

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE EQUIDAD EN LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE EQUIDAD EN LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.
2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Evaluación de la Política de Equidad en la Salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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 letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

NOTA DE AGRADECIMIENTO.....	II
SIGLAS.....	III
RESUMEN DE LOS RESULTADOS.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
<i>Las desigualdades en el ámbito de la salud en la Región de las Américas.....</i>	1
Preocupación regional por la equidad en la salud.....	1
Compromiso de los países con la equidad en la salud.....	3
<i>Objetivos y premisa del estudio.....</i>	4
Metodología y limitaciones.....	5
Estructura del informe.....	7
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA Y RESULTADOS.....	8
<i>Métodos.....</i>	8
Definiciones.....	8
Calificación.....	22
<i>Resultados.....</i>	23
CAPÍTULO 2. RESULTADOS ADICIONALES.....	27
<i>Análisis según la fecha de aprobación del plan.....</i>	27
<i>Análisis subregionales.....</i>	27
Países andinos.....	27
Cono Sur.....	29
México y Centroamérica.....	30
El Caribe.....	31
<i>Análisis de planes de salud subnacionales.....</i>	32
Comparaciones basadas en el porcentaje de respuestas por categoría.....	32
Comparaciones por porcentaje del puntaje máximo en cada categoría.....	33
CAPÍTULO 3. INTERPRETACIÓN DE LAS CONCLUSIONES: EL CONTEXTO DE LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS.....	34
<i>Descentralización.....</i>	34
<i>Ajuste estructural.....</i>	35
<i>Corrupción.....</i>	36
<i>Canadá, Cuba y Estados Unidos.....</i>	37
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
<i>Recomendaciones.....</i>	42
REFERENCIAS.....	44
APÉNDICE.....	49

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Este documento fue elaborado por Adria Armbrister, Ph.D., a petición de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC), sobre la base de un estudio realizado por Matthew Kavanagh, Ph.D., Eric Friedman, Ph.D., y Laura Norato, LL.M., del Instituto O’Neill para el Derecho de Salud Nacional y Mundial de la Universidad de Georgetown. La investigación fue financiada por la Fundación Robert Wood Johnson. Anna Coates, Ph.D., Jefa de la Oficina de la OPS de Equidad, Género y Diversidad Cultural, hizo grandes aportes en su calidad de coordinadora de este proyecto. Durante las distintas etapas de elaboración del documento, se recibieron comentarios de funcionarios de la OPS, así como de interesados directos y personal de la OPS en un ciberseminario que tuvo lugar en julio del 2020 en el cual el equipo del estudio del Instituto O’Neill para el Derecho de Salud Nacional y Mundial presentó los resultados de la evaluación de los planes sobre equidad en la salud. Además se realizó una revisión científica externa de la versión por escrito de este informe final (véase más adelante). Todos los comentarios fueron incorporados en el informe.

Se agradece especialmente al doctor David Peters y la doctora Anna Kalbarczyk, de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, quienes proporcionaron asistencia técnica en el examen y la validación de la rúbrica del estudio, e hicieron la revisión científica externa del informe final. También se agradece a Alex Delgado, que se encargó de la diagramación y el diseño gráfico.

SIGLAS

COVID-19	enfermedad causada por el coronavirus del 2019
LGBT	personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Por medio de una rúbrica analítica de 10 categorías elaborada para la investigación, en este estudio se evaluó el contenido de 32 planes nacionales de salud que están actualmente en vigor en América Latina y el Caribe para determinar si los países están integrando el logro de la equidad en la salud en las líneas estratégicas de acción del sector y la manera en que lo están haciendo. En el estudio, cuyo propósito era presentar una instantánea de los avances de la Región de las Américas al 2019, se observó que gran parte de la atención que se presta a la equidad en la salud en la Región se centra en aspectos como declaraciones del compromiso con la equidad en la salud y el desglose y el seguimiento de los datos para detectar desigualdades, mientras que algunos elementos de la equidad en la salud, como la detección de los grupos en situación de vulnerabilidad, el diseño y el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas, y la colaboración y la regulación de los prestadores de servicios del sector privado reciben mucha menos atención. También se observaron grandes diferencias subregionales en el énfasis en la participación comunitaria en la formulación y el seguimiento de la política y en la interacción con el sector privado. Por último, un análisis de los planes de salud municipales de Panamá y Uruguay mostró que las entidades subnacionales en verdad pueden sobrepasar los planes nacionales en lo que respecta a la profundidad de la atención a temas como los determinantes sociales de la salud.

Aunque este informe es principalmente descriptivo, los resultados del estudio se analizan a la luz de los factores que influyen en la formulación de políticas en la Región de las Américas —descentralización, ajuste estructural y corrupción— y se formulan recomendaciones dirigidas a los responsables de las políticas para acelerar la acción estratégica con el fin de lograr la equidad en la salud. Entre las recomendaciones se encuentran generar más evidencia y análisis de los procesos por los cuales se crean vulnerabilidades; promover la reorientación de los presupuestos hacia políticas y programas basados en la evidencia en vez de aquellos que puedan tener consecuencias negativas con respecto a las desigualdades y el acceso, y promover los esfuerzos para educar a los ciudadanos, los residentes y los migrantes sobre la existencia y el uso de mecanismos de rendición de cuentas para abordar las violaciones del derecho a la salud e institucionalizar estos mecanismos.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en el ámbito de la salud en la Región de las Américas

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se basan en el objetivo fundamental de “no dejar a nadie atrás” y tienen metas centradas en la equidad e indicadores de la inclusión económica, social y política en el ODS 10, la equidad y la igualdad de género en el ODS 5 y la salud en el ODS 3. De hecho, la meta 3.8 es “lograr la cobertura sanitaria universal”, que incluye el acceso a servicios de salud esenciales de buena calidad, medicamentos esenciales y vacunas.¹ En ninguna región del mundo es esto más urgente o prometedor para lograr un cambio transformador que en la Región de las Américas, que ha sido sistemáticamente una de las más desiguales en muchos aspectos del desarrollo y el bienestar, incluso con respecto a la salud.

En consecuencia, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han decidido que la equidad en la salud es una de las prioridades de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, lo cual concuerda con los ODS. En esta agenda se establecen 11 objetivos regionales y 60 metas para el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” con equidad y bienestar, se pide la colaboración de los países signatarios, la Oficina Sanitaria Panamericana y otros asociados, y se recomienda la elaboración de planes subregionales y nacionales para facilitar el logro de los objetivos y las metas para el 2030.

Preocupación regional por la equidad en la salud

En respuesta a los mandatos regionales y mundiales de abordar las inequidades y las desigualdades en materia de salud y los procesos nacionales de democratización y descentralización, los países de la Región de las Américas han intensificado la acción para reformar los sistemas de salud y ofrecer servicios más accesibles orientados especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad. Los informes anuales sobre el progreso realizado hacia el logro de los ODS muestran que, antes de la pandemia de COVID-19, muchos países de la Región estaban notificando mejoras moderadas en los indicadores de salud y bienestar, así como mejoras más estables en las mediciones de la igualdad de género, pero estaban quedando a la zaga en lo que se refiere a las desigualdades sociales y económicas (1). La mayoría de los países de la Región se encontraban en el punto medio del índice de los ODS (2).

¹ El logro de la equidad en la salud también se menciona en la meta 17.18 del ODS 17, en la cual se insta a los países a “fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible” con un mayor apoyo internacional a los planes nacionales para alcanzar todos los objetivos de desarrollo sostenible y “mejorar el apoyo a la creación de capacidad [...] para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales”.

Cuando comenzó la pandemia de COVID-19 a principios del 2020, muchos países adoptaron de inmediato políticas e iniciativas a favor de la equidad en la salud, con campañas de pruebas de detección o mayor acceso a pruebas y servicios para los grupos considerados vulnerables por razones de raza, origen étnico, sexualidad e identidad de género, discapacidad, pobreza o ubicación geográfica (3).

Por ejemplo, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que se trataba de una pandemia en marzo del 2020, algunos países centraron sus políticas de emergencia relativas a la COVID-19 casi por completo en temas de discriminación y exclusión. Como parte de esta respuesta se dispuso el suministro de transporte exclusivamente para casos presuntos de COVID-19 que fueran a hacerse pruebas y se publicaron directrices sobre la reducción de los obstáculos al acceso basados en el origen étnico, la salud mental, el embarazo y la lactancia, así como los que afectan a las personas encarceladas o institucionalizadas, las personas sin hogar, los ancianos, las personas con discapacidad y los migrantes, por ejemplo. Otros países aprobaron leyes para asegurar la atención de los grupos en situación de vulnerabilidad (aunque en términos generales no se especificaron estos grupos).

En algunas políticas y leyes de emergencia se prestó más atención a los efectos económicos de la COVID-19, con subsidios de urgencia para los ciudadanos o el financiamiento de medidas extraordinarias para aumentar la protección social a fin de mitigar el impacto económico de la cuarentena y la posibilidad de enfermedad en los grupos considerados vulnerables, incluso con el refuerzo de las redes de protección social.

Por último, la mayoría de los países decretaron el teletrabajo y la educación a distancia hasta nuevo aviso. Algunos países hicieron arreglos para aumentar el acceso a programas de educación no solo en línea, sino también por radio y televisión, a fin de evitar los obstáculos en el acceso a internet, que difieren entre regiones y entre vecindarios en las ciudades más grandes. Estas medidas se implementaron con el apoyo y, en algunos casos, la creación y aprobación por el gobierno de políticas o enmiendas separadas y complementarias para la COVID-19 emitidas por los ministerios de educación, trabajo y desarrollo social o de acuerdo con sus instrucciones. Los ministerios de transporte y turismo han desempeñado un papel decisivo en la respuesta.

Aunque la aplicación de estas políticas ha variado (4), las medidas en favor de la equidad en la salud adoptadas durante la pandemia de COVID-19 demuestran que muchos países de la Región toman en serio su mandato de asegurar la “salud para todos”. Dicho esto, es evidente que la pandemia y la respuesta conducirán, en la mayoría de los casos, a un retroceso con respecto a varios de los ODS a corto plazo y probablemente a más largo plazo. En el informe sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible correspondiente al 2020 se llega a la conclusión de que la pandemia tendrá efectos sumamente negativos en los ODS 3 (Salud y bienestar) y 10 (Reducción de las desigualdades), debido al impacto desproporcionado del confinamiento y la enfermedad en sí en la salud y la

situación económica de los grupos en situación de vulnerabilidad (2). Como se señala en un informe conjunto del 2020 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre la respuesta a la COVID-19, “tanto el control de la pandemia como la reapertura económica requieren liderazgo y una rectoría efectiva y dinámica de los Estados, mediante políticas nacionales que integren políticas de salud, políticas económicas y políticas sociales” (5).

Compromiso de los países con la equidad en la salud

Los compromisos alcanzados en respuesta a la pandemia de COVID-19 son reflejo de los compromisos detallados en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Estos compromisos se manifiestan en la definición de equidad adoptada por los Estados Miembros de la OPS como uno de los ejes programáticos que se incorporarán en el trabajo técnico de toda la Organización, junto con otros temas relacionados con la equidad, como los derechos humanos, el género y la etnicidad, que son “temas transversales” de la Organización. Estos temas transversales constituyen un llamamiento para que todo el trabajo en la OPS esté orientado al logro de la equidad en la salud y se base en el entendimiento de que el derecho a la salud y los derechos humanos conexos, así como la igualdad étnica y de género, son esenciales para alcanzar la equidad en la salud en la Región de las Américas. De hecho, los Estados Miembros también han demostrado su compromiso al aprobar planes estratégicos de la OPS para el 2014-2019 y el 2020-2025 centrados en la equidad en la salud. Este último plan incluye, por primera vez, un indicador de impacto relativo a la reducción de las inequidades en la salud en los países.

Sin embargo, no se comprenden muy bien las formas en que los gobiernos de la Región están trabajando para alcanzar la equidad en la salud a fin de cumplir estos compromisos, debido en parte al uso de definiciones diferentes de lo que deberían abarcar estas iniciativas, así como a la percepción común de que la equidad en la salud es un valor y un objetivo, en vez de un enfoque coherente. Se han hecho pocas investigaciones para mostrar la forma en que se está tratando de alcanzar la equidad en la salud como objetivo diferenciado, en comparación con la atención que se presta a los otros temas transversales relacionados con la equidad (género, etnicidad y derechos humanos) y las investigaciones en las cuales se los analiza. Esto crea dificultades a la hora de comparar los esfuerzos en materia de equidad entre países y regiones, aunque se ha hecho un gran esfuerzo para dar seguimiento a los determinantes relacionados con la equidad en la salud y, hasta cierto punto, a los resultados.

Como parte de estos esfuerzos, en el 2016, la Directora de la OPS estableció la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas como órgano independiente. En el informe de la Comisión, titulado *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*, se señalan la gobernanza y las políticas como motores del progreso en los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades estructurales —las relaciones de poder en la sociedad— (6) para avanzar hacia el desarrollo social y

económico. Asimismo, se promueven enfoques multisectoriales de la gobernanza con la participación del sector de la salud y otros sectores, en los ámbitos tanto público como privado, así como de la sociedad civil, la comunidad y los ciudadanos (6). La Comisión recomienda que se evalúen todas las políticas y se apoye la formulación de planes de acción para poner en práctica sus recomendaciones.

Este panorama representa un primer paso en esas evaluaciones, y su finalidad es responder a los compromisos regionales e internacionales y a las recomendaciones de la Comisión. Presenta una instantánea de la situación de los países de la Región con respecto a su interpretación e integración de la equidad en la salud en los planes de salud actuales. Este informe es un paso para mejorar la base de evidencia sobre el estado actual de los enfoques de la equidad en la salud a nivel nacional, ya que ayuda a comprender mejor sus aspectos técnicos, las lagunas y los puntos fuertes que pueden aprovecharse para aumentar estos conocimientos. Además, muestra las áreas en las cuales podrían necesitarse más estudios de los planes sectoriales, a fin de prestar más atención a la equidad en los planes nacionales y sectoriales futuros para la salud y asegurar que los países estén en condiciones de cumplir su compromiso de lograr la equidad en la salud en la Región de las Américas.

Objetivos y premisa del estudio

El objetivo de este documento es presentar un panorama y describir el entorno actual de políticas de los países de la Región con respecto a la integración de las inquietudes y los enfoques relacionados con la equidad en la salud.

Este estudio se basa en la premisa de que el sector de la salud pública (ministerio o secretaría) es el principal responsable de los resultados relacionados con la equidad y las desigualdades en la salud. Otra de sus premisas es que el sector de la salud, constituido por una diversidad de personas, servicios de salud públicos y privados y políticas de salud, también desempeña una función importante como institución social que afecta la equidad no solo en la salud, sino también en el ámbito social y económico de una manera más general.

Por lo tanto, los planes de salud del sector público son un punto de partida ideal para la investigación sobre la equidad en la salud a escala nacional e incluso subnacional, ya que estos documentos representan la culminación de un proceso de planificación en el cual se definen los problemas nacionales en este campo; se documentan las necesidades y los recursos disponibles para satisfacerlas; se establecen metas prioritarias, realistas y factibles, y se prevén las acciones administrativas necesarias para alcanzar el fin acordado (7).

En este estudio se emplea el análisis de contenidos para determinar qué acciones estratégicas han previsto los países para poner en práctica sus políticas nacionales de salud por medio de la publicación de planes nacionales. Con análisis similares de

contenidos y revisiones sistemáticas de los planes nacionales de salud de la Región se han evaluado la sensibilidad en materia de género de estos planes (8), la preparación para una pandemia (9) y la incorporación de normas de planificación estratégica (10). Este es el primer estudio en el cual se plantea la pregunta de si se ha integrado la equidad en la salud en las líneas estratégicas de acción de la forma establecida en los planes nacionales y en qué medida.

