

Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud

Ana Gabriela N. Sena,¹ Jessie Schutt-Aine,¹ Jose Arenas² y Selinam Akaba¹

Forma de citar

Sena AGN, Schutt-Aine J, Arenas J y Akaba S. Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.42>

RESUMEN

Hoy en día la equidad es un objetivo central para la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este objetivo es el resultado de movimientos multidimensionales que tienen una historia y que sólo pueden comprenderse a la luz de las relaciones sociales que estructuran los procesos que llamamos de “salud”. De una preocupación por el comercio marítimo a un interés por los determinantes sociales de la salud, la OPS ha fortalecido sus esfuerzos por poner en el centro de sus acciones la idea de la equidad en salud como fin último. Se ha pasado de una idea de salud enfocada en el individuo, a una idea de salud para todas las personas, que contemple las diferencias de ser y hacer en el mundo. Estos cambios han producido políticas, análisis y estudios donde el género y la diversidad cultural son ejes transversales que deben ser contemplados en toda planificación y ejecución de políticas de salud en la Región de las Américas. En este artículo se analizan momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Región desde una perspectiva histórica.

Palabras claves

Cobertura universal de salud; determinantes sociales de la salud; diversidad cultural; equidad en salud; etnicidad; equidad de género; justicia social; vulnerabilidad social.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo e implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, según el contexto nacional. Esto significa también la implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

La equidad es un eje central en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2020–2025. Para lograr la equidad en salud, se han impulsado esfuerzos desde la OPS para transformar el acceso universal en acciones prácticas y medibles que beneficien a las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

A partir de textos sobre la historia de la OPS, informaciones publicadas en el sitio web dedicado a la celebración del

aniversario y discursos oficiales de directores y directoras de la Organización, en este artículo se presenta una narrativa con momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Región desde una perspectiva histórica.

Comenzando un largo camino hacia la equidad en salud

A lo largo de los años, el enfoque de la OPS se ha ampliado desde combatir enfermedades hasta mejorar la salud de todos los pueblos, con énfasis en la reducción de brechas e inequidades. Sin embargo, esta idea es producto de negociaciones, proyectos e incluso tensiones nacionales, subregionales y regionales. La preocupación por la equidad no estuvo presente en las ideas fundacionales de la OPS, y es difícil entender su rol protagónico sin dar una mirada a los intereses, preocupaciones y desafíos a los que se ha enfrentado la Organización.

¹ Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. ✉ Jessie Schutt-Aine schuttjes@paho.org

² Universidad de Maryland-Condado de Baltimore, Baltimore, Estados Unidos de América

La preocupación por la fiebre amarilla que azotó a los países de la Región hacia fines del siglo XIX y la necesidad de controlar la propagación de epidemias de un país a otro para proteger la salud de las personas y las economías llevaron a la creación de lo que hoy se conoce como la OPS. La expansión del cólera, la peste bubónica y la fiebre amarilla en los barcos de carga movilizó las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales a mediados del siglo XIX dando lugar, 40 años después, al reconocimiento de la importancia de las actividades de vigilancia epidemiológica y el consecuente establecimiento de sistemas mundiales de información que permitieron identificar los brotes. Esto permitió la consolidación de la higiene como forma de control y combate de enfermedades y, posteriormente en 1907, la creación de la Oficina de Higiene Pública en París, y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones en Ginebra después de la Primera Guerra Mundial. La 5ª Conferencia Sanitaria Internacional (1881) evidenció el interés de las Américas por un órgano internacional de salud, que sería fundado durante la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington D.C., en 1902, estableciendo así las bases de la Oficina Sanitaria Internacional que, años después, se convertiría en la Organización Panamericana de la Salud. En pocas palabras, una de las motivaciones para la creación de la OPS fue la búsqueda de una política pública en salud marítima eficiente y uniforme, basada en principios científicos y humanitarios, y que trabajara en conjunto con las actividades de comercio internacionales, proceso en el que la higiene portuaria fue protagonista (1); no en vano, en 1924 se creó el Código Sanitario Panamericano.

A mediados del siglo XX, el enfoque sanitario en el mercado marítimo dio espacio a una preocupación más general: "...la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes." (2) con énfasis en la idea de erradicar ciertas enfermedades contagiosas (1), principalmente aquellas que movilizaron las Conferencias Sanitarias Internacionales (p. ej., la malaria y la fiebre amarilla).

