

SOCIEDADES JUSTAS

Equidad en la salud y vida digna

Edición revisada



Resumen del informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



INSTITUTE of
HEALTH EQUITY

SOCIEDADES JUSTAS

Equidad en la salud
y vida digna

Resumen del informe de la
Comisión de la Organización
Panamericana de la Salud sobre
Equidad y Desigualdades en Salud
en las Américas



Washington, D.C.
2019

Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen del informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Edición revisada

ISBN: 978-92-75-32117-1

eISBN: 978-92-75-32127-0

© **Organización Panamericana de la Salud 2019**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen del informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la fuente: puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Esta publicación contiene las opiniones colectivas de los miembros de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas y no representa necesariamente las decisiones ni las políticas de la OPS.

El material publicado se distribuye sin ningún tipo de garantía explícita o implícita. Es responsabilidad del lector la interpretación y el uso que haga de este material. En ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de ningún daño causado por el uso de este material.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

Las fotografías de esta publicación son propiedad de la OPS o iStock. La OPS utiliza las fotografías de iStock en conformidad con la licencia obtenida por el Institute of Health Equity del University College de Londres.

En caso de utilizar cualquier material de esta publicación que se atribuya a un tercero (como cuadros, figuras o fotografías), el lector es responsable de obtener el permiso correspondiente. Recae exclusivamente sobre el lector el riesgo de reclamos por cualquier violación de los derechos de uso del material en esta publicación que sea propiedad de terceros.

Este resumen del informe fue preparado en nombre de la Comisión por el Institute of Health Equity, University College de Londres (UCL)

www.instituteofhealthequity.org

Comisionados

Profesor Sir Michael Marmot: Presidente de la Comisión y Director del Institute of Health Equity, University College de Londres (Reino Unido)

Sr. Víctor Abramovich: Universidad Nacional de Lanús (Argentina)

Dra. Mabel Bianco: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (Argentina)

Prof.^a Cindy Blackstock: First Nations Child and Family Caring Society of Canada y McGill University (Canadá)

Prof.^a Jo Ivey Boufford: New York University College of Global Public Health y Presidenta de la International Society for Urban Health (Estados Unidos de América)

Prof. Paolo Buss: Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Brasil)

Dra. Nila Heredia: Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, y Comisión de la Verdad (Estado Plurinacional de Bolivia)

Sr. Pastor Elías Murillo Martínez: Vicepresidente del Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación Racial (Colombia)

Sra. Tracy Robinson: The University of the West Indies at Mona (Jamaica)

Sra. María Paola Romo: Instituto de Investigaciones Raúl Baca-Carbo (Ecuador)

Dr. David Satcher: The Satcher Health Leadership Institute, Morehouse School of Medicine (Estados Unidos de América)

Prof. Cesar Victora: Centro de Pesquisas Epidemiológicas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (Brasil)

ÍNDICE

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL	1
Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas	2
Marco conceptual	6
SECCIÓN 2: LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD ENTRE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	11
SECCIÓN 3: FACTORES ESTRUCTURALES: LAS INEQUIDADES EN CUANTO AL PODER, EL DINERO Y LOS RECURSOS	19
RECOMENDACIÓN 1. Lograr la equidad en las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas	20
RECOMENDACIÓN 2. Proteger el entorno natural, mitigar el cambio climático y respetar la relación con la tierra	23
RECOMENDACIÓN 3. Reconocer y revertir el impacto del colonialismo persistente y del racismo estructural en la equidad en el ámbito de la salud	26
SECCIÓN 4: LAS CONDICIONES DE LA VIDA COTIDIANA	31
RECOMENDACIÓN 4. La equidad desde el inicio: los primeros años de vida y la educación	33
RECOMENDACIÓN 5. Trabajo decente	37
RECOMENDACIÓN 6. Vida digna para las personas mayores	42
RECOMENDACIÓN 7. Los ingresos y la protección social	46
RECOMENDACIÓN 8. Reducir la violencia para lograr la equidad en la salud	51
RECOMENDACIÓN 9. Mejorar el medioambiente y las condiciones habitacionales	56
RECOMENDACIÓN 10. Sistemas de salud equitativos	61
RECOMENDACIÓN 11. Mecanismos de gobernanza para lograr la equidad en la salud	65
RECOMENDACIÓN 12. Ejercicio y protección de los derechos humanos	71
SECCIÓN 5: CONCLUSIONES	73
REFERENCIAS	76
ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES	81

LISTA DE CUADROS

Cuadro 4.1 Lista de valores de referencia de los principales indicadores, Canadá, 2016–201770

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 Marco conceptual. 6

Figura 2.1 Esperanza de vida al nacer, por sexo, Región de las Américas, 2016 13

Figura 2.2 Esperanza de vida por vecindario, Baltimore, Maryland (Estados Unidos de América), 2014. . 14

Figura 2.3 Mortalidad de menores de 5 años en población indígena, países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, año 2012 o datos más recientes disponibles 14

Figura 2.4 Tasas de retraso del crecimiento en menores de 5 años, por ingresos, países de América Latina y el Caribe sobre los cuales hay datos comparables, año 2015 o datos más recientes disponibles 15

Figura 2.5 Tasa de discapacidad en la población de 0 a 18 años, por sexo, identidad indígena y afrodescendiente, países sobre los cuales hay datos comparables, año 2011 o datos más recientes disponibles. 16

Figura 2.6 Tasas de mortalidad por suicidio, por sexo, Región de las Américas, 2016 17

Figura 3.1 Combinación de fuentes de energía, América Central, 2016. 24

Figura 4.1 Diferencia en el desempeño en matemáticas a los 15 años según asistencia a un preescolar durante un año o más, países de la Región de las Américas que participaron en la encuesta PISA, 2012. 34

Figura 4.2 Jóvenes afrodescendientes de 15 a 29 años que no trabajan ni estudian, por sexo, países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, 2012 o datos más recientes disponibles 40

Figura 4.3 Porcentaje de adultos mayores de 65 años que reciben una pensión, por sexo, identidad indígena y nivel de escolaridad, cuatro países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, 2014 43

Figura 4.4 Razón entre el quintil superior de ingresos y el quintil inferior (20% superior/ 20% inferior) en la Región de las Américas, año 2012 o datos más recientes disponibles. . . . 47

Figura 4.5 Mortalidad de menores de 5 años y cobertura del quintil más pobre con programas de seguro social, países de América Latina y el Caribe sobre los cuales hay datos comparables, año 2017 o datos más recientes disponibles. 49

Figura 4.6 Tasas de homicidios en los países de la Región de las Américas, 2016 53

Figura 4.7 Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por cada 100.000 habitantes por causas atribuibles a la contaminación del aire ambiental, Región de las Américas, 2012 59

Figura 4.8 Porcentaje de la población que corre el riesgo de caer en la pobreza debido a gastos en atención quirúrgica, países de la Región de las Américas sobre los cuales hay datos comparables, 2017 62

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

COMISIÓN SOBRE EQUIDAD Y DESIGUALDADES EN SALUD EN LAS AMÉRICAS

La Región de las Américas (América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe) es notablemente diversa. Estas tierras, designadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las seis “regiones” mundiales, albergan algunas de las personas y algunos de los países más ricos del mundo, algunos de los más pobres y muchos en situación intermedia. En la Región de las Américas hay pequeños Estados insulares escasamente poblados y países populosos de vasta superficie, con los diferentes retos que esto conlleva.

La Región de las Américas comprende personas que disfrutan de grandes privilegios y otras que se enfrentan a graves violaciones de los derechos humanos debido a su posición socioeconómica, origen étnico, género, orientación sexual o discapacidad, o su condición de migrantes. Estos factores, por sí solos o combinados, pueden contribuir a generar profundas desigualdades en materia de salud entre los países de la Región y dentro de ellos. En la medida en que las desigualdades sistemáticas en la salud pueden evitarse con medios razonables, son injustas y, por lo tanto, inequitativas. Corregirlas es una cuestión de justicia social.

A fin de abordar estas inequidades en la salud, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la doctora Carissa Etienne, estableció la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. El punto de partida de la Comisión es que la salud es un fin en sí misma y es una meta valedera para las personas y las comunidades. Ciertamente, hay buenas razones

instrumentales para mejorar la salud: la buena salud puede ser una vía para que las personas disfruten de una vida próspera y productiva, y una población más saludable puede tener valor económico para un país. Sin embargo, este no es nuestro punto central. La salud es algo más que un medio para alcanzar algún otro fin. La salud es un estado muy valorado y apreciado, y forma parte de una misma visión mundial, presente tanto en la Región de las Américas como en el resto del mundo, de que el bienestar humano es un fin en sí mismo. Se logrará un mejor estado de salud y una mayor equidad en la salud cuando se eliminen los obstáculos que frenan las oportunidades vitales y el potencial humano para crear condiciones en las cuales todos puedan alcanzar el grado más alto posible de salud y llevar una vida digna.

La evidencia que hemos compilado demuestra que gran parte de los problemas de salud están determinados socialmente. La razón por la que la esperanza de vida de una mujer en Haití es de poco menos de 66 años, mientras que en Canadá es de 84 años (1), no reside en que las mujeres haitianas sean biológicamente diferentes de las canadienses, sino en las condiciones en las que cada una nace, crece, vive, trabaja y envejece. Del mismo modo, en Chile, el hecho de que la esperanza de vida de un hombre con un nivel de escolaridad bajo sea de once años menos que la de un hombre con educación universitaria se debe principalmente a los determinantes sociales de la salud (1). Como mostraremos, las iniciativas de educación e inclusión social, por ejemplo, aportan beneficios tanto para la salud como para la sociedad.

El efecto de los determinantes sociales de la salud se observa al comienzo de la vida (2). En la mayor

Desterrar la pobreza no es un gesto de caridad, es un acto de justicia. Es la protección de un derecho humano fundamental: el derecho a la dignidad y a una vida decente.

Nelson Mandela,
“Hagamos que la pobreza sea historia”,
Londres, 2005

parte de los países de la Región de las Américas, la probabilidad de que un niño muera antes de los 5 años está fuertemente vinculada con el ingreso de sus padres: cuanto menor es el ingreso, mayor es la mortalidad (3). En Guatemala, por ejemplo, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el 2014 fue de 55 por 1.000 nacidos vivos en el quintil de familias más pobres y de 20 por 1.000 en el quintil más rico. En cambio, en la cercana Colombia, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el quintil más rico fue inferior a 5 por 1.000 en el 2015 (4): esto muestra lo que se podría alcanzar. En toda la Región de las Américas, el desarrollo de los niños a lo largo de la vida y los resultados en materia de educación, ingresos, salud y bienestar están estrechamente vinculados a la situación de los padres.

Es cada vez mayor la evidencia y la conciencia de que la buena salud exige no solo acceso a servicios de salud, sino también medidas sobre los determinantes sociales de la salud. En efecto, la relación entre las características de la sociedad y la salud es tan estrecha que, como sostenemos, la salud y la equidad en la salud representan importantes marcadores del progreso de la sociedad. Una sociedad que responde a las necesidades de sus miembros de forma equitativa probablemente sea una sociedad con un alto nivel de salud de la población e inequidades en la salud relativamente pequeñas.

Además de la dificultad de abordar las grandes desigualdades sociales y económicas, la labor de la Comisión de la OPS sobre Equidad ha determinado que el cambio climático, las amenazas al medioambiente, la relación con la tierra y el impacto persistente del colonialismo, el racismo y el pasado de esclavitud son factores cruciales que frenan el avance hacia la meta de la Región de que la población lleve una vida digna y goce del grado más alto posible de salud.

El objetivo de la Comisión de la OPS sobre Equidad es que se comprendan mejor estos desafíos y formular propuestas a fin de lograr una actuación eficaz que permita enfrentarlos. Para ello partimos de las bases sentadas por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (5). En el decenio que siguió a su informe, titulado *Subsanar las desigualdades en una generación*, los países de la Región de las Américas han adoptado activamente diversas iniciativas, y nuestros ejemplos de acción provienen de ellos.

La Comisión de la OPS sobre Equidad se ha asociado con 15 países a lo largo de su labor. También se impulsaron acciones a nivel subnacional, y en Estados Unidos de América, por ejemplo, muchas ciudades han adoptado un enfoque de determinantes sociales de la salud.

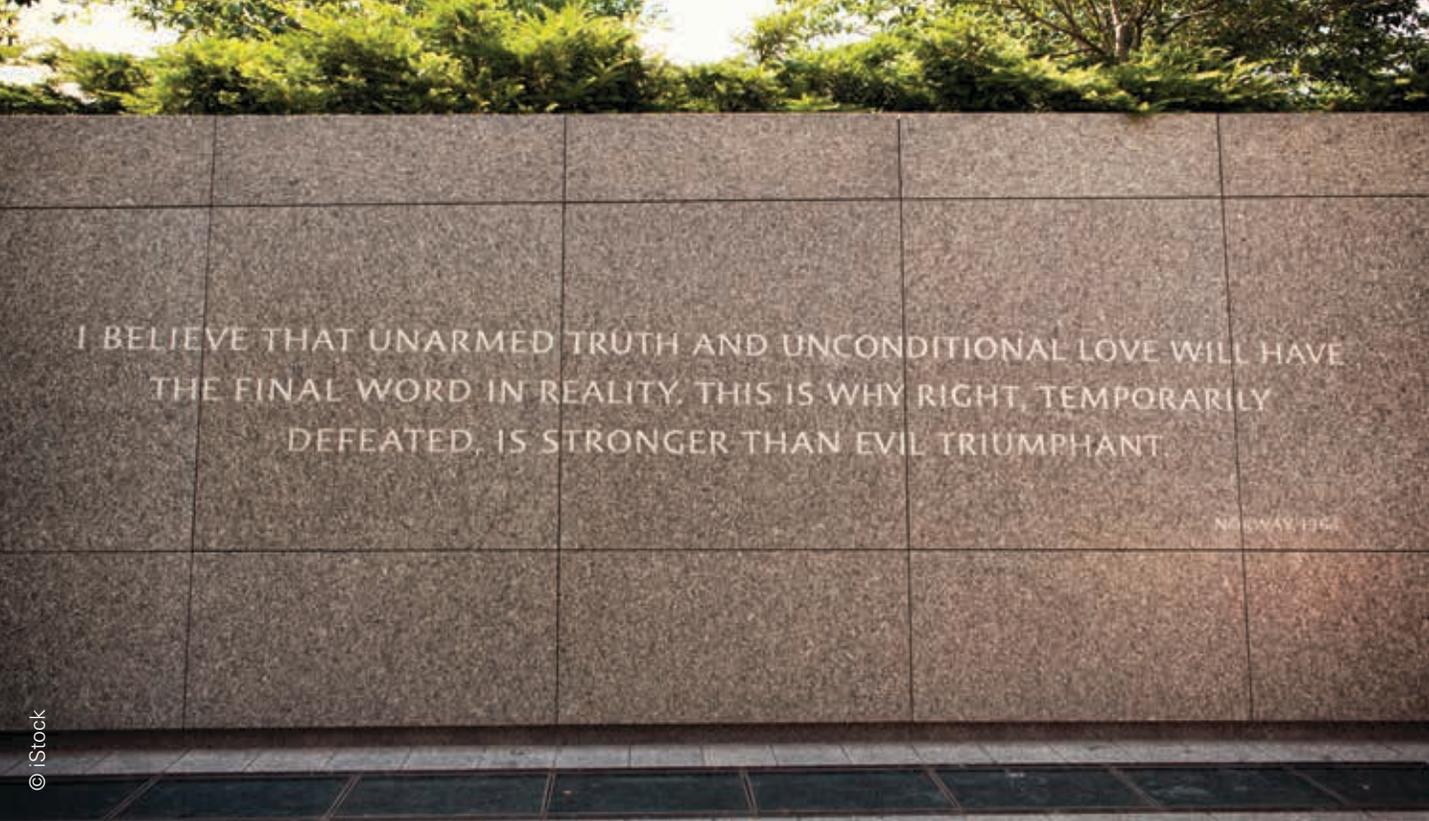
Es un momento importante para publicar este informe. La desigualdad domina la Región de las Américas: no solo la desigualdad socioeconómica, sino también las desigualdades entre las personas indígenas y no indígenas, entre las personas afrodescendientes y las de origen europeo, entre hombres y mujeres, entre las personas con discapacidad y las que no tienen discapacidad, entre personas de diferente orientación sexual, y entre migrantes y personas que no son migrantes. Demasiada desigualdad perjudica la cohesión social, conduce a una distribución injusta de las oportunidades de vida y a desigualdades en torno a la salud. Sin embargo, al mismo tiempo existe un gran interés en la salud en la Región de las Américas, que ha estado a la vanguardia del reconocimiento del derecho humano de alcanzar el grado más alto posible de salud, dado que la mayor parte de los países han suscrito protocolos internacionales sobre derechos económicos, sociales y culturales. La aplicación de las recomendaciones de estos acuerdos es un

La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, 2008

La injusticia en cualquier parte es una amenaza a la justicia en todas partes.

Martin Luther King Jr. Carta desde una cárcel de Birmingham, 16 de abril de 1963



Monumento a Martin Luther King Jr., Washington, D.C. (Estados Unidos de América)

desafío para los líderes políticos, profesionales y comunitarios.

Nos proponemos implicar a los gobiernos, la sociedad civil y el mundo académico no solo en el sector de la salud, sino en todos los ámbitos de la sociedad que inciden en la equidad en la salud. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se reconoce claramente que el éxito de la sociedad es polifacético: el éxito económico es solo una medida un tanto limitada del progreso de la sociedad. Si bien solo uno de los ODS está explícitamente relacionado con la salud, la evidencia muestra que la mayoría de los otros dieciséis influyen en la salud y en la equidad en este ámbito (6).

Reconocemos que, para lograr la equidad en la salud, en algunos lugares será imprescindible abordar ciertas políticas desfavorables y la excesiva prioridad que se asigna a la economía por encima de los derechos humanos, así como los conflictos, el cambio climático y la corrupción. No nos dejamos abatir por estos desafíos, puesto que somos testigos de los grandes cambios que se

No hay paz sin justicia, no hay justicia sin equidad, no hay equidad sin desarrollo, no hay desarrollo sin democracia, no hay democracia sin respeto a la identidad y dignidad de las culturas y los pueblos.

Rigoberta Menchú, Premio Nobel de la Paz 1992

han producido a pesar de los grandes obstáculos. En el informe se presentan ejemplos de gobiernos que tienen una influencia positiva, organizaciones profesionales y de la sociedad civil que ponen en práctica estrategias basadas en la evidencia y la participación ciudadana en movimientos sociales y medidas de fortalecimiento de la comunidad para lograr cambios. Tenemos pruebas que avalan nuestra opinión de que el logro de la equidad en la salud es una meta realista.

Cómo pasar a la acción: qué podemos aprender del movimiento de defensa de los derechos civiles de Estados Unidos de América

La Comisión de la OPS sobre Equidad se reunió con líderes del movimiento de defensa de los derechos civiles en Atlanta (Georgia) para aprender la manera de lograr importantes cambios políticos y sociales. Estas son algunas enseñanzas que se llevó la Comisión:

- Debemos centrarnos en los determinantes sociales de la equidad en la salud, como el empleo, la educación, los ingresos y la seguridad.
- Debemos estar dispuestos a enfrentar la discriminación en estas áreas, aun corriendo el riesgo de padecer un “sufrimiento redentor”, en palabras de Martin Luther King Jr.¹
- Al igual que Rosa Parks en el boicot de los autobuses en Montgomery (Alabama), debemos estar plenamente decididos, debemos tener determinación en nuestro interior.²

Siempre debemos promover la participación de la comunidad en nuestros esfuerzos y mantener este compromiso en todo lo que hagamos.

Fuentes: ¹ King ML Jr. “The rising tide of racial consciousness”. Discurso pronunciado en la Conferencia del quincuagésimo aniversario de la Liga Urbana Nacional. 6 de septiembre de 1960, Nueva York.

² Burks M. Trailblazers: women in the Montgomery bus boycott. En: Crawford VL, Rouse JA, Woods B, Butler BN, editores. Women in the Civil Rights Movement. Nueva York: Carlson Publishing; 1990:71-84.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de la Comisión de la OPS sobre Equidad, que se muestra en la figura 1.1, resume nuestro enfoque del análisis de la evidencia y la formulación de recomendaciones: es el marco organizador de nuestro informe. Los factores estructurales se explican en la sección 3, las recomendaciones para mejorar la equidad en las condiciones de la vida cotidiana se presentan en la sección 4 y las recomendaciones sobre mecanismos de gobernanza, en la sección 5.

Este marco conceptual se basa en el que utilizó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (5), aunque va más allá en algunas cuestiones importantes. Se hace hincapié en el “racismo estructural” y el colonialismo, así como en la importancia de la relación con la tierra. El marco está en consonancia con los ODS, pero con un mayor énfasis en el medioambiente y el cambio climático. Se aplica un enfoque más explícito de los derechos humanos y se da mayor relieve a las inequidades por razones de género, origen étnico, orientación sexual, etapa de la vida y discapacidad. La Comisión de la OPS sobre Equidad también reconoce las relaciones entre estos factores y

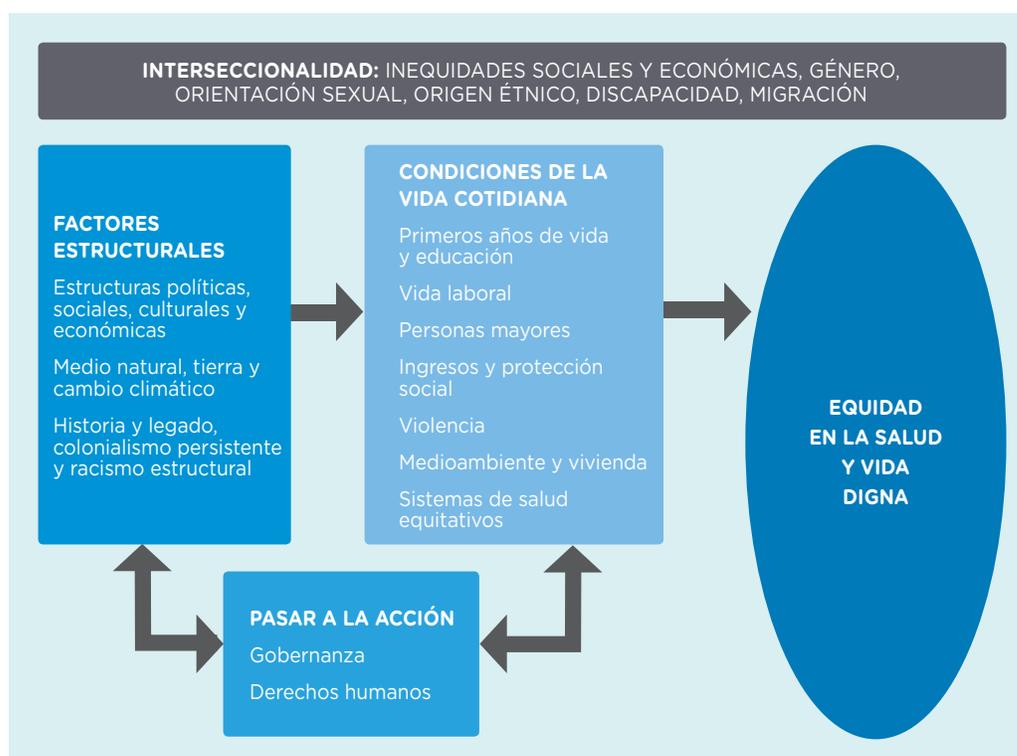
subraya la importancia de llevar una vida digna como el resultado deseado, junto con una mayor equidad en la salud.

FACTORES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN LA SALUD

Estructuras políticas, sociales, culturales y económicas

La manera en que funcionan los mercados, el papel del sector público y las desigualdades económicas son factores estructurales de las inequidades en las condiciones de la vida cotidiana, en su mayoría

Figura 1.1.
Marco conceptual



generadas o modificadas por las decisiones políticas.

La crisis financiera mundial del 2007-2008 y sus secuelas dejaron al descubierto las limitaciones de los mercados sin restricciones. El movimiento hacia el fundamentalismo de mercado restó importancia al sector público y favoreció una desigualdad económica cada vez mayor (7). La evidencia compilada para la Comisión de la OPS sobre Equidad señala la importancia de contar con una esfera pública dinámica y revitalizada. Un sector privado próspero complementa la inversión en bienes públicos.

El economista Anthony Atkinson informó que, cuando se preguntó a algunos encuestados en Estados Unidos de América y Europa cuál consideraban que era “el mayor peligro en el mundo”, la preocupación acerca de la desigualdad superaba los demás peligros (8). Pocos negarían la importancia de la igualdad de oportunidades, pero las grandes desigualdades en los ingresos y la riqueza desnivelan la balanza. La evidencia muestra claramente que estas grandes desigualdades limitan las oportunidades para las próximas generaciones. Esto se conoce como la transmisión intergeneracional de las inequidades.

Una segunda razón conexas por la cual la población está preocupada por la desigualdad es que cuestiona la legitimidad de la sociedad. Si se percibe que la sociedad trabaja a favor de los intereses de unos pocos, los extremos de la desigualdad son incompatibles con una democracia en funcionamiento. Así, los ricos pueden cuestionar por qué deben pagar impuestos para sostener a los pobres, mientras que los desfavorecidos perciben la injusticia palpable de que la vida ofrezca oportunidades solo a unos pocos. La desigualdad no resuelta puede crear condiciones que propicien la disfunción y la inestabilidad de la sociedad.

En tercer lugar, en las sociedades con grandes desigualdades se observan males sociales, como problemas de salud y delincuencia. Los factores principales de una salud deficiente a causa de la desigualdad son la pobreza y la desventaja relativa.

Destacamos que los pueblos indígenas y afrodescendientes de la Región de las Américas son víctimas de numerosas desventajas que se traducen en el deterioro de su salud. Sin embargo, en todos

los grupos de la Región existen gradientes sociales en materia de salud. Cuando se clasifica a las personas por nivel de escolaridad, ingresos, riqueza o nivel social del vecindario, resulta evidente que, cuanto más alta sea la situación socioeconómica, mejor será la salud. Este gradiente social recorre toda la sociedad, del nivel más alto al más bajo. Abordarlo implica reducir no solo la pobreza, sino también la desventaja relativa, para lo cual es necesario mejorar la sociedad en su conjunto. Esta mejora supone trabajar sobre los factores estructurales. También se requieren políticas y programas sociales destinados a paliar los efectos perjudiciales de las inequidades en cuanto al poder, el dinero y los recursos.