De la misma forma en que el lugar donde vivimos, trabajamos, aprendemos y crecemos incide en la salud, las políticas que influyen en el logro de la equidad en la salud no se limitan a las que emanan del sector de la salud. Como observa la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas, de la OPS, muchos otros sectores, entre ellos la educación, la vivienda, el trabajo, la infraestructura y el medioambiente natural, repercuten en la equidad en la salud y pueden exacerbar o mejorar los efectos de la desigualdad social y económica. Aunque en este análisis se aborda la forma en que las políticas y los planes nacionales de salud incorporan la acción intersectorial en los determinantes sociales de la salud, no se evalúa cómo se incorpora la equidad en los planes de otros sectores que no sean el de la salud. Sería útil que, en investigaciones futuras, se examinara la forma en que el contexto normativo completo actúa en conjunto para moldear la equidad en la salud en un país.

En el análisis tampoco se parte del supuesto de que los planes se hayan ejecutado en completa armonía con las líneas estratégicas de acción documentadas. Aunque las intenciones son un elemento importante de la acción, la próxima fase de la investigación requerirá un enfoque más riguroso para analizar y evaluar la ejecución de tales políticas. En el trabajo futuro será necesario también examinar más a fondo las modificaciones, las omisiones, los éxitos y los fracasos de las políticas de salud, y determinar los enfoques y componentes que influyen más y los que influyen menos en las desigualdades en la salud con el transcurso del tiempo.

Metodología y limitaciones

En este informe se presentan los resultados de una revisión documental de los planes nacionales de salud que estaban en ejecución durante el período que abarca el estudio (desde agosto del 2019 hasta fines de diciembre del 2019). Es posible que algunos planes ya hayan concluido o se hayan actualizado. La longitud y la duración de los planes nacionales del sector de la salud evaluados varían entre los países incluidos en el análisis: el más antiguo comenzó en el 2005 (Honduras) y los más largos abarcan un decenio o más (15 años como máximo). No obstante, la gran mayoría de los planes de salud evaluados se aprobaron en el 2010 o con posterioridad (93%). De estos, casi la mitad (46%) se aprobaron en los tres años anteriores al estudio. Dado que podría sospecharse que los planes aprobados antes del 2014 en particular posiblemente incluyan en menor medida la equidad en la salud —puesto que la mayoría de los mandatos regionales al respecto entraron en vigor ese año—, en este informe se hace una breve evaluación

de las conclusiones relativas a la integración de la equidad en la salud en los planes nacionales teniendo en cuenta las diferencias en su antigüedad, a fin de abordar esta limitación particular del estudio principal general.

Además, para que los resultados puedan generalizarse, en el estudio se analizaron solo los planes y las políticas de salud. No se incluyeron las leyes ni otras normas conexas del sector debido a las diferencias obvias entre las políticas, los planes y las leyes en lo que respecta a su aplicación y las consecuencias del incumplimiento. Al excluir las leyes del sector de la salud del análisis, se omite necesariamente la experiencia de Canadá,² Cuba³ y Estados Unidos de América⁴ del análisis regional.

En la decisión de realizar el análisis sin estos tres países fundamentales también se tuvo en cuenta la antigüedad de sus principales leyes nacionales en materia de salud, ya que todas fueron promulgadas hace más de un decenio. Las leyes de Canadá y Cuba, por ejemplo, datan de mediados de los años ochenta; las de Canadá y Estados Unidos son muy específicas en lo que se refiere a un seguro de salud, en vez de establecer líneas estratégicas de acción para todo el sector —como se hace en los planes incluidos en el análisis—, razón por la cual es difícil hacer una comparación justa de las leyes de estos países. La exclusión de estos tres líderes regionales del análisis podría tener implicaciones importantes para las conclusiones acerca del estado de la equidad en la Región de las Américas. En las conclusiones del informe se presenta un breve análisis de la inclusión de la equidad en la salud en las leyes del sector en Canadá, Cuba y Estados Unidos.

Debido a la naturaleza de los datos, la evaluación de estos planes es cualitativa y, por lo tanto, subjetiva hasta cierto punto. Los autores han tratado de describir detalladamente el proceso de adopción de decisiones utilizado para evaluar los planes, aunque es cierto que las evaluaciones cualitativas pueden variar de una persona a otra. Por consiguiente, el objetivo de este análisis no es comparar los países con el fin de clasificarlos, sino presentar un panorama subregional y regional de la situación actual, y usar esta información para planificar los próximos pasos estratégicos de la investigación y la formulación de políticas.

2 Gobierno de Canadá. 1985. Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6). Se encuentra en <https://www.canlii.org/en/ca/laws/stat/rsc-1985-c-c-6/latest/rsc-1985-c-c-6.html>. Consultada el 7 de junio del 2020.

3 Cuba. 1983. Ley No. 41-83 de la Salud Pública. Se encuentra en <http://www.parlamentocubano.gob.cu/index.php/documento/ley-de-la-salud-publica/>. Consultada el 7 de junio del 2020.

4 Senado de Estados Unidos. 2009. Patient Protection and Affordable Care Act. HR 3590 EAS/PP. Se encuentra en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/patient-protection.pdf>. Consultada el 8 de junio del 2020.

Estructura del informe

El informe tiene cuatro capítulos. En el primero se sintetizan la metodología y las conclusiones del análisis de la integración de la equidad en la salud en los 32 países estudiados. En el capítulo 2 se analiza brevemente la integración de la equidad en la salud en planes de salud seleccionados por subregión y por antigüedad. En el capítulo 3 se examina el contexto de la formulación de políticas en la Región, prestando especial atención a los agentes y las influencias extrarregionales en el contenido y la planificación de las políticas. Por último, en el capítulo 4 se presentan conclusiones y recomendaciones generales para avanzar en la equidad en la salud sobre la base de los resultados presentados en el informe.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Métodos

En el 2019, la OPS colaboró con el Instituto O'Neill para el Derecho de Salud Nacional y Mundial (O'Neill) en un análisis de la atención que se presta a la equidad en la salud en los planes nacionales de salud de la Región de las Américas. El análisis abarcó también los planes subnacionales de dos países (Panamá y Uruguay) seleccionados porque presentan grandes desigualdades sociales y económicas en el caso de Panamá y pequeñas en el caso de Uruguay, así como diferencias en el producto interno bruto (PIB). Como se señaló anteriormente, los países que no se incluyeron en el análisis (Canadá, Cuba y Estados Unidos) no tenían un plan unificado que pudiera compararse con los otros evaluados. La información sobre los planes de salud se obtuvo de fuentes y documentos públicos que se encuentran en el sitio web del ministerio de salud y los gobiernos municipales de Panamá y Uruguay, y por medio de solicitudes cursadas por las representaciones de la OPS a los ministerios. Se recopilaron y se analizaron 32 planes.

Definiciones

Para evaluar los planes de salud elegidos fue necesario establecer un conjunto de criterios para la comparación entre países. Mediante un proceso de consulta con expertos de la Universidad Johns Hopkins y un examen de la bibliografía e informes de la OPS y de O'Neill,^{5,6} el equipo del Instituto O'Neill creó una rúbrica analítica con 10 categorías. Esta rúbrica fue validada por expertos externos y tuvo como único propósito facilitar un marco sistemático para esta revisión que reflejase tanto los conocimientos existentes sobre la gama completa de componentes posibles de la equidad en la salud como los componentes que ya se reflejaban en los documentos de política⁷. Se incluyeron 38 preguntas sobre indicadores (cuadro 1) a fin de incorporar todas las fases del ciclo de políticas, desde las consultas hasta el seguimiento y la evaluación de los resultados. Se evaluaron los planes subnacionales de Panamá y Uruguay usando una rúbrica reducida que contenía solo las 10 categorías, sin las 38 preguntas sobre indicadores, ya que se había postulado que los planes subnacionales serían menos detallados que los planes nacionales. Como Panamá y Uruguay no son países federados, los planes subnacionales reflejan la ejecución de sus planes de salud por el gobierno central en diferentes regiones.

Las 10 categorías o dominios comprendidos en la rúbrica de evaluación fueron seleccionados por medio de un proceso reiterativo de revisión bibliográfica, discusión y

retroalimentación con expertos, examen de los componentes actuales de los diferentes planes y políticas nacionales de salud, y búsqueda de un método para sistematizarlos de una manera comparativa relativamente válida. Aunque estas categorías podrían ampliarse y modificarse en análisis futuros (ya que un análisis más detallado de los planes nacionales de desarrollo, del sector de la salud y de otros sectores podría revelar más matices), las que se usan en el análisis actual son las que se indican a continuación.

1. La equidad en la salud como misión y visión

La equidad en la salud es la ausencia de diferencias evitables o remediables entre grupos de personas definidos desde un punto de vista social, económico, demográfico o geográfico (11). La inclusión de la equidad como misión pone de relieve el objetivo de los países de medir el éxito sobre la base de la obtención gradual de resultados en materia de salud cada vez más equitativos, al menos a escala nacional y, de ser posible, también a escala local. La equidad como visión demuestra que la equidad en la salud sustenta las líneas estratégicas de acción que definen el trabajo del sector durante el período abarcado en el plan.

La equidad se centra en las personas con las mayores desventajas sociales, económicas, geográficas y de otro tipo. Según la OMS, las sociedades que han reducido las inequidades en materia de salud también tienen un grado mucho mejor de salud en general, lo cual indica que, para mejorar la salud de la población promedio, hay que mejorar también la equidad en la salud ([12] en [13]). Por lo tanto, la equidad puede servir de mecanismo de rendición de cuentas de los esfuerzos del gobierno para mejorar el acceso a la salud y los resultados.

2. Determinantes sociales y ambientales de la salud

En los últimos decenios, las explicaciones de las desigualdades o disparidades observables en la salud que no se limitan a los mecanismos biológicos de transmisión de enfermedades han estado comprendidas en la rúbrica de los determinantes sociales de la salud. La Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, convocada en el 2008, resumió la orientación actual de las investigaciones sobre estos determinantes sociales en tres marcos teóricos generalizados:

1. los *enfoques psicosociales*, que ponen de relieve el efecto de las percepciones personales y la experiencia del estatus en las sociedades desiguales (14) como causas de estrés y resultados deficientes en materia de salud;
2. el *enfoque de la producción social de la enfermedad y la economía política de la salud*, que incluye las desigualdades, pero también destaca la investigación sobre los sistemas económicos y políticos que generan desigualdades (14);
3. el *enfoque ecosocial*, mejor resumido por Krieger en el concepto de la personificación, según el cual, literalmente, incorporamos en nuestras características biológicas las

5 OPS. 2019. PASB and Health Equity: An Overview. PAHO's 2014-2018 Strategic Plan Mandates and Technical Cooperation. Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural. Documento interno.

6 O'Neill Institute for National and Global Health Law, Health Equity Programs of Action: An Implementation Framework (enero del 2019). Se encuentra en <https://oneill.law.georgetown.edu/media/HEPA-Guide-1.pdf> (consultado el 21 de noviembre del 2019).

7 Como se ha indicado, esta rúbrica de 10 categorías fue creada con el único propósito de realizar esta revisión documental. En consecuencia, no debe ser entendida como una evaluación normativa formal de los avances de los países, dado que cualquier aplicación futura de este tipo necesitaría un mayor desarrollo y la aprobación de los Estados Miembros.

influencias del mundo material y social en que vivimos, desde la concepción hasta la muerte (14).

Entre los determinantes sociales que se usan para medir la equidad en la salud se encuentran el empleo, la pobreza, el idioma y el alfabetismo, el agua potable y el aire limpio (factores ambientales), el acceso a la vivienda y su calidad. Como para abordar estos determinantes se necesita la coordinación de muchos sectores que no están relacionados con la salud, el enfoque de la salud en todas las políticas incorpora consideraciones de salud en las decisiones en todos los sectores y áreas de política (15, 16).

3. Asociaciones público-privadas

De acuerdo con el informe de la Comisión de Alto Nivel de la OPS titulado Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, los gobiernos deben aumentar la supervisión del sector privado a fin de superar las dificultades para el acceso universal inherentes a los fines de lucro del sector (17).

4. Procesos participativos

A lo largo de la historia, la participación comunitaria para promover la equidad en la salud se ha limitado en su mayor parte a conversaciones sobre la administración y la gobernanza de los sistemas de salud, pero actualmente se está avanzando hacia una definición ampliada.

La *comunidad* se ha definido de diversas maneras en la bibliografía sobre el desarrollo de la salud: grupo de personas que viven en la misma zona definida y que comparten valores básicos y una forma de organización (18), grupo de personas que tienen los mismos intereses básicos (18) y grupos destinatarios o grupos “en riesgo” (18). Por *participación comunitaria* se entiende un proceso social mediante el cual grupos específicos con necesidades comunes que viven en una zona geográfica definida determinan activamente sus necesidades, adoptan decisiones y establecen mecanismos para satisfacer estas necesidades (18).

No solo ha cambiado la definición, sino que las metas de la participación comunitaria también se han definido de diversas maneras con el transcurso del tiempo. Los conceptos pasados de participación dependían de un modelo en el cual las comunidades eran homogéneas y podían llegar a un acuerdo sobre medidas relacionadas con la salud cuando los profesionales fundamentaban y apoyaban sus esfuerzos (19). A partir de los años noventa, la participación se ha encarado desde la óptica de una serie de enfoques como la investigación comunitaria participativa y el aprendizaje y la acción participativos, cuya finalidad es ayudar a los grupos beneficiarios a definir, ejecutar, vigilar y evaluar programas de su elección (19, 20). También en ese momento la participación se asoció al concepto de empoderamiento, que en muchos casos sustituyó (19) (y, por lo tanto, pasó a relacionarse estrechamente con la lucha contra las desigualdades estructurales).

Hay pocos métodos viables para medir la participación comunitaria eficaz. Una de las propuestas consiste en definir indicadores de procesos que demuestren participación en un proceso continuo de los principales factores que influyen en ella: evaluación de necesidades, liderazgo, organización, movilización de recursos y gestión (18).

5. La equidad para avanzar hacia la salud universal

La salud universal implica la codependencia del logro de la cobertura universal y el acceso universal a la salud. El logro de la cobertura universal indica la capacidad de un sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población. La cobertura universal de salud incluye no solo el personal, sino también medicamentos, tecnología actualizada y financiamiento adecuado: “La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en la salud, pero sienta los fundamentos necesarios” (21).

El acceso universal a la salud es “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (21). Para ampliar el acceso universal, es necesario que los Estados den prioridad al acceso a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad y aseguren que las condiciones sociales y los servicios sean no solo físicamente accesibles, sino también aceptables desde el punto de vista social y cultural para estos grupos poblacionales. El énfasis en el acceso universal a la salud incluye medidas para reducir los obstáculos jurídicos y normativos, los obstáculos físicos al acceso (por ejemplo, la distancia para la población rural o el acceso de las personas con discapacidad física) y los impedimentos económicos y sociales interpuestos por el personal de salud (por ejemplo, la discriminación por motivos raciales o étnicos y la homofobia). La salud universal en la Región de las Américas es diferente de la definida por la OMS y en los ODS debido a su énfasis en el acceso como elemento integral de la equidad en la salud.