El crecimiento y fortalecimiento de las organizaciones y agencias internacionales, su mayor injerencia en la Región y la expansión paulatina hacia preocupaciones nuevas implicó la consolidación de enfoques diferentes, inclusive opuestos. En el caso puntual de la salud, las agendas de los organismos internacionales oscilaban entre dos posturas. Una de ellas, un enfoque basado en intervenciones médicas y de salud pública con énfasis en campañas verticales con objetivo en enfermedades específicas, con escasa preocupación por los contextos sociales. La otra, la comprensión de que la salud es un fenómeno social que requiere formas más complejas de acción intersectorial, vinculada con frecuencia con una agenda más amplia en el tema de la justicia social (3). En el caso puntual de la OPS, estas dos perspectivas pueden verse reflejadas en una preocupación por el desarrollo institucional de los servicios de salud gerenciados por profesionales (enfoque vertical) y en la priorización de las necesidades manifestadas por la comunidad y por sus propias contribuciones (1).

Los intereses desarrollistas de las Américas encontraron eco en la OPS que, en una transformación de su objetivo original a finales del siglo XIX, endosaba la idea de la centralidad de la salud para la producción-productividad contribuyendo además a la convivencia y al buen funcionamiento de las comunidades.

La política de la OPS procuraba basarse en los principios de que el desarrollo económico y el desarrollo social aparecen como protagonistas en una relación donde la salud no puede progresar en un vacío económico, y donde la economía no puede crecer en países con morbilidad excesiva (4).

Las críticas a los enfoques verticales en las diferentes regiones del mundo evidenciaban que el modelo no consideraba los problemas de salud prevenibles causados, entre otras cosas, por la pobreza y condiciones insalubres de nutrición y vivienda (1). Estas críticas se sumaron a estudios y a diversas experiencias, incluyendo las latinoamericanas inspiradas por la medicina social, para consolidar, en 1978, la Declaración de Alma-Ata, que rechazaba las inequidades en salud, reconocía a la salud como un derecho humano fundamental, y señalaba que su obtención –posible únicamente a través de un abordaje multi-sectorial–, es el objetivo más importante del mundo. Si hasta entonces la salud era un medio para el desarrollo económico, en esta declaración la salud es pensada como fin último (5). El enfoque ya no estaba en las enfermedades ni en las transacciones comerciales, sino en las personas y en las comunidades. Esta declaración delineó una estrategia de atención primaria en salud (APS) que buscaba afrontar el crecimiento de las inequidades en salud con el soporte del conocimiento científico pero con métodos socialmente aceptables y accesibles, con participación plena de la comunidad en los procesos de planeación, organización, operación y control, y con el protagonismo de profesionales locales de la salud, incluyendo parteras y terapeutas tradicionales.

Pese a los avances de esta perspectiva nueva, ella era ambiciosa y no estipulaba su operacionalización en términos financieros y estratégicos a la hora de construir alianzas con la sociedad civil, ni suponía un remplazo definitivo a los programas "verticales" de atención en salud (1). Así mismo, pese a su enfoque en la inclusión comunitaria y a que temáticas ambientales ya eran pautas internacionales, no se tuvieron en cuenta perspectivas de género, étnicas o ambientales.

El retorno del cólera a las Américas (1991) y el crecimiento avasallador del VIH (de 1987 a 1991) en la Región representaron desafíos inmensos para la salud pública, no solo por sus consecuencias para la población, sino también por el contexto socioeconómico en el que se insertaron. Crisis políticas y económicas abrieron la puerta a iniciativas reformistas enfocadas en la disminución del gasto público, la reducción del control estatal, el desmonte de los estados de bienestar y la implementación del libre mercado (6), lo que afectó principalmente a los países de América Latina, en los que las inequidades en todos los niveles seguían aumentando y a quienes se les exigía la adopción de las reformas como condición del financiamiento necesario. Aunque parezca paradójico, el documento fundacional de estas reformas reconoce la existencia de problemas en la equidad en las Américas, definiéndola como una distribución inequitativa de los beneficios de los servicios de salud y enmarcándola en un asunto eminentemente de financiación (7). Los modelos económicos implantados por estas reformas generaron obstáculos para la creación de políticas, y el énfasis en la adecuación de las políticas a la lógica del mercado redujo el acceso a servicios de salud para poblaciones en desventaja (3). En otras palabras, aumentaron las inequidades.