Para abordar el gradiente social en la salud de forma integral, en una revisión sobre las desigualdades de salud que se hizo en Inglaterra (*Fair Society, Healthy Lives*) se introdujo el concepto de “universalismo proporcional”. El objetivo era contar con servicios universales para todos, y distribuir el esfuerzo y los recursos de manera proporcional a las necesidades (9). Hemos subrayado la importancia de atender las necesidades de los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en la Región de las Américas. Eso se logrará, en parte, por medio del universalismo proporcional, para lo cual se deberá rectificar el financiamiento insuficiente y el descuido de los servicios para los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes. Pero también se tendrá que reconocer la dimensión física, emocional, espiritual y cognitiva de la salud de todas las personas de la Región.

Historia y legado: colonialismo persistente y racismo estructural

Una conclusión clave de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue que las inequidades en cuanto al poder, el dinero y los recursos son factores fundamentales que impulsan las inequidades en las condiciones de la vida cotidiana, lo cual, a su vez, lleva a inequidades en materia de salud (3). Una de las principales fuentes de esa inequidad es el colonialismo, intrínseco en la historia de la Región de las Américas.

En América Central, América del Sur y el Caribe viven entre 45 y 50 millones de personas indígenas, que representan alrededor de 13% de la población. En Estados Unidos de América, unos 5,2 millones

de personas se identifican como indígenas o nativas de Alaska, y en Canadá, 1,4 millones de personas se identifican como indígenas (10). Los pueblos indígenas que se presentaron ante la Comisión de la OPS sobre Equidad dejaron en claro que los efectos persistentes del colonialismo contribuyen a profundizar y ampliar las inequidades en materia de salud que afectan a las distintas generaciones de los pueblos indígenas.

Hay alrededor de 200 millones de afrodescendientes en la Región de las Américas, cifra que incluye a Canadá y Estados Unidos de América (7). Su historia se caracteriza por la esclavitud, el colonialismo, el racismo y la discriminación, cuyos efectos persisten en la actualidad (4). El racismo estructural genera inequidades en las condiciones de la vida cotidiana de las personas afrodescendientes.

Para hacer frente a la desventaja en cuanto a la salud de la que son víctimas los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en la Región de las Américas, tenemos que integrar el marco de los determinantes sociales y las desventajas de la vida cotidiana en un enfoque orientado a poner fin a la discriminación y el racismo, promover la autodeterminación y mejorar el apoyo a la relación con la tierra, reconociendo las obligaciones con los antepasados y las generaciones futuras. Creemos que la autodeterminación es un elemento central de este enfoque que actúa como mediador del efecto de los determinantes sociales sobre la equidad en la salud. Habrá otras vías, como los efectos del entorno y las carencias materiales, pero la autodeterminación y una vida digna son de vital importancia para crear la clase de sociedad que llevará a la equidad en la salud.

El medio natural, la tierra y el cambio climático

El cambio climático exige transformaciones urgentes en la manera en que funcionan las sociedades y en que cooperan los estados. Tales cambios deben respetar la igualdad y la equidad en materia de salud. La destrucción del entorno natural también es una gran amenaza para la tierra y sus habitantes, con graves efectos negativos sobre la equidad en la salud. Estas dos amenazas deben corregirse con un espíritu de justicia.

Un análisis eficaz desde la perspectiva de la equidad en la salud de estas amenazas a la vida de los pueblos indígenas, así como toda intervención,

El colonialismo visible te mutila sin disimulo: te prohíbe decir, te prohíbe hacer, te prohíbe ser. El colonialismo invisible, en cambio, te convence de que la servidumbre es tu destino y la impotencia tu naturaleza: te convence de que no se puede decir, no se puede hacer, no se puede ser.

Eduardo Galeano, *El libro de los abrazos*

deben tener en cuenta su clara relación simbiótica con la tierra y el entorno natural. También es preciso abordar el tema de los derechos a la tenencia de la tierra, puesto que afectan a todas las personas marginadas en la Región de las Américas.

CONDICIONES DE LA VIDA COTIDIANA

Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son fundamentales para la vida que pueden llevar. Mostramos evidencia detallada de la forma en que cada una de las dimensiones que afectan la vida cotidiana —la primera infancia y la educación, el trabajo decente, una vejez digna, los ingresos y la protección social, el medioambiente y la vivienda, la violencia y el sistema de salud— influyen también en la equidad en la salud y la capacidad de llevar una vida digna. En estas dimensiones inciden los factores estructurales descritos anteriormente.

INTERSECCIONALIDAD

Los cuatro temas transversales de la OPS —género, etnicidad, equidad y derechos humanos— son fundamentales en este informe. 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. Un elemento esencial de la labor de la Comisión de la OPS sobre Equidad es reconocer que las múltiples desventajas pueden intensificar de manera adversa la experiencia de los determinantes sociales de la salud. La Comisión ha examinado las desventajas

relacionadas con el género y la etnicidad, así como la intersección del perjuicio causado por la pobreza, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género. Es importante prestar atención a la etapa de la vida, ya que los niños y las personas mayores pueden sufrir la inequidad en la salud de forma diferente y, a menudo, en niveles más profundos que otros grupos etarios. Los instrumentos y los mecanismos de derechos humanos han confirmado que todas estas características provocan o exacerban las violaciones de los derechos humanos.

PASAR A LA ACCIÓN: LA GOBERNANZA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD

Mecanismos de gobernanza

Los sistemas de gobernanza determinan quién decide sobre las políticas, cómo se distribuyen los recursos en la sociedad y la manera en que los gobiernos rinden cuentas de sus actos. La gobernanza para lograr la equidad en la salud a través de la acción sobre los determinantes sociales exige, como mínimo, la adhesión a los principios de la buena gobernanza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: legitimidad y voz, dirección y visión claras, medición de resultados, rendición de cuentas y equidad (17). Pero también hacen falta enfoques de todo el gobierno y de toda la sociedad para reducir las inequidades (12). Estos enfoques requieren nuevas formas de liderazgo que cambien la distribución del poder y debiliten las estructuras centralizadas y verticalistas de adopción de decisiones. Muchos de los factores que configuran los patrones y la magnitud de las inequidades en la salud en un país están fuera del control directo de los ministerios de salud, y exigen una mayor participación de la población y las comunidades locales para definir los problemas, buscar soluciones y ponerlas en práctica.

La gobernanza para lograr la equidad en la salud exige que haya rendición de cuentas. Para lograr esto, es necesario dar seguimiento a la salud y sus determinantes sociales de manera transparente. Si bien en algunos países se cuenta con datos fiables sobre las tendencias demográficas y las tasas de morbilidad y mortalidad, en la mayoría de ellos es evidente la falta de información sobre la salud desglosada por origen étnico, discapacidad o posición socioeconómica, como ingresos, situación laboral y educación. Esta es una deficiencia

importante para abordar las inequidades en la salud y limita el seguimiento de las intervenciones y las políticas.

Derechos humanos

La ley es un contrapeso del poder político, y la rectificación jurídica proporciona una vía fundamental para corregir las políticas y prácticas que originan o aumentan las inequidades en materia de salud. Los estándares y compromisos en relación con los derechos humanos refuerzan el diagnóstico de injusticia derivado de las diferencias en los resultados de salud debido a factores sociales y políticos (13). El gran hincapié en la rendición de cuentas en materia de derechos humanos requiere la rectificación eficaz y oportuna de los casos de incumplimiento, así como la adopción de medidas eficaces para prevenir la repetición y fomentar un entorno que propicie los derechos humanos (14).

El respeto de los derechos humanos, incluida la adopción de medidas positivas para los más desfavorecidos, es fundamental para crear condiciones que aseguren que todas las personas puedan llevar una vida digna como individuos y como miembros de su comunidad y de la sociedad.

LA EQUIDAD EN LA SALUD Y UNA VIDA DIGNA

Las acciones recogidas en nuestro marco conceptual tienen como finalidad lograr una mayor equidad en la salud y una vida digna. Las condiciones para llevar una vida digna se crean a partir del concepto del empoderamiento, destacado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. El empoderamiento puede tener tres dimensiones: material, psicológica y política. En varias de sus decisiones, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha desarrollado el concepto de vida digna y ha señalado que el derecho a la vida debe incluir el derecho a “que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una existencia digna” (15).

El concepto de vida digna incorpora el principio de la autodeterminación y la capacidad de imaginar y tratar de concretar un proyecto de vida, que incluye el derecho de las personas a elegir las opciones que consideren más apropiadas, por su propia voluntad, a fin de alcanzar sus ideales (16). Este enfoque de la

autonomía y una vida vivida con dignidad se basa en el concepto de capacidades expresado por Amartya Sen (17). La libertad para vivir una vida que uno tenga razones para valorar es el eje del concepto de las capacidades que promueve este filósofo.

CONSONANCIA CON OTROS ENFOQUES DE LA SALUD MUNDIAL

La Comisión de la OPS sobre Equidad tiene como base otras tres vertientes dominantes en la salud mundial y las complementa.

En primer lugar, la Comisión de la OPS sobre Equidad avala el fuerte impulso dado por la OMS y otros a la cobertura universal de salud. El acceso universal a la atención de salud debería ser una característica de todas las sociedades. Sin embargo, las inequidades en el acceso no son la causa principal de las inequidades en la salud. En países como Canadá y Reino Unido, donde el acceso es universal, todavía subsisten inequidades en torno a la salud, que pueden atribuirse a factores estructurales y a las condiciones de la vida cotidiana. La falta de acceso a la atención cuando las personas se enferman agrava el problema. Ahora bien, hay una clara intersección entre los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal de salud o su falta. En muchos países, la falta de dinero, la marginación, la ubicación remota y los obstáculos culturales pueden ser razones de la falta de acceso a la atención; también son determinantes sociales de la salud.

Respaldamos el enfoque adoptado por la OPS de que un componente importante de la cobertura universal de salud consiste en incorporar las funciones esenciales de salud pública. Además, los países de la Región han firmado y aprobado resoluciones impulsadas por la OPS, muchas de las cuales son importantes para promover una mayor equidad en la salud. Cabe destacar en ese sentido los recuadros en este resumen, junto con los ODS pertinentes y otras resoluciones mundiales.¹

En segundo lugar, la prevención de las enfermedades transmisibles sigue siendo una de las principales prioridades para la Región de las Américas. En su forma más básica, la falta de acceso a agua limpia y saneamiento son causas importantes de la mala salud. Nuestra perspectiva es abordar las “causas de las causas”: las razones por las cuales se niegan a algunos grupos de la sociedad políticas e intervenciones conocidas que mejoran la salud.

En tercer lugar, hay una iniciativa que fue muy bien recibida en todo el mundo sobre las enfermedades no transmisibles (ENT). Parte de este movimiento está orientado al acceso a la atención de salud y parte a la prevención. Los objetivos del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* de la OMS incluyen mejoras de las causas o los factores de riesgo conocidos: la alimentación, el consumo de tabaco, la obesidad, la falta de actividad física y el abuso del alcohol (18). Nosotros nos centramos en las “causas de las causas”: los determinantes sociales de estos comportamientos no saludables. Por lo tanto, las recomendaciones de la Comisión de la OPS sobre Equidad apoyarán el plan de acción mundial para las enfermedades no transmisibles. Los determinantes sociales también actúan por medio de vías psicosociales. Por ejemplo, el estrés tiene efectos directos en la salud física y mental (4).

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (resolución CD53.R2 [2017] de la OPS)

¹ La lista de los documentos indicados en los recuadros de acuerdos internacionales pertinentes se puede encontrar al final de este documento.

2. LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD ENTRE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En la Región de las Américas se han registrado muchas mejoras con respecto a la salud en los últimos años. Desde el 2003, la esperanza de vida ha aumentado dos años en Canadá y en Estados Unidos de América, y cuatro años en América Latina y el Caribe (19). La mortalidad en menores de 1 año ha disminuido 42% en América Latina y el Caribe desde el 2003, y la tasa de mortalidad materna, 32% desde el 2000 (aunque, esencialmente, se mantiene constante en Canadá y Estados Unidos de América) (1).



Un padre, sentado con su bebé junto a una casa de Croix-des-Bouquets destruida por el terremoto de Haití del 2010

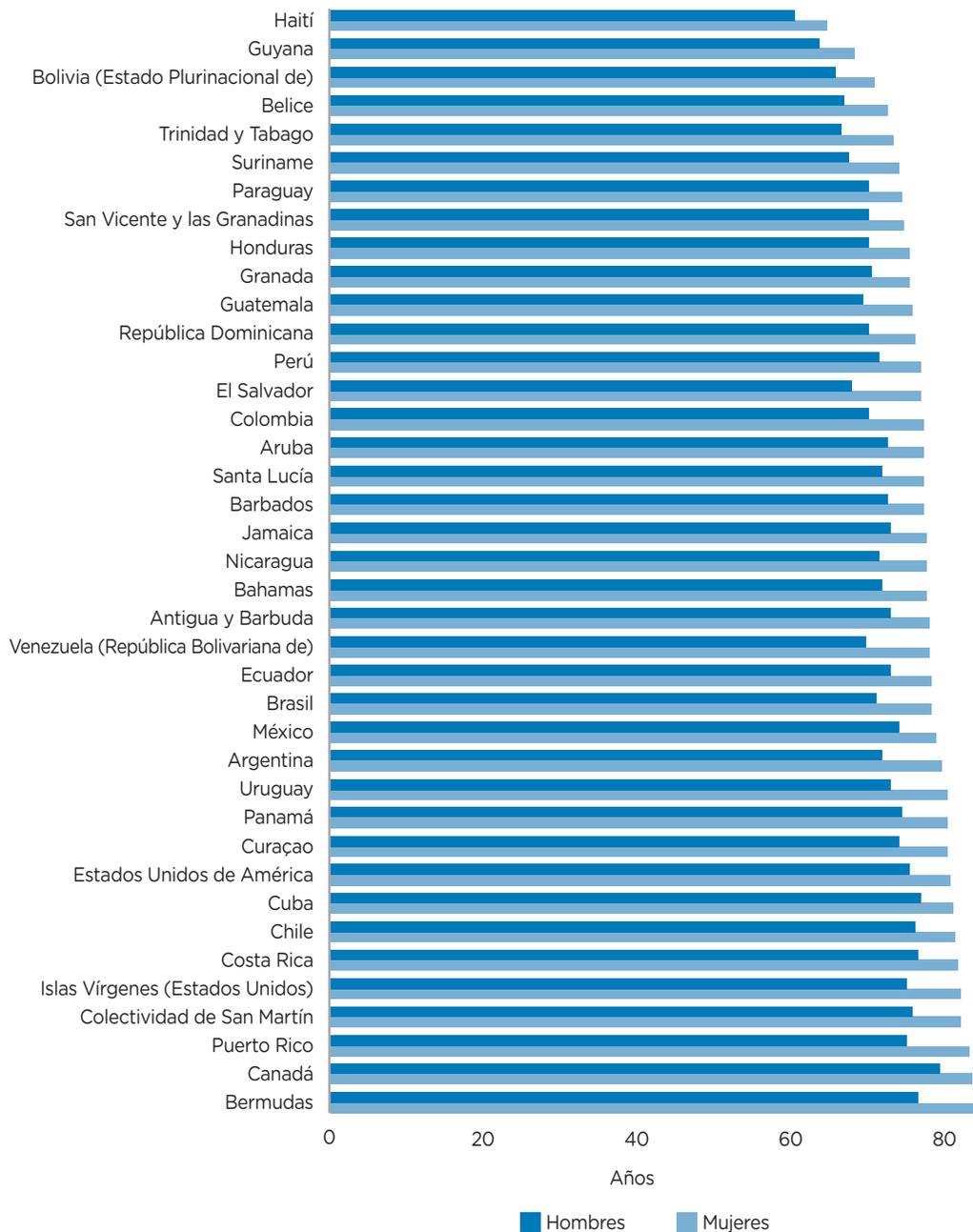
Sin embargo, al igual que en otras regiones del planeta, subsisten profundas desigualdades en materia de salud. En todos los países de la Región de las Américas, aquellos con mayores niveles de ingresos o logros educativos disfrutaban de mejores condiciones de la vida cotidiana, viven más años y gozan de mejor salud que otros.

La diferencia en la esperanza de vida entre los países de la Región era de más de 19 años en el 2016, como se muestra en la figura 2.1. En todos los países, las mujeres viven más que los hombres.

Dentro de los países, las desigualdades en la salud son aún mayores y están estrechamente relacionadas con el género, la identidad indígena y afrodescendiente, el nivel de escolaridad, los

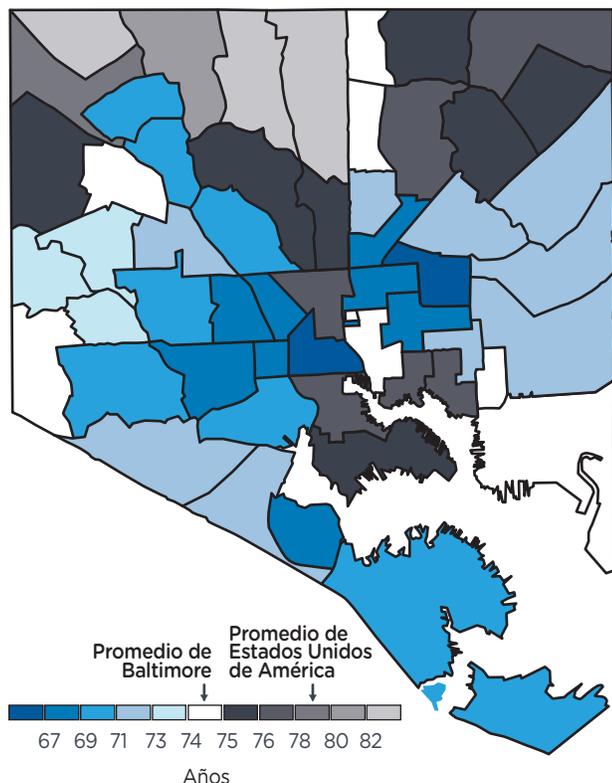
Figura 2.1.

Esperanza de vida al nacer, por sexo, Región de las Américas, 2016



Fuente: Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [Internet]. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.

Figura 2.2.
Esperanza de vida por vecindario, Baltimore, Maryland (Estados Unidos de América), 2014



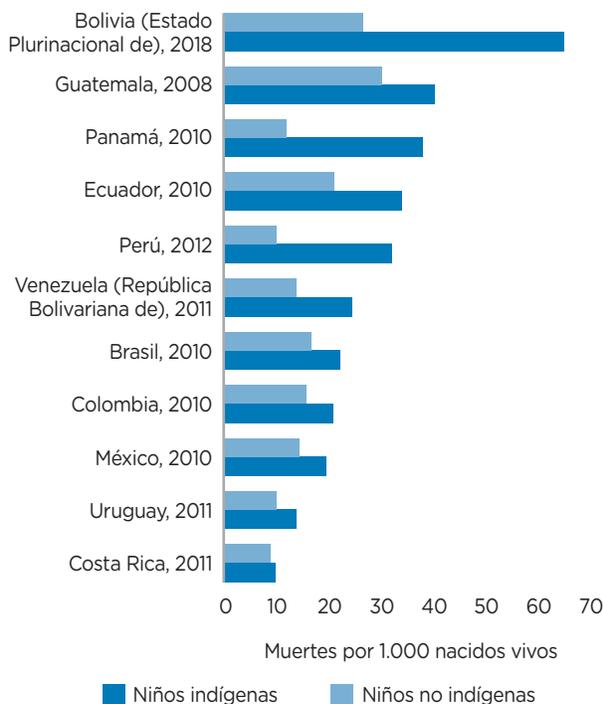
Fuente: Ingraham C, The Washington Post. 14 Baltimore neighborhoods have lower life expectancies than North Korea [Internet]; 30 de abril del 2015. Se encuentra en https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/04/30/baltimores-poorest-residents-die-20-years-earlier-than-its-richest/?utm_term=.9899c9daa328.

ingresos y la riqueza, las discapacidades y la orientación sexual, así como las intersecciones entre estas variables (20, 21).

Puede haber grandes desigualdades incluso en zonas geográficas pequeñas. En la ciudad de Baltimore (Estados Unidos de América), en el 2014 había una brecha de 19 años en la esperanza de vida entre los vecindarios más desfavorecidos y los más adinerados, como se muestra en la figura 2.2 (20).

A pesar de las mejoras en la salud materno-infantil, persisten grandes desigualdades. Un indicador clave es la tasa de mortalidad de los menores de 5 años, que muestra niveles más altos entre los pobres que entre los ricos, y un gradiente social que va desde el quintil más rico al más pobre. La mortalidad de los menores de 5 años es mayor en los niños indígenas que en los que no son

Figura 2.3.
Mortalidad de menores de 5 años en población indígena, países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, año 2012 o datos más recientes disponibles



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>.

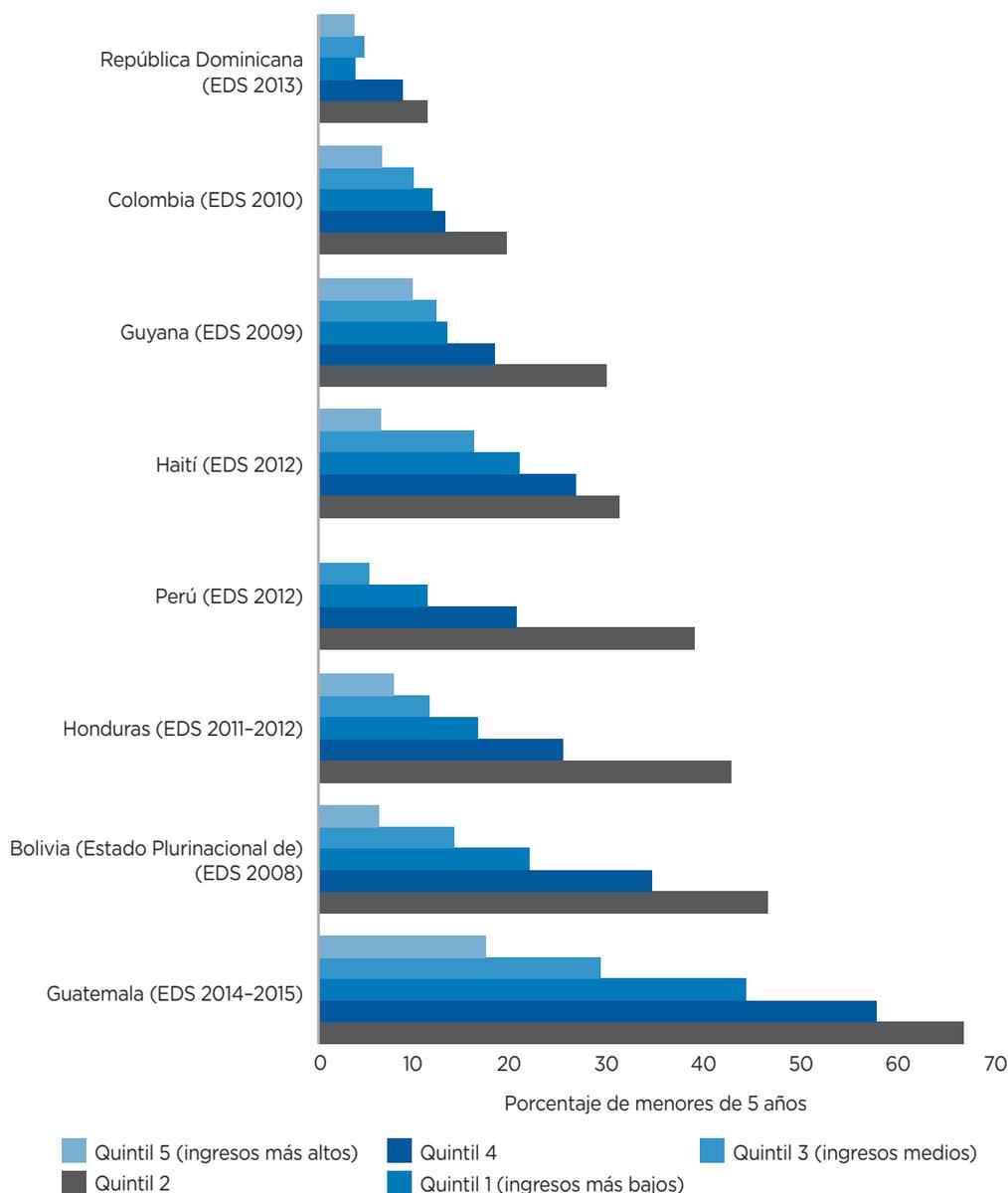
indígenas en todos los países que se muestran (figura 2.3).

El retraso del crecimiento está extendido en América Latina y hay desigualdades en las tasas dentro de los países y entre ellos en relación con los niveles de educación e ingresos (22). El retraso del crecimiento afecta principalmente, pero no de manera exclusiva, a los niños de ingresos bajos, de madres con niveles bajos de escolaridad, y a los niños indígenas (figura 2.4).

Hay marcadas y persistentes desigualdades en las tasas de fecundidad de las adolescentes relacionadas con la posición socioeconómica y la identidad indígena y afrodescendiente. Las mujeres en el quintil más rico presentan tasas menores de embarazo y partos en la adolescencia que los grupos más pobres. El embarazo y el parto en la adolescencia implican un riesgo tanto para la madre

Figura 2.4.

Tasas de retraso del crecimiento en menores de 5 años, por ingresos, países de América Latina y el Caribe sobre los cuales hay datos comparables, año 2015 o datos más recientes disponibles



Fuente: Datos de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. DHS STATcompiler [Internet]; 2018. Se encuentra en <https://dhsprogram.com/data/STATcompiler.cfm>.

Nota: EDS: encuestas demográficas y de salud.

