresos más altos y entre un 31% y un 83% en el cuartil de ingresos más bajos.⁶

La relación entre la pobreza y la salud se estableció hace mucho tiempo. La pobreza es un factor determinante clave del estado de salud de los individuos y las comunidades. Las personas pobres tienen menos recursos para gastar en alimentos, ropa o vivienda y otros componentes básicos del bienestar. Además, también tienden a tener menos acceso a la educación, al saneamiento y a la atención de salud. Esas carencias los hacen más vulnerables a la enfermedad y, una vez que caen enfermos, están menos capacitados para recuperar la salud. En consecuencia, en la medida en que es tanto evitable como injusta, la mala salud relacionada con la pobreza constituye claramente una inequidad.⁷

La mala salud también contribuye a la pobreza. Una persona enferma tiene una capacidad limitada para trabajar y tiende a ganar menos que una que está sana. La enfermedad también conduce a que los jóvenes sean menos productivos y desarrollen menos aptitudes de trabajo en la escuela que los estudiantes sanos. Asimismo, no pueden conseguir trabajos bien pagados por falta de formación. También las enfermedades en el hogar imponen cargas adicionales debidas a los costos de la atención de la salud y las medicinas, en particular si la familia no cuenta con la cobertura apropiada de un seguro médico o de una atención de calidad prestada por servicios públicos.

A pesar de la creencia de que el mejoramiento de la situación de salud de una población debería, en principio, ayudar a reducir la pobreza, tal efecto se reconoce poco o no se reconoce en absoluto debido a por lo menos dos razones. En primer lugar, debido a que en general el sector de la salud busca combatir la mala salud y no las consecuencias socioeconómicas más amplias asociadas con el mejoramiento de la salud, habitualmente no evalúa ni divulga sus contribuciones a la reducción de problemas sociales tales como la pobreza. En segundo lugar, las autoridades y los expertos responsables de las estrategias contra la pobreza no siempre aprecian el impacto que tiene la salud sobre la mitigación de la pobreza gracias a los beneficios de la educación o del empleo, por ejemplo. No resulta

⁶ ECLAC, 1996, tables V.3, V.7 and V.9; ECLAC, 1997, tables V.3.4 and 23.

⁷ Whitehead, Margaret, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, EURO/WHO, 1991.

sorprendente entonces que la función atribuida al sector de la salud en estrategias multisectoriales y contra la pobreza sea a menudo marginal y mucho más restringida de lo que cabría esperar.⁸

2. Situación sanitaria y pobreza

Varios estudios han revelado que, en todo el mundo, los pobres tienen en general una carga de morbilidad y tasas de mortalidad mayores que las de quienes no son pobres. Uno de los estudios más famosos sobre la historia de la salud y la pobreza es el Black Report sobre el estado de salud en Inglaterra.⁹ Allí se indicaba que entre 1930 y 1970 se había ampliado la brecha en las tasas de mortalidad de ricos y pobres; y que las personas no calificadas o con pocas calificaciones tenían probabilidades mucho más altas de morir prematuramente que sus contrapartes en los grupos profesionales. Desde entonces los estudios efectuados en otros países han confirmado que estas desigualdades han persistido o siguen aumentando, a pesar de un aumento en el ingreso promedio o en la salud pública y otras intervenciones de políticas destinadas a reducir tales desigualdades en las sociedades respectivas.

¿Cuál es entonces la “fuente” crítica de las disparidades en el estado de salud de los pobres y los no pobres? Algunos estudios se centran en la educación.¹⁰ Otros estudios examinan las condiciones físicas de trabajo, la situación del mercado de trabajo, o los factores reales relacionados con la situación ocupacional como, grado de estrés o tedio.¹¹ Otros analistas mencionan los niveles de ingresos y la distribución de los ingresos.¹² Otros apuntan hacia las influencias peculiares del sexo, la raza y cultura. Una encuesta de salud en los Estados Unidos indicó que el estado de salud en algunas comunidades donde residen principalmente afroamericanos es tan precario como en algunos países africanos con niveles de salud relativamente altos.¹³ No obstante, no está claro cuál es el “marcador” y cuál es la “causa”. ¿Explican estos factores independientemente las

⁸ Inter American Development Bank, *Economic and Social Progress in Latin America 1998-1999: Facing Up Inequality in Latin America*, Washington, DC, 1998; World Bank, op. cit.; ECLAC, *Social Panorama of Latin America – 1997*, Santiago, Chile, 1997.

⁹ Black, Sir Douglas, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend. *Black Report: Inequalities in Health*. Penguin Books. 1982.