La OPS tomó para sí, por lo menos de forma parcial, aunque explícita, esta idea de equidad como un papel fundamental para el desarrollo económico. Hablaba de equidad como el

proceso de crear condiciones para que cada persona tuviera acceso a bienes y servicios que le permitieran mantenerse sana, logrando un bienestar compatible con el desarrollo de su sociedad. En el documento oficial enfocado en el tema, se estipuló que "... sin equidad no puede asegurarse la firmeza de ningún sistema económico." (8). La relación entre equidad y economía pasa por la relación con una preocupación antigua en la Región: el desarrollo. La relación entre estas esferas en el marco de las críticas a las reformas económicas y experiencias alternativas dibujan caminos que, sin dejar de lado la centralidad de la esfera económica, apuntan a un objetivo mayor. De hecho, el mismo documento señala que "... el desarrollo necesario ya no puede equipararse exclusivamente con lo económico, sino con el principio integral del desarrollo humano" (8). El documento concluye apuntando que la equidad es necesaria pues fortalece la democracia y conlleva a la estabilidad social aunque, claro, como medio para la generación de un ambiente propicio para las decisiones de inversión y producción. La idea de equidad consolidada en aquel momento tenía un énfasis económico contundente y otra de sus características era que estaba relacionada con las libertades personales, por no decir individuales.

No es un secreto que la aplicación de estas reformas en la Región fue dispar y encontró resistencias fuertes y críticas internas, sobre todo en la sociedad civil. Estas críticas, unidas a experiencias y estudios que mostraron el impacto de las condiciones sociales en la salud, la importancia de entender y trabajar sobre las causas estructurales y no solo sobre las consecuencias, el retorno a una larga tradición de medicina social (3), y la importancia de las relaciones colectivas y no solo de las decisiones personales, llevaron a la evaluación de las ideas de salud, desarrollo y equidad.

La salud dejó de ser pensada como la ausencia de enfermedad, y pasó de ser un medio para el desarrollo económico a ser un objetivo último que implicaba aspectos sociales, educativos, económicos y ambientales, entre otros. La preocupación por abordar las inequidades en salud implicaba que dichas inequidades estaban presentes en todas las esferas de la vida, tanto a nivel estructural como en la vida diaria, razón por la cual la idea de equidad no se limitaba más a las esferas económicas y del desarrollo, sino que implicaba la cotidianidad vivida por las poblaciones, desde el punto de vista colectivo. A continuación se abordará este proceso.

Equidad para todas y todos

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que significa la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediadas entre grupos de personas, ya sea que esos grupos estén definidos social, económica, demográfica o geográficamente, o por otras dimensiones de la desigualdad. La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas sino el resultado de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.

Sin embargo, como se mencionó, los esfuerzos para avanzar hacia el logro de la equidad en salud en la Región no empezaron de forma sistemática en los años recientes. En realidad, se remontan a finales del siglo XX, en respuesta al contexto económico, político y social del período. En un contexto de reformas gubernamentales encaminadas a reducir los déficits públicos,

la salud se percibía como un ámbito en el que había que mejorar la administración y la eficiencia, y reducir el costo para los gobiernos. Así, los líderes y lideresas de la salud pública en las Américas intensificaron su apoyo al principio de que la salud es un derecho de las personas más necesitadas al bienestar físico y mental, y un medio para alcanzar la equidad, no solo en salud, sino en todos los ámbitos sociales (1).

En este período, la OPS desarrolló el Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo en 1997 bajo la Unidad de Género, Etnicidad y Salud (actualmente llamada Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural) con el objetivo de promover e incorporar una perspectiva de género en los programas y proyectos de salud y desarrollo humano. Esto significaba mirar el desarrollo a través de "lentes de género" para comprender cómo la salud y el desarrollo de hombres y mujeres en los países se veían afectados de manera diferente debido al género. Algunos logros notables de esta fase fueron la colaboración interinstitucional con la Organización Mundial de la Salud en el tema de la salud reproductiva y en programas de salud, así como el diseño, el monitoreo y la evaluación de programas de salud pública que incluyen la perspectiva de género. Asimismo, la OPS impulsó la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud que logró presentar un glosario de indicadores, una colección de perfiles de salud de países, un sistema generador de tablas basado en la web y un sistema de información geográfica. Esto incluyó el trabajo sobre el desglose de datos por sexo, también con un énfasis en el origen étnico, que ha ganado terreno a lo largo de los años.