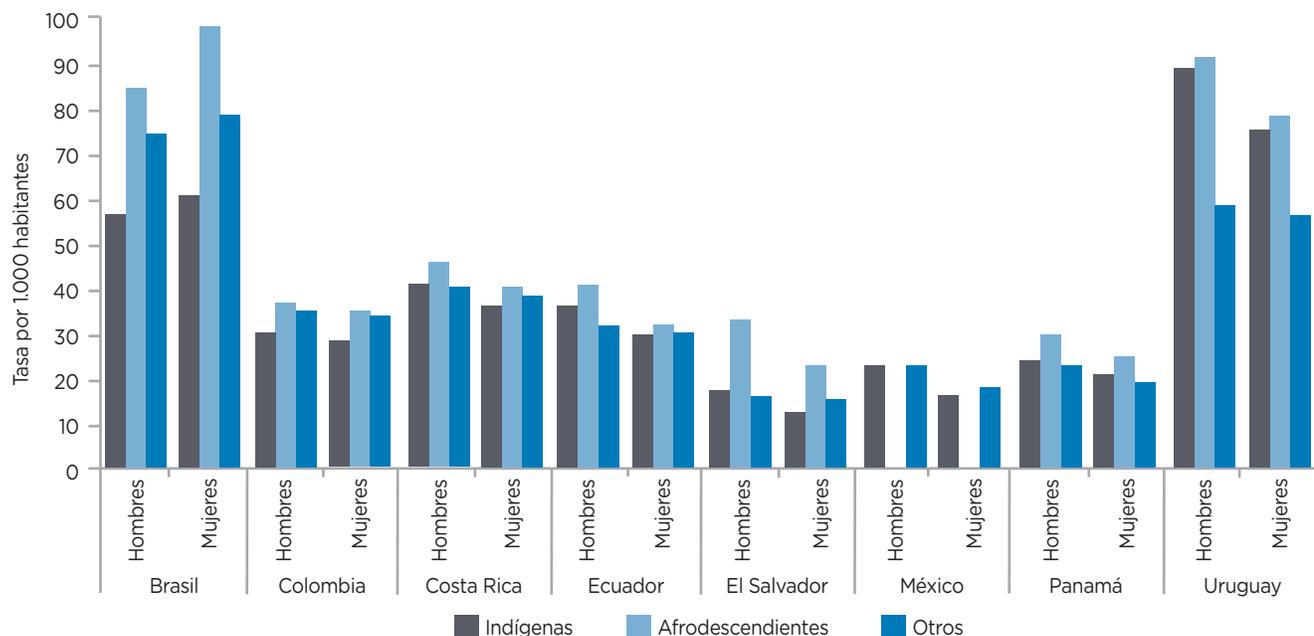
como para el hijo, con altos niveles de mortalidad materna y de los menores de 5 años (23).

Se observan grandes diferencias en las tasas de discapacidad en toda la Región, aunque las comparaciones directas son problemáticas dado que los países utilizan diferentes definiciones de discapacidad y los mecanismos de seguimiento suelen ser poco sólidos (24). También hay

diferencias significativas en las tasas de discapacidad dentro de los países (figura 2.5). Las tasas más altas corresponden a las personas afrodescendientes y están relacionadas con el género y la posición socioeconómica. En todos los países sobre los cuales se dispone de datos, las tasas de discapacidad eran más elevadas entre quienes no habían terminado la educación primaria que entre quienes tenían niveles más altos de educación.

Figura 2.5.

Tasa de discapacidad en la población de 0 a 18 años, por sexo, identidad indígena y afrodescendiente, países sobre los cuales hay datos comparables, año 2011 o datos más recientes disponibles



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2012. Santiago: CEPAL 2013. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1247-panorama-social-america-latina-2012>.

Las desigualdades estructurales en los determinantes de la salud agravan las desigualdades en la incidencia y la prevalencia de las enfermedades mentales y en el acceso a tratamientos eficaces de salud mental. Estas desigualdades se observan en diferentes grupos étnicos de la Región, así como en diferentes grupos socioeconómicos y entre hombres y mujeres (4). Las personas con problemas de salud mental corren mayor riesgo de contraer otras enfermedades, sufrir lesiones y morir prematuramente (3).

Aunque no toda enfermedad mental conduce al suicidio, y no todo suicidio se relaciona con

una enfermedad mental, este es un resultado posible de las enfermedades mentales (25). En la figura 2.6 se muestran las tasas de suicidio en la Región.

En Estados Unidos de América, entre los años 1999 y 2014, aumentaron significativamente las tasas de suicidio en las mujeres y los hombres blancos más pobres y en las personas indígenas y nativas de Alaska (25, 26). En Canadá, la tasa de suicidio de los varones de 15 a 24 años que pertenecen a las Primeras Naciones es cuatro veces mayor que la de los jóvenes que no son indígenas (27).

Figura 2.6.

Tasas de mortalidad por suicidio, por sexo, Región de las Américas, 2016



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). Indicadores básicos [Internet]; 2018 [consultado el 7 de noviembre del 2018]. Se encuentra en <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Resoluciones de la OPS

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (CSP29/6, Rev. 3 [2017])

La salud de los migrantes (CD55.R13 [2016])

Plan de acción sobre salud mental (CD53.R7 [2014])

Salud, seguridad humana y bienestar (CD50.R16 [2010])

Política sobre etnicidad y salud (CSP29.R3 [2017])

Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (CD53.R1)

Objetivos de Desarrollo Sostenible

3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades



Joven madre con vestido tradicional maya amamantando a su hija mientras vende artesanías, Chichicastenango (Guatemala)

3. FACTORES ESTRUCTURALES: LAS INEQUIDADES EN CUANTO AL PODER, EL DINERO Y LOS RECURSOS

RECOMENDACIÓN 1.

LOGRAR LA EQUIDAD EN LAS ESTRUCTURAS POLÍTICAS, SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICAS

En la Región de las Américas, las formas de poder político, social, cultural y económico están cada vez más concentradas (28). Esa concentración y el deterioro de la posición de la Región en la economía mundial están dando lugar a inequidades profundas de tipo estructural y en la salud.

En muchos países de la Región, las fuerzas económicas nacionales e internacionales han socavado la estabilidad, la equidad y el crecimiento económico. Algunos están atravesando crisis económicas, y las personas más pobres cargan con la peor parte debido a la disminución de las oportunidades de empleo, de los salarios y del gasto en medidas de protección social.

La política fiscal progresiva es de fundamental importancia para mejorar la equidad en la salud. La política monetaria, el gasto destinado a la

protección social y los sistemas impositivos deberían aspirar a ser redistributivos, estar diseñados para mejorar progresivamente la calidad de vida

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>1A. Aplicar una política fiscal progresiva para mejorar la equidad en la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el impacto que tienen las políticas fiscales en la equidad y adaptarlas para promover la equidad en la salud. • Fortalecer la cooperación internacional para frenar el uso de los paraísos fiscales. • Reforzar la red de seguridad financiera de la Región.
<p>1B. Garantizar una esfera pública próspera y reforzar el papel del Estado en la prestación de servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar enfoques para aumentar el empoderamiento político de conformidad con la agenda para la equidad del proyecto Horizontes 2030 de la CEPAL y las recomendaciones de la Comisión de Oslo (29). • Cuestionar la presunción de que los mercados son la forma más eficaz de suministrar servicios públicos. • Reforzar el papel del Estado en la regulación de los servicios públicos.
<p>1C. Abordar urgentemente la corrupción a fin de reducir la amenaza que representa para la equidad en la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las recomendaciones de Transparencia Internacional para reducir la corrupción (30). • Fortalecer las instituciones dedicadas a detectar, investigar y llevar a los tribunales los delitos relacionados con la corrupción. • Eliminar la inmunidad política en los casos de corrupción. • Fortalecer la capacidad de investigación de la policía, reforzar las medidas disciplinarias internas y establecer mecanismos permanentes de rendición de cuentas de la policía. • Crear canales para hacer denuncias anónimas, que sean accesibles para los denunciantes y que verdaderamente los protejan de toda forma de represalia.



Hombre sin techo durmiendo frente a un banco que ofrece préstamos hipotecarios, Great Barrington (Estados Unidos de América)

de las comunidades y los grupos poblacionales más expuestos al riesgo de obtener resultados desfavorables, y proporcionarles servicios esenciales.

Eso no ocurre actualmente en muchas esferas de la política fiscal. Por ejemplo, las políticas en materia de pensiones pueden ser regresivas cuando el gobierno subsidia solo a las personas que tienen un empleo formal y excluye a los desempleados y a las personas con empleos informales. En muchos países, los sistemas fiscales y de prestaciones son regresivos: los ricos pagan menos impuestos en proporción a sus ingresos que los más pobres.

En la Región, muchos gobiernos se han retirado de la prestación de servicios y han sido reemplazados por el sector privado. Sin embargo, los mercados no siempre son los mejores proveedores de bienes públicos y, con frecuencia, el sector privado agrava las inequidades en el acceso a servicios esenciales de calidad. La inversión pública en educación,

investigación y desarrollo, salud, infraestructura y muchos otros servicios esenciales es vital para una sociedad saludable y floreciente.

Una mayor responsabilización política podría ayudar, y la participación activa de las personas en la gobernanza democrática para hacer realidad un entorno público próspero favorece la buena salud. Sin esto se debilita la responsabilización política y económica (29, 31).

La corrupción y la evasión impositiva socavan los esfuerzos para resolver las desigualdades económicas y sociales. En muchos países, las multinacionales utilizan los paraísos fiscales para evitar el pago de impuestos. Muchas personas hacen movimientos de dinero para evitar el pago de impuestos o no declaran ingresos y activos, y las economías nacionales pierden recursos que podrían invertir en las comunidades más expuestas al riesgo de deficiencias de salud y otros resultados negativos.

RECOMENDACIÓN 2. PROTEGER EL ENTORNO NATURAL, MITIGAR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y RESPETAR LA RELACIÓN CON LA TIERRA

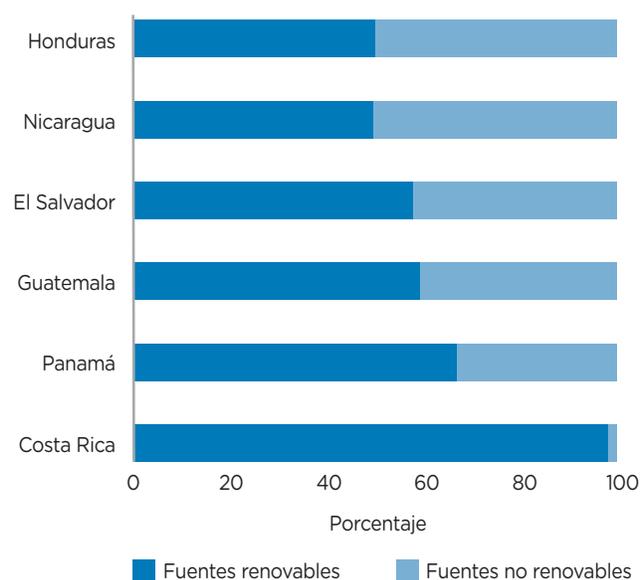
Las amenazas ambientales suelen tener una marcada dimensión de equidad: las personas socialmente desamparadas se ven mucho más afectadas por la degradación ambiental y el cambio climático (9). La experiencia demuestra que las crisis ambientales y los fenómenos naturales extremos resultan desastrosos para las personas desfavorecidas (32). Es importante asegurar que las medidas de adaptación al cambio climático y de mitigación de sus efectos no tengan un impacto adverso en la equidad en la salud. La tierra y los derechos sobre la tierra desempeñan un papel vital para que las personas puedan llevar una vida próspera, y la justicia ambiental debe ser un eje fundamental del desarrollo (33, 34).

El desarrollo no sostenible, y el cambio climático en particular acentúan el riesgo, la gravedad y la vulnerabilidad de las personas y los ecosistemas

frente a los daños que repercuten en la salud y el bienestar. El cambio climático es una de las dimensiones de la insostenibilidad. Otras amenazas

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>2A. Adaptarse al cambio climático y mitigar sus efectos para apoyar la equidad en materia de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir los subsidios de los combustibles fósiles para incentivar el desarrollo y el uso de energía renovable. • Mejorar los preparativos y la respuesta a fenómenos meteorológicos extremos para reducir las inequidades en materia de salud. • Cumplir el Acuerdo de París sobre el cambio climático y los ODS correspondientes (35). • Asegurar el papel del sector privado en la innovación como parte de la solución para proteger el medioambiente y mitigar el cambio climático.
<p>2B. Reducir al mínimo el daño ambiental ocasionado por las industrias extractivas y la producción agropecuaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger la biodiversidad para promover la salud del suelo y los ecosistemas saludables. • Elaborar y aplicar normas para reducir al mínimo el daño ocasionado por la producción agropecuaria y las industrias extractivas al medioambiente y la salud.
<p>2C. Promulgar políticas que protejan y favorezcan la relación de los pueblos indígenas con la tierra y que contribuyan a que las comunidades marginadas logren la tenencia de las tierras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar y afirmar la clara relación entre los pueblos indígenas y la tierra. • Incluir a las personas afrodescendientes y a las comunidades indígenas en las decisiones y acciones que afectan a sus tierras. • Establecer mecanismos y leyes para formalizar la ocupación y la tenencia de la tierra por los habitantes de asentamientos informales.

Figura 3.1.
Combinación de fuentes de energía,
América Central, 2016



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estadísticas e indicadores: Ambiental [Internet]; 2019. Se encuentra en <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=spanish>.

consisten en hacer caso omiso de las limitaciones de los recursos, poner en peligro la diversidad biológica y la salud del suelo, y contaminar y dañar los ecosistemas que sustentan la vida. La reducción de estos riesgos ambientales beneficiará la salud y la equidad en este ámbito, ya que cada una de estas amenazas tiene mayor impacto en las personas y las comunidades más pobres.

Es necesario desarrollar las fuentes de energía renovable en toda la Región, que aún son muy incipientes en muchos países (figura 3.1). Una notable excepción es Costa Rica, donde la energía se produce casi en su totalidad a partir de fuentes renovables.

Un factor común a todas las formas de degradación de la tierra es el agotamiento del suelo y el deterioro de la biodiversidad. El uso de fertilizantes por hectárea se ha intensificado en toda la Región y el uso intensivo de plaguicidas ha aumentado en gran medida. En América Latina y el Caribe se han perdido extensas superficies de bosques: alrededor de 100 millones de hectáreas entre 1990 y el 2014 (36). Algunas zonas de América Latina y el Caribe tienen altos índices de desertificación. El Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola de las Naciones Unidas estima que 50% de las tierras cultivables de América Latina y el Caribe se habrán desertificado para el 2050.

Muchas comunidades indígenas de la Región de las Américas viven en consonancia con prácticas ambientales sostenibles que mantienen el equilibrio entre la población y el medioambiente, firmemente orientadas a la protección de la tierra y el respeto de las generaciones futuras. Sin embargo, la expansión de la producción agropecuaria y las industrias extractivas en las tierras donde han vivido pueblos indígenas durante siglos está causando el desplazamiento de estos habitantes y la degradación del medioambiente. Esto, a su vez, ocasiona y agrava daños ambientales e inequidades en materia de salud.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016–2021 (resolución CD55.R10 [2016] de la OPS)

Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (resolución CD51.R15 [2011] de la OPS)

Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (resolución CSP28.R19 [2012] de la OPS)

Ejemplos de medidas para mejorar las condiciones ambientales y reducir el uso de fuentes de energía no renovables

Canadá

- El gobierno federal cumplirá su compromiso de destinar C\$ 2.650 millones hasta el año 2020 para ayudar a los países más pobres y vulnerables a adaptarse al cambio climático y mitigar sus efectos.
- La provincia de Alberta se ha comprometido a poner fin a las emisiones causadas por la generación de electricidad a partir de carbón y reemplazarla con 30% de energía renovable para el año 2030.
- En la comunidad de Ramea, situada en Terranova y Labrador, que está fuera de la red de servicios, está llevándose a cabo un proyecto de generación de energía diésel-hidrógeno-eólica, uno de los primeros del mundo en integrar la generación de energía a partir del viento, el hidrógeno y el diésel en un sistema eléctrico aislado.¹

Costa Rica

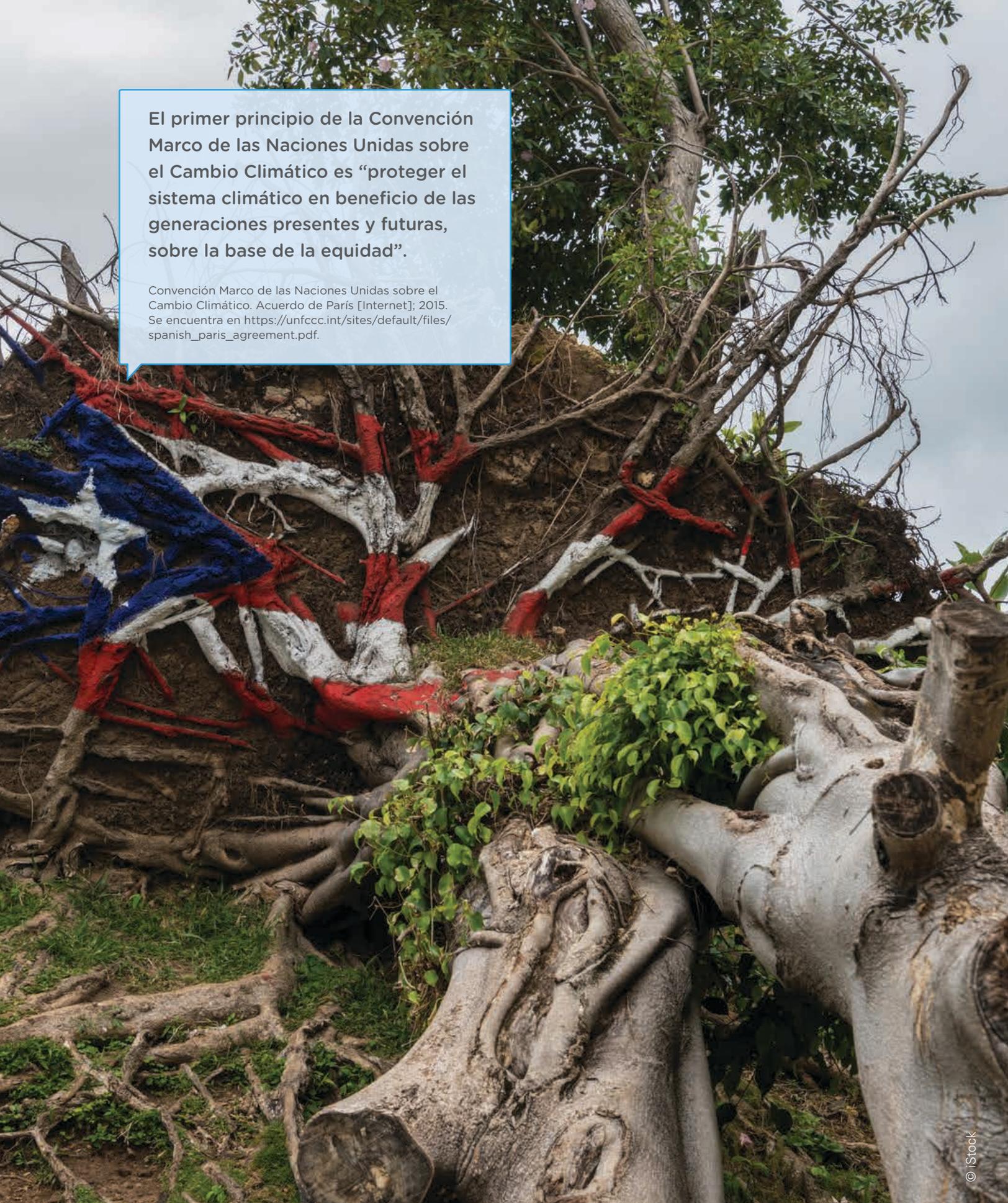
El país se ha fijado la meta de dejar de generar carbono para el 2021 y, en el 2016, produjo energía durante 300 días consecutivos enteramente a partir de fuentes renovables. El gobierno anunció nuevas medidas para proteger 340.000 hectáreas de bosques y selvas con el objetivo de convertirse en el primer país en negociar la venta de créditos de carbono forestal.²

Fuentes: ¹ Climate Action Tracker. Canada country summary [Internet]; 30 de noviembre del 2018 [citado el 30 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://climateactiontracker.org/countries/canada/>.

² Climate Action Tracker. Costa Rica country summary [Internet]; 29 de noviembre del 2018 [citado el 30 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://climateactiontracker.org/countries/costa-rica/>.

El primer principio de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es “proteger el sistema climático en beneficio de las generaciones presentes y futuras, sobre la base de la equidad”.

Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Acuerdo de París [Internet]; 2015. Se encuentra en https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf.



Bandera pintada en un árbol arrancado por el huracán María, San Juan (Puerto Rico)

RECOMENDACIÓN 3. RECONOCER Y REVERTIR EL IMPACTO DEL COLONIALISMO PERSISTENTE Y DEL RACISMO ESTRUCTURAL EN LA EQUIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

En toda la Región de las Américas, el colonialismo, la esclavitud y el racismo consiguiente han sido ruinosos para las oportunidades y la salud de la población, especialmente para los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes. Sus manifestaciones y efectos subsisten hasta nuestros días.

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>3A. Tomar medidas para combatir la filosofía, la cultura, las políticas y las prácticas que emanan del colonialismo histórico y actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a las comunidades afrodescendientes e indígenas en la redacción y sanción de leyes, la organización y la prestación de servicios y otras decisiones que afectan su vida. • Mejorar la recopilación de datos desglosados e incluir los aportes de los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en la investigación para definir problemas y soluciones. • Asegurar que las personas de todas las etnias tengan acceso equitativo a los servicios públicos que contribuyen a la equidad en la salud y que el gasto en estos servicios sea equitativo.
<p>3B. Asegurar que las personas afrodescendientes y los pueblos indígenas gocen de libertad para llevar una vida digna, incluso mediante la afirmación de los derechos que les son propios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las desigualdades contextuales, culturales, sociales e intergeneracionales como una cuestión de derechos humanos para todos los grupos étnicos. • Las entidades de gobierno deben reconocer los derechos específicos de las personas afrodescendientes, rendir cuentas de ellos y atenerse a los principios del Decenio Internacional de los Afrodescendientes de las Naciones Unidas. • Todos los Estados deben incorporar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas en las leyes, las políticas y las prácticas nacionales, y asegurar que los pueblos indígenas tengan los recursos y las oportunidades necesarios para gozar plenamente de sus derechos.
<p>3C. Adoptar medidas positivas para combatir el racismo sistemático</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar el racismo por medio de la educación pública, incluso en el gobierno, la sociedad civil y las escuelas. • Revisar la legislación vigente, las políticas y los servicios para detectar y corregir las actividades que perpetúan el racismo. • Establecer y apoyar mecanismos nacionales e interamericanos eficaces e independientes para abordar los casos de discriminación individual y sistémica. • Los gobiernos deben avalar la posición de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, según la cual son iguales a los demás pueblos y, al mismo tiempo, todos los pueblos tienen derecho a ser diferentes, a considerarse diferentes y a ser respetados como tales.

Debido a los efectos nocivos del colonialismo, los pueblos indígenas de todo el mundo tienen mayores probabilidades de ser pobres y de vivir en una pobreza más profunda que los que no son indígenas (37). La tendencia de la pobreza es evidente incluso en los países ricos de la Región de las Américas. Por ejemplo, en Canadá, más de 60% de los niños que viven en reservas de las Primeras Naciones son pobres, en comparación con 18% de todos los niños (38).

En toda la Región, las personas afrodescendientes tienen problemas similares. En el 2016, el Instituto Brookings informó que, en Estados Unidos de América en el 2000, la mediana de los hogares negros tenía un ingreso que era 66% del ingreso promedio de la mediana de los hogares blancos. En el 2015, esa cifra era de 59% (39).

El efecto combinado de las prácticas coloniales ha consistido en hacer caso omiso de la libre determinación de las poblaciones indígenas sobre sus tierras, recursos, leyes y gobierno y en trastocar (y, en algunos casos, erradicar) las culturas, lenguas y tradiciones orales indígenas, a la vez que se arraigan los traumas multigeneracionales.

La descolonización requiere un cambio en las estructuras, la filosofía, las políticas y las prácticas que son consecuencia del colonialismo. Un efecto importante o, de hecho, un mecanismo intencional del colonialismo que refuerza la desigualdad es la construcción mental del colonialismo que supone la superioridad de una raza sobre las demás. Esta actitud se traduce en circunstancias de exclusión



Protesta contra la demarcación de tierras indígenas, São Paulo (Brasil)

por motivos de raza y origen, ya sea por acción u omisión.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se centra en la libre determinación como derecho fundamental y antecedente necesario para el restablecimiento de los derechos sobre la tierra y los recursos, así como el pleno goce de los derechos humanos (40).

La mayoría de los países tienen algún tipo de mecanismo gubernamental para promover la igualdad racial o abordar cuestiones referidas a los afrodescendientes. Sin embargo, la experiencia revela deficiencias en estos mecanismos que, sumadas a sus limitados recursos, reducen las posibilidades de tomar medidas para garantizar los derechos de las personas afrodescendientes.

Mediante la resolución 68/237 de la Asamblea General de las Naciones Unidas se proclamó el Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015–2024), con el tema “Afrodescendientes: reconocimiento, justicia y desarrollo”. El decenio es una oportunidad para subrayar la importante contribución de las personas afrodescendientes y proponer medidas concretas para promover la igualdad y combatir la discriminación de cualquier tipo (41).

Otros hitos de la lucha contra la discriminación de las personas afrodescendientes en la Región de las Américas son la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (42) y el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la situación de las personas afrodescendientes en las Américas (43).

La resolución CD47.R18 (2006) de la OPS sobre la *Salud de los pueblos indígenas de las Américas* se aprobó para fortalecer las decisiones basadas en la evidencia y la capacidad de seguimiento de la salud de las personas indígenas en la Región (44).

Ejemplos de medidas para mitigar las desigualdades raciales y étnicas y de construir el colonialismo y el racismo persistentes

Medidas de acción afirmativa: se han aplicado principalmente en el campo de la educación y el mercado laboral. La experiencia indica que, si se las mantiene en vigor, tienen efectos positivos.¹

- En el 2005, el Ministerio de Educación del **Estado Plurinacional de Bolivia** reservó 20% de los cupos anuales para la formación de docentes de escuelas secundarias a indígenas y afrobolivianos, sin examen de ingreso.
- En el 2003, **Brasil** estableció cupos para estudiantes afrodescendientes (40%).
- En **Brasil**, la política para que los jóvenes afrodescendientes ingresen en las universidades condujo a una notable disminución de la desigualdad étnica y racial en los ingresos en el período 2004–2014.
- **Colombia** estableció en 1996 un fondo de préstamos para estudiantes afrocolombianos de escasos recursos y con buen desempeño académico.
- En el 2009, **Ecuador** garantizó el acceso de las personas afroecuatorianas a cargos en la administración pública en proporción a su población.
- En el 2005, la **República Bolivariana de Venezuela** estableció cupos destinados a jóvenes afrodescendientes para becas de capacitación y estudios en institutos profesionales.