¹⁰ Roisin, P., T.J. Peters, M. R. Robling. *Factors associated with health behavior among mothers of lower socioeconomic status: A British example*. *Social Science and Medicine*. 1993; 36(9): 1137-1144.

¹¹ Ross, C., & Bird. *Sex stratification and health life-style: Consequences for men and women's perceived health*. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1994; 35: 161; Blaxter, Mildred & Tavistock Routledge. *Health and Lifestyles*. London and New York. 1990; Arber, Sara. *Comparing inequalities in women and men's health: Britain in the 1990s*. *Social Science and Medicine*, 1997; 44(6): 773-878; Bartley, M., L Carpenter, K. Dunnell, R. Fitzpatrick. *Measuring inequalities in Health: An Analysis of Mortality Patterns using Social Classifications*. *Sociology of Health and Illness*. 1996; Vol. 18(4).

¹² Quick, A. & R. Wilkinson. *Income and Health*. London, *Socialist Medical Association*. 1991; Duncan Greg. *Income Dynamics and Health*. *International Journal of Health Services*. 1996; 26(3).

¹³ Hahn, R., E. Baker, N. Barker, S. M. Teutsch, W.A. Sosniak, N. Krieger. *Poverty and death in the US*. *International Journal of Health*. 1996; 26(4).

variaciones en el estado de salud y más concretamente las desigualdades en materia de salud? ¿Está la raza vinculada a la situación económica?

No obstante, hay poco desacuerdo acerca de los efectos más concretos de la pobreza y las privaciones sobre las condiciones de salud. Por ejemplo, se ha mostrado que los países con menor dispersión en la distribución de los ingresos y los niveles más bajos de pobreza, como Suecia, tienen en general tasas de esperanza de vida más alta que los países que tienen un PIB per cápita mayor, pero con desigualdades más grandes de ingreso, como los Estados Unidos. Este resultado está apoyado por comparaciones similares para América Latina.¹⁴ También se sabe que el grado de afluencia o pobreza en las condiciones de la vida familiar influye significativamente en el estado de salud autoevaluado.¹⁵ De la misma manera, el efecto temprano de un desarrollo fetal inadecuado sobre el estado de salud en la edad adulta está vinculado a las privaciones materiales de la madre. De esta forma, "la programación inicial de la vida" en condiciones de privación y "desventaja socioeconómica continua" es interactiva y acumulativa.¹⁶

En años recientes se ha prestado mucha atención al posible papel que desempeña el estilo de vida en la mala salud. Este enfoque tiende a alejar la atención de las condiciones de pobreza, la carencia de hogar y otros arreglos sociales "negativos".¹⁷ En realidad, varios estudios revelan claramente que los grupos de niveles socioeconómicos más bajos tienen mayores probabilidades de adoptar comportamientos peligrosos para la salud.¹⁸ En consecuencia, el ambiente adverso en el cual viven las personas económicamente desfavorecidas, especialmente durante la niñez, contribuye a la presencia de factores de riesgo perjudiciales.¹⁹ Por otro lado, los factores del estilo de vida como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física, la presión arterial y el nivel de colesterol en la sangre explican solo de 25% a 35% de las diferencias en el nivel de mortalidad atribuidas al empleo.²⁰ Finalmente, el ajuste de los factores de riesgo como tabaquismo, niveles de colesterol y la inactividad física redujeron el efecto de la pobreza sobre las mujeres en 46%, pero no tuvo ninguna repercusión sobre los hombres.²¹

¹⁴ PAHO, 1996.

¹⁵ Arber, 1997.

¹⁶ McIntyre, S. *The Black Report and Beyond*. Social Science and Medicine 1997, 44(6).

¹⁷ Mechanic, D. *Social research in health and the American socio-political context*. Social Science and Medicine. 36: 95-102.

¹⁸ Hertzman, C., *Where are the differences which make a difference*, CIAR Population Health Working paper #8, 1996.

¹⁹ Barley, M., Carpenter, L., Dunnell, K. and Fitzpatrick, R., *Measuring inequalities in health: an analysis of mortality patterns using social classifications*, Sociology of Health and Illness 18 (4), 1996.

²⁰ Krieger, N. and Moss, N., *Accounting for the public's health: an introduction to selected papers from the U.S.A Conference on Measuring Social Inequalities*, International Journal of Health Services 20:3, 1996.

²¹ Hahn, R., Baker, E., Baker, N., Sosniah, W.A. and Krieger, N., *Poverty and death in the USA*, International Journal of Health Services, 20: 3, 1996.

