

SOCIEDADES JUSTAS: EQUIDAD EN LA SALUD Y VIDA DIGNA

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



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



INSTITUTE of
HEALTH EQUITY

SOCIEDADES JUSTAS: EQUIDAD EN LA SALUD Y VIDA DIGNA

**Resumen Ejecutivo del
Informe de la Comisión
de la Organización
Panamericana de
la Salud sobre Equidad
y Desigualdades en Salud
en las Américas**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



**INSTITUTE of
HEALTH EQUITY**

Se publica también en inglés:

Just Societies: Health Equity and Dignified Lives. Executive Summary of the Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas
ISBN: 978-92-75-12021-7

Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas
ISBN: 978-92-75-32021-1

© **Organización Panamericana de la Salud 2018**

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

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

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

El material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y del uso del material recae en el lector. En ningún caso la OPS será responsable de los daños que se deriven de su uso.

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

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

Las fotografías en esta publicación son de propiedad de iStock. El uso de estas fotografías por parte de OPS se hace de conformidad con la licencia obtenida por el Institute of Health Equity of the University College of London.

La autorización para utilizar cualquier material de esta publicación atribuida a un tercero, como tablas, figuras o fotografías, debe ser obtenida por el lector. El riesgo de reclamaciones derivadas de la infracción de cualquier material de propiedad de terceros utilizados en esta publicación recae únicamente en el lector.

ÍNDICE

Sección 1: Introducción y marco conceptual	05
Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas	06
Marco conceptual	09
Sección 2: Desigualdades en la salud en el continente americano	13
Sección 3: Factores estructurales: desigualdades en poder, dinero y recursos	23
Recomendación 1 Lograr la equidad en las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas	24
Recomendación 2 Proteger el entorno natural, mitigar el cambio climático y respetar las relaciones con la tierra	26
Recomendación 3 Revertir los impactos persistentes del colonialismo y el racismo estructural en la equidad en la salud	30
Sección 4: Condiciones de vida	33
Recomendación 4 La equidad desde el inicio: primeros años de vida y educación	35
Recomendación 5 Trabajo digno	39
Recomendación 6 Vida digna para la población mayor	44
Recomendación 7 Los ingresos y la protección social	48
Recomendación 8 Reducir la violencia para lograr la equidad en la salud	52
Recomendación 9 Mejorar el medioambiente y las condiciones habitacionales	57
Recomendación 10 Sistemas de salud equitativos	62
Sección 5: Gobernanza para lograr la equidad en materia de salud	67
Recomendación 11 Mecanismos de gobernanza para la equidad en la salud	69
Recomendación 12 Ejercicio y protección de los derechos humanos	74
Sección 6: Conclusiones	77
Referencias	81

RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME DE LA COMISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SOBRE EQUIDAD Y DESIGUALDADES EN SALUD EN LAS AMÉRICAS

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

www.instituteofhealthequity.org

SETIEMBRE DEL 2018

Comisionados

Michael Marmot: Presidente de la Comisión y Director del Institute of Health Equity, University College London

Victor Abramovich: Universidad Nacional de Lanús (Argentina)

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

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

Jo Ivey Bufford: New York Academy of Medicine y New York University (Estados Unidos de América)

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

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

Pastor Murillo: Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación Racial

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

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

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

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

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

COMISIÓN SOBRE EQUIDAD Y DESIGUALDADES EN SALUD EN LAS AMÉRICAS

El continente americano (América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe) es notable en su diversidad. Estas tierras, designadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las seis “regiones” mundiales, albergan algunas de las personas y de los países más ricos del mundo, algunos de los más pobres y muchos en situación intermedia. Dentro de la Región de las Américas existen pequeños estados insulares escasamente poblados y países populosos de vastas superficies, con los diferentes retos que esto conlleva.

La región comprende personas que disfrutan de grandes privilegios y otras que se enfrentan a graves violaciones de los derechos humanos debido a su posición socioeconómica, etnia, género, orientación sexual, discapacidad o por ser migrantes. Cada uno de estos factores, por sí solos o combinados, puede contribuir a generar profundas desigualdades en cuanto a la salud entre los países del continente y dentro de ellos. En la medida en que las desigualdades sistemáticas en la salud puedan evitarse con medios razonables, son injustas y, por lo tanto, inequitativas. Corregirlas es una cuestión de justicia social.

A fin de abordar estas inequidades en la salud, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), doctora Carissa Etienne, constituyó la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. El principio fundacional de la Comisión de la OPS sobre Equidad es que la salud es un fin en sí mismo, y es una meta de valor para las personas y las comunidades. Ciertamente, existen buenas razones instrumentales para mejorar la salud: la buena salud puede ser una vía para que las personas disfruten de una vida próspera y productiva, y una población más saludable puede tener valor económico para un país. Sin embargo, este no es nuestro tema central. La salud es algo más que un medio para lograr algún otro fin. La salud es un estado muy valorado y apreciado, y es parte de una visión

mundial (tan común en el continente americano como en cualquier otro lugar) de que el bienestar humano es un fin en sí mismo. Se llegará a un mejor estado de salud y una mayor equidad en la salud cuando se liberen las oportunidades vitales y el potencial humano: crear las condiciones para que todos puedan alcanzar el grado más alto posible de salud y llevar una vida digna.

Las pruebas que transmitimos aquí demuestran que gran parte de los problemas de salud están determinados socialmente. La razón por la que la esperanza de vida de la mujer en Haití es de un poco menos de 66 años, mientras que en Canadá es de 84 años (2), no reside en que las mujeres haitianas son biológicamente diferentes de las canadienses, sino que se debe a las condiciones en las que cada una nace, crece, vive, trabaja y envejece. Del mismo modo, en Chile, el hecho de que la esperanza de vida de un hombre con un nivel educativo bajo sea de 11 años menos que un hombre con educación universitaria es, principalmente, la consecuencia de los determinantes sociales de la salud (2). Como mostraremos, las iniciativas sobre educación e inclusión social, por ejemplo, aportan beneficios para la salud y otros de tipo social.

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

Nelson Mandela, Londres, 2005 (1)

El efecto de los determinantes sociales de la salud se observa al comienzo de la vida (3). En la mayoría de los países del continente americano, la probabilidad de que un niño muera antes de los 5 años está fuertemente vinculada con el ingreso de los padres: cuanto menor es el ingreso, mayor es la mortalidad (4). En Guatemala, por ejemplo, en el 2014, la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue de 55 por 1000 nacidos vivos en el quintil de familias más pobres, y de 20 por 1000 en el quintil más rico. En la cercana Colombia, por el contrario, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el quinto más rico fue inferior a 5 por 1000 en el 2015 (5): esto indica lo que debería ser alcanzable. En todo el continente americano, el desarrollo de los niños y los resultados en cuestiones de educación, ingresos, salud y bienestar están directamente ligados a la situación de los padres.

Existe mayor evidencia y conciencia de que la buena salud exige no solo el acceso a los servicios de salud, sino también acción sobre los determinantes sociales de la salud. En efecto, tan estrecha es la relación entre las características de la sociedad y la salud que, como sostenemos, la salud y la equidad en la salud representan importantes marcadores de progreso de la sociedad. Una sociedad que cubra las necesidades de sus miembros de forma equitativa probablemente será una sociedad con un alto nivel de salud poblacional e inequidades en la salud relativamente estrechas.

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

El objetivo de la Comisión de la OPS sobre Equidad es que se comprendan mejor estos desafíos y formular propuestas para una acción eficaz que permita enfrentarlos. Partimos de las bases sentadas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (4).

En la década que siguió al informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación*, los países americanos han adoptado activamente las distintas iniciativas, y nuestros ejemplos de acción provienen de estos países. La Comisión de la OPS sobre Equidad se ha asociado con 15 países a lo largo de este trabajo. También se impulsaron acciones en la esfera subnacional. En Estados Unidos, por ejemplo, muchas ciudades han adoptado un enfoque de determinantes sociales de la salud.

Es un momento importante para publicar este informe. La desigualdad domina el continente americano: no solo la desigualdad socioeconómica, sino también las desigualdades entre indígenas y no indígenas; entre las personas afrodescendientes y las de origen europeo; entre los géneros; entre las personas con discapacidad y las que no tienen discapacidad; entre personas de diferente orientación sexual y entre migrantes y no migrantes. Demasiada desigualdad perjudica la cohesión social, remite a una distribución injusta de las oportunidades de vida y a las desigualdades en torno a la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, existe un gran interés en la salud en el continente americano, y la región ha estado a la vanguardia del reconocimiento del derecho humano de alcanzar el grado más alto posible de salud, ya que la mayoría de los países suscriben protocolos internacionales sobre derechos económicos, sociales y culturales. La aplicación de las recomendaciones de estos acuerdos es el desafío para los líderes políticos, profesionales y de la comunidad.

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

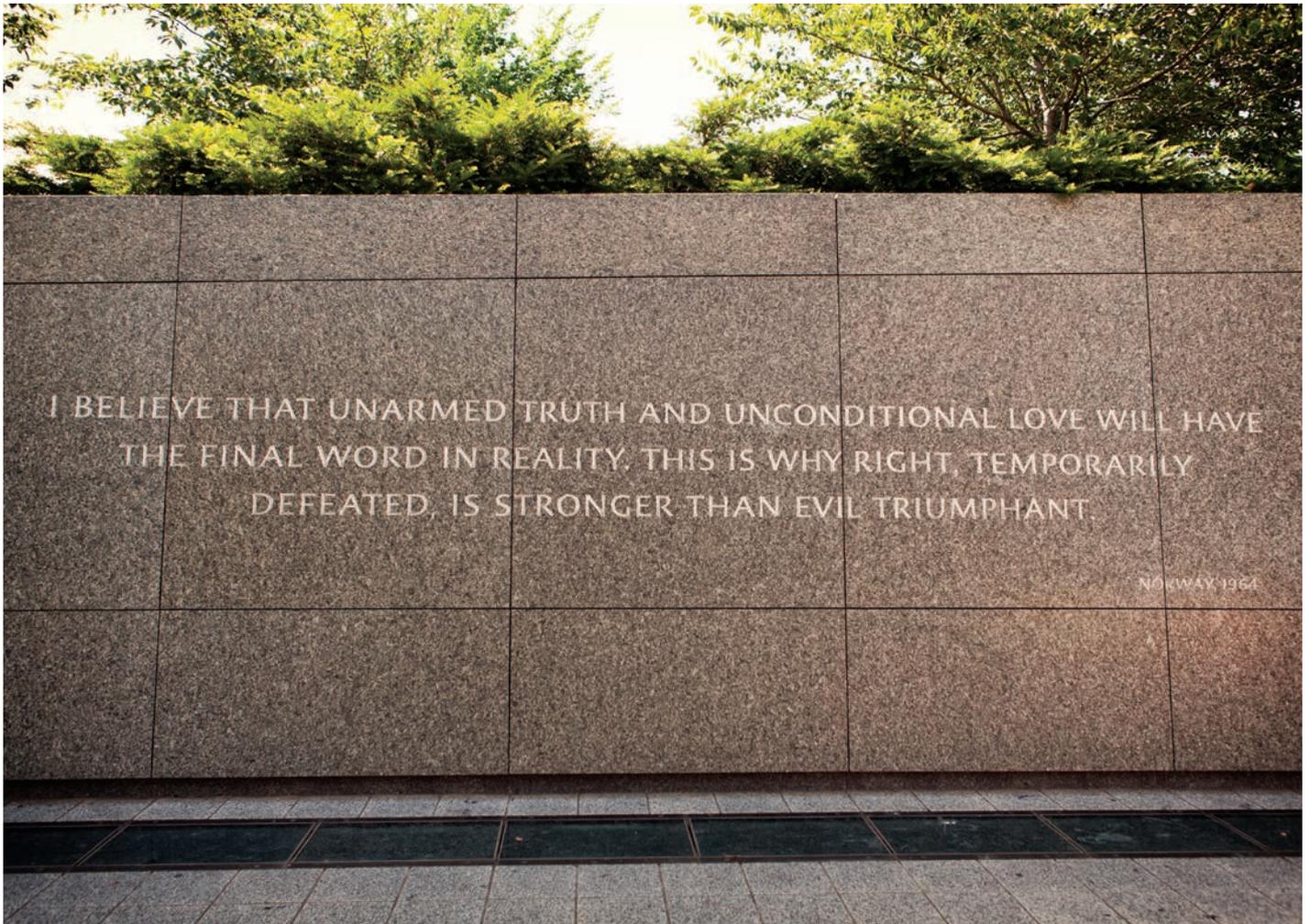
Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (4)

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

Martin Luther King, Jr. (7)

No puede haber paz sin justicia, no puede haber justicia sin equidad, no puede haber equidad sin desarrollo, no puede haber desarrollo sin democracia, no puede haber democracia sin respeto por la identidad y el valor de las culturas y los pueblos.

Rigoberta Menchú (8)



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

Si bien reconocemos que para lograr la equidad en la salud en algunos lugares será imprescindible dejar de lado ciertas políticas desfavorables —la excesiva prioridad que se asigna a la economía por encima de los derechos humanos, los conflictos, el cambio climático y la corrupción— no nos dejamos abatir por estos desafíos, puesto que somos testigos de los cambios significativos que tuvieron lugar a pesar de los grandes obstáculos. En este informe se presentan ejemplos de gobiernos que marcan una diferencia, sociedades civiles y organizaciones profesionales que ponen en práctica estrategias probadas de participación ciudadana en los movimientos sociales y acciones de construcción de la comunidad para lograr el cambio. Tenemos pruebas que avalan nuestra apreciación de que el logro de la equidad en la salud es una meta realista.

Tomar medidas: aprender del movimiento de los derechos civiles

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

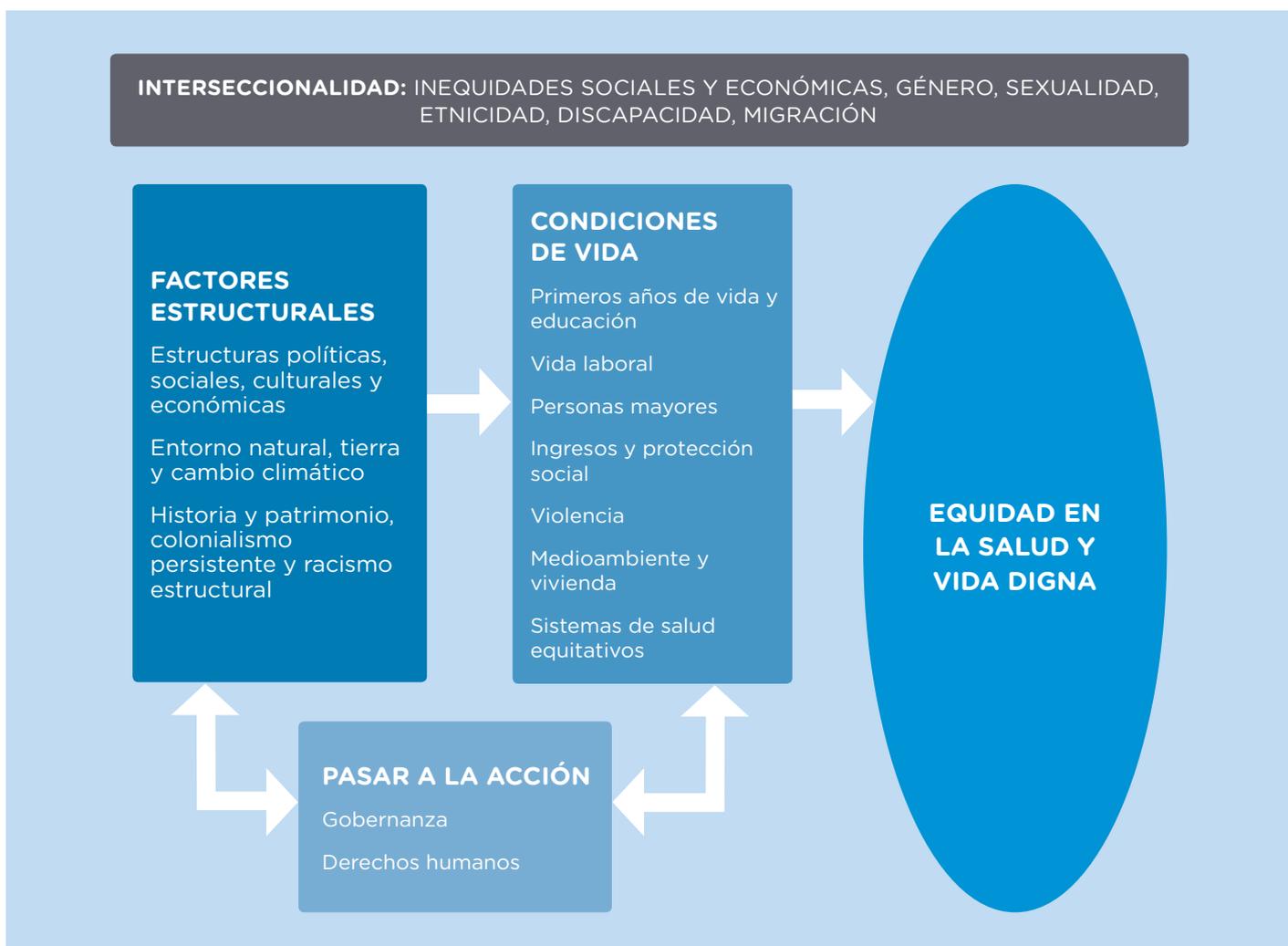
- Debemos apuntar a los determinantes sociales de la equidad en la salud, como el empleo, la educación, los ingresos y la seguridad.
- Debemos estar dispuestos a enfrentar la discriminación en estas zonas, aun corriendo el riesgo de padecer el “sufrimiento redentor”, en palabras de Martin Luther King, Jr. (9).
- Al igual que Rosa Parks en el boicot a los autobuses de Montgomery: debemos estar plenamente decididos, es decir, debemos tener determinación en nuestro interior (10).
- Siempre debemos lograr la participación de la comunidad en nuestros esfuerzos y mantener este compromiso en todo lo que hagamos.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de la Comisión de la OPS sobre Equidad, que se muestra en la figura 1.1, resume nuestro enfoque al analizar la evidencia y formular recomendaciones. Es el marco organizativo de nuestro informe. Los factores estructurales se explican en la sección 3, las recomendaciones para mejorar la equidad en las condiciones de vida se consignan en la sección 4, y las recomendaciones para los mecanismos de gobernanza en la sección 5.

Este marco conceptual se basa en el que utilizó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (11), aunque va más allá y se adentra en temas importantes: se hace hincapié en el colonialismo y el racismo estructural, incluida la importancia de la relaciones con la tierra; es coherente con los ODS, con un mayor énfasis en el medioambiente y el cambio climático; hay un enfoque más explícito sobre los derechos humanos; y se da mayor relieve a las inequidades por razones de género, origen étnico, orientación sexual, etapa de la vida y discapacidad. La Comisión de la OPS sobre Equidad también reconoce las interrelaciones entre estos factores, y subraya la necesidad de llevar una vida digna como el resultado deseado, junto con una mayor equidad en la salud.

FIGURA 1.1. MARCO CONCEPTUAL



FACTORES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN LA SALUD

Estructuras políticas, sociales, culturales y económicas

La forma en que funcionan los mercados, el papel del sector público y las desigualdades económicas son factores estructurales de las inequidades en las condiciones de vida, en su mayoría generadas o modificadas por las decisiones políticas.

La crisis financiera mundial del 2007-2008 y sus secuelas dejaron al descubierto las limitaciones de los mercados que no tienen control alguno. El movimiento hacia el fundamentalismo de mercado minimizó la importancia del sector público y favoreció la desigualdad económica cada vez mayor (12). Las pruebas reunidas por la Comisión de la OPS sobre Equidad señalan la importancia de contar con una esfera pública dinámica y revitalizada. Un sector privado exitoso complementa inversión en el bien público.

El economista Anthony Atkinson informó que cuando se preguntó a algunos encuestados en Estados Unidos y Europa cuál consideraban que era “el mayor peligro en el mundo”, la preocupación acerca de la desigualdad superaba todos los demás peligros (13). Pocos negarían la importancia de la igualdad de oportunidades, pero las grandes desigualdades en los ingresos y las riquezas desnivelan la balanza. La evidencia muestra claramente que estas grandes desigualdades limitan las oportunidades para las próximas generaciones. Esto se conoce como la transmisión intergeneracional de las inequidades.

Una segunda razón para que la población se preocupe por la desigualdad es que se cuestiona la legitimidad de la sociedad. Si la sociedad trabaja en pos del interés de unos pocos, los extremos de la desigualdad son incompatibles con el funcionamiento de una democracia. Los ricos pueden cuestionar por qué deben pagar impuestos para sostener a los pobres. Quienes se encuentran en desventaja perciben

la injusticia palpable de que la vida ofrezca muchas oportunidades a unos pocos sin que suceda lo mismo con el resto. La desigualdad no resuelta puede crear las condiciones para la disfunción, la violencia y la inestabilidad del colectivo social.

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

Destacamos que los pueblos indígenas y afrodescendientes del continente americano son víctimas de numerosas desventajas que se traducen en el deterioro de su salud. Pero dentro de todos estos grupos de la región existen gradientes sociales en materia de salud. Si se hace una clasificación por nivel de educación, ingresos, riqueza o posición social del barrio, resulta evidente que cuanto más alta sea la situación socioeconómica, mejor será la salud. Este gradiente social atraviesa todo el espectro, desde el nivel más alto al más bajo de la sociedad. Atender esta cuestión no solo implica reducir la pobreza, sino mitigar la desventaja relativa, para lo cual es necesario mejorar la sociedad en su conjunto. Esta mejora supone trabajar sobre los factores estructurales. También se requieren políticas y programas sociales destinados a paliar los efectos perjudiciales de las inequidades en cuanto al poder, el dinero y los recursos.

Para abordar el gradiente social en la salud en forma integral, en la revisión sobre las desigualdades de salud que se hizo en Inglaterra (*Fair Society, Healthy Lives*) se introdujo el concepto de “universalismo proporcional”. El objetivo era contar con servicios universales para todos y distribuir el esfuerzo y los recursos en forma proporcional a las necesidades (43). Hemos subrayado la importancia de satisfacer las necesidades de los pueblos indígenas en el continente americano. Eso se logrará, en parte, por medio del universalismo proporcional, para lo cual se deberá rectificar la falta de financiación y la desatención de los servicios para

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

Eduardo Galeano (16)

los pueblos indígenas y la población afrodescendiente. Pero, también, se tendrá que reconocer la dimensión física, emocional, espiritual y de salud cognitiva de todas las personas de la región.

Historia y patrimonio: colonialismo persistente y racismo estructural

Una conclusión clave de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue que las inequidades en cuanto al poder, el dinero y los recursos son factores que impulsan las inequidades en las condiciones de vida, lo cual, a su vez, impulsa las inequidades en materia de salud (4). Una de las principales fuentes de esa inequidad es el colonialismo, intrínseco en la historia del continente americano.

Entre 45 y 50 millones de personas indígenas viven en América Central, América del Sur y el Caribe, lo que representa aproximadamente el 13 % de la población. En Estados Unidos, aproximadamente 5,2 millones de personas se identifican como pertenecientes a los pueblos originarios de Estados Unidos y de Alaska, y en Canadá, 1,4 millones

de personas se identifican como indígenas (14). Los pueblos indígenas que se presentaron ante la Comisión de la OPS sobre Equidad dejaron en claro que los efectos persistentes del colonialismo contribuyen a profundizar y ampliar las inequidades en materia de salud que afectan a los pueblos indígenas y a las distintas generaciones.

Hay aproximadamente 200 millones de afrodescendientes en el continente americano, lo que incluye Estados Unidos y Canadá (15). Su historia se caracteriza por la esclavitud, el colonialismo, el racismo y la discriminación, cuyos efectos siguen vivos en la actualidad (5). El racismo estructural genera inequidades en las condiciones de vida de las personas afrodescendientes.

Para hacer frente a la desventaja en cuanto a la salud de la que son víctima los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en el continente americano, tenemos que integrar el marco de los determinantes sociales y los inconvenientes de la vida cotidiana en un enfoque orientado a poner fin a la discriminación y el racismo, promover la autodeterminación y mejorar el apoyo de las relaciones con la tierra, reconociendo las obligaciones hacia los antepasados y las generaciones por venir. Creemos que la autodeterminación es un elemento central de este enfoque y mediador del efecto de los determinantes sociales sobre la equidad en la salud. Habrá otras vías, como los efectos del medioambiente y las carencias materiales, pero la libre determinación y llevar una vida digna son de vital importancia para crear la clase de sociedad que llevará a la equidad en la salud.

Entorno natural: la tierra y el cambio climático

El cambio climático es una presencia amenazante y exige modificaciones urgentes en la manera en que funcionan las sociedades y en que cooperan los estados. Tales modificaciones deben respetar la igualdad y la equidad en materia de salud. La destrucción del medioambiente también es una

peligrosa amenaza para la tierra y sus habitantes, con graves efectos negativos sobre la equidad en la salud. Estas dos amenazas deben corregirse con un espíritu de justicia.

Un análisis eficaz desde la perspectiva de la equidad en la salud de estas amenazas a la vida de los pueblos indígenas y cualquier intervención deben tener en cuenta su clara relación simbiótica con la tierra y el medioambiente. También es preciso abordar la cuestión de los derechos a la tenencia de la tierra, puesto que afectan a todas las personas marginadas en el continente americano.

