



Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

*Lograr la equidad en salud:  
desde las causas iniciales a los resultados justos*

**Declaración provisional**



**ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL DE LA  
SALUD**



Ésta es la Declaración provisional de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Establece la visión y los objetivos de la Comisión, los problemas que busca mejorar y los fundamentos intelectuales para el enfoque de los determinantes sociales. De este modo, la Declaración provisional es un recurso para las personas preocupadas por los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud, a medida que construyen un movimiento mundial. Las recomendaciones para la acción, basadas en la evidencia reunida en todas las corrientes de trabajo de la Comisión, se harán en el Informe final en mayo de 2008. La Declaración provisional se difundirá ampliamente entre las numerosas comunidades de interesados de la Comisión. Éstas abarcan desde países socios y diseñadores de políticas, incluidos los ministerios de salud y economía, hasta actores de la sociedad civil, alianzas políticas, sindicatos, médicos y trabajadores de la salud en un sentido más amplio, y el sector privado. Una consulta dirigida a los interesados contribuirá a completar la base de evidencia integral y las recomendaciones para la acción en el Informe final.

En marzo de 2005, el Dr. Lee Jong-Wook, en ese entonces Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH). El respaldo de la OMS ha continuado gracias al apoyo de la actual Directora General, la Dra. Margaret Chan. Se recibió una valiosa asistencia financiera por parte de países socios como Brasil, Canadá, Chile, China, Egipto, India, la República Islámica de Irán, Japón, Kenia, Suecia y el Reino Unido.

Si desea recibir actualizaciones relacionadas con la Comisión, regístrese en línea a través del sitio Web [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en).



### ***Descargo de responsabilidad***

Esta publicación contiene las visiones colectivas de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y no representa necesariamente las decisiones o la política establecida de la Organización Mundial de la Salud.

*Cabe destacar que las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no denotan, en lo absoluto, la opinión de la Organización Mundial de la Salud con respecto a la situación legal de ningún país, territorio, ciudad, región o de sus autoridades, ni en lo referente a la determinación de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos en los mapas representan líneas limítrofes aproximadas para las cuales es posible que todavía no se haya logrado un acuerdo.*

*La mención de determinadas compañías, así como de los productos de ciertos fabricantes, no significa que la Organización Mundial de la Salud los avale ni recomiende con preferencia sobre otros de naturaleza semejante, a los que no se hace ninguna alusión. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos registrados se distinguen con letras iniciales mayúsculas.*

*La Organización Mundial de la Salud ha tomado todos los recaudos razonables para verificar la información incluida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantías de ninguna índole, expresas ni implícitas. La responsabilidad de interpretación y uso del material reside en el lector. En ninguna circunstancia se responsabilizará a la Organización Mundial de la Salud por daños derivados de su uso.*



## ***Creación de un movimiento mundial para la equidad en salud***

*La salud es una aspiración humana universal y una necesidad humana básica. El desarrollo de la sociedad, rica o pobre, puede juzgarse a través de la calidad de la salud de su población, cuán equitativamente está distribuida la salud en el espectro social y el grado de protección brindado contra las desventajas como resultado de una mala salud. La equidad en salud es fundamental para esta premisa y para el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.*

*El fortalecimiento de la equidad en materia de salud, tanto mundialmente como dentro de los países, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades. Más que cualquier otra iniciativa de salud global, la Comisión se centra en las “causas de las causas”, los determinantes sociales de la salud –las estructuras fundamentales de la jerarquía social y las condiciones determinadas socialmente que estas estructuras crean en las cuales las personas crecen, viven, trabajan y envejecen.*

*El momento de la acción es ahora: no sólo porque una mejor salud tiene sentido desde el punto de vista económico, sino porque es justo y correcto. La protesta contra la inequidad se ha intensificado durante muchos años de un país a otro en todo el mundo. Estas protestas conforman en la actualidad un movimiento mundial. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud coloca la acción para garantizar una salud equitativa en la cabeza y el corazón de ese movimiento.*



## Índice

<i>Creación de un movimiento mundial para la equidad en salud</i> .....	4
<i>La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud</i> .....	1
<i>Los miembros de la Comisión</i> .....	4
<i>Desigualdades en materia de salud, inequidades y determinantes sociales de la salud</i> .....	6
A pesar de las mejoras en la salud mundial, aún se observan desigualdades importantes entre los países.....	6
Desigualdades en materia de salud entre los países y el gradiente social.....	7
Justicia, desigualdad e inequidad.....	11
Empoderamiento y libertad: tratar con la pobreza y el gradiente.....	12
<i>Factores determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud:</i> .....	14
“ <i>las causas de las causas</i> ”.....	14
Condiciones de crecimiento, de vida y de trabajo .....	20
<i>Conductas en contexto</i> .....	26
Sistemas de salud.....	29
<i>La conformación de la sociedad</i> .....	31
El contexto social .....	32
El ámbito mundial .....	34
<i>El momento de actuar</i> .....	38
<i>Anexo: El enfoque multidisciplinario de la CSDH</i> .....	40
Los objetivos .....	40
Comisionados .....	40
Redes de conocimiento.....	41
Cuestiones clave adicionales .....	57
Iniciativas mundiales.....	67
Trabajar con la OMS .....	68
<i>Bibliografía</i> .....	71

## *La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*

En la actualidad, desigualdades drásticas dominan la salud mundial. Estas desigualdades en materia de salud nos involucran a todos, a los países ricos y pobres por igual. En respuesta a esto, el ex director general de la Organización Mundial de la Salud, el difunto Dr. Lee Jong-Wook, creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) en 2005.

Las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen una influencia poderosa en la salud. Las desigualdades en estas condiciones conllevan a desigualdades en materia de salud. La visión de la Comisión es un mundo en el que todas las personas tengan la libertad de llevar vidas valiosas. Ésta es una cuestión de justicia social. La salud y sus determinantes clave constituyen un asunto de derechos humanos. Políticamente es fundamental, ya que el éxito de una sociedad se puede juzgar por la calidad y la distribución justa de la salud de su población. La buena salud posibilita la participación de las personas en la sociedad, con consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico.

La amplia mayoría de desigualdades en materia de salud, entre y en los países, son evitables y, por ende, injustas. Nuestro éxito en la mejora de la salud y la disminución de estas desigualdades depende de una seria atención a las causas sociales subyacentes. Las soluciones técnicas dentro del sector de la salud son importantes, pero no suficientes. Tratar los determinantes sociales de la salud puede generar beneficios mayores y sostenibles. La acción sobre los determinantes sociales de la salud fortalece a las personas, las comunidades y los países. El fortalecimiento es un camino poderoso para cambiar tanto la estructura como las condiciones sociales y es a través de tales cambios que las personas se fortalecen.

En un esfuerzo por hacer realidad su visión, la Comisión está creando un movimiento mundial para el cambio con el fin de mejorar la salud global y reducir la inequidad en salud. Está formando alianzas con los gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales. Está revisando la base de evidencia mundial sobre inequidad en salud, explotando el conocimiento nacional y local para la acción y propugnando el cambio. Por último, la CSDH tiene como objetivo final abordar la diversidad de determinantes de la salud, desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las influencias

más inmediatas, en todos los niveles desde el mundial al local, en los gobiernos e incluso en todos los interesados de la sociedad civil y el sector privado. En el Informe final en 2008 se harán las recomendaciones para la acción.

Al frente de la Comisión están diseñadores de políticas influyentes de la nación y el mundo, científicos, médicos y líderes de la sociedad civil de todo el mundo, unidos por su preocupación sobre la inequidad en salud y su convicción de que la acción social es necesaria para responder a ello. La diversidad de sus procedencias demuestra de manera convincente que la salud es una preocupación para todos, no sólo para aquéllos que participan en la atención médica. Los miembros de la comisión aportan su experiencia como ex jefes de gobierno, como ministros (de educación, asuntos internacionales, obras públicas y salud), como diseñadores de políticas y asesores nacionales, como miembros de grupos de trabajo nacionales, consejos asesores, consejos regionales y parlamentos, como directores de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales, como académicos de renombre mundial y como líderes y representantes de la sociedad civil.

La pericia de los miembros de la Comisión se complementa con aquella de los socios mundiales de la Comisión. Instituciones académicas importantes en el norte y el sur han formado redes de investigación, política y práctica en relación con áreas temáticas específicas. Estas Redes de Conocimiento evalúan el conocimiento global actual en cada una de las áreas temáticas, con énfasis en la evidencia para la acción. La Comisión está aprendiendo de la experiencia de los países, aprendiendo de los diseñadores de políticas y los médicos y trabajando con ellos en la conducción del cambio. La Comisión está comprometida con actores mundiales y regionales clave, desde instituciones financieras como el Banco Mundial hasta los organismos de las Naciones Unidas, desde organizaciones no gubernamentales internacionales hasta instituciones globales de los Estados miembro. Además, la Comisión está aprendiendo y trabajando con las organizaciones de la sociedad civil, relacionándose con grupos con los que las comisiones no suelen tratar. Las reuniones de la Comisión tienen lugar en todo el mundo. Estas reuniones abarcan todo, desde el debate con los jefes de estado y los diseñadores de políticas nacionales hasta visitas al lugar e interacción con las comunidades.

Las devastadoras desigualdades en salud que vemos en todo el mundo son obra del hombre. Las causas son sociales y así deben ser las soluciones. Una sociedad mundial en la que millones de niños y adultos no pueden llevar vidas prósperas no es sostenible. Nunca antes habíamos estado tan interconectados mundialmente. Nunca antes un movimiento mundial para la equidad en materia de salud ha sido más necesario o más posible.

## Los miembros de la Comisión



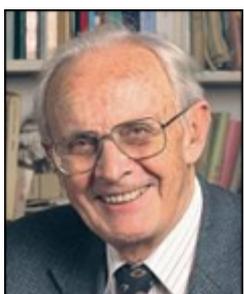
Michael Marmot es el director del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y el jefe del Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Escuela Universitaria de Londres (UCL). Es el presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En 2000, le concedieron el título de Sir por sus servicios a la epidemiología y la comprensión de las desigualdades en la salud.



Frances Baum es la jefa y profesora del Departamento de Salud Pública en la Universidad de Flinders y directora fundadora de la Unidad de Investigación sobre Salud Comunitaria del Sur de Australia. Es copresidenta del Consejo de Coordinación Mundial del Movimiento para la Salud de los Pueblos.



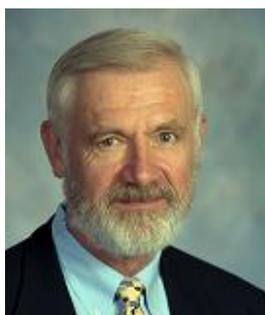
Monique Bégin es profesora en la Escuela de Administración de la Universidad de Ottawa, Canadá y dos veces nombrada Ministra de Salud y Bienestar Nacional. Fue la primera mujer de Québec elegida para la Cámara de los Comunes.



Giovanni Berlinguer es miembro del Parlamento Europeo. Actualmente es miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (2001 a 2007) y ponente del proyecto de Declaración Universal sobre Bioética.



Mirai Chatterjee es la coordinadora de Seguridad Social para la Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA) de la India, un sindicato de más de 900.000 trabajadoras autónomas. Recientemente fue elegida para el Consejo Asesor Nacional y la Comisión Nacional para el Sector No Organizado.



William H. Foege es profesor emérito, distinguido por la presidencia, de Salud Internacional en la Universidad Emory. Fue director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), jefe del Programa de erradicación de la viruela de los CDC y director ejecutivo de The Carter Center. Además trabajó como asesor médico superior para la Bill and Melinda Gates Foundation.



Yan Guo es profesora de Salud Pública y vicepresidenta del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Pekín. Es vicepresidenta de la Asociación China de Salud Rural y vicedirectora de la Academia China de Políticas de Salud (PKU).



Kiyoshi Kurokawa es profesor en el Instituto Nacional de Graduados para Estudios de Políticas, Tokio. También es miembro del Comité de Ciencias y Política de Tecnología del Gabinete. Anteriormente fue presidente del Consejo de Ciencias de Japón y la Asociación de Ciencias del Pacífico.



Ricardo Lagos Escobar es ex presidente de Chile y ex ministro de Educación y de Obras Públicas. Tiene los títulos de economista y abogado y trabajó como economista para las Naciones Unidas.



Alireza Marandi es profesor de Pediatría de la Universidad Shaheed Beheshti, de la República Islámica de Irán. Fue Ministro de Salud (y Educación Médica) durante dos mandatos. Además de Ministro, Marandi también asumió los cargos de Viceministro y Asesor del Ministerio.

Pascoal Mocumbi: Alto Representante de la European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (Programa de Ensayos Clínicos Europa-Países en Desarrollo) y ex Primer Ministro de la República de Mozambique. Antes de eso, dirigió el Ministerio de Asuntos Exteriores y el Ministerio de Salud.



Ndioro Ndiaye es la Directora General Adjunta de la Organización Internacional para las Migraciones (IOM), ex Ministra de Desarrollo Social y ex Ministra de Asuntos de la Mujer, la Familia y los Niños de Senegal.

Charity Kaluki Ngilu es Ministra de Salud de Kenia. Antes de ocupar ese cargo, fue miembro de la Asamblea Nacional de Kenia, en la que representó al partido democrático. Desde 1989, ha sido líder de la organización *Maendeleo ya Wanawake*, el movimiento nacional de mujeres.



Hoda Rashad es Directora y profesora de Investigación del Centro de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Americana de El Cairo. Es miembro del Senado, uno de los dos órganos parlamentarios de Egipto. También es miembro del Consejo Nacional de Mujeres, dirigido por el Presidente de Egipto.

Amartya Sen es profesor de la Universidad de Lamont y profesor de Economía y Filosofía en la Universidad de Harvard. En 1998, recibió el Premio Nobel de Economía.



David Satcher es Director del Centro de Excelencia para la Eliminación de Inequidades en Salud y de la Iniciativa del Instituto de Liderazgo en Salud de Satcher. Ocupó los cargos de Director General de Salud Pública de Estados Unidos y Subsecretario de Salud. Satcher también fue Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y Administrador de la Agencia para Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades.

Anna Tibaijuka es Directora Ejecutiva del Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-Hábitat). Además, es la Presidenta fundadora del Consejo Nacional Independiente de Mujeres de Tanzania.



Denny Vågerö es profesor de Sociología Médica y Director del Centro de Estudios sobre Equidad en Salud (CHESS) de Suecia. Es miembro de la Real Academia Sueca de las Ciencias y de su Comité Permanente sobre Salud.

Gail Wilensky es colaboradora principal del proyecto HOPE, una base para la educación sanitaria internacional. Anteriormente, estuvo a cargo de los programas Medicare y Medicaid en Estados Unidos. Además, presidió dos comisiones que brindan asesoramiento al Congreso de Estados Unidos sobre Medicare.



## *Desigualdades en materia de salud, inequidades y determinantes sociales de la salud*

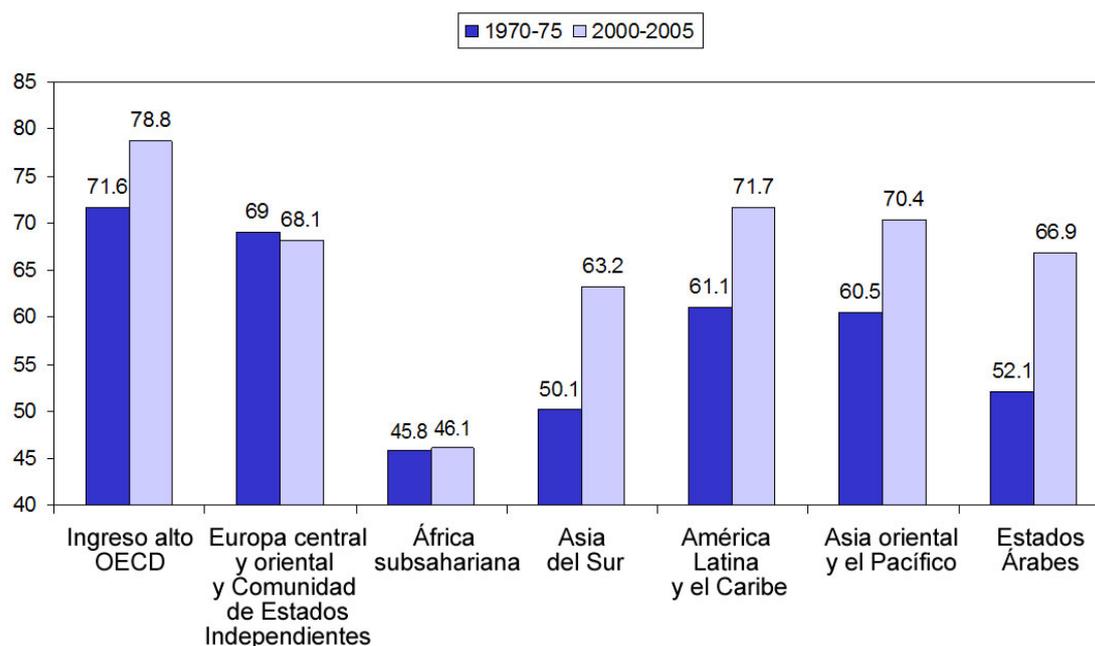
### **A pesar de las mejoras en la salud mundial, aún se observan desigualdades importantes entre los países**

Considere tres niños: uno de África, otro de Asia del Sur y el último de Europa. La esperanza de vida al nacer de cada uno, que representa el promedio del país, es menor a 50 años. Las cifras de África y de Asia del Sur datan de 1970, las de Europa, de 1901. En el último siglo, la esperanza de vida para los niños europeos aumentó unos 30 años y continúa subiendo (Willets y col., 2004). Entre 1970 y 2000, la esperanza de vida para los niños de Asia del Sur aumentó unos 13 años, mientras que, durante el mismo período, la esperanza de vida para los niños de África subsahariana aumentó unos 4 meses (PNUD, 2005).

La mejora en salud en Europa, América del Norte y los demás países que actualmente forman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) es un logro social importante del siglo XX. Aunque no se sabe con seguridad cuál fue el factor que condujo a la mejora en Europa, es muy probable que haya sido el resultado de una combinación de mejoras en las condiciones de vida y trabajo de las personas y, posteriormente, en los avances en la atención médica.

Comenzamos con la propuesta de que África no debe ser condenada a su mala salud más que de lo que lo fue Asia del Sur en 1970 o Europa en 1900. Los logros en la salud que Europa ha disfrutado ya comienzan a observarse en Asia del Sur y otras regiones (figura 1), aunque todavía falta bastante, y es posible que se manifiesten en África subsahariana. Ningún país o región debería vivir con niveles de mala salud evitables. La falta de mejoras en salud en los países de Europa central y oriental y la ex Unión Soviética es motivo de preocupación, así como lo son las otras diferencias que se muestran en la figura 1. Las mejoras en las condiciones de vida y trabajo junto al hallazgo de la forma de brindar soluciones médicas conocidas podrían dar lugar a reducciones contundentes de estas desigualdades mundiales en materia de salud.

Figura 1: Esperanza de vida al nacer por región, períodos 1970-1975 y 2000-2005



Fuente: PNUD, 2005.

Estas desigualdades en materia de salud no deben existir. Considere la experiencia de las mujeres que dan a luz. En varios países pobres, las razones de mortalidad materna exceden los 500 cada 100.000 nacidos vivos. En Suecia, la relación es de 2 cada 100.000.