Lamentablemente, pocos estudios en la Región presentan datos comparables acerca de las diferencias en materia de salud entre los grupos sociales de cada país. Los más pertinentes de estos estudios son: a) las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) patrocinadas por la USAID que abarcan 13 países;²² b) las Encuestas de Medición de Niveles de Vida (LSMS) iniciada por el Banco Mundial, que ya se han hecho para 10 países;²³ c) la Encuesta sobre Pobreza y Distribución de los Ingresos, iniciada por el Banco Interamericano de Desarrollo en Colombia y Barbados, y d) la Encuesta de Evaluaciones de la Pobreza y los Sectores Sociales en el Caribe, patrocinada por el Banco de Desarrollo del Caribe en Belice y los países del Caribe Oriental.

Las tendencias generales que surgen de estas encuestas pueden resumirse del siguiente modo: a) los pobres son a menudo menos saludables que los ricos (basado en datos de mortalidad de las DHS); b) los pobres a menudo son menos saludables y ocasionalmente más saludables que los ricos (sobre la base de las autoevaluaciones de la salud de las LSMS); c) los pobres tienen menores probabilidades que los ricos de buscar atención de salud cuando están enfermos; d) si bien hay variaciones de un país a otro, los pobres tienden a buscar atención principalmente en establecimientos públicos y los ricos acuden a los privados; y e) los subsidios del gobierno basados en el uso de los hospitales públicos suelen favorecer más a los ricos que a los pobres.

En la medida en que muestren diferencias o semejanzas en la situación sanitaria a través de los diversos grupos socioeconómicos de la población, los resultados de estas encuestas pueden usarse para: a) identificar qué grupos sociales están sufriendo problemas de salud, adoptando comportamientos de riesgo y utilizando los servicios de atención de salud; b) decidir si se requiere con urgencia o no una intervención u otra solución; c) orientar intervenciones para prevenir la enfermedad o promover el estado de salud de toda la población o sus subgrupos; d) orientar los programas de salud de manera que protejan más eficazmente a los grupos más vulnerables; y e) evaluar el impacto probable de los programas sobre cambios en los resultados de salud y en comportamientos peligrosos.

Los resultados provisionales del proyecto OPS/PNUD/Banco Mundial/ISEP/EquiLAC/ indican que el análisis de las vinculaciones entre la pobreza y la salud utilizando las encuestas domiciliarias plantea algunos retos relacionados con el tamaño de la muestra y la medición específica del estado de salud.²⁴ Hay razones para aumentar el

²² Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago.

²³ Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela.

²⁴ PAHO/UNDP/World Bank, *Equity, Poverty and Health in Latin America and the Caribbean – Final Report of the EquiLAC-IHEP Project*, Washington, DC, forthcoming, 1999; Campino, A.C.C., Diaz, M. D., Paulani, L.M., Oliveira, R.G., Piola, S. & Nunes, A., *EquiLAC/IHEP Country Report: Brazil*; Lasprilla, E., Granda, J., Obando, C., Encalada, E. & Lasprilla, C., *EquiLAC/IHEP Country Report: Ecuador*; Theodore, K., Stoddard, D.,

tamaño de la muestra de estas encuestas y para utilizar datos de panel. Además, el hecho de que la salud sea multidimensional hace de la incidencia autoreportada de enfermedades o lesiones en las encuestas domiciliarias su característica más dudosa. Los resultados que no coinciden con lo previsto, según los cuales los pobres notifican menos enfermedades que los no pobres, quizá se deba a la subnotificación o a la aparición de la enfermedad en una etapa relativamente posterior, fuera del período de la encuesta.

Estos resultados mixtos en cuanto a las enfermedades autoreportadas ya se han señalado a la atención mediante la reevaluación de las metodologías de las encuestas, ya que encuestas similares efectuadas en países de la OCDE han demostrado que la situación de salud autoreportada y la observada externamente tienden a corresponder con mayor exactitud. Para superar este problema, quizá sea necesario usar medidas objetivas como la mortalidad, el estado antropométrico, el funcionamiento físico directamente observado, el diagnóstico clínico, y la actividad cotidiana observada. Un estudio propuesto de las inequidades de salud en las Américas usará las medidas antropométricas estratificadas por subgrupos socioeconómicos, por sexo y geográficos.²⁵

3. Acceso y financiamiento de la atención de salud y sus consecuencias para los pobres

Debido a su mayor morbilidad y riesgo de mortalidad, las personas pobres tienen mayor necesidad de los servicios de atención de salud. Sin embargo, la falta de recursos dificulta el acceso de las personas pobres a los servicios. Aun cuando obtengan acceso, es más difícil para ellos recuperarse de la enfermedad debido a su estado nutricional e inmunitario deficiente y a las condiciones de vida. Es más, los servicios de salud son de baja calidad en las zonas que sirven a los pobres. Todo esto tiene consecuencias sobre la capacidad de los pobres para pagar el costo de la atención adecuada de salud. En muchos aspectos, las limitaciones debidas a la falta de recursos financieros son tan importantes como la falta de acceso geográfico o físico a los servicios.