CONDICIONES DE VIDA

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son fundamentales para la vida que pueden llevar. Mostramos en detalle cómo cada una de las dimensiones que afectan la vida cotidiana —los primeros años y la educación, el trabajo decente, una vejez digna, la protección social y de los ingresos, el medioambiente y las condiciones de vivienda, la violencia y el sistema de salud— influyen la equidad en la salud y la capacidad de llevar una vida digna. Estas dimensiones se ven afectadas por los factores estructurales que se describieron anteriormente.

Interseccionalidad

Los cuatro temas transversales de la OPS —género, etnicidad, equidad y derechos humanos— son fundamentales en este informe. Junto con la posición socioeconómica, el género, la discapacidad y el origen étnico, son las bases de la discriminación que tiene un impacto profundo en los resultados en materia de salud en el continente americano. Un elemento esencial de la labor de la Comisión de la OPS sobre Equidad es reconocer que las múltiples desventajas pueden intensificar de manera adversa la experiencia de los determinantes sociales de la salud. La Comisión ha examinado las desventajas relacionadas con el género y la etnicidad, y la intersección del perjuicio causado por la pobreza,

la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género. Es importante prestar atención a la etapa de la vida, ya que los niños y las personas mayores pueden sufrir la inequidad en la salud de forma diferente y, a menudo, en niveles más profundos que otros grupos etarios. Los instrumentos y mecanismos de derechos humanos han confirmado que todas estas características producen o exacerban las violaciones a los derechos humanos.

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

Acuerdos de gobernanza

Los sistemas de gobernanza determinan quién decide sobre políticas, cómo se distribuyen los recursos a lo largo y a lo ancho de la sociedad, y la manera en que los gobiernos rinden cuentas de sus actos. La gobernanza para la equidad en la salud a través de la acción sobre los determinantes sociales exige, como mínimo, la adhesión a los principios de buena gobernanza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: la legitimidad y la voz, dirección y visión claras, medición de resultados, rendición de cuentas e imparcialidad (17). Pero también hacen falta enfoques que abarquen la totalidad del gobierno y de la sociedad para reducir las inequidades (18). Estos enfoques requieren nuevas formas de liderazgo que cambien la distribución del poder y debiliten las estructuras centralizadas y verticalistas de toma de decisiones. Muchos de los factores que determinan los patrones y la magnitud de las inequidades en la salud dentro de un país se encuentran fuera del control directo de los ministerios de salud y exigen una mayor participación de la población y las comunidades locales para definir los problemas y concebir e implementar las soluciones.

RESOLUCIÓN PERTINENTE DE LA OPS

CD53.R2: Plan de acción sobre la salud en todas las políticas

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

Derechos humanos

La ley es un contrapeso al poder político, y la reparación jurídica proporciona una vía fundamental para corregir las políticas y prácticas que provocan o profundizan las inequidades en materia de salud. Los estándares y compromisos en relación con los derechos humanos “refuerzan el diagnóstico de injusticia que generan las diferencias en los resultados de salud debido a factores sociales y políticos” (19). El gran hincapié puesto en la responsabilidad en materia de derechos humanos requiere que se logren reparar de manera eficaz y oportuna las infracciones, adoptar medidas eficientes para prevenir la recurrencia y fomentar un entorno que propicie los derechos humanos (20).

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

LA EQUIDAD EN LA SALUD Y UNA VIDA DIGNA

Las acciones captadas por nuestro marco conceptual tienen como objetivo lograr una mayor equidad en la salud y una vida digna. Las condiciones para llevar una vida digna se generan a partir del concepto del empoderamiento

que fue destacado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. El empoderamiento tiene potencialmente tres dimensiones: material, psicológica y política. En varios de sus dictámenes, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha desarrollado el concepto de *vida digna*. La Corte ha señalado que el derecho a la vida debe incluir el derecho a “que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una existencia digna” (21).

El concepto de vida digna incorpora el principio de autodeterminación y la capacidad de planificar y tratar de concretar un proyecto de vida, que incluye el derecho a tomar las decisiones que se consideran mejores, por su propia y libre voluntad, a fin de alcanzar sus ideales (22). Este enfoque sobre la autonomía y una vida vivida con dignidad se basa en el concepto de capacidades expresado por Amartya Sen (23). La libertad para vivir una vida que sea digna de valorarse es el eje de las capacidades que promueve el filósofo.

CONSONANCIA CON OTROS ENFOQUES DE LA SALUD GLOBAL

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

En primer lugar, la Comisión de la OPS sobre Equidad avala el fuerte impulso de la OMS y otros hacia la cobertura universal de salud. El acceso universal a la atención de salud debería ser una característica de todas las sociedades. Sin embargo, las inequidades en cuanto al acceso a la atención de salud no son la causa principal de las inequidades en la salud. En países como Canadá y el Reino Unido, pese a que han implementado el acceso universal a la atención de salud, todavía subsisten inequidades en la salud, que pueden ser atribuidas a los factores estructurales y las condiciones de vida. La falta de acceso a la atención cuando las personas se enferman agrava el problema. Ahora bien, hay una clara intersección entre los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal de salud, o su

falta. En muchos países, la escasez de dinero, la situación marginal, la ubicación remota y las barreras culturales pueden ser razones de la falta de acceso a la atención. Estos también son determinantes sociales de la salud. Respaldamos el enfoque adoptado por la OPS en el sentido de que un componente importante de la cobertura universal de salud es incorporar las funciones esenciales de la salud pública (24). Los países de la región han firmado y aprobado resoluciones impulsadas por la OPS, muchas de las cuales son importantes para promover una mayor equidad en la salud (24).

En segundo lugar, la prevención de las enfermedades transmisibles es todavía una de las principales prioridades para la Región de las Américas. En su forma más básica, la falta de acceso al agua potable y las instalaciones sanitarias son causas importantes de las deficiencias de salud. Nuestra perspectiva es abordar las “causas de las causas”: las razones por las cuales se niega a algunos grupos de la sociedad las políticas e intervenciones conocidas que mejoran la salud.

Tercero, existe una iniciativa que fue muy bien recibida en todo el mundo sobre las enfermedades no transmisibles (ENT). Parte de este movimiento está orientado al acceso a la atención de salud y parte a la prevención. Los objetivos del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, de la OMS, incluyen mejoras de las causas o factores de riesgo conocidos: la alimentación, el consumo de tabaco, la obesidad, la falta de actividad física y el abuso del alcohol (25). Nosotros nos centramos en las “causas de las causas”: los determinantes sociales de estos comportamientos no saludables. Por lo tanto, las recomendaciones de la Comisión de la OPS sobre Equidad apoyarán el plan de acción mundial para las enfermedades no transmisibles. Los determinantes sociales también actúan a través de vías psicosociales. Por ejemplo, el estrés tiene efectos directos sobre la salud física y mental (4).

2. LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD EN EL CONTINENTE AMERICANO

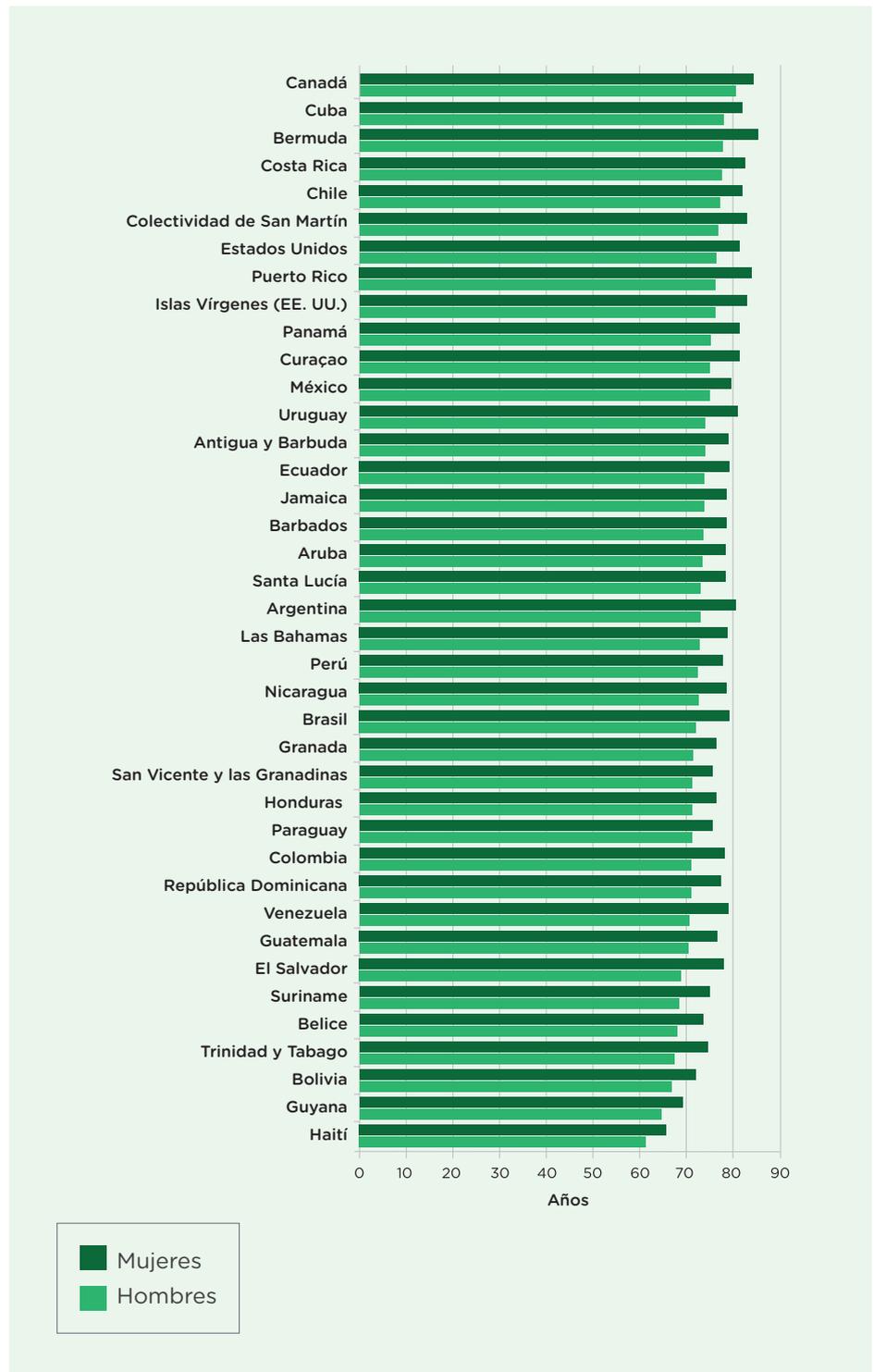


En el continente americano tuvieron lugar numerosas mejoras con respecto a la salud en los últimos años. Desde el año 2003, la esperanza de vida ha mejorado en dos años en Estados Unidos y Canadá, y en cuatro años en América Latina y el Caribe (26, 27). La mortalidad infantil ha disminuido un 42 % en América Latina y el Caribe desde el 2003 y la tasa de mortalidad materna en un 32 % desde el 2000 (aunque, esencialmente, se mantiene constante en Canadá y Estados Unidos) (2).

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

El rango de la esperanza de vida en los países de la región era de 18 años en el año 2016, como se muestra en la figura 2.1. En todos los países las mujeres viven más que los hombres.

FIGURA 2.1. ESPERANZA DE VIDA DE HOMBRES Y MUJERES EN EL CONTINENTE AMERICANO, 2016

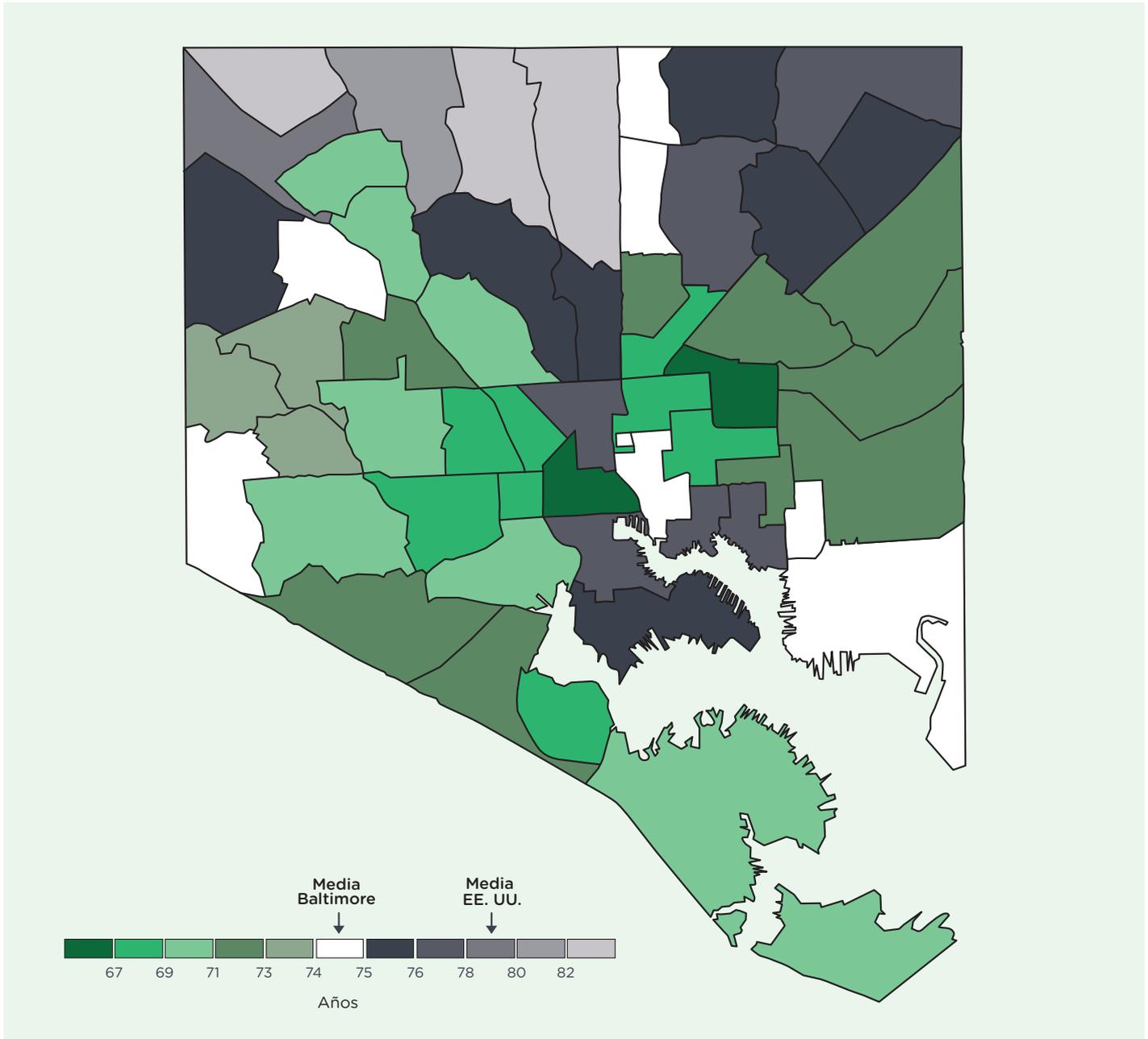


Fuente: Datos del Banco Mundial, 2018 (2).

Dentro de los países, las desigualdades en la salud son aún mayores y están estrechamente relacionadas con el género, la identidad indígena y afrodescendiente, el nivel de educación, los ingresos y la riqueza, las discapacidades y la sexualidad, así como las intersecciones entre estas variables (28, 29).

En Baltimore hay una brecha de 19 años de la esperanza de vida entre aquellos que viven en las zonas más desfavorecidas y aquellos que viven en las más ricas (28).

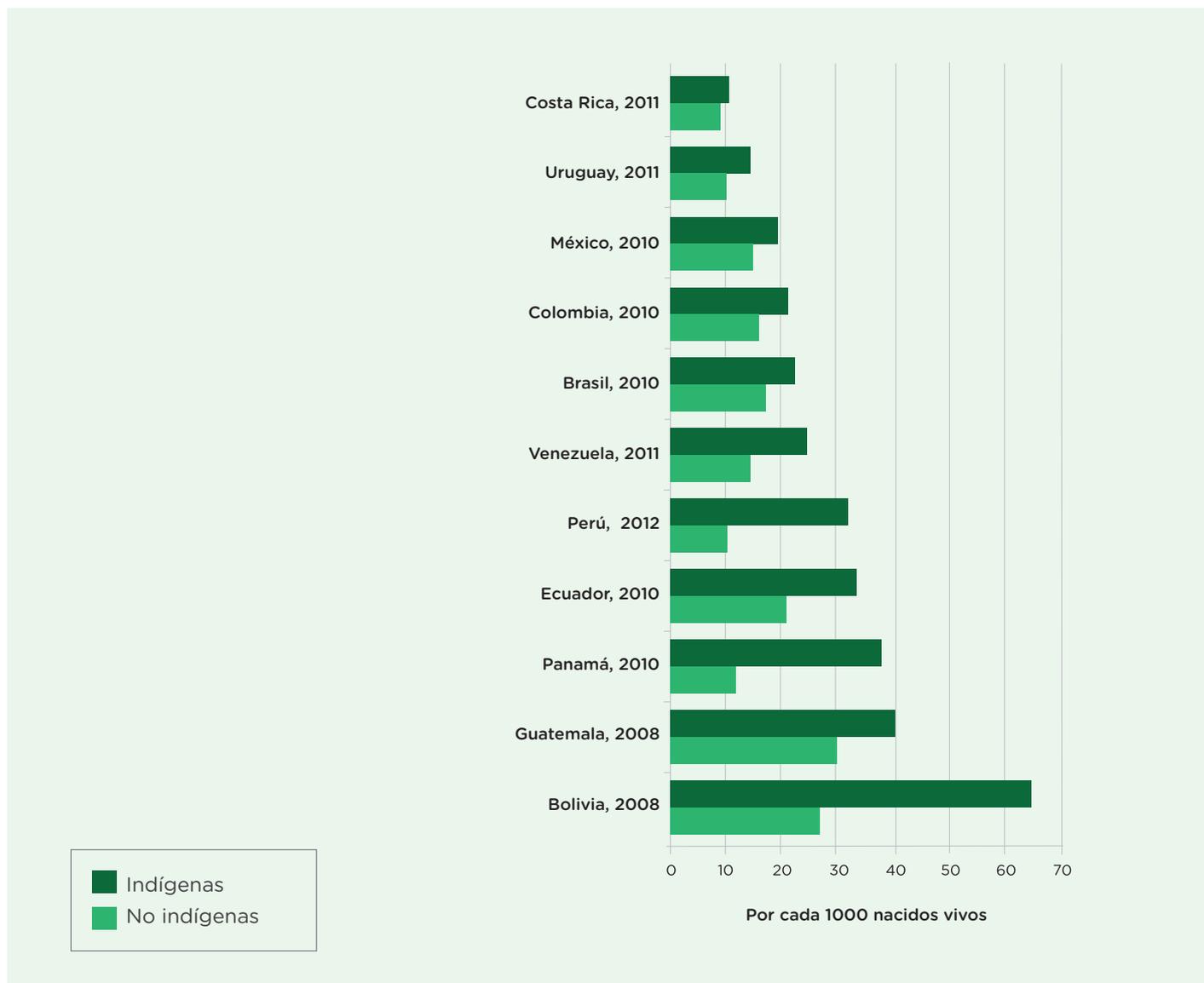
FIGURA 2.2. ESPERANZA DE VIDA POR BARRIO, BALTIMORE, 2015



Fuente: Ingraham C. Washington Post. Justice Policy Institute (28).

A pesar de las mejoras en la salud materno-infantil, aún se evidencian grandes desigualdades. Un indicador clave es la tasa de mortalidad de menores de 5 años, que muestra niveles más altos entre los pobres que entre los ricos, y un gradiente social que va desde el quintil más rico al más pobre (véase la figura 2.3). La mortalidad de menores de 5 años es mayor en los niños indígenas que en los que no son indígenas en todos los países que se muestran.

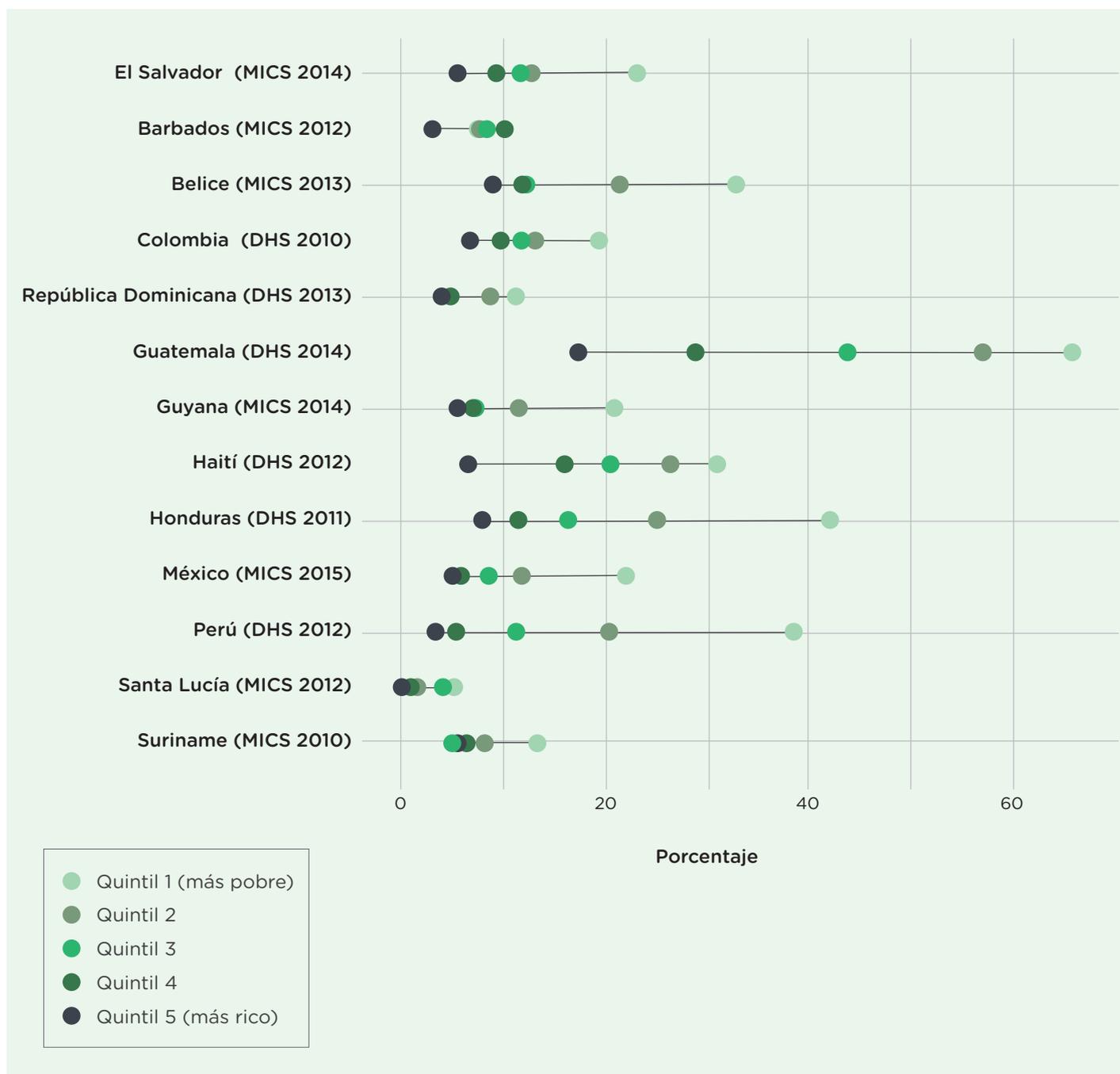
FIGURA 2.3. MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS POR IDENTIDAD INDÍGENA, PAÍSES CON DATOS COMPARABLES, AÑO 2012 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL (5).

El retraso del crecimiento está extendido en América Latina y hay desigualdades en las tasas dentro de los países y entre ellos en relación con los niveles de educación e ingresos (30). El retraso en el crecimiento afecta principal, pero no exclusivamente, a los niños de ingresos bajos, de madres con niveles bajos de educación y los indígenas.

FIGURA 2.4. PORCENTAJE DE NIÑOS CON RETRASO DE CRECIMIENTO POR QUINTIL DE RIQUEZA, PAÍSES CON DATOS COMPARABLES, AÑO 2013 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES.