6. Enfoque focalizado de la salud para grupos poblacionales que tradicionalmente se ha considerado que corren riesgo o que son vulnerables

El modelo del marco conceptual de la OMS para la acción con respecto a los determinantes sociales de la salud (22) asigna prioridad causal a los factores estructurales, que incluyen tanto el contexto socioeconómico y político como la posición socioeconómica, que abarca la clase social, el género y el origen étnico (racismo) que inciden en la equidad en la salud y en el bienestar por medio de un conjunto de determinantes intermedios o determinantes sociales de la salud. Estos determinantes abarcan las circunstancias materiales (como la calidad de la vivienda y del vecindario y el potencial de consumo), las circunstancias psicosociales (como los factores de estrés) y factores comportamentales y biológicos (como la nutrición y el consumo de tabaco) (22).

Los factores institucionales que llevan a la inequidad a menudo se agrupan en “desigualdades estructurales” (o, en el ámbito de la salud, en determinantes estructurales de las inequidades). Sus raíces se encuentran en la discriminación y en las desigualdades en las relaciones de poder. Por ejemplo, el sesgo por razones de género, raza y origen étnico contra las personas afrodescendientes e indígenas de la Región se remonta a la época de la conquista y la colonización, durante la cual se establecieron estructuras sociales y económicas, sistemas de estratificación y costumbres que persistieron en el período poscolonial por medio de la jerarquía socioeconómica y relaciones de clase en la sociedad (6). Por ejemplo, a pesar de los avances en el nivel de educación realizados en el último decenio, las mujeres afrodescendientes e indígenas empleadas siguen estando sobrerrepresentadas en trabajos de poco prestigio y mal remunerados (23). Asimismo, las mujeres afrodescendientes tienen las tasas más altas de desempleo de todos los grupos de la Región, seguidas en su mayor parte por hombres afrodescendientes, en comparación con los demás hombres de toda la Región (23). De manera análoga, las relaciones neocoloniales entre los países del Norte y del Sur, en las cuales el sistema económico y las políticas de naciones soberanas, en particular de países del Sur, se dictan desde fuera, también pueden basarse o justificarse en sesgos emanados de supuestos raciales o étnicos.

Las desigualdades estructurales influyen en el acceso a la salud y en los resultados en materia de salud. Reaparecen y se refuerzan por medio de instituciones como el Estado, las escuelas, la vigilancia policial, el sistema de justicia penal, los servicios médicos, los hospitales, el mercado de trabajo y las tradiciones religiosas. Según la OMS, los determinantes estructurales son los mecanismos que configuran las oportunidades para la salud de grupos sociales según su posición en las jerarquías de poder, su prestigio y su acceso a recursos, que actúan por medio de determinantes intermedios (determinantes sociales) y configuran los resultados en materia de salud (22). La OMS agrega que las variables más importantes para la estratificación estructural (22) son las desigualdades en los ingresos y la educación, la segregación ocupacional, las disparidades en la remuneración, el clasismo, el sexismo, el racismo y la xenofobia. Además, los sistemas políticos, el entorno normativo y macroeconómico y los valores culturales y sociales también actúan como determinantes estructurales de las inequidades en el ámbito de la salud.

7. Datos y metas desglosados

La bibliografía aporta fuertes indicios de que la equidad en la salud no puede medirse porque no es fácil comparar la equidad entre países debido a las diferencias en el concepto de justicia en distintas culturas y sociedades (18). Las diferencias en el acceso a la salud, los resultados y los determinantes relacionados con una posición social inferior son las mediciones sustitutas habituales de la equidad. Las desigualdades en el ámbito de la salud, cuando se miden cuantitativamente, se demuestran mediante el análisis tanto de datos sobre la salud como de las variables de estratificación social, también llamadas

categorías de subgrupos, entre las cuales se encuentran los ingresos, el sexo, la edad, la raza, el origen étnico, la situación migratoria, la discapacidad, la ubicación geográfica y otras características pertinentes para los contextos nacionales (24). Las diferencias en estas variables pueden medirse de muchas formas, tanto sencillas como complejas, usando diferencias absolutas o relativas entre países y dentro de ellos (15, 25) y a escala nacional y subnacional. Independientemente del método de medición que se use, se necesitan datos fidedignos, desglosados por estas variables comunes de estratificación social, para formar una imagen clara de las desigualdades en la salud y comprender la magnitud de la inequidad en materia de salud en un país.

8. Seguimiento

El seguimiento es el proceso continuo de observación con el fin de detectar cambios con el transcurso del tiempo. En el ámbito de la salud, permite determinar si la salud está mejorando o empeorando o si sigue igual (26). El seguimiento de las desigualdades en la salud es el método con el cual se miden las inequidades en esta esfera. Es necesario que haya datos sobre la salud (a nivel de población, hogar, administrativo u otro) estratificados por indicadores de la equidad, como la situación económica, el sexo, la zona geográfica, el origen étnico y la raza, para dar seguimiento a las desigualdades en la salud.

La Comisión sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas, de la OPS, reconoce que el seguimiento sistemático de las variables de estratificación de la equidad y los determinantes sociales es un mecanismo por el cual se puede medir la eficacia de los sistemas de salud y las consecuencias de la aplicación de políticas a fin de exigir la rendición de cuentas de los gobiernos. Estos datos desglosados también son cruciales para comparar los efectos en todos los grupos que podrían reaccionar de manera diferente a las políticas y los cambios sociales. La Comisión llega a la conclusión de que “el camino más prometedor parece ser armonizar estos indicadores con algunos de los que se recomiendan para monitorear el progreso de algunos ODS, seleccionados según su pertinencia para la equidad en la salud”⁸

9. Rendición de cuentas

La responsabilidad del Estado por el cumplimiento de los compromisos asumidos en el sector de la salud está estrechamente relacionada con los derechos humanos y el derecho a la salud, ya que estos compromisos se especifican no solo en la constitución, las leyes y las políticas nacionales, sino que también se consagran en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos que los Estados ratifican (27). Uno de los mecanismos para asegurar esta rendición de cuentas es la interacción del Estado con

⁸ En el informe se señalan 11 ODS con indicadores de metas cuyo desglose podría ser útil para dar seguimiento a la equidad: 1, Fin de la pobreza; 2, Hambre cero; 3, Salud y bienestar; 4, Educación de calidad; 5, Igualdad de género; 6, Agua limpia y saneamiento; 8, Trabajo decente y crecimiento económico; 10, Reducción de las desigualdades; 11, Ciudades y comunidades sostenibles; 16, Paz, justicia e instituciones sólidas, y 17, Alianzas para lograr los objetivos.

diversos agentes de la sociedad civil, organizaciones profesionales y el sector privado. Cuando no hay mecanismos o procesos para exigir la rendición de cuentas del Estado o cuando estos son débiles, el progreso es lento, se interrumpe y, a veces, se revierte.

10. Respuesta de los sistemas de salud a las inequidades en materia de salud

El sistema de salud, así como su prestación de servicios de salud, desempeña un papel central con respecto al logro de resultados equitativos por medio de la prestación de servicios de salud que eliminen los obstáculos a la salud y que respondan al derecho a la salud.

El derecho a la salud es un reconocimiento del derecho de todos a gozar del “grado máximo de salud que se pueda lograr” (28). Los servicios que reflejan el concepto del derecho a la salud deben tener las siguientes características, definidas según las circunstancias de cada país: a) disponibles, b) accesibles, c) aceptables y d) de buena calidad. El concepto del derecho a la salud es un componente esencial de la equidad e incluye la equidad en la distribución de los recursos para la atención (29) (el acceso) y la equidad en los resultados, la calidad de la atención y, principalmente, el estado de salud (29). Las grandes diferencias tanto en el acceso como en los resultados son indicadores de inequidades y violaciones del derecho a la salud.

La investigación realizada en esta área sustenta la formulación de políticas a favor de la equidad basadas en la evidencia, y debería apuntar a evaluar si los elementos del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) están presentes en todos los servicios de salud que se prestan a todos los niveles de ingresos y en todas las ubicaciones geográficas. Debería además proponer intervenciones para rectificar los patrones de violación de estos derechos (por ejemplo, etnicidad, género, ingresos o ubicación geográfica). Los estudios también deberían incluir la recopilación y el análisis de datos, no solo con respecto a las tendencias en cuanto al acceso a los servicios de salud, sino también sobre los resultados del tratamiento y las diferencias en el estado de salud por etnicidad, género, ingresos, ubicación geográfica y otros indicadores de desigualdad social y económica.

Cuadro 1. Rúbrica para la evaluación de los planes de salud

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
1. La equidad en la salud como misión y visión	¿Forma parte la equidad en la salud de la misión o la visión del plan de salud?	
2. Determinantes sociales y ambientales de la salud	¿Se abordan los determinantes sociales y ambientales de la salud en el plan nacional de salud?	¿Contiene el plan de salud medidas para mejorar los determinantes subyacentes de la salud (por ejemplo, mayor acceso a alimentos nutritivos, agua potable, saneamiento mejorado y entornos más saludables)?
		¿Contiene el plan modelos de financiamiento para incentivar la acción del sector con respecto a los determinantes sociales de la salud?
		¿Contiene el plan medidas que el sector de la salud esté tomando para responder al cambio climático?
3. Asociaciones público-privadas	¿Contiene el plan de salud medidas para abordar la equidad en la salud en el sector privado?	

Cuadro 1. Rúbrica para la evaluación de los planes de salud (continuación)

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
4. Procesos participativos	¿Se usaron procesos o mecanismos participativos para elaborar el plan nacional de salud?	¿Se menciona o se describe en el plan de salud un proceso de participación del público, de la sociedad civil o de ambos en la elaboración del plan?
		En caso afirmativo, ¿se hace referencia en el plan a la comunicación con diversos grupos poblacionales, como los que se encuentran en situación de vulnerabilidad, o a su inclusión?
		En caso afirmativo, ¿se refiere el proceso a la participación de sectores que no son de la salud en la elaboración del plan?
	¿Contiene el plan nacional de salud procesos o mecanismos participativos para la elaboración y ejecución de políticas y programas de salud?	¿Se hace referencia en el plan a la importancia de la participación del público en su elaboración y ejecución y a mecanismos específicos para la participación del público (o de la sociedad civil)?
		En caso afirmativo, ¿se mencionan en el plan de salud acciones para apoyar el funcionamiento de estos mecanismos (por ejemplo, financiamiento, capacitación o comunicación con grupos marginados)?

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
5. La equidad para avanzar hacia la salud universal	¿Se mencionan en el plan nacional de salud acciones para lograr la equidad en el sector de la salud?	<i>No discriminación</i> 1. ¿Contiene o menciona el plan de salud una estrategia para hacer frente a la discriminación en el sector?
		<i>Acceso físico</i> 1. ¿Contiene el plan de salud al menos una acción (que no esté relacionada con el personal) para aumentar la accesibilidad de servicios de atención primaria de buena calidad en zonas o comunidades remotas, rurales o subatendidas (por ejemplo, construcción de establecimientos en estas zonas, dispensarios móviles o telemedicina)? 2. ¿Contiene el plan al menos una acción para asegurar la accesibilidad de los establecimientos de salud para las personas con discapacidad? <i>Personal de salud</i> 1. ¿Contiene el plan acciones para aumentar el personal de salud en las comunidades subatendidas? 2. ¿Contiene el plan acciones con respecto a la contratación de personas de comunidades subrepresentadas en el personal de salud, incluso para cargos gerenciales o directivos?



Cuadro 1. Rúbrica para la evaluación de los planes de salud (continuación)

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
5. La equidad para avanzar hacia la salud universal		<p><i>Financiamiento de la salud</i></p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Contiene el plan intervenciones para aumentar la asequibilidad de los servicios de salud para los grupos poblacionales desfavorecidos (por ejemplo, subsidios o desvinculación del uso de los servicios de los costos para estos grupos)? ¿Contiene el plan estrategias para aumentar la distribución equitativa del financiamiento para la salud (por ejemplo, más financiamiento para comunidades con peores resultados en materia de salud o para grupos más desfavorecidos)?
		<p><i>Información sobre la salud</i></p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Contiene el plan acciones para aumentar los conocimientos de los grupos marginados sobre la salud? ¿Se abordan en el plan los obstáculos de idioma para los servicios de salud (por ejemplo, con el uso de intérpretes y la contratación de personal de minorías lingüísticas)?
	¿Se establece en el plan la meta de la cobertura universal de salud?	

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
6. Inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad	¿Se tienen en cuenta en el plan de salud grupos específicos en situación de vulnerabilidad?	<p>¿Se señalan en el plan grupos específicos en situación de vulnerabilidad que se enfrentan con obstáculos adicionales para la igualdad en la salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Se encuentran las personas afrodescendientes entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran los pueblos indígenas entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran los romaníes entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran las personas con discapacidad entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran las personas LGBT entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran los migrantes entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran las personas que viven en situación de pobreza entre los grupos poblacionales indicados? ¿Se encuentran otras personas que viven en situación de vulnerabilidad según el contexto nacional entre los grupos poblacionales indicados?



Cuadro 1. Rúbrica para la evaluación de los planes de salud (continuación)

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
6. Inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad		¿Contiene el plan acciones específicas para reducir los obstáculos a la buena salud para los grupos en situación de vulnerabilidad?
		¿Se mencionan en el plan de salud acciones para asegurar que haya programas y servicios diferenciados para satisfacer las necesidades de las mujeres, las niñas, los hombres y los niños?
7. Datos y metas desglosadas	¿Contiene el plan de salud datos desglosados y se los usa para establecer metas?	¿Contiene el plan datos de referencia sobre diversas dimensiones de las inequidades en materia de salud (por ejemplo, ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, extracción indígena, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica)?
		Si hay datos desagregados, ¿contiene el plan de salud datos desglosados por las dimensiones indicadas en la meta 17.18 de los ODS (ingresos, género [sexo], edad, raza, origen étnico, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes para los contextos nacionales)?

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
7. Datos y metas desglosadas	¿Contiene el plan de salud datos desglosados y se los usa para establecer metas?	¿Contiene el plan metas con plazos concretos para reducir las desigualdades absolutas o relativas en el acceso a servicios de salud (cobertura) o en los resultados?
8. Seguimiento	¿Contiene el plan de salud procesos para dar seguimiento al progreso en su ejecución?	¿Se indican en el plan de salud procesos para evaluar regularmente sus objetivos y metas y darles seguimiento?
		¿Es el plan de salud de fácil acceso para el público? 1. ¿Está en línea? 2. ¿Contiene estrategias para comunicar su contenido al público, incluidas las comunidades marginadas?
		¿Se indica en el plan de salud el papel del público y de la sociedad civil en el seguimiento y la evaluación de su ejecución?



Cuadro 1. Rúbrica para la evaluación de los planes de salud (continuación)

Categorías para la clasificación de los planes según la equidad en la salud	Preguntas intertemporales	Indicadores
9. Rendición de cuentas	¿Contiene el plan mecanismos para corregir las violaciones del derecho a la salud?	¿Contiene el plan mecanismos para educar a las personas sobre su derecho a la salud?
		¿Contiene el plan mecanismos para notificar violaciones del derecho a la salud?
		¿Contiene el plan mecanismos para proteger el derecho a la salud?
		¿Contiene el plan mecanismos para investigar y reducir el fraude y la corrupción?
10. Respuesta de los sistemas de salud a las inequidades en materia de salud	¿Contiene el plan acciones con respecto a la investigación para comprender mejor y abordar las inequidades en materia de salud?	