Programa Honoring Nations de Estados Unidos de América: se trata de un programa de premios que selecciona y da a conocer ejemplos sobresalientes de gobernanza tribal que demuestran la importancia del autogobierno. Honoring Nations defiende el principio de que las propias tribus tienen la clave de su prosperidad social, política, cultural y económica, y que la autogobernanza desempeña un papel central en la creación y el mantenimiento de naciones indígenas sólidas y saludables.²

Principio de Jordan: en Canadá, Jordan River Anderson, de la nación cree de Norway House, estuvo innecesariamente internado en un hospital más de dos años porque los diferentes niveles del gobierno canadiense no se ponían de acuerdo sobre el pago de la atención domiciliar que debía recibir puesto que pertenecía a las Primeras Naciones. Jordan murió sin haber salido jamás del hospital. El Principio de Jordan recibió este nombre en su memoria y asegura que los niños de las Primeras Naciones tengan acceso a todos los servicios públicos sin discriminación.³ La Cámara de los Comunes lo aprobó en el 2007, pero se necesitaron otros once años y cuatro órdenes judiciales para que el gobierno canadiense comenzara a aplicarlo.^{4, 5}

Fuentes: ¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La situación de las personas afrodescendientes en las Américas. Washington, D.C.: OEA; 2011. Se encuentra en http://www.oas.org/es/cidh/afrodescendientes/docs/pdf/AFROS_2011_ESP.pdf.

² The Harvard Project on American Indian Development. About Honoring Nations [Internet]; 2019. Se encuentra en <https://hpaied.org/honoring-nations>.

³ Jordan's Principle Working Group. Without delay, denial or disruption: ensuring First Nations Children's Access to Equitable Services through Jordan's Principle. Ottawa: Assembly of First Nations; 2015.

⁴ Tribunal de Derechos Humanos de Canadá. First Nations Child and Family Caring Society of Canada and Assembly of First Nations v. Attorney General of Canada. Ottawa: Tribunal de Derechos Humanos de Canadá; 2017.

⁵ Pictou Landing Band Council v. Canada (Attorney General), 2013 Federal Court 342, Federal Court of Canada (Mandamin J), 4 de abril del 2013.

4. LAS CONDICIONES DE LA VIDA COTIDIANA

Los habitantes de la Región de las Américas aspiran a tener los elementos básicos cotidianos que les permitan llevar una vida digna y razonable: control sobre su vida sexual y reproductiva, buenos servicios de maternidad, un buen comienzo de la vida para sus hijos (que comprende la buena salud y un buen desarrollo en la primera infancia), una buena educación que les dé a sus hijos aptitudes y oportunidades en la vida, un trabajo decente que promueva la salud en vez de perjudicarla, condiciones que permitan a las personas mayores llevar una vida digna e independiente, suficiente dinero para vivir, un entorno cohesivo sin la amenaza de violencia, una vivienda segura y asequible con agua limpia e instalaciones sanitarias, y acceso a atención para promover la salud y tratar las enfermedades.

El logro de estas condiciones también será una importante contribución para tener una sociedad floreciente, bien organizada, segura y productiva. Sin embargo, el acceso a estos recursos necesarios está distribuido de manera desigual y se ha convertido en un factor importante de las inequidades en la salud. Sin todo esto será imposible alcanzar el objetivo de tener una vida digna.



Joven vendedor de ananás en La Romana (República Dominicana)

RECOMENDACIÓN 4.

LA EQUIDAD DESDE EL INICIO: LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA Y LA EDUCACIÓN

La supervivencia infantil es primordial, pero también lo es la calidad del desarrollo durante la primera infancia. Un buen comienzo de la vida redundará en mejor salud y mayor bienestar en las etapas posteriores. Durante el embarazo, el parto y la infancia se sientan las bases de una mayor equidad en la salud.

Las desigualdades en cuanto a la salud materna e infantil, las experiencias en los primeros años y la escolaridad están directamente relacionadas con las desigualdades en una serie de consecuencias

en etapas posteriores de la vida, incluso en la salud. Para lograr la equidad en este período es fundamental mitigar la desigualdad social y económica (véanse los objetivos prioritarios 1A, 1B

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
4A. Asegurar la buena salud maternoinfantil y una nutrición óptima	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el acceso a anticonceptivos modernos, incluso para los adolescentes jóvenes, así como al aborto seguro. • Extender los servicios de atención prenatal y posnatal a quienes corran mayor riesgo de resultados adversos. • Mejorar la adhesión a las directrices de la OMS sobre lactancia materna y nutrición maternoinfantil, en particular en las comunidades pobres y rurales. • Introducir programas de nutrición para familias de ingresos bajos. • Proporcionar apoyo económico y social a las familias de ingresos bajos, incluida la ampliación de los programas exitosos de transferencias monetarias condicionadas.
4B. Apoyar el buen desarrollo del niño en la primera infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar y reequilibrar el financiamiento público a fin de que se invierta más en el desarrollo y la educación preescolar y primaria. • Ampliar el acceso a programas de buena calidad y culturalmente apropiados para los primeros años de vida a fin de reducir las desigualdades en la participación. • Asumir y cumplir las obligaciones internacionales relacionadas con los derechos del niño, entre ellas la adopción de medidas positivas y eficaces para asegurar el pleno goce de los derechos de los niños indígenas, afrodescendientes y con discapacidad.
4C. Reducir las desigualdades en la terminación de la escuela secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar las mejoras de la participación en la educación primaria a fin de asegurar que toda la población joven de la Región reciba una educación secundaria completa de buena calidad. • Ampliar los programas de transferencias monetarias condicionadas para ayudar a los niños a terminar la educación secundaria. • Incorporar programas de educación sexual integral en todas las escuelas secundarias. • Impulsar reformas educativas para mejorar la calidad de la educación secundaria y asegurar que los profesores tengan suficientes aptitudes y cualificaciones.

y 1C), que genera profundas desigualdades sociales, económicas, de género y étnicas en cuanto a la salud y el desarrollo. Además, hay medidas específicas que se pueden tomar, como el acceso a anticonceptivos, la atención prenatal y posnatal y el aborto seguro. Ponemos especial énfasis en mejorar la lactancia materna y la nutrición infantil, cuyo impacto se extiende a lo largo de toda la vida. El primer período de la vida es fundamental para introducir y heredar trayectorias de desigualdad, pero también es el período en que estas desigualdades pueden modificarse y atenuarse de una manera más eficaz.

La Región de las Américas avanzó un poco, en particular en la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil y la mejora del acceso y la equidad en la educación primaria. Sin embargo, subsisten profundas desigualdades relacionadas con la posición socioeconómica, el grupo étnico y las discapacidades, que en algunos casos se han acentuado, particularmente en lo que se refiere a la educación secundaria.

En América Latina y el Caribe, 43% de los niños —casi el doble del porcentaje de adultos (24%)— viven en hogares cuyos ingresos apenas llegan a 60% del ingreso medio. Estados Unidos de América tiene tasas de pobreza infantil similares a las de México y Chile y mucho más altas que el promedio de los 37 países de la OCDE (45). Los niños en el decil de ingresos más bajos de Canadá viven en familias donde el ingreso es 53% menor que para el niño promedio, mientras que la desigualdad en los ingresos ha aumentado y la tasa de pobreza infantil no ha cambiado (46).

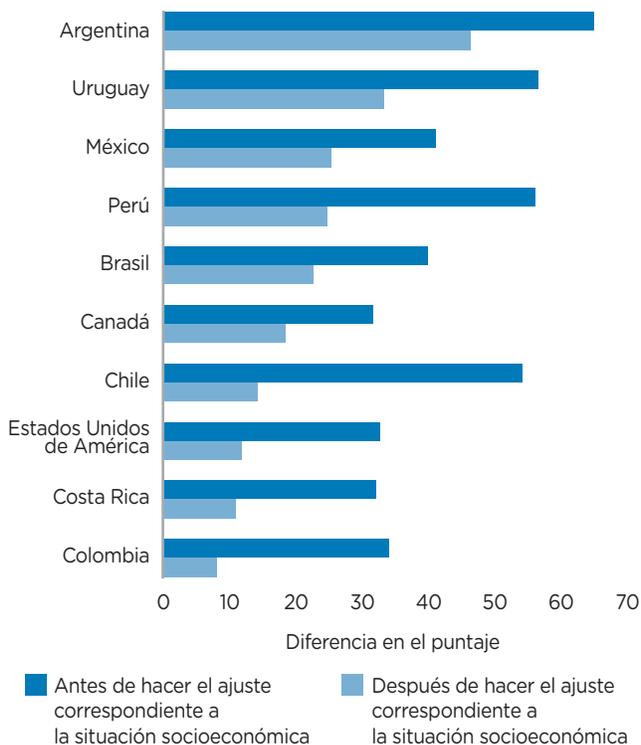
La educación preescolar de buena calidad es una forma importante de mejorar el nivel educativo y la participación y, por ende, de reducir las desigualdades en la salud y mejorar otros resultados sociales y económicos, como el empleo

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (resolución CD53.R13 [2014] de la OPS)

Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez (resolución CSP28.R20 [2012] de la OPS)

Figura 4.1.
Diferencia en el desempeño en matemáticas a los 15 años según asistencia a un preescolar durante un año o más, países de la Región de las Américas que participaron en la encuesta PISA, 2012



Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Programme for International Student Assessment, PISA database - Table II.4.12 [Internet]; 2012. Se encuentra en <http://www.oecd.org/pisa/data/>.

y los ingresos, con efectos durante toda la vida. Para ilustrar esta importancia, en la figura 4.1 se muestra la diferencia de puntaje en las pruebas estandarizadas de matemáticas tomadas a los 15 años por estudiantes que dijeron que habían recibido educación preescolar durante un año o más y los que no, después de tener en cuenta la posición socioeconómica (47). Esto último es importante porque, en la mayoría de los países, los niños de las familias más pobres tienen menores probabilidades que los niños en mejor situación de asistir a un preescolar.

En la Región de las Américas se ha avanzado mucho en el acceso universal a educación primaria de buena calidad. Sin embargo, no se ha dedicado

el mismo grado de inversión, atención o mejora a la participación y el rendimiento en la educación secundaria. En este nivel de enseñanza persisten profundas desigualdades que están estrechamente relacionadas con la situación socioeconómica, el nivel de escolaridad de los padres, la identidad étnica, el sexo, la discapacidad y la residencia en zonas rurales o urbanas.

Las mujeres indígenas tienen las tasas más bajas de asistencia a la escuela secundaria en toda la Región, y las mujeres afrodescendientes tienen también tasas particularmente bajas de terminación de los estudios. En todos los países, los niños con discapacidad tienen tasas mucho menores de finalización de los estudios que los niños sin discapacidad.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Resoluciones de la OPS

Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (CD49.R14 [2009])

Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (CD48.R5 [2008])

Objetivos de Desarrollo Sostenible

4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos

Convención sobre los Derechos del Niño

En el artículo 28 se establece que todo niño tiene derecho a la educación y que la educación primaria debe ser gratuita y todos los niños deben tener acceso a diferentes formas de enseñanza secundaria (Naciones Unidas, 1990).



RECOMENDACIÓN 5. TRABAJO DECENTE

La transición de la escuela al trabajo, la calidad de la vida laboral y la naturaleza de los contratos de empleo son determinantes importantes para la salud. El concepto de trabajo decente es fundamental y debe hacerse extensivo a quienes están actualmente fuera del trabajo formal. El trabajo es esencial para aliviar la pobreza y crear oportunidades de prosperar.

En la Región de las Américas existen profundas desigualdades en cuanto a los ingresos, las tasas de empleo y las condiciones de trabajo entre los 16 y

los 65 años, etapa de la vida en la cual las personas trabajan, forman una familia y se ocupan del cuidado de familiares mayores. Estas desigualdades

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>5A. Mejorar el acceso a empleos y condiciones laborales dignos, incluso para las personas en los sectores informales y del trabajo doméstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos deben regular a los empleadores para que cumplan los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y proporcionen empleo digno. • Los gobiernos deben regularizar el trabajo informal y asegurar que estos empleos cumplan las normas de la OIT sobre trabajo decente, especialmente en relación con el Convenio 189 de la OIT sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (48) y la meta 7 del ODS 8 (49). • Elaborar y aplicar leyes que exijan normas mínimas en materia de seguridad y garantizar que se cumplan. • Elaborar y aplicar normas sobre el estrés laboral, el horario de trabajo, las vacaciones y las prácticas gerenciales. • Permitir y apoyar la sindicalización, incluso en el sector informal. • Reducir el trabajo infantil mediante la protección y la garantía de los derechos del niño. • Formular y aplicar políticas sobre salario mínimo para reducir la pobreza de la población empleada.
<p>5B. Ayudar a los desempleados por medio de programas activos para el mercado laboral y sistemas de protección social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir las tasas de la población joven que no trabaja, no estudia ni se forma de ninguna manera, especialmente las mujeres afrodescendientes y las personas indígenas. • Instituir programas activos para el mercado laboral. • En el caso de los países con poca cobertura social para el desempleo, prolongar el período durante el cual se proporciona apoyo y asegurar que los trabajadores autónomos estén cubiertos.
<p>5C. Reducir las desigualdades de género en el acceso al trabajo, la remuneración y la jerarquía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las leyes y la normativa para asegurar la equidad de género en el empleo. • Alcanzar el ODS sobre igualdad de género y empoderamiento de todas las mujeres y niñas. • Establecer sistemas eficaces para monitorear la equidad de género en el empleo. • Fomentar los cambios culturales relacionados con la equidad de género, entre ellos que los empleadores rindan cuentas de las diferencias de género en las tasas de empleo, la remuneración y la jerarquía.

“El trabajo decente sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres”.

Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente [Internet]. Ginebra: OIT. Se encuentra en <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>.

relacionadas con el trabajo tienen profundas implicaciones para las desigualdades en la salud en toda la Región.

TRABAJO DECENTE Y DE CALIDAD

Trabajar un número excesivo de horas puede ser perjudicial para la salud física y mental y el bienestar, así como para el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, la interacción con los hijos y la participación en actividades de la comunidad. En la mayoría de los países de la Región de las Américas, los empleados trabajan más de ocho horas por día.

En algunos países de la Región hay tasas relativamente altas de traumatismos ocupacionales mortales, que llegan a alrededor de 8 lesiones mortales por 100.000 lesiones al año. Las cifras reales podrían ser mayores, ya que es probable que exista un subregistro o que los sistemas de vigilancia sean inadecuados. Las tasas en los

trabajadores migrantes son superiores al promedio en los países (50).

En muchos estudios se han examinado los nexos entre el estrés psicosocial en el trabajo y los resultados deficientes en materia de salud. En una revisión sistemática reciente de estudios empíricos realizados en América Latina para evaluar la relación entre el estrés psicosocial en el trabajo y la salud con el modelo del desequilibrio entre esfuerzo y recompensa se observó que hay evidencia proveniente de una amplia gama de países de la relación entre dicho desequilibrio y el estrés psicosocial, que lleva a problemas de salud (57).

EL TRABAJO INFORMAL, LOS TRABAJADORES DOMÉSTICOS Y OTROS GRUPOS DE TRABAJADORES EN RIESGO

El trabajo informal incluye el trabajo sin contrato laboral, sin ningún tipo de seguridad ni garantía de

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

El **Convenio 189 de la OIT** establece una edad mínima para los trabajadores domésticos; garantiza el derecho a la libertad de asociación y a estar protegidos contra toda forma de abuso, acoso y violencia, y establece disposiciones especiales relativas a los trabajadores migrantes (Organización Internacional del Trabajo, 2011).

El **ODS 8.7** subraya la necesidad de adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas, y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y el uso de niños soldados, y propone poner fin al trabajo infantil en todas sus formas para el año 2025.



Trabajadores, en su mayoría mujeres y niñas, extrayendo minerales manualmente de las salinas de Maras (Perú)

empleo o ingresos, sin protección social administrada por el empleador —como la licencia pagada por enfermedad— y sin ninguna protección jurídica. Es un riesgo para la salud y la equidad en la salud.

En América Latina y el Caribe, las tasas de trabajo informal son muy altas, especialmente en las mujeres. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Paraguay y Perú, el empleo fuera del sector formal constituye 70% o más del total de la fuerza laboral (4, 52).

El trabajo doméstico está subvalorado y mal remunerado. Lo realizan principalmente mujeres y niñas, muchas de ellas migrantes o afrodescendientes de comunidades desfavorecidas (4, 23).

TRABAJO INFANTIL

La Región de las Américas tiene la tercera carga mayor del mundo de trabajo infantil. Los niños son más propensos a realizar trabajo infantil que las niñas y llevan a cabo una mayor proporción de las tareas más peligrosas. El trabajo infantil es perjudicial para la salud, aleja a los niños de

la educación a tiempo completo y, a menudo, termina en la separación del niño de su familia y la comunidad (53).

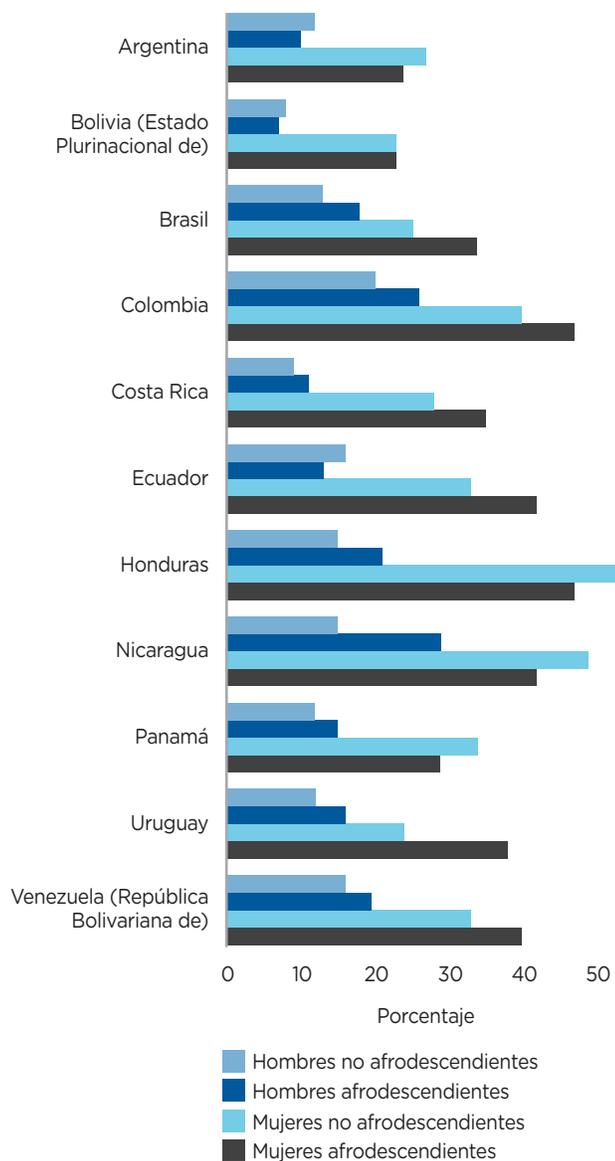
TRABAJADORES MIGRANTES

En el 2013, América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América), como subregión amplia, tenía el porcentaje más alto del mundo de trabajadores migrantes, con 25% (54). Los migrantes suelen ser contratados para realizar los trabajos más peligrosos e inseguros y carecen de toda protección formal.

DESEMPLEO

El desempleo durante períodos prolongados y la inseguridad laboral son perjudiciales para la salud. Existen claras desigualdades en las tasas de desempleo y de empleos de mala calidad relacionadas con la posición socioeconómica, el origen étnico, el género y la discapacidad. Los hombres y las mujeres con menor grado de escolarización y más desfavorecidos tienen mayores probabilidades de quedar desempleados y de trabajar en ocupaciones inseguras, no reguladas y fuera del empleo formal.

Figura 4.2.
Jóvenes afrodescendientes de 15 a 29 años que no trabajan ni estudian, por sexo, países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, 2012 o datos más recientes disponibles



Fuente: Adaptado de Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Panorama social de América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>. Los datos se obtuvieron por medio de un procesamiento especial de bases de microdatos censales con REDATAM 7.

Nota: La población afrodescendiente no incluye a las personas que se identifican a sí mismas como indígenas o cuya condición étnica o racial no se conoce.

En Estados Unidos de América, los pueblos originarios tienen las tasas más altas de desempleo, seguidos por los afrodescendientes y los hispanos. En la mayoría de los países de la Región de las Américas, la asistencia oficial por desempleo se proporciona solo por un tiempo limitado, y en muchos países no hay asistencia alguna del gobierno durante el período en que la persona está sin trabajo. La OIT ha estimado que, si la brecha de género en el empleo se redujera en 25% para el 2025, el PIB de América Latina y el Caribe aumentaría en 4%, y el de Canadá y Estados Unidos de América, en 2% (55).

PERSONAS QUE NO TRABAJAN, NO ESTUDIAN NI SE FORMAN DE NINGUNA MANERA

En toda la Región, las mujeres son más propensas que los hombres a no trabajar, estudiar ni recibir ningún tipo de formación. En la mayoría de los países de la Región, aunque no en todos, las mujeres afrodescendientes conforman el grupo con mayor probabilidad de estar fuera del mercado laboral o educativo (figura 4.2). Los pueblos indígenas de Estados Unidos de América también tienen los porcentajes más altos de población joven sin capacitación ni empleo formal (56).

POBREZA DE LOS OCUPADOS Y BRECHAS SALARIALES

Para muchas personas de la Región, tener empleo no es garantía de que puedan salir de la pobreza puesto que los salarios son demasiado bajos. Hay grandes diferencias en los niveles de pobreza de las personas con empleo en la Región. En Costa Rica, menos de 1% de los trabajadores se registran como pobres, mientras que las cifras de Haití alcanzan 22% de las mujeres y 18% de los hombres (57). El salario mínimo federal en Estados Unidos de América ha establecido un piso de remuneración desde que se instituyó en 1938 para proteger a los trabajadores contra la pobreza incluso cuando tienen empleo. Si bien no abarca a todos los trabajadores, determina un ingreso mínimo para los trabajadores peor remunerados. Sin embargo, a pesar de algunos aumentos recientes del salario mínimo que desembolsan los estados, el salario mínimo que se paga en la mayoría de los niveles federales y estatales aún está por debajo del pico de su valor real de 1968 y la tendencia es a la baja (58).

Ejemplos de políticas y programas para mejorar las condiciones laborales

Programas activos para el mercado laboral

Estos programas se han llevado a cabo en Estados Unidos de América desde los años sesenta y setenta, y en América Latina y el Caribe desde los noventa. Los programas activos para el mercado laboral se encuentran entre los más eficaces para las personas que permanecen desempleadas durante mucho tiempo.¹

Programa Chile Joven

Este programa ha mejorado las posibilidades de empleo de las mujeres, los salarios y la calidad del trabajo.²

Sindicalización

La formación de sindicatos se asocia con distintas mejoras importantes en la calidad del trabajo y otras condiciones de empleo, además de salarios más altos. Un estudio realizado en Chile en el 2011 mostró que casi tres cuartas partes de las mujeres sindicalizadas tienen alguna forma de seguro de salud, en comparación con menos de la mitad de las mujeres no sindicalizadas.³

Programa Prospera en México (antes conocido como Oportunidades)

Programa de transferencias monetarias condicionadas que ha contribuido a una reducción del trabajo infantil fuera del hogar, en particular de los varones. Los estudios realizados muestran que el tiempo que pasan los niños trabajando fuera del hogar ha bajado 14%, paralelamente a un aumento del tiempo dedicado a tareas escolares.⁴

Fuentes: ¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2011. Santiago: CEPAL; 2011. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/926-anuario-estadistico-america-latina-caribe-2011-statistical-yearbook-latin-america>.

² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Chile Joven, job training programs in Latin America [Internet]; 2016. Se encuentra en <https://unevoc.unesco.org/go.php?q=Promising+practices+Archives&id=6>.

³ Organización Internacional del Trabajo. El futuro del trabajo que queremos. La voz de los jóvenes y diferentes miradas desde América Latina y el Caribe. (OIT Américas. Informes Técnicos 2017/7). Lima: Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 2017. Se encuentra en https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_561498/lang--es/index.htm.

⁴ Banco Mundial. Un modelo de México para el mundo [Internet]; 19 de noviembre del 2014 [citado el 7 de diciembre del 2018]. Se encuentra en <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/11/19/un-modelo-de-mexico-para-el-mundo>.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (resolución CD54.R6 [2015] de la OPS)

RECOMENDACIÓN 6. VIDA DIGNA PARA LAS PERSONAS MAYORES

La edad anciana ya no es algo que se pueda seguir posponiendo. Caracteriza el presente y el futuro de la Región de las Américas, que tiene la población de personas mayores de más rápido crecimiento del mundo. Se estima que, para el 2050, alrededor de 25% de los habitantes de América Latina y el Caribe tendrán 60 años o más (59). El derecho a vivir una vida digna en la edad avanzada es fundamental para reducir las inequidades en materia de salud en la Región.

Las inequidades en la salud y el bienestar de las personas mayores están relacionadas con las diferencias en las condiciones experimentadas en etapas anteriores de la vida, como se indica en las recomendaciones 4 y 5, así como en las condiciones al alcanzar la vejez, descritas aquí.