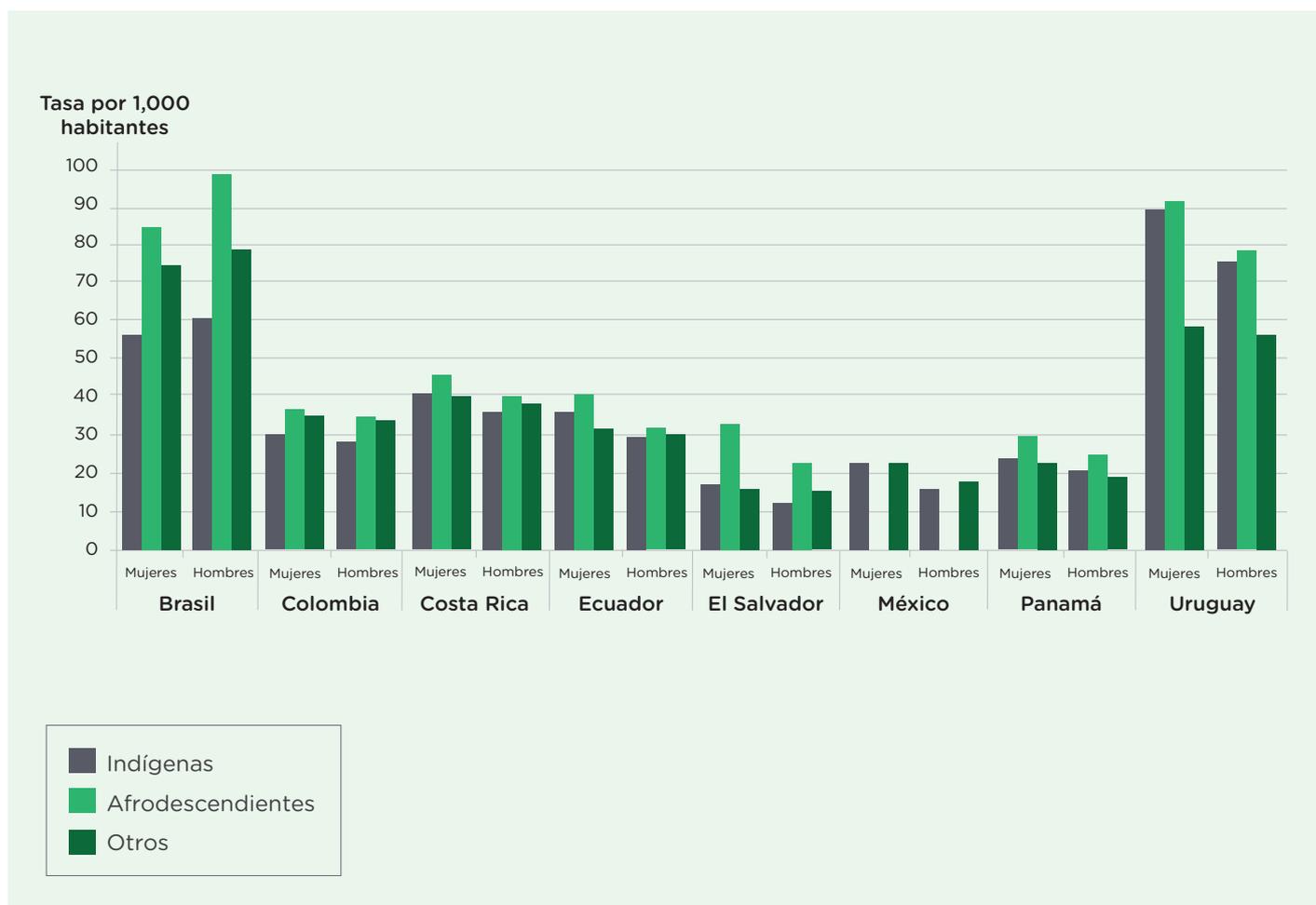


Fuente: Herramientas de Evaluación Económica de la Salud (HEAT, por sus siglas en inglés): software para explorar y comparar las desigualdades en cuanto a la salud en los países. Edición con base de datos incorporada. Versión 2.1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (31, 32).

Existen marcadas y persistentes desigualdades en las tasas de fertilidad adolescente relacionadas con la posición socioeconómica y la identidad indígena y afrodescendiente. Las mujeres en el quintil más rico tienen tasas menores de embarazo adolescente y partos que los grupos más pobres. El embarazo adolescente y el parto comporta un riesgo tanto para la madre como para el hijo, incluidos los niveles altos de mortalidad materna y de menores de 5 años (33).

Hay grandes diferencias en las tasas de discapacidad en toda la región, aunque las comparaciones directas son problemáticas dado que los países utilizan diferentes definiciones de discapacidad y los mecanismos de seguimiento son generalmente débiles (34). También hay diferencias significativas en las tasas de discapacidad dentro de los países (figura 2.5). Las tasas más altas corresponden a las personas afrodescendientes, y están relacionadas con el género y la posición socioeconómica. En todos los países para los cuales se dispone de datos, las tasas de discapacidad eran más elevadas entre quienes no completaron la educación primaria que entre quienes accedieron a niveles más altos de educación.

FIGURA 2.5. TASA DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN DE 0 A 18 AÑOS, POR SEXO, IDENTIDAD INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE, PAÍSES CON DATOS COMPARABLES, AÑO 2011 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES

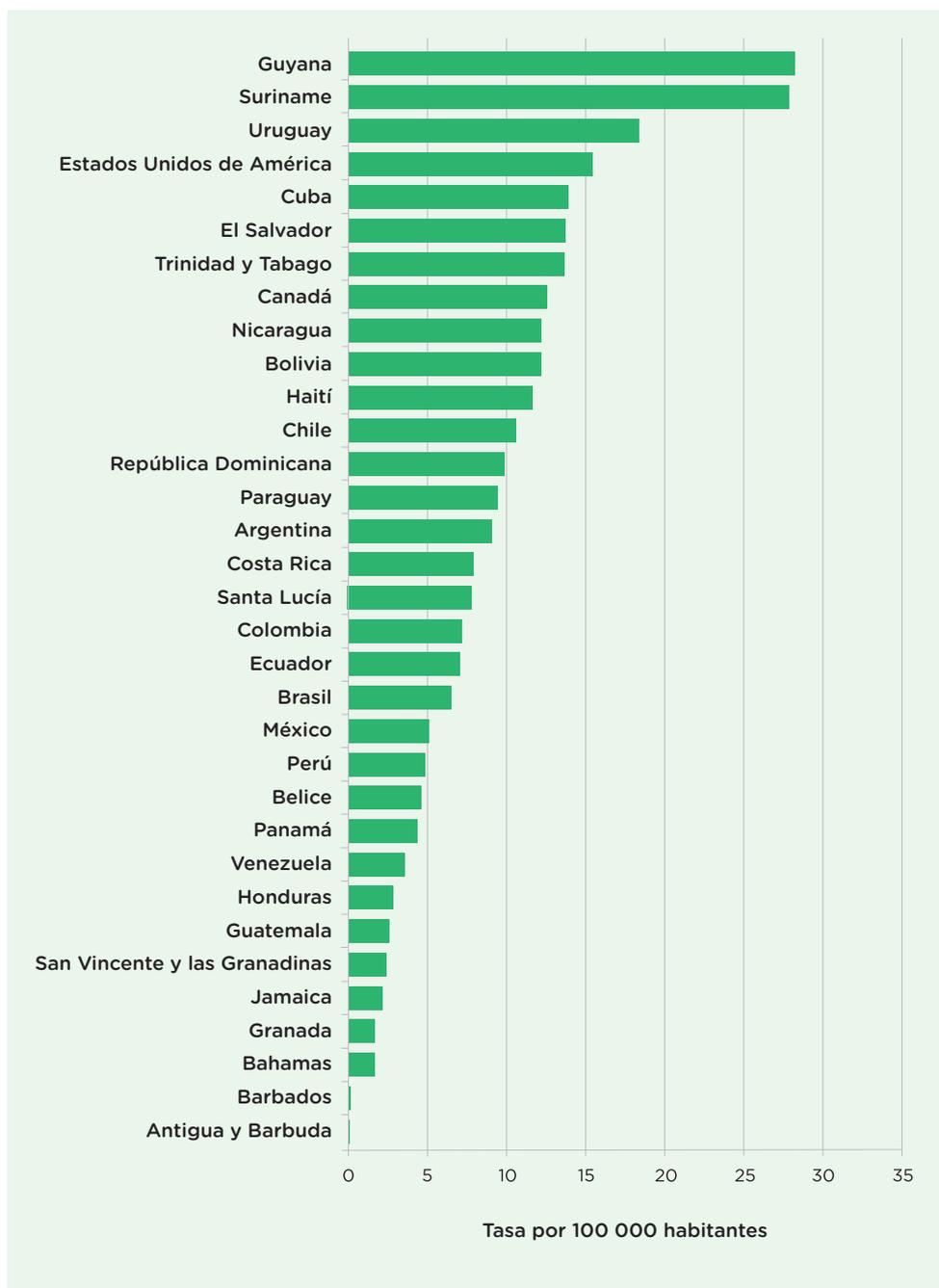


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama social de América Latina, 2012 (35).

Las desigualdades estructurales en cuanto a los determinantes de la salud profundizan las desigualdades en la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales y las inequidades de acceso al tratamiento eficaz de salud mental. Esas desigualdades se dan entre los diferentes grupos étnicos en el continente americano, así como entre diferentes grupos socioeconómicos, y entre hombres y mujeres (5). Las personas con problemas de salud mental están en mayor riesgo de contraer otras enfermedades, sufrir lesiones y muerte prematura (4).

Aunque no toda enfermedad mental conduce al suicidio, y no todo suicidio se relaciona con una enfermedad mental, el suicidio es un resultado posible de las enfermedades mentales (36). En la figura 2.6 se muestran las tasas de suicidio en la región.

FIGURA 2.6. TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, PAÍSES DE LAS AMÉRICAS, 2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud, obtenidos de los Indicadores del Desarrollo Mundial publicados por el Banco Mundial, 2018 (2).

En Estados Unidos entre los años 1999 y 2014 aumentaron significativamente las tasas de suicidio en las mujeres y hombres blancos más pobres, y quienes pertenecen a los pueblos originarios de Estados Unidos y de Alaska (36, 37). En Canadá, la tasa de suicidio de los varones de 15 a 24 años que pertenecen a las Primeras Naciones es cuatro veces mayor que la de los jóvenes que no son indígenas (38).

ACUERDOS INTERNACIONALES

Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 apunta a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (6).

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS (24).

- **CSP29.R2:** Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
- **CD55.R13:** La salud de los migrantes
- **CD53.R7:** Plan de acción sobre salud mental
- **CD50.R16:** Salud, seguridad humana y bienestar
- **CSP29.R3:** Política sobre etnicidad y salud
- **CD53.R12:** Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación



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

RECOMENDACIÓN 1.

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

Las formas de poder político, social, cultural y económico están cada vez más concentradas en el continente americano (39). Esa concentración y el deterioro de la posición de la región dentro de la economía mundial están impulsando inequidades en cuanto a la salud que son estructurales y muy profundas. En muchos países de la región, las fuerzas económicas nacionales e internacionales han socavado la estabilidad, la equidad y el crecimiento económico. Algunas zonas de la región están atravesando crisis económicas, y los más pobres se llevan la peor parte, tanto en términos de menores oportunidades de empleo y salarios más bajos, como de reducción del gasto destinado a las políticas de protección social.

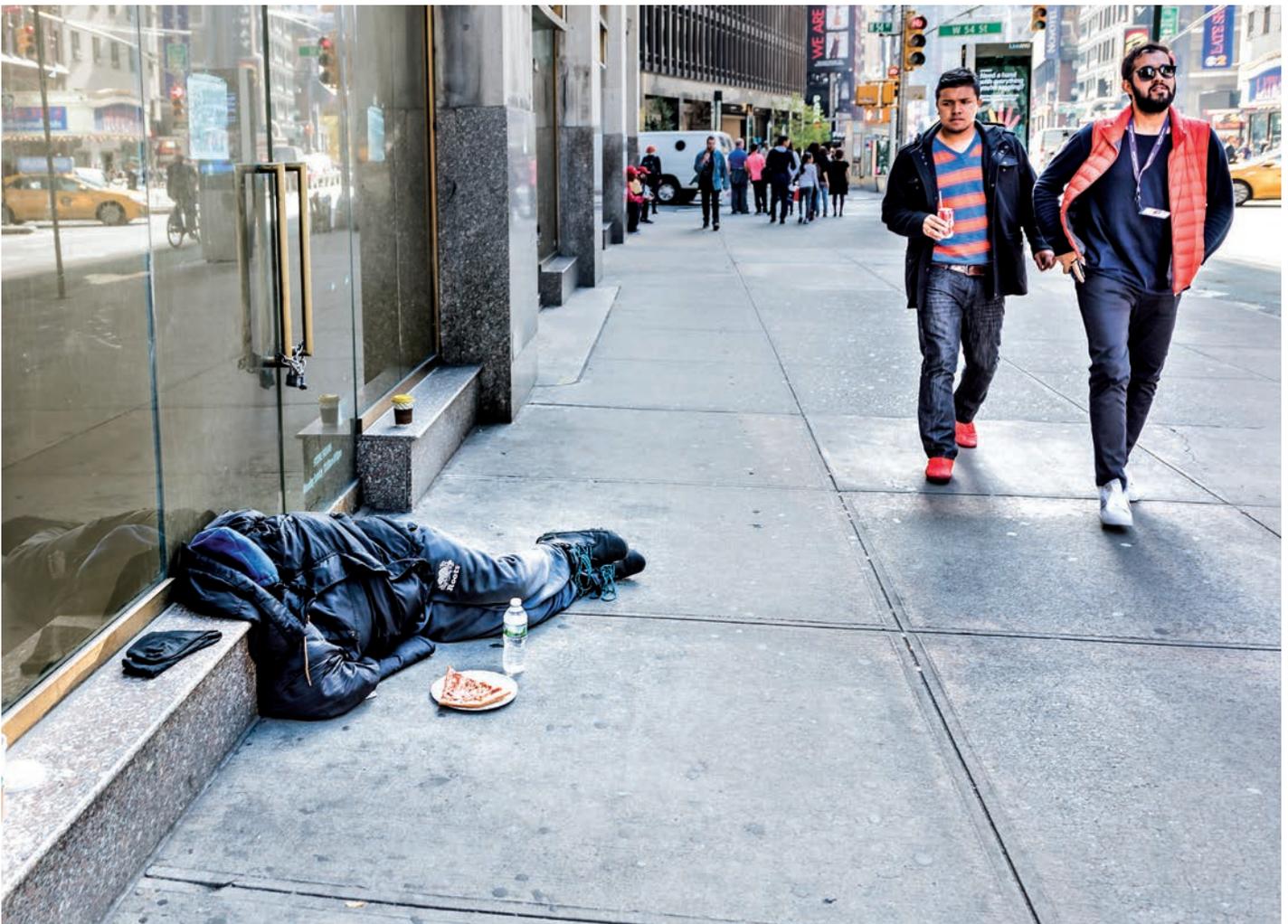
OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
1A. IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA FISCAL PROGRESIVA PARA MEJORAR LA EQUIDAD EN LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el impacto que tienen las políticas fiscales sobre la equidad y adaptarlas para promover la equidad en la salud. • Fortalecer la cooperación internacional para frenar la explotación de los paraísos fiscales. • Reforzar la red de seguridad financiera de la región.
1B. GARANTIZAR UNA ESFERA PÚBLICA SÓLIDA Y REFORZAR EL PAPEL DEL ESTADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar enfoques para aumentar el empoderamiento político de conformidad con la agenda para la equidad del proyecto Horizontes 2030 de la CEPAL y las recomendaciones de la Comisión de Oslo (40). • Disputar la presunción de que los mercados son los prestadores de servicios públicos más eficaces. • Reforzar el papel del Estado en la regulación de los servicios públicos.
1C. ABORDAR URGENTEMENTE LA CORRUPCIÓN PARA DEBILITAR LA AMENAZA QUE IMPLICA SOBRE LA EQUIDAD EN LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las recomendaciones de Transparencia Internacional para reducir la corrupción (41). • Fortalecer las instituciones dedicadas a detectar, investigar y procesar los delitos relacionados con la corrupción. • Anular la inmunidad política en los casos relacionados con la corrupción. • Fortalecer la capacidad de investigación de las fuerzas policiales, reforzar las medidas disciplinarias internas y establecer mecanismos permanentes de rendición de cuentas para las fuerzas policiales. • Crear canales para hacer denuncias anónimas, que sean accesibles para los denunciantes y que genuinamente los protejan de toda forma de represalia.

La política fiscal progresiva es de fundamental importancia para mejorar la equidad en la salud. La política monetaria, el gasto destinado a la protección social y los sistemas impositivos deberían aspirar a ser redistributivos y estar diseñados para mejorar progresivamente la calidad de vida de las comunidades y poblaciones más expuestas al riesgo de padecer consecuencias desfavorables y brindarles servicios esenciales. En muchas esferas de la política fiscal en la actualidad este no es el caso: las políticas de jubilación o pensión pueden ser regresivas cuando solo acceden a este beneficio quienes tienen un empleo formal, lo que deja afuera a los desempleados y a las personas con empleos informales. En muchos países, los sistemas fiscales y de prestaciones son regresivos: los ricos pagan menos impuestos en proporción a su riqueza que los más pobres.

En la región, muchos gobiernos se han retirado de la prestación de servicios y fueron reemplazados por el sector privado. Sin embargo, los mercados no siempre son los mejores proveedores de los bienes públicos y, con frecuencia, el sector privado agrava las inequidades en cuanto al acceso a servicios esenciales de calidad. La inversión pública en educación, investigación y desarrollo, salud, infraestructura y muchos otros servicios esenciales es vital para tener una sociedad saludable y floreciente.

Una mayor responsabilización política podría ayudar, y que las personas participen activamente en la gobernanza democrática para hacer realidad un entorno público próspero favorece la buena salud. Sin esto, se debilitan las responsabilización política y económica (40, 42).

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



RECOMENDACIÓN 2.

PROTEGER EL ENTORNO NATURAL, MITIGAR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y RESPETAR LAS RELACIONES CON LA TIERRA

Las amenazas ambientales comúnmente tienen una marcada dimensión de equidad: las personas socialmente desamparadas se ven mucho más afectadas por la degradación ambiental y el cambio climático (43). La experiencia demuestra que las crisis ambientales y los fenómenos naturales extremos resultan desastrosos para las personas desfavorecidas (44). Es importante asegurar que las acciones encaminadas a mitigar y adaptarse al cambio climático no tengan impactos adversos sobre la equidad en la salud. La tierra y los derechos sobre la tierra juegan un papel vital para que las personas puedan llevar una vida próspera y la justicia ambiental debe ser un eje fundamental del desarrollo (45, 46).

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
2A. MITIGAR Y ADAPTARSE AL CAMBIO CLIMÁTICO PARA APOYAR LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir los subsidios a los combustibles fósiles para incentivar el desarrollo y uso de energías renovables. • Mejorar la preparación y respuesta ante eventos meteorológicos extremos para reducir las inequidades en materia de salud. • Cumplir el Acuerdo de París sobre el cambio climático y los ODS correspondientes. • Asegurar el papel del sector privado en la innovación como parte de la solución para proteger el medioambiente y mitigar el cambio climático.
2B. MINIMIZAR EL DAÑO AMBIENTAL QUE PRODUCEN LAS INDUSTRIAS DE EXTRACCIÓN DE RECURSOS Y LA AGRICULTURA Y LA GANADERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger la biodiversidad para promover la salud del suelo y los ecosistemas saludables. • Elaborar y aplicar reglamentaciones destinadas a que las industrias agropecuaria y extractiva minimicen el daño medioambiental y para la salud.
2C. PROMULGAR POLÍTICAS QUE PROTEJAN Y FAVOREZCAN LA RELACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS CON LA TIERRA Y CONTRIBUYAN A QUE LAS COMUNIDADES MARGINADAS LOGREN LA TENENCIA DE LAS TIERRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar y afirmar la clara relación entre los pueblos indígenas y la tierra. • Incluir a las personas afrodescendientes y las comunidades indígenas en las decisiones y acciones que afectan a sus tierras. • Establecer mecanismos y legislación para darle carácter oficial a la ocupación y la tenencia de la tierra a los habitantes que viven en asentamientos informales.

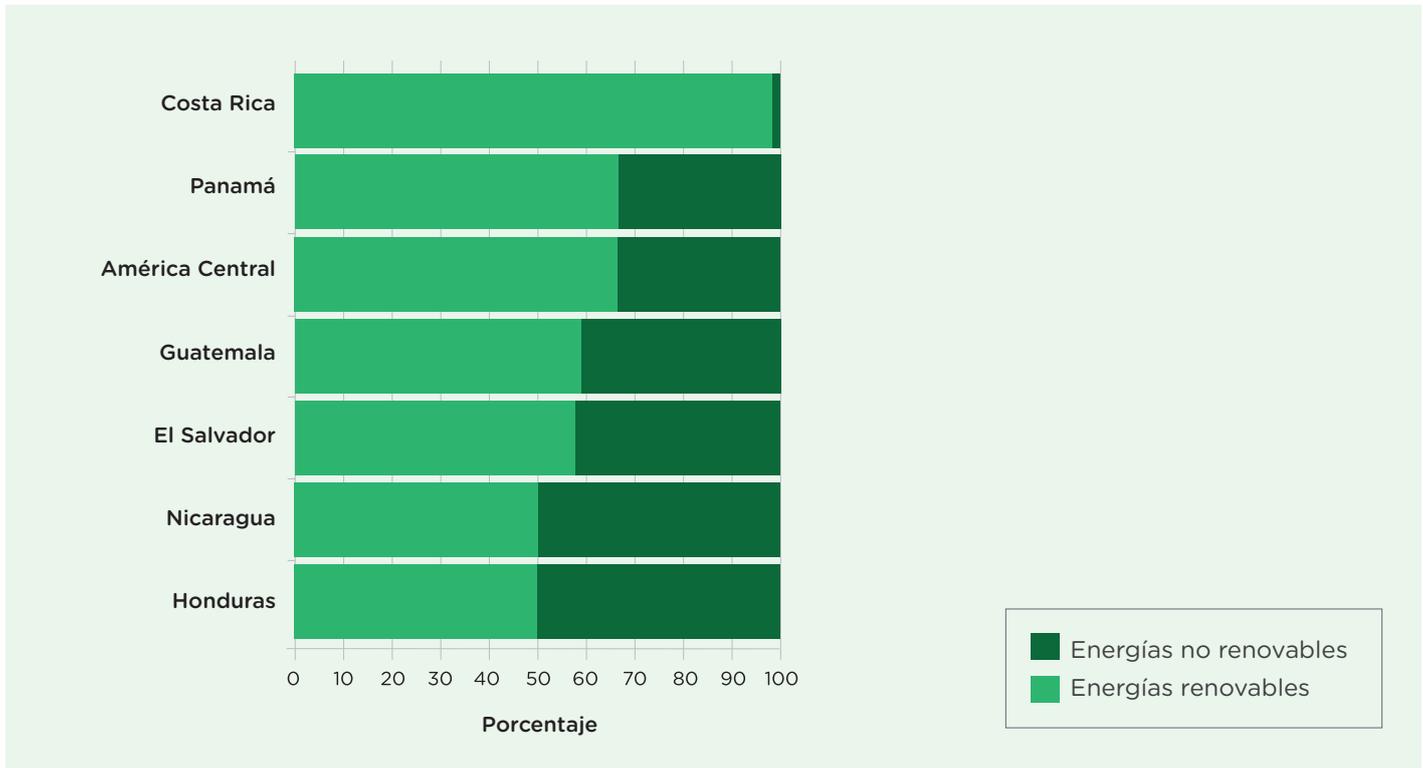


El primer principio del organismo de las Naciones Unidas encargado de abordar el cambio climático es “... proteger el sistema climático en beneficio de las generaciones presentes y futuras, sobre la base de la equidad” (47).

El desarrollo no sostenible, y en particular el cambio climático, acentúa el riesgo, la gravedad y la vulnerabilidad de las personas y los ecosistemas frente a los daños que repercutirán en la salud y el bienestar. El cambio climático es una de las dimensiones de la insostenibilidad; otras son pasar por alto las limitaciones de los recursos, amenazar la biodiversidad y la calidad del suelo, y contaminar y dañar los ecosistemas que sustentan la vida. Disminuir estos riesgos ambientales será bueno tanto para la salud y el bienestar general, como también para nivelar el gradiente socioeconómico, ya que cada uno afecta a las personas y comunidades más pobres.

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

FIGURA 3.1. PANORAMA DE LA GENERACIÓN DE ENERGÍA, AMÉRICA CENTRAL, 2016



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a partir de cifras oficiales (48).

Un factor común a todas las formas de degradación de la tierra es el agotamiento del suelo y el deterioro de la biodiversidad. Ha aumentado el uso de fertilizante por hectárea en América Latina y se ha producido un incremento sustancial del uso intensivo de plaguicidas. Se han perdido grandes extensiones de terrenos forestados en América Latina y el Caribe: aproximadamente 100 millones de hectáreas entre 1990 y el 2014 (49). Algunas zonas de América Latina y el Caribe tienen altos índices de desertificación. El Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, de las Naciones Unidas, estima que el 50 % de las tierras agrícolas en América Latina y el Caribe estará expuesto a la desertificación para el 2050.

Muchas comunidades indígenas en toda la región respetan y viven en consonancia con prácticas ambientales sostenibles que equilibran la población y el medioambiente, con un fuerte enfoque hacia la protección de la tierra y el respeto por las generaciones futuras. Sin embargo, la expansión de las actividades agropecuarias y de la extracción de recursos naturales en las tierras de los pueblos indígenas está causando el desplazamiento de sus habitantes desde las tierras donde han vivido durante siglos, así como la degradación del medioambiente. Esto, a su vez, crea y agrava las inequidades en materia de salud.



EJEMPLO DE ACCIONES PARA MEJORAR LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y REDUCIR EL USO DE ENERGÍAS NO RENOVABLES

Canadá

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

Costa Rica

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

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS

CD55.R10: Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021

CD51.R15: Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático

CSP28.R19: Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres

RECOMENDACIÓN 3.