En la medida en que la OPS avanzaba hacia un nuevo milenio, continuaba enfrentando los desafíos de una sociedad cada vez más globalizada, trabajando para superar la fragmentación y la falta de continuidad en el sector de la salud pública y sus servicios, y defender el valor de la salud humana para el progreso socioeconómico sostenible (1).

En los años posteriores, la OPS se comprometió con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS) de las Naciones Unidas y el llamado a la acción colectiva que comenzó con la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria en salud y el objetivo de la salud para todos y todas. Fue un período donde hubo un avance importante hacia el empoderamiento de las mujeres (Objetivo de Desarrollo del Milenio 3). La OPS integró las perspectivas de género en su trabajo, con la publicación de la Política de Igualdad de Género en 2005 (9) e impulsó la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas para promover el reconocimiento y respeto por la sabiduría ancestral.

En 2009 se aprobó el Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009–2014 (10), que proporciona una hoja de ruta con indicadores de seguimiento para los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). El documento se basa en la premisa básica de que la incorporación de la perspectiva de género en el sector de la salud, dentro del marco más amplio de la equidad, puede contribuir significativamente al logro de la igualdad de género en la salud.

La OPS, además de fortalecer el compromiso con la igualdad de género, considerando mujeres, hombres y personas de género diverso, en su pluralidad étnico-racial, reiteró su compromiso con la diversidad cultural en salud, especialmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad en las Américas, tales como la población migrante, indígena y afrodescendiente. Del 2009 al 2014, se destaca también la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en la que

los Estados Miembros de la OPS se comprometieron a trabajar para garantizar que todos y todas, independientemente de los factores socioeconómicos, puedan recibir atención en salud cuando la necesiten. Uno de los resultados alcanzados fue la publicación de la Política de Etnicidad y Salud (13) en 2017, orientada a promover la salud intercultural de los pueblos de las Américas.

Además, la OPS ha publicado varias resoluciones, estrategias y planes de acción para orientar la cooperación técnica, incluyendo la Estrategia y Plan de Acción sobre etnicidad y salud (2019–2025), la Metodología de diálogos de saberes (18), el Plan de salud de la juventud afrodescendiente (19), el Plan de salud de la juventud indígena en América Latina y el Caribe (20), Salud de las personas afrodescendientes en América Latina (21) y el Informe final de la Comisión sobre Equidad en Salud (22).

Todas y todos no significa un trato igualitario ante situaciones desiguales

Las inequidades en materia de salud continúan siendo un reto mayúsculo en la Región de las Américas debido a condiciones estructurales propias de las sociedades y las instituciones, manifestándose en los determinantes sociales de la salud. Si bien la población en general se ve impactada por inequidades sociales, hay grupos de personas que están en situación de mayor vulnerabilidad: personas privadas de la libertad, personas que habitan en las calles, refugiados y migrantes; población LGBTQ+; y pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes, entre otros. Sumado a lo anterior, y tomando en cuenta las interseccionalidades¹ que las poblaciones en situación de vulnerabilidad pueden presentar (estratos sociales y económicos, clase social, nivel educativo, ingresos, empleo y ubicación geográfica, entre otros determinantes), hay cómo consecuencia una fuerte influencia en los resultados en salud.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud ayuda a identificar y minimizar los principales obstáculos que impactan negativamente en la salud. Los determinantes sociales incluyen fuerzas y sistemas que impactan las condiciones de vida, tales como programas, normas y políticas sociales, y sistemas políticos, que, si no son equitativos, pueden generar diferencias importantes en los resultados de salud y profundizar las inequidades. Los factores relacionados con las normas culturales, la historia y el legado, la violencia, los ingresos, la educación y la ocupación son factores estructurales y sociales que, en conjunto con las interseccionalidades de género, la condición étnico-racial, la territorialidad, el estatus migratorio y la condición de discapacidad afectan desproporcionadamente las condiciones de vida de las personas y constituyen las causas de las inequidades en salud generalizadas y persistentes. Dada la estrecha relación entre la equidad en salud y los determinantes estructurales de la salud, es fundamental adoptar un enfoque

integrador, sistémico y participativo que requiere coordinación y gobernanza, reflejando el compromiso de la comunidad internacional con la implementación de la agenda 2030 para la sostenibilidad y el desarrollo (15).