Las sociedades son más saludables y gozan de mayor bienestar cuando las personas mayores siguen activas y ocupadas y se valoran sus contribuciones. El aislamiento social deteriora la

salud, y en las personas mayores está en aumento como resultado de los cambios en la estructura familiar y en el urbanismo. Las desigualdades en cuanto al riesgo y las tasas de aislamiento social tienen que ver con los ingresos, el nivel de escolaridad, la salud física y mental y el género. En las etapas posteriores de la vida, los hombres tienden a un mayor aislamiento social que las mujeres. La evidencia demuestra que mantenerse social, física y mentalmente activo puede retrasar la edad en la que sobreviene el deterioro cognitivo

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>6A. Crear las condiciones para el envejecimiento activo y conectado, en una sociedad que valore las contribuciones de las personas mayores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El gobierno local y la sociedad civil deben crear condiciones en las comunidades que fomenten la actividad física y mental, y reduzcan el aislamiento social. • Establecer alianzas multisectoriales que faciliten los sistemas de vivienda, medioambiente y transporte, como las “ciudades adaptadas a las personas mayores”, que satisfacen las necesidades sociales, económicas y de salud y movilidad de las personas mayores.
<p>6B. Aumentar la asignación de pensiones por medio de subsidios del gobierno, especialmente para quienes corren mayor riesgo de no tener ningún ingreso en etapas tardías de la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear y ampliar sistemas de pensiones sin aportes para asegurar la cobertura de aquellos que están fuera de los regímenes contributivos. • Establecer normas en materia de ingresos mínimos para las personas mayores y, para las que estén por debajo del umbral, proporcionar apoyo mediante pensiones y otros mecanismos de protección social. • Asegurar que las pensiones y los sistemas de protección social presten especial atención a las mujeres, y a las personas indígenas y afrodescendientes.
<p>6C. Orientar más los sistemas de atención de salud a las medidas de prevención y a la promoción de una vejez activa y sana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer alianzas multisectoriales, que incluyan el sistema de atención de salud y la sociedad civil, para fomentar la atención preventiva y mejorar la salud. • Asegurar la adecuada continuidad de la atención entre los hospitales y las comunidades. • Ayudar a las familias para que puedan cuidar a familiares ancianos, incluso por medio de licencia por razones familiares.

y en la que se manifiesta la demencia (60). Aunque la relación entre causa y efecto es controvertida, hay pruebas suficientes en favor de que el envejecimiento activo reduce el declive cognitivo.

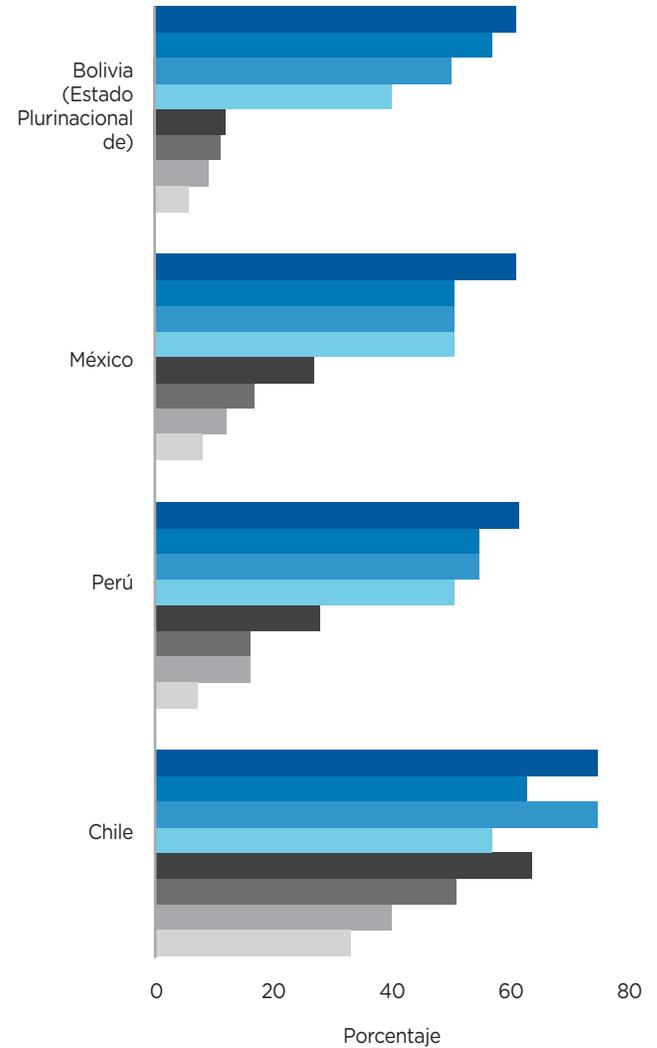
Las personas mayores con menor posición socioeconómica tienen más probabilidades de habitar viviendas deficientes y entornos que no son propicios para la integración social, la actividad física, la movilidad o la prevención de la mala salud (61).

Hay grandes disparidades en los ingresos y los niveles de pobreza en las etapas avanzadas de la vida, relacionadas con la situación socioeconómica de los años anteriores, el género y el grupo étnico. Por ejemplo, en Estados Unidos de América, 19% de las personas afroestadounidenses mayores y 18% de las personas hispanas mayores viven en la pobreza, en comparación con 9% de las personas blancas (62).

En la Región hay niveles relativamente bajos de apoyo gubernamental para ofrecer atención y ayuda a los ingresos para las personas mayores. La mayoría de las jubilaciones o pensiones son contributivas, de modo que solo acceden a ellas quienes tienen un empleo seguro. En América Latina y el Caribe, solamente 40% de las personas mayores reciben una jubilación o pensión (4).

En la figura 4.3 se muestra que, en cuatro países latinoamericanos, los hombres que no son indígenas tenían las tasas más elevadas de cobertura de pensiones en el 2014, y las mujeres indígenas, las

Figura 4.3. Porcentaje de adultos mayores de 65 años que reciben una pensión, por sexo, identidad indígena y nivel de escolaridad, cuatro países de América Latina sobre los cuales hay datos comparables, 2014



Secundaria o superior

- Hombres no indígenas
- Mujeres no indígenas
- Hombres indígenas
- Mujeres indígenas

Primaria incompleta

- Hombres no indígenas
- Mujeres no indígenas
- Hombres indígenas
- Mujeres indígenas

Fuente: Basado en datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santiago: CEPAL; 2016. Se encuentra en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40668/4/S1600946_es.pdf.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Resoluciones de la OPS

Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores (CD54.R11 [2015])

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (CD49.R15 [2009])

Organización de los Estados Americanos

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)



Residentes sentados en un banco de la Plaza de Armas de Arequipa (Perú)

más bajas. En todos los grupos étnicos, la cobertura de las pensiones está estrechamente relacionada con el nivel de escolaridad.

En la mayoría de los países de la Región de las Américas no se contempla la licencia con goce de sueldo para cuidar a padres ancianos, con las excepciones de Canadá, El Salvador, Nicaragua y Perú (63). En Estados Unidos de América se puede pedir licencia sin goce de sueldo. Las mujeres representan 90% de los prestadores de cuidados no remunerados y, a menudo, deben reducir el trabajo lucrativo porque tienen que atender a sus familiares (60). Alrededor de 43% de los cuidadores tienen síntomas de depresión y ansiedad, así como un

riesgo dos veces mayor de sufrir enfermedades cardíacas y lesiones en comparación con quienes no brindan este tipo de cuidados (64).

Los servicios de prevención deben ser una parte esencial de un sistema de salud que esté en consonancia con las necesidades de las personas mayores y que se centre en la protección de la salud, así como en el tratamiento de las deficiencias en materia de salud. Sin embargo, los datos procedentes de Estados Unidos de América muestran que, aun cuando se cuenta con estos servicios preventivos, existen desigualdades significativas relacionadas con la etnia, los niveles educativos y el género en cuanto a la participación (62).

Ejemplos de programas para las edades más avanzadas

Educación en etapas anteriores de la vida

Si Estados Unidos de América elevara el gasto en educación y discapacidad al nivel del país de la OCDE que más gasta, la esperanza de vida en Estados Unidos de América aumentaría a 80,12 años (un incremento de 0,168 de un año).¹

Prestación de beneficios jubilatorios

Los sistemas jubilatorios tienen un papel importante para aliviar la pobreza en la edad avanzada. Los países con niveles altos de cobertura pueden erradicar la pobreza en distintos grados en las personas mayores. El mayor efecto en la Región se observa en Brasil. Aunque solo 4% de los brasileños mayores de 60 años son pobres, 48% de ellos lo serían sin pensiones (si todos los otros factores se mantuvieran constantes).²

Ciudades adaptadas a las personas mayores

Son programas que se aplican a toda una ciudad, principalmente en el orden municipal, que priorizan y promueven activamente el envejecimiento saludable, combinado con una mayor asistencia para aquellos que necesitan más apoyo y atención. Las personas mayores participan en la formulación de estrategias y la ejecución de programas.³

Programas de apoyo a la actividad física y mental para las personas mayores

En Estados Unidos de América, un estudio mostró que un programa de actividad física de intensidad moderada, regular y equilibrada durante un promedio de 2,6 años reducía en un 18% el riesgo de discapacidad grave que impedía la movilidad en un grupo de ancianos vulnerables.⁴

Fuentes: ¹ Reynolds MM, Avendano M. Social policy expenditures and life expectancy in high-income countries. *Am J Prev Med.* Enero del 2018; 54(1):72-9.

² Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; Banco Interamericano de Desarrollo; Banco Mundial. Pensions at a glance: Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: OCDE; 2014. Se encuentra en <http://www.oecd.org/publications/oecd-pensions-at-a-glance-pension-glance-2014-en.htm>.

³ Organización Mundial de la Salud. Global age-friendly cities project [Internet]; 2010. Se encuentra en https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/.

⁴ Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA.* Junio del 2014; 311(23):2387-96.

RECOMENDACIÓN 7. LOS INGRESOS Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

No tener los ingresos mínimos para llevar una vida saludable es un factor clave de la inequidad en la salud. Muchas de nuestras recomendaciones se refieren específicamente a la meta de que todos tengan suficientes recursos económicos para llevar una vida digna. Aquí tenemos una lista de otras recomendaciones concretas.

Aunque los niveles de pobreza extrema han disminuido en toda la Región, los niveles de pobreza siguen siendo elevados y, en muchos países, la pobreza está aumentando a medida que se recrudecen las crisis económicas y se profundizan las desigualdades. La proporción del ingreso nacional para 20% inferior varía de 2% a 7% del ingreso nacional, y la mayoría se encuentra entre 3% y 5%. En un informe de la OIT se analiza la protección social universal necesaria para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (65).

La desigualdad en cuanto a los ingresos es alta en toda la Región. Si se compara el quintil más rico con el quintil más pobre, la relación es de 15 o más en nueve de los países que se muestran en la figura 4.4.

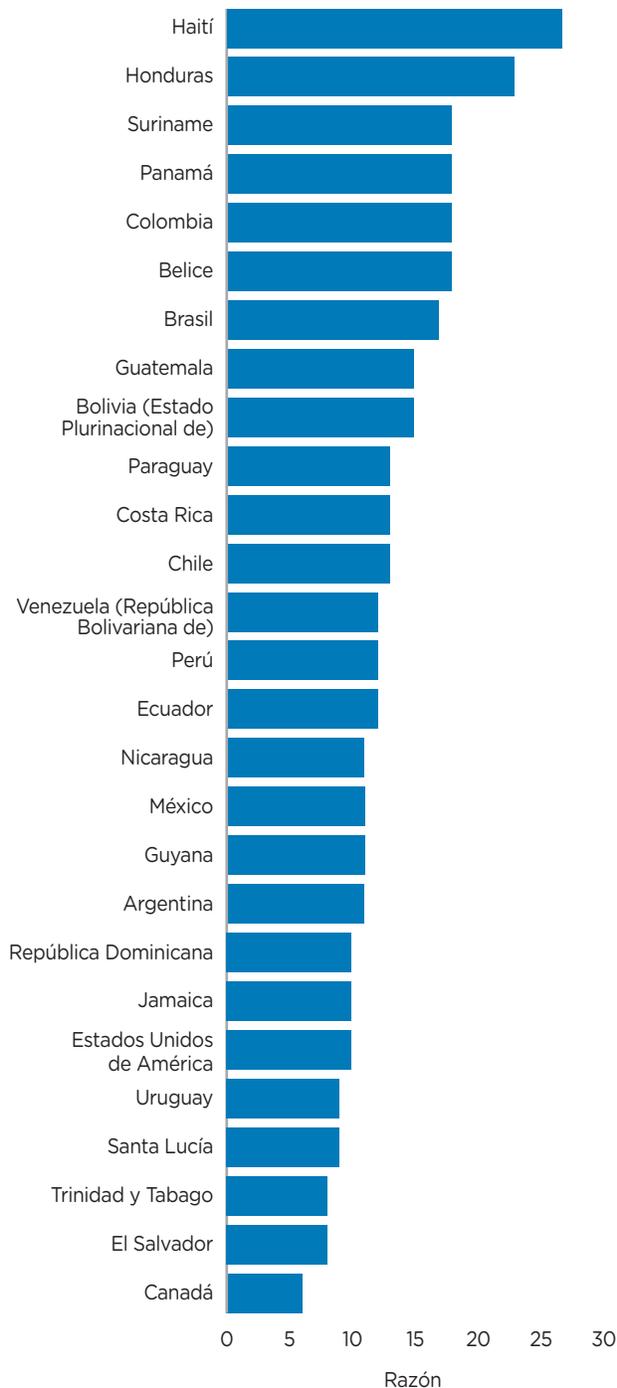
En general, los niños son el grupo etario más pobre de las sociedades. La tasa promedio de pobreza en 18 países de América Latina y el Caribe para la población infantil fue de 21% en comparación con 11,5% para los adultos en el 2014 (28). En Estados Unidos de América, la tasa de niños en situación de pobreza fue de 12% en los blancos no hispanos, asiáticos e isleños del Pacífico en el 2016, mientras que en los niños negros, afrodescendientes o indígenas fue de 34%, es decir, casi el triple (66).

LOS SALARIOS Y LA POBREZA

El crecimiento de los salarios en América Latina y el Caribe estuvo sistemáticamente por debajo de la media mundial, y desde el 2014 ha sido

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
7A. Establecer niveles mínimos de protección social	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer a nivel nacional sistemas y medidas de protección social apropiados para todos, con niveles mínimos, y lograr para el 2030 una amplia cobertura en relación con las personas pobres y vulnerables a fin de alcanzar la meta 3 del ODS 1.
7B. Reducir la pobreza por medio de políticas de protección social y otras iniciativas	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer protección para cubrir los gastos directos de salud inasequibles (ODS 3.8.2) por medio de apoyo para el cuidado de la salud y asistencia financiera. • Establecer sistemas de seguimiento y compilar evidencia para fundamentar la elaboración de políticas progresivas, en particular con respecto a los grupos que actualmente están excluidos. • Tomar como punto de partida los elementos exitosos de los programas de transferencias monetarias condicionadas para eliminar la pobreza extrema y el hambre.
7C. Proporcionar asistencia a los cuidadores no remunerados	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar las iniciativas de los gobiernos y los empleadores para ofrecer prestaciones a las personas que se ocupan del cuidado de familiares.

Figura 4.4.
Razón entre el quintil superior de ingresos y el quintil inferior (20% superior/20% inferior) en la Región de las Américas, año 2012 o datos más recientes disponibles



Fuente: Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [Internet]. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.

negativo. Hay un margen considerable para establecer salarios mínimos obligatorios, aunque solo en el sector formal. Esto reduciría la pobreza de la población trabajadora. Se necesitan otras medidas para los desocupados y las personas económicamente inactivas.

DESIGUALDADES DE LOS INGRESOS RELACIONADAS CON EL GÉNERO, EL ORIGEN ÉTNICO Y LA DISCAPACIDAD

Entre los 20 y los 59 años, las mujeres están sobrerrepresentadas en los dos quintiles de ingresos más bajos en los países de América Latina y el Caribe en hasta 40% en comparación con los hombres (4).

En toda la Región de las Américas, el ingreso promedio más bajo se observa en las poblaciones indígenas, seguidas por los afrodescendientes (67). En Estados Unidos de América, entre 1995 y el 2015, la media de ingresos de las personas asiáticas y las blancas era mayor que la de las personas hispanas y las negras (68).

En toda la Región, las personas con discapacidad ganan menos que las personas sin discapacidad. En Canadá, en el 2012, las personas de 25 a 44 años con discapacidad percibían 57% de los ingresos notificados por las personas sin discapacidad (69).

Las intersecciones entre discapacidad, género y etnicidad son evidentes en relación con los ingresos y las tasas de pobreza. En Estados Unidos de América, las mujeres mayores con discapacidad tenían más probabilidades que sus pares masculinos de estar en la franja de pobreza (15% en el caso de las mujeres y 9% en los hombres) (70).

SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Los sistemas de protección social tienen un impacto claro y sustancial sobre la pobreza y la desigualdad en los ingresos, aumentan los niveles de educación, mejoran la nutrición, reducen el conflicto social y aumentan la productividad económica. La protección social tiene efectos directos e indirectos sobre las inequidades en la salud y reduce las inequidades por razones de género y origen étnico (que se describen en



Programas de protección social y transferencias monetarias condicionadas en Brasil

El número de personas que viven por debajo del umbral nacional de pobreza en Brasil se redujo de 44 millones en el 2000 a 17,9 millones en el 2014, y el coeficiente de Gini bajó de 59 a 51,3 en el mismo período.¹

Al mismo tiempo, Brasil hizo grandes inversiones en protección social y servicios para el público: aumentó el salario mínimo y el gasto público en salud, educación y otros servicios sociales; extendió las pensiones no contributivas a los trabajadores rurales y del sector informal, y amplió otros pagos por discapacidad. Los programas de transferencias monetarias condicionadas se combinaron y ampliaron en Bolsa Familia, programa de asignaciones familiares para los hogares extremadamente pobres y los padres pobres cuyos hijos viven con ellos. En el 2010, el programa de transferencias monetarias condicionadas Bolsa Familia abarcaba 12,8 millones de familias, es decir, más de 51 millones de personas. El costo total de las transferencias monetarias no contributivas en Brasil es de aproximadamente 2,5% del PIB.²

En el 2003 se introdujo la estrategia Hambre Cero, combinada con otras en el 2011 en la estrategia para erradicar la pobreza extrema en el 2014, cuyos postulados hacen hincapié en la justicia social, la dignidad y los derechos de los grupos más desfavorecidos de la población.²

El efecto general de estos programas fue la reducción de la pobreza y la desigualdad en sus respectivos grupos objetivo: los niños, los adolescentes y las mujeres durante el embarazo y la lactancia.

Fuentes: ¹ Banco Mundial. Poverty and Equity Data Portal - Brazil [Internet]; [citado el 12 de julio del 2019]. Se encuentra en <http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA>.

² Holmes R, Hagen-Zanker J, Vandemoortele M. Social protection in Brazil: Impacts on poverty, inequality and growth. Development progress. Londres: Overseas Development Institute; 2011. Se encuentra en <https://www.odi.org/publications/5477-brazil-social-protection-development-progress>.

las acciones y los objetivos prioritarios de las recomendaciones 4, 5, 6, 8 y 10).

La cobertura efectiva de la protección social en la Región de las Américas se ubica en torno a 67% de la población, por debajo de Europa y Asia Central, donde se mantiene en 84% (28). A pesar de los esfuerzos recientes para implantar sistemas de protección social integrales, sigue habiendo problemas con la provisión de cobertura universal.

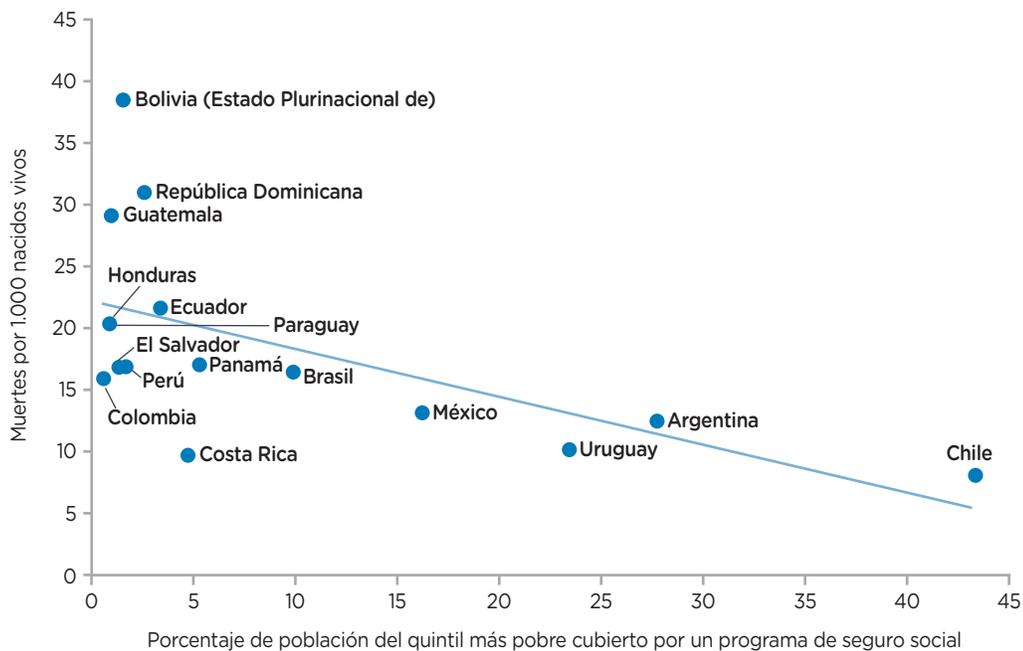
Hay una divergencia en los niveles de cobertura entre Canadá y Estados Unidos de América, y América Latina y el Caribe. La tendencia en Canadá y Estados Unidos de América es a tener mayores tasas de cobertura, en función de su mayor grado de desarrollo económico y de inversión en programas sociales. Sin embargo, en Estados Unidos de América, una de cada cuatro personas no tiene acceso a ningún tipo de protección social. En el Estado Plurinacional de Bolivia y Colombia, 60% de la población todavía está desprotegida (4). Entre el 2000 y el 2014, Brasil aumentó la inversión en protección social y los servicios públicos (4).

Los países con mayores gastos sociales orientados al quintil de ingresos más bajos tenían tasas de mortalidad de menores de 5 años más bajas que aquellos que destinan menos presupuesto a este grupo (véase la figura 4.5).

El objetivo de la Iniciativa de las Naciones Unidas sobre un Nivel Mínimo de Protección Social es garantizar un nivel básico de protección social y una vida digna como una necesidad y una obligación en virtud de los instrumentos de derechos humanos (71). La OIT define el nivel mínimo de protección social o piso de protección social como un conjunto de garantías básicas de seguridad social definidas a nivel nacional para que, como mínimo, a lo largo de todo el curso de la vida, todos los que lo necesiten tengan acceso a servicios esenciales de salud y a ingresos básicos garantizados que, en conjunto, aseguren el acceso efectivo a los bienes y servicios que se consideran necesarios en el ámbito nacional (72). Además, el ODS 1.3 se refiere específicamente a que se satisfagan los niveles mínimos de protección social. La protección social universal incluye prestaciones maternoinfantiles, protección en

Figura 4.5.

Mortalidad de menores de 5 años y cobertura del quintil más pobre con programas de seguro social, países de América Latina y el Caribe sobre los cuales hay datos comparables, año 2017 o datos más recientes disponibles



Fuente: Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [Internet]. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.

caso de desempleo, enfermedad y discapacidad, jubilaciones o pensiones, y el acceso a la atención médica a lo largo de toda la vida.

Treinta y tres países de la Región de las Américas han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que estipula que los Estados reconocen el derecho de todos a la seguridad social, incluido el seguro social. Este derecho “desempeña un papel importante para reducir y mitigar la pobreza, prevenir la exclusión social y promover la inclusión social” (73).

Ejemplo de un programa de protección social para aliviar la pobreza y la desigualdad de ingresos: Argentina

Argentina presupuestó un aumento de la protección social en el 2017 para llevarla hasta 12,07% del PIB, con planes para mantener y ampliar los programas de transferencias monetarias (como la asignación universal por hijo y las asignaciones familiares) y establecer un programa de reparación histórica para los jubilados y pensionados.

RECOMENDACIÓN 8.

REDUCIR LA VIOLENCIA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN LA SALUD

Los países de América Latina y el Caribe albergan a menos de 9% de la población mundial, pero son el escenario de 33% de los homicidios de todo el mundo (7). Las tasas más elevadas se encuentran en el grupo etario de 15 a 29 años. Como en otras regiones, la violencia de género es un motivo constante de gran preocupación.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género incluye la violencia contra las mujeres (como el femicidio), la violencia de pareja, el acoso sexual, la agresión y la explotación, la violencia contra las personas lesbianas, gais,

bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) y la violencia obstétrica.

Las tasas de femicidio en la Región de las Américas son altas. América Latina y el Caribe es la subregión más violenta del mundo para las mujeres (74).

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
8A. Eliminar la violencia de género, especialmente la que afecta a las mujeres y las niñas	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer programas educativos para la escuela, la comunidad y el lugar de trabajo destinados a prevenir la violencia de género en las escuelas y en los lugares de empleo. • Empoderar a las mujeres por medio de la educación y la independencia económica. • En el caso de las mujeres que han sufrido violencia, ofrecer protección y apoyo tanto para ellas como para sus hijos, de modo que se reduzca la exposición a la violencia y el femicidio. • Proporcionar información, educación y mecanismos punitivos apropiados para los hombres que cometen actos de violencia contra las mujeres.
8B. Reducir la violencia estructural, con especial atención a las personas que corren el mayor riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la disponibilidad de armas, especialmente las de fuego. • Mejorar las condiciones ambientales y de seguridad de los espacios públicos, especialmente en zonas con índices altos de delincuencia. • Crear o mejorar sistemas estadísticos para registrar todas las formas de violencia, desglosados por indicadores de posición social y económica, género y grupo étnico. • Realizar intervenciones basadas en la evidencia para reducir la violencia de pandillas.
8C. Erradicar la violencia institucional y política	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar todas las formas de violencia política, incluida la ejercida contra los migrantes a través de la separación de familias, la violación de mujeres y los ataques a periodistas y a candidatos durante los procesos electorales. • Establecer sistemas de información para documentar la discriminación en el sistema de justicia penal y exigir la rendición de cuentas de las instituciones. • Reconocer el encarcelamiento masivo como determinante de la salud. • Establecer e incorporar protocolos de atención a las víctimas de la violencia, incluida la violencia sexual, psicológica y física, y formular políticas sobre el uso proporcional de la fuerza por el personal institucional.



Manifestación frente al Parlamento para reclamar un plan nacional que ponga fin a la violencia contra la mujer, Ottawa (Canadá)

En el 2014, las tasas de violencia sufrida por las mujeres durante su vida alcanzaron 64% en el Estado Plurinacional de Bolivia, el índice más alto

en la Región; Canadá tuvo la tasa más baja, que fue de 6% (75). En el 2011, en Estados Unidos de América, 19% de las mujeres habían sido violadas

La violencia contra la mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)

Según un informe de las Naciones Unidas, 24 de los 33 países de América Latina y el Caribe tienen leyes contra la violencia doméstica, pero solo nueve han aprobado leyes que abordan otros tipos de violencia contra la mujer ejercida tanto en público como en el ámbito de la vida privada,¹ a pesar de la Convención Interamericana sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer, en la que se afirma que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia y que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.²

Fuentes: ¹ Carvalho L. Ninguna forma de violencia contra las mujeres y las niñas puede ser tolerada: Alto a la cultura de tolerancia a la violencia contra las mujeres, Alto a la Impunidad. Proteger la vida de las mujeres y las niñas es una responsabilidad de toda la sociedad. Oficina Regional de las Naciones Unidas para las Américas y el Caribe [Internet]; 29 de mayo del 2016 [consultado el 4 de marzo del 2018]. Se encuentra en <http://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2016/05/statement-luiza>.

² Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) [Internet] 2014. Se encuentra en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

en algún momento de su vida y 44% habían sufrido algún otro tipo de violencia sexual (76). Entre el 2003 y el 2012, alrededor de un tercio de las mujeres víctimas de homicidio en Estados Unidos de América murieron a manos de su pareja (26). Las mujeres con discapacidad están expuestas a mayores niveles de violencia y, en muchos casos, sus discapacidades son consecuencia de actos de violencia (77).

En muchos países de la Región, la violencia contra la mujer es ampliamente aceptada y tolerada, incluso por las propias mujeres (75).

Las personas LGBTI son vulnerables a altos niveles de violencia. Los crímenes de odio por razones relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género representaron alrededor de 21% de los crímenes de odio denunciados a las fuerzas del orden en Estados Unidos de América en el 2013 (78). En el primer informe de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas LGBTI, publicado en el 2015, se destacó la violencia generalizada contra ellas (79).

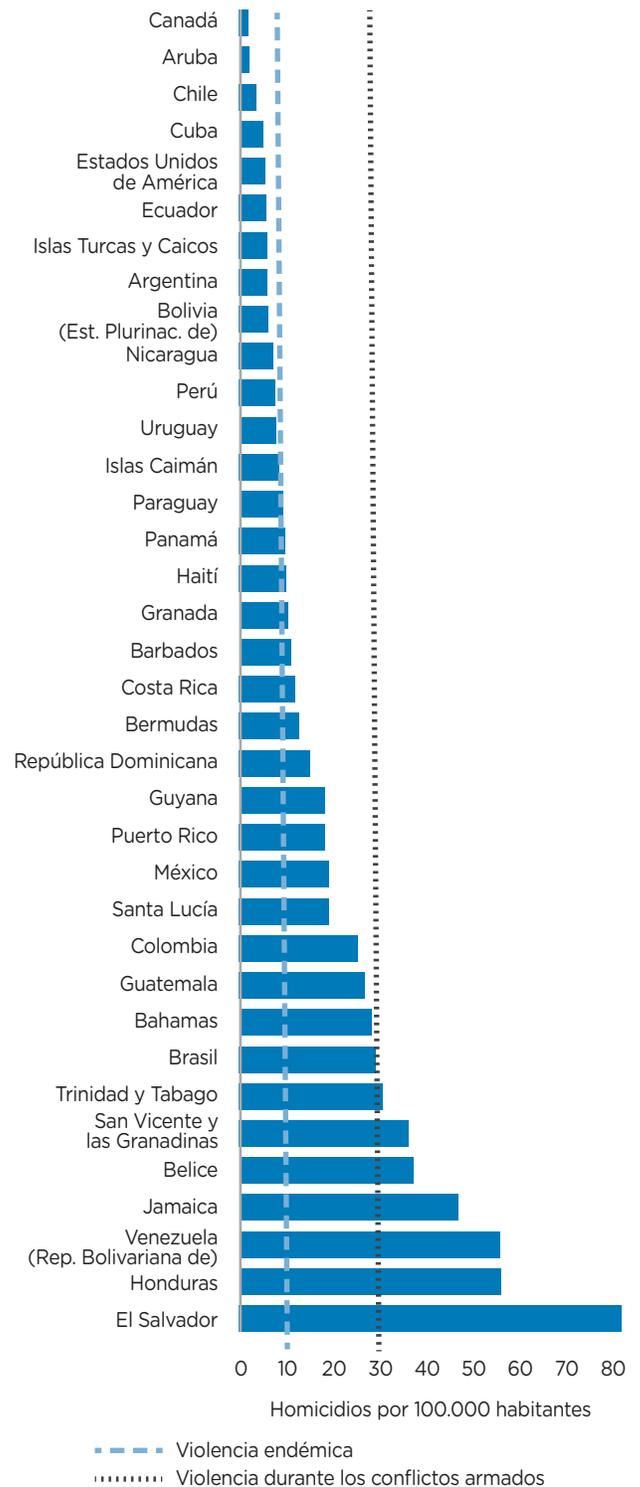
El aborto peligroso también puede considerarse como una forma de violencia de género. El aborto está prohibido en seis países de América Latina y el Caribe: El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname. Se permite solo para salvar la vida de la embarazada en Antigua y Barbuda, Brasil, Chile, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). Durante el período 2010-2014, solo alrededor de un aborto de cada cuatro realizados en América Latina y el Caribe fue seguro. En el 2014, por lo menos 10% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe se debieron a abortos peligrosos (80).

PATRONES DE VIOLENCIA

Hay profundas desigualdades en la violencia motivada por el origen étnico, la posición socioeconómica y el género. Estas desigualdades están relacionadas con factores culturales, socioeconómicos y políticos, y se deben también al racismo, el narcotráfico, las organizaciones delictivas y la trata de personas.

En la figura 4.6 se muestran las tasas de homicidios de los países de América Latina y el Caribe, Canadá

Figura 4.6.
Tasas de homicidios en los países de la Región de las Américas, 2016



Fuente: Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [Internet]. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.

Nota: La *violencia durante los conflictos armados* se define de acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Ejemplos de medidas para reducir la violencia

Violencia contra la mujer

- En Perú, el establecimiento de centros de prevención de la violencia y atención a la mujer ha reducido la probabilidad de que se registren incidentes de violencia doméstica.¹
- En Brasil, en el 2006, las campañas comunitarias dirigidas a hombres jóvenes dieron lugar a cambios positivos que se reflejaron en la reducción de este tipo de actos violentos.¹
- En Ecuador, un programa de transferencias de efectivo, alimentos y vales destinados a las mujeres en relación de pareja redujo la violencia sexual en 6% en el 2013.¹

Intervenciones basadas en la educación

- La escolarización y la educación de buena calidad ayudan a prevenir la delincuencia y bajar las tasas de homicidios. Un aumento de un año en el nivel educativo promedio ha reducido las tasas de detención por fuerzas del Estado en 15% en Estados Unidos de América.²
- La Alianza de Enfermeras y Familias en Estados Unidos de América hizo un seguimiento de 15 años en el cual se observaron notables efectos positivos en el comportamiento delictivo y antisocial de los niños.³
- La prolongación de la jornada escolar de medio día a un día completo en Chile en el 2011 tuvo como resultado un descenso de la criminalidad juvenil.⁴
- Los talleres educativos para hombres jóvenes en las escuelas públicas de Chile ocasionaron cambios significativos en la aceptación de la violencia como mecanismo para resolver conflictos.⁴

Ingresos

- En un estudio realizado en el 2012 se estimó que, gracias a un programa de transferencias monetarias condicionadas en São Paulo (Brasil), los delitos en el barrio de la escuela cayeron casi 8%.⁵
- Familias en Acción ayudó a reducir la delincuencia en Colombia, donde los hurtos y robos de automóviles disminuyeron 7,2% y 1,3%, respectivamente.⁶

Regeneración

- La integración física y social de barrios urbanos informales en Medellín (Colombia) posiblemente haya contribuido a una marcada disminución de las tasas de homicidios (66%) en los barrios donde se realizó la intervención.⁷

Vigilancia policial

- Las investigaciones llevadas a cabo en Brasil indican que la integración de las operaciones policiales aumenta la eficacia y reduce los índices de delincuencia.⁸

Fuentes: ¹ Jaitman L, Guerrero-Compean R. Promoting evidence-based crime prevention policies in Latin America and the Caribbean. *Transl Criminol*. 2015;9:14-9.

² Atienzo EE, Baxter SK, Kaltenthaler E. Interventions to prevent youth violence in Latin America: a systematic review. *Int J Public Health*. 2017;62(1):15-29.

³ Miller TR. Projected outcomes of nurse-family partnership home visitation during 1996-2013, United States. *Prev Sci*. 2015;16(6):765-77.

⁴ Berthelon ME, Kruger DI. Risky behavior among youth: incapacitation effects of school on adolescent motherhood and crime in Chile. *J Public Econ*. 2011;95(1-2):41-53.

⁵ Murray J, Cerqueira DR, Kahn T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggress Violent Behav*. 2013;18(5):471-83.

⁶ Camacho A, Mejía D. Las externalidades de los Programas de Transferencias Condicionadas sobre el crimen: el caso de Familias en Acción en Bogotá. Bogotá: Universidad de los Andes; 2013. Se encuentra en <https://economia.uniandes.edu.co/component/booklibrary/478/view/46/Documentos%20CEDE/55/las-externalidades-de-los-programas-de-transferencias-condicionadas-sobre-el-crimen-el-caso-de-familias-en-accion-en-bogota>.

⁷ Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A, Diez-Roux AV. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *Am J Epidemiol*. 15 de mayo del 2012; 175(10):1045-53.

⁸ Stelko-Pereira AC, Williams LCA. Evaluation of a Brazilian school violence prevention program (Violência Nota Zero). *Pensam. Psicol*. 2016;14:63-76.

y Estados Unidos de América correspondientes al 2016. La OMS, en consonancia con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, considera que una tasa de 10 homicidios o más por 100.000 habitantes es una característica de violencia endémica y una tasa de 30 homicidios o más por 100.000 representa un conflicto (87). Varios países de la Región han sobrepasado este umbral de conflicto. En cambio, el promedio en los países escandinavos es de menos de 1 por 100.000 habitantes (82).

Los hombres jóvenes son mayormente los perpetradores y las víctimas de los delitos violentos en la Región. En comparación con otras regiones, la Región de las Américas tiene los índices más altos de homicidios masculinos y de femicidio. Honduras registró la mayor tasa de homicidios en la Región en el 2012. Las tasas de homicidios y de violencia en la Región son mayores en el caso de las personas afrodescendientes. América Central experimentó una disminución de la tasa de homicidios entre 1995 y el 2004, seguida por un marcado aumento a partir del 2007, asociada al narcotráfico y a la delincuencia organizada (83).

En Estados Unidos de América, en el 2015, gran parte de los homicidios (5,5 por 100.000) se cometieron con armas de fuego (4 por 100.000). La tasa de homicidios ajustada según la edad para las personas negras no hispanas (22,8 por 100.000) fue de alrededor de ocho veces la tasa de las personas blancas no hispanas (2,9 por 100.000) y cuatro veces la tasa de las personas hispanas (5,3 por 100.000) (84). Las personas indígenas y nativas de Alaska encuestadas tenían más probabilidades de haber sido víctimas de violencia en los 12 meses anteriores que el resto de la población (85).

LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La violencia institucional es la violencia perpetrada por instituciones sociales y del Estado, incluido el encarcelamiento selectivo y la detención selectiva por razones como la condición de migrante, el origen étnico y el nivel socioeconómico.

En la Región de las Américas hay altos niveles de encarcelamiento, y en muchos casos el encarcelamiento está relacionado con el origen étnico. En algunos países también existen prácticas institucionales punitivas y un alto grado de violencia política. El encarcelamiento masivo puede dañar la salud de las personas, las familias y las comunidades (86).

Los sobornos de la policía están relacionados con un aumento de 17% de la probabilidad de ser víctima de algún tipo de delito en América Latina y el Caribe (30).

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (resolución CD54.R12 [2015] de la OPS)

Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región (resolución CD48.R11 [2008] de la OPS)

RECOMENDACIÓN 9. MEJORAR EL MEDIOAMBIENTE Y LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Al igual que las cuestiones más generales del medioambiente y el cambio climático, la vivienda, la comunidad y el entorno en los cuales las personas viven y trabajan son sumamente importantes para la salud y la equidad en la salud.

La Región de las Américas es la más urbanizada del mundo, y la migración urbana no planificada es permanente. La proporción de la población que vive en las ciudades de América Latina y el Caribe aumentó de 40% en 1950 a 80% en el 2016 (87). El crecimiento tiene lugar principalmente en zonas urbanas medianas y pequeñas, impulsado por personas que emigran

en busca de mejores oportunidades o que están siendo expulsadas de zonas rurales para entregar sus tierras a grandes empresas agrícolas e industrias extractivas.

Para muchos, la migración hacia las zonas urbanas conduce a la pobreza extrema y a la vida en grandes barriadas, en viviendas precarias y de mala

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>9A. Formular y aplicar estrategias nacionales de planificación para el desarrollo urbano y rural sostenible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formular estrategias urbanas y rurales de alcance nacional para planificar en cuatro dimensiones: desempeño económico, condiciones sociales, uso sostenible de los recursos, y financiamiento y gobernanza. • Generar capacidad y recursos para la ejecución local, incluidos los acuerdos de gobernanza con múltiples interesados. • Establecer normas para asegurar el desarrollo de buena calidad y ecológicamente sostenible. • Equilibrar el desarrollo de las zonas rurales y urbanas para reducir los asentamientos no planificados.
<p>9B. Establecer normas ambientales y cumplirlas, y mejorar los entornos y las viviendas de mala calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas para servicios básicos universales que abarquen la vivienda, la alimentación, la atención de salud, la educación, el transporte y las comunicaciones. • Asegurar el suministro de agua salubre, saneamiento y electricidad para todos. • Obtener el apoyo financiero del gobierno para mejorar las viviendas de mala calidad, incluso por medio de alianzas con la sociedad civil, el sector privado y la comunidad. • Reducir la contaminación del aire con sistemas administrados de transporte limpio, desincentivar el uso de automóviles y regular las emisiones de contaminantes. • Mejorar la infraestructura y los sistemas de transporte sostenibles y el acceso al empleo y a servicios para las zonas desfavorecidas y rurales. • Asegurar el acceso universal a internet. • Alcanzar los ODS 6, 7 y 11.
<p>9C. Asegurar la propiedad de la vivienda en asentamientos informales y otros entornos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar leyes y mecanismos para formalizar la propiedad de la vivienda en asentamientos informales.



Edificios modernos detrás de casas construidas sobre pilotes en el río Guamá, Belém (Brasil)

calidad, con servicios mínimos, sin alcantarillado ni acceso a agua potable.

Existen grandes desigualdades entre los países en cuanto a la proporción de la población que vive en

asentamientos informales, que es de alrededor de 70% en Haití, pero muy baja en Suriname y Costa Rica (7). En las ciudades, los habitantes de asentamientos informales no tienen un título que certifique su derecho a la propiedad de la tierra, pueden ser expulsados de su vivienda y carecen de acceso a servicios esenciales o protección social. La precariedad tiene efectos concretos en la salud y otros factores.

Las desigualdades en las condiciones ambientales y de vida y en el acceso a los servicios en toda la Región dan lugar a desigualdades en la salud. Los resultados deficientes en relación con los siguientes determinantes ambientales exacerbaban el riesgo para la salud y afectan a las comunidades indígenas de manera desproporcionada:

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (resolución CD51.R4 [2011] de la OPS)

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (resolución CSP29/6, Rev. 3 [2017] de la OPS)

El ODS 11 se refiere a las zonas marginales y los asentamientos informales. Se propone “lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. Con este objetivo, para el año 2030 se procura “asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales”.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]; [consultado el 27 de junio del 2018]. Se encuentra en <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.

- viviendas asequibles de buena calidad en lugares seguros, con propiedad segura;
- acceso a agua potable, servicios modernos de saneamiento y sistemas sostenibles de eliminación de desechos;
- acceso a electricidad e internet;
- sistemas eficaces y asequibles de transporte público para tener acceso a empleos, oportunidades educativas, instalaciones comunitarias, alimentos saludables y otros servicios;
- aire, agua y suelo limpios;
- acceso a espacios verdes y áreas para la actividad física (88).

Todas estas cuestiones y otras conexas requieren inversiones a largo plazo y una planificación estratégica y coordinada en la esfera nacional para reducir el desarrollo no planificado y la proliferación de zonas marginales. Pero la mayoría de los países no cuentan con estrategias nacionales de planificación urbana.

Las estrategias de planificación en el orden nacional y local deben basarse en los principios de la buena gobernanza, el equilibrio de los factores económicos y ambientales, de un sistema integrado y de la planificación de servicios. Brasil, por ejemplo, tiene un Ministerio de las Ciudades.

ACCESO A MEJORES SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y AGUA POTABLE

En América Latina y el Caribe, la cobertura de servicios de saneamiento en las zonas rurales aumentó de 36% a 64% entre 1990 y el 2015 (89). Sin embargo, persisten grandes desigualdades entre los países de la Región y dentro de ellos. La defecación al aire libre es más común en las zonas rurales de América del Sur y el Caribe (90).

Hay un gradiente de riqueza en muchos países en cuanto al acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Un mayor porcentaje de la población de las zonas rurales con acceso a fuentes mejoradas de agua está estrechamente relacionado con tasas menores de mortalidad materna y de menores de 5 años en toda la Región. En todos los países, las comunidades indígenas tienen menos acceso. En Canadá se emitieron 100 recomendaciones de largo plazo para hervir el agua y 47 recomendaciones

de corto plazo en las comunidades de las Primeras Naciones en el 2016. El nivel de gasto actual abordará solo entre 50% y 70% de las necesidades, a pesar de que el gobierno canadiense prometió poner fin a todas las recomendaciones de hervir agua para el 2021 (97).

La contaminación del agua afecta desproporcionadamente a las personas más pobres, a las indígenas y a las comunidades afrodescendientes, al igual que la contaminación de la tierra y aire.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

La contaminación del aire en la Región de las Américas causa 93.000 muertes por enfermedades cardiopulmonares y 13.000 por cáncer de pulmón y ocasiona la pérdida de 58.000 años de vida a causa de infecciones respiratorias agudas en menores de 4 años (92). En algunos estudios realizados en la Región se ha observado que la exposición a la contaminación del aire está distribuida desigualmente: las comunidades más pobres son las que más sufren, especialmente los niños (93).

Hay grandes diferencias en lo que se refiere a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles a la contaminación del aire ambiental, como se muestra en la figura 4.7. Por ejemplo, en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guyana y Haití, los AVAD por 100.000 habitantes se encontraban entre 1.000 y 1.499 en el 2012, mientras que en Canadá y Estados Unidos de América permanecieron por debajo de 299 en el mismo año.

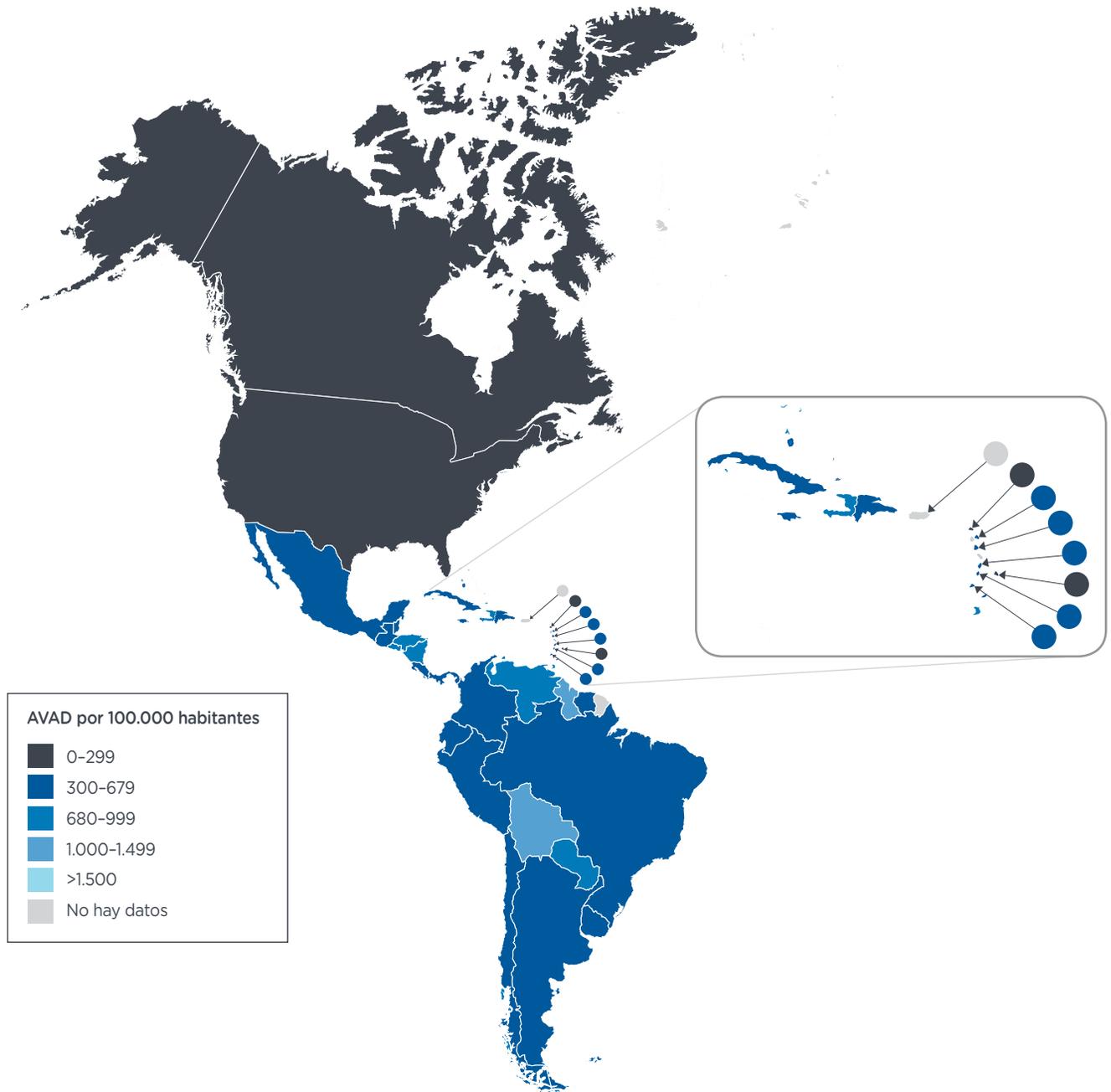
Los avances para reducir la contaminación del aire en Estados Unidos de América parecen haberse desacelerado, y en América Latina y el Caribe la contaminación continúa empeorando (94).

CONDICIONES DE VIVIENDA Y ACCESO A LA VIVIENDA

En la actualidad, una de cada tres familias en América Latina y el Caribe, es decir, 59 millones de personas, viven en viviendas que no son aptas para ser habitadas o que están construidas con materiales de mala calidad y carecen de servicios básicos de infraestructura (95). Las condiciones de la vivienda están estrechamente relacionadas con la salud: la mala calidad de las viviendas, el

Figura 4.7.

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por cada 100.000 habitantes por causas atribuibles a la contaminación del aire ambiental, Región de las Américas, 2012



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Ginebra: OMS; 2016. Se encuentra en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1>.

hacinamiento y la inseguridad de la ocupación y la tenencia son factores determinantes de la mala salud física y mental en toda la Región.

La vivienda es inaccesible para la mayoría de la población de la Región. Más de 50% de las familias

en las ciudades más grandes de América Latina no pueden darse el lujo de comprar una vivienda formal con sus propios medios (88). En Estados Unidos de América, la segregación física de las personas con diferentes grados de pobreza está en aumento (87).

Ejemplos de intervenciones para mejorar las condiciones ambientales

Vivienda

El programa Piso Firme de México, que comenzó en el 2000, demostró los beneficios que la población pobre urbana puede obtener gracias a mejoras específicas, como la colocación de pisos de cemento. Tras la ejecución del programa, las comunidades más pobres de México tenían tasas relativamente altas de pisos terminados. Los niños de las viviendas mejoradas tenían menos episodios de diarrea (disminución de alrededor de 13%) y 20% menos de anemia, en tanto que sus aptitudes para el lenguaje y la comunicación mejoraron 30%.¹

Los programas Patrimonio Hoy y Autoayuda para la Vivienda, en México, ayudan a familias de ingresos bajos a formar grupos de autofinanciamiento. Han acelerado el proceso de construcción de viviendas en muchas zonas marginales a partir de 1988 y han reducido los costos en 30%.²

Otorgamiento de títulos de propiedad de tierras

Una evaluación realizada en Buenos Aires (Argentina) en el 2010 indicó que las familias que habían recibido un título de propiedad habían hecho inversiones mucho mayores en la vivienda y habían reducido el hacinamiento.³

El programa PRIME en Medellín (Colombia) mejoró los asentamientos, puesto que promueve la participación ciudadana, ayuda a mejorar las viviendas y favorece la legalización de la tenencia de la tierra.³

Agua y saneamiento

Favela-Bairro, en Brasil, llevó a un gran aumento de la disponibilidad de servicios de agua y saneamiento de 1996 al 2007. Los resultados mostraron que el programa tenía un impacto pequeño, pero estadísticamente significativo, en la asistencia a la escuela entre las edades de 5 a 20 años.⁴

Planificación urbana y transporte

El sistema de autobús de tránsito rápido Trans Milenio en Colombia (2000) conectó los barrios de ingresos bajos, y en el 2006 las víctimas de accidentes de tránsito disminuyeron 89%, a la vez que las emisiones de dióxido de carbono se redujeron en 40%.⁵

El programa Ciudades Sanas de la OMS ayuda a las ciudades a mejorar la salud con el fomento de entornos positivos, servicios básicos de saneamiento e higiene y el acceso a atención de salud. Los programas son distintos en cada ciudad, pero todos comprenden alianzas multisectoriales y la participación ciudadana.⁶

Fuentes: ¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. The United Nations regional commissions and the 2030 Agenda for Sustainable Development: moving to deliver on a transformative and ambitious agenda. Santiago: CEPAL; 2015. Se encuentra en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/38959>.

² Peters A, Schmidt J. CEMEX Patrimonio Hoy: providing integral housing solutions for low-income families. Case study [Internet]; 2014. Se encuentra en http://endeva.org/wp-content/uploads/2015/08/bcta_casestudies_cemex_ph_final.pdf.

³ Jaitman L. Urban infrastructure in Latin America and the Caribbean: public policy priorities. *Latin Amer Econ Rev.* 2015;24(1):13.

⁴ Lonardoni F. From mass public housing to a twin-track approach. En: Magalhães F, editor. *Slum upgrading and housing in Latin America*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2016: 31-59. Se encuentra en <https://publications.iadb.org/en/publication/12558/slum-upgrading-and-housing-latin-america>.