RECONOCER Y REVERTIR EL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD EN LA SALUD DEL COLONIALISMO PERSISTENTE Y EL RACISMO ESTRUCTURAL

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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
3A. TOMAR MEDIDAS PARA COMBATIR LA FILOSOFÍA, LA CULTURA, LAS POLÍTICAS Y LAS PRÁCTICAS QUE DEVIENEN DEL COLONIALISMO HISTÓRICO Y ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer participar a las comunidades afrodescendientes e indígenas en la redacción y sanción de leyes, la organización y la prestación de servicios y otras decisiones que afectan su vida. • Mejorar la recopilación de datos desperdigados e incluir las aportaciones de los pueblos indígenas y los afrodescendientes en la investigación para definir problemas y soluciones. • Asegurar que las personas de todas las etnias tengan acceso equitativo a los servicios públicos que contribuyen a la equidad en la salud, y que el presupuesto destinado a estos servicios sea equitativo.
3B. ASEGURAR QUE LAS PERSONAS AFRODESCENDIENTES Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS GOZEN DE LIBERTAD PARA LLEVAR UNA VIDA DIGNA, INCLUSO MEDIANTE LA AFIRMACIÓN DE LOS DERECHOS QUE LES SON PROPIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las desigualdades de espacio, culturales, sociales e intergeneracionales como una cuestión de derechos humanos para todos los grupos étnicos. • Las entidades de gobierno deben reconocer y ser responsables de los derechos específicos de las personas afrodescendientes y atenerse a los principios del Decenio Internacional de los Afrodescendientes, de las Naciones Unidas. • Todos los estados que incorporan la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en las leyes, políticas y prácticas nacionales aseguran que los pueblos tengan los recursos y oportunidades necesarios para ejercer el pleno goce de sus derechos.
3C. ADOPTAR MEDIDAS POSITIVAS PARA COMBATIR EL RACISMO SISTEMÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar el racismo por medio de la educación pública, incluso en ámbitos del gobierno, la sociedad civil y las escuelas. • Revisar la legislación vigente, las políticas y los servicios para identificar y corregir las acciones que perpetúan el racismo. • Establecer y apoyar de manera eficaz e independiente mecanismos nacionales interamericanos para abordar los casos de discriminación individual y sistémica. • Los gobiernos deben avalar la posición de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que afirma que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconoce al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales.

Debido a los efectos nocivos del colonialismo, los pueblos indígenas de todo el mundo tienen más probabilidades de ser pobres y de vivir en niveles más profundos de pobreza que los no indígenas (50). La tendencia de la pobreza es evidente incluso en los países ricos del continente americano. Por ejemplo, en Canadá, más del 60 % de los niños que habitan en reservas de las Primeras Naciones viven en la pobreza, en comparación con el 18 % de todos los niños (51).

En toda la región, las personas afrodescendientes sufren problemas similares. En el 2016, el Instituto Brookings informó que en Estados Unidos en el año 2000 el hogar negro medio tenía un ingreso familiar que era el 66 % del ingreso promedio de los hogares blancos. En el 2015 esa cifra era del 59 %.

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

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

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

La resolución de la OPS sobre la *Salud de los pueblos indígenas de las Américas* (CD47.R18 [2006]) se aprobó para fortalecer la toma de decisiones basadas en la evidencia y la capacidad de seguimiento en la región sobre la salud de las personas indígenas (52).

La mayoría de los países tiene algún tipo de mecanismo gubernamental para promover la igualdad racial o para abordar cuestiones referidas a los afrodescendientes. Sin embargo, la experiencia muestra deficiencias de estos mecanismos que, sumadas a sus limitados recursos, reduce las posibilidades de implementar acciones para avanzar en la garantía de los derechos de las personas afrodescendientes.

La resolución 68/237 de la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio Internacional de los Afrodescendientes (2015-2024), bajo el lema "Afrodescendientes: reconocimiento, justicia y desarrollo". El decenio es una oportunidad para subrayar la importante contribución de las personas afrodescendientes y proponer medidas concretas para promover la igualdad y combatir la discriminación de todo tipo (15).

Otros hitos clave para la lucha contra la discriminación de los afrodescendientes en el continente americano son la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y las Formas Conexas de Intolerancia y el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre *La situación de las personas afrodescendientes en las Américas* (54).



EJEMPLOS DE ACCIONES PARA MITIGAR LAS DESIGUALDADES RACIALES Y ÉTNICAS Y DECONSTRUIR EL COLONIALISMO Y EL RACISMO PERSISTENTES

Acciones positivas: se implementaron principalmente en el campo de la educación y el mercado laboral. La experiencia demuestra que, mantenidas a lo largo del tiempo, estas acciones tienen excelentes resultados (54).

- En **Brasil**, la política para el ingreso de jóvenes afrodescendientes a las universidades evidenció una reducción significativa de la desigualdad étnico-racial en cuanto a los salarios durante el período 2004-2014.
- En el 2009, **Ecuador** aseguró el acceso a cargos públicos para los afroecuatorianos en forma proporcional a su población.
- **Colombia** estableció en 1996 el fondo de préstamos para estudiantes afrocolombianos con escasos recursos económicos y buen desempeño académico.
- En el 2003, **Brasil** estableció cupos para estudiantes afrodescendientes (40 %).
- En el 2005, **Venezuela** estableció cupos de becas para jóvenes afrodescendientes en institutos de formación y profesionalización.
- En el 2005 en **Bolivia** el Ministerio de Educación concedió el 20 % de los cupos anuales para capacitación a maestros de escuelas secundarias para pueblos indígenas y afrobolivianos sin rendir examen de ingreso.

Programa *Honoring Nations* de Estados Unidos (55): se trata de un programa de premios que detecta y divulga ejemplos destacados de gobernanza tribal que demuestran la importancia del autogobierno. Honoring Nations defiende el principio de que las propias tribus tienen la clave de su prosperidad social, política, cultural y económica, y que la autogobernanza desempeña un papel central en la creación y el mantenimiento de naciones indígenas sólidas y saludables.

Principio de Jordan: en Canadá, Jordan River Anderson, de la nación cree de Norway House en Canadá, estuvo innecesariamente internado en un hospital más de dos años porque los diferentes niveles del gobierno canadiense no se ponían de acuerdo sobre el pago de la atención domiciliar que debía recibir puesto que pertenecía a las Primeras Naciones. Jordan murió sin haber salido jamás del hospital. El Principio de Jordan se bautizó en su memoria y garantiza que los niños de las Primeras Naciones accedan a todos los servicios públicos sin discriminación (56). La Cámara de los Comunes lo aprobó en el 2007, pero tuvieron que pasar 11 años y cuatro dictámenes judiciales para que el gobierno canadiense comenzara a aplicarlo (57, 58).

4. LAS CONDICIONES DE VIDA

Los habitantes del continente americano aspiran a tener las cosas básicas cotidianas que les permitan llevar una vida digna y razonable. Esto incluye el control sobre su vida reproductiva y sexual; buenos servicios de maternidad; un buen comienzo de la vida para sus hijos, lo que comprende buena salud y buen desarrollo infantil temprano; una buena educación que les aporte a sus hijos habilidades y posibilidades de vida; el trabajo decente que promueve, y no perjudica, la salud; las condiciones que permiten a las personas mayores llevar una vida digna e independiente; tener suficiente dinero para vivir; vivir en un entorno cohesivo sin la amenaza de la violencia; tener una vivienda segura y razonable con agua limpia e instalaciones sanitarias; y tener acceso a la atención médica que favorece la salud y subsana los problemas de salud.

El logro de estas condiciones también será una importante contribución para tener una sociedad floreciente, bien organizada, segura y productiva. Sin embargo, el acceso a esas prestaciones está distribuido de manera desigual y se ha convertido en un factor fundamental de las inequidades en la salud. Sin todo esto, el objetivo de vivir una vida de dignidad será inalcanzable.



RECOMENDACIÓN 4.

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

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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
4A. ASEGURAR LA BUENA SALUD MATERNOINFANTIL Y UNA NUTRICIÓN ÓPTIMA	<ul style="list-style-type: none">• Mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, incluso para los adolescentes jóvenes, así como al aborto seguro.• Ampliar la atención pre y posnatal para quienes corren mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas.• Mejorar la adherencia a las directrices de la OMS sobre lactancia materna y nutrición maternoinfantil, con un enfoque en las comunidades pobres y rurales.• Introducir programas para proporcionar nutrición para las familias de ingresos bajos.• Proporcionar recursos financieros y sociales para las familias de ingresos bajos, incluida la ampliación de los programas exitosos de transferencias monetarias condicionadas.
4B. APOYAR EL BUEN DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar y equilibrar la financiación pública, de manera que se invierta más en desarrollo y educación en las etapas de educación preescolar y primaria.• Ampliar el acceso a programas de buena calidad y culturalmente apropiados para los primeros años de vida, centrados en reducir las desigualdades de participación.• Adoptar y cumplir las obligaciones internacionales de los Derechos del Niño, incluida la integración de medidas positivas y eficaces para asegurar el pleno goce de los derechos por parte de los niños indígenas, afrodescendientes y con discapacidad.
4C. REDUCIR LAS INEQUIDADES PARA EVITAR LA DESERCIÓN DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none">• Consolidar mejoras en la educación primaria, asegurando que todos los jóvenes de la región completen la educación secundaria de calidad.• Ampliar los programas de transferencias monetarias condicionadas para ayudar a que los niños terminen la educación secundaria.• Incorporar programas de educación sexual integral en todas las escuelas secundarias.• Impulsar reformas educativas para mejorar la calidad de la educación secundaria, asegurando que los profesores tengan suficientes habilidades y cualificaciones.



Las desigualdades en cuanto a la salud materno-infantil, las experiencias en los primeros años y la escolaridad se relacionan directamente con las desigualdades en una serie de consecuencias en la vida posterior, incluida la salud. Para lograr la equidad en este período es fundamental mitigar la desigualdad social y económica (véanse los objetivos prioritarios 1A, 1B y 1C), que generan profundas desigualdades sociales, económicas, de género y étnicas en cuanto a la salud y el desarrollo. Además, existen medidas específicas que se pueden tomar, como el acceso a la anticoncepción, la atención prenatal y postnatal, y el aborto seguro. Ponemos especial énfasis en mejorar la lactancia materna y la nutrición infantil, cuyo impacto se extiende a lo largo de toda la vida. El primer período de la vida es fundamental para introducir y heredar trayectorias de desigualdad, pero también es el período en que estas desigualdades pueden modificarse y atenuarse de una manera más eficaz.

La Región de las Américas hizo algunos progresos, en particular en relación con la reducción de las tasas de la mortalidad materna e infantil, y mejorar el acceso y la equidad de la educación primaria. Sin embargo, subsisten profundas desigualdades relacionadas con la posición socioeconómica, la etnia y las discapacidades y, en algunos casos, se han acentuado, particularmente en el caso de la educación secundaria.

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS

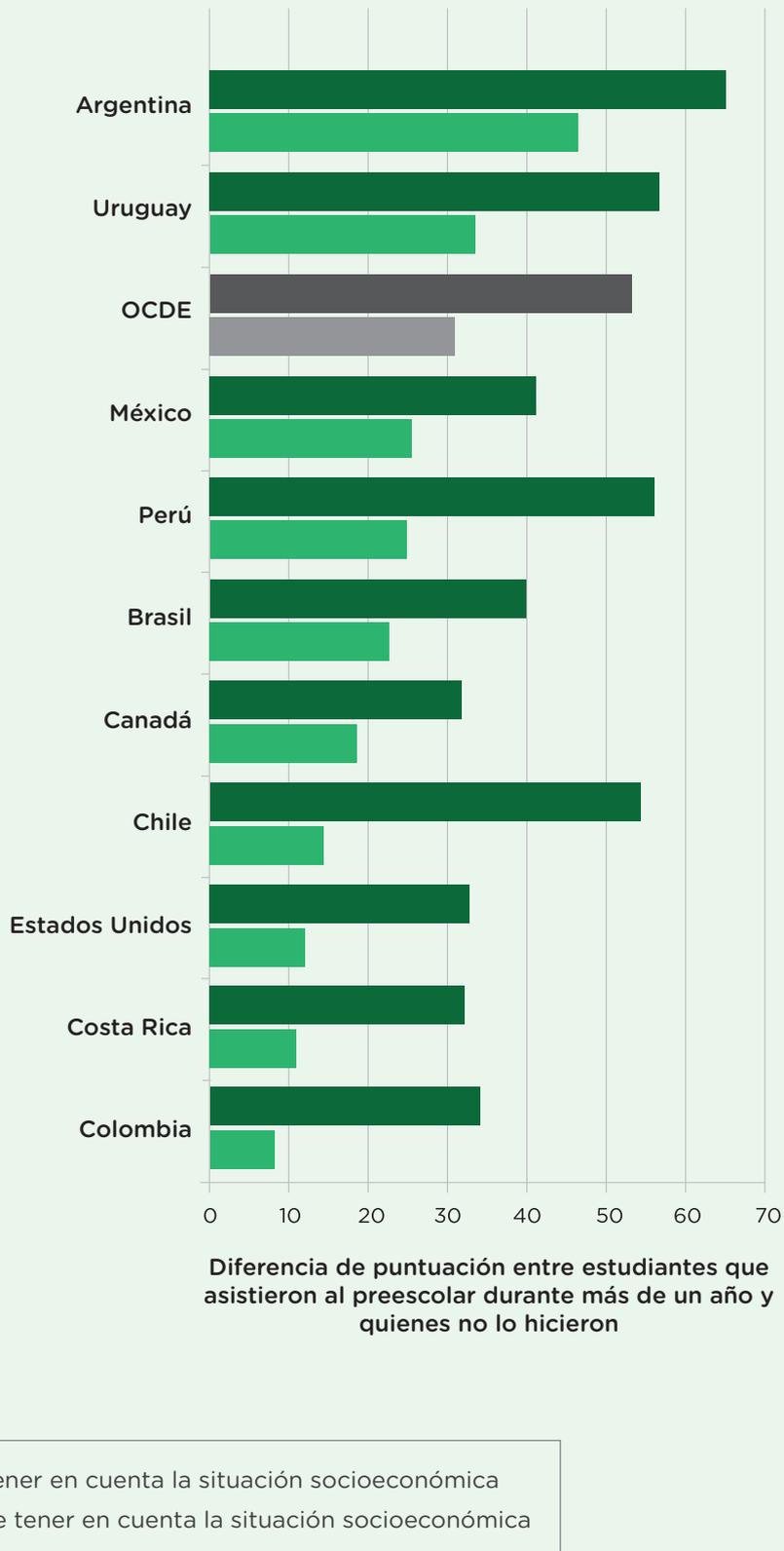
CD53.R13: Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia

CSP28.R20: Estrategia y plan de acción sobre la salud integral en la niñez

En América Latina y el Caribe, el 43% de los niños vive en hogares cuyos ingresos apenas alcanzan el 60 % del ingreso medio, que prácticamente duplica el porcentaje de adultos (24 %). Estados Unidos tiene tasas de pobreza infantil similares a México y Chile; y tasas considerablemente más altas de pobreza infantil que el promedio de los 37 países de la OCDE. Los niños en el decil de ingresos más bajos de Canadá viven en familias donde el ingreso es 53 % menor que para el niño promedio, mientras que la desigualdad en los ingresos ha aumentado y se ha mantenido la tasa de pobreza infantil.

La educación preescolar de buena calidad es una forma importante de mejorar el nivel educativo y la participación y, por ende, de reducir las desigualdades en la salud y mejorar otros resultados sociales y económicos, como el empleo y los ingresos, con efectos durante toda la vida. Para ilustrar esta importancia, en la figura 4.1 se muestra la diferencia de puntuación del rendimiento en matemáticas entre los estudiantes que informaron que habían asistido a la escuela preescolar durante un año o más y aquellos que no habían asistido a la escuela preescolar, después de tomar en cuenta la situación socioeconómica (59). Esto último es importante porque, en la mayoría de los países, los niños de los hogares más pobres, que son quienes podrían beneficiarse en mayor grado, tienen menos probabilidades de asistir a la escuela preescolar.

FIGURA 4.1. DIFERENCIA DE RENDIMIENTO EN MATEMÁTICAS A LA EDAD DE 15 AÑOS POR HABER CONCURRIDO A LA ESCUELA PREESCOLAR DURANTE UN AÑO O MÁS, ANTES Y DESPUÉS DE TENER EN CUENTA LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO QUE PARTICIPARON EN LA ENCUESTA PISA, 2012



Fuente: Base de datos de la OCDE, PISA 2012, Tabla II.4.12 (60).

En toda la región, se hicieron grandes progresos para lograr el acceso universal a la educación primaria de buena calidad. No se destinó el mismo nivel de inversión, enfoques o mejoras a la participación universal en la educación secundaria y logro de objetivos en esta etapa, y perduran profundas desigualdades. Estas están estrechamente relacionadas con la situación socioeconómica, el nivel de educación de los padres, la identidad étnica, el sexo, la discapacidad, y la residencia en zonas rurales o urbanas.

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

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

RESOLUCIONES DE LA OPS

CD49.R14: Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

CD48.R5: Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

El objetivo 4 hace referencia a proporcionar educación primaria y secundaria gratuitas, equitativas y de calidad, y al acceso igualitario a la educación y la formación terciarias.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

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

EJEMPLOS DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EXITOSOS RELACIONADOS CON LA SALUD MATERNA Y LA NUTRICIÓN

- Las mujeres que recibieron suplementos nutricionales en México, Colombia y Nicaragua durante la infancia aumentaron su nivel educativo en un grado completo y mejoraron su probabilidad de completar la escuela primaria y de cursar algunos años de la escuela secundaria (61).
- Los programas orientados a mejorar la salud materna y apoyar a las familias fueron importantes para zanjar las desigualdades sociales en la salud de las mujeres en toda la región, lo que mejora una gama de otras posibilidades de vida; y para promover una mayor paridad de género (62).

EJEMPLOS DE PROGRAMAS Y ENFOQUES EXITOSOS DEDICADOS A COMBATIR LA POBREZA INFANTIL Y ANTES DE LA EDAD ESCOLAR

- Los programas destinados a los primeros años en América Latina y el Caribe que combinan varias estrategias (prácticas de crianza, atención en la primera infancia, nutrición) han tenido efectos positivos sobre la adquisición del lenguaje, el razonamiento y la escolarización (61).
- Head Start en Estados Unidos tuvo efectos positivos y duraderos sobre los niños participantes, como lo demuestra la puntuación, las tasas altas de finalización de la escuela y la asistencia a la universidad (63).
- Asistir a la escuela preescolar mejoró las puntuaciones de las pruebas en los estudiantes de entornos desfavorecidos en dos veces respecto de los estudiantes de familias de ingresos más altos en Chile (64).
- La participación en el programa Bolsa Familia en Brasil se asoció con reducciones en mortalidad infantil (62).

EJEMPLOS DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE EDUCACIÓN EXITOSOS

- Las reformas educativas en América Latina y el Caribe, que mejoraron el acceso de los niños y las niñas y redujeron las tasas de abandono temprano, tuvieron efectos positivos en las puntuaciones de las pruebas en los estudiantes más pobres y aquellos cuyas madres tenían un nivel educativo bajo (61).
- El Proyecto Integral de Desarrollo Infantil en Bolivia (1993 al 2000) es un ejemplo de un programa que amplió la cobertura y mejoró la calidad de las prestaciones para el desarrollo infantil. Tuvo un efecto positivo sobre las puntuaciones de los alumnos más pobres nacidos de madres con menor nivel educativo (61).

RECOMENDACIÓN 5.

TRABAJO DIGNO

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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
5A. MEJORAR EL ACCESO A EMPLEOS Y CONDICIONES LABORALES DIGNOS, INCLUSO PARA LAS PERSONAS DE LOS SECTORES INFORMALES Y DEL TRABAJO DOMÉSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos deben reglamentar a los empleadores para que cumplan con los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (65) y proporcionen empleos dignos. • Los gobiernos deben regularizar el trabajo informal y garantizar que estos empleos cumplan las normas de la OIT sobre trabajo digno, especialmente en relación con el Convenio 189 de la OIT sobre los trabajadores domésticos (66) y el ODS 8.7 (6). • Elaborar y aplicar legislación que exija normas mínimas en materia de seguridad, y garantizar que estas sean respetadas. • Elaborar y aplicar normas sobre el estrés laboral, horario de trabajo, vacaciones, y prácticas de gestión. • Permitir y apoyar el desarrollo de la sindicalización, incluso en el sector informal. • Reducir el trabajo infantil a través de la protección y garantía de los derechos del niño. • Desarrollar e implementar políticas de salario mínimo para reducir la pobreza de la población empleada.
5B. AYUDAR A LOS DESEMPLEADOS A TRAVÉS DE PROGRAMAS ACTIVOS DEL MERCADO LABORAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir las tasas de jóvenes que no trabajan, no estudian y no se forman de ninguna manera, especialmente de las mujeres afrodescendientes y las personas indígenas. • Instituir programas activos del mercado laboral. • En el caso de los países con limitada cobertura social del desempleo, extender los plazos de apoyo y garantizar que los trabajadores autónomos estén cubiertos.
5C. ATENUAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ACCESO AL TRABAJO, LA REMUNERACIÓN Y LA ANTIGÜEDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la legislación y las reglamentaciones para garantizar la equidad de género en el empleo. • Lograr el ODS sobre igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. • Diseñar sistemas eficaces para controlar la equidad de género en el empleo. • Fomentar los cambios culturales relacionados con la equidad de género, lo que incluye que los empleadores asuman la responsabilidad por las diferencias de género en las tasas de empleo, niveles de remuneraciones y antigüedad.

El término “trabajo digno” resume las aspiraciones del ser humano durante su vida laboral. Implica oportunidades de trabajo productivo y que genere un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad para que las personas puedan expresar sus inquietudes, organizarse y participar en las decisiones que afectan su vida, e igualdad de oportunidades y de trato para todas las mujeres y todos los hombres (67).

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

El Convenio 189 de la OIT establece una edad mínima para los trabajadores domésticos; garantiza el derecho a la libertad de asociación y a estar protegidos contra toda forma de abuso, acoso y violencia; y establece disposiciones especiales relativas a los trabajadores migrantes (71).

El **ODS 8.7** subraya la necesidad de adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas, y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y el uso de niños soldados, y propone poner fin al trabajo infantil en todas sus formas para el año 2025 (6).

En toda la región existen profundas desigualdades en cuanto al empleo y las condiciones de trabajo entre los 16 y los 65 años, una etapa del curso de la vida durante la cual las personas trabajan, forman sus familias y se ocupan del cuidado de sus parientes mayores. Algunas de estas desigualdades se relacionan con las desigualdades en etapas anteriores de la vida, en la educación y la formación, y otras se generan durante esta etapa. Todas ellas tienen profundas implicancias para las inequidades de salud.

TRABAJO DIGNO Y DE CALIDAD

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

En algunos países de la región existen niveles relativamente altos de traumatismos de trabajo mortales, con tasas que alcanzan aproximadamente 8 lesiones mortales por 100.000 al año. El número real puede ser mayor, ya que es probable que exista un subregistro o que los sistemas de vigilancia sean inadecuados. Las tasas en los trabajadores migrantes son superiores al promedio en los países (68).

Muchos estudios vinculan el estrés psicosocial en el trabajo con resultados deficientes en materia de salud (69). En una reciente revisión sistemática se examinaron los estudios empíricos realizados en América Latina para evaluar la relación entre el estrés psicosocial en el trabajo y la salud con el modelo del desequilibrio, esfuerzo y recompensa. Se encontró que hay evidencia proveniente de una amplia gama de países, entornos y métodos que sostienen la relación entre el estrés y la mala salud (69).

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

El trabajo informal incluye el trabajo sin contrato laboral; sin ningún tipo de seguridad ni garantía de empleo o ingresos; sin protección social administrada por el empleador, como las licencias por enfermedad pagas; y sin ninguna protección legal. Es un riesgo para la salud y la equidad en salud.

En América Latina y el Caribe las tasas de trabajo informal son muy altas, especialmente en las mujeres. En Guatemala, Bolivia, Perú y Paraguay, el empleo fuera del sector formal constituye el 70 % o más del total de la fuerza laboral (5, 70).

El trabajo doméstico está subvalorado y mal remunerado, realizado principalmente por mujeres y niñas, muchas de las cuales son migrantes, afrodescendientes o miembros de comunidades desfavorecidas (33, 5).

TRABAJO INFANTIL

El continente americano es la región con la tercera carga mayor del mundo de trabajo infantil. Los niños son más propensos a realizar trabajo infantil que las niñas y llevan a cabo una mayor proporción de las tareas más peligrosas. El trabajo infantil es perjudicial para la salud, aleja a los niños de la educación a tiempo completo y, a menudo, termina en la separación del niño de su familia y la comunidad (72).