Los profundos desequilibrios generados por los sistemas de creencias y mecanismos de dominación influyen en la forma en que se organiza la sociedad, lo que también se expresa en las relaciones de poder entre los diferentes grupos sociales. La equidad en salud demuestra que, para superar las diferencias, es necesario tratar de manera desigual a quienes son socioeconómicamente desiguales (acción afirmativa o discriminación positiva). La atención en salud ofertada de manera homogénea para hacer frente a situaciones heterogéneas solo puede derivar en el mantenimiento de las diferencias originales. Esta oferta corresponderá a las necesidades de un determinado subconjunto de la población y no será adecuada para otros, ya sea por razones culturales o socioeconómicas (14).

Por lo tanto, debemos buscar evidenciar y actuar sobre los procesos intrínsecos que producen y determinan estas inequidades. La universalidad en salud solo puede ser alcanzada por medio de la equidad en salud, que significa actuar sobre estas desigualdades innecesarias, evitables e injustas en la atención en salud. Y para reconocer las desigualdades en salud es necesario conocer los datos que puedan mostrar las especificidades de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En este sentido, es fundamental que los sistemas de información desglosen los datos según el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, la condición étnico-racial, la territorialidad, el estatus migratorio y la condición de discapacidad, entre otras interseccionalidades identitarias y relevantes al contexto nacional. Aquí se destaca la importancia de modificar las categorías estadísticas de género, consideradas en muchos ámbitos solamente de manera binaria, y avanzar en su redefinición desde un enfoque inclusivo de la diversidad. Para alcanzar un estándar de alta calidad de información, es necesario integrar una perspectiva interseccional que permita realizar un análisis situado de los distintos grupos poblacionales a fin de encarar acciones que los contengan y garanticen condiciones de equidad en las respuestas en salud (16).

CONCLUSIÓN

La equidad es un valor y un principio que, junto con otros, sustenta el derecho a la salud y a la justicia social. Equidad en salud significa entonces que todas las personas deben tener oportunidades para alcanzar su potencial de salud y, de manera práctica, que nadie debe estar en desventaja para lograrlo.

Dada la estrecha relación entre la equidad en salud y los determinantes de la salud, es fundamental adoptar un enfoque integrador, sistémico y participativo, que requiere coordinación y gobernanza, reflejando el compromiso de la comunidad internacional con la implementación de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible.

Este análisis sobre la trayectoria de la Organización Panamericana de la Salud en el ámbito de la equidad en salud muestra el apoyo y la guía de la Organización a los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr la equidad en salud a través del trabajo sobre equidad étnica y de género, con un enfoque de derechos humanos y de determinantes sociales y ambientales de la salud; la medición, el análisis y el monitoreo de las desigualdades en salud; y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

¹ De acuerdo con el documento *Sociedades Justas – Equidad en la Salud y Vida Digna* (23), la posición socioeconómica, el género, la discapacidad y el origen étnico son motivos de discriminación que tienen un impacto profundo en los resultados en materia de salud en la Región de las Américas. Las múltiples desventajas relacionadas con el género y el origen étnico, así como la intersección del perjuicio causado por la pobreza, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género pueden intensificar de manera adversa la experiencia de los determinantes sociales de la salud. Es decir, la interseccionalidad reconoce que marcadores de identidad, como por ejemplo “mujer” e “indígena”, no existen independientemente unos de otros, y que cada uno se superpone a los demás, a menudo creando una convergencia compleja de opresión, dominación o discriminación.

Contribución de los autores. JS-A, AGNS, JA y SA: substantial contributions to the conception or design of the work, the acquisition, analysis, or interpretation of data for the work. JS-A, AGNS, JA, SA: drafting the work, revising it critically for important intellectual content. All authors provided final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Agradecimientos. El artículo es el resultado de las contribuciones del equipo de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural de la OPS. Especial reconocimiento a Sandra del Pino,