⁵ 308 Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. *Estado de las Ciudades de América Latina y el Caribe 2012: Rumbo a una nueva transición urbana*. Nueva York: ONU-Hábitat; 2012. Se encuentra en <http://mirror.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?PublicationID=3380>.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Types of healthy settings: healthy cities [Internet]; [citado el 13 de julio del 2018]. https://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/.

RECOMENDACIÓN 10. SISTEMAS DE SALUD EQUITATIVOS

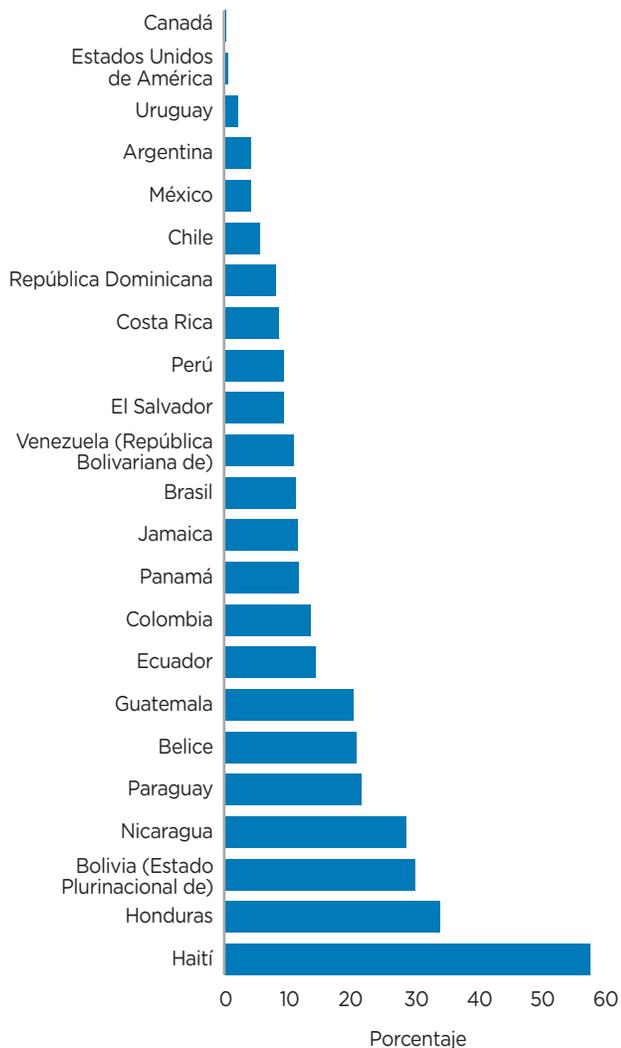
La Comisión de la OPS sobre Equidad se centra en los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas, pero los sistemas de salud también son cruciales para una mayor equidad en este ámbito. Los determinantes sociales pueden ejercer una influencia poderosa en el acceso y la calidad de la atención, y el acceso a una atención de calidad es una necesidad absoluta. Además, los sistemas de salud pueden abordar las causas de las enfermedades, así como su tratamiento cuando sobrevienen.

La cobertura universal de salud es un componente esencial del derecho a la salud y es un requisito para la equidad en esta dimensión.

En la Región de las Américas hay grandes inequidades socioeconómicas y étnicas en el acceso a la atención de salud que se deben al

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
<p>10A. Establecer sistemas de salud universal y asegurar el acceso a la atención, independientemente de la capacidad de pago</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar las recomendaciones y directrices de la OMS sobre la atención universal de salud y asegurar la observancia del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como se lo reconoce en la legislación internacional sobre los derechos humanos. • Alcanzar la meta 8 del ODS 3 mediante la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos financieros y el acceso a vacunas y medicamentos esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
<p>10B. Los sistemas de salud deben centrarse en proteger y mejorar la salud física y mental mediante el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La salud pública y los sistemas de atención de salud deben trabajar junto con otros sectores, incluidas las comunidades, para que se lleven a cabo intervenciones a fin de mejorar las condiciones de la vida cotidiana. • Realizar evaluaciones del desempeño de los sistemas de salud con respecto a las once funciones de la salud pública establecidas por la OPS (96). • Los sistemas de salud universal deben monitorear las inequidades en cuanto al acceso y los resultados, sobre la base del derecho a la salud, y tratar de eliminar las inequidades en materia de salud y de no exacerbarlas.
<p>10C. Los sistemas de salud deben centrarse en los factores sociales y económicos que impulsan los comportamientos relacionados con la salud, la salud mental y el suicidio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas de salud deben fomentar la comprensión pública y sistémica de que los factores estructurales y las condiciones de la vida cotidiana influyen en los comportamientos relacionados con la salud física y mental. • Los profesionales de la salud deben trabajar como promotores nacionales y locales para mejorar las condiciones individuales y comunitarias, y proporcionar tratamiento a los pacientes. • Incluir en la formación y educación de los profesionales de la salud la comprensión de los determinantes sociales y las formas de actuar sobre ellos y de remitir a los pacientes para que reciban apoyo que les permita mejorar sus condiciones de la vida cotidiana.

Figura 4.8.
Porcentaje de la población que corre el riesgo de caer en la pobreza debido a gastos en atención quirúrgica, países de la Región de las Américas sobre los cuales hay datos comparables, 2017



Fuente: Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [Internet]. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.

costo de los servicios, la discriminación y la exclusión de algunos grupos de personas, la falta de idoneidad de algunos tipos de servicios y, en algunos países, la insuficiencia de suministros, especialmente en las zonas rurales y los asentamientos informales (28).

La proporción de personas de América Latina y el Caribe que corren el riesgo de enfrentar gastos de atención quirúrgica —desembolsos directos

para intervenciones quirúrgicas y anestesia— que llevan a la pobreza ha bajado en los últimos años, desde casi 20% en el 2003, pero todavía representa alrededor de 11% de la población de la Región (7). En algunos países, la proporción de personas que corren el riesgo de caer en la pobreza como consecuencia de gastos de atención quirúrgica es mucho mayor que el promedio de 11% a nivel regional (figura 4.8). El riesgo de tener que cubrir costos altísimos de atención médica también está correlacionado con las tasas de mortalidad de menores de 5 años en los países de la Región de las Américas.

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD: CENTRARSE EN MEJORAR LA SALUD

Hay un gran margen para que los sistemas de atención amplíen su enfoque de la salud y la mejoren a fin de apoyar la acción en los determinantes sociales, de modo que se pueda mantener una buena salud y tratar más eficazmente los trastornos. Actualmente, en la mayoría de los sistemas de atención, este enfoque está subdesarrollado. El cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública proporcionará una base firme para la acción.

Para mejorar la salud es necesario que las organizaciones de salud, el personal, los sistemas de salud pública y otros asociados influyan en las condiciones de la vida cotidiana por medio del trabajo con los pacientes y las organizaciones comunitarias y en calidad de empleadores y líderes de la comunidad. Es mucho lo que pueden hacer los profesionales de la salud. A nivel individual, pueden remitir pacientes para que reciban ayuda en cuestiones de vivienda, asistencia financiera, acceso a prestaciones y protecciones sociales. A nivel comunitario, los profesionales de la salud pueden abogar por medidas para proteger y mejorar la salud mediante el acceso a la educación de buena calidad, sistemas de transporte eficientes, la reducción de la contaminación, la protección de los entornos naturales y el fomento de la integración social. A nivel nacional e internacional, los profesionales de la salud pueden influir en los gobiernos y en los enfoques internacionales presentando argumentos a favor de los enfoques de “la salud en todas las políticas”, de políticas más equitativas y de un mayor acceso a sistemas de atención de salud asequibles (97).



Hombres y mujeres de todas las edades hacen gimnasia con equipo para uso público en la playa de Copacabana, Río de Janeiro (Brasil)

A su vez, las organizaciones de atención de salud pueden utilizar sus recursos locales —recursos financieros, edificios, pericia y conocimientos sobre la salud de la población— para apoyar y desarrollar prácticas de empleo locales saludables y fortalecer la sociedad civil (97).

A menudo, los servicios de prevención, detección y vacunación son de difícil acceso o inasequibles para muchas comunidades en riesgo. En Estados Unidos de América, los datos indican que, cuando se dispone de servicios de prevención, hay claras inequidades en el acceso relacionadas con el origen étnico y la posición socioeconómica (98). Los comportamientos de riesgo para la salud se relacionan con la posición socioeconómica y el género.

En toda la Región, ser varón y pobre aumenta la probabilidad de consumo perjudicial de alcohol, tabaquismo y consumo de drogas.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CSP29.R15 [2017] de la OPS)

Los sistemas de salud resilientes (resolución CD55.R8 [2016] de la OPS)

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14 [2014] de la OPS)

Ejemplos de programas de sistemas de salud exitosos

En **Brasil**, los trabajadores comunitarios de salud llevan más de 20 años trabajando y atienden a 54% de la población. Desde su introducción, Brasil ha logrado importantes mejoras y una reducción de la inequidad en la salud, que los investigadores atribuyen al programa. Las mejoras incluyen una reducción en la mortalidad infantil y el número de hospitalizaciones. Se observan mejoras en los chequeos, la lactancia materna, la atención prenatal y la vacunación y menores índices de problemas de salud mental.⁵

En **Canadá** se hizo un estudio para documentar la relación entre el acceso local a atención primaria, las medidas de control de la comunidad y las tasas de hospitalización de las poblaciones de las Primeras Naciones que viven en reservas. Se comprobó que, cuanto más tiempo los servicios de salud habían estado bajo el control de la comunidad, menor era la tasa de hospitalización en la zona.³

En **Cuba**, en la Escuela Latinoamericana de Medicina se da preferencia a los aspirantes provenientes de grupos socioeconómicos más bajos y a las personas de color que demuestran el mayor compromiso de trabajar en comunidades desfavorecidas. Ochenta por ciento de los graduados termina trabajando en comunidades rurales pobres.¹

En **Estados Unidos de América**, el sistema de atención de salud de Baylor (Texas) abrió en el 2006 una oficina de equidad en la salud con el fin de reducir las diferencias en el acceso a la atención, la prestación de servicios y los resultados en materia de salud vinculados a la raza, el grupo étnico, los ingresos, la educación, la edad, el sexo y otras características personales (por ejemplo, idioma principal). Esta organización de atención de salud ha reconfigurado sus programas y mejorado el alcance de los servicios en los lugares donde se detectaron inequidades.²

En Carolina del Norte (Estados Unidos de América) se creó una alianza multiinstitucional en el 2011 para abordar la tasa relativamente elevada de desempleo prolongado en la población rural local mediante la capacitación para incorporarla al personal de salud. Las proyecciones indican que 25% o más conseguirá empleo si completa la capacitación.⁴

Fuentes: ¹ Reed G. Cuba answers the call for doctors. Bull World Health Organ. 2010;88(5):325-6.

² Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2006;19:103-18.

³ Lavoie JG, Forget EL, Prakash T, Dahl M, Martens P, O'Neil JD. Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting community control improved First Nations' health in Manitoba? Soc Sci Med. 2010;71(4):717-24.

⁴ Garrison HG, Heck JE, Basnight LL. Optimal care for all: the critical need for clinician retention in rural North Carolina. North Carolina Med J. 2018;79(6):386-9.

⁵ Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's family health strategy: using community health workers to provide primary care. Case study. Nueva York: The Commonwealth Fund; 2016. Se encuentra en https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_case_study_2016_dec_1914_wadge_brazil_family_hlt_strategy_frugal_case_study_v2.pdf.

RECOMENDACIÓN 11.

MECANISMOS DE GOBERNANZA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN LA SALUD

La experiencia demuestra que los gobiernos comprometidos pueden lograr importantes avances para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad en la salud mediante sus políticas y acciones, que pueden ser a nivel del gobierno local o nacional o de organizaciones transnacionales. La acción debe llevarse a cabo en todo el gobierno, incluido el sector de la salud. La sociedad civil también tiene un papel importante que desempeñar en el logro de una vida más equitativa y digna para la población, con mejor salud.

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
11A. Hacer que la equidad en la salud sea un indicador clave del desarrollo de la sociedad y establecer mecanismos de rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los ministerios, no solo el de la salud, deben trabajar para mejorar la salud y reducir las inequidades, para lo cual deben actuar sobre los determinantes sociales. • Establecer mecanismos entre distintos organismos del gobierno y elaborar planes estratégicos para mejorar la equidad en la salud. • Evaluar la equidad en la salud en todas las políticas y formular políticas para ampliar la acción sobre la equidad en la salud. • Formular planes nacionales de acción pública con respecto a las inequidades en materia de salud e incorporar los gobiernos locales, las comunidades y los enfoques intersectoriales, incluido el sector privado.
11B. El gobierno en su totalidad, incluidos los poderes legislativo, judicial y ejecutivo, debe asumir la responsabilidad de asegurar la equidad en todas las políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación de distintos sectores y niveles de gobernanza a fin de crear y mantener el apoyo político necesario a favor de la equidad en la salud como bien social. • Fortalecer la coherencia de la acción y la dotación de recursos entre interesados públicos, privados y voluntarios para corregir los esquemas actuales y la magnitud de las inequidades en materia de salud.
11C. Fomentar y asegurar la participación de la sociedad en general, incluidas la sociedad civil y las comunidades, en el establecimiento de prioridades y políticas para lograr la equidad en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar acceso a inteligencia y datos sobre la equidad en la salud y los determinantes sociales en el ámbito público local y nacional. • Promover la presentación de informes públicos transparentes sobre las acciones y el progreso por medio de un sistema de seguimiento integral de la equidad en la salud y los determinantes sociales. • Apoyar a las personas y comunidades para que participen en las decisiones locales y proponer soluciones que fundamenten las políticas y las inversiones en el ámbito local y nacional. • Fortalecer la capacidad de las organizaciones no gubernamentales y las autoridades locales para emplear métodos de planificación participativa que mejoren la salud y reduzcan las inequidades sociales. • Tomar medidas positivas para apoyar los derechos de los niños a participar en los asuntos que los afectan, incluso en la educación pública, los procedimientos judiciales y la promoción para lograr la equidad en la salud.



Reunión comunitaria en Puerto Príncipe (Haití)

Los sistemas de gobernanza determinan quién decide sobre las políticas, cómo se distribuyen los recursos en la sociedad y la manera en que los gobiernos rinden cuentas de sus actos. La gobernanza para lograr la equidad en la salud a través de la acción sobre los determinantes sociales exige, como mínimo, la adhesión a los principios de la buena gobernanza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: legitimidad y voz, dirección y visión claras, medición de resultados, rendición de cuentas y equidad (99). Pero también se requieren enfoques de todo el gobierno y de toda la sociedad para reducir las inequidades sobre la base de la colaboración, la participación ciudadana, la regulación y la persuasión, el uso de organismos independientes y órganos de expertos, políticas de adaptación, estructuras resilientes y una visión de futuro (12).

Estos enfoques requieren nuevas formas de liderazgo que cambien la distribución del poder, que debiliten las estructuras centralizadas y verticalistas de adopción de decisiones, que integren las comunidades locales y que refuercen la coherencia entre sectores e interesados.

LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE RÍO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Un paso clave para aplicar un enfoque de determinantes sociales con respecto a las inequidades en materia de salud en todo el mundo fue la aprobación de las prioridades establecidas en la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, en el año 2011 (100). Las cinco áreas prioritarias son:

1. adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y el desarrollo;
2. fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas;
3. seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades en la salud;
4. fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo;
5. dar seguimiento al progreso y reforzar la rendición de cuentas.

Es necesario que cada uno de estos postulados se adapte a los distintos contextos locales y de país.

IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE LA “SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS” PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN SURINAME

Con la conducción del Ministerio de Salud y el apoyo de la OPS, el Gobierno de Suriname hizo una evaluación rápida de los determinantes sociales para comprender las causas subyacentes de los principales problemas de salud y las inequidades conexas. Al evaluar los datos se observó que los determinantes sociales son predominantemente la ubicación geográfica, la situación socioeconómica, el grupo de población y el género. Estas conclusiones se usaron para establecer ocho áreas de acción en el país. La experiencia de Suriname pone de relieve los fuertes vínculos entre los determinantes sociales de la salud y la adopción de la salud en todas las políticas en todos los sectores.

Organización Panamericana de la Salud. Health in All Policies in the Americas. Health in All Policies approach: quick assessment of health inequities [Internet]; 2015. Se encuentra en <http://saludentodaslaspoliticassuriname.org/en/experiencia-amp.php?id=29>.

LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

El enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito de las políticas públicas puede servir de base para abordar la necesidad de una acción coherente y concreta en todo el gobierno para mejorar la salud (101). Aunque el sector de la salud por lo general desempeña un papel central, el enfoque de la salud en todas las políticas tiene en cuenta sistemáticamente las consecuencias para la salud que tienen las decisiones en todos los sectores y mejora la rendición de cuentas de los encargados de la formulación de políticas con respecto al impacto en la salud en todos los niveles normativos. Incluye un énfasis en las consecuencias de las políticas públicas en la salud, incluida la promoción de la equidad como objetivo de la sociedad.

Conviene advertir que una revisión de los últimos enfoques de la salud en todas las políticas mostró que la acción intersectorial parece haber sido utilizada más frecuentemente para abordar los determinantes micro y medios de la salud, como el comportamiento, pero que se actuó sobre “las causas de las causas” con menor frecuencia (102). Suriname constituye un ejemplo de aplicación de un enfoque de determinantes sociales hacia la equidad en la salud como parte de la salud en todas las políticas.

Un enfoque de todo el gobierno va más allá de la salud en todas las políticas (103, 104). Además de tener en cuenta a la salud específicamente en la formulación de todas las políticas, concuerda mejor con el enfoque integral de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (6). Los gobiernos pueden avanzar si aseguran la equidad en la salud en todas las políticas como parte de un enfoque de todo el gobierno.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En el 2015, los países adoptaron un conjunto de objetivos para acabar con la pobreza, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos, como parte de una agenda de desarrollo sostenible a escala mundial. Es posible que estos objetivos no hayan sido formulados considerando la salud como una meta específica —no adoptaron el enfoque de la salud en todas las políticas—, pero el logro de los siguientes ODS tendrá un profundo impacto en una mayor equidad en la salud:

Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo

Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible



Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos

Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos

Objetivo 11. Lograr que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

Objetivo 17. Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

A fin de avanzar en la consecución de los ODS, es necesario establecer mecanismos de gobernanza, como leyes y normas, para fortalecer la rendición de cuentas conjunta sobre la equidad por todos los sectores y los encargados de las decisiones, dentro y fuera del gobierno (12). Entre ellos destacan los siguientes:

- establecer mecanismos que promuevan activamente la participación de la población y los actores locales a fin de definir el problema y proponer soluciones;
- realizar una revisión regular y conjunta del progreso, que favorezca el entendimiento y el compromiso común para alcanzar resultados compartidos;
- usar la evidencia para asegurar que las políticas aborden las principales vías causales y puedan adaptarse a lo largo del tiempo.

MONITOREO

Parte integral de la buena gobernanza es el monitoreo transparente del desempeño para permitir el acceso a la información y fundamentar el debate a nivel nacional con las comunidades y otros sectores sobre los logros y desafíos, en particular con el uso de inteligencia local.

También es necesario medir las tendencias a fin de dar seguimiento a los efectos de las decisiones

políticas en las inequidades en la salud (105). Para que esto sea sostenible, se necesita infraestructura a fin de que el monitoreo sea eficaz desde el punto de vista de la tecnología de la información y el aumento de la capacidad.

Desde una perspectiva de los determinantes sociales y la equidad en la salud, el monitoreo de las tendencias y el desempeño requiere contar con datos desglosados. Si bien algunos países disponen de datos fiables sobre las tendencias demográficas y la morbilidad y mortalidad (como se muestra en la sección 2), en la mayoría es evidente la falta de información sobre la salud desglosada por indicadores de origen étnico o situación socioeconómica. Esta es una deficiencia importante que entorpece la formulación de políticas eficaces para abordar las inequidades en materia de salud.

DESGLOSE DE DATOS

Cada grupo se ve afectado por las políticas y los cambios sociales de distinta manera, y sus reacciones frente a ellos varían sistemáticamente. Por consiguiente, es importante desglosar los indicadores según mediciones reales o indirectas, tanto de los grupos sociales como de los cambios que tienen lugar con el tiempo. Fundamentalmente, la lista de indicadores de los ODS comienza con un párrafo sobre el desglose, proveniente de la Agenda de Acción de Addis Abeba (106), que dice:

Los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían desglosarse, siempre que fuera pertinente, por ingreso, sexo, edad, raza, grupo étnico, estado migratorio, discapacidad y ubicación geográfica, u otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales (resolución 68/261 de la Asamblea General) (107).

El camino más prometedor parece ser armonizar estos indicadores en la medida de lo posible con la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (100) y con los indicadores que se recomiendan para monitorear el progreso de algunos ODS, seleccionados según su pertinencia para la equidad en la salud. Es necesario que los indicadores estén debidamente desglosados para que revelen si se reduce la inequidad social.

Estudio de caso: indicadores clave, Canadá, 2016–2017

En un informe sobre las principales desigualdades en materia de salud en Canadá se señalan varios indicadores que proporcionan una base de referencia para el seguimiento (véase el cuadro 4.1). Estos indicadores fueron analizados con respecto a cada uno de los siguientes estratificadores sociales en los casos en que fue posible:

- Sexo o género
- Identidad indígena
- Entorno cultural y ascendencia racial
- Orientación sexual
- Salud funcional
- Participación y limitaciones para la actividad
- Situación inmigratoria
- Ingresos
- Educación
- Empleo
- Ocupación
- Carencias materiales y sociales
- Residencia urbana o rural

Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá y Red Pancanadiense de Salud Pública. Key health inequalities in Canada: a national portrait [Internet]; 2018. Se encuentra en <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html>.

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES

La ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible requiere un aumento considerable de la capacidad y un cambio cultural sustancial en las organizaciones en las esferas nacional, local y comunitaria.

El sector de la salud tiene un papel crucial en la acción intergubernamental, como promotor de que la equidad en la salud sea una prioridad del gobierno y para impulsar el cambio. Desempeña un papel clave para liderar e influir en la opinión pública. Pero esto será eficaz solo si otros sectores —legislaturas, ministerios, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y comunidades— tienen la capacidad para enfrentar los desafíos planteados por la acción intersectorial sobre las “causas de las causas”.

Cuadro 4.1.

Lista de valores de referencia de los principales indicadores, Canadá, 2016–2017

Resultados en materia de salud	Esperanza de vida y mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer (nivel ecológico) y esperanza de vida ajustada en función del estado de salud a los 18 años (nivel individual) • Mortalidad infantil, peso > 500 g • Mortalidad por traumatismos no intencionales, todas las edades
	Enfermedades mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones autoinfligidas y suicidio, todas las edades • Internación por enfermedades mentales, a partir de los 15 años
	Valoración de la propia salud	<ul style="list-style-type: none"> • Salud mental percibida, buena o mala, a partir de los 18 años
	Resultados correspondientes a cada causa	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis, a partir de los 18 años • Asma, a partir de los 18 años • Diabetes, excluida la diabetes gestacional, a partir de los 18 años • Discapacidad, a partir de los 18 años • Incidencia del cáncer pulmonar • Obesidad, a partir de los 18 años • Salud bucal, incapacidad para masticar, a partir de los 18 años • Tuberculosis
Determinantes de la salud (condiciones de la vida cotidiana)	Comportamiento relacionado con la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alcohol • Consumo de tabaco, a partir de los 18 años
	Entorno físico y social	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de vivienda básica • Exposición al humo del tabaco en el hogar, a partir de los 18 años
Determinantes de la salud (factores estructurales)	Inequidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad alimentaria en el hogar • Trabajadores pobres
	Desarrollo en la primera infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad en el desarrollo de la primera infancia, entre los 5 y 6 años

Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá y Red Pancanadiense de Salud Pública. Key health inequalities in Canada: a national portrait [Internet]; 2018. Se encuentra en <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html>.

RECOMENDACIÓN 12.

EJERCICIO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las leyes en materia de derechos humanos pueden ser muy eficaces tanto para formar conciencia y consenso en torno a valores compartidos como para orientar el análisis y fortalecer las mediciones y la rendición de cuentas con respecto a los derechos humanos y la equidad en la salud (108).

El derecho humano a la salud es un “derecho incluyente” que no se limita al acceso a la atención o la salud física. La buena gobernanza debe apoyarse en medidas relacionadas con los derechos humanos que:

- exigen la equidad en las condiciones sociales, así como en otros determinantes de la salud modificables;
- respaldan el derecho a un nivel de vida adecuado para preservar la salud, y

- mejoran la distribución de los determinantes de las oportunidades para tener una vida saludable en toda la población.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas plantea el derecho a la autodeterminación de las personas como derecho fundamental e inherente y necesario para el pleno goce de los derechos humanos (40).

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
12A. Fortalecer los derechos relativos a los determinantes sociales como aspectos del derecho a la salud y a una vida digna	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en mayor grado los principios y las recomendaciones sobre los derechos relativos a los determinantes sociales de la salud impulsados por el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. • El sistema interamericano de derechos humanos y otros organismos afines deben intensificar la consideración de los determinantes sociales de la salud en el seguimiento de la observancia del derecho a la salud y a una vida digna. • Mejorar las perspectivas de los derechos humanos de las organizaciones internacionales dedicadas a la salud, como la OMS.
12B. Fortalecer la rendición de cuentas con respecto a los determinantes sociales como un aspecto del derecho a la salud y a una vida digna	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la capacitación de los jueces sobre la inclusión de los determinantes sociales en el ámbito del derecho a la salud y sobre la interdependencia de otros derechos y el concepto de una vida digna. • Ampliar la capacitación de los líderes y funcionarios públicos, incluidos los funcionarios de los sistemas de salud, sobre la plena rendición de cuentas que requieren los compromisos en materia de derechos humanos, en particular los relativos a los grupos desfavorecidos. • Mejorar la presentación de información sobre los determinantes sociales de la salud al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. • Fortalecer el acceso a la justicia y a recursos para casos de violación de los derechos humanos relacionados con el derecho a la salud y sus determinantes sociales.
12C. Fortalecer la protección contra todas las formas de discriminación en todas las esferas, incluida la capacidad de respuesta a las múltiples formas de discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la protección jurídica y los recursos contra todas las formas de discriminación en las esferas pública y privada. • Integrar los principios de la no discriminación en todas las políticas y servicios públicos, y asegurar que se recopilen datos adecuados para dar seguimiento a la igualdad y la no discriminación.