TRABAJADORES MIGRANTES

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



DESEMPLEO

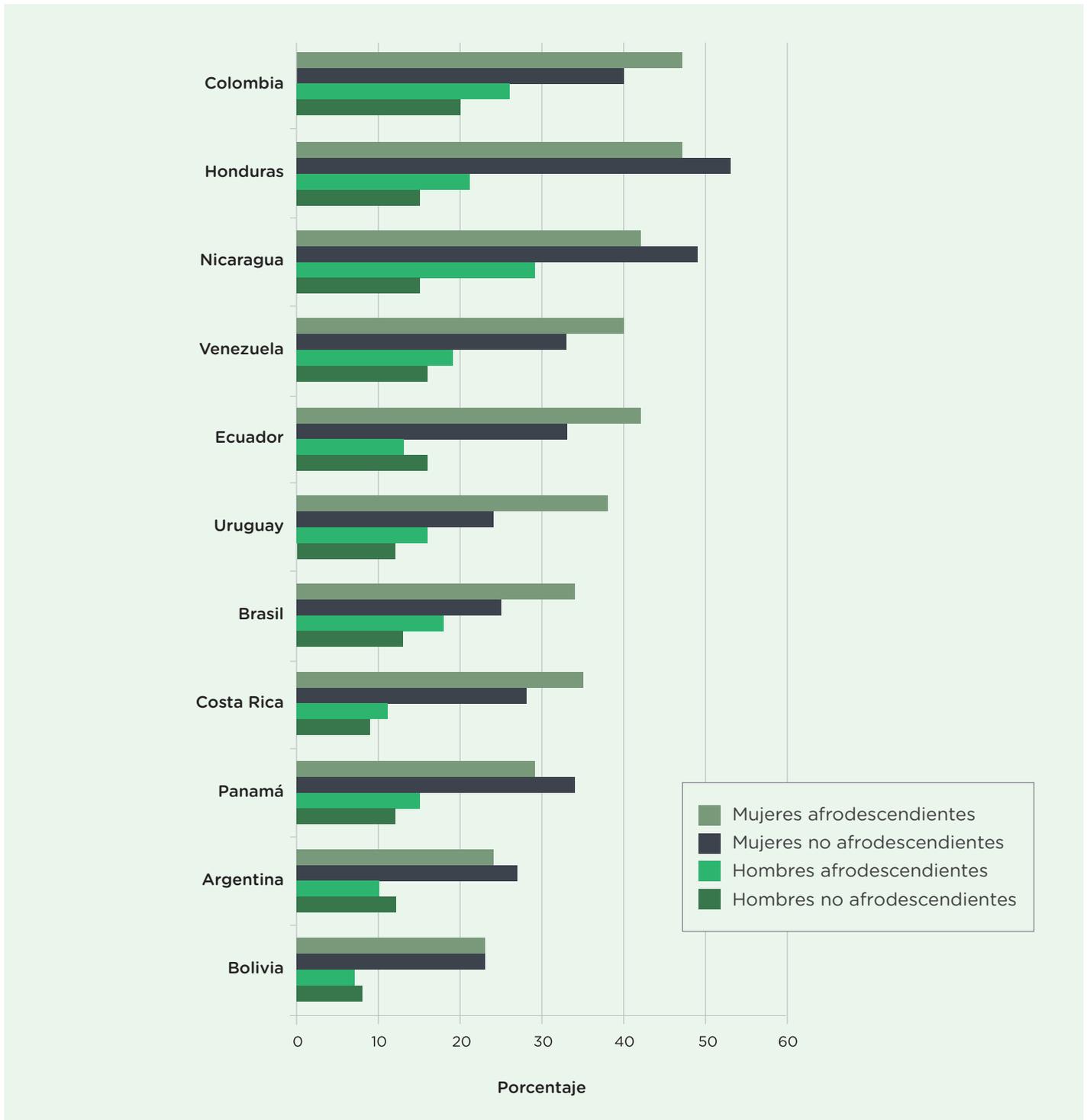
El desempleo durante períodos prolongados y la inseguridad en el trabajo son perjudiciales para la salud. Existen claras desigualdades en las tasas de desempleo y de empleos de mala calidad relacionadas con la posición socioeconómica, la etnia, el género y la discapacidad. Los hombres y las mujeres menos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

En Estados Unidos, quienes pertenecen a los pueblos originarios tienen las tasas más altas de desempleo, seguidos por los afrodescendientes y los hispanos. En la mayoría de los países de la región cualquier asistencia oficial por desempleo se brinda solo por un tiempo limitado, y en muchos países no hay asistencia alguna del gobierno durante el período en que la persona está sin trabajo. La OIT ha estimado que, si se redujera en un 25 % la brecha por género en el empleo para el 2025, aumentaría el PBI de América Latina y el Caribe en un 4%, y el de Canadá y Estados Unidos en un 2% (5).

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

En toda la región, las mujeres son más propensas que los hombres a no trabajar, estudiar ni recibir ningún tipo de formación. En la mayoría de los países de la región, aunque no en todos, las mujeres afrodescendientes conforman el grupo con mayor probabilidad de estar fuera del mercado laboral o educativo. Los pueblos indígenas de Estados Unidos también tienen los porcentajes más altos de jóvenes sin capacitación ni empleo formal (73).

FIGURA 4.2. JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS QUE NO RECIBEN EDUCACIÓN O ESTÁN FUERA DEL MERCADO LABORAL, POR SEXO Y AFRODESCENDENCIA, PAÍSES LATINOAMERICANOS CON DATOS COMPARABLES, AÑO 2012 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES



Fuente: Adaptado de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a partir del procesamiento especial de microbases de datos del censo con el empleo de REDATAM 7.

Nota: la población afrodescendiente no incluye a las personas que se identifican a sí mismas como indígenas o cuyo estatus étnico-racial es desconocido (35).

POBREZA DE LA POBLACIÓN CON EMPLEO Y BRECHAS SALARIALES

Para muchas personas de la región, tener empleo no es garantía de que podrán salir de la pobreza porque los salarios son demasiado bajos. Existen grandes diferencias en los niveles de pobreza de las personas con empleo en la región. En Costa Rica, menos del 1 % de los trabajadores se registran como pobres, mientras que las cifras de Haití alcanzan el 31 % en las mujeres y el 25 % en los hombres. El salario mínimo federal en Estados Unidos ha establecido un piso de remuneración desde que se lo instituyó por primera vez en 1938 para proteger a los trabajadores contra la pobreza incluso cuando tienen empleo. Si bien no alcanza a todos los trabajadores, determina un ingreso mínimo para los trabajadores peor remunerados. Sin embargo, a pesar de algunos aumentos recientes, los salarios mínimos que pagan los estados, el salario mínimo en la mayoría de los niveles federales y de los estados aún está por debajo del pico de su valor real de 1968 y la tendencia es a la baja (74).

EJEMPLOS DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EXITOSOS PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DURANTE LA VIDA LABORAL

Programas activos del mercado laboral

Estos programas se han implementado en Estados Unidos desde los años sesenta y los setenta, y en América Latina y el Caribe desde los noventa. Los programas activos del mercado laboral se encuentran entre los más eficaces para quienes están desempleados durante períodos prolongados (75).

Programa para Jóvenes en Chile

Este programa ha sido eficaz para mejorar las posibilidades de empleo para las mujeres y para que se concedan algunas mejoras salariales y de la calidad del trabajo (76).

Sindicalización

Se ha comprobado que la sindicalización trae de la mano mejoras salariales, pero hay también otros beneficios. Un estudio del año 2011 realizado en Chile mostró que casi tres cuartas partes de las mujeres sindicalizadas tienen alguna forma de seguro de salud, en comparación con menos de la mitad de las mujeres no sindicalizadas (77).

Programa Prospera en México (previamente, *Oportunidades*)

Un programa de transferencia monetaria condicionada, que ha contribuido a reducir el trabajo infantil fuera del hogar, especialmente para los varones. Los estudios indican que el tiempo de trabajo infantil fuera del hogar disminuyó un 14%, aunado a un aumento del tiempo asignado a tareas escolares (78).

RESOLUCIÓN PERTINENTE DE LA OPS

CD54.R6: Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (79)

RECOMENDACIÓN 6.

VIDA DIGNA PARA LAS PERSONAS MAYORES

La edad anciana ya no es algo que se deja para pensar más adelante. Caracteriza el presente y el futuro de la población del continente americano, que tiene el crecimiento más rápido de la población de personas mayores en todo el mundo. Se estima que para el año 2050, aproximadamente el 25% de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años o más. El derecho a vivir una vida digna en la edad avanzada es un factor esencial para reducir las inequidades en materia de salud en la región.

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
6A. CREAR LAS CONDICIONES PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CON OCUPACIONES, EN UNA SOCIEDAD QUE VALORE LAS CONTRIBUCIONES DE LAS PERSONAS MAYORES	<ul style="list-style-type: none"> • El gobierno local y la sociedad civil deben crear condiciones en las comunidades que fomenten la actividad física y mental, y eviten el aislamiento social. • Desarrollar alianzas multisectoriales que faciliten los sistemas de vivienda, medioambiente y transporte, como las “ciudades adaptadas a las personas mayores”, que satisfacen las necesidades sociales, económicas y de salud y movilidad de las personas mayores.
6B. AUMENTAR LA ASIGNACIÓN DE JUBILACIONES O PENSIONES POR MEDIO DE SUBSIDIOS DEL GOBIERNO, ESPECIALMENTE PARA QUIENES ESTÁN EN MAYOR RIESGO DE NO TENER NINGÚN INGRESO EN ETAPAS TARDÍAS DE LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar y ampliar las pensiones no contributivas para garantizar la cobertura de aquellos que están fuera de los regímenes contributivos. • Fijar estándares de renta mínima para las personas mayores y, en el caso de aquellos que estén por debajo del umbral, proporcionar apoyo mediante pensiones y otros mecanismos de protección social. • Asegurar que las jubilaciones o pensiones y los sistemas de protección social tengan un enfoque específico hacia las mujeres, los afrodescendientes y las personas indígenas.
6C. MEJORAR EL ENFOQUE DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD PARA PREVENIR Y FAVORECER UNA VEJEZ ACTIVA Y SALUDABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer alianzas multisectoriales, incluido el sistema de atención de salud y la sociedad civil, para favorecer la prevención y el mejoramiento de la salud. • Garantizar la adecuada continuidad de la atención médica entre los hospitales y las comunidades. • Ayudar a las familias para que puedan cuidar a sus parientes ancianos, incluso contemplando el otorgamiento de licencias para atender necesidades familiares.

ACUERDOS INTERNACIONALES PERTINENTES

Resoluciones pertinentes de la OPS

CD54.R11: Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores

CD49.R15: Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable

Resolución de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, 2016, sobre la promoción y protección de los derechos de las personas mayores (80)

Las inequidades en cuestiones de salud y bienestar de las personas mayores están relacionadas con las diferencias en las condiciones experimentadas en los años de vida previos, como se indica en las recomendaciones cuatro y cinco, así como en las condiciones al alcanzar la vejez, descritas aquí.

Las sociedades en las que se valoran las contribuciones de las personas mayores y en las que las personas mayores siguen activas y ocupadas son más sanas y gozan de mayores niveles de bienestar. El aislamiento social deteriora la salud y el aislamiento social de las personas mayores está en aumento, lo que se relaciona con los cambios en las estructuras familiares y el diseño urbano. Las desigualdades en cuanto al riesgo de aislamiento social tienen que ver con los ingresos, el nivel de educación, la salud física y mental y el género: en las etapas posteriores de la vida, los hombres tienden a un mayor aislamiento social que las mujeres. La evidencia demuestra que mantenerse social, física y mentalmente activo puede retrasar la edad en la que sobreviene el deterioro cognitivo y la edad en que se manifiesta la demencia (81). Aunque la relación entre causa y efecto es controvertida, hay pruebas suficientes en favor de que el envejecimiento activo reduce el declive cognitivo.

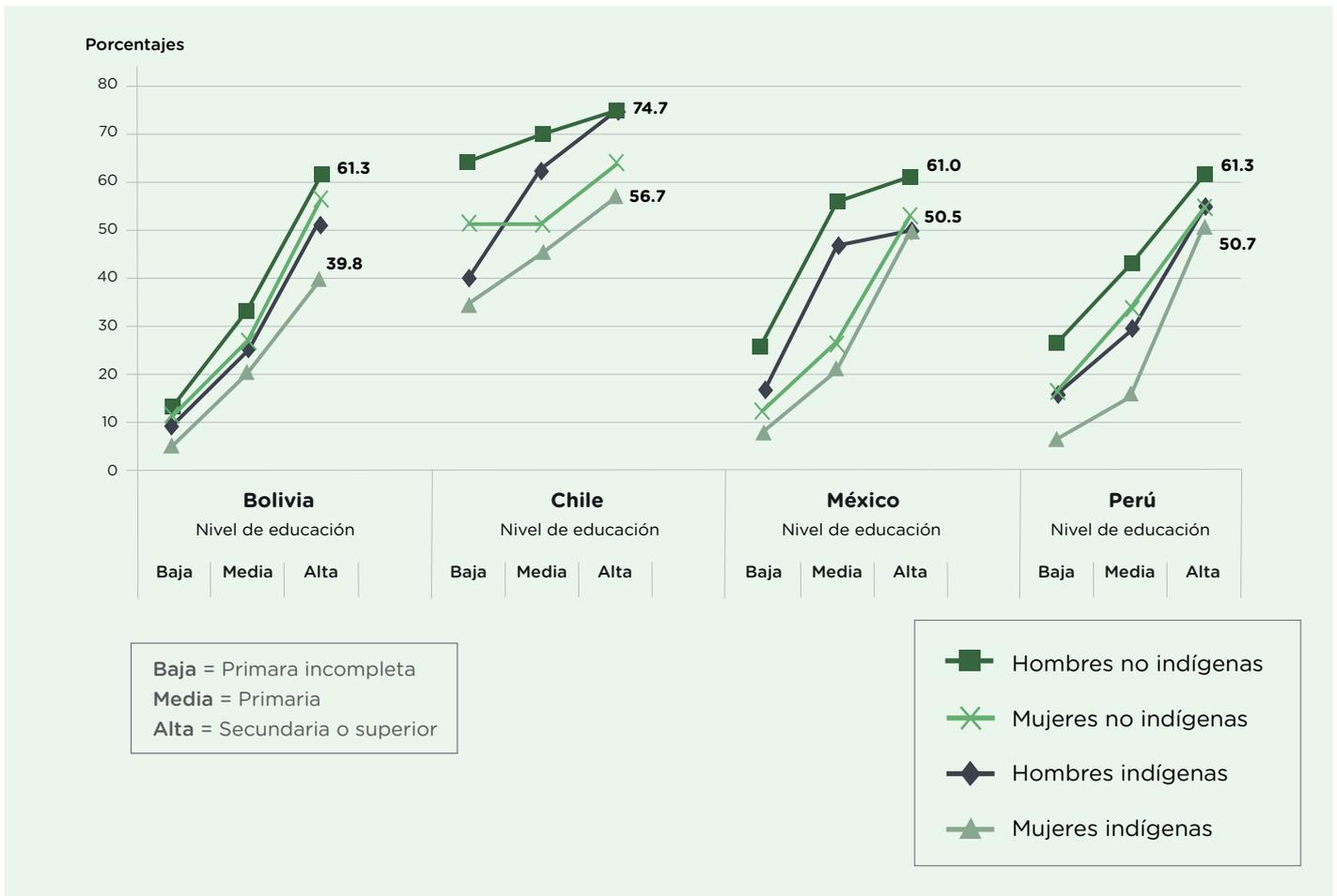
Las personas mayores con menor posición socioeconómica tienen más probabilidades de habitar viviendas deficientes y entornos que no son propicios para la integración social, la actividad física, la movilidad o la prevención de la mala salud (82).

Hay grandes disparidades en los ingresos y los niveles de pobreza en las etapas tardías de la vida, relacionadas con la situación socioeconómica de los años anteriores, el género y la etnia. Por ejemplo, en Estados Unidos, hasta un 19 % de las personas mayores afrodescendientes y el 18% de las hispanas viven en la pobreza, en comparación con un 9% estimado de las personas blancas (83).

En la región hay niveles relativamente bajos de apoyo gubernamental para brindar atención y garantizar ayuda en cuanto a los ingresos de las personas mayores. La mayoría de las jubilaciones o pensiones son contributivas, de modo que solo acceden a ellas quienes tienen un empleo seguro. En América Latina y el Caribe, solamente el 40 % de las personas mayores reciben una jubilación o pensión (5).

En la figura 4.3 se muestra que en cuatro países latinoamericanos los hombres que no son indígenas tienen las tasas más altas de cobertura jubilatoria y las mujeres indígenas, las más bajas. En todos los grupos, las prestaciones jubilatorias están estrechamente ligadas al nivel de educación.

FIGURA 4.3. ADULTOS DE 65 AÑOS O MÁS QUE PERCIENEN UNA JUBILACIÓN O PENSIÓN, POR SEXO, IDENTIDAD INDÍGENA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, CUATRO PAÍSES LATINOAMERICANOS CON DATOS COMPARABLES, 2014



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2016 (5).



En la mayor parte del continente americano no se contempla la licencia con goce de sueldo para cuidar a los padres ancianos, con las excepciones de Perú, Nicaragua, El Salvador y Canadá. En Estados Unidos se prevé licencia sin goce de sueldo. Las mujeres representan el 90 % de todos los prestadores de cuidados no remunerados y, a menudo, deben reducir el trabajo lucrativo porque tienen que atender a sus familiares. Aproximadamente el 43 % de los cuidadores muestran síntomas de depresión y ansiedad, así como un riesgo dos veces mayor de sufrir enfermedades cardíacas y lesiones en comparación con quienes no brindan este tipo de cuidados.

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

EJEMPLOS DE PROGRAMAS EXITOSOS PARA LAS EDADES MÁS AVANZADAS

La educación en etapas anteriores de la vida

Si Estados Unidos aumentase el presupuesto destinado a la educación y al tratamiento de la discapacidad hasta los niveles de los países de la OCDE que tienen el máximo nivel, la esperanza de vida aumentaría a 80,12 años, lo que se traduciría en una ganancia de 0,168 de un año (84).

Prestación de beneficios jubilatorios

Los sistemas jubilatorios tienen un papel importante para aliviar la pobreza en la edad avanzada, y los países con niveles altos de cobertura pueden erradicar la pobreza en distintos grados en las personas mayores. El impacto más fuerte en la región lo ha logrado Brasil: si bien apenas el 4 % de los brasileños mayores de 60 años son pobres, el 48 % de ellos serían pobres si no contasen con jubilaciones o pensiones (manteniendo constantes el resto de los factores).

Ciudades adaptadas a las personas mayores

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

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

En Estados Unidos, un estudio mostró que la implementación de un programa de actividad física moderada en forma regular y equilibrada durante un promedio de 2,6 años redujo el riesgo de una discapacidad grave de movilidad en un 18 % en un grupo de ancianos vulnerables (85).

RECOMENDACIÓN 7.

LOS INGRESOS Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

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

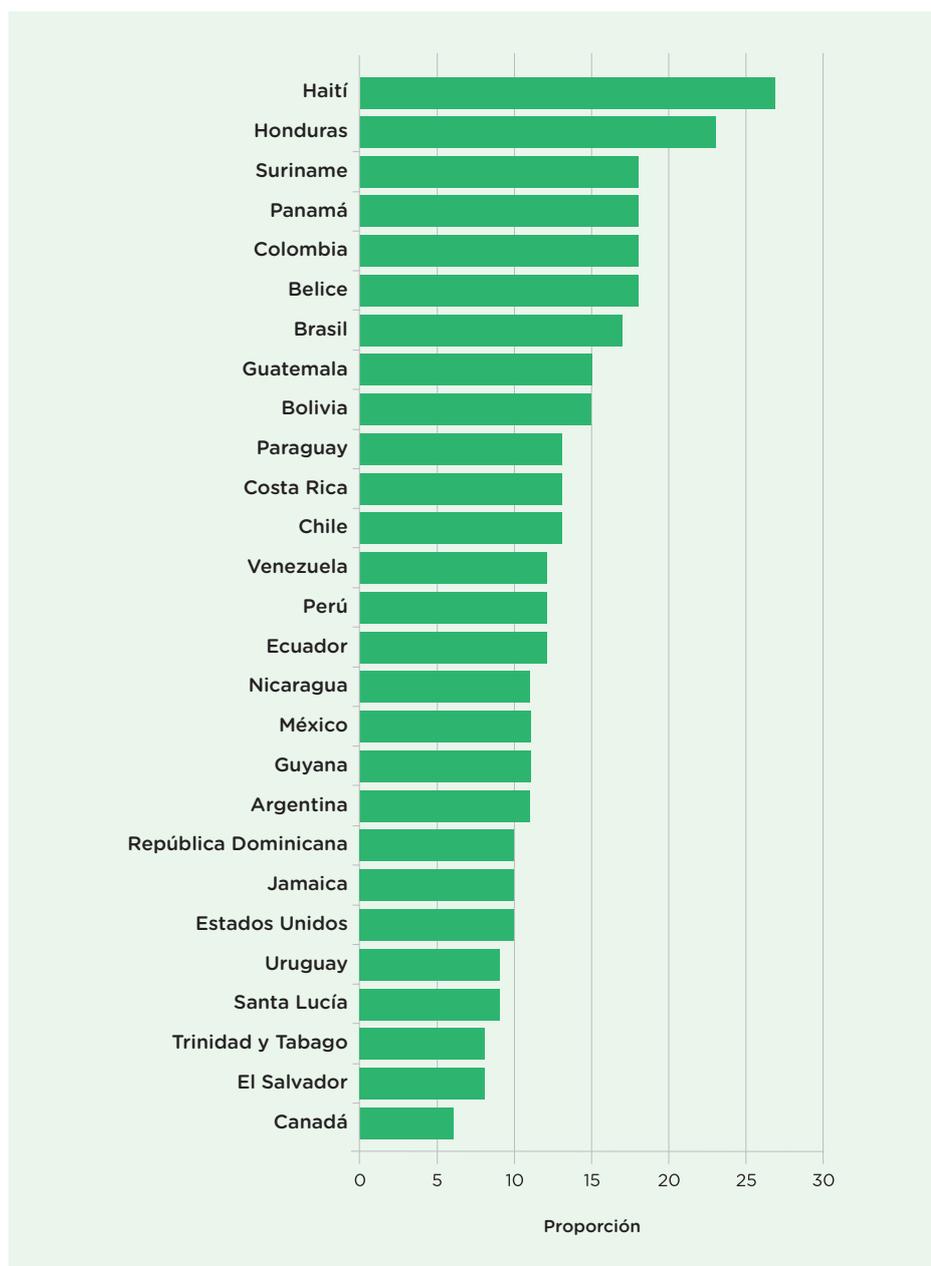
OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
7A. IMPLEMENTAR NIVELES MÍNIMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y lograr para el año 2030 una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables a fin de lograr el ODS 1.3.
7B. REDUCIR LA POBREZA POR MEDIO DE POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRAS INICIATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> Brindar protección para cubrir los gastos directos de salud inasequibles (ODS 3.8.2), a través del apoyo para el cuidado de la salud y la asistencia financiera para las personas. Diseñar sistemas de seguimiento y generar mayor evidencia para sustentar la elaboración de políticas progresistas, en particular con respecto a los grupos actualmente excluidos. Consolidar los elementos exitosos de los programas de transferencias monetarias condicionadas para garantizar que se erradiquen la pobreza extrema y el hambre.
7C. ESTABLECER AYUDA PARA QUIENES TIENEN QUE ASUMIR LA FUNCIÓN DE CUIDADOR NO REMUNERADO	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar las iniciativas de los gobiernos y los empleadores para brindar beneficios a las personas con responsabilidades asistenciales.

Aunque los niveles de pobreza extrema han disminuido en toda la región, los niveles de pobreza siguen siendo elevados y, en muchos países, la pobreza está aumentando a medida que recrudecen las crisis económicas y se profundizan las desigualdades. La proporción del ingreso nacional para el 20 % inferior varía del 2 % al 7 % del ingreso nacional, y la mayoría se encuentra en el nivel entre 3 y 5 %. Un informe de la OIT analiza la protección social universal necesaria para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (86).

La desigualdad en cuanto a los ingresos es alta en toda la región. Comparando el punto de centil 80 con el 20, la relación es 15 o superior en nueve de los países que se muestran en la figura 4.4.



FIGURA 4.4. RELACIÓN ENTRE EL QUINTIL SUPERIOR DE RENTA RESPECTO DEL QUINTIL INFERIOR [20% SUPERIOR/20% INFERIOR] EN EL CONTINENTE AMERICANO, AÑO 2012 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial publicados por el Banco Mundial, 2018 (2).

En general, los niños son el grupo etario más pobre de las sociedades. La tasa promedio de pobreza en 18 países de América Latina y el Caribe para los niños fue de 21 % en comparación con 11,5 % para los adultos en el 2014 (39). Las tasas de niños en situación de pobreza en Estados Unidos en el 2016 en los blancos no hispanos, asiáticos e isleños del Pacífico fueron de 12 %, mientras que en los niños negros, afrodescendientes o indígenas fue de casi el triple, con un 34 % (87).

LOS SALARIOS Y LA POBREZA

El crecimiento de los salarios en América Latina y el Caribe estuvo sistemáticamente por debajo de la media mundial, y desde el 2014 ha sido negativo. Hay un margen considerable para aplicar salarios mínimos obligatorios, aunque solo en el sector formal. Esto reduciría la pobreza de la población trabajadora. Otras medidas son necesarias para quienes están desempleados o económicamente inactivos.

DESIGUALDADES DE LOS INGRESOS RELACIONADOS CON EL GÉNERO, LA ETNIA Y LA DISCAPACIDAD

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

En todo el continente americano, el ingreso promedio es el más bajo para las poblaciones indígenas, seguidas por los afrodescendientes. En Estados Unidos, entre 1995 y el 2015 la media de ingresos de las personas asiáticas y las blancas era mayor que la de las personas hispanas y las negras.