Hay dos problemas interrelacionados de las mediciones en esta esfera, es decir, el cálculo adecuado de los modelos de utilización y la distribución del gasto de salud pública para proteger a los pobres. En cuanto al primer problema, las encuestas domiciliarias no obtienen datos completos sobre la utilización y el gasto. Los individuos, en particular aquellos con graves enfermedades, pueden haber recibido tratamiento por medio de contactos múltiples con proveedores múltiples. Esto conduce a una subestimación de los

Yearwood, A. & Thomas, W., *EquiLAC/IHEP Country Report: Jamaica*; Petrera, M., *EquiLAC/IHEP Country Report: Peru*; Barillas, E. & Valladares, R., *EquiLAC/IHEP Country Report: Guatemala*, PAHO/UNDP/World Bank, 1999.

²⁵ PAHO, *Multi-Center Project Proposal on Inequities in Health and Health Care*, Inter-Program Group on Equity and Health, Division of Health and Human Development, Washington, DC, 1999.

modelos de utilización entre los pobres y explica por qué la mayoría de los datos de las LSMS son estudios sobre el proveedor escogido. Además la incidencia de los beneficios calculada sobre la base de las LSMS posiblemente mostrará un mayor aumento en los gastos del gobierno porque la unidad del análisis es el hogar. Sin embargo, debido a que las familias pobres tienden a ser más grandes que las ricas, quizá haya necesidad de hacer correcciones para el sesgo en favor de los pobres en los datos.

Hay diferencias pronunciadas en el acceso y uso de los servicios formales de atención de la salud —hospital, consultorios y médicos—entre diferentes grupos sociales, económicos y étnicos. Las personas que no son pobres utilizan tanto los servicios públicos como lo hacen los pobres, pero utilizan mucho más los servicios privados en comparación con los pobres. Lo que no está claro es hasta qué punto la utilización de los sistemas de salud se basa en la percepción y no en la necesidad. El cierre de la brecha entre la necesidad o la percepción en asuntos de salud y el uso de los servicios de salud depende de la calidad y la cobertura de estos últimos.

Sin embargo, la necesidad por sí sola no conduce a la demanda de atención de la salud, ya que los estudios para África han revelado que los niños de familias de los grupos socioeconómicos de más alto nivel tienen mayores probabilidades de ser llevados a un establecimiento médico y por consiguiente, de recibir tratamiento, que los niños de las familias de las clases más bajas. Según los informes de LSMS, más de la mitad del 20% más rico recibió atención para enfermedades o lesiones notificadas, en comparación con solo una tercera parte del grupo más pobre. De la misma manera, los datos de las DHS en los años ochenta indican que 48% de las mujeres que tenían algún nivel de educación llevaron a sus hijos a tratamientos en comparación con un 34% de las mujeres que no habían recibido educación.²⁶

Los datos de las LSMS para América Latina y el Caribe indican que entre 10% y 18% del quintil más pobre acude a proveedores privados de asistencia sanitaria. Es mayor el número de pobres que de personas no pobres que utilizan los establecimientos de salud pública y la distribución del gasto muestra que los beneficios netos del gasto en salud pública van más a los pobres que a los no pobres. Esta experiencia es diferente de la de África donde los hospitales públicos y la atención primaria de salud benefician más a los ricos y en Asia donde solo los hospitales públicos favorecen más a los ricos. Sin embargo, para los países latinoamericanos en particular, los servicios de salud reciben un porcentaje mucho más pequeño del gasto gubernamental que África y Asia, posiblemente porque las prestaciones de salud de los sistemas de seguridad social son mucho mayores en los primeros.²⁷ También puede alegarse que ya que la seguridad social está concentrada en los

²⁶ Boerma, J.T., Sommerfelt, E. and Rustein, S.O., *Childhood mortality and treatment patterns in Demographic and Health Surveys*, Comparative Studies No. 4, IRD, MD, August 1991.

²⁷ PAHO/WHO, *Health in the Americas*, Washington, 1998.

trabajadores del sector formal de la economía, esto contribuye a que el impacto general del gasto gubernamental sea más regresivo.