Calificación

La rúbrica se aplicó a cada uno de los planes de salud subnacionales y nacionales. Debido a la posibilidad de sesgos relacionados con las evaluaciones subjetivas, la OPS y O'Neill realizaron algunas pruebas de fiabilidad entre los calificadores, en las cuales tres revisores evaluaron planes y después compararon y analizaron los resultados en relación con cinco rúbricas nacionales y tres subnacionales con casos para los cuales las respuestas a las preguntas intertemporales y los indicadores eran ambiguas (es decir, la inclusión de los indicadores de equidad en la salud no era clara), para llegar a una codificación final de los planes. Después de aplicar las rúbricas usando respuestas afirmativas o negativas para cada indicador o pregunta intertemporal (en el caso de los planes subnacionales), se asignó un puntaje a cada elemento del plan o la estrategia.

Cada pregunta recibió un punto por cada respuesta afirmativa y cero por cada respuesta negativa. Las subpreguntas de la columna de indicadores (véase el cuadro 1) recibieron fracciones de puntos para que el total correspondiente a cualquier pregunta de un indicador fuera 1.

En la explicación detallada de los resultados, los porcentajes representan el número de indicadores a los cuales los planes nacionales de salud (y las entidades subnacionales) respondieron, como fracción de todas las categorías y como fracción del puntaje máximo obtenido en cada categoría por el país, la región o la subregión. Por ejemplo, si el máximo puntaje posible para la categoría X es 96, una subregión cuyo puntaje sea 32 en esta categoría habría obtenido 33% del puntaje máximo. Al mismo tiempo, 78% de los países o las entidades subnacionales podrían tener distintos puntajes en la categoría X, desde 1 hasta el puntaje máximo. Como el puntaje máximo en tres categorías —equidad en la salud como misión y visión, acción multisectorial y capacidad para abordar las violaciones del derecho a la salud— es 1, el porcentaje para el país es el mismo que para la categoría, de modo que, para estas tres categorías, se presenta solo el porcentaje de respuestas.

Cabe destacar que, en este contexto, el término “puntaje” no expresa una valoración cualitativa o cuantitativa del compromiso con la equidad en la salud o de la eficiencia del enfoque, sino que su finalidad es proporcionar un mecanismo para determinar qué componentes particulares ha incluido cada país en su propio contexto de la gama de posibles enfoques de la equidad en la salud que se han indicado. Sin un análisis adicional de cada contexto no se puede señalar si los componentes particulares incluidos o destacados en cada caso podrían ser apropiados para alcanzar los objetivos de la equidad en la salud.

Resultados

En la figura 1 se presentan los resultados del análisis de los 32 planes nacionales de salud. La Región de las Américas obtuvo un promedio de 13,1 de una integración máxima de la equidad en la salud de 31 puntos usando la rúbrica creada para este análisis. El Salvador está a la cabeza debido a sus planes estratégicos para mejorar la salud universal, que contienen una meta claramente definida para lograr la cobertura universal y acciones estratégicas para asegurar que no haya discriminación en el acceso a los servicios. Además, en su plan de salud se ponen de relieve medidas para aumentar la accesibilidad física de los establecimientos de salud y el personal, mejorar la distribución del personal y destinar fondos a la atención de salud a escala regional y local y a la adquisición de medicamentos y tecnología médica.

En general, en la Región se da gran prioridad a la inclusión explícita del logro de la equidad en los planes de salud, ya que más de 90% de los planes incluían esta categoría. Los planes evaluados obtuvieron más del 50% del puntaje máximo para la inclusión del seguimiento del progreso hacia la consecución de los objetivos y las

En general, los países mencionan en sus planes de salud la atención a ciertos segmentos de la población en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, con unas pocas excepciones notables, solo en la cuarta parte de los planes, aproximadamente, se mencionan las personas afrodescendientes; en menos de la mitad se mencionan las personas indígenas (incluso en algunos países con grandes poblaciones indígenas), y solo en cuatro países de la Región se menciona la atención a los migrantes. En menos de un tercio de los planes (28%) se hace referencia a la expectativa de que los programas y los servicios sean receptivos a las cuestiones de género y tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres.

metas y la disponibilidad de los resultados para el público (56%), mientras que casi todos los países (97%) contenían alguna disposición al respecto.

Solo en un tercio de los planes se mencionan las personas afrodescendientes como grupo poblacional que enfrenta obstáculos a la salud (31%), en menos de la mitad (47%) se nombra a los pueblos indígenas, un país menciona a los romaníes y 22% mencionan a las personas LGBT. Más de la mitad (54%) del puntaje máximo correspondió a la adopción de medidas encaminadas a reducir los obstáculos a la salud para personas en situación de vulnerabilidad (se nombre o no a estos grupos), y 90% de los países incluían algún aspecto de este tema en sus planes (figura 2).

Las personas con discapacidad y los pobres son los grupos vulnerables que se mencionan con más frecuencia (en 66% de los planes), pero solo en 34% de los planes se proponen medidas para reducir los obstáculos a la salud para las personas con discapacidad. La Estrategia Nacional de Salud de Chile 2011-2020 es uno de los pocos planes en los que se hace referencia a la comunicación con los grupos vulnerables indicados —pueblos indígenas, personas con discapacidad, personas que viven en la pobreza, mujeres, personas con un nivel más bajo de educación, personas geográficamente aisladas y personas sin hogar— o a su inclusión.

En el marco de la Política Nacional de Participación Social, cada establecimiento de salud, en coordinación con el Foro Nacional de Salud, incluirá en su plan operativo anual los mecanismos de participación social que garanticen la profundización de la contraloría social, toma de decisiones y trato humanizado, incluyendo los mecanismos necesarios para la denuncia y reparación de las víctimas de violaciones del derecho a la salud.

El Salvador, Plan Nacional Estratégico para la Salud 2016-2025

La Región presenta menos uniformidad en lo que respecta a la inclusión de mecanismos para asegurar la rendición de cuentas del Estado por los compromisos asumidos como parte del proceso de planificación en el ámbito de la salud (38% de los países mencionan esta necesidad) y a su disposición para abordar las violaciones del derecho a la salud. En 22% de las respuestas se hace alguna referencia a la manera de abordar las violaciones del derecho a la salud. En los planes de solo dos países se mencionan mecanismos para notificar violaciones de este derecho y en tres se indican mecanismos para investigar y reducir el fraude y la corrupción. Una vez más, El Salvador está a la cabeza de la Región en lo que concierne a la inclusión de planes para educar a los ciudadanos sobre su derecho a la salud y a la denuncia y la investigación de violaciones de ese derecho.

Las otras cinco categorías evaluadas también parecen estar bien representadas en los planes de la Región de las Américas. Cabe destacar que menos de la mitad de los planes incluyen todos los elementos relacionados con la manera de hacer frente a los determinantes sociales de la salud (48%), aunque 94% de los países mencionan estos determinantes en sus líneas estratégicas de acción. Ningún país incluye en su plan modelos de financiamiento que incentiven la adopción de medidas para encarar los determinantes sociales de la salud.

Cuarenta y dos por ciento también incluyen procesos participativos, y en casi todos los planes (91%) se considera que los procesos participativos son un tanto esenciales para la formulación, la aplicación y el seguimiento de políticas. En cerca de 70% de estos planes se describe un proceso de participación del público, de la sociedad civil o de ambos en su elaboración.

Los planes obtuvieron solo poco más de un tercio del puntaje máximo para datos y metas desglosados (39%), y 66% de los países daban algún tipo de prioridad a esta categoría. Los países obtuvieron 38% del puntaje máximo relacionado con la equidad para alcanzar la salud universal y 31% del puntaje máximo correspondiente al trabajo con agentes multisectoriales en el sector privado, en tanto que 97% de los países mencionaban la inclusión.

Los planes también varían en la forma de encarar la salud y la atención de salud en términos generales, incluidas las medidas fundamentales para alcanzar la equidad. La mayoría de los planes (22 de ellos) incluyen una meta para alcanzar la cobertura universal de salud, aunque sin detallar bien el camino para llegar a esta meta. Las áreas que se indican más comúnmente son los medicamentos (poco menos de la mitad de los planes contienen intervenciones para aumentar el acceso de los grupos marginados a los medicamentos; por ejemplo, con medidas para aumentar la asequibilidad y reducir el desabastecimiento en zonas remotas) y la accesibilidad física (poco más de la mitad de los planes contienen al menos una medida para aumentar el acceso a atención primaria de salud de buena calidad en zonas o comunidades remotas, rurales o subatendidas). Diez de 32 países mencionan medidas para aumentar el personal de

salud en las comunidades desatendidas, aunque solo Jamaica incluye explícitamente planes estratégicos para reclutar personas de comunidades subrepresentadas en el personal (30).

Menos de la mitad de los países (40%) especifican plazos para reducir las desigualdades absolutas o relativas en el ámbito de la salud. En general, los que establecen metas de ese tipo también tienen planes bastante robustos en lo que se refiere a la equidad. Sin embargo, hay excepciones notables de países que establecen metas claras para la equidad en la salud, pero con muy pocos indicadores. Además, unos pocos países con los planes más robustos todavía no han establecido metas para la equidad con plazos concretos (30).

CAPÍTULO 2. RESULTADOS ADICIONALES

Análisis según la fecha de aprobación del plan

En la figura 3 se presenta un análisis de los resultados de esta evaluación de la equidad en la salud en los planes nacionales por categoría de la rúbrica de equidad en la salud y por fecha de aprobación del plan. El gráfico muestra que no hay una tendencia perceptible en las respuestas a las categorías según la antigüedad de los planes. De hecho, las únicas tendencias que podrían observarse son la salud universal y la rendición de cuentas, ya que ha disminuido la inclusión de la salud universal en los planes con el transcurso del tiempo y ha aumentado la inclusión de mecanismos de rendición de cuentas en el mismo período. Este análisis, aunque breve, es importante para comprobar la validez de las observaciones acerca del estado actual de la equidad en la salud en las políticas y los planes de los países evaluados.

Análisis subregionales

Un análisis de los resultados del estudio por subregión del continente americano revela grandes diferencias en el énfasis que se hace en ciertos aspectos de la equidad en la salud en los planes evaluados. Aunque la equidad en la salud como misión y el establecimiento de mecanismos de seguimiento tenían mayores probabilidades de recibir la mayoría de los puntajes altos en todas las subregiones, cada subregión presenta puntos fuertes importantes que vale la pena destacar.

Países andinos

Los países andinos están a la cabeza de todas las subregiones en lo que se refiere a la inclusión de una variedad de indicadores de la equidad en la salud en sus planes nacionales. Con un puntaje promedio de 14,4 en la rúbrica de evaluación, los países andinos sobrepasaron fácilmente el promedio regional de 13,1 (figura 1).

Por lo tanto, no causa sorpresa que los puntos fuertes de la subregión andina sean muchos. Además de la asignación de prioridad a la equidad en la salud como misión y visión y de la comprensión de la importancia de monitorear las desigualdades en la salud que se observan en toda la Región de las Américas, los países andinos recibieron un puntaje alto para lo siguiente:

- la inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad, para lo cual los planes recibieron 67% del puntaje máximo, ya que los cinco países incluían algún método para aumentar la inclusión de estos grupos en sus respectivos planes de salud;
- desglose y focalización de los datos (60% del puntaje máximo);

El Caribe se destaca entre las subregiones por la prioridad que asigna a la colaboración multisectorial con el sector privado: sus planes obtuvieron 57% del puntaje más alto en esta categoría, mientras que las cifras correspondientes al Cono Sur, la subregión andina, y México y Centroamérica son 20%, 0% y 25%, respectivamente (figura 2).

- procesos participativos (56% del puntaje máximo);
- medidas para mejorar la salud universal (53% del puntaje máximo).

Colombia está a la vanguardia de esta subregión debido a su compromiso de emplear procesos participativos en la formulación de políticas y la planificación. Es también uno de los pocos países evaluados de todas las subregiones que incluían en su definición de vulnerabilidad una gran variedad de grupos poblacionales, como personas afrodescendientes, pueblos indígenas, romaníes, personas con discapacidad, personas LGBT, víctimas del conflicto armado y ancianos.



A estas categorías le sigue muy de cerca la atención de la subregión andina a los determinantes sociales y ambientales de la salud, para la cual los planes recibieron poco menos de 50% del puntaje máximo.

Los puntos débiles de los planes de salud andinos son la omisión casi completa de mecanismos de rendición de cuentas del Estado, la falta de mención de la colaboración o la supervisión del sector privado y el poco compromiso con la mejora de la capacidad para responder a las violaciones del derecho a la salud.

El Ministerio llevó a cabo el proceso de consulta del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 entre marzo y octubre de 2012, para lo cual se convocó a participar a diferentes actores comunitarios e institucionales, mediante cinco estrategias.

La primera de ellas, una consulta territorial, con reuniones presenciales dirigidas a la población general desarrolladas a través del operador externo (Unión Temporal Unidecenal), fue operada mediante 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, cuatro distritos, 32 reuniones departamentales y seis regionales, con un total de 20.018 ciudadanos, actores locales del sector salud y otros sectores participantes.

Colombia, Ministerio de Salud, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021

Cono Sur

La subregión del Cono Sur presentó tendencias similares, aunque con la incorporación de menos elementos de la equidad en la salud que los países andinos, con un promedio de 13,7 (figura 1). Además del punto fuerte que tiene la Región de las Américas con respecto a la inclusión de la equidad en la salud como parte de la misión y la visión del plan, los países del Cono Sur demuestran un fuerte liderazgo en lo que se refiere a la inclusión de disposiciones para reducir los obstáculos al acceso para grupos en situación de vulnerabilidad, así como procesos participativos y metas para lograr la salud universal (figura 2). Uruguay está a la cabeza en el Cono Sur debido a su compromiso particular con el logro de la salud universal y la accesibilidad para las personas con discapacidad.



La atención tanto a los determinantes sociales y ambientales de la salud como a la recopilación de datos y metas desagregados es sólida en esta subregión (figura 2).

Además de las deficiencias comunes a todas las subregiones (es decir, la creación de mecanismos de rendición de cuentas y el aumento de la capacidad para responder a inequidades en materia de salud), el principal punto débil de los países del Cono Sur es la poca colaboración o supervisión del sector privado.

Área de intervención: Accesibilidad a todos los servicios de salud, tomando en consideración el curso de vida, e inclusión de la dimensión de la discapacidad en todas las políticas de salud.

Líneas de acción: Desarrollar un plan de accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud para todos los niveles de atención a través de un manual operativo [...].

Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Objetivos Sanitarios 2020

México y Centroamérica



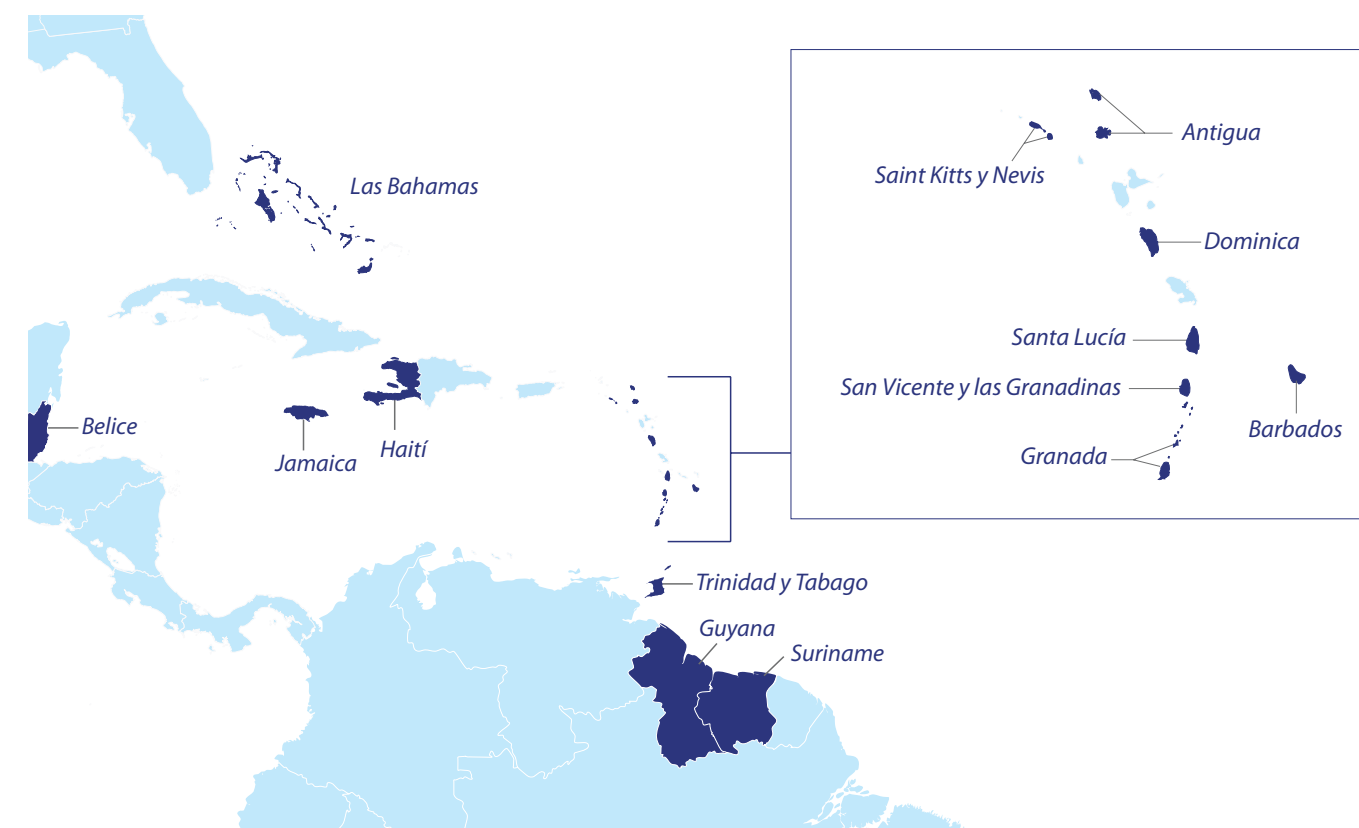
Aunque los planes de México y Centroamérica incluyen menos componentes de la equidad en la salud, con un promedio subregional de 13,0 (figura 1), la subregión tiene los mismos puntos fuertes que otras subregiones, entre ellos la equidad en la salud como misión y visión, y la incorporación de mecanismos de seguimiento en los planes nacionales.

Esta subregión se destaca por su inclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad: todos los países habían indicado e incorporado algunos mecanismos para mejorar el acceso de varios grupos. La subregión de México y Centroamérica obtuvo casi tres cuartos (71%) del puntaje máximo para esta categoría (figura 2). Los planes de salud tanto de El Salvador como de Honduras están a la vanguardia en la subregión, con su énfasis en procesos participativos y el logro de la salud universal.

Cabe destacar que la colaboración o la supervisión de los prestadores de servicios de salud del sector privado se mencionan con menos frecuencia en los planes de México y Centroamérica.

Además, esta subregión menciona relativamente menos el uso de mecanismos participativos en la formulación y el seguimiento de planes (75% de los países incluían solo 28% del número máximo de aspectos pertinentes indicados en sus planes).

El Caribe



La subregión del Caribe estuvo bien representada en este análisis. Los planes de salud evaluados incluían 12,54 de los componentes indicados de la equidad en la salud (figura 1). La subregión está a la par de otras en su consideración de la equidad en la salud como misión y visión y en el empleo de mecanismos para dar seguimiento a los resultados, y se destaca por su compromiso con la colaboración y supervisión del sector privado (57% de los países), con Belice, Suriname y Trinidad y Tabago a la cabeza en este rubro.

Los planes de salud de la subregión del Caribe también presentan una inclusión relativamente sólida de casi todas las categorías de la equidad en la salud evaluadas.

Establecer un marco de incentivos para estimular la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud de calidad.

Elaborar y establecer un marco de incentivos para impulsar a los prestadores del sector privado a extender los servicios a grupos vulnerables o establecer servicios en el interior y en zonas rurales subatendidas.

Guyana, Ministerio de Salud Pública,
Visión para la Salud 2020 “Salud para Todos en Guyana”,
Estrategia Nacional para Guyana 2013-2020

Con respecto a las medidas estratégicas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, el Caribe recibió 50% del puntaje más alto para esta categoría, y 93% de los países incluían en sus planes medidas relacionadas con estos determinantes.

Se obtuvieron más resultados satisfactorios en lo que respecta a la inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad, procesos participativos, el desglose de datos y metas, la capacidad para responder a violaciones del derecho a la salud, y la salud universal.

Guyana está a la vanguardia de los países de esta subregión en la integración general de la equidad en la salud y en todas las categorías debido a sus medidas para fortalecer la salud universal.

Los planes de salud para la subregión del Caribe eran menos rigurosos en lo que concierne a la inclusión de la planificación estratégica para adoptar mecanismos de rendición de cuentas del gobierno.

Análisis de planes de salud subnacionales

Se eligió a Panamá y Uruguay para el análisis subnacional debido a que tienen una población de tamaño similar (Panamá, 4,3 millones; Uruguay, 3,4 millones) y a que representan extremos de las desigualdades sociales y económicas. En 2018, Panamá era uno de los países con los niveles más altos de desigualdad económica y social de la Región de acuerdo con el coeficiente de Gini (0,498), mientras que Uruguay presentaba el coeficiente de Gini más bajo de la Región (0,391) (31).

La conveniencia también influyó, ya que sobre estos dos países hay mucha información en línea sobre los gobiernos subnacionales. El análisis de los planes de salud subnacionales de Panamá⁹ y Uruguay¹⁰ fue diferente del análisis de los planes nacionales. La rúbrica utilizada para analizar los planes subnacionales contenía solo las preguntas intertemporales (cuadro 1). Por ese motivo, el puntaje máximo general para la integración de los elementos de la equidad en la salud en los planes subnacionales fue de 12. Los planes subnacionales combinados de ambos países representaban 50% de la máxima integración de la equidad en la salud, cifra mayor que la correspondiente a los planes nacionales.

Al analizarlos por separado, se observaron grandes diferencias entre estos países y entre los departamentos y las provincias en lo que se refiere a la inclusión de la equidad en los planes de salud.

⁹ El análisis de Panamá no abarcó las tres comarcas indígenas provinciales de Emberá, Guna Yala y Ngöbe Buglé porque tienen un gobierno autónomo.

¹⁰ Además de los planes de los departamentos de Uruguay se incluyen los planes de todos los municipios de la capital (Montevideo), ya que no hay un plan de salud unificado para la ciudad.

Comparaciones basadas en el porcentaje de respuestas por categoría

Al comparar los planes subnacionales con el plan nacional (figura 5) se observa que en menos planes subnacionales se menciona explícitamente la equidad en la salud como misión u objetivo, aunque muchos más planes subnacionales:

- contienen disposiciones para hacer frente a los determinantes sociales y ambientales de la salud, y en todos los planes subnacionales se mencionan acciones estratégicas;
- mencionan la colaboración o la supervisión del sector privado: 50% en comparación con 34% de los planes nacionales (acciones multisectoriales);
- emplean procesos participativos para su formulación; esta categoría está liderada por Uruguay, donde todos los departamentos notificaron esfuerzos participativos y consultas.

Los planes de salud subnacionales tenían menores probabilidades que los planes nacionales de contar con mecanismos para la rendición de cuentas del gobierno (13% de los planes subnacionales en comparación con 38% de los planes nacionales), haber establecido mecanismos para dar seguimiento a los resultados (57% de los planes subnacionales en comparación con 97% de los planes nacionales) y poner de relieve la necesidad de datos desglosados para la adopción de decisiones (13% de los planes subnacionales en comparación con 66% de los planes nacionales), lo cual se presenta en la figura 5.

Comparaciones por porcentaje del puntaje máximo en cada categoría

El análisis por porcentaje del puntaje máximo en cada categoría revela puntos fuertes adicionales en relación con las medidas para abordar la equidad en la salud a escala subnacional (figura 6). Los planes subnacionales evaluados tenían mayores probabilidades que los planes nacionales de:

- haber respondido a más indicadores de los determinantes sociales y ambientales de la salud: 100% de los planes subnacionales incorporaban todos los componentes de esta la categoría;
- haber respondido a más elementos relacionados con la meta de alcanzar la salud universal, y las provincias de Panamá incluían tres cuartos (75%) de todas las categorías en ese sentido;
- haber respondido de manera afirmativa a más elementos relacionados con la atención de salud para grupos en situación de vulnerabilidad, nuevamente con Panamá a la cabeza (88% de las provincias), seguido de Uruguay (con 81% de los departamentos);
- haber incorporado la rendición de cuentas en los planes estratégicos del sector de la salud: 13% de los departamentos y las provincias obtuvieron el puntaje máximo.

CAPÍTULO 3. INTERPRETACIÓN DE LAS CONCLUSIONES: EL CONTEXTO DE LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Como ya se dijo, esta evaluación no tiene como finalidad expresar una valoración cualitativa o cuantitativa del compromiso con la equidad en la salud ni puede determinar la eficiencia relativa del enfoque para lograrla adoptado por cualquier país o subregión. En cambio, es una herramienta para determinar los elementos de un conjunto de indicadores de la equidad en la salud que un país ha incluido en su plan nacional. Un conjunto diferente de indicadores podría llevar a distintas conclusiones. El contexto, por consiguiente, es fundamental para comprender la forma en que puede interpretarse el análisis del contenido de una política o un plan que esté en vigor en la Región. A esto hay que agregar algo más importante aún: la contextualización ofrece una hoja de ruta para apoyar la formulación futura de políticas y planes que favorezcan la equidad en la salud. Toda interpretación adicional de los resultados, en particular de las razones por las cuales se incluyen algunos aspectos y otros no, debería tomar como punto de referencia los desafíos nacionales y la realidad de la equidad en la salud, teniendo en cuenta los retos generales para el desarrollo socioeconómico, así como la configuración, los puntos fuertes y los puntos débiles del sistema de salud.

La interpretación de los resultados del estudio también depende de la comprensión del contexto en el cual se planifica y ejecuta la política de salud¹¹ en la Región. Aunque el gobierno central y los gobiernos locales dirigen las decisiones sobre los objetivos nacionales y locales de salud, muchos otros sectores y factores influyen en el contenido, el tema central y la aplicación de la política. En el contexto de la Región revisten particular importancia las circunstancias políticas y económicas y los agentes supranacionales que han pasado a primer plano en las consideraciones de política. Es alentador ver que, en gran parte de la Región, la planificación se realiza teniendo en cuenta muchos de los elementos esenciales de una política en favor de la equidad en la salud. En este capítulo examinaremos la influencia probable de la descentralización, los programas de ajuste estructural y la corrupción en la definición del contenido y el alcance de las políticas y los planes de salud. Posteriormente nos referiremos a su posible incidencia en las conclusiones del estudio.

Descentralización

La descentralización en América Latina está estrechamente relacionada con la apertura de los mercados y la redemocratización que se inició en los años ochenta, después de un período de dictadura militar e industrialización por sustitución de importaciones cuyo fin era que América Latina dejara de ser un proveedor “tercermundista” dependiente de materias primas para convertirse en una sociedad autosuficiente e industrializada, capaz de producir materia prima y de agregarle valor, lo cual mejoraría la posición económica de

la región y aseguraría el crecimiento económico (33). La industrialización por sustitución de importaciones y las dictaduras militares que la fomentaron como estrategia de desarrollo terminaron principalmente como resultado de una serie de conmociones y crisis económicas, una desaceleración gradual del crecimiento económico regional y una mayor influencia del Consenso de Washington.¹² Los objetivos de la descentralización son no solo aumentar la participación comunitaria y la inclusión social, sino también mejorar la competitividad de los gobiernos locales y posibilitar el establecimiento de alianzas fructíferas con el sector privado, aunque este último ha desempeñado un papel menos importante como resultado de la descentralización en el contexto de América Latina y el Caribe (34).

A medida que los países se descentralizan, los presupuestos y el poder de decisión se transfieren a los niveles subnacionales (por ejemplo, los estados y municipios) mediante una serie de cambios de política y adaptaciones para transformar el papel del gobierno central, que deja de ser el proveedor único para convertirse en coadministrador. La descentralización en la región ha contribuido al fortalecimiento fiscal y administrativo de los gobiernos locales y a una mejor comunicación y un mayor diálogo entre el gobierno central y los gobiernos locales, especialmente en las áreas de la salud y la educación (34).

Ajuste estructural

Las reformas de las políticas de ajuste estructural estipuladas como condición para los rescates del Fondo Monetario Internacional (FMI) y los préstamos en apoyo de reformas de política otorgados por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tenían como finalidad apuntalar la balanza de pagos, reducir la hiperinflación y estabilizar el tipo de cambio en economías que enfrentaban graves crisis de deuda en los años ochenta y noventa, incluidas las que estaban sufriendo los efectos del fracaso de la industrialización por sustitución de importaciones y el autoritarismo en América Latina y el Caribe. Estas instituciones financieras internacionales aconsejaron enfáticamente a las economías cortas de dinero que impusieran restricciones al gasto público en salud, educación, empleo, salarios y mecanismos de protección social y que, al mismo tiempo, intensificaran las actividades productivas para generar ingresos que facilitaran el reembolso oportuno de los préstamos y atrajeran inversiones extranjeras. La fórmula de ajuste estructural prescrita, que consistía en estabilización, liberalización, desregulación y privatización, se aplicó de manera casi uniforme en toda la región. Cada rubro, a su manera, contribuyó al aumento de las desigualdades (35), la reducción del papel del gobierno en la prestación de servicios sociales y la ampliación de las inequidades regionales, ya que los gobiernos locales recién “empoderados” no estaban en condiciones de administrar los fondos y

11 Según la OMS, la política de salud es una declaración general de entendimiento para guiar las decisiones que deriva de un acuerdo o consenso de asociados pertinentes sobre los temas que deben abordarse y los enfoques o las estrategias para tratarlos (32).

12 El Consenso de Washington es el nombre común de 10 reformas de política propuestas por el economista John Williamson en 1989 para reanudar el crecimiento en América Latina: disciplina fiscal, reordenamiento de las prioridades del gasto público en favor del crecimiento y de los pobres, reforma tributaria, liberalización de las tasas de interés, tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, liberalización de la inversión extranjera directa, privatización y desregulación.

las responsabilidades que les delegaron en el marco de la descentralización obligatoria. Después de las protestas contra los efectos sociales y ambientales del ajuste estructural a principios de siglo XXI, las instituciones financieras internacionales iniciaron reformas que pusieron de relieve el papel activo del gobierno en el aumento de la competitividad y la globalización de los mercados (36).

Corrupción

La Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas afirma que la corrupción es una amenaza esencial para la equidad en la salud, que incide en la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud. La presencia de un alto grado de corrupción es un indicador de poca cohesión social y crecientes desigualdades porque reduce el acceso a los servicios (6). De manera análoga, en el informe de la Comisión de Alto Nivel de la OPS titulado Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, se señala la corrupción como problema estructural que debe combatirse con un aumento de la transparencia en el suministro de información y la creación de mecanismos de rendición de cuentas (17), medidas que también mejoran los índices de desigualdad en la salud y, por lo tanto, aceleran la equidad.

