

Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud

Lic. Yamilia Garriga (I), Lic. Juana Navarro (II), Lic. Ada Saumell (III), Lic. Thelma Serviat (IV), Lic Jorge León de la Hoz (V), Dr. Samuel García (VI)

- I. Lic en Bioquímica, Dirección Nacional de Medicamentos MINSAP
II. Lic en Economía de la Industria, Dirección Divisas MINSAP
III. Lic en tecnología de la Salud, dirección de Planificación MINSAP
IV. Lic en Bioquímica, Instituto de Medicina Deportiva, MINSAP
V. Lic en Economía, Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud, MINSAP
VI. MGI, Servicios Médicos MININT

RESUMEN

Introducción: El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud y de algunos ministerios de salud. **Objetivos:** **Actualizar los aspectos teóricos respecto al rol de las inequidades como determinante de la salud y las corrientes teóricas que explican cómo estas se originan y dan lugar a la enfermedad.** **Método:** Revisión bibliográfica narrativa. Se utilizaron los descriptores: determinantes sociales, desigualdades, factores de riesgo, equidad, medio social, calidad de vida, salud pública, disparidades. Se revisaron las bases Hinari, PubMed, Google académico, Scielo. **Resultados:** La desigualdad en salud constituye un tema de justicia social urgente. Inequidad lleva implícito la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. El aumento de las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud, casi siempre en perjuicio de los pobres y más pronunciadas con los indicadores de mala salud. La explicación del origen de las inequidades en salud usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas que proponen acercamientos divergentes por no mutuamente excluyentes. **Conclusiones:** La inequidad en salud está anclada en la realidad política y social. Su origen está en la estratificación y las relaciones de poder. Para hacerles frente se requiere además de intervenciones focalizadas, cambios profundos a nivel estructural.

Palabras clave: **economía de la salud**, determinantes sociales de la salud, desigualdades en la salud, factores de riesgo, equidad en salud, medio social, calidad de vida, salud pública.

INTRODUCCIÓN

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas,

ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera.¹

A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y en Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas. El higienismo, una vez fue importado a Latinoamérica, influyó en la formación de los profesionales de salud y en las políticas sanitarias latinoamericanas prácticamente durante todo el siglo XX. El modelo higienista tuvo como punta de lanza su efectividad en el control de enfermedades infecciosas de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar la propagación de infecciones.² A pesar de su hegemonía, el higienismo y su fundamentación biológica agotaron su capacidad para explicar la génesis de las enfermedades y su eficacia para prevenirlas y tratarlas. Esta derrota se debió en parte al destacado lugar que en este momento ocuparon en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y los países en desarrollo las enfermedades crónicas de origen multicausal.³

Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX, el modelo unicausal se reforzó a consecuencia con la hegemonía del mercado en la prestación de los servicios de salud, derivada de las reformas neoliberales. Países en todos los continentes aplicaron reformas a sus sistemas de salud que privilegiaron la rentabilidad económica de los nuevos actores de los sistemas provenientes del sector financiero, por encima de la solución de los problemas de la población. La hegemonía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata, en relación con la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. En su lugar, bajo el modelo neoliberal se instauraron sistemas de salud que tuvieron como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos con acceso a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas. Bajo esta corriente filosófica (neoliberalismo) también se desdeñó la evidencia científica que demuestra la influencia crucial que el mejoramiento de la alimentación, la provisión de agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la fabricación de las viviendas tuvieron sobre el aumento en la esperanza de vida y en la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en los países europeos; influencia que supera el aporte realizado por el desarrollo y la expansión de los servicios e instituciones de salud. Como era de esperar la crisis del ensayo neoliberal no se hizo esperar. En respuesta la OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud.⁴

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.⁵ Son definidos como "aquellas características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud".²

Con esta estrategia se buscó aplicar el conocimiento científico en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; igualmente, fue un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. La perspectiva de los determinantes sociales se deslindó claramente de las reformas neoliberales y al mismo tiempo denunció su estrepitoso fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos.