### **Desigualdades en materia de salud entre los países y el gradiente social**

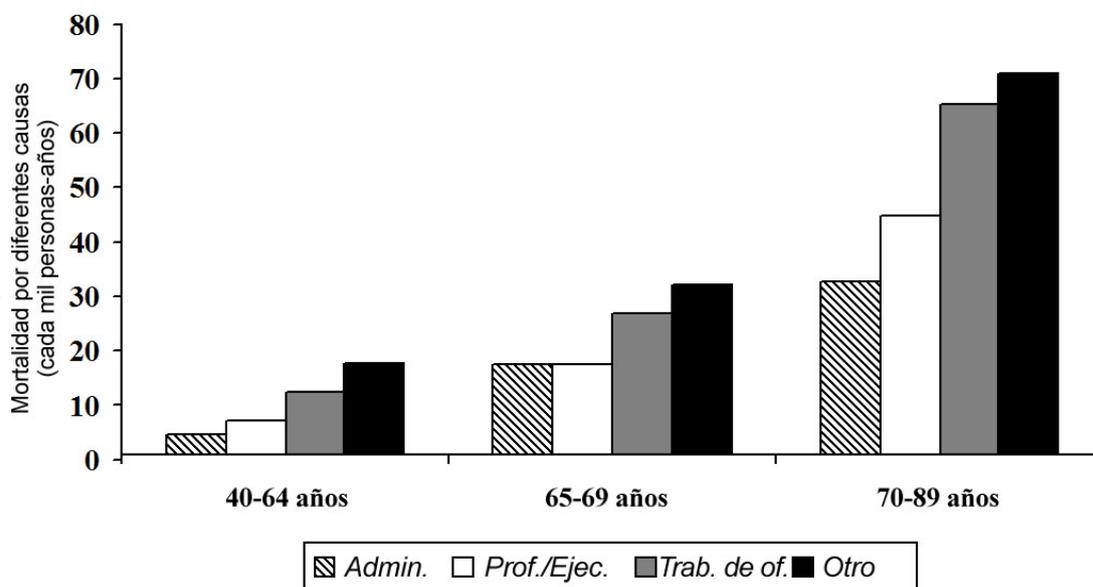
Existe un segundo problema de desigualdades en materia de salud: las diferencias sustanciales entre los países. Estas diferencias en salud tienen lugar en varios ejes de la estratificación social, como el socioeconómico, el político y el cultural. Una forma de describir la magnitud de las desigualdades es la brecha que existe entre el nivel socioeconómico alto y el bajo. Por ejemplo, en El Salvador, si las madres carecen de educación, sus bebés tienen 100 posibilidades en 1000 de morir en el primer año de vida. En cambio, si las madres tienen al menos educación secundaria, la tasa de mortalidad infantil pasa a ser un cuarto respecto a esta cifra (Banco Mundial, 2006b).

Estas desigualdades sustanciales en materia de salud se manifiestan tanto en los países ricos como en los más pobres. En la ciudad escocesa de Glasgow, la esperanza de vida de los hombres en una de las zonas más marginadas era de 54 años, mientras que en las zonas de mejor condición económica era de 82 años (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).

Esto significa que la esperanza de vida de los hombres más pobres de Glasgow es menor al promedio de India. Durante el período 1997–2001, los hombres con la esperanza de vida más baja en los Estados Unidos de América (Murray y col., 2006) tenían una esperanza de vida inferior al promedio de Pakistán, durante el período 1995-2000 (UNDESA, 2006b). En cada caso, los grupos indígenas del mundo tienen esperanzas de vida inferiores al promedio nacional (CSDH, 2007).

Sin embargo, si el punto de atención es la brecha que existe entre el nivel socioeconómico alto y el bajo, no se logra dirigir el objetivo a un fenómeno dominante: el gradiente social en salud (Marmot, 2004), consulte (figura 2). Con sólo algunas excepciones, se puede demostrar, sobre la base de la evidencia, que cuanto más baja es la posición socioeconómica de un individuo, peor es su salud. Existe un gradiente social en salud que va desde lo más alto a lo más bajo del espectro socioeconómico. Los efectos del gradiente pueden ser drásticamente evidentes y bastante sutiles. En general, las personas que están por encima de la posición inferior presentan un peor estado de salud que las que están por encima de ella, pero un mejor estado de salud que las que están por debajo. En Suecia, las personas adultas que poseen un doctorado tienen una mortalidad más baja que aquellas que poseen capacitación profesional o licenciatura (Erikson, 2001). Esto es un fenómeno mundial que se observa en los países con ingresos bajos, medios y altos (Victora y col., 2003). El gradiente en salud no debe desviar la atención de la difícil situación que enfrentan las personas que están en la parte inferior del gradiente: los más pobres de los pobres. En cambio, el gradiente social en salud significa que todos estamos involucrados.

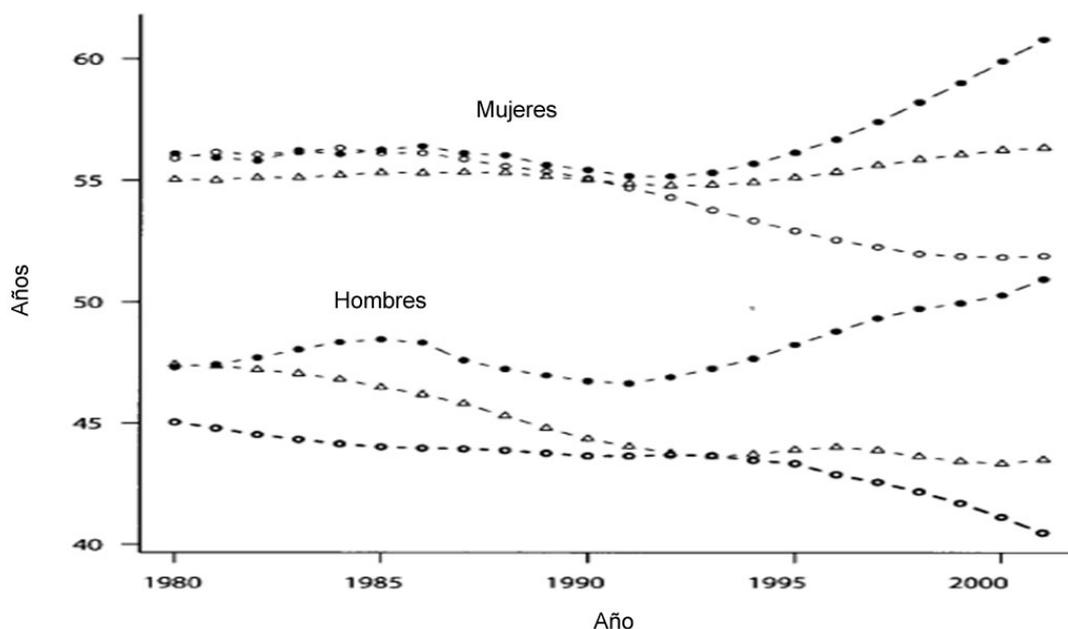
Figura 2: Mortalidad en mayores de 25 años según el nivel de jerarquía ocupacional, Whitehall.



Fuente: Marmot & Shipley, 1996.

Las desigualdades en materia de salud tanto dentro como entre los países surgen de las desigualdades dentro y entre las sociedades: las desigualdades en las condiciones sociales y económicas y sus efectos en las vidas de las personas que determinan el riesgo de enfermedad y las acciones realizadas para prevenir y tratar las enfermedades, cuando éstas tienen lugar. Estas desigualdades pueden evitarse y no están establecidas. Existen varios casos de desigualdades crecientes. Por ejemplo, observamos diferencias crecientes en la esperanza de vida de la Federación Rusa por nivel de educación tanto en hombres como en mujeres (figura 3). Además, existe buena evidencia que muestra que las condiciones pueden mejorar (figura 4). Un objetivo central de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) es reunir la evidencia, en especial, aquella que marcaría la diferencia, a fines de formar las bases para la acción para reducir las desigualdades en materia de salud dentro y entre los países. En caso de que no se disponga de dicha evidencia, la Comisión realizará recomendaciones sobre cómo solucionar los problemas que ocasionan las brechas.

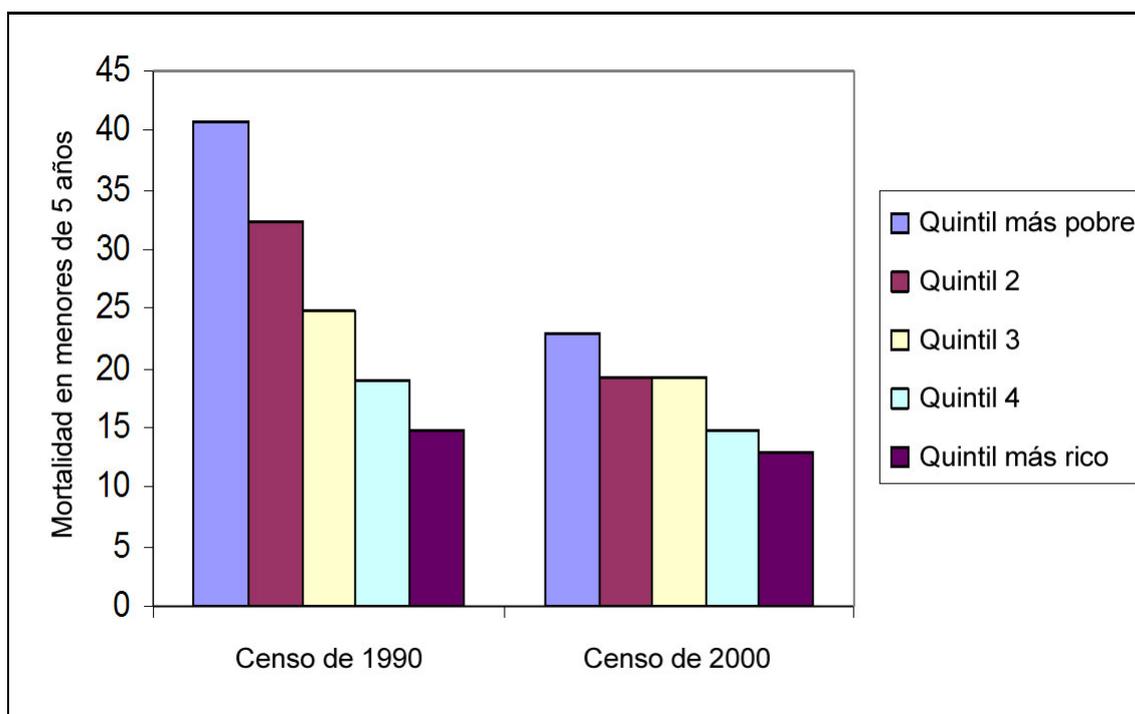
Figura 3: Las tendencias en la esperanza de vida de hombres y mujeres a los 20 años por logro educativo en la Federación Rusa.



Nota: La figura muestra valores por niveles educativos: nivel primario (círculos en blanco), nivel intermedio (triángulos) y universidad (círculos negros). Reimpreso con la autorización de la American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública).

Fuente: Murphy y col., 2006.

Figura 4: Tasas de mortalidad en menores de 5 años por categoría de riqueza durante el período 1990 y 2000 en Tailandia.



Fuente: Vapattanawong y col., 2007.

## **Justicia, desigualdad e inequidad**

Todas las sociedades tienen jerarquías sociales cuyos recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio, están distribuidos de forma desigual. La distribución desigual de los recursos tiene un impacto en la libertad de las personas de llevar vidas que puedan valorar (Sen, 1999). A su vez, esto tiene un gran impacto en la salud y su distribución en la sociedad. La Comisión no está de acuerdo con la distribución desigual de las condiciones sociales en los casos que, como consecuencia, se ve afectada la salud.

No todas las desigualdades en materia de salud son injustas o poco equitativas. Si sencillamente la buena salud fuera inalcanzable, esto sería desafortunado pero no injusto. Cuando las desigualdades en materia de salud son evitables, aunque no evitadas, no son equitativas. Esto puede ilustrarse mediante la diferencia en cuanto a salud entre hombres y mujeres. Generalmente, las mujeres viven más tiempo que los hombres. Lo que probablemente es una consecuencia de diferencias biológicas entre los sexos y, por lo tanto, no constituye una desigualdad poco equitativa. Sin embargo, en los casos en que las mujeres tienen una esperanza de vida igual o menor que los hombres, es decir, cuando las condiciones sociales influyen en la reducción del beneficio de longevidad "natural" de las mujeres, esta desigualdad es una marca de inequidad grave (Sen, 2003). La injusticia que la Comisión pretende solucionar es producto del fracaso para lograr niveles de salud que deben ser alcanzables, pero que no lo son por falta de acción.

El derecho al más alto nivel de salud alcanzable se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en una gran cantidad de tratados internacionales (NU, 2000a). Este derecho obliga a los gobiernos y a otros a actuar, es decir, a tomar las medidas que incrementan las posibilidades de todos los individuos de tener acceso a una buena salud. No obstante, llevar a cabo este derecho incluirá no sólo el acceso a la atención médica, sino también la acción en los determinantes sociales de la salud.

Mientras consideramos que la salud tiene un valor intrínseco, es decir, que es un fin en sí misma, la Comisión también reconoce su valor instrumental. La buena salud le permite a las personas participar en la sociedad y tiene consecuencias potencialmente positivas en el desarrollo económico (CMH, 2001; Mackenbach, Meerding & Kunst, no

publicado). Tratar los determinantes sociales de la salud generará beneficios mayores y sostenibles a los esfuerzos existentes para mejorar la salud mundial.

**Empoderamiento y libertad: tratar con la pobreza y el gradiente.**

La mayor preocupación en cuanto a los determinantes sociales de la salud, y por la inequidad en materia de salud reside en las personas sin la libertad de llevar una vida próspera (Sen, 1999). Sin lugar a dudas, para alcanzar una mejora fundamental en la equidad en materia de salud, se necesitan soluciones técnicas y médicas, como el control de enfermedades y la atención médica, pero éstas no son suficientes. Deberá haber empoderamiento de los individuos, las comunidades y los países.

Observamos que el empoderamiento opera en tres dimensiones interconectadas: material, psicosocial y política. Las personas necesitan los requisitos de materiales básicos para llevar una vida decente. También necesitan tener control sobre sus vidas, así como expresión política y participación en los procesos de toma de decisiones. Aunque los individuos se encuentran en el centro del empoderamiento, lograr una mejor distribución del poder requiere una acción social colectiva: el empoderamiento de naciones, instituciones y comunidades.

El estado diferencial de hombres y mujeres en casi todas las sociedades del mundo es probablemente la única inequidad más arraigada y dominante. Como tal, la relación entre ambos géneros representa un problema social para la salud tan apremiante como el gradiente social mismo. De hecho, la feminización de la catastrófica epidemia de SIDA en el sur de África es una clara demostración de la carencia de poder de las mujeres para gozar de las libertades sociales básicas (Lewis, 2005). Esta marcada inequidad en salud revela un desempoderamiento en muchos niveles: incapacidad gubernamental e institucional de actuar a partir de la evidencia del impacto de género, y desigualdad en la participación de las mujeres en instituciones políticas desde el nivel local hasta el internacional; desigualdad en el acceso a la propiedad, el patrimonio económico y la herencia y en cuanto al control de dichos bienes; restricciones desiguales impuestas a la movilidad física; la reproducción y la sexualidad; la sanción de la violación de la integridad física de las mujeres y las niñas, y aceptación de códigos de conducta social que autorizan e incluso recompensan la violencia sexual contra las mujeres. No es suficiente focalizarse en la distribución de antirretrovirales a las mujeres con SIDA en el sur de África, si se hace poco para contrarrestar su desempoderamiento.

El impacto de estos procesos de desempoderamiento se observa claramente entre las poblaciones autóctonas, que se encuentran entre las poblaciones más marginadas y discriminadas del mundo, al sufrir una profunda expropiación de tierras y erosión de su cultura. Se discute que su situación de crisis “se refleja con mayor claridad en el estado de salud de las poblaciones autóctonas del mundo, al presentarse grandes disparidades entre el estado de salud de las poblaciones autóctonas y el de las poblaciones no autóctonas dentro del mismo país” (Nettleton, Napolitano y Stephens, 2007).

Con el fin de enfatizar la necesidad de encontrar soluciones técnicas y de empoderamiento, determinamos la similitud con los modelos contemporáneos de desarrollo (Marmot, 2006). Ahora se acepta que un incremento en el ingreso nacional no captura por sí solo el sentido de desarrollo en toda su magnitud. Como mínimo, se deben incluir la educación y la salud (UNDP, 2005). Para alcanzar el desarrollo en el sentido más amplio, el crecimiento económico es insuficiente —es necesario complementarlo con el empoderamiento (Stern, Dethier y Rogers, 2004).

Un determinante social del enfoque de salud tiene diversas ventajas. Salva la distinción artificial entre las intervenciones sociales y técnicas, y demuestra cómo ambas son aspectos necesarios para la acción. Procura corregir el desequilibrio entre la acción preventiva y curativa, y las intervenciones individualizadas y poblacionales. Además, al actuar sobre las condiciones estructurales de la sociedad, un enfoque de determinantes sociales ofrece una mejor perspectiva de resultados sostenibles y equitativos (Baum, 2002).

***Factores determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud:  
“las causas de las causas”***

La explicación de las altas tasas de enfermedades, particularmente enfermedades infecciosas y malnutrición, de las personas pobres en los países de bajos ingresos no es un misterio: falta de comida, agua sucia, bajos niveles de saneamiento y refugio, incapacidad para desenvolverse en medios que involucran una exposición elevada a agentes infecciosos, y falta de atención médica adecuada. En forma similar, conocemos ampliamente las causas de las enfermedades no transmisibles que representan la carga principal de enfermedad de las personas en el extremo más bajo del gradiente social en los países de ingresos medios y altos. Mediante el estudio sobre la carga de enfermedad mundial a cargo de la OPS y el Banco Mundial se identificó al bajo peso, el sobrepeso, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipertensión y la conducta sexual como las principales causas de morbilidad y mortalidad (López y col., 2006). En ambas situaciones, la pregunta es cómo se originan estas causas y su distribución desigual. Es decir, ¿cuáles son las causas de las causas? Esto nos conduce a los factores determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud.

*Conceptualización de las causas*

La pregunta a la que en última instancia la Comisión busca una respuesta es: ¿qué forma tendría la acción social que haría frente a estas desigualdades? En el informe final de 2008 de la Comisión se enunciarán recomendaciones para este fin. A los efectos de responder esa pregunta, primero buscamos comprender y articular las causas de las inequidades en salud. La Comisión cree que estas inequidades en salud son el resultado de un sistema complejo que funciona en el ámbito local, nacional y mundial.

El contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas y normas nacionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen; su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias de la mala salud.

La contextualización de todos estos niveles es el entorno natural, y los impactos de macronivel y micronivel del cambio ambiental. Los riesgos de salud incluyen los impactos de las olas de calor y otros eventos climáticos extremos, los cambios en los patrones de las enfermedades infecciosas, los efectos en la producción local de alimentos y los suministros de agua dulce, el deterioro de la vitalidad de los ecosistemas, y la pérdida del sustento. Si las tendencias actuales continúan, los impactos adversos en la salud derivados de los cambios ambientales inducidos por el hombre se distribuirán en forma desigual. Las personas pobres, geográficamente vulnerables, políticamente débiles y con otras desventajas serán las más afectadas. Abordar la intersección entre los factores determinantes sociales del cambio ambiental y el impacto de este último en las inequidades en la salud beneficiará a la salud de la población y la preservación de la ecología por igual (McMichael y col., en preparación). En Solar e Irwin, 2007, puede encontrarse un documento de antecedentes sobre la conceptualización de los factores determinantes sociales de la salud.

#### *Factores determinantes temáticos*

Con el fin de traducir este conocimiento conceptual en acción respecto de los factores determinantes sociales de la salud, la Comisión convocó a nueve redes de conocimiento temático: globalización, sistemas de salud, zonas urbanas, empleo y condiciones laborales, desarrollo infantil temprano, exclusión social, equidad de la mujer y de género, mediciones y evidencia y condiciones de salud de prioridad pública. Cada red está revisando la evidencia de lo que sabemos, de lo que es probable que funcione, y por qué. Además, también se investigaron otros factores clave como la violencia y los conflictos, los alimentos y la nutrición, y el medio ambiente. El rango completo de los temas investigados dentro del flujo de trabajo del conocimiento se detalla en el anexo. En el informe final de 2008 de la Comisión, se incluirán recomendaciones basadas en un análisis exhaustivo de este trabajo.

El siguiente análisis describe lo que la Comisión cree son los principales factores determinantes sociales de la salud y la inequidad en salud. Está basado en el trabajo derivado de las áreas temáticas mencionadas y está organizado en grupos clave de factores determinantes sociales de salud, desde los factores intermedios hasta los más estructurales.

Los paneles 1 a 3 ilustran casos prácticos de países de ingresos bajos, medios y altos. Los ejemplos no sólo abarcan la gran variedad de factores determinantes sociales de la salud —las causas de las causas—, sino que, quizá aún más importante, describen los tipos de acciones que se pueden tomar. Es necesario realizar una acción que trate la diversidad de factores determinantes de la salud, desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las influencias más inmediatas, en todos los niveles, mundiales y locales, en todo el gobierno. Debe remarcarse que la Comisión ve la acción como un verdadero proceso de muchos interesados, incluidos actores gubernamentales y no gubernamentales, sociedades civiles en un sentido más amplio (entre ellas, sindicatos, partidos políticos, alianzas y movimientos populares), organizaciones del sector privado y, principalmente, los propios profesionales de la salud. Es fundamental que la acción en varios niveles y sectores sea coherente. Ninguno de los tres casos prácticos captura todos los elementos de la estrategia integral e ideal necesaria para tratar las inequidades en la salud. Más bien, estos casos ejemplifican una gran variedad de métodos actualmente en uso para prevenir y corregir la distribución desigual de la salud en estos países.