Los gastos de atención de la salud por hogar varían según la ubicación, urbana o rural, la afiliación a un seguro, público o privado, la notificación de la enfermedad, el nivel de ingresos y la composición por sexo y por edad. Aunque en términos generales el gasto aumenta a la par del nivel de ingresos, el quintil más pobre actualmente dedica entre 7% y 10% de sus ingresos a costear gastos privados de salud. Debido a su marcada vulnerabilidad a casos imprevistos de mala salud que conducen al desempleo, a la pérdida de ingresos y a un mayor endeudamiento, los hogares pobres y hasta los no pobres pueden pasar a formar parte de los grupos que viven en extrema pobreza.²⁸ Al mismo tiempo, los mecanismos adoptados por los hogares pobres para superar crisis imprevistas de salud tienden a ser principalmente negativos, e incluyen la incapacidad para ahorrar y la venta de sus pertenencias.²⁹

Es necesario seleccionar mejor los grupos destinatarios y aumentar la prestación de servicios de atención de salud pública para aliviar esta carga en los pobres. Esto a su vez requiere encuestas más sistemáticas, específicas para cada país con miras a evaluar las diferencias entre pobres y ricos en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de atención de salud, racionalizar la prestación de los servicios, medir la incidencia de los beneficios del gasto público sobre la atención, y destinar los servicios de salud financiados por el sector público a quienes más los necesitan.

4. Iniciativas que se centran en la salud de los pobres de las Américas

Hay muchas iniciativas en curso en la Región que abordan los asuntos relacionados con la salud de los pobres. Algunas de estas iniciativas provienen de los países, aunque las organizaciones internacionales, los organismos de cooperación bilateral o las ONG patrocinan las otras. La mayoría de las iniciativas están dedicadas a analizar las relaciones entre la pobreza y la salud o a defender políticas de salud que beneficien a los pobres. Las iniciativas de países incluyen generalmente actividades del sector de la salud o multisectoriales destinadas a los pobres. Algunas de ellas han comenzado como proyectos de investigación, mientras que otras han sido intervenciones formuladas especialmente para reducir al mínimo los efectos que tiene la pobreza sobre la salud.

Entre estas iniciativas, en muchos países se llevaron a la práctica fondos sociales de emergencia desde mediados de los años ochenta para mitigar los efectos sociales

²⁸ Singh, B., *Health and poverty in the context of development strategy: a case study of Bangladesh*, in *Macroeconomics, Health and Development Series*, no. 26, Geneva, World Health Organization, 1997.

²⁹ Whitehead, M., *The Contribution of Health Policies and Improved Health to Poverty Alleviation and to the Reduction of Inequalities in Access to Health Services: Experiences from Outside Latin America and the Caribbean*, Report to the PAHO/UNDP/World IHEP/EquiLAC Project, 1998.

indeseables de los programas de ajuste estructural. Una vez superada la emergencia, los fondos de inversión social originarían redes de seguridad social a más largo plazo. Una evaluación inicial hecha por la OPS de estas experiencias indicó que su eficacia económica fue a veces mayor que sus efectos sociales y sanitarios. Además, la sostenibilidad a largo plazo de los fondos fue problemática, ya que su ejecución se basaba generalmente en mecanismos informales y en estructuras externas a las dependencias gubernamentales existentes.³⁰

Bolivia y Jamaica fueron los primeros países en llevar a la práctica esta experiencia y ambos países enseñaron muchas lecciones útiles al resto de la Región. Bolivia fusionó varios ministerios en un Ministerio de Desarrollo Social y ha destinado programas sociales a los ancianos, las madres y los niños. Jamaica ha acumulado la serie más larga y más uniforme de encuestas domiciliarias sobre condiciones de vida lo que proporciona una profusión de datos confiables esenciales para formular, ejecutar y evaluar políticas sociales innovadoras. Otros países han introducido enfoques innovadores a la mitigación de la pobreza, como el Programa de Solidaridad en México y la Comunidad Solidaria en Brasil. Ambos han tenido experiencias interesantes en movilización y seguimiento del apoyo de diferentes ministerios a proyectos de mitigación de la pobreza con una participación activa de las comunidades destinatarias.

Más recientemente, las reformas de segunda generación que siguieron al ajuste estructural dieron origen a las iniciativas de reforma del sector de la salud. Para finales de los años noventa, las Américas es la Región de la OMS con la proporción más alta de países que ejecutan algún tipo de reforma en su sector de la salud. El Banco Mundial, el BID, la OPS/OMS y otros organismos multilaterales y bilaterales han sido partícipes activos en el desarrollo de estas iniciativas.³¹

Una evaluación del impacto de estas iniciativas de reforma apenas se está empezando, como resultado de un compromiso regional adoptado dentro del contexto de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud celebrada en 1995. Por ahora basta con decir que las iniciativas de Reforma del Sector de la Salud han contribuido a poner el tema de la equidad en el programa del sector de la salud. También han generado una mejor apreciación y comprensión de las brechas en materia de equidad en la situación sanitaria y el acceso a la atención de la salud generadas por la pobreza y otros factores. Algunas veces hasta han llegado a sugerir políticas innovadoras que pueden ayudar a reducir aquellas brechas. Esto no significa que el problema de la equidad en la salud y la atención de la salud haya sido resuelto completamente en la Región.