La corrupción, es decir, el abuso de las funciones o los recursos públicos o el uso de formas ilegítimas de influencia política por agentes públicos o privados (37), suele arraigarse en los sistemas de salud, en particular en las sociedades que habían sido colonizadas por países del Norte y por antiguos Estados soviéticos, donde hay una menor observancia del estado de derecho, menos transparencia y menos mecanismos de rendición de cuentas (38), la cual se logra por medio de la participación de los ciudadanos en las decisiones públicas y límites a la discreción de los funcionarios públicos (37). Por lo tanto, la corrupción influye tanto en la planificación como en la ejecución de políticas. El contenido de las políticas, los planes y los presupuestos de salud pueden ajustarse de manera consciente o inconsciente como consecuencia de la corrupción. Por ejemplo, en el sector de la salud, las inversiones podrían tender a favorecer la construcción de hospitales y la compra de equipo costoso de tecnología avanzada, en vez de la atención primaria de salud (37). En este ámbito es donde se ven prácticas corruptas con mayor frecuencia. Al mismo tiempo, los costos de la corrupción del sector de la salud tienen un impacto desmesurado en la eficacia de la política de salud para transformar el sector por medio del acceso y la cobertura universales y en la programación para proporcionar atención universal y reducir las desigualdades en la salud. El impacto se extiende fuera del sector de la salud y afecta la posibilidad de que un país se gradúe de la ayuda o de otro tipo de apoyo (38).

Las manifestaciones de la corrupción pueden abarcar desde actos en pequeña escala hasta operaciones más organizadas a escala nacional y multinacional. Los tipos más comunes de corrupción son el ausentismo; los pagos informales de pacientes; el desfalco

y el robo de dinero, suministros y medicamentos; la administración de tratamientos que no obedecen solamente a consideraciones médicas; el favoritismo y la manipulación de datos (38). La corrupción en el sector de la salud está vinculada a un aumento de la mortalidad infantil a largo plazo (39) y de resultados desfavorables del parto y en materia de salud materna (40, 41).

Canadá, Cuba y Estados Unidos

Canadá, Cuba y Estados Unidos han promulgado importantes leyes de salud pública encaminadas a aumentar el acceso a los servicios de salud. El código de Estados Unidos, que consiste en una codificación por materia de las leyes generales y permanentes del país (42), en su versión del 2017, comprende un capítulo sobre salud pública y bienestar con instrucciones para la gestión del sector. Además, el código de reglamentos federales, que consiste en una codificación de las normas generales y permanentes publicadas en el Registro Federal (el boletín oficial) por los departamentos y organismos del gobierno federal (43), también contiene varios capítulos con temas relacionados con la equidad en la salud, como la salud ambiental, la regulación de alimentos y medicamentos y el bienestar público, con una descripción de las normas administrativas y los programas especiales de tres dependencias del Departamento de Salud y Servicios Humanos (el Servicio de Salud Pública, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, y la Oficina del Inspector General-Atención de Salud). Por último, la ley de protección del paciente y atención asequible del 2010 se centra principalmente en el aumento del acceso a un seguro de salud y la reducción del costo de la atención (44). Aunque cada una de estas disposiciones refleja aspectos importantes de la equidad en la salud evaluados por la rúbrica, ninguna incorpora un número suficiente de categorías para que pueda compararse con planes nacionales de salud integrales. Estos documentos son mucho más largos y más complejos que los planes evaluados en este estudio y no representan la actual acción estratégica planificada de Estados Unidos para la salud en conjunto.

De manera similar a la ley de protección del paciente y atención asequible, la ley de salud de Canadá (R.S.C., 1985, c. C-6) tiene un alcance que se limita en general a los criterios para los servicios de salud asegurados. El objetivo primordial de esta ley es proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar un acceso razonable a servicios de salud sin obstáculos económicos o de otro tipo (45). También en este caso, a pesar de su clara intención de reducir las desigualdades en la salud causadas por la falta de acceso a servicios, la ley no se encuadraría bien en la rúbrica utilizada para el presente estudio.

La Ley de la Salud Pública (Ley 41/83) de Cuba, que actualmente está en proceso de actualización, fue promulgada en 1983 (46). Cuando se le aplicó la rúbrica del estudio, la mayoría de las respuestas eran negativas porque la Ley contiene principalmente disposiciones genéricas que asignan responsabilidad por ciertas funciones relacionadas con la salud a los ministerios, en vez de establecer un conjunto de líneas estratégicas de acción. En vista de la robustez del enfoque de la equidad en Cuba con el mandato del

acceso universal a la salud y la cobertura universal (47), un análisis de la Ley de la Salud Pública habría dado una impresión errónea de la forma en que el país ha incorporado la equidad en su aparato de planificación de la salud.

En el trabajo futuro sobre la equidad en la salud en las políticas de la Región se debería tratar de lograr una mayor comparabilidad entre los países. Aunque eso quizá no sea posible al comparar políticas, planes y leyes, podría hacerse por medio de bases de datos robustas que compartan indicadores importantes relacionados con la equidad en la salud. Estos datos permitirían presentar un panorama regional más exacto y dar seguimiento a la trayectoria regional para determinar si está acercándose a la equidad en la salud o alejándose de ella.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La finalidad de este estudio era presentar un panorama de la inclusión de indicadores específicos de la equidad en la salud en los planes de salud nacionales y en algunos planes subnacionales de la Región de las Américas. La rúbrica utilizada para evaluar la integración de la equidad en la salud fue diseñada específicamente para el estudio porque no hay comparaciones interregionales que permitan comprender mejor la forma en que la Región está abordando la equidad en la salud en comparación con otras regiones. Dicho esto, cabe destacar que la Región tiende a concentrar la atención en ciertos aspectos de la equidad en la salud en vez de otros. **Se observaron puntos fuertes regionales en la definición de la equidad en la salud como meta de la planificación y ejecución de políticas y en los planes para el seguimiento y el desglose de datos a fin de detectar desigualdades.**

Las áreas que están menos representadas, de acuerdo con los resultados de esta evaluación, son las siguientes:

- la indicación de los grupos en situación de vulnerabilidad que enfrentan obstáculos para la salud y las intervenciones para reducirlos;
- el diseño y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas por medio de los cuales el gobierno se compromete a mejorar la educación sobre el derecho a la salud y a establecer mecanismos para exigir el respeto de los derechos y denunciar e investigar violaciones;
- el aumento de la participación comunitaria en la formulación, el seguimiento, y la evaluación de la política y los planes de salud;
- la colaboración y la regulación de los prestadores de servicios de salud del sector privado.

No se observaron diferencias en los resultados debidas a la antigüedad de los planes de salud, pero las diferencias subregionales demuestran que **las subregiones de los países andinos y del Cono Sur están a la cabeza en la Región en lo que se refiere a la incorporación general de las diversas categorías de los enfoques de la equidad en la salud en sus planes.** Los planes nacionales de salud de ambas subregiones propician la participación de la comunidad en la formulación y el seguimiento de las políticas y los planes, dan peso a la necesidad de desglosar los datos y darles seguimiento, reflejan una acción concertada para indicar una variedad de grupos que corren el riesgo de tropezar con obstáculos a la salud e incluyen diversas medidas para mejorar la salud universal. **Las subregiones de México y Centroamérica y del Caribe tuvieron resultados favorables en lo que concierne a la inclusión de relativamente más categorías y presentaron puntos fuertes singulares, especialmente en la colaboración y supervisión de prestadores de servicios de salud del sector privado.** El trabajo subregional futuro sobre la equidad en la salud debe adaptarse para aprovechar los avances subregionales

en la planificación para la equidad y apoyar un trabajo más amplio en campos a los cuales actualmente se presta menos atención.

Los resultados también indican que **los planes de salud subnacionales**, aunque fueron objeto de una evaluación más sencilla, **sobrepasan a los planes nacionales de salud en su trabajo con el sector privado y en su uso de métodos participativos para la formulación y el seguimiento de los planes**. Además, **a diferencia de los planes nacionales en los cuales la atención es satisfactoria, los planes de salud subnacionales hacen hincapié en las medidas para abordar los determinantes sociales de la salud**. Hay dos reflexiones importantes que es necesario tener en cuenta al interpretar el significado de estos resultados subnacionales en relación con Panamá y Uruguay. Primero, como ambos países son Estados centralizados, y no federaciones, los planes de salud provinciales son más bien planes de ejecución que siguen la orientación general de los planes nacionales de salud, en vez de ser planes dejados enteramente a discreción de las provincias (30). Segundo, la limitación de la evaluación a preguntas intertemporales puede haber llevado a conclusiones exageradas que oculten las mismas variaciones y omisiones observadas en los planes nacionales.

Un análisis futuro de los planes de salud subnacionales de la Región de las Américas podría revelar diferencias importantes entre Estados centralizados y descentralizados, ya que, por más positiva que haya sido la descentralización para aumentar la eficacia de los programas del gobierno para el desarrollo a escala local, su impacto en la equidad en la salud ha dependido de prioridades políticas a escala local y nacional. A lo largo de 30 años, la descentralización ha avanzado y retrocedido varias veces en toda América Latina, lo cual proporciona importantes datos empíricos sobre los efectos de la descentralización y la recentralización en las desigualdades. Ahora, el consenso general es que la descentralización puede exacerbar las desigualdades en ciertas circunstancias y que el equilibrio entre las metas de equidad y eficiencia en la descentralización es la clave para lograr la equidad (48).

Además, la capacidad de las entidades subnacionales de Estados centralizados para sobrepasar la profundidad de la atención sin extender el foco de los planes nacionales demuestra una mayor capacidad del gobierno local, que es razonable esperar al cabo de casi cuatro decenios. A medida que los Estados encaren la recentralización y la descentralización con el transcurso del tiempo, la capacidad local será fundamental para mantener y aumentar un enfoque de equidad en la salud en el terreno.

De manera análoga, el nuevo rostro del ajuste estructural podría estar teniendo sus propios efectos negativos, en particular en la equidad en la salud. Con el modelo moderno de ajuste estructural, el Banco Mundial y el BID pasaron a “orientar” servicios sociales y de salud hacia los pobres como estrategia para corregir las secuelas de las intervenciones anteriores de los gobiernos y las instituciones financieras internacionales en el mercado, en vez de apoyar el acceso y la cobertura universales (35).

También hay indicios de que el mayor impacto de la desregulación impuesta en el mercado laboral (por ejemplo, recortes o límites de los salarios y los aumentos de sueldos, así como reducciones del personal, en particular en el sector público) está sintiéndose en la equidad en la salud, ya que estas condiciones influyen directamente en el acceso al sistema de salud a raíz del desempleo y la disminución de los sueldos (35). En algunos países, este proceso ha socavado la capacidad del sector público para ejecutar programas, función que se ha cedido a agentes no estatales que, con el tiempo, han participado en gran medida en la formulación de planes nacionales de salud y en el establecimiento de sus metas (49). Por lo tanto, el ajuste estructural ha llevado a un aumento del número de agentes no estatales interesados en la planificación para la salud y ha dictado la medida y las áreas en que los gobiernos pueden planificar acciones para abordar inequidades en la salud. Esto podría explicar el alto grado de compromiso con la salud universal observado en general en los planes, sumado a líneas de acción de poca profundidad.

Además, en muchos de los planes evaluados se pasan por alto la cobertura y la retención del personal de salud y se evita la participación del sector privado en la salud, dos áreas que suelen verse afectadas por los recortes requeridos de sueldos y cargos y que facilitan la entrada en el mercado de la salud en el marco del ajuste estructural (50). La medida en que las condicionalidades del ajuste estructural inciden en planificación de la salud en toda la Región y, por lo tanto, en su capacidad para acelerar la acción en el ámbito de la equidad podría ser un tema central útil de las investigaciones de los economistas especializados en la salud que aborden el tema de la equidad.

Por último, la ubicuidad de la corrupción significa a menudo que el gobierno presta mucha atención a las medidas para aumentar la transparencia y la participación comunitaria con la finalidad de frenar la corrupción, pero a veces estas medidas podrían tomarse a expensas de otras en favor de la equidad (51). Los resultados muestran que las subregiones cuyos ciudadanos notifican un mayor porcentaje de corrupción en los consultorios y centros de salud públicos y consideran que el propio gobierno es sumamente corrupto (52) —como los países andinos, México y Centroamérica— tienen planes más enérgicos para fomentar la participación comunitaria en la formulación de políticas y planes estratégicos para el seguimiento.

Sin embargo, una de las herramientas principales para combatir la corrupción —la rendición de cuentas— está ausente en la mayoría de los planes de salud evaluados (38). No resulta claro si esta falta de atención a la rendición de cuentas indica que los países no han tenido en cuenta los posibles obstáculos a la ejecución creados por prácticas corruptas. En investigaciones futuras se deberían examinar específicamente las políticas contra la corrupción orientadas a las esferas pública y privada del sector de la salud.

Recomendaciones

A continuación se formulan algunas recomendaciones para acelerar la incorporación de la equidad en la planificación de la salud en la Región de las Américas:

1. En vista de las incongruencias de la indicación de los grupos que se considera que enfrentan obstáculos para la salud en las políticas y de las medidas para hacer frente a estos obstáculos:
 - establecer métodos uniformes y estandarizados para indicar los grupos en situación de vulnerabilidad;
 - generar más evidencia y análisis de los procesos por los cuales se crean vulnerabilidades;
 - adoptar medidas basadas en la evidencia orientadas a estos grupos y procesos para reducir los obstáculos para la salud, satisfacer las necesidades y garantizar los derechos en relación con la salud.
2. Considerando que las metas de la incorporación de la equidad en la salud en la planificación son: 1) tomar medidas que reduzcan las desigualdades en la salud y aumenten el acceso a la salud para todos y 2) calcular los costos financieros de la ejecución eficaz y eficiente de programas, y dada la naturaleza diferente de la inclusión de las consideraciones y los enfoques de equidad en la salud en las políticas y los planes evaluados en este estudio de formas que posiblemente no representen el uso más eficiente del financiamiento:
 - promover y financiar más investigaciones para determinar qué políticas y acciones específicas reducen las inequidades en el acceso a la salud y en los resultados del sector, y examinar la acción multisectorial en el contexto nacional específico en el cual se formulan políticas, los grupos en situación de vulnerabilidad en cada contexto y los procesos mediante los cuales se crea la vulnerabilidad;
 - promover la reorientación de los presupuestos hacia políticas y programas basados en la evidencia, en vez de destinarlos a aquellos que puedan tener consecuencias negativas con respecto a las desigualdades y el acceso.
3. En vista de los diferentes resultados en cuanto a la inclusión actual de diferentes elementos de la equidad en la salud y la consiguiente imposibilidad de hacer comparaciones entre países para dar seguimiento al progreso en la aplicación de medidas que puedan ser eficaces en toda la Región:
 - facilitar un acuerdo sobre un marco regional que incorpore la diversidad de medidas que se están tomando en pro de la salud (como quedó demostrado con la aplicación de esta rúbrica preliminar), la mejor evidencia y los resultados que van surgiendo de investigaciones, con respecto a su impacto relativo;

- revisar y mejorar la rúbrica regional propuesta en este estudio, y elaborar y acordar indicadores conexos para evaluar la equidad en la salud en la política y los planes, así como su aplicación, para el sector de la salud y otros sectores.

4. En vista de la importancia de planificar la rendición de cuentas a fin de aumentar la confianza en las instituciones de salud y mejorar la eficiencia financiera, y de los sólidos esfuerzos realizados por los países para avanzar hacia la participación comunitaria:
 - promover la acción para educar a los ciudadanos, los residentes y los migrantes sobre la existencia y el uso de mecanismos de rendición de cuentas, e institucionalizar estos mecanismos para hacer frente a las violaciones del derecho a la salud en lo que se refiere al acceso a servicios y abordar las inequidades en los resultados en materia de salud a escala nacional y subnacional.