La directriz de la OMS de 2004 divulgó un sinnúmero de investigaciones y artículos académicos alrededor del mundo sobre los determinantes sociales de la salud, estudios que, infortunadamente, en ocasiones, contribuyeron a generar confusión al utilizar el concepto sin especificar sus alcances e implicaciones. Como lo observa Graham el concepto ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud.⁶

El tema de las inequidades y su relación con la salud ha sido insuficiente tratado en especial en Cuba. En aras de fomentar el desarrollo de esta temática se llevó a cabo esta investigación que, a partir de la bibliografía existente, persigue aportar a los lectores elementos que les permitan responder las siguientes preguntas de investigación ¿Cuál es el vínculo de la inequidad con la pérdida de la salud? ¿Cómo se origina la inequidad? ¿Cómo la inequidad se convierte en enfermedad.

La presente entrega tiene como objetivo brindar al lector una actualización del tema de las inequidad, sus orígenes y su relación con la salud, sobre la base de documentos publicados.

MÉTODO

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en marzo - abril 2012 en Googel, Googel académico, Scielo, Hinari, PudMed. Se utilizaron los descriptores: salud, determinantes sociales, desigualdades, factores de riesgo, equidad, medio social, calidad de vida, salud pública, disparidades, teorías.

Los registros obtenidos oscilaron entre 194 000 y 125 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave. Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre la inequidad y su rol como determinante social en salud en los países de América Latina, Centro América y el Caribe.

DESARROLLO

Desigualdad, inequidad y salud

La desigualdad en salud constituye un tema de justicia social urgente. Estas desigualdades en salud son el resultado de las diferencias en las condiciones de vida, el entorno en el que nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere una persona.

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad, en cambio, lleva implícita la idea de desigualdad injusta, o sea, de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles.

Se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.

Autores como Alvarez Castano ⁷ han planteado que dos aspectos han contribuido a acrecentar la preocupación por las inequidades en salud: el aumento en las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los países, entre grupos y estratos sociales y la persistencia del gradiente de salud.

Con relación al aumento en las desigualdades sociales vale señalar lo el Informe sobre el Desarrollo Humano de las Naciones Unidas donde se plantea que "la diferencia de la renta de la quinta parte más rica de la población mundial respecto al quinto más pobre pasó de ser de 30 a 1 en 1960, a ser 60 a 1 en 1990 y 74 a 1 en 1997. Para el año 2006 señala que el 10% más rico tiene el 85% del capital mundial, y la mitad de toda la población del planeta tiene sólo el 1%".¹ De modo que la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social.

Consistente con el énfasis del mensaje, que destaca la importancia de la salud para el desarrollo de una vida productiva y autónoma, pensadores como Arnand, han elevado la salud a la categoría de «bien especial», porque es un prerrequisito al funcionamiento pleno de un individuo; de manera que desigualdades en el nivel de salud constituyen desigualdades en la capacidad de funcionar y así una negación de la igualdad de oportunidades. Incluso se ha postulado que una sociedad justa en el sentido de justa igualdad de oportunidades es buena para la salud. El correlato parece ser que malos indicadores de salud revelan una sociedad injusta. Este enfoque considera que la distribución de salud entre los grupos sociales debe ser equitativa.

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Haití es de 62 años, y en Cuba es de 79.2; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 0 y 5 años es de 4.5 por 1000 nacidos vivos en Cuba, 27.8 en República Dominicana y 50,2 en Bolivia, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo.

Uno de las categorías más empleadas para estudiar las inequidades ha sido el estatus socioeconómico. La mayoría de estudios sobre determinantes de la salud utiliza como indicadores de estatus socio económico, el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años ha aumentado el interés por la unidad de análisis vecindario (neighborhood) que podría ser el barrio, la comuna o la localidad. Generalmente se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Esta ecuación válida todavía para muchos países y tiende cada vez a cumplirse menos. En los países de América debido a la implantación de un modelo de desarrollo excluyente, o problemas relacionados con las crisis económicas que emergen producto de la debilidad de la economía mundial actual, es cada vez más frecuente que algunos grupos sociales pierdan su estatus como consecuencia de la pérdida de sus empleos, o que personas con un alto nivel educativo no tengan una ocupación relacionada con sus antecedentes académicos y por lo tanto su ingreso no se corresponda con su formación, o que haya personas que tienen un empleo acorde a su nivel educativo, pero que no se ve reflejado en sus ingresos; problemas todos que golpean con especial fuerza a los sectores medios de la población.