## Panel 1

### **Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA), India**

Muchas hindúes, residentes de áreas urbanas y rurales, sufren serias desventajas como resultado del bajo estado social, el efecto combinado de la casta, la educación y el ingreso. Tienen viviendas pobres con acceso limitado a instalaciones sanitarias y agua limpia. Cuentan con poco en lo que concierne a recursos financieros y tienen dificultades en la obtención del sustento justo. Sus hijos tienen escasas oportunidades de desarrollo y educación, especialmente porque tienen que renunciar a los estudios para trabajar con sus padres. Cuando se enferman, tienen un acceso restringido a la atención de la salud, que, por lo general, sólo está disponible si se abona un honorario.

En Ahmedabad, hay aproximadamente 100.000 vendedoras ambulantes, que constituyen una proporción considerable del sector de trabajo informal de la ciudad. Venden frutas, vegetales, flores, pescado, ropa, vajillas, juguetes, calzado y muchos otros elementos de uso diario y doméstico. La mayoría de las vendedoras han estado vendiendo en las calles y los mercados de la ciudad durante generaciones.

Como otras mujeres autónomas pobres, las vendedoras de vegetales de Ahmedabad viven en las zonas pobres de la ciudad. Empiezan su jornada al alba, cuando compran las mercaderías a los comerciantes de los mercados mayoristas. Con frecuencia, se obligadas a pedir dinero prestado e incurrir en tasas de interés muy altas, y, periódicamente, son acosadas y desalojadas de sus lugares de venta por las autoridades locales. La Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA), un gremio de casi un millón de trabajadoras, es un ejemplo contundente de la acción colectiva de estas mujeres y de otras mujeres como ellas para desafiar y cambiar estas condiciones.

Con el fin de fortalecer el control sobre su sustento, las cultivadoras y las vendedoras de vegetales (miembros de la SEWA) se unieron para establecer su propia tienda mayorista de vegetales, y así eliminaron la explotación de los intermediarios. Como consecuencia, obtienen mejores ingresos al ofrecer mejores precios por su producción. La SEWA también organiza el cuidado de los niños, administra centros para bebés y niños pequeños, y realiza campañas de orden estatal y nacional para el cuidado de los niños como un derecho para todas las mujeres trabajadoras. Además, los miembros de la SEWA están mejorando sus condiciones de vida a través de programas de modernización de los suburbios para proporcionar infraestructura básica, como agua y saneamiento. Esto lo logran en asociación con el gobierno, las organizaciones del pueblo y el sector corporativo.

A los efectos de resolver el problema de acceso al crédito, el banco SEWA otorga pequeños créditos y facilidades bancarias a las mujeres autónomas pobres, como las vendedoras de vegetales, y evita las elevadísimas tasas de interés que exigen los agentes de préstamo privados. El banco es propiedad de sus miembros, y sus políticas son formuladas por una junta elegida de mujeres trabajadoras.

En tiempos de crisis de salud, las familias pobres no sólo pierden el trabajo y el ingreso, sino que asiduamente también tienen que vender sus bienes para asegurarse los medios para pagar el tratamiento: las trabajadoras pobres del sector de trabajo informal, junto con sus familias, son inducidas aun más en el ciclo de pobreza y endeudamiento. Con la SEWA, sin embargo, cuando las vendedoras de vegetales o los miembros de sus familias se enferman, se puede utilizar un seguro de salud organizado en forma colectiva para pagar los costos de atención de la salud. La SEWA comenzó un esquema de seguro integrado para las mujeres en tiempos de crisis.

Al ser frecuentemente acosadas por las autoridades locales, las vendedoras de vegetales realizaron una campaña con la SEWA para reforzar su estado, mediante el reconocimiento formal en la forma de licencias y tarjetas de identidad, y mediante la representación en las juntas urbanas que regulan las actividades mercantiles y el desarrollo metropolitano. Esta campaña, que se inició en Gujarat, posteriormente se abrió camino hasta llegar a la Corte Suprema de la India y atrajo la atención e inspiró alianzas en el ámbito internacional.

Sitio web de la SEWA: [Hhttp://www.sewa.org/services/bank.asp](http://www.sewa.org/services/bank.asp)

## Panel 2

### **Transferencia condicionada de ingresos (*Bolsa Familia*), Brasil**

En muchas formas, el Brasil de los últimos años es un buen ejemplo de crecimiento administrado y del compromiso de reducción de la pobreza. Sin embargo, aunque el gobierno del Presidente Lula Da Silva haya marcado un rumbo para compensar los altos índices de desigualdad en el país, la pobreza crónica en algunas regiones de Brasil indica que los hogares más pobres continúan sufriendo diversas desventajas. A menudo estos hogares no pueden asegurar una nutrición adecuada a sus integrantes y en las áreas rurales pueden ser sumamente vulnerables a riesgos ambientales como las sequías y las inundaciones. Los hogares más pobres de las áreas urbanas no están conectados a los servicios de suministro de agua o a los de alcantarillado, y las comunidades pobres carecen de servicios de recolección de desechos. El escaso acceso a la educación genera tasas relativamente elevadas de analfabetismo y puede limitar las oportunidades de empleo de los jóvenes.

El período de “redemocratización” que Brasil inició a mediados de la década del 80 trajo aparejados importantes cambios en su enfoque de la gobernanza, las políticas sociales y la reducción de la pobreza. Un componente fundamental de este nuevo contexto político es el Programa de Remuneración Familiar o *Bolsa Familia*, una forma de transferencia condicionada de dinero en efectivo destinada a las familias pobres y extremadamente pobres a fin de mitigar aspectos centrales de la pobreza extrema y reducir la desigualdad.

*Bolsa Familia*, lanzado en octubre de 2003, unificó cuatro programas federales creados con el objeto de resolver cuestiones vitales para el bienestar de las familias más pobres. Dichos programas eran: *Bolsa Escola* (remuneración escolar), *Bolsa Alimentação* (remuneración alimentaria), *Cartão Alimentação* (tarjeta alimentaria) y *Auxílio Gas* (subsidio para combustibles). Las condiciones estipulaban que los niños de siete a 15 años asistieran regularmente a la escuela y que se supervisara en forma consuetudinaria el estado de crecimiento, nutrición, desarrollo e inmunización de los niños desde su nacimiento hasta los seis años. Además, el programa incluía control prenatal para las embarazadas.

Intervenciones complementarias, diseñadas para resguardar los ingresos de las familias y seguir promoviendo la reducción de la pobreza, incluían clases de alfabetización para adultos, ayuda a la agricultura familiar, acceso a microcréditos y capacitación tanto profesional como vocacional. En el ámbito federal, el programa fue coordinado por un Comité de Administración Interministerial. Originalmente, la secretaría de *Bolsa Familia* estaba ligada directamente a la presidencia. Si bien los municipios eran responsables de registrar a las familias que reunieran los requisitos, la legislación que aprobó el Programa *Bolsa Familia* estableció consejos locales con la participación de organizaciones de la sociedad civil, para supervisar las intervenciones (Magalhaes y col., 2007).

*Bolsa Familia* representa un enfoque holístico del bienestar social, la reducción de la pobreza y las condiciones interconectadas que hacen que la salud sea deficiente y desigual. Coordinado entre los sectores por la administración ministerial, el programa actúa sobre los principales aspectos del bienestar familiar, desde el desarrollo de los niños (estimulando la captación de servicios de salud y educación) y la nutrición de los niños y las madres, hasta las condiciones de vida (a través del subsidio para combustible) y el empleo (a través de la capacitación vocacional, el apoyo a la agricultura familiar y las facilidades para obtener microcréditos).

Si bien la proporción del ingreso total que representan las transferencias condicionadas de ingresos ha sido relativamente pequeña, la extraordinaria selección del programa (mediante un registro unificado) ha tenido un impresionante impacto igualador, responsable en un 21% del descenso de Brasil en el índice de Gini (Soares y col., 2007).

### Panel 3

#### **Acción intersectorial en múltiples niveles para la promoción de la salud, Suecia**

En general, Suecia es un lugar con buen nivel de salud; su esperanza de vida es una de las más elevadas del mundo y su mortalidad infantil una de las más bajas (Junta Nacional de Salud y Bienestar, 2006). Si se comparan los niveles absolutos de mortalidad para los trabajadores manuales y no manuales, Suecia presenta menos inequidades sanitarias que otros países europeos (Vågerö y Erikson, 1997). En este país la salud se enmarca en una democracia estable y rica con políticas de bienestar social muy desarrolladas, normalmente basadas en un trato equitativo (Navarro y col., 2006). No obstante, el cambiante contexto mundial, combinado con una recesión económica a principios de la década de 1990, afecta la organización del trabajo y de la vida en general. Si bien la salud está mejorando para todos los grupos, las brechas en este campo se están ampliando.

#### *Intervención estructural*

Norrbottnen, un área ubicada en el norte de Suecia, se caracteriza por sustentos tradicionales como la tala de árboles y la minería. La región ha comenzado a sentir los efectos de la globalización en la creciente segmentación de los sectores tradicionales y la precarización de las formas de empleo que se refleja en tasas de ausentismo por enfermedad elevadas y en aumento. Las tasas de ingreso disponible por persona que se registran en esta región están entre las más bajas del país. Hay mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, suicidio y enfermedades relacionadas con el alcohol, en especial entre los hombres. Las tasas de desempleo de Norrbotten son más altas y los niveles de educación más bajos que los promedios nacionales. El plan *Förenade Regionala Initiativtagare Startar Kampen*, FRISK (Plan Iniciadores Regionales Unidos Comienzan a Luchar) que emprendiera el gobernador de Norrbotten, está dirigido a generadores estructurales de empleo y condiciones laborales. Aunque inicialmente la iniciativa se ocupaba de la ausencia por enfermedad, hoy tiene un enfoque integrado para: (i) capacitar a los administradores, con miras al logro de efectos sanitarios positivos y promoción de la salud; (ii) mejorar el ámbito de trabajo y aumentar la seguridad laboral; (iii) suministrar fuentes de información para ampliar las redes de profesionales; y (iv) apoyar la rehabilitación de personas que han estado desempleadas por un período prolongado (Hhttp://www.euro.who.int/socialdeterminants/socmarketing/20070220\_3H).

#### *Intervención comunitaria*

Un enfoque más orientado a combatir la enfermedad, que combina esfuerzos del individuo y de la población e involucra numerosos sectores, es el Programa de Intervención de Västerbotten. Västerbotten, un condado situado en el norte de Suecia, tenía la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular más elevada del país. En 1985 se inició un programa de prevención a largo plazo para resolver el problema. La intervención comunitaria en Norsjö, en particular, fue objeto de un riguroso seguimiento y ofrece una valiosa experiencia para otras comunidades. Contrariamente a otros modelos, el sector de salud y los proveedores de atención médica primaria asumieron un rol activo en la tarea ofreciendo asesoramiento sanitario y rotulando alimentos, entre otras actividades. Durante la evaluación de 10 años, el área de intervención registró una disminución considerablemente mayor en los valores de colesterol, presión arterial sistólica y mortalidad predicha por enfermedad coronaria (Weinehall y col., 1999, 2001). Las personas con un nivel de educación inferior fueron, aparentemente, las que más se beneficiaron con el programa de prevención, lo que sugiere que con este tipo de método es posible reducir las inequidades en salud.

## Condiciones de crecimiento, de vida y de trabajo

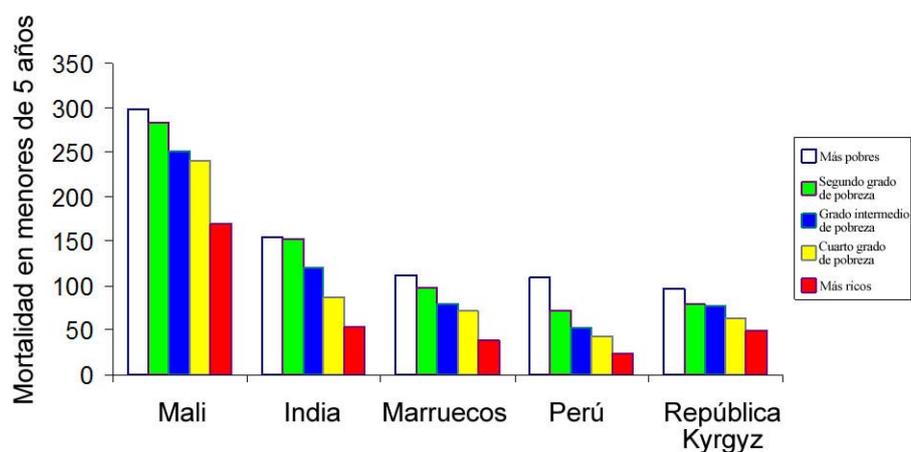
Los tres paneles demuestran cómo una combinación de ámbitos (el hogar, la escuela, el trabajo, el vecindario y el sistema de atención médica) pueden exponer a diferentes grupos a factores nocivos para la salud de un modo desigual, pero también demuestran que al actuar sobre las condiciones dentro de dichos ámbitos pueden mejorar las condiciones materiales, los recursos psicosociales y las oportunidades de conducta de las personas.

### *El entorno del crecimiento: supervivencia infantil, desarrollo infantil temprano y educación*

- Cada año, 4 millones de bebés mueren durante las primeras cuatro semanas de vida; 450 bebés por hora (Lawn, Cousens y Zupan, 2005).

La tragedia de las muertes de bebés y niños en los países pobres es que la mayoría se podría prevenir. La mortalidad infantil muestra un gradiente social claro (Figura 5) (Gwatkin y col., 2000). No existe una razón biológica necesaria para que esto ocurra. Si, idealmente, se eliminaran las desigualdades en la mortalidad en niños menores de 5 años, ésta se reduciría en un 30% al 60% en la mayoría de los países con ingresos bajos y medios (Houweling, 2007).

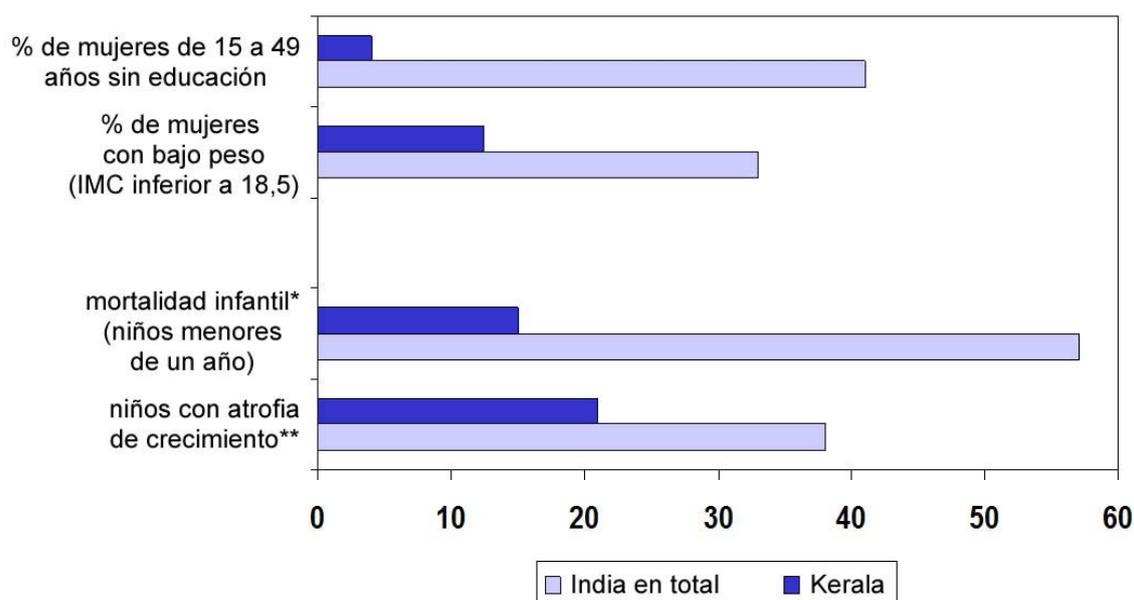
Figura 5: Mortalidad en los niños menores de 5 años (cada 1000 nacidos vivos) por grupo de riqueza



Fuente: Gwatkin y col., 2000.

La comparación entre el estado de Kerala en India y el resto del país (Figura 6) muestra la necesidad de una combinación de intervenciones técnicas y sociales. Las mujeres de Kerala están mejor alimentadas y educadas que el promedio en India. Es razonable especular que la mejor supervivencia y la menor de atrofia de crecimiento de sus hijos es un resultado directo de la educación materna y de la mejor nutrición de las madres y los niños. *Bolsa Familia* en Brasil (Panel 2), al igual que muchos otros programas de transferencia de efectivo en todo el mundo, considera que la nutrición maternoinfantil es una de sus áreas claves para intervenciones. Un sólido cuerpo de evidencia señala la importancia de la educación de las mujeres en la supervivencia infantil (Cleland y van Ginneken, 1988).

Figura 6: Impacto de una mejor educación y nutrición para las mujeres sobre la nutrición y la salud de las familias en Kerala, India.



\* Mortalidad infantil (niños menores de un año) cada 1000 nacidos vivos en los cinco años anteriores.  
 \*\* Porcentaje de niños menores de tres años con atrofia del crecimiento (demasiado bajos para su edad).  
 Fuente: Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Gobierno de India (sin fecha de publicación), Encuesta Nacional sobre Salud Familiar, 2005–2006.

La supervivencia infantil es esencial, pero también lo es la calidad del desarrollo de los niños. Las semillas de la salud y de las desigualdades en materia de salud de los adultos

se siembran en la primera infancia. Más de 200 millones de niños en todo el mundo no alcanzan su potencial de desarrollo (Grantham-McGregor y col., 2007). Son cuatro los principales factores prevenibles de riesgo, cada uno de ellos se relaciona directamente con la pobreza: atrofia del crecimiento, deficiencia de yodo, anemia por deficiencia de hierro y estimulación cognitiva inadecuada. La cifra de 200 millones de niños que no alcanzan su potencial de desarrollo se calcula en función de definir la pobreza en una disponibilidad de \$2 por día. Si la pobreza es nociva para el desarrollo de los niños, probablemente sea un fenómeno escalonado, al igual que lo es la supervivencia infantil: de allí la probabilidad de muchos más de 200 millones perjudicados por omisión. La Early Child Development Knowledge Network (Red para el conocimiento del desarrollo infantil temprano) de la Comisión enfatiza la necesidad de un enfoque equilibrado al desarrollo del niño, que abarca componentes físicos, cognitivos/lingüísticos y sociales/emocionales.

Además de las circunstancias económicas, cada componente del desarrollo infantil depende de la naturaleza del entorno en el que el niño vive. El entorno en que un niño pasa sus primeros años de vida ejerce un impacto vital en la manera en que se desarrolla su cerebro. Cuanto más estimulante sea el entorno, más conexiones se formarán en el cerebro y mejor se desempeñará el niño en todos los aspectos de la vida: el desarrollo físico, el desarrollo emocional y social y la capacidad de expresarse por sí mismo y de adquirir conocimientos. Si bien la salud física y la nutrición son importantes, un niño pequeño necesita pasar tiempo en entornos afectuosos y sensibles que lo protejan de la desaprobación y el castigo inadecuados. Los niños necesitan oportunidades para explorar su mundo, para jugar y para aprender a hablar y a escuchar a los demás.

En Brasil, el programa *Bolsa Familia* es un claro ejemplo del interés central que suscita el apoyo y mejoramiento del desarrollo de los niños y de las condiciones de los hogares que contextualizan ese desarrollo. Si bien se origina en un enfoque impulsado por una política relativamente verticalista, el modelo de transferencia condicionada de ingresos centra su objetivo fundamental en el empoderamiento de las familias para romper la pobreza intergeneracional a través de un apoyo mayor y más equitativo a la infancia.

### ***Educación y ciclo de vida***

Aunque de vital importancia para la salud infantil, el desarrollo de los niños pequeños tiene un impacto social de largo alcance, que se acumula en el ciclo de vida con repercusiones para las inequidades en salud de la vida adulta. La educación constituye un factor clave que puede mitigar el desarrollo adverso de los niños. Es posible que la educación y la posición social elevada asociada en la vida adulta protejan contra las exposiciones perjudiciales para la salud durante los primeros años de vida (Baker y col., 2001).

- Más de 121 millones de niños en edad escolar (primaria) no asisten a la escuela (UNICEF 2004).
- La alfabetización de las mujeres adultas varía desde el 12% en Mali y el 13% en Afganistán al 100% en Cuba, Estonia, Letonia, Lituania y Eslovaquia (Banco Mundial, 2006a).