³⁰ OPS/OMS, *Fondos y Programas de Compensación Social: Experiencias en América Latina y el Caribe*, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, Washington, D.C., 1992.

³¹ OPS/OMS Reunión especial sobre reforma del sector de la salud, Washington, D.C., 1995.

Al mismo tiempo, los países desarrollados de la Región han adoptado enfoques muy diferentes para tratar las inequidades relacionadas con la pobreza en materia de salud y atención de la salud que afectan a sus propias poblaciones. En el Canadá, tanto los pobres como los no pobres gozan de acceso universal a la atención de la salud financiada conjuntamente por el gobierno federal y provincial. En los Estados Unidos, los pobres reciben atención de la salud de MEDICAID, un programa destinado a ciertos grupos de la población financiado por fondos federales y estatales. Ambas experiencias son muy pertinentes para América Latina y el Caribe, aunque la atención de la salud poco puede hacer para corregir la pobreza sin la cooperación de otros sectores del desarrollo.

Los modelos universales como el del Canadá tienen mucho en común con las experiencias de Costa Rica, Cuba y el Caribe de habla inglesa. Al menos en principio, un enfoque universal es una solución muy conveniente para proteger la salud de los pobres y les da el acceso a la atención de la salud. Lamentablemente, la experiencia de la Región indica que los sistemas de salud aun siendo universales no son inmunes a la inequidad. Por otra parte, un enfoque destinado a los pobres en particular podría ser una solución conveniente para proteger a los pobres en los sistemas de salud mixtos o segmentados. A pesar de esto, la Región tiene muchos ejemplos de enfoques inadecuados destinados a los pobres que resultan en atención de salud de baja calidad subfinanciada que no logra compensar las inequidades de salud que afectan a los pobres.

Las organizaciones internacionales, los organismos bilaterales y las ONG han brindado un apoyo valioso a las iniciativas de salud en favor de los pobres en América Latina y el Caribe.

4.1 *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*

El Proyecto Regional sobre la Mitigación de la Pobreza ejecutado por CORDES, en el Ecuador, ha elaborado un análisis multisectorial de la pobreza que incluye la perspectiva de salud.³² Dicho proyecto está copatrocinando un estudio sobre la pobreza y la salud con la OPS y el Banco Mundial; y con el UNICEF prepara la evaluación de la resolución 20/20 de la Cumbre de Copenhague sobre el Desarrollo Social.³³

4.2 *Banco Mundial*

Un estudio sobre las inequidades, la pobreza y la salud basado en el enfoque Wagstaff-Van Doorslaer, que la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico adoptó para evaluar las desigualdades de salud entre sus países miembros a comienzos de los años noventa, está en marcha.³⁴ Recientemente se creó un grupo temático para

³² PNUD, *Programa Regional de Reducción de la Pobreza*, CORDES, Quito, Ecuador, 1998.

³³ UNDP/UNICEF, *Regional Evaluation of the 20/20 Initiative*, New York, 1998.

³⁴ World Bank, *EQUILAC: Inequalities in Health in Latin America and the Caribbean – A Comparative Analysis of Equity of National Health Systems*, HD/LAC, Washington, DC, September, 1998.

canalizar los intereses y los insumos de diversas divisiones en lo referente a la salud, la nutrición, la población y los temas de la pobreza. Se acaba de terminar un examen integral de estudios multipaís sobre la equidad, la pobreza y la salud.³⁵ La edición correspondiente a 2000/2001 del Informe sobre el Desarrollo Mundial se centrará en la pobreza, haciendo hincapié en las dimensiones de salud de la pobreza y su mitigación.

4.3 Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo ha creado recientemente una Unidad de Equidad y Análisis de la Pobreza que aborda diferentes dimensiones de la pobreza, en especial la recopilación y el análisis de los datos de la encuesta domiciliaria sobre niveles de vida. Su Informe de 1998/1999 sobre el Progreso Económico y Social en América Latina se dedicó al tema de las desigualdades, la mayoría de las cuales están relacionadas con la pobreza y tienen claras repercusiones sobre la salud y la atención de la salud.³⁶ Además, un proyecto conjunto con el Banco Mundial y OPS está analizando las desigualdades en la salud y la atención de la salud de la mujer, las cuales están estrechamente vinculadas con las desigualdades relacionadas con la pobreza.