REFERENCIAS

1. Sustainable Development Report [Internet]. Country Profiles. Se encuentra en <https://dashboards.sdgindex.org/profiles>.
2. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Lafortune G, Fuller G, Woelm F. The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
3. Werner A. COVID-19 Pandemic and Latin America and the Caribbean: Time for Strong Policy Actions. 19 de marzo del 2020. En: Fondo Monetario Internacional, IMFBlog [Internet]. Washington, D.C.: FMI; 2019. Se encuentra en <https://blogs.imf.org/2020/03/19>.
4. Sakellariou D, Serrata Malfitano AP, Rotarou ES. Disability inclusiveness of government responses to COVID-19 in South America: a framework analysis study. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(131).
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS/Naciones Unidas; 2020. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>.
6. 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. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Se encuentra en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>.
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Health Systems Strengthening Glossary. Health planning. Se encuentra en https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.
8. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy*. 2012;106(1):88-96.
9. Mensua A, Mounier-Jack S, Coker R. Pandemic influenza preparedness in Latin America: analysis of national strategic plans. *Health Policy and Planning*. 2009;24(4):253-60.
10. Vale PRLF do, Lizano VCG. Normative moment of national health plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa. *Saúde Debate*. 2020;43:248-61.
11. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2020. Health topics. Health Equity [consultado el 15 de enero del 2019]. Se encuentra en http://www.who.int/topics/health_equity/en/.
12. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. Londres: Penguin Books; 2009.
13. Lee JH, Sadana R, Commission on Social Determinants of Health Networks (editores). Improving equity in health by addressing social determinants. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
14. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health: DRAFT [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [consultado el 16 de octubre del 2018]. Se encuentra en https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
15. Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016;22(Suppl 1):S33-42.
16. Liburd LC, Ehlinger E, Liao Y, Lichtveld M. Strengthening the science and practice of health equity in public health. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet]. 2016;22:S1-4 [consultado el 23 de agosto del 2018]. Se encuentra en https://journals.lww.com/jphmp/Citation/2016/01001/Strengthening_the_Science_and_Practice_of_Health.1.aspx.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS; 2019. Se encuentra en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.
18. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1988;26(9):931-40 [consultado el 19 de diciembre del 2018]. Se encuentra en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953688904133>.
19. Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition* [Internet]. 2003;21(3):168-80 [consultado el 18 de diciembre del 2018]. Se encuentra en <https://www.jstor.org/stable/23499215>.
20. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2010;100(S1):S40-S46 [consultado el 18 de diciembre del 2018]. Se encuentra en <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2009.184036>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2 de octubre del 2014 [consultado el 30 de agosto de 1998]. (53.o Consejo Directivo; documento CD53/5. Rev. 2). Se encuentra en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.

22. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf.
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2018. (Documento de proyecto LC/TS.2018.33). Se encuentra en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/4/S1800190_es.pdf.
24. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 4 de septiembre del 2018]. Se encuentra en <https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Agenda2030/PNUDArgent-DossierODS.pdf>.
25. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;12(6):398-415.
26. Organización Mundial de la Salud. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Ginebra: OMS; 2013. Se encuentra en https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf?sfvrsn=d27f8211_2.
27. Oficina Regional de la OMS para Europa. Accountability as a driver of health equity. Copenhagen: OMS; 2019. Se encuentra en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312282/9789289054096-eng.pdf>.
28. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general No 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Nueva York: Naciones Unidas; 2000. Se encuentra en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
29. Solomon R, Orridge C. Defining health equity. Healthcare Papers [Internet]. 2014; 14(2):62-5 [consultado el 23 de agosto del 2018]. Se encuentra en <https://www.longwoods.com/content/24112>.
30. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Assessing health plans and development strategies for health equity: a shared goal in the Americas, but level of action for equity far more varied. Washington, D.C.: Georgetown University; 2019.
31. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama Social de América Latina 2019. Santiago de Chile: CEPAL; 2019 (Documento LC/PUB.2019/22-P/Rev.1). Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>.

32. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2020. Health systems. Health Systems Strengthening Glossary. Health Policy. Se encuentra en https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.
33. Adewale AR. Import substitution industrialization and economic growth – evidence from the group of BRICS countries. Future Business Journal. 2017;3:138-58.
34. Bossuyt J. Overview of the decentralisation process in Latin America: main achievements, trends and future challenges. ECDPM Discussion Paper 148; p. 28. Maastricht: European Centre for Development Policy Management; 2013.
35. Forster T, Kentikelenis AE, Stubbs TH, King LP. Globalization and health equity: the impact of structural adjustment programs on developing countries. Social Science & Medicine. 2019;112496. 19 de agosto de 2019. Se encuentra en <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112496>.
36. Mendes Pereira JM. The World Bank, state reform, and the adjustment of social policies in Latin America. Ciência & Saúde Coletiva. Julio del 2018;23(7).
37. Vian T. Corruption and the consequences for public health. En: Heggenhougen HK, editor. International Encyclopedia of Public Health. Academic Press; 2008:26-33.
38. Garcia PJ. Corruption in global health: the open secret. Lancet. 2019;394:2119-24.
39. Dincer O, Teoman O. Does corruption kill? Evidence from half a century infant mortality data. Social Science & Medicine. 2019;232:332-9.
40. Ackers L, Ioannou E, Ackers-Johnson J. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. Health Policy and Planning. 2016;31(9):1152-61.
41. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report 2010. Background Paper 30. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. Se encuentra en <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>.
42. Gobierno de Estados Unidos. United States Code [Internet] [consultado el 27 de julio del 2020]. Se encuentra en <https://www.govinfo.gov/app/collection/uscode/2017/>.
43. Gobierno de Estados Unidos. Code of Federal Regulations (Annual Edition) [Internet] [consultado el 27 de julio del 2020]. Se encuentra en <https://www.govinfo.gov/app/collection/cfr/2019/title42>.
44. Senado y Cámara de Representantes de Estados Unidos. Patient Protection and Affordable Care Act. 124 STAT. 119, 111-148. 23 de marzo del 2010.

45. Gobierno de Canadá, Justice Laws Website [Internet]. Consolidated Acts, Canada Health Act. 2017 [consultado el 27 de julio del 2020]. Se encuentra en <https://laws.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/>.
46. Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, Cuba. Ley 41, Ley de la Salud Pública [Internet]. 1983. Se encuentra en <http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2015/10/Decreto-No.-139.pdf>.
47. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño A, Valdivia Onega NC, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e25.
48. Koivusalo M, Wyss K, Santana P. Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editores. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: Open University Press; 2007:180-205.
49. Hoey L. Reclaiming the authority to plan: how the legacy of structural adjustment affected Bolivia's effort to recentralize nutrition planning. *World Development*. 2017;91:100-12.
50. Kentikelenis AE. Structural adjustment and health: a conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science & Medicine*. 2017;187:296-305.
51. Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*. 2020;13(Suppl. 1):1694744.
52. Pring C, Vrushi J. *Global corruption barometer: Latin America & The Caribbean 2019: citizens' views and experiences of corruption*. Berlín: Transparencia Internacional; 2019.

APÉNDICE

Figura 1. Tendencias promedio de la integración de la equidad en la salud

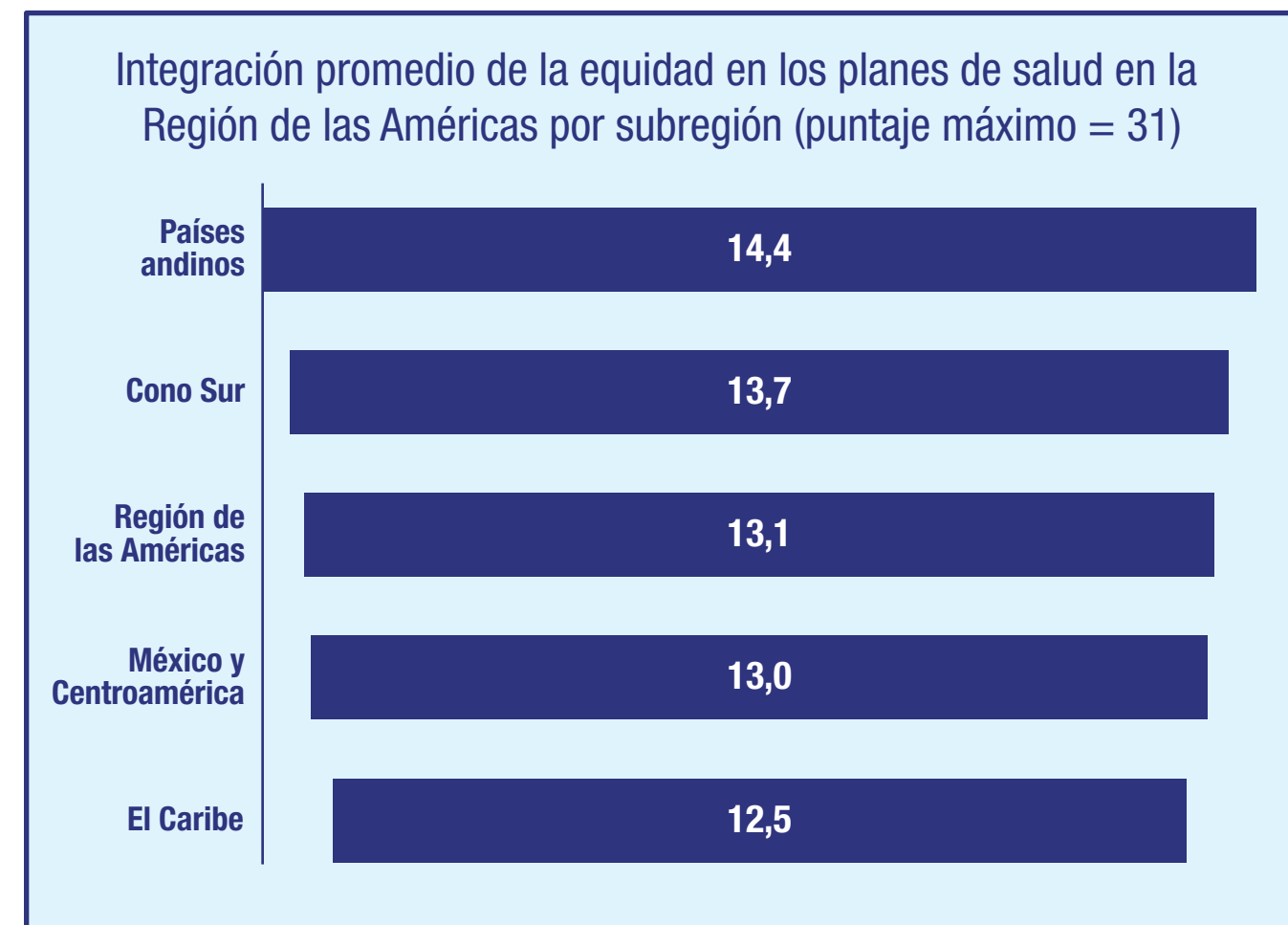


Figura 2. Integración de la equidad en la salud como porcentaje del puntaje máximo obtenido por categoría en la Región de las Américas y las subregiones

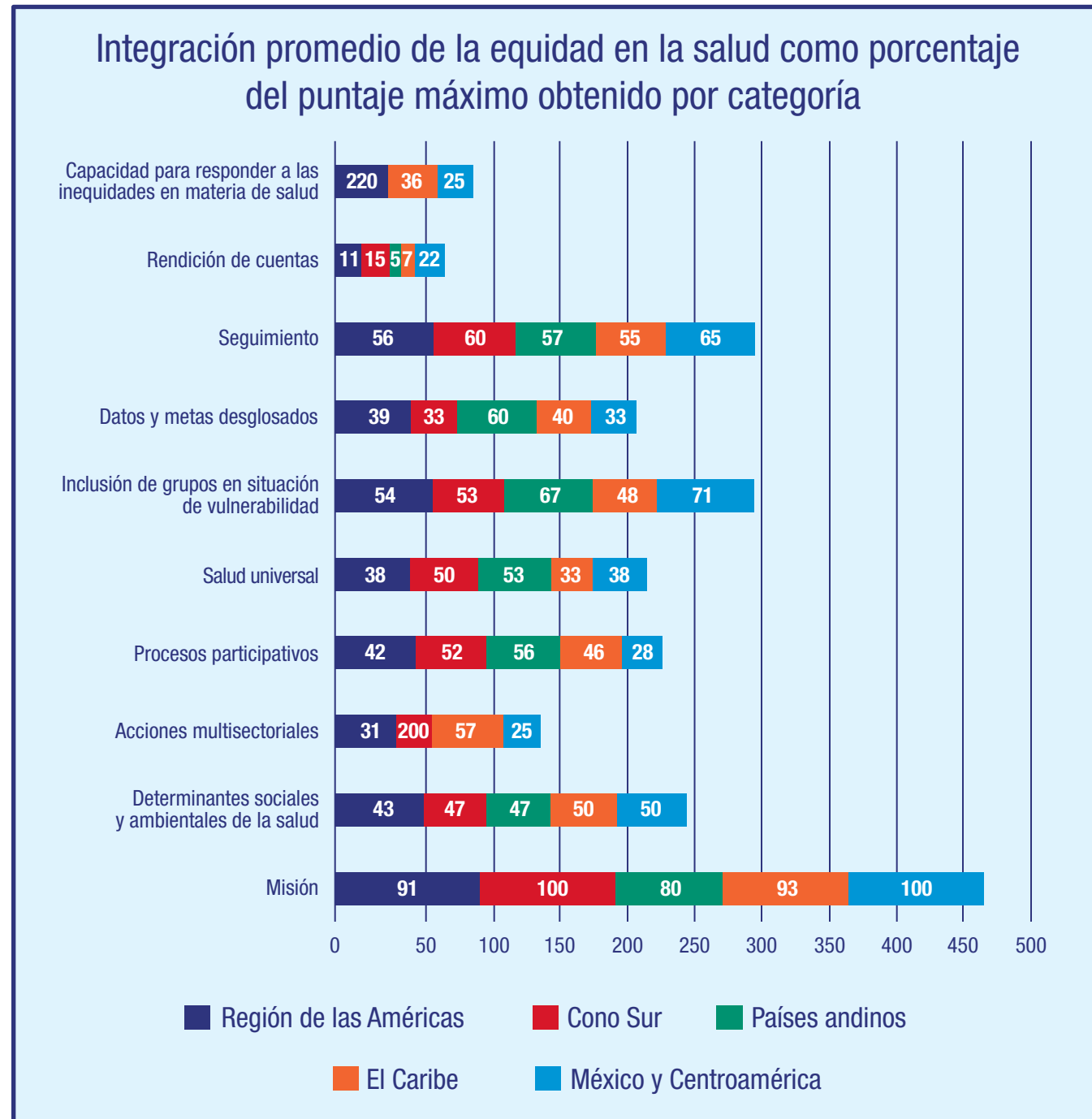


Figura 3. Integración de la equidad en la salud por categoría y según la fecha de aprobación del plan