La educación primaria universal es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Es probable que la educación inadecuada desempeñe un papel causal clave en la generación de inequidades en salud (Smith, 2005), al menos en parte debido a que ejerce una profunda influencia en los ingresos, la condición de empleo y las condiciones de vida en la edad adulta. Eliminar las numerosas barreras a la consecución de la educación primaria será una parte fundamental de la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Entre ellos, se destaca la necesidad de eliminar las barreras económicas que impiden que los niños más pobres asistan a la escuela, como sucedió con la reciente eliminación de las matrículas para la educación primaria en Kenia.

La importancia de la educación no se limita a la educación primaria ni a los países de bajos ingresos. La educación es una medida clave de la estratificación social en los países, tanto ricos como pobres; en un nivel fundamental, es un asunto que plantea el papel central de la alfabetización en la equidad de la salud. La influencia de la educación en la salud se aprecia no sólo como una diferencia entre quienes la tienen y quienes no la tienen sino que es un gradiente que alcanza el nivel más alto (Erikson 2001).

### ***El entorno urbano de vida***

- Cerca de mil millones de los 3 mil millones de personas que habitan en medio ambientes urbanos viven en suburbios (UN-HABITAT, 2005).

En 2007, más de la mitad de la población mundial vive en zonas urbanas. Habitar las ciudades es, desde hace tiempo, una forma de vivir en los países de altos ingresos, donde casi el 100% de la población urbana tiene acceso a servicios sanitarios mejorados. En los países de bajos ingresos, sólo el 61% de la población urbana goza de este acceso (Banco Mundial, 2006a). En gran parte de los países de África, la mayoría de la población urbana vive en suburbios. En Kenia, por ejemplo, el 71% de la población urbana habita en suburbios.

Tanto el entorno físico como las condiciones sociales pueden influir en la salud y derivar en inequidades en salud. Crear condiciones de vida decentes en las zonas de rápido crecimiento urbano constituye un desafío importante para las autoridades gubernamentales en todas las esferas: local, regional y nacional. Mejores condiciones de viviendas y de vida, acceso a agua segura y a buenos servicios sanitarios, sistemas eficientes de manejo de residuos, vecindarios más seguros, alimentación regular y acceso a servicios como educación, salud, asistencia social, transporte público y atención infantil son ejemplos de factores sociales determinantes de la salud que se pueden abordar a través de una sólida gobernanza urbana local.

- Solamente el 38% de la población de los países de bajos ingresos tiene acceso a mejores servicios sanitarios, mientras que el porcentaje alcanza el 100% en los países de altos ingresos (Banco Mundial, 2006a).
- Más del 60% de los niños del Sur de Asia y de África subsahariana carecen de alojamiento razonable (UNICEF, 2004).

La escala del problema urbano puede parecer vasta e imposible de manejar. Sin embargo, las zonas urbanas pueden ofrecer un entorno saludable de vida; de hecho, pueden mejorar la salud a través de sus diversos atributos materiales, de provisión de servicios, culturales y estéticos (Kirdar, 1997). Las mejoras durante los últimos 50 años en morbilidad y mortalidad en los países altamente urbanizados como Japón, Países Bajos, Singapur y Suecia dan testimonio de las posibilidades para mejorar la salud en las ciudades modernas.

### ***El entorno laboral***

Para la mayoría de las personas del mundo, las condiciones de vida están determinadas en gran parte por las oportunidades económicas que ofrece el mercado laboral. El entorno laboral, por lo tanto, es una amenaza importante para la salud: las condiciones de trabajo, la naturaleza de los contratos de empleo y la disponibilidad misma de trabajo. En los países de altos ingresos, se han tomado muchas medidas relacionadas con los peligros físicos y químicos en el lugar de trabajo. En la actualidad, no obstante, el mercado laboral está muy segmentado y es mayor el número de empleos precarios. Estos cambios en el mercado laboral representan riesgos de salud importantes debido a los peligros psicosociales y económicos asociados con el menor control en el trabajo, la inseguridad, la falta de flexibilidad en los horarios de trabajo, el acceso a licencias remuneradas por razones familiares y el desempleo (Benach y Muntaner, 2007; Bartley, Ferrie y Montgomery, 2006; Marmot, Siegrist y Theorell, 2006). Los ejemplos de Suecia (Panel 3) muestran cómo las condiciones cambiantes de empleo hacia una menor seguridad y control laboral influyen en el bienestar y la salud de las personas en un país de altos ingresos. El ejemplo también muestra cómo la acción gubernamental conjunta en la región, apoyada por medidas intersectoriales nacionales, puede dirigirse a mitigar esos impactos adversos y ofrecer protección contra los aspectos negativos de la globalización.

- Alrededor de 126 millones de niños entre 5 y 17 años trabajan en condiciones de peligro. Aproximadamente 5,7 millones de niños realizan trabajos esclavizantes (UNICEF, sin fecha de publicación).
- En India, el 86% de las mujeres y el 83% de los hombres empleados en áreas fuera del sector agrícola tienen empleos informales (ILO, 2002); en China, en la actualidad hay entre 100 y 200 millones de trabajadores migrantes, en su mayoría desplazándose de zonas rurales a zonas urbanas (Reuters 2007).
- Los índices de desempleo en Francia son aproximadamente dos veces más altos entre la población inmigrante del país (ILO, 1998).

En los países de bajos ingresos estos riesgos se suman a importantes y persistentes peligros físicos y químicos. Las condiciones de empleo ofrecen un campo fértil para grandes mejoras en las condiciones del entorno físico y social con oportunidades verdaderas de cambio. En muchos países, la mayoría de los trabajadores están exentos de protección laboral. Este porcentaje incluye trabajadores en industrias caseras,

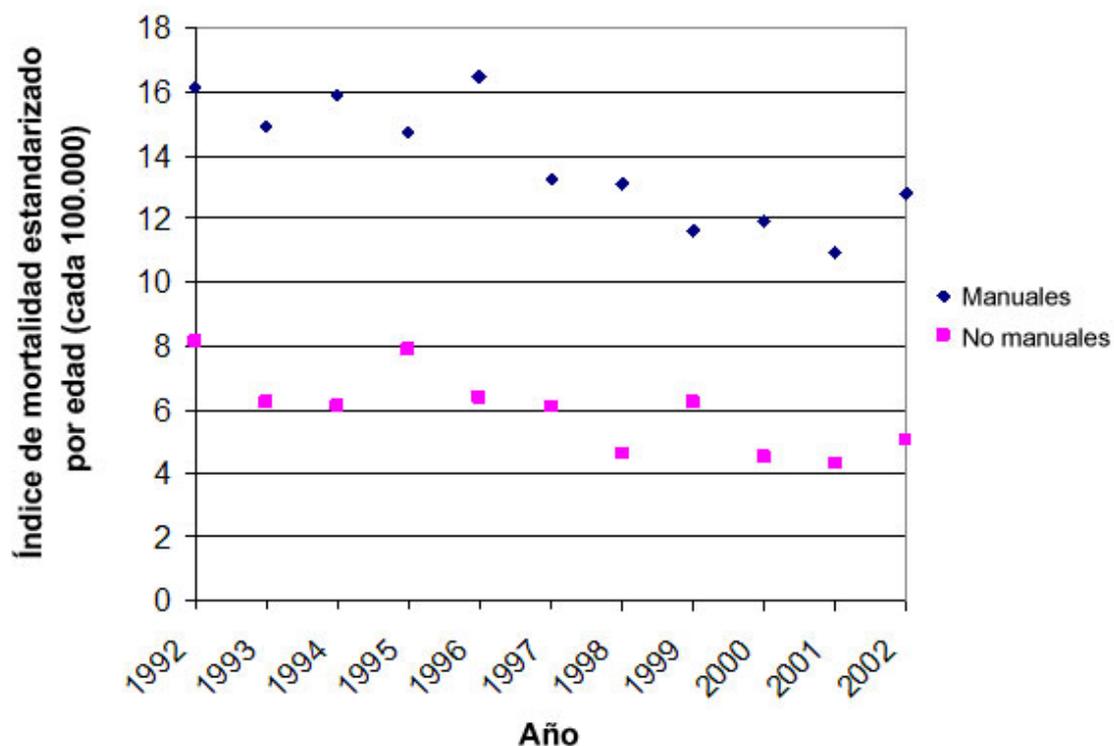
trabajadores agrícolas (con excepción de las plantaciones), vendedores locales y trabajadores de pequeñas empresas, trabajadores domésticos y trabajadores a domicilio. Otros trabajadores se ven privados de protección efectiva debido a las deficiencias en el sistema de aplicación y cumplimiento de las leyes laborales.

Un tema clave para la Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA) es que sus miembros, al igual que más del 80% de los trabajadores del país y la mayoría de las personas en los países en desarrollo, están fuera del sector de empleo informal. En general, están excluidos tanto de la protección que ofrecen las normas laborales como de todos los recursos de seguridad social vinculados al empleo formal. La producción de bienes para exportación, por ejemplo en la industria textil y de la vestimenta, proporciona empleos en los países de bajos ingresos. Este beneficio no debería ofrecerse en condiciones inferiores de empleo que perjudican la salud. El precio de los bienes de consumo “baratos” en los países de altos ingresos no debería ser la salud precaria de las personas en los países de bajos ingresos.

### ***Conductas en contexto***

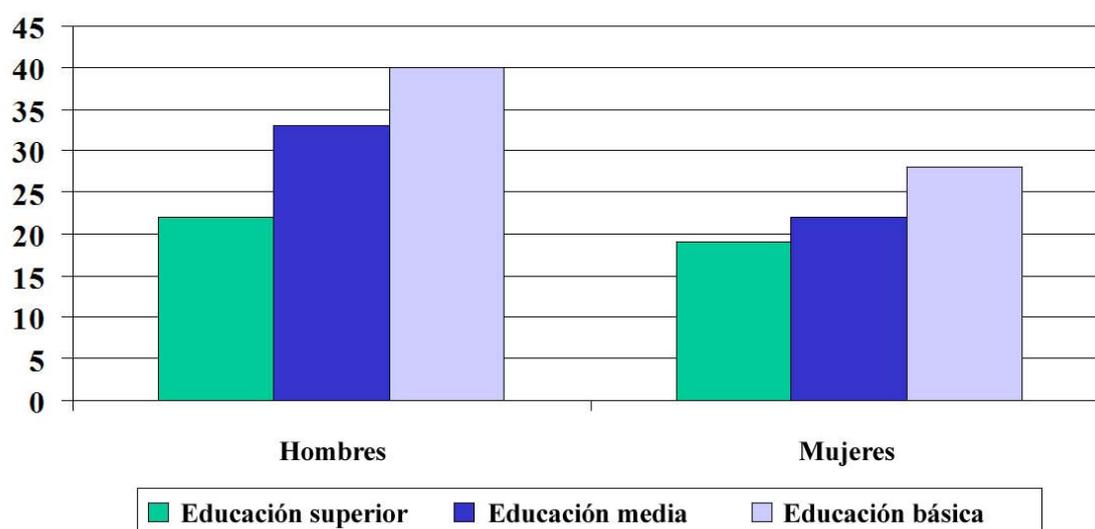
Las intervenciones contemporáneas en salud pública a menudo han enfatizado el papel de las personas y sus conductas. La Comisión reconoce la importancia de estos factores, pero los ubica en un contexto social más amplio a fin de ilustrar los factores sociales determinan la conducta y su patrón social, como lo muestran las Figuras 7 y 8. La mortalidad por cirrosis muestra que el daño asociado con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es más frecuente en los grupos de bajo nivel socioeconómico. Creemos que, si las medidas no tienen en cuenta los factores estructurales que generan la inequidad en las conductas, no solucionarán las inequidades en salud.

Figura 7: Desigualdades socioeconómicas en cirrosis en los hombres en la mortalidad por causas hepáticas entre los trabajadores manuales y no manuales de Australia.



Fuente: Najman, Williams y Room, 2007.

Figura 8: Prevalencia de tabaquismo (%) y desigualdades en tabaquismo según el nivel educativo en Europa



Fuente: Huisman, Kunst y Mackenbach, 2005.

Las medidas nacionales de control del tabaco demuestran la respuesta de las conductas perjudiciales para la salud hacia la acción intersectorial. En todo el mundo, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2005b) adopta un enfoque de factores sociales determinantes hacia el control del tabaco que incluye medidas intersectoriales en diversos niveles. Los países con políticas más restrictivas de alcoholismo suelen tener niveles más bajos de consumo de alcohol, de mortalidad por cirrosis hepática y por otras causas relacionadas con el alcohol, y menores problemas sociales derivados del consumo de alcohol (por ejemplo, Room, Babor y Rehm, 2005). Son cada vez más las pruebas que indican que el alcohol se adaptaría a un modelo de control similar al del marco del tabaco.

- La malnutrición infantil es un factor subyacente en más del 50% de las muertes en niños menores de 5 años (Black, Morris y Bryce, 2003).
- En un país rico como Irlanda, los hogares monoparentales con un hijo tendrían que destinar el 80% de su ingreso familiar semanal para comprar una canasta de alimentos que cumpla con las pautas nacionales de alimentación (Friel, Walsh y McCarty, 2006).

La “transición en nutrición” (Popkin, 1993) es un fenómeno mundial relativamente nuevo: aumento en el consumo de grasas, endulzantes, alimentos con alto contenido calórico y alimentos muy procesados. En la actualidad, el mundo enfrenta una doble carga de malnutrición: desnutrición y sobrenutrición y ambas responden a patrones sociales (Hawkes y col., 2007). Los enfoques basados en la comunidad para afrontar la inseguridad alimentaria de las familias, como los adoptados por la SEWA, son partes importantes de la solución. De manera similar, el énfasis en los conocimientos, las actitudes y las conductas de las intervenciones de promoción de la salud comunitaria en Suecia (Panel 3) demostró cambios positivos en el perfil de riesgo cardiovascular de la población, con el empleo de enfoques que no implicaban costos adicionales. No obstante, abordar las inequidades en nutrición de una forma sustentable también requiere medidas dirigidas a los factores estructurales que proveen la disponibilidad de alimentos y su grado de acceso y de aceptación a nivel mundial y nacional (Friel, Chopra y Satcher, en preparación).

## Sistemas de salud

Hemos demostrado que las inequidades en salud son el resultado de condiciones sociales que provocan enfermedades. Entonces, dada la elevada carga de enfermedad en especial entre las personas en desventaja social, resulta imperativo que los sistemas médicos sean más eficaces y sensibles a las necesidades de la población. Los sistemas internacionales, nacionales y locales de control de enfermedades y la prestación de servicios de salud son dos factores determinantes de las inequidades en salud y un poderoso mecanismo de empoderamiento. En estos sistemas, el papel de la atención primaria de la salud (primary health care, PHC) es fundamental, como lo ilustra el programa basado en la comunidad en Suecia (Panel 3).

- Más de medio millón de mujeres muere cada año durante el embarazo, el parto o al poco tiempo, casi todas en los países en desarrollo (OMS, 2005b).
- En Estados Unidos, el uso de la atención médica es menor entre las más de 40 millones de personas que carecen de seguro médico (Hadley, 2007).
- Más de 100 millones de personas en todo el mundo se han empobrecido por gastos directos de atención médica (Xu y col., 2007).

En algunos casos, los sistemas de salud perpetúan activamente la injusticia y la estratificación social. En los países con ingresos bajos y medios, el dinero público para la atención de la salud, suele destinarse a servicios que los ricos utilizan más que los pobres (Gwatkin, Bhuiya y Victora, 2004). Las reformas que conducen a la cobranza de los servicios en el punto de uso constituyen un freno al uso de la atención médica. Los gastos directos por atención médica suelen desalentar a las personas más pobres de utilizar los servicios y derivan en morbilidad sin tratamiento (Palmer y col., 2004). Estos gastos también puede derivar en un mayor empobrecimiento (Whitehead, Dahlgren y Evans, 2001) o en la quiebra (Gottlieb, 2000). Cuanto más alto el porcentaje de atención médica que se paga en forma directa, mayor el porcentaje de familias que enfrenta gastos catastróficos en salud (Xu y col., 2007).

El modelo Bolsa Familia de transferencia condicional de efectivo, por ejemplo, estimula el consumo de servicios médicos que no suelen llegar a las comunidades pobres. Si bien el apoyo económico para mejorar el acceso a los servicios médicos y su utilización entre los pobres es fundamental a corto plazo, el tema subyacente para las intervenciones de políticas es la necesidad de reducir y eliminar las barreras económicas impuestas a estos

servicios. Los sistemas nacionales de salud son capitales para solucionar las inequidades en salud. Para poder lograrlo deben contar con los recursos adecuados, operar eficazmente y ser accesibles a todos. Los sistemas de salud adecuadamente configurados y gestionados ofrecen un vehículo para mejorar las vidas de las personas, las protegen de la vulnerabilidad producida por la enfermedad, generan una sensación de seguridad de vida y un propósito común en la sociedad; pueden asegurar que todos los grupos demográficos se incluyan en el proceso y los beneficios del desarrollo socioeconómico y pueden reunir el apoyo político necesario para sostenerse con el curso del tiempo. Las medidas actuales para revitalizar la atención primaria de la salud en todo el mundo (OPS, 2007) deben ser simultáneas con la dedicación de atención a los factores sociales que determinan la salud.

Al igual que el enfoque de los factores sociales determinantes para mejorar la igualdad en salud debe abarcar la atención médica, los programas para controlar las condiciones de prioridad en salud pública deben prestar atención a los factores sociales determinantes de la salud. Las medidas de esta índole deben incluir a múltiples sectores además del sector de la atención médica. No basta, por ejemplo, con proporcionar tratamiento a las personas con diabetes en los países de ingresos medios y no tratar a los factores que impulsan la epidemia de obesidad; ocuparse de las enfermedades de la infancia y no de la educación de las mujeres que serán madres; impartir educación sobre la salud a las personas sin atender a su pobreza; ni tratar las enfermedades relacionadas con el estrés sin prestar atención a las condiciones en las que las personas viven y trabajan que originaron dichas enfermedades.

La comisión ha reunido una red sobre Condiciones de Prioridad en Salud Pública en la sede de la OMS en Ginebra, que está trabajando con una serie de programas de control de enfermedades para acercar los diferentes enfoques. Por ejemplo, el trabajo realizado por el programa Alto a la tuberculosis (*Stop TB*) de la OMS observa que la tuberculosis se asocia con un patrón de desarrollo social y económico que incluye la urbanización rápida, el crecimiento económico desigual y la presencia de grandes focos de carencias sociales. El control duradero de la tuberculosis exige combinar el tratamiento con la acción preventiva y tener en cuenta los factores biológicos y de conductas de salud, la respuesta de los servicios médicos y las condiciones socioeconómicas.

### ***La conformación de la sociedad***

Las inequidades en salud reflejan las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad. Todas las sociedades se estratifican por líneas de origen étnico, raza, género, educación, ocupación, ingresos y clase. Lo vemos muy claramente en cada uno de los estudios de casos de India, Brasil y Suecia descritos en los paneles. Aunque estos países se encuentran en estados muy distintos de desarrollo económico, diferenciar ciertos grupos, por género, casta, educación, lugar o ingresos, es clave para la comprender la forma en que se genera la inequidad en salud.

La estratificación crea ventajas y desventajas en todos los grupos sociales. La desventaja progresiva puede llevar a la marginalización y a una vulnerabilidad desproporcionada entre los que están excluidos de los beneficios sociales. Estos procesos de desempoderamiento pueden funcionar no solamente para las personas, las familias, los grupos y las comunidades sino también entre países y regiones internacionales.

El género quizás sea una de las ilustraciones más impactantes del desequilibrio en el poder social, el prestigio y la condición y sus efectos en la desigualdad de las experiencias en salud de hombres y mujeres de todo el mundo. En el centro de la inequidad de género en la salud están las normas y estructuras sociales que apoyan y perpetúan los prejuicios.

- En el África subsahariana, las mujeres están a cargo de más del 75% del trabajo agrícola, no obstante, son propietarias de menos del 10% de la tierra (ONU Proyecto del Milenio, 2005).
- En México, el 35,2% de la mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años) no son parte de la fuerza activa del país ni participan de la educación, en comparación con un porcentaje del 5,3% en los hombres de la misma edad (Banco Mundial, 2007).

Los prejuicios de género afectan casi todos los aspectos de la organización social y las condiciones consiguientes de vida y de trabajo: desigualdad en el acceso a la propiedad, el patrimonio económico y la herencia y en cuanto al control de dichos bienes; desigualdad en la división de trabajo dentro y fuera de la casa; desigualdad en la participación en instituciones políticas desde el nivel local hasta el internacional; así

como también las restricciones impuestas a la movilidad física, la reproducción y la sexualidad y la sanción de la violencia contra mujeres y niñas.

- 150 millones de niñas menores de 18 años han mantenido relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia física y sexual en 2002 (Pinheiro, 2006).