ENFOQUES Y MECANISMOS PERTINENTES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1969)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)

Convención sobre los Derechos del Niño (1990)

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)

Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (A/RES/61/295 [2007])

Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015–2024) (A/RES/68/237 [2014])

Sistema interamericano: Corte Interamericana de Derechos Humanos

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994)

Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)

5. CONCLUSIONES



© iStock

Favela Santa Marta, Rio de Janeiro (Brasil)

La Comisión de la OPS sobre Equidad se creó para abordar las inequidades en materia de salud, es decir, las desigualdades sistemáticas en cuanto a la salud entre los distintos grupos sociales que se consideran injustas. Hemos formulado recomendaciones con objetivos prioritarios y hemos propuesto medidas concretas para lograrlos. Partimos de la premisa de que la salud es un fin en sí mismo y es una meta valde para las personas y las comunidades. Esto no puede lograrse sin justicia social. Una sociedad que responde a las necesidades de sus miembros de forma equitativa probablemente sea una sociedad con un alto nivel de salud de la población e inequidades en la salud relativamente pequeñas.

Nuestra perspectiva consiste en abordar las “causas de las causas”: las razones por las que se niegan a algunos grupos de la sociedad intervenciones conocidas que mejoran la salud. La raíz de las actuales inequidades yace en las estructuras de la sociedad —la distribución del poder, el dinero y los recursos— y en actitudes coloniales y de género que son tanto el pasado como el presente de la realidad de la Región.

Se necesita de la acción pública a fin de crear las condiciones para que las personas puedan llevar una vida digna, caracterizada por la autodeterminación, reconociendo la indivisibilidad, la interrelación y la interdependencia de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y los derechos de los pueblos indígenas. Hemos puesto de relieve que las inequidades en materia de salud no son una cuestión de “ellos y nosotros”, los excluidos y no excluidos, sino que, en distinta medida, afectan a todos los miembros de la sociedad: este es el gradiente social en la salud. Pero los más vulnerables son los más perjudicados. Por esta razón, la acción sobre los determinantes sociales de la salud es necesaria para todos, pero también lo es la acción para satisfacer las

necesidades específicas y las aspiraciones de las personas cuya vida se ve más afectada por la exclusión, la discriminación y las desventajas.

Las leyes en materia de derechos humanos pueden ser muy eficaces tanto para formar conciencia y consenso en torno a valores compartidos como para orientar el análisis y fortalecer las mediciones y la rendición de cuentas a fin de apoyar la equidad en la salud.

Por medio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los países han acordado esforzarse durante los próximos 15 años para poner fin a todas las formas de pobreza, luchar contra las desigualdades y enfrentar el cambio climático, asegurando que “nadie se quede atrás”. Como parte de este proceso, cada país debe revisar los objetivos prioritarios establecidos por esta Comisión, adaptarlos a sus circunstancias específicas y determinar los recursos, los cambios legislativos y la capacidad que se necesiten para llevar adelante las acciones concretas. El logro se traducirá en sociedades más justas, en las cuales todas las personas puedan llevar una vida digna y en las que la equidad en la salud sea una meta asequible.

REFERENCIAS

- 1 Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial [Internet]; 2019. Se encuentra en <https://datos.bancomundial.org/>.
- 2 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
- 3 Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med*. Febrero del 2001;52(3):481-91.
- 4 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2016. Santiago: CEPAL; 2017. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>.
- 5 Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, proyecto de documento de debate. Ginebra: OMS; 2005.
- 6 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]; 2016 [citado el 5 de octubre del 2018]. Se encuentra en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
- 7 Stiglitz J. *The price of inequality*. Nueva York: Penguin; 2013.
- 8 Atkinson AB. *Inequality*. Cambridge: Harvard University Press; 2015.
- 9 Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Londres: Instituto de Equidad en Salud; 2010. Se encuentra en <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- 10 Organización de las Naciones Unidas. State of the world's Indigenous peoples: Indigenous peoples' access to health services. Nueva York: ONU; 2016. Se encuentra en <https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2016/Docs-updates/The-State-of-The-Worlds-Indigenous-Peoples-2-WEB.pdf>.
- 11 Graham J, Amos B, Plumpre T. Principles for good governance in the 21st century. Policy brief no. 15. Ottawa: Instituto de Gobernanza; 2003.
- 12 Kickbusch I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2014. Se encuentra en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/257513/Smart-governance-for-health-and-well-being-the-evidence.pdf.
- 13 Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. *Health Hum Rights*. Diciembre del 2010; 12(2):49-59.
- 14 Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales ("Protocolo de San Salvador"), artículo 10, 16 de noviembre de 1999 (A-52).
- 15 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Villagrán Morales y otros (Caso de los "Niños de la Calle"). Sentencia de 19 de noviembre de 1999.
- 16 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Gutiérrez-Soler v. Colombia. Sentencia de 12 de septiembre del 2005. Caso N.º 132.
- 17 Sen A. Human rights and capabilities. *J Hum Develop*. 2005;6(2):151-66.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Se encuentra en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1.
- 19 Population Reference Bureau. World population data [Internet]; [consultado el 3 de abril del 2018]. Se encuentra en <http://www.worldpopdata.org/>.
- 20 Ingraham C, *The Washington Post*. 14 Baltimore neighborhoods have lower life expectancies than North Korea [Internet]; 30 de abril del 2015. Se encuentra en https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/04/30/baltimores-poorest-residents-die-20-years-earlier-than-its-richest/?utm_term=.9899c9daa328.
- 21 Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, Mackenbach JP, van Lenthe FJ, et al. Inequalities in life expectancy among US counties, 1980 to 2014: temporal trends and key drivers. *JAMA Intern Med*. 2017;177(7):1003-11.
- 22 Organización Mundial de la Salud. Nutrition: stunting in a nutshell [Internet]; 2018 [citado el 25 Nov 2018]. Se encuentra en https://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj_stunted_videos/en/.
- 23 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2011. Santiago: CEPAL; 2012. Se encuentra en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1241>.
- 24 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Availability, collection and use of data on disability in 2011. Santiago: CEPAL; 2012. Se encuentra en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5040>.
- 25 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Suicide rising across the US. *Vital Signs* [Internet]; 7 de junio del 2018. Se encuentra en <https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf>.

- 26 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. National Vital Statistics System. Mortality data [Internet]; [consultado el 11 de junio del 2018]. Se encuentra en <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>.
- 27 Centre for Suicide Prevention. Indigenous suicide prevention [Internet]; [consultado el 7 de junio del 2018]. Se encuentra en <https://www.suicideinfo.ca/resource/Indigenous-suicide-prevention/>.
- 28 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santiago: CEPAL; 2016. Se encuentra en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40668/4/S1600946_es.pdf.
- 29 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oslo Governance Centre. 2009 Annual Report. Oslo: UNDP Oslo Governance Centre; 2010. Se encuentra en <https://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/democratic-governance/oslo-governance-center/undp-oslo-governance-centre-ogc-annual-report-2009/OGC-AR-2009-Final.pdf>.
- 30 Transparency International. Las personas y la corrupción: América Latina y el Caribe [Internet]. Barómetro Global de la Corrupción. Berlín: Transparency International; 2017. Se encuentra en https://www.transparency.org/whatwedo/publication/las_personas_y_la_corrupcion_america_latina_y_el_caribe.
- 31 Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Nueva York: ONU; 1992. Se encuentra en <https://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>.
- 32 Comisión sobre el Desarrollo Sostenible. Sustainable development: the key to tackling inequalities. Londres: SDC; 2010. Se encuentra en <http://www.sd-commission.org.uk/publications.php?id=1053.html>.
- 33 Hunt P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health Hum Rights*. Diciembre del 2016;18(2):109-30.
- 34 Tobin JW. The right to health in international law: introduction. University of Melbourne Legal Studies Research Paper N.º 562. Melbourne: Universidad de Melbourne; 2011.
- 35 Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Acuerdo de París [Internet]; 2015 [citado el 6 de febrero del 2018]. Se encuentra en https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf.
- 36 Rodríguez-Eugenio N, McLaughlin M, Pennock D. Soil pollution: a hidden reality. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2018. Se encuentra en <http://www.fao.org/3/I9183EN/i9183en.pdf>.
- 37 Hall G, Gandolfo A. Datos mundiales demuestran la pobreza y la exclusión que sufren los pueblos indígenas [Internet]; 8 de septiembre del 2016 [citado el 21 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://blogs.worldbank.org/es/voices/datos-mundiales-demuestran-la-pobreza-y-la-exclusion-que-sufren-los-pueblos-indigenas>.
- 38 Macdonald D, Wilson D. Shameful neglect: Indigenous child poverty in Canada. Ottawa: Canadian Center for Policy Alternatives; 2017. Se encuentra en <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/shameful-neglect>.
- 39 Bowen Matthew D, Rodrigue E, Reeves RV. Time for justice: tackling race inequalities in health and housing [Internet]; 19 de octubre del 2016. Se encuentra en <https://www.brookings.edu/research/time-for-justice-tackling-race-inequalities-in-health-and-housing/>.
- 40 Organización de las Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre del 2007. Nueva York: Naciones Unidas; 2007 (A/RES/61/295). Se encuentra en <https://undocs.org/es/A/RES/61/295>.
- 41 Organización de las Naciones Unidas. 2015-2024 Decenio Internacional para los Afrodescendientes [Internet]; [citado el 23 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://www.un.org/es/events/africandescentdecade/>.
- 42 Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (A-68). Washington, D.C.: OEA; 2013. Se encuentra en http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-68_racismo.asp.
- 43 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La situación de las personas afrodescendientes en las Américas. Washington, D.C.: OEA; 2011. Se encuentra en http://www.oas.org/es/cidh/afrodescendientes/docs/pdf/AFROS_2011_ESP.pdf.
- 44 Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2006, Washington, D.C. (Resolución CD47.R18). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/366>.
- 45 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Income distribution database (IDD): Gini, poverty, income, methods and concepts [Internet]; 2017. Se encuentra en <http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm>.
- 46 Dirección General de Estadísticas de Canadá. Census in brief. Children living in low income households. Census of population, 2016 [Internet]; 13 de septiembre del 2017. Se encuentra en <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-eng.cfm>.
- 47 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Programme for International Student Assessment, PISA database [Internet]; 2012. Se encuentra en <http://www.oecd.org/pisa/data/>.
- 48 Organización Internacional del Trabajo. C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189). Ginebra: OIT; 2011. Se encuentra en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189.

- 49 Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. UN Statistical Commission agrees on global indicator framework [Internet]; 11 de marzo del 2016 [citado el 19 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2016/03/un-statistical-commission-endorses-global-indicator-framework/>.
- 50 Organización Internacional del Trabajo. Propuesta revisada de la Oficina para la medición del trabajo decente [Internet]; 2009. Se encuentra en https://www.ilo.org/integration/resources/mtgdocs/WCMS_115407/lang--en/index.htm.
- 51 Gómez V, Juárez-García A. Working conditions and effort-reward imbalance in Latin America. En: Siegrist J, Wahrendorf M, editores. Work stress and health in a globalized economy: the model of effort-reward. Cham: Springer; 2016:235-71.
- 52 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Santiago: CEPAL; 2016. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible>.
- 53 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Child protection from violence, exploitation and abuse [Internet]; 2011. Se encuentra en https://www.unicef.org/protection/57929_57972.html.
- 54 Organización Internacional del Trabajo. ILO global estimates on migrant workers. Ginebra: OIT; 2015. Se encuentra en https://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_436343/lang--en/index.htm.
- 55 Organización Internacional del Trabajo. Soluciones eficaces: Políticas activas del mercado de trabajo en América Latina y el Caribe. Ginebra: OIT; 2016. Se encuentra en https://www.ilo.org/global/research/publications/WCMS_492374/lang--es/index.htm.
- 56 Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos. Labor force characteristics by race and ethnicity, 2015 [Internet]; septiembre del 2016 [consultado el 11 de julio del 2017]. Se encuentra en <https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2015/home.htm>.
- 57 Organización Internacional del Trabajo. ILOSTAT. Indicadores Clave del Mercado de Trabajo [Internet]; [datos extraídos en septiembre del 2018]. Se encuentra en https://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?locale=es&_afzLoop=735339854456265#!%40%40%3Flocale%3Des%26_afzLoop%3D735339854456265%26_adf.ctrl-state%3Dslqxqj4jy_57.
- 58 Center for Poverty Research, Universidad de California, Davis. What are the annual earnings for a full-time minimum wage worker? [Internet]; 2018 [consultado el 13 de julio del 2018]. Se encuentra en <https://poverty.ucdavis.edu/faq/what-are-annual-earnings-full-time-minimum-wage-worker>.
- 59 Organización de las Naciones Unidas. World population prospects: the 2015 revision. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2015.
- 60 Age UK. Healthy ageing evidence review [Internet]; [citado el 13 de septiembre del 2018]. Se encuentra en https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_april11_evidence_review_healthy_ageing.pdf.
- 61 Organización Mundial de la Salud. Global age-friendly cities project [Internet]; 2018. Se encuentra en https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/.
- 62 Administración de Seguridad Social de Estados Unidos, Research Statistics and Policy Analysis. Annual statistical supplement to the social security bulletin. Washington, D.C.: Administración de Seguridad Social; 2017. Se encuentra en <https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2018/index.html>.
- 63 Earle A, Heymann J. Raising the global floor: dismantling the myth that we can't afford good working conditions for everyone. Stanford Politics and Policy. Redwood City: Stanford University Press; 2009.
- 64 Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dement Neuropsychol. 2014;8(4):384-8.
- 65 Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: OIT; 2017. Se encuentra en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf.
- 66 Annie E. Casey Foundation. Kids count [Internet]; [citado el 22 de enero del 2019]. Se encuentra en <https://datacenter.kidscount.org/>.
- 67 Freire G, Schwartz Orellana SD, Zumaeta Aurazo M, Costa D, Lundvall JM, Viveros Mendoza MC, et al. Latinoamérica indígena en el siglo XXI: primera década. Documento de trabajo 98544. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. Se encuentra en <http://documents.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/Latinoamerica-indigena-en-el-siglo-XXI-primera-decada>.
- 68 Oficina del Censo de Estados Unidos. Current population survey (CPS) [Internet]; 2019. Se encuentra en <https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html>.
- 69 Dirección General de Estadísticas de Canadá. Canadian survey on disability 2012. Ottawa: Dirección General de Estadísticas de Canadá; 2013. Se encuentra en <https://communitydata.ca/content/canadian-survey-disability-2012>.

- 70 De Navas-Walt C, Proctor BD. Income and poverty in the United States: 2014. Washington, D.C.: Oficina del Censo de Estados Unidos; septiembre del 2015: 60–252. Se encuentra en <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-252.pdf>.
- 71 Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. The UN Social Protection Floor Initiative [Internet]; [consultado el 2 de julio del 2018]. Se encuentra en <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowProject.action?id=2767>.
- 72 Organización Internacional del Trabajo. Social protection floor [Internet]; [citado el 13 de septiembre del 2018]. Se encuentra en <http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.htm>.
- 73 Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N.º 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9). Ginebra: ONU; 2008. Se encuentra en <https://undocs.org/es/E/C.12/GC/19>.
- 74 Essayag S. Del compromiso a la acción: Políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Documento de análisis regional. Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; ONU-Mujeres; 2017. Se encuentra en http://ameralatinagenera.org/newsite/images/violencia/documentos/DEL_COMPROMISO_A_LA_ACCION_ESP.pdf.
- 75 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. OECD data: violence against women [Internet]; 2018. Se encuentra en <https://data.oecd.org/inequality/violence-against-women.htm>.
- 76 Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Surveill Summ*. 2014;63(SS08):1–18.
- 77 Organización Mundial de la Salud. Global status report on violence prevention. Ginebra: OMS; 2014. Se encuentra en https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/.
- 78 Buró Federal de Investigaciones (FBI) de Estados Unidos. 2015 hate crime statistics [Internet]; 2015 [citado el 28 de noviembre del 2018]. Se encuentra en https://ucr.fbi.gov/hate-crime/2015/topic-pages/incidentsandoffenses_final.
- 79 Comisión Interamericana de Derechos Humanos; Organización de los Estados Americanos. Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Washington, D.C.: CIDH; OEA; 2015. Se encuentra en <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>.
- 80 Guttmacher Institute. Abortion in Latin America and the Caribbean [Internet]; marzo del 2018 [citado el 28 de noviembre del 2018]. Se encuentra en https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf.
- 81 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002. Se encuentra en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=7BEBB71E1A50A08FF8E5AA059EA399E8?sequence=1.
- 82 Organización Mundial de la Salud. European facts and the Global status report on violence prevention 2014. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2014. Se encuentra en http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf.
- 83 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Global study on homicide. Washington, D.C.: ONUDD; 2013. Se encuentra en <https://www.unodc.org/gsh/>.
- 84 Xu J. QuickStats: age-adjusted homicide rates, by race/ethnicity – National Vital Statistics System, United States, 2015–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:462.
- 85 Rosay AB. Violence against American Indian and Alaska Native women and men: 2010 findings from the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. Washington, D.C.: Departamento de Justicia de Estados Unidos, Instituto Nacional de Justicia; 2016. Se encuentra en <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/249736.pdf>.
- 86 Nosrati E, Ash M, Marmot M, McKee M, King LP. The association between income and life expectancy revisited: deindustrialization, incarceration and the widening health gap. *Int J Epidemiol*. 2018;47(3):720–30.
- 87 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Latin America and the Caribbean. Challenges, dilemmas and commitments of a common urban agenda. Santiago: CEPAL; 2016. Se encuentra en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40657>.
- 88 Wilkinson P. The health problems associated with poor housing and home conditions, inadequate water supplies, flooding, poor sanitation and water pollution [Internet]; 2016. Se encuentra en <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2f-environment/health-problems-poor-housing>.
- 89 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Organización Mundial de la Salud; Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento. Inequalities in sanitation and drinking water in Latin America and the Caribbean. A regional perspective based on data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation and an inequality analysis using recent national household surveys and censuses [Internet]; 2018. Se encuentra en <https://washdata.org/file/410/download>.

- 90 Organización Mundial de la Salud. Monitoring water and sanitation: for evidence-based policy and intervention. Ginebra: OMS; 2014. Se encuentra en https://www.who.int/phe/events/wha_66/flyer_wsh_monitoring.pdf?ua=1.
- 91 Dirección General de Estadísticas de Canadá. Census in brief: the living conditions of Aboriginal people in Canada [Internet]; 2016. Se encuentra en <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016021/98-200-x2016021-eng.cfm>.
- 92 Organización Panamericana de la Salud. Integración de los documentos de referencia para la Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana en las Américas. 51.º Consejo Directivo [Internet]; 2011. Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SALUD-URBANA-RESOLUCION.pdf>.
- 93 Korc ME. A socioeconomic assessment of human exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. *J Air Waste Manag Assoc.* 1996;46(6):547-57.
- 94 Jiang Z, McDonald BC, Worden H. Unexpected slowdown of US pollutant emission reduction in the past decade. *PNAS.* 2018;115(20):5099-104.
- 95 Banco Interamericano de Desarrollo. Vivienda propia: sólo un sueño para millones de latinoamericanos [Internet]; 14 de mayo del 2012. Se encuentra en <https://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2012-05-14/brecha-de-asequibilidad-de-vivienda-en-america-latina%2C9969.html>.
- 96 Organización Panamericana de la Salud. The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the Americas initiative, 2000-2007. Washington, D.C.: OPS; 2008. Se encuentra en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Strategy_to_Strengthen_Performance.pdf.
- 97 Instituto de Equidad en Salud; Asociación Médica Mundial. Doctors for health equity. Londres: Instituto de Equidad en Salud; 2016. Se encuentra en <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/doctors-for-health-equity-world-medical-association-report/doctors-for-health-equity-wma-full-report-pdf.pdf>.
- 98 Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory data repository [Internet]; 2018. Se encuentra en <http://apps.who.int/gho/data/node.home>.
- 99 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Chapter 8: Governance principles, institutional capacity and quality. En: *Towards human resilience: sustaining MDG progress in an age of economic uncertainty.* Nueva York: PNUD; 2011: 270-92.
- 100 Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2011. Se encuentra en https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
- 101 Organización Mundial de la Salud. Health in All Policies: framework for country action [Internet]; 2018. Se encuentra en <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>.
- 102 Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health.* Febrero del 2012;57(1):25-33.
- 103 Agencia de Salud Pública de Canadá. Canadian best practices portal: social determinants of health [Internet]; 2016. Se encuentra en <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/>.
- 104 Organización Mundial de la Salud; Gobierno del Sur de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]; 2017. Se encuentra en https://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1.
- 105 Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, DC: OPS; 2016. Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf>.
- 106 Organización de las Naciones Unidas. Addis Ababa Action Agenda. Monitoring commitments and actions: inaugural report 2016, Inter-agency Task Force on Financing for Development. Nueva York: UN; 2016. Se encuentra en https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2016/03/Report_IATF-2016-full.pdf.
- 107 Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Comisión de Estadística, 48.ª sesión, 7 al 10 de marzo del 2017. Anexo 3. Revised list of global Sustainable Development Goal indicators (E/CN.3/2017/2*). Se encuentra en <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-E.pdf>.
- 108 Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health Hum Rights.* 2010;12(2):31-48.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Organización de las Naciones Unidas

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Vigésimo período de sesiones de la Asamblea General, 1406.ª sesión plenaria, 21 de diciembre de 1965, Nueva York [A/RES/2106(XX)]. Se encuentra en [https://undocs.org/es/A/RES/2106\(XX\)](https://undocs.org/es/A/RES/2106(XX)).

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General, 107.ª sesión plenaria, 18 de diciembre de 1979, Nueva York (A/RES/34/180). Se encuentra en <https://undocs.org/es/A/RES/34/180>.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General, 24 de enero del 2007, Nueva York (A/RES/61/106). Se encuentra en <https://undocs.org/es/A/RES/61/106>.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General, 1496.ª sesión plenaria, 16 de diciembre de 1966, Ginebra [A/RES/2200(XXI)]. Se encuentra en [https://undocs.org/es/A/RES/2200\(XXI\)](https://undocs.org/es/A/RES/2200(XXI)).

Proclamación del Decenio Internacional de los Afrodescendientes. Sexagésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General, 72.ª sesión plenaria, 23 de diciembre del 2013, Nueva York (A/RES/68/237). Se encuentra en <https://undocs.org/A/RES/68/237>.

Organización de los Estados Americanos

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General, 9 de junio de 1994, Belém do Pará (A-61). Se encuentra en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General, 15 de junio de 2015, Washington, D.C. (A-70). Se encuentra en http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

Organización Internacional del Trabajo

Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189). Convenio sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Centésima primera reunión de la Conferencia General, 16 junio del 2011, Ginebra (C189). Se encuentra en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:2551460,es.

Organización Panamericana de la Salud

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017, Washington, D.C. (CSP29/6, Rev. 3). Se encuentra en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42116-csp29-6-s-116&Itemid=270&lang=es.

Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 17 al 21 de septiembre del 2012, Washington, D.C. (CSP28.R19). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R19-s.pdf>.

Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017, Washington, D.C. (CSP29.R15). Se encuentra en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42334-csp29-r15-s-334&Itemid=270&lang=es.

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, D.C. (CD53.R14). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.

Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008, Washington, D.C. (CD48.R5). Se encuentra en <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r5-s.pdf?ua=1>.

Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 17 al 21 de septiembre del 2012, Washington, D.C. (CSP28.R20). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R20-s.pdf>.

Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, Washington, D.C. (CD54.R11). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R11-s.pdf>.

Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático. 51.º Consejo Directivo, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2011, Washington, D.C. (CD51.R15). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51.R15-s.pdf>.

Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, Washington, D.C. (CD54.R12). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R12-s.pdf>.

Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. 51.º Consejo Directivo, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 26 al 30 de septiembre del 2011 (CD51.R4). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-R4-s.pdf>.

La salud de los migrantes. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016, Washington, D.C. (CD55.R13). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-s.pdf>.

Los sistemas de salud resilientes. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016, Washington, D.C. (CD55.R8). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-s.pdf>.

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, D.C. (CD53.R13). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R13-s.pdf>.

Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de las OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016, Washington, D.C. (CD55.R10). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R10-s.pdf>.

Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, D.C. (CD53.R12). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R12-s.pdf>.

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009, Washington, D.C. (CD49.R15). Se encuentra en [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R15%20\(Esp.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R15%20(Esp.).pdf).

Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009, Washington, D.C. (CD49.R14). Se encuentra en [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Esp.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Esp.).pdf).

Plan de acción sobre la salud de los trabajadores. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, Washington, D.C. (CD54.R6). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R6-s.pdf>.

Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, D.C. (CD53.R2). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>.

Plan de acción sobre salud mental. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, D.C. (CD53.R7). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R7-s.pdf>.

Política sobre etnicidad y salud. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017, Washington, D.C. (CSP29.R3). Se encuentra en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42298-csp29-r3-s-298&Itemid=270&lang=es.

Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región. 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008, Washington, D.C. (CD48.R11). Se encuentra en <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r11-s.pdf?ua=1>.

Salud, seguridad humana y bienestar. 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010, Washington, D.C. (CD50.R16). Se encuentra en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R16-s.pdf>.

En los últimos decenios, la salud ha mejorado notablemente en la Región de las Américas. A pesar de ello, muchas personas se están quedando atrás. La OPS estableció la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas para analizar el impacto de los determinantes que influyen en la salud y proponer medidas encaminadas a reducir las desigualdades en este ámbito.

Según la evidencia presentada en este resumen, la mala salud se debe en gran medida a los determinantes sociales. Ciertos factores —como la posición socioeconómica, el origen étnico, el género, la orientación sexual, la discapacidad y la condición de migrante— pueden contribuir, solos o combinados, a que haya marcadas desigualdades en la salud. El análisis también muestra que otros factores estructurales —como el cambio climático, las amenazas ambientales, la relación de las personas con la tierra y los efectos persistentes del colonialismo y el racismo— también están frenando el progreso hacia una vida digna y el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Además, el impacto de las condiciones de la vida cotidiana muestra que el efecto de las desigualdades se observa al comienzo de la vida.

En este resumen se presentan ejemplos de políticas, programas y acciones eficaces de los países y se formulan doce recomendaciones para lograr la equidad en la salud mediante la acción coordinada de los gobiernos locales y nacionales, las organizaciones transnacionales y la sociedad civil, a fin de abordar conjuntamente los determinantes sociales de la salud.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



INSTITUTE *of*
HEALTH EQUITY

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