No obstante, vale la pena destacar algunos hallazgos clave de la literatura que demuestran a partir de los datos empíricos el efecto de la desigualdad socioeconómica sobre la salud. Primero, las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que aquellos que quienes tienen más dinero ⁸. Segundo, las desigualdades tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos. A menudo se observa que en los países en desarrollo estos últimos producen a veces gradientes perversos, de modo que los pudientes dicen tener peor salud que los pobres. Pero esto tiende a ocurrir con los indicadores que dependen mucho de la influencia de factores transitorios, como es si el encuestado ha estado enfermo en las dos semanas anteriores. En los países industrializados se observa un comportamiento similar de estos indicadores. Tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado, los indicadores de enfermedad a más largo plazo, como las enfermedades de larga duración, la limitación de actividades importantes o la autoevaluación de la salud, tienden a presentar desigualdades que son desventajosas para los pobres. Tercero, hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades sanitarias, aunque estas variaciones en sí mismas también varían según los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados. Por ejemplo, en América Latina las desigualdades entre los pobres y los no pobres con respecto a la salud de los niños parecen ser mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. En cambio, las desigualdades en la mortalidad post infantil (1 a 4 años) y la desnutrición son menos pronunciadas en el África Subsahariana que en el Norte de África, Asia y el Cercano Oriente, pero con la diarrea y las infecciones respiratorias agudas ocurre lo contrario. Cuarto, las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar aumentando, en vez de disminuir, y esto es cierto tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo industrializado.

La persistencia del gradiente de salud es el segundo elemento, que a opinión de Alvarez Castano ⁷, marca el reciente incremento en el interés por los determinantes sociales de la salud. El gradiente de salud se refiere a la constatación de que las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad; sino que, además, en todas las sociedades la prevalencia de las enfermedades tienen la misma forma que la estructura social, es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud: la inequidad nos afecta a todos.

No obstante, no debe olvidarse que los resultados de los estudios que analizan los factores condicionantes de la situación de salud difieren en dependencia de la perspectiva del análisis: individual o social. Lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro no es necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales o entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos. En ocasiones, lo que realmente adiciona o sustrae salud a los grupos sociales cuenta muy poco en la variación de un individuo a otro y escapa a su detección. Igualmente, factores asociados a las mayores diferencias de salud entre dos sociedades pueden no variar al interior de cada una de ellas.

Las inequidades en salud, sus orígenes y su rol como generador de enfermedad: las diversas corrientes de pensamiento

Dos grandes preguntas rondan al gradiente de salud: ¿Qué origina las inequidades en salud y cuáles son las vías por las cuales el contexto social y económico se convierte en enfermedad?

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales ha sido reportada sobre la base de tres perspectivas teóricas que constituyen acercamientos divergentes, que no por ello mutuamente excluyentes ⁶.

- La teoría psico-social.

Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades. De acuerdo con esta teoría, la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales fuerza a las personas a comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodepresión que tienen consecuencias en su sistema neuroendocrino. Al mismo tiempo, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud. Aportes a la evidencia empírica de esta teoría lo constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos que tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos superiores al promedio nacional en sus países, pero que viven en sociedades altamente desiguales como, por ejemplo, la población afrodescendiente de los Estados Unidos y las poblaciones indígenas de cualquier país centro sur americano.

La cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. La realidad de los pueblos de las Américas presenta unos retos enormes para el análisis de este aspecto, por la ruptura de redes sociales y la movilidad entre regiones, inter e intraurbana, provocada por el destierro y el desplazamiento forzado, o por la situación económica de alguna región en particular. Por ejemplo en Cuba si bien no tiene esas dificultades si tiene una marcada migración a la capital o a las ciudades cabeceras.

En resumen los defensores de la perspectiva teórica psico-social plantean que el problema se origina en la distribución desigual de los factores psicosociales, en particular de la falta de redes de apoyo y los eventos traumáticos en la vida, en ambos casos en detrimento de los grupos más pobres. Apoyan su tesis en el hecho que las sociedades más cohesionadas socialmente, con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan unos mejores niveles de salud, independiente de su ingreso per cápita.

-La teoría de la producción social de la enfermedad

Fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales.

Los que parten de la perspectiva material estructuralista sostienen que las condiciones materiales precarias: alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diferentes estratos sociales y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud. Igualmente, sostienen que las personas con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades.

- La perspectiva ecosocial

Reúne elementos de las dos teorías antes mencionadas, para construir una plataforma teórica multinivel donde se entiende que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud. Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos «encarnan», es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los «estilos de vida colectivos», entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven.