La marginalización de las mujeres que trabajan en India es terrible y clara, según el testimonio de SEWA. El énfasis que los programas de transferencia de efectivo, como el de Brasil, ponen en canalizar los recursos a través de los miembros femeninos de los hogares demuestra la importancia que la política de esos programas otorga al apoyo del papel de las mujeres en la protección del desarrollo infantil y la promoción de la salud familiar. El ejemplo sueco, asimismo, muestra cómo los cambios mundiales y nacionales en la organización de la producción pueden tener efectos desproporcionados en las mujeres. La respuesta del gobierno regional al enfoque sobre la igualdad de género como objetivo central refleja la inquietud de este fenómeno omnipresente.

El espectro de acción de SEWA muestra la importancia de un enfoque multinivel para abordar la inequidad de género. SEWA, apoya las condiciones materiales y los acuerdos de trabajo de sus miembros y, a la vez, toma medidas para desafiar el sistema legal de la India: toma la experiencia local de mujeres empoderadas miembros de SEWA al nivel nacional de la gobernanza relacionada con la igualdad.

Dado el número de personas implicadas y la magnitud de los problemas, tomar medidas para mejorar la igualdad de género en salud y para asegurar los derechos de las mujeres a la atención médica es uno de los modos más directos y poderosos de reducir las inequidades en salud en todo el mundo y de garantizar el uso eficaz de los recursos médicos.

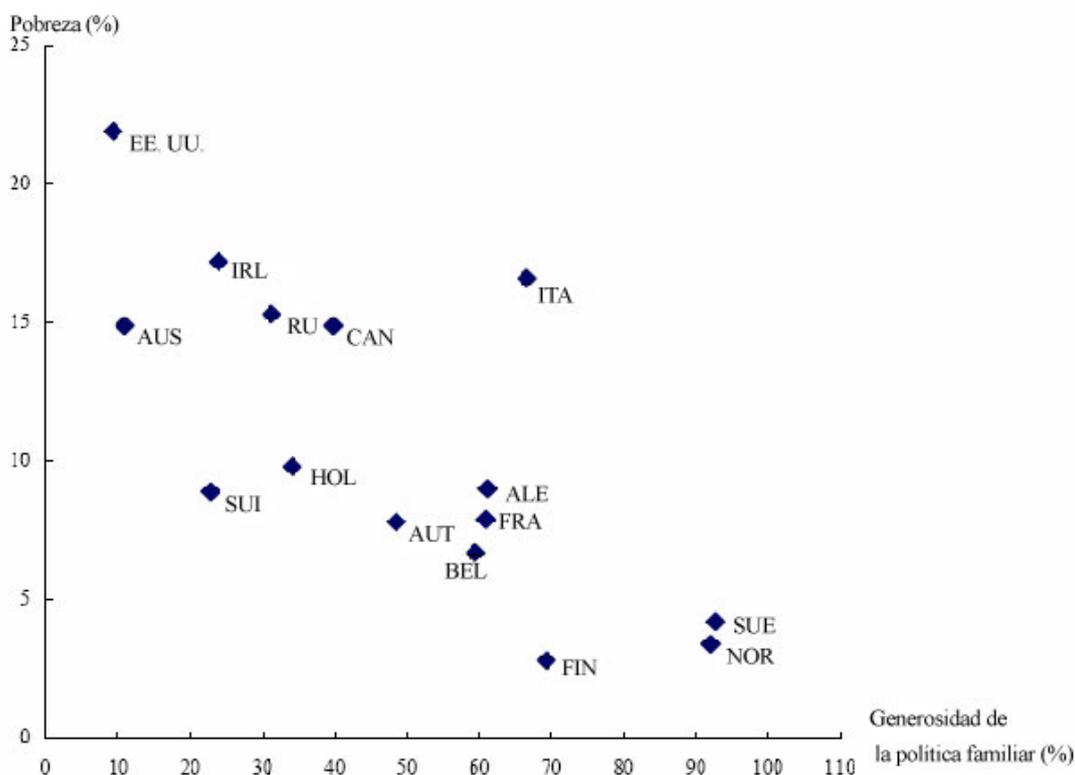
### **El contexto social**

Las políticas socioeconómicas afectan la distribución de los determinantes sociales de la salud, incluidos los recursos para la educación, la salud y la seguridad financiera. Por lo tanto, está claro el motivo por el que la relación entre los ministerios de salud y los ministerios de finanzas es tan fundamental para conseguir un panorama de la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales. El reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud implica que la política social gubernamental,

no solamente la política de la salud, es de vital importancia para la equidad en la salud. Eso se conecta profundamente con el sistema de valores de la sociedad. La promoción de la equidad en la salud está cimentada en los valores, pero también requiere el fortalecimiento de la evidencia en la creación de políticas.

- Las mujeres representan sólo el 17% de los miembros del parlamento de todo el mundo (base de datos de la UIP).
- Muchos países gastan más dinero en el ejército que en la salud. Eritrea, un ejemplo extremo, gasta el 24% del PIB en el ejército y sólo el 3% en la salud. Pakistán gasta más en el ejército menos que en la salud y la educación juntas (Banco Mundial, 2006a).

Figura 9: Generosidad de la política familiar y pobreza infantil totales en 15 países, año 2000 o posterior



Notas: Generosidad neta de beneficios de transferencias expresada como porcentaje del salario de los trabajadores con producción neta promedio. La línea de pobreza equivale al 50% del ingreso disponible equivalente promedio.

Fuente: Lundberg y col., 2007, basado en los datos del Luxembourg Income Study.

Como se describe en la figura 9, parece que las políticas a favor de la equidad en la salud en muchos casos dependen del estado para que les brinde un grado adecuado de

seguridad, a través de programas de bienestar y la provisión de una red de seguridad social universal. Dichas políticas pueden incluir: vivienda; normas de salud y seguridad; políticas laborales para la familia; políticas de empleo activo que comprendan capacitación y apoyo; la provisión de redes de seguridad social, incluidas aquéllas para ingresos y nutrición; y la provisión universal de atención médica de buena calidad, educación y otros servicios sociales.

Suecia, en gran parte del período posterior a la Segunda Guerra Mundial, ha mantenido políticas de bienestar muy sólidas dirigidas por el Estado. El apoyo político para la orientación de esta política tiene raíces más profundas en la manera en que Suecia, y hasta cierto punto otros países nórdicos, se ha desarrollado a lo largo de varios siglos. Después de tres décadas de dictaduras militares, Brasil ha iniciado un período de democratización. Con esto, el centro de la esfera política es un firme compromiso de hacer frente tanto a la pobreza como a la inequidad. En India, las condiciones materiales de los vendedores de verduras de Ahmedabad pueden mejorarse a corto plazo, a través de formas locales de acción colectiva y empoderamiento; pero se puede alcanzar un empoderamiento más sostenido para los trabajadores con acciones en el nivel estructural: acción a través de la legislatura estatal y nacional y el acceso mejorado al crédito.

### **El ámbito mundial**

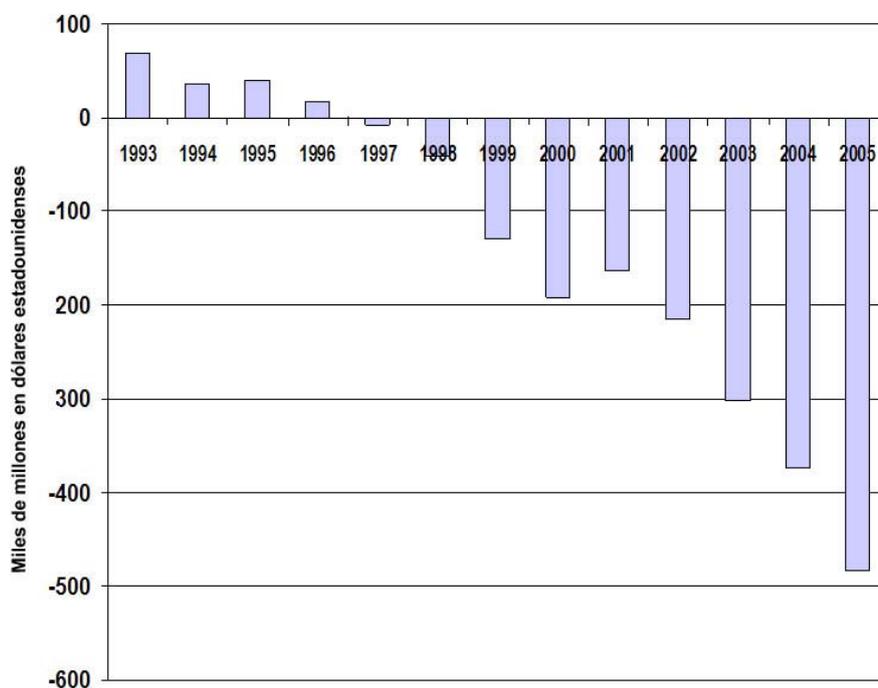
Si bien la acción de los países y las comunidades locales es de gran importancia para los determinantes sociales de la salud, también lo es el contexto mundial. El nivel mundial ejerce una influencia cada vez más poderosa en las relaciones entre los países y las condiciones de cada uno de ellos. La globalización, con su asombrosa aceleración del comercio y el flujo de conocimientos y recursos, ofrece una promesa sin precedentes para mejorar la salud humana. Sin embargo, hasta la fecha, muchas personas consideran que esta promesa no se ha cumplido.

El énfasis colocado en la globalización como motor de crecimiento económico en una nueva escala mundial ha omitido o subestimado las condiciones iniciales de la desigualdad entre los países pobres y los ricos, y dentro de cada uno de ellos. Cuando las instituciones sociales a través de las que las personas comparten los recursos son relativamente sólidas y justas, la desigualdad moderada puede ser “constructiva”, dado que dirige los esfuerzos y la exposición a los riesgos al micronivel que avala el éxito

económico. Sin embargo, si las instituciones que gobiernan la distribución de los recursos sociales son débiles, corruptas o estructuralmente desiguales, ya que se encuentran dentro de muchos países y en medio de las regiones ricas y pobres, la desigualdad puede actuar destructivamente, dado que suprimiría las empresas locales y prolongaría el empobrecimiento (Birdsall, 2007). Hasta el momento, los beneficios de la globalización han sido principalmente asimétricos, debido a que ha creado ganadores y perdedores entre los países y dentro de las poblaciones, lo que tienen repercusiones en la salud.

Existen grandes beneficios que se pueden obtener gracias al aumento de la apertura del comercio, la creciente interdependencia entre los países y un espacio ampliado para la política en el nivel mundial a fin de tratar asuntos importantes (medio ambiente, salud, seguridad) que son comunes a todos los países (Cline, 2004). No obstante, hay algo sumamente erróneo en la suposición de que todos los países llegan a estos nuevos foros mundiales equipados de igual manera (Birdsall, 2006). Las largas trayectorias históricas unen a los países en la globalización, en niveles de capacidad y fuerza institucional claramente diferentes. Una globalización que no brinda un fortalecimiento institucional entre los países en desarrollo es responsable de fomentar e incluso aumentar la inequidad y de continuar decepcionando tanto a sus partidarios como a sus detractores.

Figura 10: Flujos financieros netos de las economías en desarrollo, de 1993 a 2005



Fuente: UNDESA, 2006.

Los países más pobres del mundo, en particular los del África subsahariana, reciben sólo una pequeña parte de los flujos financieros mundiales. De hecho, los flujos netos aumentan cada vez más desde las economías en desarrollo a los países de altos ingresos, como se muestra en la figura 10. Como resultado, los países en desarrollo dependen en gran medida de la asistencia oficial para el desarrollo a fin de financiar los gastos públicos vitales, incluida la salud. Dicha asistencia sigue siendo una fuente de financiamiento importante que se complementa con formas más amplias de cancelación de deudas. La ayuda tiene el potencial para sacar a 30 millones de personas de la pobreza absoluta cada año, aunque su eficacia se ve indudablemente afectada por problemas relacionados con la entrega de la ayuda. Los sistemas de seguridad social fortalecidos actuarían, a largo plazo, como amortiguación contra los efectos perjudiciales para la salud de quienes menos se benefician de la liberalización del comercio (OECD, 2002).

- Más del 60% del aumento total en la asistencia oficial para el desarrollo entre 2001 y 2004 se destinó a Afganistán, la República Democrática del Congo e Irak, a pesar de que los tres países representan menos del 3% mundial de los pobres de los países en desarrollo (Banco Mundial, 2006c).

La expansión y la liberalización mundial del comercio han tenido impactos tanto positivos como negativos en la salud de los países ricos y pobres. El aumento del comercio mundial de productos alimenticios, por ejemplo, está asociado con la transición de la nutrición descrita. El crecimiento de los supermercados transnacionales ha provocado cambios en la disponibilidad, la accesibilidad, el precio y, a través de la comercialización mundial, la conveniencia de los alimentos. Si no se los controla, estos cambios pueden tener consecuencias altamente negativas para la salud. Las negociaciones del comercio que siguen una perspectiva equilibrada de las consideraciones comerciales y de la salud pueden ser beneficiosas para todos los miembros de la sociedad.

A pesar de que la Comisión reconoce la contribución que el crecimiento económico puede hacer a la disponibilidad de recursos para mejorar el acceso a los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades sanitarias, afirma que el crecimiento por sí solo no es una solución suficiente para generar mejoras equitativas de la salud de la población, como tampoco el crecimiento con desigualdad es un balance simple o automático. En cambio, la acción dentro y entre los países para mitigar y eliminar la desigualdad estructural y destructiva es la contrapartida necesaria para el crecimiento mundial mismo y las políticas orientadas a apoyarlo.

## *El momento de actuar*

Nos encontramos en un momento decisivo de la historia. Hace sesenta años, en 1948, el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud representó un nuevo panorama mundial, que surgió de las cenizas del conflicto, de la salud universal al más alto nivel alcanzable. Treinta años después, en 1978, la comunidad de las naciones se reunió nuevamente en Alma-Ata para convocar a un nuevo abordaje de la salud, basado en la comprensión holística de las necesidades de atención primaria de salud locales, en todos los determinantes sociales y de acción orientada a las personas (OMS, 1978). Creemos que el final de la Comisión como entidad formal en 2008 dará lugar al nacimiento de un movimiento mundial, que percibirá la salud equitativa como un bien para la sociedad, cuyo centro será la acción social y un campo en el que los países y los pueblos, ricos y pobres, puedan unirse en pos de una causa común.

Los defensores de una salud igual para todos han sido muchos y muy elocuentes en todo el mundo. A pesar de que en ciertas ocasiones el movimiento de atención primaria de la salud quedó en segundo plano por preocupaciones específicas sobre enfermedades, nunca dejó de existir. Ciertamente, la atención primaria de salud, una vez más, desempeña un papel central en la agenda actual de la OMS. La Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud de 1986, y su renovación en Bangkok, aceptó una verdadera perspectiva mundial de acción de salud pública y la importancia de un abordaje de los determinantes sociales (OMS, 1986; Catford, 2005). El movimiento latinoamericano de medicina social y el Movimiento para la Salud de los Pueblos, el Comentario General sobre el Derecho a la Salud y la amplia perspectiva social de los Objetivos de Desarrollo del Milenio reafirman la importancia central de la salud, la necesidad de acción social y participativa en la salud y el valor humano principal de la equidad en la salud (Tajer, 2003; PHM, 2000; ONU, 2000a; ONU, 2000b).

Al fundamentarse en estos esfuerzos, la Comisión representa una oportunidad única para la acción, una acción que realiza el amplio espectro de actores interesados en una salud mejor y más justa. Si bien en el pasado los esfuerzos fueron fragmentados, la Comisión une por primera vez, en una escala mundial, a actores, experiencias y pruebas relacionadas con los determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud. Ahora, mejor que en ningún otro momento de la historia, comprendemos mundialmente de qué

manera los factores sociales afectan a la salud y a la equidad en la salud. Aunque sigue existiendo la necesidad de conseguir evidencias mejores, ahora contamos con el conocimiento que requiere el conducir una acción eficaz. Al relacionar nuestra comprensión de la pobreza con el gradiente social, ahora afirmamos los problemas comunes subyacentes de la inequidad en salud. Al reconocer la naturaleza y la escala de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, demostramos los vínculos inextricables entre los países ricos y los pobres. Es necesario realizar una acción basada en los determinantes de la salud: desde condiciones estructurales de la sociedad hasta influencias más inmediatas, en todos los niveles, mundiales y locales, en todo el gobierno, que incluya a todos los interesados, de la sociedad civil y el sector privado. La clave para la acción en varios niveles es la coherencia.

A medida que los procesos de la globalización nos reúnen más como pueblos y naciones, comenzamos a ver la interdependencia de nuestras aspiraciones; aspiraciones para la seguridad humana, incluida la protección contra la pobreza y la exclusión; y aspiraciones para la libertad humana, no sólo para crecer y prosperar individualmente, sino también para crecer y prosperar conjuntamente. En estas aspiraciones, reconocemos la interconexión de las causas de la inequidad en salud y lo imperativo de la acción mundial, social y colectiva.

## ***Anexo: El enfoque multidisciplinario de la CSDH***

### **Los objetivos**

El objetivo de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) es crear un movimiento mundial para la equidad en la salud arraigado en las creencias compartidas de justicia social y derechos humanos. Llevar a cabo la visión de la Comisión de un mundo en el que las personas tengan la libertad de llevar la vida que han decidido valorar, requiere acción en los determinantes sociales de la salud. El objetivo de la Comisión es recopilar evidencia, aprovechar los esfuerzos nacionales y locales, detallar lo que debe implicar la acción social eficaz para mantener, promover y brindar una mejor salud para todos, apoyar el cambio y comprometerse con las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con la salud. La lucha por cumplir con los objetivos de la CSDH se lleva a cabo mediante varias corrientes de trabajo que funcionan en forma paralela: redes de conocimiento, países socios, organizaciones de sociedad civil e iniciativas mundiales. Dentro de las distintas corrientes de trabajo, se han realizado esfuerzos en todo el mundo para expandir la evidencia basada en los determinantes sociales de la salud, y en particular, en la acción eficaz para comprender y lidiar con estos determinantes. La Comisión cuenta con el apoyo de una secretaría con sede en el Departamento de Equidad, Pobreza y Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Ginebra, Suiza, y el Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud, Universidad de Londres, Inglaterra.

### **Comisionados**

Hay 19 comisionados que conducen la CSDH, líderes nacionales y mundiales de las áreas académicas, la sociedad civil, los gobiernos y la política. En sus reuniones, éstos dirigen la Comisión en todos sus procesos: desde la elaboración conceptual, la recopilación de evidencia, la valoración y la síntesis hasta la elaboración de las recomendaciones. Según sus competencias y su experiencia, los comisionados comunican los mensajes clave y las recomendaciones de la Comisión en el ruedo de las políticas y concentran su atención política en los factores sociales que derivan en una mala salud.

## **Redes de conocimiento**

La Comisión ha establecido nueve redes de conocimiento (KN), acordadas en términos de los siguientes temas: globalización, sistemas de salud, zonas urbanas, empleo y condiciones laborales, desarrollo infantil temprano, exclusión social, equidad de la mujer y de género, mediciones y evidencia y condiciones de salud de prioridad pública. Estas redes se formaron para recopilar, reunir y sintetizar una amplia gama de evidencia sobre: (i) relaciones causales posibles, (ii) áreas clave donde se debería actuar, y (iii) prácticas e intervenciones eficaces para abordar las inequidades en salud determinadas socialmente en todo el mundo.

Las redes de conocimiento representan uno o más centros coordinadores con miembros establecidos de áreas académicas, políticas, y de práctica y defensa activa en los países de ingresos altos, medios y bajos en todo el mundo. La comprensión de cómo los determinantes sociales llevan a las inequidades en la salud y la identificación de respuestas efectivas para llegar a ellas exige la utilización de evidencia, habitualmente hallada fuera del discurso biomédico, en una variedad de disciplinas como las políticas sociales, el desarrollo urbano, las ciencias políticas, la epidemiología social y los estudios de género. Se reunió el conocimiento de diversas fuentes, como trabajos reseñados por revisores científicos externos, bibliografía de literatura gris, la opinión de expertos, estudios prácticos y narrativas. El flujo de información bidireccional deliberado desde y hacia las redes a las corrientes de otros trabajos de la Comisión se diseñó para facilitar la participación progresiva de las experiencias de la sociedad civil y del país y la captación de evidencia de países, instituciones y grupos de defensa activa.