4.4 Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID)

La USAID ha llevado a cabo estudios preliminares sobre la pobreza y la salud en América Latina (Chile y Paraguay, por ejemplo), como parte de una aplicación inicial del enfoque Wagstaff -Van Dorslaer, que se realiza a nivel mundial.

4.5 Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)

La ASDI ha lanzado una iniciativa especial sobre la Equidad en la salud y la atención de salud en cooperación con la OMS,³⁷ que se centra en las brechas en los ingresos, étnicas, de sexo, geográficas y de edad entre grupos sociales. Esta iniciativa incluye la promoción y el apoyo al análisis de políticas, promoción de la causa y desarrollo a nivel de país, regional y mundial, con la finalidad de abordar esas inequidades en la salud y la atención de la salud.

4.6 Fundación Rockefeller

La Fundación Rockefeller lanzó la Iniciativa Mundial para la Equidad en Salud que incluye estudios de casos teóricos y de país sobre diferentes dimensiones de la equidad en la salud así como promoción de las políticas destinadas a reducir las inequidades en el

³⁵ Gwatkin, D. R. and Fraguero, D., *Multi-Country Study Programs on Equity, Poverty and Health Under Way as of June 1998*, Banco Mundial, mimeo, Washington, DC, 1998.

³⁶ Inter American Development Bank, *Latin America Facing Up Inequality, 1998/1999. Report on Economic and Social Progress in Latin America*, Washington, DC, 1998.

³⁷ WHO/SIDA, *Equity in health and health care: a WHO/SIDA Initiative*, WHO, Geneva, 1996.

terreno de la salud. Al menos dos estudios de casos se refieren a países latinoamericanos (Chile y México).³⁸

5. Apoyo de la OPS/OMS a las políticas de salud en favor de los pobres

La OPS/OMS ha trabajado en asuntos relativos a la pobreza y la salud, tanto explícita como implícitamente, como parte de su promoción de la equidad en la salud y la atención de la salud. La División de Salud y Desarrollo Humano se encarga de la mayoría de estas actividades según el respectivo presupuesto bienal por programas.³⁹ A continuación se presenta un resume de estas actividades.

5.1 *Análisis de la situación*

Los datos básicos de la OPS incluyen ingreso nacional per cápita y gastos privados en atención de la salud según el nivel de ingresos por hogar. Se están proyectando estadísticas sanitarias con otros indicadores sociales en las jurisdicciones subnacionales. Los datos de la encuesta domiciliaria están almacenándose en una base de datos especial resultante de diferentes actividades sobre las inequidades en la salud y en la atención de la salud.

5.2 *Análisis de políticas, promoción de la causa y desarrollo*

El proyecto “Monitoring Health Sector Reform for Poverty Alleviation” se ha ejecutado en cooperación con el PNUD, CARICOM y el Banco de Desarrollo del Caribe.⁴⁰ Mediante este proyecto se están haciendo recomendaciones de políticas a los países del Caribe interesados en reducir el impacto negativo sobre los pobres de la descentralización del sector de la salud y de las reformas de financiamiento. También está promoviendo un intercambio fructífero de experiencias en materia de reforma del sector de la salud entre los países del Caribe y el Canadá. Un documento conjunto con la CEPAL propone políticas de salud equitativas que benefician a los pobres.⁴¹

5.3 *Promoción de la investigación*

El proyecto ISEP/EquiLAC patrocinado conjuntamente por la OPS, el PNUD y el Banco Mundial ha analizado la situación de los pobres en relación con el estado de salud y

³⁸ The Rockefeller Foundation, *Global Health Equity Initiative*, New York, 1998.

³⁹ OPS/OMS, Presupuesto bienal por programas 1998/1999, Washington, DC, 1997.

⁴⁰ PAHO/UNDP/CDB/CARCOM, *Managing Health Sector Reform for Poverty Alleviation*, PAHO, Washington, DC, 1998.

⁴¹ OPS/CEPAL, *Health, Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean*, PAHO Technical Paper #46, 1998.

⁴² Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica and Perú.

la utilización y el financiamiento de la salud en cinco países.⁴² Un estudio copatrocinado con el BID y la CEPAL sobre inversiones en el ámbito de la salud, el crecimiento económico y la distribución de los ingresos está a punto de terminarse. Un estudio en colaboración con la USAID, la Universidad de Harvard y Abt Associates calculó las Cuentas Nacionales de Salud, en especial los gastos de atención de la salud sufragados por los pobres, en ocho países.⁴³ La OPS, el BID y el Banco Mundial están efectuando otro estudio sobre las inequidades en el estado de salud y el acceso de la mujer a la atención de la salud, temas que están estrechamente relacionados con la pobreza. Finalmente, se han presentado propuestas de investigación de los estudios multicéntricos sobre las inequidades en la salud y las inequidades étnicas en la salud y la atención de la salud al Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS y la Fundación Kellogg, respectivamente.