En toda la región, las personas con discapacidad ganan menos que las personas sin discapacidad. En Canadá, en el 2012, las personas con discapacidad con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años percibían un 57 % de los ingresos informados por las personas sin discapacidad.

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

SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Los sistemas de protección social tienen un impacto claro y sustancial sobre la pobreza y la desigualdad en los ingresos, aumentan los niveles de educación, mejoran la nutrición, reducen el conflicto social y aumentan la productividad económica. La protección social tiene efectos directos e indirectos sobre las inequidades en la salud y reducen las inequidades por razones de género y etnia (que se describen en las acciones y los objetivos prioritarios de las recomendaciones 4, 5, 6, 8 y 10).

La cobertura de la protección social eficaz en el continente americano se ubica en torno al 67% de la población, por debajo de la cobertura en Europa y Asia Central, donde se mantiene en un 84%. A pesar de los recientes esfuerzos para implantar sistemas de protección social integrales, siguen existiendo problemas en la provisión de cobertura universal (39).

Hay una divergencia en los niveles de cobertura entre Estados Unidos y Canadá, y América Latina y el Caribe. La tendencia en Canadá y Estados Unidos es a tener mayores tasas de cobertura, en función de su mayor grado de desarrollo económico y de inversión en programas sociales. Sin embargo, en Estados Unidos una de cada cuatro personas no tiene acceso a ningún tipo de protección social. En Bolivia y Colombia, el 60% de la población todavía está desprotegida (5). Entre el 2000 y el 2014, Brasil aumentó la inversión en protección social y los servicios públicos.

BRASIL: PROTECCIÓN SOCIAL Y PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS CONDICIONADAS

El número de personas que viven por debajo del umbral nacional de pobreza en Brasil disminuyó de 44 millones en el 2000 a 17,9 millones en el 2014, y el índice de Gini se redujo de 59 a 51,3 en el mismo período (88).

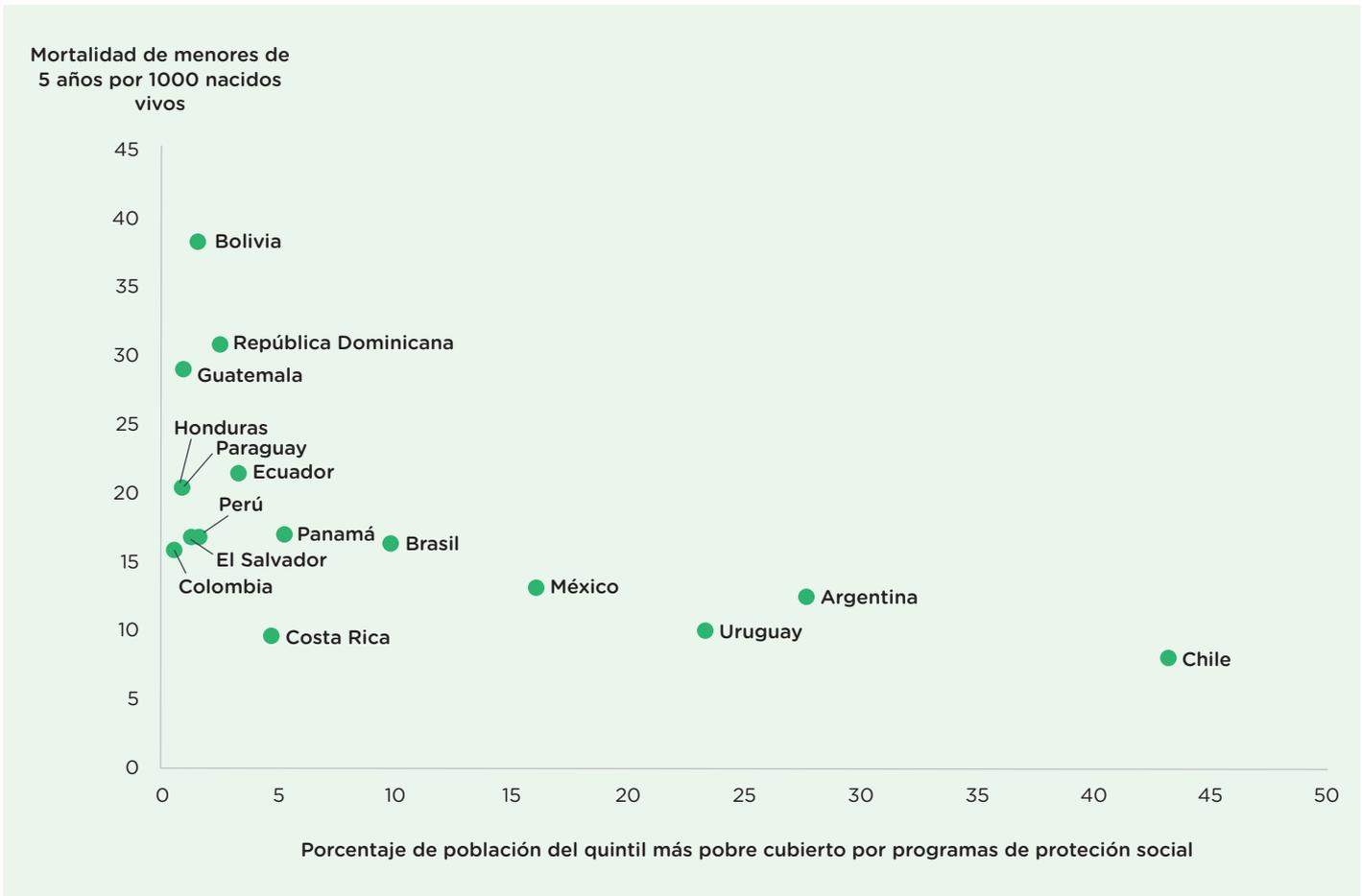
En esos años, Brasil invirtió significativamente en la protección social y los servicios públicos. Las medidas tomadas incluyen el aumento del salario mínimo y del gasto público en salud, educación y otros servicios sociales; así como la ampliación de las pensiones no contributivas para los trabajadores del sector informal rural y otros subsidios por discapacidad. Los programas monetarios condicionados se consolidaron y ampliaron bajo la forma de Bolsa Familia (un programa de asignación familiar), dirigido a los hogares extremadamente pobres y los padres pobres cuyos hijos viven con ellos. En el 2010, el programa de transferencias monetarias condicionadas Bolsa Familia cubrió 12,8 millones de familias, más de 51 millones de personas. El costo total de las transferencias monetarias no contributivas en Brasil es de aproximadamente 2,5 % del PBI.

En el año 2003 se introdujo la estrategia “hambre cero”, combinada con otras en el 2011 para constituir la estrategia para erradicar la pobreza extrema en el 2014, cuyos postulados hacen hincapié en la justicia social, la dignidad y los derechos de los grupos más desfavorecidos de la población.

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

Los países con mayores gastos sociales orientados al quintil de ingresos más bajos tenían tasas de mortalidad de menores de 5 años más bajas que aquellos que destinan menos presupuesto a este grupo (89) (véase la figura 4.5).

FIGURA 4.5. TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN LA COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA POBLACIÓN DEL QUINTIL MAS POBRE, PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO CON DATOS COMPARABLES, AÑO 2014 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial publicados por el Banco Mundial, 2018 (2).

El objetivo de la Iniciativa de las Naciones Unidas sobre un Nivel Mínimo de Protección Social es garantizar un nivel básico de protección social y una vida digna como una necesidad y una obligación en virtud de los instrumentos de derechos humanos (90). La OIT define el nivel mínimo de protección social o piso de protección social como un conjunto de garantías básicas de seguridad social definidas a nivel nacional que deben asegurar, como mínimo, que a lo largo de todo el curso de la vida, todos los que lo necesiten tengan acceso a los servicios esenciales de salud y a la seguridad de ingresos básicos que, en conjunto, garantizan el acceso concreto a los bienes y servicios determinados como necesarios dentro del ámbito nacional (91). Además, el ODS 1.3 se refiere específicamente a que se satisfagan los niveles mínimos de protección social. La protección social universal incluye prestaciones maternoinfantiles, protección en caso de desempleo, enfermedad y discapacidad, jubilaciones o pensiones, y el acceso a la atención médica a lo largo de toda la vida.

Treinta y tres estados del continente americano han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que se establece que los estados reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluido el seguro social. Se subraya que este derecho “desempeña un papel importante para reducir y mitigar la pobreza, prevenir la exclusión social y promover la inclusión social” (89).

EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA ALIVIAR LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD DE INGRESOS: ARGENTINA

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

RECOMENDACIÓN 8.

REDUCIR LA VIOLENCIA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD

América Latina y el Caribe alberga a menos del 9 % de la población mundial, pero es escenario del 33 % de los homicidios de todo el mundo. Las tasas más elevadas se encuentran en el grupo etario de 15 a 29 años. Como en otras regiones, la violencia por cuestiones de género es una gran preocupación constante.

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
8A. ELIMINAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO, ESPECIALMENTE LA QUE AFECTA A LAS MUJERES Y LAS NIÑAS	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas educativos para la escuela, la comunidad y el lugar de trabajo destinados a prevenir la violencia de género en las escuelas y en los lugares de empleo. • Empoderar a las mujeres por medio de la educación y la independencia económica. • En el caso de las mujeres que han sufrido violencia, brindarles protección y apoyo tanto para ellas mismas como para sus hijos, de modo que se reduzca la exposición a la violencia y el femicidio. • Proporcionar información, educación y disposiciones punitivas apropiadas para los hombres que cometen actos de violencia contra las mujeres.
8B. MITIGAR LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL, CENTRÁNDOSE EN QUIENES CORREN MAYOR RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir controles sobre la disponibilidad de las armas, especialmente las armas de fuego. • Mejorar las condiciones ambientales y de seguridad de los espacios públicos, especialmente en zonas con índices altos de delincuencia. • Crear o mejorar los sistemas estadísticos para registrar todas las formas de violencia, desglosados por indicadores de posición social y económica, género y etnia. • Implementar intervenciones basadas en la evidencia para reducir la violencia ejercida por pandillas.
8C. ERRADICAR LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y POLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar todas las formas de violencia política, incluida la violencia contra los migrantes, como la separación de familias, la violación de mujeres, los ataques a periodistas y a los candidatos durante los procesos electorales. • Establecer sistemas de información para documentar la discriminación en el sistema de justicia penal y hacer que las instituciones rindan cuentas. • Reconocer el encarcelamiento masivo como un determinante de la salud. • Establecer e incorporar protocolos de atención a las víctimas de la violencia, incluida la violencia sexual, psicológica y física; y formular políticas sobre el uso proporcional de la fuerza por parte de los trabajadores institucionales.

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS

CD54.R12: Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer

CD48.R11: Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género incluye la violencia contra las mujeres, como el femicidio, así como la violencia de pareja, el acoso sexual, la agresión y la explotación sexuales, la violencia contra las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) y la violencia obstétrica.

Las tasas de femicidio en el continente americano son altas. América Latina y el Caribe es la región más violenta del mundo para las mujeres (92). En el 2014, las tasas de violencia sufrida por las mujeres durante su vida alcanzaron el 64 % en Bolivia, el índice más alto en la región; Canadá tuvo la tasa más baja de 6 % (93). En el 2011 en Estados Unidos, el 19 % de las mujeres habían sido violadas en algún momento de su vida, y el 44 % había sufrido algún otro tipo de violencia sexual distinta de la violación (94). Entre el 2003 y el 2012, aproximadamente un tercio de las mujeres víctimas de homicidio en Estados Unidos murió a manos de su pareja (37). Las mujeres con discapacidad están expuestas a mayores niveles de violencia y, en muchos casos, sus discapacidades son consecuencia de actos de violencia (95).

En toda la región la violencia contra la mujer es ampliamente aceptada y tolerada, incluso por las propias mujeres (93).



LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ)

En un informe de las Naciones Unidas se señala que 24 de los 33 países de América Latina y el Caribe cuentan con leyes contra la violencia doméstica, pero solo nueve de ellos han aprobado legislación que aborda otras formas de violencia contra la mujer, en público o en privado (96). Esto es así a pesar de la Convención Interamericana sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer, en la que se establece que las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia y que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales (80).

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) son vulnerables a altos niveles de violencia. Los crímenes de odio por razones relacionadas con la sexualidad y la identidad de género representan aproximadamente el 21 % de los crímenes de odio denunciados ante las fuerzas de seguridad en el año 2013 en Estados Unidos (97). El primer informe sobre los derechos de personas LGBTI de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 2015 puso de relieve la violencia generalizada contra estas personas (98).

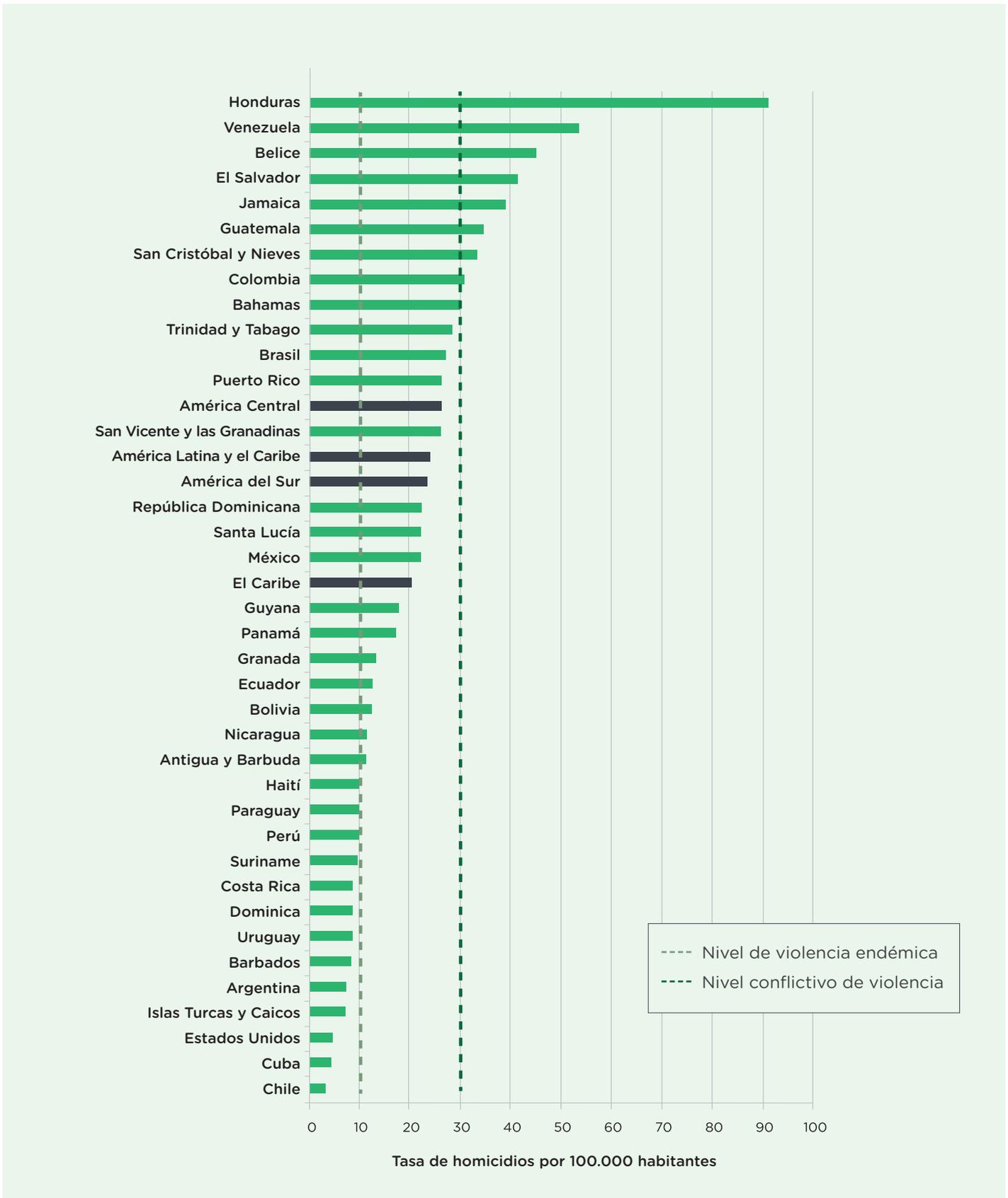
El aborto inseguro también puede considerarse como una forma de violencia basada en el género. Hay seis países en América Latina y el Caribe donde el aborto está absolutamente prohibido: El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname. El aborto se permite solo para salvar la vida de la mujer embarazada en: Antigua y Barbuda, Brasil, Chile, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela. Durante el período 2010-2014, solo aproximadamente uno de cada cuatro abortos en América Latina y el Caribe fueron seguros. En el 2014 al menos el 10 % de todas las muertes maternas en América Latina y el Caribe fueron consecuencia de abortos inseguros (99).

PATRONES DE VIOLENCIA

Existen profundas desigualdades en la violencia motivada por cuestiones de origen étnico, posición socioeconómica y género, las cuales están relacionados con la cultura, factores socioeconómicos y políticos, y también a consecuencia del racismo, el narcotráfico, las organizaciones delictivas y la trata de personas.

En la figura 4.6 se muestran las tasas de homicidio para los países de América Latina y el Caribe y Estados Unidos en el 2012. La OMS considera que una tasa de 10 homicidios por 100.000 habitantes o superior es característica de la violencia endémica, y una tasa de 30 homicidios por 100.000 o superior representa un nivel conflictivo de violencia (100). Varios países han superado ese nivel de "conflictivo" del umbral de la violencia. Por el contrario, la tasa promedio de homicidios en los países escandinavos está justo por debajo de 1 muerte por 100.000 habitantes (101).

FIGURA 4.6. TASAS DE HOMICIDIO, PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y ESTADOS UNIDOS, AÑO 2012 O DATOS MÁS RECIENTES DISPONIBLES



Fuente: Banco Mundial, con datos aportados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (102).

Los hombres jóvenes son mayormente los perpetradores y las víctimas de los delitos violentos en la región y, en comparación con otras regiones, el continente americano tiene los índices más altos de homicidios masculinos y de femicidio. Honduras registró la mayor tasa de homicidios en la región en 2012. Las tasas de homicidio y de violencia en la región son mayores en el caso de las personas afrodescendientes. América Central experimentó una disminución de la tasa de homicidios entre 1995 y el 2004, seguida por un marcado aumento a partir del 2007, que se asocia al tráfico de drogas y los altos niveles de delincuencia organizada.

En Estados Unidos en el 2015, de todos los homicidios (5,5 por 100.000) una alta proporción fue cometida con armas de fuego (4 por 100.000). La tasa de homicidios ajustada por edad para los negros no hispanos (22,8 por 100.000) fue de aproximadamente ocho veces la tasa de los blancos no hispanos (2,9 por 100.000), y cuatro veces la tasa de los hispanos (5,3 por 100.000) (103). Las personas que pertenecen a los pueblos originarios de Estados Unidos y Alaska encuestados tenían más probabilidades de haber sido víctimas de la violencia en los 12 meses anteriores en comparación con el resto de la población (104).

LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La violencia institucional es la violencia ejercida por el estado, incluidos el encarcelamiento selectivo y la detención selectiva por razones como la condición de migrante, la etnia y el nivel socioeconómico.

En la región hay altos niveles de encarcelamiento, y en muchos casos este encarcelamiento está relacionado con la etnia. En algunos países también existen prácticas institucionales punitivas y niveles altos de violencia política. El encarcelamiento masivo puede dañar la salud de las personas, las familias y las comunidades (105). El pedido de sobornos por parte de las fuerzas policiales está asociado con un aumento del 17 % en la probabilidad de ser víctima de algún tipo de delito en América Latina y el Caribe (106)

EJEMPLOS DE ACCIONES PARA REDUCIR LA VIOLENCIA

Violencia contra la mujer

- En Perú, la incorporación de centros destinados a la prevención de la violencia y atención a la mujer ha reducido la probabilidad de que se produzcan hechos de violencia doméstica (107).
- En Brasil en el 2006, el efecto de las campañas comunitarias dirigidas a hombres jóvenes tuvo cambios positivos que se tradujeron en la reducción de este tipo de actos violentos (107).
- En Ecuador, un programa de suministro de efectivo, alimentos y vales destinados a las mujeres en relación de pareja redujo la violencia sexual en un 6 % en el 2013 (107).

Intervenciones basadas en la educación

- La escolarización y educación de buena calidad ayudan a prevenir la delincuencia y bajar las tasas de homicidio. Un aumento de un año en el nivel educativo promedio ha reducido las tasas de detención por parte del estado en un 15% en Estados Unidos (108).
- El programa de asociación de enfermeras y familias en Estados Unidos hizo un seguimiento de 15 años que demostró fuertes efectos positivos sobre el comportamiento delincual y antisocial de los niños (109).
- Prolongar la jornada escolar de medio día a jornada completa en Chile (en el 2011) tuvo como resultado la disminución de la delincuencia juvenil.
- Los talleres educativos para hombres jóvenes en las escuelas públicas de Chile produjeron cambios significativos en la aceptación de la violencia como un mecanismo para la resolución de los conflictos.

Ingresos

- En un estudio del año 2012 se estimó que, gracias a un programa de transferencia monetaria condicionada en San Pablo (Brasil), los delitos en el barrio de la escuela cayeron casi un 8 %.
- Familias en Acción ayudó a reducir el crimen en Colombia, donde los hurtos y robos de automóviles disminuyeron 7,2 % y 1,3 %, respectivamente.

Regeneración

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

Vigilancia policial

- Las investigaciones llevadas a cabo en Brasil indican que la integración de las operaciones de las fuerzas policiales lleva a mejorar la eficacia y reducir los índices de delincuencia.

RECOMENDACIÓN 9.

MEJORAR EL MEDIOAMBIENTE Y LAS CONDICIONES HABITACIONALES

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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
9A. FORMULAR Y APLICAR ESTRATEGIAS NACIONALES DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO URBANO Y RURAL SOSTENIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Formular estrategias nacionales de alcance urbano y rural que tracen planes en cuatro dimensiones: desempeño económico, condiciones sociales, uso sostenible de los recursos, y financiamiento y gobernanza. • Generar capacidades y recursos para la implementación en el marco local, incluidos los acuerdos de gobernanza con múltiples interesados directos. • Establecer normas para asegurar el desarrollo de buena calidad y ecológicamente sostenible. • Equilibrar el desarrollo de las zonas rurales y urbanas para reducir los asentamientos no planificados.
9B. ESTABLECER NORMAS MEDIOAMBIENTALES Y ALCANZARLAS, Y MEJORAR LOS ENTORNOS Y LAS VIVIENDAS DE MALA CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas de servicios básicos universales que cubran la vivienda, la alimentación, la salud, la educación, el transporte y las comunicaciones. • Asegurar el suministro universal de agua potable, servicios sanitarios y energía eléctrica. • Obtener el apoyo financiero del gobierno para mejorar la mala calidad de la vivienda, inclusive a través de la sociedad civil, el sector privado y las asociaciones comunitarias. • Reducir la contaminación del aire a través de sistemas de transporte limpio y gestionado, desalentar el uso de vehículos automotores y regular las emisiones contaminantes. • Mejorar la infraestructura y los sistemas de transporte sostenibles y el acceso al empleo y a los servicios para las zonas desfavorecidas y rurales. • Garantizar el acceso universal a Internet. • Alcanzar los ODS 6, 7 y 11.
9C. GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LA TENENCIA DE LA TIERRA EN ASENTAMIENTOS INFORMALES Y OTROS ENTORNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer legislación y mecanismos para formalizar la tenencia de los habitantes que viven en asentamientos informales.

El continente americano es la región más urbanizada del mundo y la migración urbana no planificada es permanente. La proporción de la población que vive en las ciudades de América Latina y el Caribe aumentó del 40 % en 1950 al 80 % en el 2016 (110). El crecimiento tiene lugar principalmente en zonas urbanas medianas y pequeñas, impulsado por personas que emigran en busca de mejores oportunidades, y aquellos que están siendo expulsados de las zonas rurales porque su tierra se entrega a las grandes empresas agrícolas e industrias de extracción de recursos.

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS

CD51.R4: Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6) (111)



Para muchos, la migración hacia las zonas urbanas se traduce en pobreza extrema y habitar en grandes zonas marginales en viviendas precarias y de mala calidad con servicios mínimos, incluida la falta de cloacas y acceso al agua potable segura. Existen grandes desigualdades entre los países en cuanto a la proporción de la población que vive en asentamientos informales: aproximadamente 70% en Haití, mientras que Suriname tiene niveles muy bajos. En las ciudades, los asentamientos informales implican que los habitantes no tengan seguridad de tenencia de la tierra, puedan ser expulsados de sus viviendas y carezcan de acceso a servicios esenciales o protecciones sociales. La falta de tenencia de la tierra tiene impactos concretos sobre la salud y otros factores.

Las desigualdades en las condiciones ambientales y de vida y el acceso a los servicios en toda la región impulsan las desigualdades en la salud. El rendimiento deficiente de los siguientes determinantes ambientales aumenta el riesgo para la salud y afecta a las comunidades indígenas de manera desproporcionada:

- Viviendas de calidad digna y asequibles en lugares seguros, con la seguridad de la tenencia de la tierra.
- Acceso a agua potable, servicios sanitarios modernos y sistemas de eliminación de desechos sostenibles.
- Acceso a la electricidad y sistemas de transporte público eficientes y asequibles.
- Acceso a oportunidades de empleo y educación.
- Aire, agua y suelo limpios.
- Acceso a espacios verdes y áreas para practicar actividades físicas.