### ***Redes de conocimiento: centros de organización***

1. **Centro de la Red de conocimiento sobre la globalización:** Universidad de Ottawa: Profesor Ron Labonte, líder del centro ([rlabonte@uottawa.ca](mailto:rlabonte@uottawa.ca)), y profesor Ted Schrecker, coordinador del centro ([tschreck@uottawa.ca](mailto:tschreck@uottawa.ca)).
2. **Centro asociado de la Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género:** Instituto Karolinska, Suecia, e Instituto Indio de Administración: Dra. Pirooska Ostlin ([piroska.ostlin@ki.se](mailto:piroska.ostlin@ki.se)) y Prof.<sup>a</sup> Gita Sen ([gita@iimb.ernet.in](mailto:gita@iimb.ernet.in)).
3. **Centro asociado de la Red de conocimiento sobre la exclusión social:** Consejo de Investigación de las Ciencias Humanas, Sudáfrica; ICDDR, B y

- BRAC, Bangladesh; Universidad Nacional y Universidad Javeriana, Colombia; Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil, y Universidad Lancaster, Reino Unido. Dra. Laetitia Rispel ([LRispel@hsrc.ac.za](mailto:LRispel@hsrc.ac.za)); Dra. Heidi Johnston [hjohnston@icddrb.org](mailto:hjohnston@icddrb.org); Dr. Mario Esteban Hernández Álvarez ([mehernadesza@unal.edu.co](mailto:mehernadesza@unal.edu.co)); Dra. Sarah Escorel ([sescorel@ensp.fiocruz.br](mailto:sescorel@ensp.fiocruz.br)) y Prof.<sup>a</sup> Jennie Popay ([j.popay@lancaster.ac.uk](mailto:j.popay@lancaster.ac.uk)).
4. **Centro asociado de la Red de conocimiento sobre las condiciones laborales:** Universidad Pompeu Fabra, España, y Universidad Federal de Bahía: Dr. Joan Benach ([joan.benach@upf.edu](mailto:joan.benach@upf.edu) y [joan.benach@utoronto.ca](mailto:joan.benach@utoronto.ca)), Prof.<sup>a</sup> Vilma Sousa Santana ([vilma@ufba.br](mailto:vilma@ufba.br)) y Dr. Carles Muntaner ([Carles\\_Muntaner@camh.net](mailto:Carles_Muntaner@camh.net)).
  5. **Centro de la Red de conocimiento sobre el desarrollo infantil temprano:** La Asociación de Aprendizaje Temprano en Humanos (Human Early Learning Partnership, HELP) y el Centro de Excelencia del Desarrollo Infantil Temprano (Centre of Excellence in Early Childhood Development, CEECD): Prof. Clyde Hertzman, líder del centro ([clyde.hertzman@ubc.ca](mailto:clyde.hertzman@ubc.ca)), y Dra. Lori Irwin, coordinadora del centro ([lori.irwin@ubc.ca](mailto:lori.irwin@ubc.ca)).
  6. **Centro de la Red de conocimiento sobre las zonas urbanas:** Centro Kobe de la OMS (WHO Kobe Centre), Japón: Dra. Susy Mercado ([mercados@who.or.jp](mailto:mercados@who.or.jp)) y Dra. Kirsten Havemann ([havemannk@wkc.who.int](mailto:havemannk@wkc.who.int)).
  7. **Centro de la Red de conocimiento sobre los sistemas de salud:** Universidad de Witterasand: Prof.<sup>a</sup> Lucy Gilson, líder del centro ([lgilson@iafrica.com](mailto:lgilson@iafrica.com)), y Dra. Jane Doherty, coordinadora del centro ([jane.doherty@nhls.ac.za](mailto:jane.doherty@nhls.ac.za)).
  8. **Centro de la Red de conocimiento sobre las condiciones prioritarias de la salud pública :** Departamento de Equidad, Pobreza y Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Ginebra: Dr. Erik Blas, líder del centro ([blase@who.int](mailto:blase@who.int)).
  9. **Centro asociado de la Red de conocimiento sobre mediciones y evidencia:** Universidad del Desarrollo e Instituto Nacional para la Excelencia Clínica de la Salud: Dra. Josiane Bonnefoy ([josiane.bonnefoy@gmail.com](mailto:josiane.bonnefoy@gmail.com)), Prof. Mike Kelly ([mike.kelly@nice.org.uk](mailto:mike.kelly@nice.org.uk)) y Sr. Antony Morgan ([antony.morgan@nice.org.uk](mailto:antony.morgan@nice.org.uk)).

***Redes de conocimiento: informes y documentos de antecedentes (en junio de 2007)***

### **Globalización**

- Knowledge Network on Globalization (2007) (Red de conocimiento sobre la globalización). *Towards a health-equitable globalization: a question of rights*,

*regulation and redistribution* (Hacia una globalización equitativa de la salud: una cuestión de derechos, control y redistribución). Informe final borrador de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

- Lister J (2007). *Globalization and health systems change* (La globalización y el cambio en los sistemas de salud). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Lee K, Koivusalo M, Ollila E, Labonté R, Schrecker T, Schuftan C, Woodward D (2007). *Globalization, global governance and the social determinants of health: a review of the linkages and agenda for action* (La globalización, la gobernanza mundial y los determinantes sociales de la salud: revisión de los vínculos y agenda de actividades). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Packer C, Labonté R, Spitzer D, Murphy S, Bhushan A, Warren B (2007). *Globalization and health worker migration* (La globalización y la migración del trabajador social). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Wilson JZ, Bond P (2007). *Globalization, water and health* (La globalización, el agua y la salud). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Cornia GA, Rosignoli S, Tiberti L (2007). *Globalization and health: pathways of transmission, and evidence of its impact* (La globalización y la salud: vías de transmisión y evidencia de su impacto). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Koivusalo M, Schrecker T (2007). *Globalization and policy space* (La globalización y el espacio de las políticas). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

- Schrecker T, Poon D (2007). *Globalization, labour markets and social determinants of health* (La globalización, los mercados laborales y los determinantes sociales de la salud). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Hawkes C, Chopra M, Friel S, Thow AM (2007). *Globalization, food and nutrition transitions* (La globalización y las transiciones de los alimentos y la nutrición). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Correa C (2007). *Intellectual property rights and inequalities in health outcomes* (Los derechos de propiedad intelectual y las inequidades en los resultados de salud). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Breilh J (2007). *Globalization and social determinants of health – lessons from the Latin American experience* (La globalización y los determinantes sociales de la salud: lecciones de la experiencia latinoamericana). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Rowson M (2007). *Globalization, debt and poverty reduction strategies* (La globalización y las estrategias de reducción de la pobreza y las deudas). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Taylor S (2007). *Aid and health* (La ayuda y la salud). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Bond P (2007). *Trends in global political economy and geopolitics post-1980* (Las tendencias en la economía política y en la geopolítica mundial posteriores a 1980). Documento de antecedentes de la Globalization Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la globalización) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

## **Equidad de la mujer y de género**

- Knowledge Network on Women and Gender Equity (2007) (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient - gender inequity in health: Why it exists and how we can change it* (La inequidad de género en la salud es desigual, injusta, ineficaz e ineficiente: por qué existe y cómo podemos cambiarla). Informe final.
- Sen G, Östlin P, Iyer A (en elaboración). *Intersectionality in health and health care: a review of research and policy* (Interseccionalidad en la salud y en la atención médica: revisión de investigación y políticas). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Petchesky R, Laurie M. *Gender, health and human rights in sites of political exclusion* (Género, salud y derechos humanos en los centros de exclusión política). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Keleher H, Franklin L. *Strategies/interventions for changing gendered norms at the level of household and community* (Estrategias/Intervenciones para cambiar las normas de género en el ámbito del hogar y la comunidad). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Snow R (en elaboración). *Sex, gender and vulnerability* (El sexo, el género y la vulnerabilidad). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- George A (2007). *Human resources for health: a gender analysis* (Los recursos humanos para la salud: análisis de género). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

- Govender V, Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions* (Sesgos y discriminación sexual: revisión de las interacciones interpersonales de la atención médica). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Murthy RK (2007). *Accountability to citizens on gender and health* (Responsabilidad de los ciudadanos sobre el género y la salud). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Batthyany K, Correa S. *Health, gender and poverty in Latin America* (Salud, género y pobreza en América Latina). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Ravindran TKS, Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender mainstreaming in health policies, programmes and within the health sector* (Políticas y programas de salud de la mujer e integración del género en las políticas de salud, en los programas y dentro del sector de la salud). Documento de antecedentes de la Women and Gender Equity Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la equidad de la mujer y de género) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

### **Exclusión social**

- Social Exclusion Knowledge Network (2007) (Red de conocimiento sobre la exclusión social). Informe final borrador de la Social Exclusion Knowledge Network (Red de conocimiento sobre la exclusión social, SEKN) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Mathieson J, Popay J (2007). *Social Exclusion: A narrative review of the literature* (Exclusión social: revisión narrativa de la bibliografía). Documento de antecedentes 1 de la SEKN.

- Enoch, E (2007). *Social Exclusion: Policy Discourse in the European Union* (Exclusión social: discurso de las políticas en la Unión Europea). Documento de antecedentes 2 de la SEKN.
- Rispel L, Molomo B, Dumela S (2007). *South African Case Study Report* (Informe del caso práctico de Sudáfrica). Documento de antecedentes 3 de la SEKN.
- Rispel L, da Sousa C, Molomo B (2007). *Social Exclusion: Rapid Policy Appraisals in Selected Sub-Saharan African Countries* (Exclusión social: valoración rápida de las políticas en países seleccionados de África subsahariana). Documento de antecedentes 4 de la SEKN.
- Mathieson J (2007). *Social Exclusion in North Niger: A rapid appraisal* (Exclusión social en el norte de Nigeria: valoración rápida). Documento de antecedentes 5 de la SEKN.
- Barker N (2007). *Social Exclusion in Ghana: A rapid appraisal (Exclusión social en Ghana: valoración rápida)*. Documento de antecedentes 6 de la SEKN.
- Sarag H, Karim K (2007). *Social Exclusion: Voice and Action. A collation of perspectives from civil society* (Exclusión social: voz y acción. Comparación de perspectivas de la sociedad civil). Documento de antecedentes 7 de la SEKN.
- Mathieson J, Kowarzik U, Popay J (2007). *The UK Social Exclusion Policy Initiative: South African Case Study Report* (Iniciativa sobre la política de la exclusión social en el Reino Unido: caso práctico del país). Documento de antecedentes 8 de la SEKN.
- Enoch, E (2007). *Social Exclusion: Rapid Appraisals in Selected European Countries* (Exclusión social: valoraciones rápidas en países europeos seleccionados). Documento de antecedentes 9 de la SEKN.
- Newman L, Biedrzycki K, Patterson J, Baum F (2007). *South Australia's Social Inclusion Initiative: South African Case Study Report* (Iniciativa sobre la inclusión social en Australia Meridional: caso práctico de valoración rápida). Documento de antecedentes 10 de la SEKN.
- Johnston, H ed. (2007). *Social Exclusion: case studies from Bangladesh* (Exclusión social: casos prácticos de Bangladesh). Documento de antecedentes 11 de la SEKN.
- Escorel S ed. (2007). *Social Exclusion: Case Studies from Brasil (Exclusión social: casos prácticos de Brasil)*. Documento de antecedentes 12 de la SEKN.

- Alvarez Hernandez M ed. (2007). *Social Exclusion: Case Studies from Colombia* (*Exclusión social: casos prácticos de Colombia*). Documento de antecedentes 14 de la SEKN.

### **Condiciones laborales**

- Employment Conditions Knowledge Network (2007) Red de conocimiento sobre las condiciones laborales. *Employment conditions and health inequalities* (Las condiciones laborales y las inequidades en salud). Informe final borrador de la Employment Conditions Knowledge Network (Red de conocimiento sobre las condiciones laborales) de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

### **Antecedentes de estudio de casos**

- Niu S. Economic growth is not translated into decent job growth (El crecimiento económico no se traduce en un crecimiento laboral adecuado).
- Benach J, Muntaner C. Wal-Mart's nation: the impact on labour and health (El país de Wal-Mart: el impacto en el trabajo y en la salud).
- Menéndez M, Benach J. What are the origins and consequences of *maquilas*? (¿Cuáles son los orígenes y las consecuencias de las *maquilas*?).
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Interaction between work and health inequalities (Interacción entre las inequidades en trabajo y en salud).
- Kernaghan C, Briggs B. Kaisi Metals Factory in Guangzhou (China) (Fábrica de metales en Guangzhou, China).
- Sarkar A. The ship-breaking industry in South Asia (La industria del desguace de barcos es el Sur de Asia).
- The International Labor Rights Fund (ILRF). Bridgestone Corporation maintains slave-like conditions in Liberia (Bridgestone Corporation mantiene las condiciones de esclavitud en Liberia).
- Kernaghan C, Briggs B. Human trafficking and involuntary servitude under the USA–Jordan Free Trade Agreement (El tráfico de humanos y la servidumbre involuntaria según el acuerdo de libre comercio entre los Estados Unidos y Jordania).
- Head J, Chandola T. Psychosocial working conditions and social inequalities in health (Condiciones laborales psicosociales e inequidades sociales en la salud).

- Caudron JM, Lambert D. Ikea, a (social) model to be dismantled (un modelo [social] para desarmar).
- Tapia Granados JA, Do health inequalities increase when employment grows? (¿Aumentan las inequidades en salud cuando el empleo crece?).
- Lewchuk W, Clarke M, de Wolff A. Precarious employment, health, and the life cycle (Empleo precario, salud y el ciclo de la vida).
- Fortier A. The lives behind the piles (La vida detrás de los montones).
- Kernaghan C, Briggs B. Are we going backward in the global economy? (¿Está retrocediendo la economía mundial?)
- Loomis D. Case occupational health inequalities in the United States: the workforce changes, but patterns persist (Inequidades en la salud ocupacional de los Estados Unidos: la fuerza laboral cambia, pero los modelos persisten).
- Moncada S, Llorens C, Castellà T. Working conditions as promoters of health inequalities (Las condiciones laborales como promotoras de las inequidades en salud).
- Menéndez M, Benach J. Unions and safety representatives are good for workers' health (Los sindicatos y los representantes de la seguridad son beneficiosos para la salud de los trabajadores).
- Eakin J. Health and the Social Relations of Work in Small Enterprises (La salud y las relaciones sociales que se generan cuando se trabaja en pequeñas empresas).
- Western B. Imprisonment and labor market inequality in the United States (La desigualdad en las prisiones y en el mercado laboral de los Estados Unidos).
- Quinlan M. Subcontracting (Las subcontrataciones).
- Quinlan M. Self-employment (El empleo autónomo).
- Kernaghan C, Briggs B. What must US companies do regarding child labor? (¿Qué deben hacer las compañías estadounidenses en relación con el trabajo infantil?).
- National Economic and Social Rights Initiative (NESRI) (Iniciativa nacional por los derechos económicos y sociales). Economic structures enabling slavery in the United States (Estructuras económicas que favorecieron la esclavitud en los Estados Unidos).
- Head J, Chandola T. Psychosocial working conditions and political responses (Condiciones laborales psicosociales y respuestas políticas).

- Caudron JM, Lambert D. Ikea, a (social) model to be dismantled (un modelo [social] para desarmar).
- Tapia Granados JA, Do health inequalities increase when employment grows? (¿Aumentan las inequidades en salud cuando el empleo crece?).
- Lewchuk W, Clarke M, de Wolff A. Precarious employment, health, and the life cycle (Empleo precario, salud y el ciclo de la vida).
- Fortier A. The lives behind the piles (La vida detrás de los montones).
- Kernaghan C, Briggs B. Are we going backward in the global economy? (¿Está retrocediendo la economía mundial?)
- Loomis D. Case occupational health inequalities in the United States: the workforce changes, but patterns persist (Inequidades en la salud ocupacional de los Estados Unidos: la fuerza laboral cambia, pero los modelos persisten).
- Moncada S, Llorens C, Castellà T. Working conditions as promoters of health inequalities (Las condiciones laborales como promotoras de las inequidades en salud).
- Menéndez M, Benach J. Unions and safety representatives are good for workers' health (Los sindicatos y los representantes de la seguridad son beneficiosos para la salud de los trabajadores).
- Eakin J. Health and the Social Relations of Work in Small Enterprises (La salud y las relaciones sociales que se generan cuando se trabaja en pequeñas empresas).
- Western B. Imprisonment and labor market inequality in the United States (La desigualdad en las prisiones y en el mercado laboral de los Estados Unidos).
- Quinlan M. Subcontracting (Las subcontrataciones).
- Quinlan M. Self-employment (El empleo autónomo).
- Kernaghan C, Briggs B. What must US companies do regarding child labor? (¿Qué deben hacer las compañías estadounidenses en relación con el trabajo infantil?).
- National Economic and Social Rights Initiative (NESRI) (Iniciativa nacional por los derechos económicos y sociales). Economic structures enabling slavery in the United States (Estructuras económicas que favorecieron la esclavitud en los Estados Unidos).
- Head J, Chandola T. Psychosocial working conditions and political responses (Condiciones laborales psicosociales y respuestas políticas).

### **Desarrollo infantil temprano**

- Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). Early child development: a powerful equalizer (Desarrollo infantil temprano: un poderoso factor para la igualdad). Informe final de la Early Child Development Knowledge Network (Red para el conocimiento del desarrollo temprano de los niños) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH).
- Siddiqi A, Hertzman E, Poureslami I, Irwin LG, Hertzman C (2006). Total environment assessment model for early childhood development (Modelo de evaluación integral del entorno para el desarrollo infantil temprano). Documento de antecedentes de la Early Child Development Knowledge Network (Red para el conocimiento del desarrollo infantil temprano) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

### **Zonas urbanas**

- Knowledge Network on Urban Settings (2007) (Red de conocimiento de las zonas urbanas [2007]). Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings (Nuestras ciudades, nuestra salud, nuestro futuro: medidas basadas en los determinantes sociales para lograr la equidad de la salud en las zonas urbanas). Informe final de la Urban Settings Knowledge Network (Red para el conocimiento de las zonas urbanas) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Kjellstrom T, Mercado S, Sami M, Havemann K, Iwao S (2007). Achieving health equity in urban settings (Lograr una salud igualitaria en las zonas urbanas). *Journal of Urban Health*, 84:1–6.
- Mercado S, Havemann K, Sami M, Ueda H (2007). Urban poverty: an urgent public health issue (Pobreza urbana: un problema apremiante de salud pública). *Journal of Urban Health*, 84:7-15 .
- Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, Galea S (2007). Urban as a determinant of health (Las zonas urbanas como determinante de la salud). *Journal of Urban Health*, 84:16–26.
- Ling Ooi G, Hong Phua K (2007). Urbanization and slum formation (La urbanización y la formación de suburbios). *Journal of Urban Health*, 84:27–34.

- Yusuf S, Nabeshima K, Ha W (2007). Income and health in cities: the messages from stylized facts (Los ingresos y la salud en las ciudades: el mensaje de los hechos estilizados). *Journal of Urban Health*, 84:35–41.
- Ompad DC, Galea S, Caiaffa WT, Vlahov D (2007). Social determinants of the health of urban populations: methodologic considerations (Determinantes sociales de la salud de las poblaciones urbanas: consideraciones metodológicas). *Journal of Urban Health*, 84:42–53.
- Campbell T, Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world (Las cargas de las enfermedades emergentes y las personas pobres pertenecientes a las ciudades del mundo en desarrollo). *Journal of Urban Health*, 84:54–64.
- David AM, Mercado S, Becker D, Edmundo K, Mugisha F (2007). The prevention and control of HIV/AIDS, TB and vector-borne diseases in informal settlements: challenges, opportunities and insights (La prevención y el control del VIH/SIDA, la tuberculosis y las enfermedades transmitidas por vectores en asentamientos informales: desafíos, oportunidades e ideas). *Journal of Urban Health*, 84:65–74.
- Lee A, Kiyu A, Molina Milman H, Jimenez J (2007). Improving health and building human capital through an effective primary care system (Mejorar la salud y crear capital humano por medio de un sistema de atención primaria efectivo). *Journal of Urban Health*, 84:75–85.
- Kjellstrom T, Friel S, Dixon J, Corvalan C, Rehfuss E, Campbell-Lendrum D, Gore F, Bartram J (2007). Urban environmental health hazards and health equity (Los peligros ambientales urbanos para la salud y la equidad de la salud). *Journal of Urban Health*, 84:86–97.
- Sheuya S, Howden-Chapman P, Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities (El diseño de programas de vivienda y albergue: los determinantes sociales y ambientales de las inequidades). *Journal of Urban Health*, 84:98–108.
- Campbell-Lendrum D, Corvalán C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity (Los cambios climáticos y las ciudades de los países en desarrollo: las implicaciones en la salud ambiental y la equidad). *Journal of Urban Health*, 84:109–117.