Asesora de etnicidad y Diversidad Cultural; Catharina Cuellar, Asesora de Género jubilada de la OPS; Roberto Garza, consultor internacional; y Catalina Cárdenas, consultora de comunicación de la Oficina mencionada.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Cueto M. The Value of Health. A history of the Pan American Health Organization. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
2. Organización Sanitaria Panamericana, Cuerpos Directivos. Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Oct 1, 1947. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45985>
3. Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. Ginebra: OMS; 2010.
4. Horwitz A. Informe Anual del Director. Documento Oficial No. 95. Washington, D.C.; 1968.
5. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud; 1978.
6. Méndez-Ramírez O. Neoliberalismo y equidad: la sociedad chilena analizada desde una perspectiva estudiantil. *Rev Iberoam Educ Super.* 2013;(4)11.
7. Banco Mundial. Financing Health Services in Developing Countries: an Agenda for Reform. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1986.
8. Guerra de Macedo C. Busquemos la equidad. Mensaje del Director. Washington D.C.; 1993. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/26986>
9. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan of Action for Implementing the Gender Equality Policy of the Pan American Health Organization 2009-2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6036/PlanAction20092014-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
11. Organización Panamericana de la Salud. PAHO's Progress on Gender Equality in Health 2009-2019. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
12. Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;6(22):405-16.
13. Organización Panamericana de la Salud. Policy on Ethnicity and Health (CSP29/7, Rev. 1). En: 69th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34242/CE160-r11-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
14. Souto KMB, Sena AGN, Pereira VO de M, Santos LM dos. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde Debate.* 2016 Dec;40(spe):49-62.
15. Organización Panamericana de la Salud. Guia para a implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
16. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
17. Dias B. Letalidade da Covid-19 na população negra pauta imprensa sobre raça e desigualdades. *Abrasco. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.* Disponible en: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/letalidade-da-covid-19-na-populacao-negra-pauta-debate-sobre-raca-e-desigualdade-social-na-imprensa/46775/>. 2020.
18. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de los diálogos de saberes. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55863>
19. Organización Panamericana de la Salud. Health Plan for Afro-Descendant Youth in Latin America and The Caribbean. Washington D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/health-plan-afro-descendant-youth-latin-america-and-caribbean>
20. Organización Panamericana de la Salud. Health Plan for Indigenous Youth in Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/health-plan-indigenous-youth-latin-america-and-caribbean>
21. Organización Panamericana de la Salud. Health of Afro-descendant People in Latin America. Washington D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55856/9789275124895_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. Ginebra: WHO Press; 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
23. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades Justas – Equidad en la Salud y Vida Digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2019.

Manuscrito enviado el 15 de septiembre de 2022. Aceptado para publicación, tras revisión, el 4 de enero de 2023.

Milestones on the road to health equity at the Pan American Health Organization

ABSTRACT

Equity has become a key objective for the Pan American Health Organization (PAHO). This is the result of multidimensional movements with a history that can only be understood in the light of social relations that structure the processes we refer to as "health". From an initial concern for maritime trade to a current interest in the social determinants of health, PAHO has strengthened its efforts to make the concept of health equity the ultimate goal of its actions. The idea of health focused on the individual has given way to the idea of health for all people, which considers the differences between being and doing in the world. These changes have produced policies, analyses, and studies in which gender and cultural diversity are cross-cutting themes that must be considered in all planning and implementation of health policies in the Region of the Americas. This article discusses milestones on the road to health equity in the Region from a historical perspective.

Keywords

Universal health coverage; social determinants of Health; cultural diversity; health equity; ethnicity; gender equity; social justice; social vulnerability.

Momentos-chave no caminho rumo à equidade em saúde na Organização Pan-Americana da Saúde

RESUMO

Hoje, a equidade é um objetivo central para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse objetivo é fruto de movimentos multidimensionais que têm uma história e que só podem ser compreendidos à luz das relações sociais que estruturam os processos que chamamos de "saúde". Da preocupação com o comércio marítimo ao interesse pelos determinantes sociais da saúde, a OPAS tem intensificado seus esforços para colocar no cerne de suas ações a ideia da equidade em saúde como objetivo final. Passou de uma ideia de saúde centrada no indivíduo a uma ideia de saúde para todas as pessoas, que contempla as diferenças entre o ser e o fazer no mundo. Essas mudanças produziram políticas, análises e estudos onde o gênero e a diversidade cultural são eixos transversais que devem ser considerados em todo planejamento e execução de políticas de saúde na Região das Américas. Este artigo analisa momentos-chave no caminho rumo à equidade em saúde na região, a partir de uma perspectiva histórica.

Palavras-chave

Cobertura universal de saúde; determinantes sociais da saúde; diversidade cultural; equidade em saúde; etnicidade; equidade de gênero; justiça social; vulnerabilidade social.