Todas estas y otras cuestiones conexas requieren inversiones a largo plazo, y una planificación estratégica y coordinada en la esfera nacional para reducir el desarrollo no planificado y la proliferación de zonas marginales, pero la mayoría de los países no cuentan con estrategias nacionales de planificación urbana. Las estrategias de planificación en el orden nacional y local deben formularse sobre la base de los principios de la buena gobernanza, las estrategias nacionales donde se equilibren factores económicos y ambientales, y un sistema integrado y planificación de servicios. Brasil, por ejemplo, tiene un ministerio de las ciudades.

ACCESO A MEJORES SERVICIOS SANITARIOS Y AGUA POTABLE

En América Latina y el Caribe, la cobertura de los servicios de salud en las zonas rurales mejoró del 36 % al 64 % entre 1990 y el 2015. Sin embargo, persisten grandes desigualdades entre los países de la región y dentro de ellos. La defecación al aire libre es más común en las zonas rurales de América del Sur y el Caribe (113).

Hay un gradiente de riqueza en muchos países en cuanto al acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Un mayor porcentaje de la población en las zonas rurales con acceso a instalaciones de agua mejoradas está estrechamente asociado con la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad de menores de 5 años en toda la región. En cada país, las comunidades indígenas tienen niveles de acceso más bajos. En Canadá, se emitieron 100 recomendaciones de largo plazo para hervir agua potable y 47 recomendaciones de corto plazo en las comunidades de las Primeras Naciones en el año 2016. Los niveles presupuestarios actuales sólo cubrirán del 50 al 70 % de las necesidades a pesar de que el gobierno canadiense se comprometió a dejar sin efecto todas las recomendaciones de hervir agua para el 2021 (114, 115).

La contaminación del agua afecta desproporcionadamente a los más pobres, los indígenas y las comunidades afrodescendientes, como lo hacen la contaminación de la tierra y aire.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 11 se refiere a las zonas marginales y los asentamientos informales. Se propone “lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. Con este objetivo, se pretende para el año 2030 “asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales”. (112)

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

La contaminación del aire en el continente americano llega a provocar 93.000 muertes por enfermedades cardiopulmonares, 13.000 muertes por cáncer de pulmón y 58.000 años de vida perdidos a causa de infecciones respiratorias agudas en menores de 4 años anualmente (116). Algunos estudios realizados en la región han mostrado que la exposición a la contaminación del aire está distribuida desigualmente: las comunidades más pobres son las que más sufren, y los niños en particular (117).

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

FIGURA 4.7. AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD Y ESTANDARIZADOS POR EDAD PERDIDOS POR 100.000 HABITANTES ATRIBUIBLES A LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE, CONTINENTE AMERICANO, 2012



Fuente: OMS. *Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

Los avances para reducir la contaminación del aire en Estados Unidos parecen haberse desacelerado, y en América Latina y el Caribe la contaminación continúa empeorando (118).

CONDICIONES DE VIVIENDA Y ACCESO A LA VIVIENDA

En la actualidad, una de cada tres familias en América Latina y el Caribe, unos 59 millones de personas, viven en viviendas no aptas para ser habitadas o construidas con materiales de mala calidad, y carecen de servicios de infraestructura básicos (119). Las condiciones de la vivienda están estrechamente relacionadas con la salud: la mala calidad de las viviendas, el hacinamiento y la inseguridad de la ocupación y la tenencia son factores determinantes de la mala salud física y mental en toda la región.

La vivienda es inaccesible para la mayoría de la población de la región. Más del 50% de las familias en las ciudades más grandes de América Latina no puede permitirse el lujo de comprar una vivienda formal con sus propios medios. En Estados Unidos, la segregación física de aquellos con diferentes grados de pobreza está en aumento (110).

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EXITOSAS PARA MEJORAR LAS CONDICIONES AMBIENTALES

Vivienda

El programa “Piso Firme” de México, implementado desde el año 2000, demostró los beneficios que la población pobre urbana puede obtener gracias a mejoras específicas, como la colocación de pisos de hormigón. Tras la implementación del programa, las comunidades más pobres en México tuvieron tasas relativamente altas de pisos terminados. Los episodios de diarrea disminuyeron un 13 % y la anemia un 20 %, a la vez que las habilidades de comunicación mejoraron en un 30 % (120).

Los programas “Patrimonio Hoy” y “Autoayuda para la Vivienda” en México ayudan a familias de ingresos bajos a conformar grupos autofinanciados. Han acelerado el proceso de construcción de viviendas en muchas zonas marginales desde 1988 en adelante y redujeron los costos en un 30 %.

Tenencias formales

Una evaluación realizada en Buenos Aires (Argentina) en el 2010 indicó que las familias que recibieron la tenencia formal mejoraron considerablemente las inversiones en sus viviendas y redujeron el hacinamiento.

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

Agua y servicios sanitarios

Favela Bairro, en Brasil, incrementó significativamente la disponibilidad de servicios como agua y saneamiento desde 1996 hasta el 2007: los resultados mostraron que el programa tenía un impacto pequeño, pero estadísticamente significativo, sobre la asistencia a la escuela entre las edades de 5 a 20 años.

Planificación urbana y transporte

El sistema de autobús de tránsito rápido Trans Milenio en Colombia (2000) conectó los barrios de ingresos bajos, y en el 2006 las víctimas de accidentes de tránsito disminuyeron en 89 %, a la vez que las emisiones de dióxido de carbono se redujeron un 40 % (121).

El programa de “Ciudades Sanas” de la OMS ayuda a las ciudades a mejorar la salud a través del desarrollo de entornos positivos, la provisión de servicios básicos de saneamiento e higiene, y el acceso a la atención de salud. Los programas son distintos en cada ciudad, pero todos comprenden alianzas multisectoriales y la participación ciudadana (122).

RECOMENDACIÓN 10.

SISTEMAS DE SALUD EQUITATIVOS

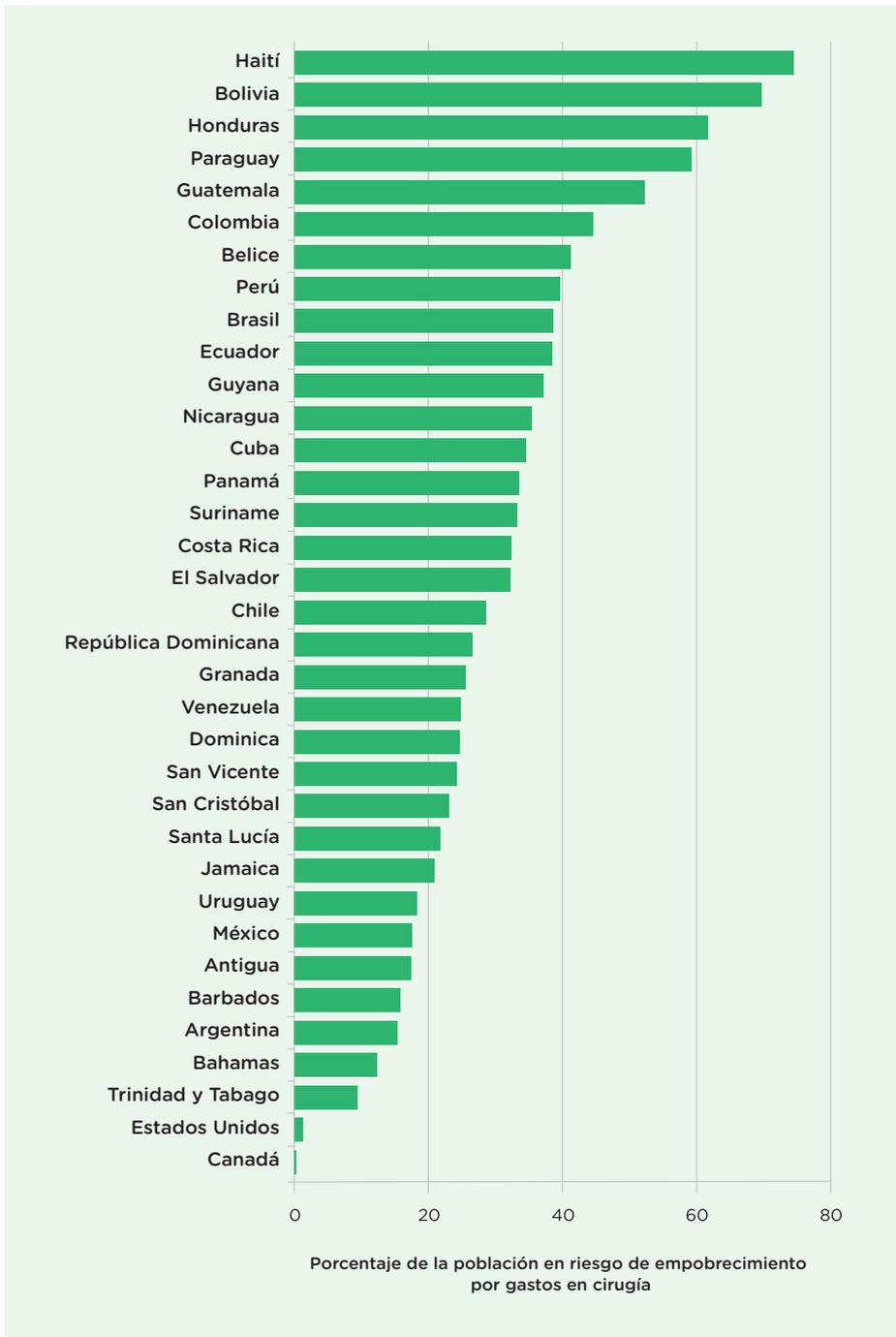
La Comisión se centra en los determinantes sociales de la salud, pero los sistemas de salud también son cruciales. Los determinantes sociales pueden ejercer una influencia poderosa sobre el acceso y la calidad de la atención, y el acceso a una atención de calidad es una necesidad absoluta. Además, los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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
10A. DISEÑAR SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD Y GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD, INDEPENDIEMENTE DE LA CAPACIDAD DE PAGO	<ul style="list-style-type: none"> Respetar las recomendaciones y directrices de la OMS sobre la atención universal de salud y garantizar el cumplimiento del derecho al goce del grado máximo de salud que sea posible, reconocido en la ley internacional de derechos humanos. Lograr el ODS 3.8, para lo cual se debe proveer la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos financieros y el acceso a vacunas y medicamentos esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
10B. LOS SISTEMAS SALUD DEBEN CENTRARSE EN PROTEGER Y MEJORAR LA SALUD FÍSICA Y MENTAL MEDIANTE EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA	<ul style="list-style-type: none"> La salud pública y los sistemas de atención de salud deben trabajar junto con otros sectores, incluidas las comunidades, para garantizar que se hagan intervenciones tendientes a mejorar las condiciones de vida. Establecer evaluaciones del desempeño de los sistemas de salud con respecto a las 11 funciones de la salud pública consignadas por la OPS (123). Los sistemas de salud universal deben monitorear las inequidades en cuanto al acceso y los resultados, sobre la base del derecho a la salud, y con el objetivo de eliminar y no exacerbar las inequidades en materia de salud.
10C. LOS SISTEMAS DE SALUD DEBEN CENTRARSE EN LOS FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE IMPULSAN LOS COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD, LA SALUD MENTAL Y EL SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> Los sistemas de salud deben fomentar la comprensión pública y sistémica de que los comportamientos de salud y la salud mental están influenciados por los factores estructurales y las condiciones de vida. Los profesionales de la salud deben trabajar como promotores nacionales y locales para mejorar las condiciones individuales y comunitarias, así como brindar tratamiento a los pacientes. Incluir en la formación y educación de los profesionales de la salud las maneras de entender y tomar acción sobre los determinantes sociales y cómo remitir los pacientes para que reciban apoyo que les permita mejorar sus condiciones de vida.

La cobertura universal de salud es un componente esencial del derecho a la salud y es un requisito para la equidad en cuanto a los recursos y la salud. En la región hay grados altos de inequidades socioeconómicas y étnicas en materia de acceso a la atención de salud que son consecuencia del costo de los servicios y, en algunos países, la insuficiencia de suministro, especialmente en las zonas rurales y los asentamientos informales (39).

Al menos el 20% de la población en la mayoría de los países de la región está en riesgo de caer en la pobreza debido a gastos catastróficos para cubrir la atención médica. En Bolivia y Haití aproximadamente el 70% de la población está en riesgo. El riesgo de tener que cubrir costos altísimos de atención médica también está correlacionado con las tasas de mortalidad de menores de 5 años en los países del continente americano.

FIGURA 4.8. RIESGO DE EMPOBRECIMIENTO DEBIDO A COSTOS QUIRÚRGICOS EN EL CONTINENTE AMERICANO, 2012



Fuente: Base de datos del Banco Mundial, 2017 (2).

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD: CENTRARSE EN MEJORAR LA SALUD

Existe un gran margen para que los sistemas de atención médica amplíen su enfoque de la salud y fortalezcan la mejora de la salud, de modo que se pueda mantener una buena salud y tratar las enfermedades. Actualmente en la mayoría de los sistemas de atención médica este enfoque está subdesarrollado. Satisfacer las funciones esenciales de salud pública proporcionará una base firme para la acción.

Mejorar la salud requiere que las organizaciones de salud, la fuerza laboral de atención médica, los sistemas de salud pública y los asociados ejerzan influencia sobre las condiciones de vida, a través de acciones con los pacientes y las organizaciones comunitarias, y en su papel como empleadores y líderes de la comunidad. Es mucho lo que pueden hacer los profesionales de la salud. Individualmente, pueden remitir a los pacientes para que reciban ayuda en cuestiones de vivienda, asistencia financiera, acceso a los beneficios y protecciones sociales. En cuanto a la comunidad, los profesionales de la salud pueden abogar por acciones para proteger y mejorar la salud: a través de sistemas de transporte eficientes, reducción de la contaminación, protección de entornos naturales y fomento de la integración social. A nivel nacional e internacional, los profesionales de la salud pueden influir sobre los gobiernos y los enfoques internacionales: defender el concepto de “la salud en todas las políticas” y exigir políticas más equitativas, además de apoyar un mayor acceso a sistemas de atención de salud asequibles (124).

A su vez, las organizaciones de atención de salud pueden utilizar sus activos locales —edificios, experiencia y conocimientos sobre la salud de la población— para diseñar prácticas de empleo locales saludables y brindar apoyo a la sociedad civil (124).

A menudo, los servicios de prevención, detección y vacunación son de difícil acceso o inasequibles para muchas comunidades en riesgo. En Estados Unidos, los datos indican que cuando se dispone de servicios de prevención hay claras inequidades en cuanto al acceso relacionadas con el origen étnico y la posición socioeconómica. Los comportamientos de riesgo para la salud se relacionan con la posición socioeconómica y el género. En toda la región el ser varón y pobre aumenta la probabilidad de consumo perjudicial de alcohol, el tabaquismo y el consumo de drogas.

RESOLUCIONES PERTINENTES DE LA OPS

CSP29.R15: Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

CD55.R8: Sistemas sanitarios resilientes

CD53.R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE SISTEMAS DE SALUD EXITOSOS

En **Cuba**, en la Escuela Latinoamericana de Medicina se da preferencia a los aspirantes que pertenecen a grupos socioeconómicos más bajos o personas de color que muestran el mayor compromiso para trabajar en comunidades desfavorecidas; el 80% de los graduados termina trabajando en comunidades rurales pobres.

En **Estados Unidos**, el sistema de atención de salud de Baylor (Texas) abrió en el 2006 una oficina de equidad en la salud con el fin de reducir las diferencias en el acceso a la atención médica, la prestación de servicios relacionados con la salud y las consecuencias para la salud que surgen a partir de la raza, la etnicidad, los ingresos y la educación, la edad, el género y otras características personales (por ejemplo, dominio de la lengua principal). La organización de atención de salud ha rediseñado y mejorado los programas de extensión en cuanto a los servicios en los lugares donde se detectaron las inequidades.

En **Canadá**, los investigadores se abocaron a documentar la relación entre el acceso a la atención primaria de salud en el ámbito local, las medidas de control de la comunidad y las tasas de hospitalización de las poblaciones de las Primeras Naciones que viven en reservas (120). El estudio determinó que cuanto más tiempo los servicios de salud comunitarios están bajo el control de la comunidad, menor es la tasa de hospitalización en la zona.

En **Carolina del Norte** (Estados Unidos), se creó una asociación multiinstitucional en el 2011 para abordar la tasa relativamente elevada de desempleo prolongado en la población rural local, mediante la capacitación para incorporarla a la fuerza laboral en el área de la salud. Las proyecciones indican que el 25% o más obtendrá un empleo si completa la capacitación de manera satisfactoria.

En **Brasil**, los trabajadores comunitarios de salud llevan más de 20 años de labor y atienden al 54% de la población. Desde su implementación, Brasil ha registrado importantes mejoras en la salud y una reducción de la inequidad en la salud, que los investigadores atribuyen al programa. Las mejoras incluyen una reducción en la mortalidad infantil y el número de hospitalizaciones. Se evidencian mejoras en los chequeos, la lactancia materna, la atención prenatal y las vacunaciones, y menores índices de problemas de salud mental.



5. GOBERNANZA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD



RECOMENDACIÓN 11.

MECANISMOS DE GOBERNANZA PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN LA SALUD

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

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
11A. CONVERTIR A LA EQUIDAD EN LA SALUD EN UN INDICADOR CLAVE DEL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD Y ESTABLECER MECANISMOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los ministerios del gobierno, no solo el de la salud, deben trabajar para mejorar la salud y reducir las inequidades, para lo cual deben actuar sobre los determinantes sociales de la salud. • Establecer mecanismos intergubernamentales y elaborar planes estratégicos para mejorar la equidad en la salud. • Evaluar la equidad en la salud en todas las políticas y trazar políticas para ampliar las acciones sobre la equidad en la salud. • Formular planes nacionales de acción pública que apunten a las inequidades en materia de salud e incorporar a los gobiernos locales, las comunidades y los enfoques intersectoriales, incluido el sector privado.
11B. EL GOBIERNO EN SU TOTALIDAD, INCLUIDOS LOS PODERES LEGISLATIVO, JUDICIAL Y EJECUTIVO, DEBE ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE GARANTIZAR LA EQUIDAD EN TODAS LAS POLÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a todos los sectores y niveles de gobernanza a fin de crear y mantener el apoyo político para que la equidad en la salud se considere un bien social. • Fortalecer la coherencia y las acciones entre los actores públicos, privados y voluntarios para corregir los patrones actuales y la magnitud de las inequidades en materia de salud.

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
11C. DESARROLLAR Y GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN DE TODA LA SOCIEDAD, INCLUIDAS LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS COMUNIDADES, PARA FIJAR PRIORIDADES Y TRAZAR POLÍTICAS TENDIENTES A LOGRAR LA EQUIDAD EN LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar amplio acceso a la inteligencia y los datos sobre la salud, la equidad y los determinantes sociales, tanto en el orden local como nacional. • Promover la presentación de informes públicos transparentes sobre las acciones y los avances a través de un amplio sistema de monitoreo de la equidad en la salud y los determinantes sociales. • Brindar apoyo a las personas y comunidades locales para que participen en la toma de decisiones locales, y propongan soluciones que fundamenten las políticas y las inversiones en el ámbito local y nacional. • Fortalecer la capacidad de las organizaciones no gubernamentales y las autoridades locales para emplear métodos de planificación participativa que mejoren la salud y reduzcan las inequidades sociales. • Tomar medidas positivas para apoyar los derechos de los niños a participar en los asuntos que los afectan, incluso en la educación pública, los procedimientos judiciales y la promoción para lograr la equidad en la salud.

Los sistemas de gobernanza determinan quién decide sobre las políticas, cómo se distribuyen los recursos a lo largo y a lo ancho de la sociedad, y la manera en que los gobiernos rinden cuentas de sus actos. La gobernanza para lograr la equidad en la salud a través de la acción sobre los determinantes sociales exige, como mínimo, la adhesión a los principios de buena gobernanza del PNUD: la legitimidad y la voz, dirección y visión claras, medición de resultados, rendición de cuentas y equidad (125). Pero también se requieren enfoques que comprometan a todos los estamentos del gobierno y de la sociedad para reducir las inequidades según los principios de “gobernanza inteligente”: colaboración, participación ciudadana, regulación y persuasión, participación de organismos independientes y cuerpos de expertos, políticas de adaptación, estructuras flexibles y previsión (18).

Estos enfoques requieren nuevas formas de liderazgo que cambien la asignación de poder y se alejen de las estructuras de toma de decisiones centralizadas y verticalistas, y que integren las comunidades locales y fortalezcan la coherencia entre los sectores y los actores.

LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE RÍO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Un paso clave para aplicar un enfoque de determinantes sociales con respecto a las inequidades en materia de salud en todo el mundo fue la aprobación de las prioridades establecidas en la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, en el año 2011 (42). Las cinco áreas de prioridad son:

- Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y el desarrollo.
- Promover la participación en la formulación y aplicación de políticas.
- Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades en materia de salud.
- Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo.
- Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.

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

LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

El enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito de las políticas públicas puede proporcionar una base para abordar la necesidad de una acción coherente y concreta en todo el gobierno para mejorar la salud (126). Aunque el sector de la salud comúnmente desempeña un papel central, el enfoque de la salud en todas las políticas toma sistemáticamente en cuenta las consecuencias para la salud que tienen las decisiones en todos los sectores y mejora la rendición de cuentas de los decisores políticos con respecto al impacto en la salud a todos los niveles del desarrollo de políticas. Incluye un énfasis en las consecuencias en la salud de las políticas públicas, incluida la promoción de la equidad en la salud como un objetivo de la sociedad.

Una nota de advertencia: una revisión de los últimos enfoques de la salud en todas las políticas mostró que la acción intersectorial parece haber sido utilizada más frecuentemente para abordar los determinantes micro y medios de la salud, como el comportamiento, pero que se actuó sobre “las causas de las causas” con menor frecuencia (127). Suriname constituye un ejemplo de aplicación de un enfoque de determinantes sociales hacia la equidad en la salud como parte de la salud en todas las políticas (128).

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

Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y con el apoyo de la OPS, el gobierno de Suriname implementó una “evaluación rápida de los determinantes sociales de la salud” para comprender las causas subyacentes de los principales problemas de salud y las consecuentes inequidades en la salud en el país. Los resultados obtenidos a partir de la evaluación de los datos disponibles indicaron que los determinantes sociales son predominantemente la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico, el grupo poblacional y el género. Estas conclusiones fueron la base para establecer las ocho áreas de acción. La experiencia de Suriname demuestra el éxito de adoptar una estrategia intersectorial para la salud y poner de relieve los fuertes vínculos existentes entre los determinantes sociales de la salud y el concepto de la salud en todas las políticas (129).

Una propuesta que abarque a todas las áreas de gobierno va más allá de la propuesta de la salud en todas las políticas (130, 131). Además de tener específicamente en cuenta a la salud en la formulación de todas las políticas, este enfoque de gobierno integral está en mayor consonancia con el abordaje holístico de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (6). Los gobiernos pueden concretar verdaderos avances si garantizan la equidad en la salud en todas las políticas como parte de un enfoque que incluya a todo el gobierno.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

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

- **Objetivo 1.** Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.
- **Objetivo 2.** Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- **Objetivo 3.** Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.
- **Objetivo 4.** Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
- **Objetivo 5.** Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- **Objetivo 6.** Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
- **Objetivo 8.** Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
- **Objetivo 10.** Reducir la desigualdad en los países y dentro de ellos.
- **Objetivo 11.** Lograr que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.
- **Objetivo 16.** Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.
- **Objetivo 17.** Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Para avanzar hacia el logro de los ODS, es necesario diseñar mecanismos de gobernanza, incluidas leyes y reglamentos, a fin de fortalecer la responsabilidad conjunta y lograr la equidad, entre los sectores y los responsables de tomar decisiones, tanto dentro como fuera del gobierno (18). Estos incluyen:

- Mecanismos que promuevan activamente la participación de la población y los actores locales a fin de definir el problema y proponer soluciones.

- Asegurar una revisión regular y conjunta del progreso, que favorezca el entendimiento y el compromiso común para alcanzar resultados compartidos.
- Emplear pruebas para asegurar que las políticas aborden las principales vías causales y puedan adaptarse a lo largo del tiempo.

MONITOREO

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

También se requiere medir las tendencias para hacer un seguimiento de las consecuencias que tienen las decisiones políticas sobre las inequidades en la salud (132). Para que esto sea sostenible, es necesario el apoyo de infraestructura para que el monitoreo sea eficaz, tanto en términos de tecnología de la información como de creación de capacidades.

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

DESGLOSE DE DATOS

Cada grupo se ve afectado por las políticas y los cambios sociales de distinta manera, y sus reacciones frente a ellos varían sistemáticamente. Como se indica más arriba, es importante desglosar los indicadores según mediciones reales o indirectas, tanto de los grupos sociales como de los cambios a través del tiempo. Fundamentalmente, la lista de indicadores de las ODS comienza con un párrafo sobre el desglose de la Agenda de Acción de Addis Abeba que dice:

Los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían desglosarse, siempre que fuera pertinente, por ingreso, sexo, edad, raza, etnicidad, estado migratorio, discapacidad y ubicación geográfica, u otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales (resolución 68/261 de la Asamblea General) (133).