- Dixon J, Omwega AM, Friel S, Burns C, Donati K, Carlisle R (2007). The health equity dimensions of urban food systems (Las dimensiones de la equidad de la salud en los sistemas urbanos de alimentos). *Journal of Urban Health*, 84:118–129.
- Pridmore P, Thomas L, Havemann K, Sapag J, Wood L (2007). Social capital and healthy urbanization in a globalized world (Capital social y urbanización saludable en un mundo globalizado). *Journal of Urban Health*, 84:130–143.
- Leitmann J (2007). Cities and calamities: learning from post-disaster response in Indonesia (Las ciudades y las calamidades: aprender de la respuesta posterior al desastre de Indonesia). *Journal of Urban Health*, 84:144–153.
- Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A (2007). Emerging strategies for healthy urban governance (Estrategias emergentes para una gobernanza urbana saludable). *Journal of Urban Health*, 84:154–163.
- Barten F, Mitlin D, Mulholland C, Hardoy A, Stern R (2007). Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity (Enfoques integrados para tratar los determinantes sociales de la salud a fin de reducir la inequidad en salud). *Journal of Urban Health*, 84:164–173.

### **Sistemas de salud**

- Knowledge Network on Health Systems (2007) (Red de conocimiento de los sistemas de salud [2007]). Informe final. Informe final de la Health Systems Knowledge Network (Red para el conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

### **Análisis sistemáticos de la bibliografía**

- De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care (La atención primaria de la salud como una estrategia para lograr una atención equitativa).
- George A (2007). Human resources for health: a gender analysis (Los recursos humanos para la salud: un análisis de sexos).
- Gilson L (2007). What sort of stewardship and health system management is needed to tackle health inequity, and how can it be developed and sustained? (¿Qué tipo de gestión y manejo del sistema de salud es necesario para hacer frente a la inequidad en salud? ¿Cómo puede desarrollarse y mantenerse?).

- Gilson L (2007). The political management needs of health policy change intended to promote equity (La administración política necesita un cambio de las políticas de la salud para promover la equidad).
- Hanefeld J, Spicer N, Brugha R, Walt G (2007). How have global health initiatives impacted on health equity? (¿De qué manera han influenciado la equidad de la salud las iniciativas mundiales de la salud?). What strategies can be put in place to enhance their positive impact and mitigate against negative impacts? (¿Qué estrategias se pueden utilizar para aumentar su influencia positiva y mitigar la influencia negativa?).
- Mackintosh M (2007). Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care (Planificación y regulaciones del mercado: fortalezas, debilidades e interacciones en la prestación de una atención médica más equitativa y de mejor calidad).
- Mills A (2007). Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle-income countries? (Estrategias para lograr la cobertura mundial: ¿dejan alguna enseñanza los países de ingresos medios?).
- Musuka G, Chingombe I (2007). Building equitable people-centred national health systems: the role of parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa (Crear sistemas de salud nacionales equitativos y centrados en las personas: el papel del parlamento y los comités parlamentarios de la salud en África Oriental y África del Sur).
- Public Health Agency of Canada and Health Systems KN (2007). Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health (Sectores cruzados: las experiencias de las acciones intersectoriales, la política y la salud públicas).
- Vega-Romero R, Torres-Tovar M (2007). The role of civil society in building an equitable health system (El papel de la sociedad civil en la creación de un sistema de salud equitativo).

### ***Casos prácticos regionales y nacionales***

- Balabanova D (2007). Health sector reform and equity in transition (La reforma del sistema de salud y la equidad en la transición).
- Chetty K (2007), Equity-promoting health-care policies in South Africa (Políticas de atención de salud que promueven la equidad en Sudáfrica).

- Dubowitz T, Anthony R, Bird C, Cohen D, Lurie N (2007). The experience of the USA: health inequity within a high-income setting (La experiencia de los Estados Unidos: la inequidad en salud en un ámbito de altos ingresos).
- Infante A (2007). The post military government reforms to the Chilean Health System (Las reformas al sistema de salud chileno posteriores al gobierno militar).
- Laurell AC (2007). Granting universal access to health care. The experience of the Mexico City government (Otorgar acceso universal al sistema de salud. La experiencia del gobierno de la ciudad de México).
- Meng Q (2007). Developing and implementing equity-promoting health care policies in China (Desarrollar e implementar políticas de atención médica que promuevan la equidad en China).
- Perera MALR (2007). Intersectoral action for health in Sri Lanka (Acciones intersectoriales en pos de la salud en Sri Lanka).
- Ranson K, Poletti T, Bornemisza O, Sondorp E (2007). Promoting health equity in conflict-affected fragile states (Promover la equidad de la salud en estados frágiles afectados por conflictos).
- Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Jongudomsuk P (2007). Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? (Lograr la cobertura universal en Tailandia: ¿qué lección aprendemos?).

***Casos prácticos sobre la función de los parlamentarios en la promoción de la equidad en la salud***

- Chebundo B (2007). The Zimbabwe re-engineered budget process and the impact of its all-stakeholder inclusiveness approach, and how the involvement of EQUINET and other stakeholders contributes towards achieving equitable distribution of health resources (El proceso presupuestario rediseñado de Zimbabwe y el impacto del enfoque que incluye a todas las partes interesadas, y cómo la participación de EQUINET y otras partes interesadas contribuye a la distribución equitativa de los recursos de la salud).
- Chebundo B (2007). The way parliamentary committees on health have overcome obstacles in creating sustained and coordinated pressures for health through regional networking in Southern and Eastern Africa (La manera en que los comités parlamentarios de la salud han sorteado los obstáculos en la creación de presiones

sostenidas y coordinadas para la salud por medio de redes regionales en África Oriental y África del Sur).

- Health Systems Trust (2007). Manner in which parliamentarians have been able to use the budget process to make visible inequalities in health and to promote equitable distribution in South Africa (La manera en que los parlamentarios han podido utilizar el proceso presupuestario para visualizar las inequidades en salud y promover una distribución equitativa en Sudáfrica).
- Mugisha F (2007). The Nairobi Equity Gauge work with parliaments (El trabajo de Nairobi Equity Gauge [Indicador de equidad de Nairobi] con los parlamentos).

**Condiciones prioritarias de la salud pública** (estará disponible próximamente)

### **Medición y evidencia**

- Kelly MP, Bonnefoy J, Morgan A, Florenzano F, Friel S, Houweling TAJ, Bell R, Taylor S, Simpson S (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health* (Guía destinada a las redes de conocimiento para la presentación de informes y evidencia sobre los determinantes sociales de la salud). Documento de antecedentes de la Measurement and Evidence Development Knowledge Network (Red para el conocimiento de la medición y la evidencia) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Kelly MP, Bonnefoy J, Morgan A, Florenzano F (2006). *The development of the evidence base on the social determinants of health* (El desarrollo de la evidencia en función de los determinantes sociales de la salud). Documento de antecedentes de la Measurement and Evidence Development Knowledge Network (Red para el conocimiento de la medición y la evidencia) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Measurement and Evidence Knowledge Network (se está elaborando). *Promoting standards in the use of measurement and evidence to develop policies and programmes to address the social determinants of health – guidelines and recommendations from the Measurement and Evidence Network (MEKN)* (Promoción de estándares en el uso de la medición y la evidencia para desarrollar políticas y programas que traten los determinantes sociales de la salud: pautas y

recomendaciones de la Measurement and Evidence Network (MEKN) (Red de medición y evidencia, [MEKN]). Documento de antecedentes de la Measurement and Evidence Knowledge Network (Red para el conocimiento de la medición y la evidencia) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

### **Cuestiones clave adicionales**

Además de las áreas temáticas centrales que investigan las Redes de conocimiento, se estudiaron, de manera menos exhaustiva, los factores clave adicionales que contribuyen a la salud y a las inequidades en salud. Asimismo, se prepararon documentos de debate y artículos de revistas examinados por revisores externos, basados en una síntesis de la evidencia existente de un tema en particular. Entre estas cuestiones clave adicionales se encuentran la migración, la educación, la ayuda, el envejecimiento, la salud mental, la educación médica, los pueblos indígenas, los alimentos y la nutrición, la violencia y los conflictos, el alcohol y el tabaco, los entornos rurales y el medio ambiente.

- McMichael AJ, Friel S, Nyong A, Corvalan C (en elaboración). Global environmental change and human health: implications for health inequalities, social policy and the health professions (El cambio ambiental global y la salud humana: las implicaciones en las inequidades en salud, la política social y las profesiones relacionadas con la salud). Material comisionado por el *British Medical Journal*.
- Friel S, Chopra M, Satcher D (en elaboración). Unequal weight: equitable policy responses to the global obesity epidemic (Peso desigual: las respuestas de las políticas equitativas a la epidemia de obesidad mundial). Material comisionado por el *British Medical Journal*.
- Gwatkin D, Taylor S, Marandi SA (en elaboración). The social determinants of health and the design of health programmes for the poor (Los determinantes sociales de la salud y el diseño de programas de salud para las personas pobres). Material comisionado por el *British Medical Journal*.
- McCoy D (en elaboración). Beyond the microbe – the social determinants of infectious diseases calls for social action (Más allá de los microbios: los determinantes sociales de las enfermedades infecciosas requieren una acción social). Material comisionado por el *British Medical Journal*.

- Taylor S (2006). *Working paper on violence and injury* (Documento de trabajo sobre la violencia y las lesiones). Commission on Social Determinants of Health (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud), Universidad de Londres.
- *Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications* (Determinantes sociales y salud indígena: la experiencia internacional y las implicaciones de sus políticas). Informe sobre el International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health (Simposio Internacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud Indígena), Adelaida, 29 y 30 de abril de 2007, para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Nettleton C, Napolitano DA, Stephens C (2007). *An overview of current knowledge of the social determinants of indigenous health* (Una visión general de los conocimientos actuales sobre los determinantes sociales de la salud indígena). Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Watts S, Siddiqi S, Shukrullah A, Karim K, Serag H (2007). *Social determinants of health in countries in conflict: the Eastern Mediterranean perspective* (Los determinantes sociales de la salud en los países en conflicto: la perspectiva de la región del Mediterráneo Oriental). Documento de antecedentes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Butler R, Cohen B (2006). *Ageing open letter* (Carta abierta acerca del envejecimiento) del Panel on the Social Determinants of Adult Health and Mortality (Panel sobre los Determinantes Sociales de la Salud de los Adultos y la Mortalidad), Estados Unidos.
- Satcher D, Friel S, Bell R (en elaboración). The mental health impact of disasters: natural and man-made (El impacto que tienen los desastres naturales y generados por el hombre en la salud mental). Documento enviado a *JAMA*.
- Golkari A, Forde I (2007). *Social determinant of health interventions. The direct financial cost* (El determinante social de las intervenciones de la salud. El costo financiero directo). Documento de antecedentes preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- De Maeseneer J, Boelen C, Sewankambo N, Marandi SA, Luboga S (en elaboración). How can curricula for health-care workers address the social determinants of health? (¿De qué manera los planes de estudio de los trabajadores

de la atención de la salud tratan los determinantes sociales de la salud?). Documento enviado a *PLoS Medicine*.

Para comprender la manera en que los factores contextuales contribuyen a la salud y a la equidad de la salud, se está analizando específicamente el tema por medio de dos redes regionales: la nórdica y la asiática.

Desde 2005 se ha llevado a cabo un proyecto que involucra a varias naciones, cuya intención es contribuir con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH). El trabajo, titulado *The Nordic experience – Welfare states and public health* (La experiencia nórdica sobre los estados de bienestar y la salud pública), se ha desarrollado en el Centre for Health Equity Studies (Centro para los estudios de la equidad de la salud, CHESS), la Universidad de Estocolmo y el Karolinska Institute. La colaboración entre los países incluye Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, y une a investigadores colaboradores de Medicina Social, Universidad de Copenhague, el Instituto Danés de Investigación Social, Copenhague; STAKES, Helsinki, Departamento de Salud Pública, Universidad de Helsinki; Research Centre for Occupational Health and Working Life (Centro de Salud Ocupacional y Vida Laboral), Reykjavik; Universidad de Oslo, NOVA, Oslo; y el Institute for Futures Studies (Instituto de Estudios Posteriores), Estocolmo. El proyecto NEWS intenta unir el “conocimiento histórico y sociológico sobre el desarrollo del estado de bienestar y las diferencias entre las naciones” con “conocimientos de la salud pública acerca de los determinantes sociales de la salud general, la salud de la población y las inequidades en salud”.

La red asiática es dirigida desde la Facultad de Medicina de Graduados de la Universidad de Tokio, Japón. El grupo de colaboración entre países incluye a China, China (Región Administrativa Especial de Hong Kong), China (provincia de Taiwán), Japón y la República de Corea. El objetivo de la red consiste en transmitir conocimientos sobre cómo cada uno de los siguientes factores pudieron haber contribuido con la experiencia de salud de estas sociedades: el rápido cambio demográfico (Japón, seguido por China y la República de Corea); el drástico cambio económico y los temas sociales y ambientales relacionados; una leyenda de un estado de relativamente buena salud en una macro, pero cuestionable sustentabilidad; culturas

comunes pero diversas; y la heterogeneidad histórica, política y del sistema de atención médica.

### **Corriente de trabajo de los países**

El objetivo principal de la corriente de trabajo de los países de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es promover, demostrar, implementar e institucionalizar políticas y programas de acción sobre los determinantes sociales. El trabajo está dirigido a mejorar el papel administrativo del gobierno para tomar medidas respecto de los factores sociales que influyen en la salud y la equidad en salud.

La acción en cada uno de los países será uno de los vehículos primarios para utilizar la vasta base de evidencia de la Comisión, implementar las recomendaciones de la Comisión y sustentar la concienciación y el entendimiento de los determinantes sociales de la salud entre los líderes políticos y los interesados de todo el mundo después de que la Comisión finalice formalmente en mayo de 2008.

La CSDH está colaborando con un pequeño grupo de Países socios (enumerados a continuación) para apoyar el desarrollo de políticas nacionales dirigidas a reducir las inequidades en salud a través de la acción intergubernamental respecto de los determinantes sociales de la salud.

#### **Región de la OMS**

África

Las Américas

Sudeste de Asia

Europa

Mediterráneo Oriental

#### **Países socios**

Kenia

Mozambique

Bolivia

Brasil

Canadá

Chile

Sri Lanka

Suecia

Reino Unido

República Islámica de Irán

Es fundamental contar con un compromiso claro por parte del jefe de estado para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud de un país a fin de desarrollar una agenda nacional sobre la salud y la equidad en salud. Los cuatro pasos clave de este proceso han sido identificados y aprobados por los países, y definen las bases para

estructurar el trabajo con los Países socios: (i) diagnóstico y asesoramiento de la situación de la equidad en la salud; (ii) mejorar el sistema de salud, lo que significa corregir las inequidades en salud que se generan por el mismo sistema de salud, desarrollar metas u objetivos nacionales para la salud y la equidad en la salud y fortalecer los sistemas de información sobre la salud; (iii) acción intersectorial e intergubernamental para abordar los determinantes sociales de la salud y (iv) conocimiento sin fronteras o la apertura de nuevos caminos en nuestra comprensión de los determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud.

Otros países también están trabajando en forma conjunta con la Comisión, aunque con un enfoque formalmente menos estructurado que el de los Países socios. Las oficinas regionales de la OMS también han iniciado un importante trabajo, que comienza con el establecimiento de un punto focal regional para identificar los determinantes sociales de la salud. Las oficinas regionales forman parte de una variedad de determinantes sociales de actividades de salud como apoyar un análisis inicial de información sobre la equidad (Oficina Regional para África [AFRO], Oficina Regional para el Sudeste de Asia [SEARO], Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental [EMRO] y Oficina Regional para el Pacífico Occidental [WPRO]), o bien trabajar directamente con los países a fin de desarrollar herramientas y promover los determinantes sociales de la política de salud (Oficina Regional para las Américas [AMRO] y Oficina Regional para Europa [EURO]).

El análisis preliminar de la corriente de trabajo de los países indica un impacto en las siguientes áreas generales.

- Para los países menos experimentados en abordar formalmente los determinantes sociales de la salud a través de una política intersectorial, como la mayoría de los países de la Región Africana, la corriente de trabajo de los países de la CSDH ha generado un interés político en los determinantes sociales de la salud y en comenzar el proceso con el desarrollo de políticas, apoyando el análisis inicial de equidad en salud y los determinantes sociales de la salud relevantes para el país.
- Para los países con cierta experiencia en resaltar la equidad en salud, como Brasil y Chile, el trabajo ha generado un apoyo político considerable para un enfoque de los determinantes sociales de la salud, y ha producido la creación de nuevos

mecanismos y estructuras institucionales con el fin de promover el desarrollo y las mejoras de políticas intersectoriales dentro del sistema de salud.

**Los Ministerios de Salud de Brasil y Chile trabajan conjuntamente**

Después de la reunión sobre el trabajo de la Sociedad Civil Latinoamericana con la Comisión en abril de 2007, el presidente de Brasil, Luis Ignacio da Silva, visitó Chile. Durante la visita, los ministros de salud de ambos países firmaron un memorando de entendimiento respaldado por perspectivas similares de sus países respecto de la salud y sus determinantes sociales, políticos y económicos, y sobre cómo deben vincularlos con el resto del mundo. El Presidente de Brasil afirmó: “La integración sudamericana no es un juego de palabras académico. Sin integración, no podemos descubrir el verdadero potencial de América Latina”. En los debates, ambos ministros se concentraron en promover y desarrollar la cooperación en relación con políticas sobre los determinantes sociales y de género, la participación de los ciudadanos y el manejo participativo en la salud.

- Para los países con una experiencia significativa en esta área (como Canadá, Suecia y el Reino Unido), el trabajo ha facilitado el uso compartido de lecciones entre los países, además de iniciativas de investigación de forma conjunta, como la investigación de experiencias internacionales respecto de la acción intersectorial y la toma de decisiones integrada para la salud, con la incorporación de más de 20 países de altos, medios y bajos ingresos. Además, están fomentando un conocimiento sin fronteras en la comprensión de determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud, por ejemplo, al evaluar la eficacia económica y de equidad para abordar los determinantes de origen de la salud.

### **Acción intersectorial y política integrada para promover la salud y la equidad de la salud**

Los determinantes sociales de la salud trascienden el gobierno en su totalidad y, por lo tanto, requieren una acción intersectorial integrada. La salud es una responsabilidad de todo el gobierno, no sólo de los ministros de salud. Esta premisa implica desafíos indudables. El País socio canadiense, dirigido por la Agencia de Salud Pública de Canadá, se ha embarcado en una iniciativa para recopilar lecciones sobre los esfuerzos más o menos exitosos con el fin de llevar a cabo una acción intergubernamental sobre la salud y la equidad en la salud. Mediante casos prácticos, la iniciativa revelará la naturaleza de los desafíos de las políticas que surgen a partir de la acción intersectorial en los diferentes países, los factores contextuales significativos, los mecanismos utilizados para apoyar la acción intersectorial, los papeles de los diversos actores, los resultados posteriores sobre la salud y el apoyo social más amplio, y las lecciones aprendidas. La iniciativa identificará los mecanismos, las herramientas y las estrategias que se necesitan o que han resultado útiles en la planificación intersectorial, así como en la toma de decisiones integrada para la salud.

El informe de la corriente de trabajo de los países desempeñará un papel fundamental para informar las recomendaciones de la Comisión, específicamente respecto de cómo fomentar y desarrollar los procesos de políticas intersectoriales en relación con los determinantes sociales de la salud, cómo la OMS puede estructurar mejor el apoyo de los miembros a fin de promover un enfoque de los determinantes sociales de la salud, cómo crear una acción sustentable para los determinantes sociales de la salud y cómo el nuevo conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en la salud pueden estimular la acción.

### **Organizaciones de la sociedad civil**

La corriente de trabajo de la Sociedad Civil de la Comisión es el punto central para elaborar y utilizar la evidencia sobre la acción en relación con la equidad en la salud. La participación activa de las organizaciones de la sociedad civil en el trabajo de la Comisión tiene como objetivo proporcionar una plataforma global de expresión de la sociedad civil, fortalecer las capacidades entre las organizaciones participantes de la sociedad civil y fomentar agendas de la sociedad civil en relación con los determinantes de la salud. La sociedad civil se ha involucrado al participar en actividades continuas en el nivel de las bases que se concentran en los determinantes sociales de la salud.

Además, la sociedad civil está fomentando un impulso adicional para apoyar el enfoque de los determinantes sociales de la salud al ayudar a garantizar que la expresión firme promueva y agite un enfoque de los determinantes sociales para la equidad en la salud, mediante la base de evidencia y las recomendaciones de la CSDH.