5.4 Difusión de información

Varios libros y documentos acerca de las dimensiones de la pobreza relacionadas con la salud se publicaron y se difundieron en la Región. Los más pertinentes abarcaron temas como “En busca de la equidad”;⁴⁴ políticas compensatorias sociales y de salud que siguieron al ajuste estructural en los años ochenta;⁴⁵ prestación de atención de la salud para proteger a los pobres;⁴⁶ promoción de la equidad desde la perspectiva del sector de la salud;⁴⁷ selección de grupos destinatarios para los programas nutricionales y de salud con miras a proteger a los pobres.⁴⁸ Finalmente, los documentos de la OMS sobre salud, equidad y pobreza publicados tanto en Ginebra⁴⁹ como en Copenhague⁵⁰ se han difundido ampliamente en las Américas.

6. Futuras prioridades de políticas de salud contra la pobreza

Según las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, la búsqueda de la equidad en la salud es uno de los objetivos centrales del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el futuro

⁴³ Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana

⁴⁴ OPS/OMS, *En busca de la equidad*, Informe Anual del Director, Washington, DC, 1995.

⁴⁵ OPS/OMS, *Fondos y Programas de Compensación Social: Experiencias en América Latina y el Caribe*, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, Serie Salud y Desarrollo, Washington, DC, 1992.

⁴⁶ Mesa-Lago, Carmelo *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, PAHO/Inter-American Foundation PAHO Scientific Publication No. 539, Washington, 1992.

⁴⁷ De Kadt, E. & Tasca, R., *Promoting Equity: A New Approach from the Health Sector*, Health Policies Program, Washington, D.C., 1993.

⁴⁸ OPS/OMS y EDI/World Bank, *La Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina*, Programa de Políticas Públicas y Salud, Washington, D.C., 1997.

⁴⁹ WHO/ICO, *Macroeconomics, Health and Development Series*, Geneva, 1998; Braverman, P. *Monitoring Equity in Health: An Approach for Low-and-Middle Income Countries*. WHO, Geneva. 1998.

⁵⁰ Margaret Whitehead, *Los Concertos y Principios de la Equidad en la Salud*, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, Serie Documentos Reproducidos #9, 1991.

cercano.⁵¹ El proyecto de presupuesto por programas de la OPS para el bienio 2000-2001 incluye un proyecto que aborda especialmente los temas de la pobreza y la salud.⁵² En un discurso reciente en un seminario en el King's Fund, en Londres, la Directora General de la OMS, Dr. Gro Harlem Brundtland, deploró las consecuencias que sobre la salud tiene la pobreza y recalcó el compromiso de la Organización de hacer del sector de la salud un socio fundamental en los esfuerzos multisectoriales para la reducción de pobreza.⁵³ En consecuencia, el proyecto de presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2000-2001 contempla la promoción de un enfoque contra la pobreza y en favor de la equidad en los componentes de salud para el desarrollo, con el objetivo de abordar la salud en el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza.

La necesidad de establecer prioridades de salud que favorezcan a los pobres es mayor en las sociedades con más inequidades y menos recursos, como América Latina y el Caribe. Teniendo presente la meta de salud para todos, quienes deben recibir mayor atención son los más vulnerables y desaventajados; por ende, debe asignarse la máxima prioridad a abordar las desigualdades en salud que son injustas o inequitativas. Como una forma de alcanzar este objetivo, la OPS debe apoyar a sus Estados Miembros en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud contra la pobreza centradas en:

- mejora de la medición de las desigualdades de salud entre grupos socioeconómicos;
- identificación de problemas de salud particulares de los pobres para abordarlos de manera concertada;
- asignación de los subsidios públicos en materia de atención de salud al beneficio de los pobres;
- evaluación del impacto de la reducción de la pobreza de ciertas intervenciones de salud;
- movilización del apoyo de las ONG para aumentar y mejorar la atención de salud para los pobres;
- dotación de poder de decisión a los pobres mediante la promoción de su salud;
- promoción de la participación del sector de la salud en las iniciativas de reducción de la pobreza.

⁵¹ PAHO, *Strategic and Programmatic Orientations for the 1999/2002 Quadriennium*, 1998.

⁵² PAHO, *Program Budget Proposal for the Biennium 2000/2001*, Washington, DC, forthcoming 1999.

⁵³ Brundtland, G.H., *Public Health for a New Era*, Seminar at the King's Fund, London, UK, 1999.

⁵⁴ WHO, *Proposed Budget 2000-2001*, Geneva, 1999.