ESTUDIO DE CASO: INDICADORES CLAVE, CANADÁ, 2016-2017

En un informe sobre las principales desigualdades en materia de salud en Canadá (134), se señala una serie de indicadores clave que proporcionan una base de referencia para el monitoreo (véase la figura 5.1). Estos indicadores fueron analizados con respecto a cada uno de los siguientes estratificadores sociales, cuando fue posible:

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

FIGURA 5.1. LISTA DE REFERENCIA DE LOS INDICADORES CLAVE, CANADÁ, 2016-2017

RESULTADOS DE SALUD	Esperanza de vida y mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacimiento (nivel ecológico) y esperanza de vida ajustada según la salud a los 18 años (nivel individual) • Mortalidad infantil: peso < 500 g • Mortalidad por lesiones no intencionales, todas las edades
	Enfermedades mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Autolisis/suicidio, todas las edades • Internación por enfermedades mentales, a partir de los 15 años
	Valoración de la propia salud	<ul style="list-style-type: none"> • Salud mental percibida, buena o mala, a partir de los 18 años
	Consecuencias específicas de las causas	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis, a partir de los 18 años • Asma, a partir de los 18 años • Diabetes, excluida la diabetes gestacional, a partir de los 18 años • Discapacidades, a partir de los 18 años • Incidencia del cáncer pulmonar • Obesidad, a partir de los 18 años • Salud bucal, edad con incapacidad para masticar, a partir de los 18 años • Tuberculosis
DETERMINANTES DE LA SALUD (CONDICIONES DE VIDA)	Comportamientos que afectan la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol, exceso de bebida • Tabaquismo, a partir de los 18 años
	Entorno físico y social	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de vivienda básica • Fumadores pasivos en el hogar, a partir de los 18 años
DETERMINANTES DE LA SALUD (FACTORES ESTRUCTURALES)	Inequidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad alimentaria en el hogar • Deficiencias laborales
	Desarrollo en la primera infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad en el desarrollo de la primera infancia, entre los 5 y 6 años

Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá y Red Pancanadiense de Salud Pública, 2018 (134).

El camino hacia delante más prometedor parece ser armonizar los indicadores, en la medida de lo posible, a la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (42) y a aquellos indicadores que se recomiendan para monitorear el progreso de los ODS clave, relevantes para la equidad en la salud. Los indicadores deberían ser desglosados adecuadamente para poder comprobar si se redujo la inequidad social en la sociedad.

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES

La puesta en marcha de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible requiere una considerable creación de capacidades y un cambio cultural sustancial dentro de las organizaciones en las esferas nacional, local y comunitaria.

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

RECOMENDACIÓN 12.

EJERCICIO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las leyes en materia de derechos humanos pueden ser herramientas poderosas, tanto para la formación de conciencia y consenso en torno a valores compartidos como para orientar el análisis, y fortalecer las mediciones y la rendición de cuentas con respecto a los derechos humanos y la equidad en la salud (135).

OBJETIVOS PRIORITARIOS	ACCIONES
12A. CONSOLIDAR LOS DERECHOS RELATIVOS A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD COMO ASPECTOS DE EL DERECHO A LA SALUD Y A UNA VIDA DIGNA	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en mayor grado los principios y las recomendaciones sobre los derechos relativos a los determinantes sociales de la salud impulsados por el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. • El Sistema Interamericano de Derechos Humanos y otros organismos afines deben intensificar la consideración de los determinantes sociales de la salud en el seguimiento del cumplimiento del derecho a la salud y a una vida digna. • Mejorar las perspectivas de los derechos humanos de las organizaciones internacionales de salud, incluida la OMS.
12B. FORTALECER LA RENDICIÓN DE CUENTAS CON RESPECTO A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD COMO UN ASPECTO DEL DERECHO A LA SALUD Y A UNA VIDA DIGNA	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la capacitación de los jueces sobre la inclusión de los determinantes sociales de la salud dentro del alcance del derecho a la salud y sobre la interdependencia del derecho a la salud, otros derechos y el concepto de una vida digna. • Ampliar la capacitación de los líderes y funcionarios públicos, incluidos los funcionarios de los sistemas de salud, sobre la plena responsabilidad que requieren los compromisos hacia los derechos humanos, en particular los relativos a las poblaciones desfavorecidas. • Mejorar la presentación de información sobre los determinantes sociales de la salud al Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. • Fortalecer el acceso a la justicia y el acceso a los recursos para casos de violación de los derechos humanos relacionados con el derecho a la salud y sus determinantes sociales.
12C. FORTALECER LA PROTECCIÓN CONTRA TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN EN TODAS LAS ESFERAS, INCLUIDA LA CAPACIDAD DE RESPUESTA A LAS MÚLTIPLES FORMAS DE DISCRIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las protecciones legales y los recursos contra todas las formas de discriminación en las esferas pública y privada. • Integrar principios de no discriminación en todas las políticas y servicios públicos, y garantizar una adecuada recopilación de datos para monitorear el respeto a la igualdad y la no discriminación.



El derecho humano a la salud es un “derecho incluyente” que se extiende más allá del acceso a la atención médica o la salud física. La buena gobernanza puede apoyarse en las acciones clave relacionadas con los derechos humanos que:

- Exigen la equidad en las condiciones sociales, así como en otros determinantes de la salud modificables.
- Respaldan el derecho a un nivel de vida adecuado para preservar la salud.
- Mejoran la distribución de los determinantes de las oportunidades para tener una vida saludable en toda la población.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas sitúa el derecho a la autodeterminación de las personas como un derecho fundamental e inherente y necesario para la restauración de los recursos y el pleno disfrute de los derechos humanos (53).

ENFOQUES Y MECANISMOS PERTINENTES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Naciones Unidas. Decenio Internacional de los Afrodescendientes 2015-2024 (15).

Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (53).

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 (136).

Convención sobre Derechos del Niño de 1990 (137).

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1969 (138).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976 (139).

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2006 (140).

Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del 2015 (141).

Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres de 1994 (4).

Corte Interamericana de Derechos Humanos (20).

6. CONCLUSIONES



La Comisión de la OPS sobre Equidad se creó para abordar las inequidades en materia de salud, es decir, las desigualdades sistemáticas en cuanto a la salud entre los distintos grupos sociales que se consideran injustas. Hemos establecido recomendaciones con objetivos prioritarios y, asociados a estos, acciones concretas para lograrlos. Partimos de la premisa de que la salud es un fin en sí mismo, una meta verdaderamente loable para los individuos y las comunidades. Esto no puede lograrse sin justicia social. Una sociedad que satisfaga las necesidades de sus miembros en forma equitativa probablemente será una sociedad con un alto nivel de salud poblacional e inequidades en la salud relativamente menores.

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

Es necesaria la acción pública para crear las condiciones para que las personas puedan llevar una vida digna, caracterizada por la autodeterminación, reconociendo la indivisibilidad, la interrelación y la interdependencia de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y los derechos de los pueblos indígenas. Hemos puesto de relieve que las inequidades en materia de salud no son una cuestión de “ellos y nosotros”, los excluidos y no excluidos, sino que (en grados variables) afectan a todos los miembros de la sociedad: este es el gradiente social en la salud. Pero los más vulnerables son los más perjudicados. Por esta razón, la acción sobre los determinantes sociales de la salud es necesaria para todos, pero también lo es la acción para satisfacer las necesidades específicas y las aspiraciones de las personas cuya vida se ve más afectada por la exclusión, la discriminación y las desventajas.

Las leyes en materia de derechos humanos pueden ser herramientas poderosas para fortalecer estos principios, no solo porque contribuyen a la formación de conciencia y consenso en torno a valores comunes, sino también para orientar el análisis y fortalecer la medición y rendición de cuentas de los derechos humanos y la equidad en la salud.

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

REFERENCIAS

1. Mandela N. Overcoming poverty. Speech in London; 2005.
2. Base de datos del Banco Mundial. Banco Mundial: Washington, DC; 2018.
3. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365: 1099-104.
4. CDSS. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
5. CEPAL. Panorama social de América Latina 2016. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2017.
6. PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible [en línea]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [Consultado el 27 de junio del 2018]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>.
7. King ML, J. Letter from a Birmingham Jail: African Studies Center - University of Pennsylvania, 1963.
8. Burgos E, Menchu R. Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia. Madrid: Siglo XXI Editores; 1998.
9. King ML, J [En línea]. "The Rising Tide of Racial Consciousness," Address at the Golden Anniversary Conference of the National Urban League. Discurso, Nueva York, 6 de septiembre de 1960 [Consultado el 27 de junio del 2018]. Disponible en: <https://kinginstitute.stanford.edu/king-papers/documents/rising-tide-racial-consciousness-address-golden-anniversary-conference>
10. Burks, 'Trailblazers: Women in the Montgomery Bus Boycott,' in *Women in the Civil Rights Movement*, ed. Crawford et al. Nueva York; World: 1990.
11. Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS; 2005.
12. Stiglitz J. The Price of Inequality. Nueva York: Penguin; 2013.
13. Atkinson AB. Inequality. Cambridge: Harvard University Press; 2015.
14. Naciones Unidas. State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' Access to Health Services. Nueva York: Naciones Unidas; 2016.
15. Naciones Unidas. Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024. Derechos Humanos de las Naciones Unidas [En línea] [consultado el 1 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/en/events/african-descent-decade/assets/pdf/PAD-final%20for%20NY.pdf>.
16. Galeano E. El libro de los abrazos. Madrid: Siglo XXI; 1989.
17. Graham J, Amos B, Plumpre T. Principles for food governance in the 21st century. Policy brief 15. Ottawa: Institute on Governance; 2003.
18. Kickbusch I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2014.
19. Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. *Health Hum Rights*. 2010; 15;12(2):49-59.
20. Organización de Los Estados Americanos. Protocolo de San Salvador: composición y funcionamiento del grupo de trabajo para analizar los informes periódicos de los estados. Resolución 2262, 2007
21. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Caso de los Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros). Guatemala, 1999.
22. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia, sentencia del 12 de septiembre del 2005.
23. Sen A. Human rights and capabilities Taylor and Francis, 2005, *Journal of Human Development*, Vol. 6, pp. 151-166.
24. OPS. Resoluciones y mandatos de la OPS. Organización Panamericana de la Salud; 2017.
25. OMS. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013 - 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
26. PRB. World population data sheet, 2017. Population Reference Bureau [En línea] 2017. [Consultado el 3 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.prb.org/2017-world-population-data-she>.
27. PRB. World Population Data Sheet-2003 Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World. Population Reference Bureau [En línea] 2003. [Consultado el 3 de abril del 2018]. Disponible en: http://homepage.ntu.edu.tw/~psc/WorldPopulationDS03_Eng.pdf.
28. Ingraham C. Washington Post. Justice Policy Institute. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018]. Disponible en: https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/04/30/baltimores-poorest-residents-die-20-years-earlier-than-its-richest/?noredirect=on&utm_term=.973c61a8b128.
29. Dwyer-Lindgren L, et al. Inequalities in Life Expectancy Among US Counties. 2017, *JAMA Intern Med*. 2017; 177(7):1003-1011.
30. OMS. Stunting in a nutshell. Organización Mundial de la Salud; 2018. [En línea] [Consultado el 3 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj_stunted_videos/en/
31. OMS. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Versión 2.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
32. USAID. The Demographic and Health Surveys Program; STATcompiler. [Base de datos en línea]. [Consultado el 9 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.statcompiler.com>.
33. CEPAL. Panorama social de América Latina, 2011. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2012.
34. CEPAL. Availability, collection and use of data on disability in the Caribbean subregion. Subregional Headquarters for the Caribbean: Economic Commission for Latin America and the Caribbean; 2011.
35. CEPAL. Panorama social de América Latina, 2012. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2013.

36. CDC. Vital signs: Suicide rising across the US. [En línea] [Consultado el 21 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf>.
37. CDC/NCHS. National Vital Statistics System mortality data 1999 and 2014. CDC Wonder; 2015. [En línea]. [Consultado el 11 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>
38. Centre for suicide prevention. Indigenous Suicide Prevention. [En línea] [Consultado el 7 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.suicideinfo.ca/resource/Indigenous-suicide-prevention/>.
39. CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2017.
40. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2016.
41. Transparency international. Urging leaders to act against corruption in the Americas. [En línea] [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: https://www.transparency.org/news/feature/leadership_corruption_in_the_americas.
42. Naciones Unidas. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Nueva York: Naciones Unidas; 1992.
43. Marmot M, Goldblatt P, Allen J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010. Londres: The Marmot Review; 2010.
44. SDC. Sustainable development: the key to tackling inequalities. Londres: Sustainable Development Commission; 2010.
45. Hunt P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health Hum Rights*. 2016; 18(2): 109-130.
46. Tobin J W. The Right to Health in International Law: Introduction. In: Tobin, John William, *The Right to Health in International Law*. Melbourne: Oxford University Press; 2011.
47. Naciones Unidas. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático. Nueva York: Naciones Unidas; 1992.
48. Griffith-Jones S, Spratt S, Andrade R, et al. Investment in renewable energy, fossil fuel prices and policy implications for Latin America and the Caribbean. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2017.
49. Rodriguez-Eugenio N, McLaughlin M, Pennock D. Soil Pollution: a hidden reality. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2018.
50. Hall G, Gandolfo A. Poverty and Exclusion among Indigenous Peoples: the global evidence. World Bank 2016. [En línea] [Consultado el 2 de junio del 2018]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/voices/poverty-and-exclusion-among-indigenous-peoples-global-evidence>.
51. Macdonald D, Wilson D. Shameful Neglect: Indigenous Child Poverty in Canada. Ottawa: Canadian Center for Policy Alternatives; 2017.
52. OPS. Resolución CD47.R18: La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 47.º Consejo Directivo; 2006.
53. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos Indígenas. Nueva York: Naciones Unidas; 2007.
54. OEA. La situación de las personas Afrodescendientes en las Américas. Washington, DC: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos; 2011.
55. The Harvard Project on American Indian Economic Development. Honoring Nations. Cambridge: 2018 [En línea] [Consultado el 19 de julio del 2018] <https://hpaied.org/honoring-nations>
56. Jordan's Principle Working Group. Without delay, denial or disruption: ensuring First Nations Children's Access to Equitable Services through Jordan's Principle. Ottawa: Assembly of First Nations; 2015.
57. First Nations Child and Family Caring Society of Canada et al. v Attorney General of Canada. Canadian Human Rights Tribunal 2; Canadian Human Rights Tribunal 10; Canadian Human Rights Tribunal 14; 2016.
58. Pictou Landing Band Council v. Canada (Attorney General), 2013 Federal Court 342, Federal Court of Canada (Mandamin J), April 4, 2013.
59. UNESCO. ISCED 0: Educación pre-primaria. [En línea] [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: <http://uis.unesco.org/node/334689>.
60. OECD. PISA 2012 Results: Excellence Through Equity: Giving Every Student the Chance to Succeed (Volume II). París: OECD Publishing; 2013.
61. Vegas E. The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Banco Mundial; 2012.
62. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382: 57-64.
63. OPRE. US Department of Health and Human Services. Washington, DC; Office of Planning Research and Evaluation; 2015.
64. Centre for Public Impact. 'Chile Crece Contigo (CCC)': supporting early years development - Case Study. [En línea] 2016. [Consultado el 14 de julio del 2017.] Disponible en: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/chile-crece-contigo/>.
65. OIT. Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2003.
66. OIT. Convenio núm. 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2011.
67. OIT. Decent work indicators. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2013.
68. Naciones Unidas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [En línea] 2018. [Consultado el 14 de julio del 2017]. Disponible en: <https://www.unodc.org/>.
69. Gómez V, Juárez García A. Working Conditions and Effort-Reward Imbalance in Latin America. In: Siegrist J, Wahrendorf M. *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of Effort-Reward Imbalance*. Springer; 2016, pp 235-271.
70. CEPAL. Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2016.
71. Larraitz L, Chaves MJ, Carcedo A. Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe, OIT- FORLAC; 2016.
72. UNICEF. Child protection from violence, exploitation and abuse. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2015.
73. US Bureau of Labor Statistics. Labor force characteristics by race and ethnicity. [En línea] 2015. [Consultado el 11 de julio del 2017]. Disponible en: <https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2015/home.htm>.
74. University of California Davis Centre for Poverty Research. What are the annual earnings for a full-time minimum wage worker? [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018]. Disponible en: <https://poverty.ucdavis.edu/faq/what-are-annual-earnings-full-time-minimum-wage-worker>.
75. OIT. Soluciones eficaces: Políticas activas del mercado de trabajo en América Latina y el Caribe. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2016
76. UNESCO. 'Chile Joven' Job training programs in Latin America. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2016.

77. OIT. El futuro del trabajo que queremos. La voz de los jóvenes y diferentes miradas desde América Latina y el Caribe. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la OIT; 2017
78. Banco Mundial. Un modelo de México para el Mundo - Próspera. [En línea] 2014. [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/11/19/un-modelo-de-mexico-para-el-mundo>.
79. OMS. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2008-2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
80. OEA. Resolución del 46.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los estados Americanos. [En línea] 2016. [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: <http://www.oas.org/en/46ga/>.
81. Age UK. Healthy Ageing Evidence Review. Londres: Age UK. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_april11_evidence_review_healthy_ageing.pdf.
82. OMS. Proyecto mundial de las ciudades amigas de los mayores. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/.
83. Social Security. Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin. Washington, DC: Social Security Administration; 2017.
84. Reynolds M. Social Policy Expenditures and Life Expectancy in High-Income Countries. *Am J Prev Med.* 2018; 54(1):72-9.
85. Pahor M, Guralnik J M, Ambrosius, W T. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;18;311(23):2387-96.
86. OIT. World Social Protection Report 2017-19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2016.
87. Annie E. Casey Foundation. Kids count databook. [En línea] 2018. [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: <https://datacenter.kidscount.org/data/tables/>.
88. Banco Mundial. Portal de datos de pobreza y equidad del Banco Mundial. [En línea] [Consultado el 12 de julio del 2018.] Disponible en: <http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA>.
89. Naciones Unidas. Observación General N 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9). Ginebra: Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas; 2007.
90. GNUD. The Social Protection Floor Initiative. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [En línea] [Consultado el 2 de julio del 2018.] Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowProject.action?id=2767>.
91. OIT. Social protection floor. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: <http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.htm>.
92. PNUD y ONU-Mujeres. Del Compromiso a la Acción: Políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe, 2016, Documento de análisis regional. Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Dirección Regional para América Latina y el Caribe; 2017.
93. OCDE. Violencia contra las mujeres (indicador). [En línea] 2018. [Consultado el 10 de enero del 2018] Disponible en: <https://data.oecd.org/inequality/violence-against-women.htm>.
94. Breiding M J. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization — National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, CDC. 2014;63(08):1-18.
95. OPS. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
96. Carvalho L. Ninguna forma de violencia contra las mujeres y las niñas puede ser tolerada: Alto a la cultura de tolerancia a la violencia contra las mujeres, Alto a la Impunidad. Oficina Regional de ONU Mujeres para las Américas y el Caribe; [En línea] 2016. [Consultado el 4 de marzo del 2018] Disponible en: <http://lac.unwomen.org/en/noticias-y-eventos/articulos/2016/05/statement-luiza>.
97. FBI. Hate crimes statistics. [En línea] 2015. Federal Bureau of Investigation. [Consultado el 4 de marzo del 2018] Disponible en: https://ucr.fbi.gov/hate-crime/2015/topic-pages/incidentsandoffenses_final.
98. OEA, CIDH. Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2015.
99. Instituto Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe. [En línea] 2018. [Consultado el 6 de mayo del 2018] Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf.
100. OMS. Informe mundial sobre violencia y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
101. OMS. European facts and the global status report on violence prevention, 2014. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2014.
102. UNODC. Violencia en las Americas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2016.
103. National Vital Statistics System. QuickStats: Age-Adjusted Homicide Rates, by Race/Ethnicity. [En línea] 2016. [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6715a8.htm>.
104. OPJ-NIJ. Violence against American Indian and Alaska Native women and men, 2010-findings from the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. Washington DC: US Department of Justice Office of Justice Programs National Institute of Justice; 2016.
105. Nosrati E, Ash M, Marmot M. The association between income and life expectancy revisited: deindustrialization, incarceration and the widening health gap. *Int J Epidemiol.* 2017. [Epub antes de la versión impresa].
106. CEPAL. Cohesión y violencia. Santiago: Comisión Económica para América Latina; 2013.
107. Jaitman L, Guerrero-Compean R. Promoting evidence-based crime prevention policies in Latin America and the Caribbean. *Translational Criminology.* 2015; 9:14-19.
108. Atienzo EE, Baxter SK, Kaltenthaler E. Interventions to prevent youth violence in Latin America: a systematic review. *Int J Public Health.* 2017; 62(1):15-29.
109. Miller TR. Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, United States. *Prev Sci.* 2015;16(6):765-777.
110. CEPAL, MINURVI, HABITAT. América Latina y el Caribe: desafíos, dilemas y compromisos de una agenda urbana común. Santiago: Naciones Unidas CEPAL; 2016.
111. OPS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (CSP29/6). [En línea] 2016. [Consultado el 6 de junio del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49169>
112. Corburn J, Sverdlik A. Slum upgrading and health equity. *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 24:14(4).

113. OMS. Monitoring water and sanitation: for evidence-based policy and intervention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
114. PBO. Budget sufficiency for First Nations water and wastewater infrastructure. Ottawa: Office of the Parliamentary Budget Officer; 2017.
115. Statistics Canada. The living conditions of Aboriginal people in Canada - Census of Population, 2016. Canada Minister of Industry; 2017
116. OPS. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. Organización Panamericana de la Salud. [En línea] 2011. Consultado el 11 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/URBAN-HEALTH-RESOLUTION.pdf>.
117. Korc M E. A socioeconomic assessment of human exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. J Air Waste Manag Assoc. 1996; 46(6):547-57.
118. Jiang Z, McDonald B C, Worden H. Unexpected slowdown of US pollutant emission reduction in the past decade. Proc Natl Acad Sci USA. 2018; 15;115(20):5099-5104.
119. BID. Un espacio para el desarrollo: los mercados de vivienda en América Latina y el Caribe. [En línea] 2012. [Consultado el 11 de junio del 2018] Disponible: <https://www.iadb.org/en/news/webstories/2012-05-14/housing-affordability-in-latin-america-and-caribbean,9969.html>.
120. CEPAL. Segundo informe anual sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago: Comisión Económica para América Latina; 2015.
121. ONU-HABITAT. Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe. Nairobi: ONU-HABITAT; 2012.
122. OMS. Healthy settings: healthy cities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/.
123. OMS. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a OMS roadmap for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
124. Institute of Health Equity and World Medical Association. Doctors for health equity. Londres: IHE and World Medical Association, 2016.
125. PNUD. Governance principles, institutional capacity and quality. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011.
126. OMS. Health in all policies: Framework for country action. [En línea] 2018. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>.
127. Shankardass K, Solar O, Murphy K, et al. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. Int J Public Health. 2012;157:25-33.
128. OPS. Determinantes Sociales de la Salud en las Americas. [En línea] [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=45>.
129. OPS. Salud en todas las políticas en las Américas. [En línea] 2015. [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: <http://saludentodaslaspoliticasy.org/>.
130. Public Health Agency of Canada. Canadian Best Practices Portal: Social Determinants of Health. [En línea] 2016. [Consultado el 13 de julio del 2018.] Disponible en: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/>.
131. OMS, Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Adelaida: Organización Mundial de la Salud, GAM; 2017.
132. OPS. Monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
133. Naciones Unidas. Addis Ababa Action Agenda Monitoring commitments and actions: Inaugural Report 2016 Inter-agency Task Force on Financing for Development. [En línea] 2016. [Consultado el 4 de julio del 2018.] Disponible en: www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2016/03/Report_IATF-2016-full.pdf.
134. Public Health Agency of Canada and the Pan-Canadian Public Health Network. Key health inequalities in Canada: a national portrait. [En línea] [Consultado el 7 de marzo del 2018.] Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>.
135. Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. Health and Human Rights. 2010; 12, 2, 31-48.
136. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas; 1979.
137. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1992.
138. ACNUR. Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Nueva York: Naciones Unidas; 1965.
139. Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Nueva York: Naciones Unidas; 1976.
140. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
141. OEA. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Washington DC: Organización de los Estados Americanos; 2015.
142. ACNUR. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y programa de acción de Viena. Viena: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 1993.
143. Beder S. Costing the earth: Equity, sustainable development and environmental economics. New Zealand Journal of Environmental Law. 2000;4,227-243.
144. Banco Mundial. Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI: Primera década. Washington, DC: Grupo Banco Mundial; 2015.
145. Clelland C. A call for tribal health equity and diplomacy. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2018.
146. Satterfield D. The Land as a Determinant of Health: respecting traditional ecological knowledge about health in all its dimensions. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018.
147. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Nueva York: Naciones Unidas; 2007.
148. OEA. Plan de acción sobre la declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas (2017-2021). Asamblea general, Consejo Permanente; 2016.
149. OIT. Resolución sobre las estadísticas del empleo en el sector informal. Adoptada por la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1993.
150. Vivanco JM. Aborto y los derechos humanos en El Salvador. El Diario de Hoy. [En línea] 2018. [Consultado el 24 de julio del 2018] Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2018/04/03/abortion-and-human-rights-el-salvador>.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



INSTITUTE *of*
HEALTH EQUITY