Específicamente a través de los esfuerzos de esta corriente de trabajo, la Comisión se sitúa en varios países de todo el mundo, lo que ha permitido que los movimientos sociales previamente desconectados establezcan agendas de trabajo comunes, fortalezcan sus capacidades de defensa activa y cabildeo. Esta corriente de trabajo también contribuye con el desarrollo de la base de evidencia a través de casos prácticos en las áreas temáticas de la Red de conocimiento y con el aprendizaje de la sociedad civil sobre cómo efectuar el cambio social a través del compromiso comunitario, de la defensa activa y de otros aspectos de los movimientos de la sociedad civil.

Las estrategias de la Sociedad Civil de la CSDH se han desarrollado a través de procesos consultivos dirigidos por los grupos de la sociedad civil de cuatro regiones mundiales (África, Asia, el Mediterráneo Oriental y América Latina/El Caribe). Las organizaciones de la sociedad civil que participan en la CSDH dirigen un proceso inspirado en el conocimiento y la experiencia de sus organizaciones y comunidades para aprender del ámbito de la comunidad y promover la acción de los países formada por el conocimiento y las inquietudes de la sociedad civil.

### ***Facilitadores de la sociedad civil***

#### **Región africana**

Mwajuma Masaiganah, EQUINET (masaigana@africaonline.co.tz). Patrick Mubangizi Tibasiimwa, Coordinador, Health Action International Africa (pmubangizi@haiafrica.org). Diouf Amacodou, Consejo de las Organizaciones No Gubernamentales de Apoyo al Desarrollo (CONGAD) (congad@sentoo.sn).

#### **Región de las Américas**

Mauricio Torres, ALAMES (coordinadorgeneralalames@yahoo.es). Walter Varillas, Red Salud y trabajo (wvarillas@gmail.com). Alicia Muñoz, ANAMURI – CLOC (jany.conron@tiscali.nl).

### **Región sudeste de Asia**

Amit Sen Gupta, People's Health Movement India (ctddsf@vsnl.com). Prem John, Red de Acción para la Salud de la Comunidad Asiática (ACHAN) y PHM India (prem\_john@vsnl.net).

### **Región del Mediterráneo Oriental**

Alaa Ibrahim Shokralla, Asociación para el Desarrollo de la Salud y del Medioambiente (AHED) (alaashuk@yahoo.com). Hani Serag, Asociación para el Desarrollo de la Salud y del Medioambiente (AHED) (hpsp@ahedegypt.org).

Algunas de las cuestiones clave que surgen del trabajo de la sociedad civil hasta la fecha:

1. Los modelos de desarrollo actuales (tanto a nivel nacional como internacional) están esencial y exponencialmente generando inequidades.
2. Es fundamental incluir lo excluido, utilizar un enfoque “correcto para la salud” para las políticas públicas participativas, si las nuevas políticas que abordan los determinantes sociales de la salud deben ser ética y políticamente legítimas y eficaces.
3. La nueva característica alentadora de la Comisión es su énfasis, específicamente, cuando la CSDH desempeña un papel: al recopilar evidencia sobre lo que funcionó.
4. Tanto la sociedad estatal como civil son actores clave e indispensables junto con los organismos de desarrollo, las academias y los medios masivos de comunicación, entre otros. La acción conjunta es necesaria para producir un impacto en los determinantes sociales estructurales y, en consecuencia, reducir las inequidades en salud.

### ***Informes y documentos de antecedentes de la Sociedad Civil (a partir de junio de 2007)***

- Sociedad Civil de la CSDH (2007). *Informe de la sociedad civil*. Elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Los **estudios de caso** (preparados con los auspicios de la Health Systems Knowledge Network [Red de conocimiento de los sistemas de salud] de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud).

- Cuevas JH (2007). Health and autonomy: the case of Chiapas (in Mexico) (Salud y autonomía: el caso de Chiapas [en México]).
- Mbombo N (2007). Building and maintaining the capacity, representativeness, legitimacy, diversity and voice of civil society in order to allow for authentic, bottom-up, effective and informed engagement: the case-study of a community-based organization (CBO) at a Black informal settlement area, South Africa (Crear y mantener la capacidad, representatividad, legitimidad, diversidad y expresión de la sociedad civil para permitir un compromiso auténtico, de abajo hacia arriba, eficaz e informado: el caso práctico de una organización basada en la comunidad [CBO] en un área de asentamientos informales de personas negras, Sudáfrica). Casos prácticos comisionados por la Health Systems Knowledge Network (Red de conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Musuka G, Chingombe I (2007). Civil society participation in programme implementation for intersectoral action on health equity and intersectoral action for health: a case-study of the Health Civil Society Network in East and Southern Africa (Participación de la sociedad civil en la implementación de programas para la acción intersectorial sobre la equidad en salud y la acción intersectorial para la salud: un caso práctico de la Red de Sociedad Civil de la salud en el este y el sur de África). Casos prácticos comisionados por la Health Systems Knowledge Network (Red de conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Nazarit PS (2007). The contribution made by women's and feminist movements to equity in health: the Chilean experience (La contribución realizada por los movimientos de mujeres y feministas para la equidad en salud: la experiencia chilena). Casos prácticos comisionados por la Health Systems Knowledge Network (Red de conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Ochoa FR, Visbal LA (2007). Civil society and health system in Cuba (La sociedad civil y el sistema de salud de Cuba). Casos prácticos comisionados por la Health

Systems Knowledge Network (Red de conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

- Peren HI (2007). Revival of Maya medicine and impact for its social and political recognition (in Guatemala) (Resurgimiento de la medicina maya e impacto de su reconocimiento social y político [en Guatemala]).
- Rusike I (2007). Civil society promotion of equity and the social determinants of health through involvement in the governance of health systems: the case of the Community Working Group on Health in Zimbabwe (Promoción de la sociedad civil de equidad y los determinantes sociales de la salud a través de la intervención en la gobernanza de los sistemas de salud: el caso del Community Working Group on Health [Grupo de trabajo sobre la salud en la comunidad] de Zimbabwe). Casos prácticos comisionados por la Health Systems Knowledge Network (Red de conocimiento de los sistemas de salud) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

### **Iniciativas mundiales**

Dado que lo que sucede en los países recibe una influencia cada vez mayor de las normas de política de las instituciones mundiales, la Comisión está firmemente comprometida a participar conjuntamente con estos actores. El multilateralismo justo e integrador presenta la mejor esperanza para la gobernanza efectiva de los asuntos mundiales compartidos (incluida la salud mundial y la equidad en salud) y la base más sólida para que los países se beneficien de la globalización mientras protegen la flexibilidad de la política nacional.

El enfoque de la Comisión para las instituciones mundiales está dirigido a establecer el diálogo, aprender de las experiencias, participar en debates de política y desarrollar enfoques compartidos con respecto a los determinantes sociales de la salud. Las oportunidades de participación con las instituciones mundiales se aplican en las áreas de interés común que surgen del conocimiento generado por las corrientes de trabajo, a través de las afiliaciones de los miembros de la Comisión y de los miembros de las Redes de conocimiento. La Comisión trabaja para generar conocimiento y entendimiento sobre cómo las acciones de las instituciones mundiales provocan un impacto en la salud y en las inequidades en salud en los países y entre ellos.

La Comisión estuvo trabajando con los miembros de la sociedad civil, con la OMS y con los representantes de los países del G8 para participar conjuntamente con la presidencia de 2007 y con su interés en el género, el VIH/SIDA, África, el crecimiento y los sistemas de salud. Cada uno de los organismos de las Naciones Unidas es un miembro crucial, bajo el liderazgo de la OMS, y espera aumentar la coherencia entre los sectores de acuerdo con la agenda de reforma. De la misma forma, las instituciones financieras internacionales, en particular el Banco Mundial, tienen mucho que ofrecer a la Comisión y creemos que también tienen mucho que ganar. En cuanto a este tema, debates anteriores sentaron las bases para la futura cooperación a medida que el Banco Mundial emplea una nueva estrategia de salud.

Los donantes de ayuda bilaterales, las organizaciones filantrópicas, los movimientos sociales y los organismos no gubernamentales internacionales de todo el mundo se han comprometido directamente con la producción de una salud mejor. La Comisión desea proveer a dichos actores la base de evidencias del valor y la eficacia de la acción de origen en los factores determinantes de salud, con su fundamento no solo en los argumentos económicos, sino también en el principio de equidad inherente en sus mandatos. La Comisión reconoce el papel significativo y cada vez más importante de las instituciones regionales, tanto los bancos de desarrollo como los foros de política. También reconoce la influencia principal del sector de negocios en los determinantes sociales de la salud.

### **Trabajar con la OMS**

En la séptima reunión de miembros de la Comisión en Ginebra en enero de 2007, la Dra. Margaret Chan, recién designada directora general de la OMS, se reunió con los miembros y señaló su fuerte apoyo al trabajo de la Comisión. La OMS tiene la obligación de ser la voz mundial más importante que defiende la salud mundial y tiene un papel vital en el trabajo con los gobiernos y la sociedad civil, mediante la construcción de alianzas con instituciones mundiales y una voz franca y valiente para ubicar de manera inequívoca a la equidad en salud en el puesto de bien público mundial y de objetivo de la sociedad. Mientras el objetivo de alcanzar más resultados de salud equitativa en los países y entre ellos requiere una acción de nivel mundial, regional, nacional, local, familiar e individual, la OMS está en una posición única para defender los nuevos enfoques de la gobernanza mundial para la salud. Al mismo tiempo, la Comisión actúa como un trampolín para

reestablecer la visión de Alma-Ata dentro de la OMS como base del desarrollo del sistema de salud en el siglo XXI. Es vital la participación de la sociedad civil en el desarrollo, la implementación y la evaluación de la agenda de la salud mundial.

La Comisión trabaja dentro de la OMS para integrar los determinantes sociales de la salud en la política y en los programas de nivel regional y nacional, como se describió anteriormente. Este trabajo se intensificó a principios de 2007, con la creación de la Priority Public Health Conditions (PPHC) Knowledge Network (Red de conocimiento sobre las condiciones prioritarias de la salud pública, PPHC). La PPHC es una amplia red que se extiende a través de los departamentos y las oficinas regionales y nacionales de la OMS, e involucra a los círculos académicos y a los administradores de los programas nacionales. A continuación, se presentan las condiciones de salud pública que prioriza esta red.

<b>OMS/Oficina central</b>	<b>Condición de salud pública</b>
Control de las enfermedades tropicales descuidadas	Grupo de enfermedades descuidadas
Salud y desarrollo de niños y adolescentes	Salud infantil
Inmunización, vacunas y productos biológicos	Enfermedades inmunoprevenibles
Más seguridad en el embarazo	Salud materna
Salud e investigación reproductiva	Salud reproductiva
Programa de recuperación y transición	Salud en la recuperación
Programa mundial contra la malaria	Malaria
Departamento de VIH	VIH/SIDA
Detención de la tuberculosis	Tuberculosis
Promoción de la salud y control de enfermedades crónicas	Diabetes
Promoción de la salud y control de enfermedades crónicas	Enfermedades cardiovasculares
Promoción de la salud y control de enfermedades crónicas	Salud bucal
Iniciativa para liberarse del tabaco	Trastornos relacionados con el tabaco
Salud mental y abuso de sustancias	Salud mental
Salud mental y abuso de sustancias	Trastornos relacionados con el alcohol
Nutrición para la salud y el desarrollo	Desnutrición infantil
Prevención de lesiones y violencia	Lesiones
Protección y control de alimentos	Enfermedades transmitidas por alimentos

El trabajo de la PPHC se divide en tres fases amplias:

1. Análisis de los programas desde una perspectiva de equidad en salud.

2. Identificación de los puntos de acceso para las intervenciones y las intervenciones en desarrollo.
3. Desarrollo de medidas para conducir e implementar programas de salud pública sensibles a los determinantes sociales de la equidad en salud.

A través de su trabajo, la Red de conocimiento PPHC utilizará la base de evidencias creada por otras redes de conocimiento y las áreas de trabajo de la Comisión.

## ***Bibliografía***

Barker D y col. (2001). Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *BMJ*, 323:1273–1276.

Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM (2006). Living in a high unemployment economy: understanding the health consequences. En: Marmot M, Wilkinson RG, editores. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Baum F (2002). *The new public health*, 2.<sup>a</sup> edición. Melbourne, Oxford University Press.

Benach J, Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276–277.

Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Conferencia anual WIDER, 2005).

Birdsall N (2007). Inequality matters: why globalization doesn't lift all boats. *Boston Review*, marzo/abril de 2007.

Black RE, Morris SS, Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361(9376):2226–2234.

Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1–6.

Cleland JG, Ginneken JKv (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357–1368.

Cline W (2004). *Trade policy and global poverty*. Washington, DC, Center for Global Development and Institute for International Economics.

CMH (2001). *Investing in health for economic development: report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión de Macroeconomía y Salud).

CSDH (2007). *Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications*. Informe sobre documentos especialmente preparados, presentaciones y debates en el International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health (Simposio Internacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud Indígena), Adelaida, 29 y 30 de abril de 2007, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud).

Erikson R (2001). Why do graduates live longer? En: Jonsson JO, Mills C, editores. *Cradle to grave: life-course change in modern Sweden*. Durham, Sociology Press.

Friel S, Chopra M, Satcher D (en elaboración). Unequal weight: equitable policy responses to the global obesity epidemic. Trabajo encargado por el *BMJ*.

Friel S, Walsh O, McCarthy D (2006). The irony of a rich country: issues of access and availability of healthy food in the Republic of Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:1013–1019.

Gottlieb S (2000). Medical bills account for 40% of bankruptcies. *BMJ*, 320(7245):1295.

Grantham-McGregor S y col. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555):60–70.

Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG (2004). Making health systems more equitable. *Lancet*, 364(9441):1273-1280.

- Gwatkin DR y col. (2000). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Hadley J (2007). Insurance coverage, medical care use, and short-term health changes following an unintentional injury or the onset of a chronic condition. *JAMA*, 297:1073–1084.
- Hanlon P, Walsh D, Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hawkes C y col. (2007). *Globalization, food and nutrition transitions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de trabajo de la Globalization Knowledge Network [Red de conocimiento sobre la globalización]).
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries*. [tesis de doctorado]. Rotterdam, Centro Médico de la Universidad de Erasmus.
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive Medicine*, 40:756–764.
- OIT (1998). Un trabajo del Programa de Migración de la OIT. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp27.pdf>).
- OIT (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- UIP. *Women in national parliaments* [base de datos]. Ginebra, Unión Interparlamentaria  
(<http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm>, con acceso el 16 de mayo de 2007).

Kirdar U (1997). *Cities fit for people*. Nueva York, estado de Nueva York, Naciones Unidas.

Lawn JE, Cousens S, Zupan J (2005). 4 million neonatal deaths: when? where? why? *Lancet*, 365(9462):891–900.

Lewis S (2005). *Race against time*. Toronto, House of Anansi Press Inc.

Lopez AD y col., editores. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Nueva York, estado de Nueva York; Banco Mundial y Oxford University Press.

Lundberg O y col. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health*. Estocolmo, Centre for Health Equity Studies (Centro para los estudios de la equidad de la salud).

Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE (manuscrito sin publicar). *Economic implications of health inequalities in the European Union*. Rotterdam, Departamento de Salud Pública.

McMichael AJ y col. (en elaboración). Global environmental change and human health: implications for health inequalities, social policy and the health professions. Trabajo encargado por el *BMJ*.

Magalhaes R y col. (2007). *Conditional Income Transfer and Poverty Reduction Programs: the experience of the Family Stipend Program (Bolsa Familia) in two municipalities of the state of Rio de Janeiro*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Social Exclusion Knowledge Network [Red de conocimiento sobre la exclusión social]).

Marmot M (2004). *Status syndrome*. London, Bloomsbury.

Marmot M (2006). Health in an unequal world. *Lancet*, 368(9552):2081–2094.

Marmot M, Siegrist J, Theorell T (2006). Health and the psychosocial environment at work. En: Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*, 2.<sup>a</sup> edición. Oxford, Oxford University Press: 97–130.

Marmot MG, Shipley MJ (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 313(7066):1177–1180.

Ministerio de Salud y Bienestar Familiar [India] (sin fecha de publicación). National Family Health Survey (Encuesta sobre la salud familiar nacional) del Gobierno de India (NFHS-3) 2005–2006, National Fact Sheet India (<http://www.nfhsindia.org/pdf/IN.pdf>).

Ministerio de Salud y Bienestar Familiar [India] (sin fecha de publicación). Government of India National Family Health Survey (NFHS-3) 2005–2006, Fact Sheet Kerala (<http://www.nfhsindia.org/pdf/KE.pdf>).

Murphy M y col. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980–2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293–1299.

Murray CJL y col. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513–1525.

Najman JM, Williams GM, Room R (2007). Increasing socioeconomic inequalities in male cirrhosis of the liver mortality: Australia 1981–2002. *Drug and Alcohol Review*, 26:273–278.

Junta Nacional de Salud y Bienestar [Suecia] (2006). *Public health in Sweden – Status report 2005* (<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9081/Summary2006-1317.htm>).

Navarro V y col. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540):1033–1037.

Nettleton C, Napolitano DA, Stephens C (2007). *An overview of current knowledge of the social determinants of indigenous health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de trabajo).

OCDE (2002). *Towards Asia's sustainable development: the role of social protection*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OPS (2007). *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.

Palmer N y col. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364(9442):1365-1370.

MSP (2000). *People's charter for health*. El Cairo, Movimiento para la Salud de los Pueblos.

Pinheiro PS (2006). *World report on violence against children*. Ginebra, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños.

Popkin BM (1993). Nutritional patterns and transition. *Population and Development Review*, 19:139–157.

Reuters, domingo 11 de febrero de 2007.

Room R, Babor T, Rehm J (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365:519–530.

Sen A (1999). *Development as freedom*. Nueva York, estado de Nueva York, Alfred A. Knopf, Inc.

Sen A (2003). Missing women – revisited. *BMJ*, 327(7427):1297–1298.

Smith JP (2005). Unraveling the SES–health connection. En: Aging, health, and public policy: demographic and economic perspectives. *Population and Development Review*, 30 (suplemento):108–132.

Soares S y col. (2007). *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality*. Brasilia, Centro Internacional de Pobreza (Documento de trabajo 35; <http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPCWorkingPaper35.pdf>).

Solar O, Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de debate).

Stern N, Dethier JJ, Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023–2027.

ONU (2000a). *General Comment 14: The right to the highest attainable standard of health*.

Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

ONU (2000b). *Millennium Development Goals*. Nueva York, estado de Nueva York, Naciones Unidas.

Proyecto Milenio de las Naciones Unidas (2005). *Taking action: achieving gender equality and empowering women*. Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género de las Naciones Unidas (<http://www.unmillenniumproject.org/documents/Gender-complete.pdf>).

DAES (2006a). *World economic situation and prospects, 2006*. Nueva York, estado de Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

DAES (2006b). *World population prospects: the 2006 revision and World urbanization prospects: the 2005 revision*. Nueva York, estado de Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de población).

PNUD (2005). *Human development report 2005 – International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world*. Nueva York, estado de Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

UN-HABITAT (2005). *The Millennium Declaration: an urban perspective*. Nairobi, Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos y Banco Mundial, UN-HABITAT.

UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005 – Childhood under threat*. Nueva York, estado de Nueva York, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF (sin fecha de publicación). *Child protection information sheets*. Nueva York, estado de Nueva York, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

Vågerö D, Erikson R (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 350(9076):516-518.

Vapattanawong P y col. (2007). Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *Lancet*, 369(9564):850–855.

Victora CG y col. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 362(9379):233–241.

Weinehall L y col. (1999). Shifting the distribution of risks: results from a community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:243–250.

Weinehall L y col. (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap? A 10-year evaluation of a Swedish community intervention programme for the

prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suplemento 56):59–68.

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284):833–836.

OMS (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2005a). *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2005b). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Willems RC y col. (2004). *Longevity in the 21st century*. Londres, Instituto de Actuarios y Facultad de Actuarios ([http://www.actuaries.org.uk/files/pdf/sessional/sm20040426\\_longevity.pdf](http://www.actuaries.org.uk/files/pdf/sessional/sm20040426_longevity.pdf), accedido el 27 de junio de 2007).

Banco Mundial (2006a). *World development indicators 2006*. Washington, DC, Banco Mundial.

Banco Mundial (2006b). *World development report 2006 – Equity and development*. Nueva York, estado de Nueva York; Banco Mundial y Oxford University Press.

Banco Mundial (2006c). *Global Monitoring Report 2006. Millennium Development Goals: Strengthening Mutual Accountability, Aid, Trade and Governance*, Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo. Washington, DC, Banco Mundial.

Banco Mundial (2007). *World development report 2007 – Development and the next generation*. Washington, DC, Banco Mundial.

Xu K y col. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972–983.