Con relación a las vías a través de las cuales las inequidades sociales producen las enfermedades puede afirmarse que los investigadores han hecho un esfuerzo considerable para tratar de explicar cómo las desigualdades sociales se convierten en enfermedades y problemas de salud. Este intento es quizás el de mayores retos para la ciencia, pues se trata de establecer los mecanismos a través de los cuales los individuos «encarnan» las desigualdades de la sociedad que habitan.

Con el estudio de las inequidades como determinantes sociales en salud, como lo plantean Solar & Irwin, opinión con la que los autores concuerdan, lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud, lo cual impone el manejo de la determinación de la salud desde un enfoque esencialmente diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo.⁹

En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales⁹ muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos.

Otro de los factores que media es el sistema de salud de cualquier país, pues en dependencia de sus principios y diseño se condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación y rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social. Es importante precisar que la dimensión de equidad generalmente se centra

en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios de salud según necesidad. Estudiar el rol de factor intermediario de los servicios de salud impone a su vez la necesidad de abordar atributos de los servicios de salud como: el acceso, la cobertura, la fragmentación de la atención, entre otros.

Otros investigadores sostienen que la *producción* desigual de la enfermedad se debe a la manera desigual en que distribuyen los hábitos de vida que atentan contra la salud, y que éstos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico. Esta perspectiva, aunque con amplias evidencias, tiene múltiples contrarios. Los hábitos de vida no saludables como la mala calidad de la dieta, fumar y el sedentarismo explican menos del 50% de las diferencias entre estratos y por lo tanto, como algunos sostienen, debe haber factores que inducen a una susceptibilidad más general a las enfermedades.

Por último está, la teoría del curso de la vida que destaca la importancia de considerar el factor tiempo para entender los vínculos causales entre la exposición a un riesgo como la pobreza o la desnutrición y los resultados en materia de salud, ya sea en la vida de una persona, a través de varias generaciones o en tendencias de las enfermedades en las poblaciones. Esta teoría enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores. Un ejemplo de aplicación de esta teoría es la conocida hipótesis de Barker sobre la asociación entre carencia de nutrientes en la etapa fetal y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

Para Cuba constituye un reto conocer las particularidades del comportamiento de las inequidades en salud propias y su rol como determinantes de la salud, que cabe esperar se comportaran de manera distinta y tendrían efectos diferentes a las de otros países. Para ello se requerirá de utilizar herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de la sociedad cubana genera patrones de enfermedad y mortalidad desigual. Desarrollar este campo del saber impone un desafío intersectorial, como bien Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló "la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios.¹

Para asegurar equidad en salud se necesita una acción social amplia que esté respaldada a través de políticas de equidad que deben preocuparse del mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo, deber dirigirse a facilitar estilos de vida más saludables. Asegurar la equidad requiere un compromiso real con la descentralización del poder y la toma de decisiones que se fundamente en el principio de asegurar acceso para todos a servicios de calidad y que deben basarse en investigación adecuada, monitoreo y evaluación. Las intervenciones necesarias para reducir diferencias en los niveles de salud deberán ir más allá del fortalecimiento de los servicios de atención de salud, hasta abarcar los determinantes sociales de la salud.

CONCLUSIONES

La inequidad en salud es una problemática profundamente anclada en la realidad política y social, cuyo origen está en la estratificación y las relaciones de poder que tienen lugar en el contexto de las sociedades. Para hacerle frente se requiere de intervenciones focalizadas y de cambios profundos a nivel estructural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. monograph on Internet Geneva: World Health Organization; 2007 [Cited 2009 Feb 6]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- 2) Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2012 July 13]; 11(5-6): 302-309. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en.
- 3) Department of Health. Health inequalities: Progress and next steps monografía en Internet ?. United Kingdom: Department of Health; 2008. [Cited 2008 Nov 12]. Available from: <http://www.dh.gov.uk/en/>
- 4) World Health Organization CSDH, 2004. Toward a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health
- 5) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional monografía en Internet. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. [Citado en 2008, Ago. 2] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf
- 6) Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly 2004; 82(1): 101 124
- 7) Alvarez Castano, L S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]. 2009, vol.8, n.17 [cited 2012-07-13], pp. 69-79 . Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso . ISSN 1657-7027.
- 8) Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev cub salud pública. Serie en Internet 2007. [Citado en 2009, enero 25]; 33(1):aprox. 16 p. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
- 9) Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2012 Jul 13]; 11(5-6): 316-326. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng=es . <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007> .