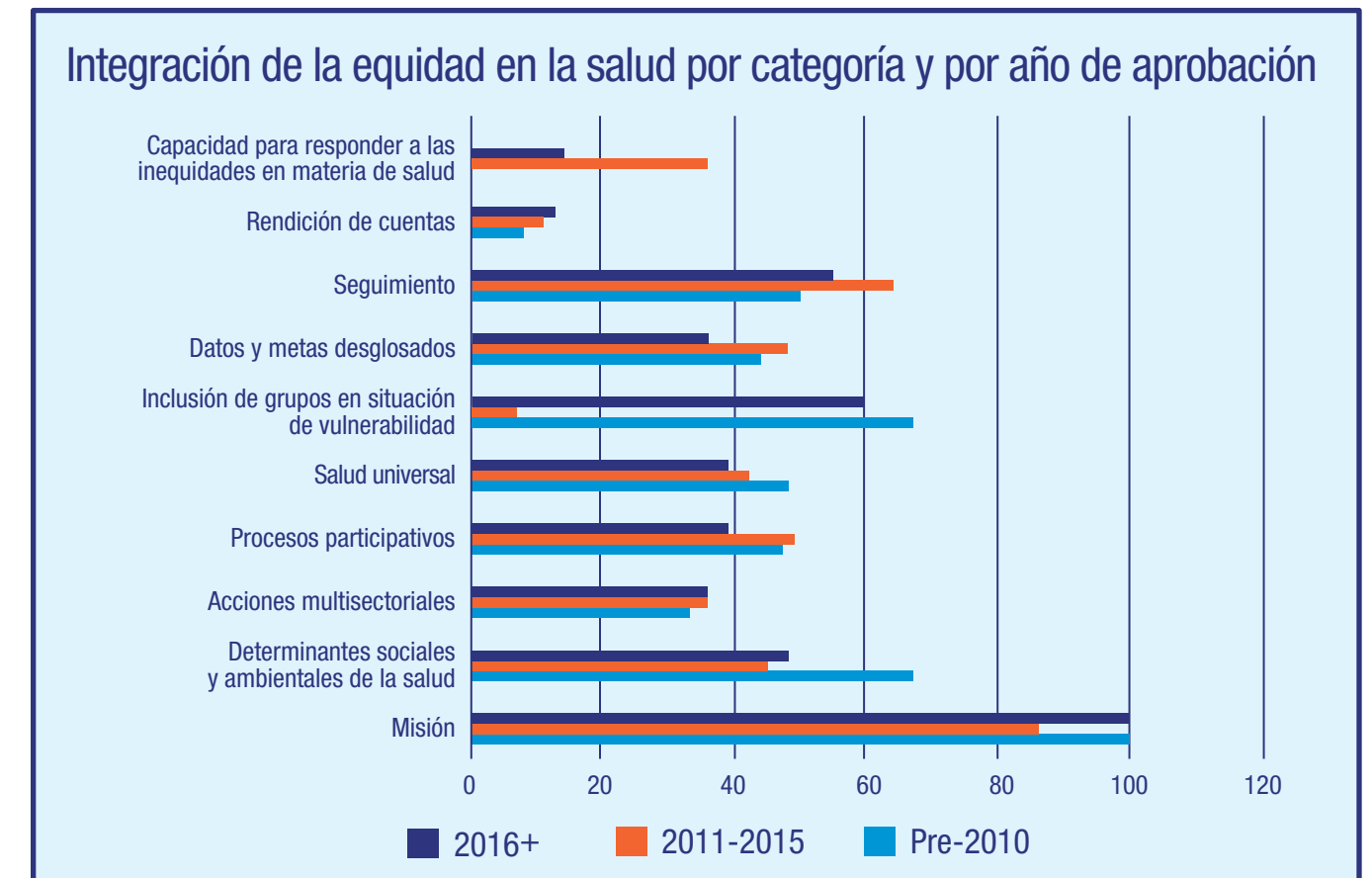


Figura 4. Tendencias promedio de la integración de la equidad en la salud a escala subnacional

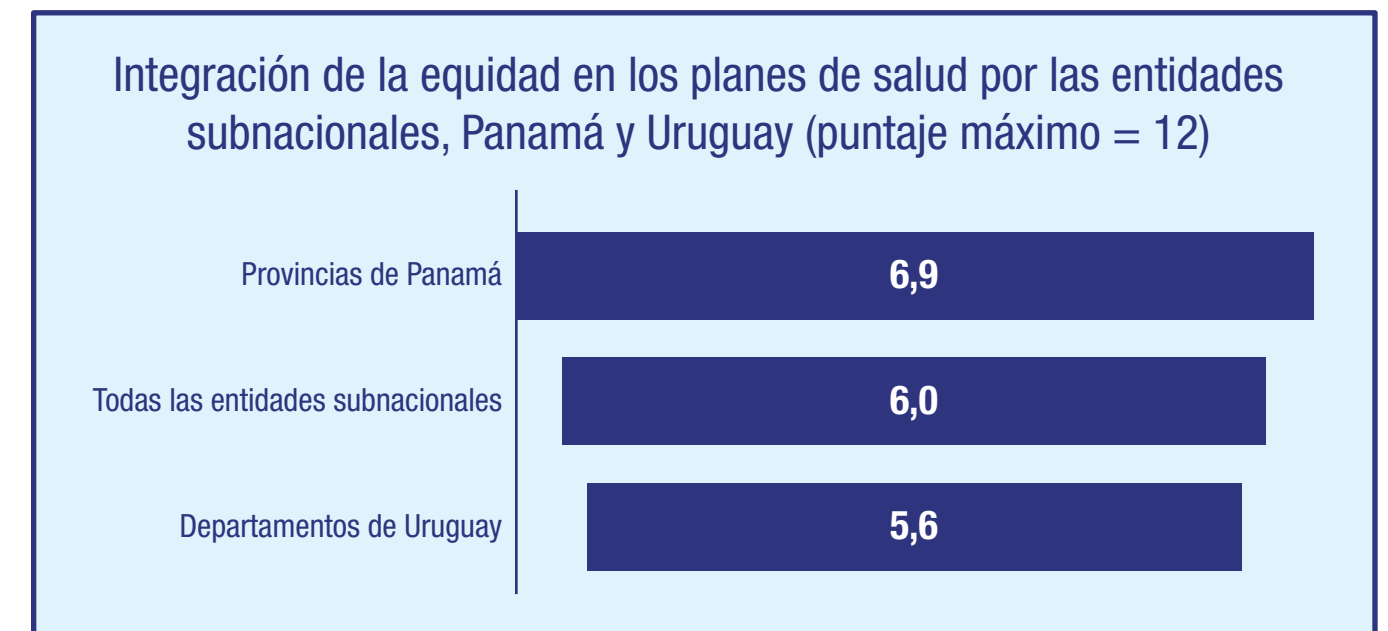


Figura 5. Porcentaje de respuestas, Región de las Américas y entidades subnacionales (Panamá y Uruguay)

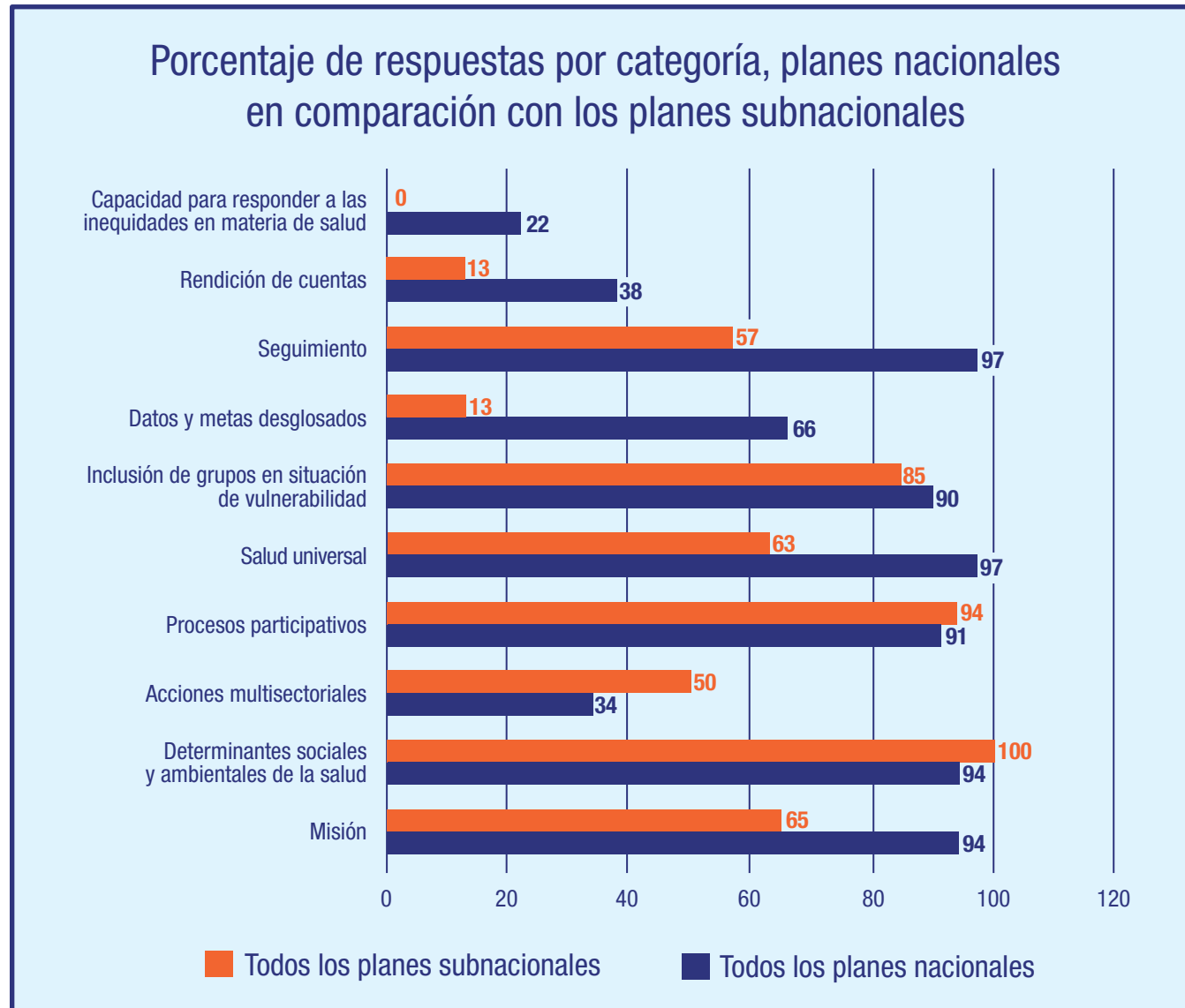
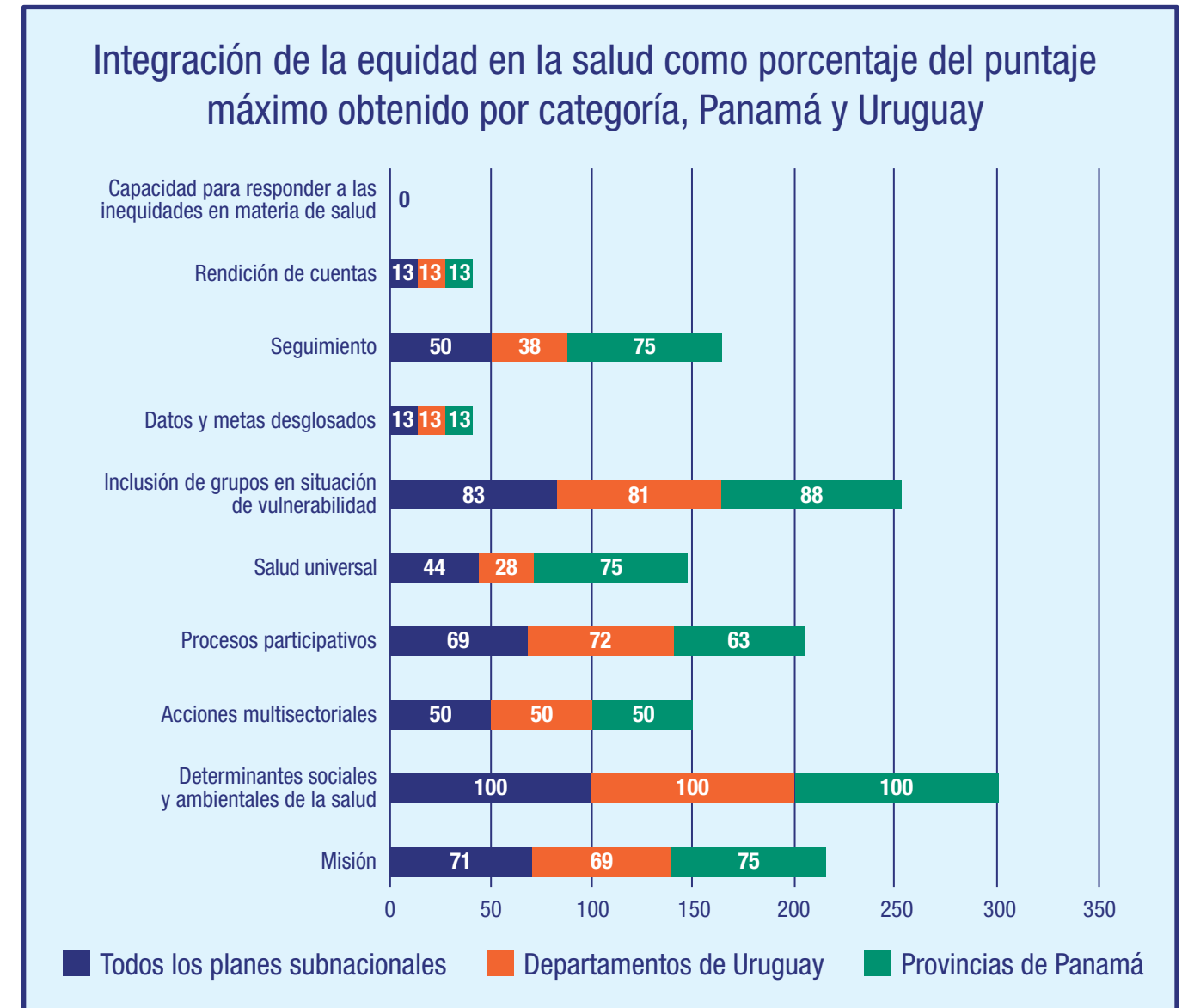


Figura 6. Integración de la equidad en la salud como porcentaje del puntaje máximo obtenido por categoría a escala subnacional y en Panamá y Uruguay



La Región de las Américas ha priorizado el logro de la equidad en la salud —“la ausencia de diferencias evitables o remediabiles entre grupos de personas definidos desde un punto de vista social, económico o geográfico” según la Organización Mundial de la Salud— tanto mediante los acuerdos regionales, como la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, como mediante la información sobre el progreso hacia la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las políticas del sector público son el instrumento inicial principal mediante el cual los gobiernos locales y nacionales establecen y financian las medidas para acelerar el logro de la equidad en la salud. En este estudio, se evaluaron 32 planes nacionales de salud para determinar si los países de la Región están integrando el logro de la equidad en la salud en las líneas estratégicas de acción del sector de la salud, y la manera en que lo están haciendo. Además, se proporciona un panorama general de los enfoques y los logros, lo que permite el intercambio de conocimientos entre los países en relación con las opciones que posibilitan tener en cuenta la equidad en las políticas en materia de salud. Esta evaluación también facilitará el futuro seguimiento de las tendencias en la integración de los objetivos y los enfoques de la equidad en la salud en las políticas.

En el estudio se encontró que es común establecer un compromiso general con la equidad en la salud, como los compromisos con respecto al desglose de los datos y al seguimiento de las desigualdades, mientras que otros aspectos de la equidad en la salud, como la determinación de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, reciben menos atención. Si bien es necesario investigar más la aplicación y las repercusiones de los enfoques en las medidas programáticas específicas, en el estudio se brindan algunas apreciaciones útiles para sustentar las iniciativas dirigidas a establecer un marco más sólido para la acción en materia de equidad en la salud hacia el logro de las metas de la Región para el 2030.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de America

www.paho.org

