

EQUIDAD EN SALUD PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE<sup>1</sup>Becerra Posada Francisco<sup>1</sup>, J Mújica Oscar<sup>1</sup><sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, USA**RESUMEN**

Los notables logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas —a lo largo de cuatro décadas de arduo trabajo de control, eliminación y erradicación de enfermedades, discapacidades y mortalidades prevenibles— han demostrado que la universalidad en salud es alcanzable y la equidad en salud es posible. Transformar estos objetivos aspiracionales en metas realizables y sostenerlas en el tiempo demanda estratégica y explícitamente centrar la atención en la distribución justa de las oportunidades para la salud y el bienestar, incluyendo el acceso a las vacunas y sus determinantes proximales y distales. Las desigualdades sociales en salud son ubicuas, profundas y persistentes en la Región y la evidencia disponible muestra que tales gradientes en salud se reproducen en el acceso a los servicios de inmunización y las coberturas de vacunación. La noble aspiración por la equidad en salud es el soporte moral y político de toda propuesta por el desarrollo sostenible; la sostenibilidad misma del desarrollo dependerá del grado de equidad social logrado. Es imperativo fortalecer la acción sobre los determinantes sociales de la salud, mediante el alcance progresivo de acceso y cobertura universales en salud, la aplicación del enfoque intersectorial de salud en todas las políticas y el fortalecimiento de capacidades institucionales para generar evidencia sobre determinación social de la salud y reducción de desigualdades sociales en salud. Dos inconfundibles lecciones regionales han de iluminar este camino: las vacunas como elemento equalizador en la salud pública y los programas de inmunización como práctica exitosa de universalidad en salud.

**Palabras claves:** Equidad, Salud, Desarrollo Sostenible

**ABSTRACT**The remarkable achievements of the Expanded Programme on Immunization in the Americas —across four decades of hard work in the control, elimination, and eradication of diseases, disabilities, and preventable deaths— have shown that, indeed, universality in health is attainable and equity in health is possible. Transforming these aspirational objectives into achievable goals and sustaining them over time demand an strategic and explicit focus on the fair distribution of opportunities for health and well-being, including access to vaccines and their proximal and distal determinants. Social inequalities in health are ubiquitous, deeply entrenched, and persistent in the Region; the available evidence shows that such gradients in health are reproduced in access to immunization services and vaccination coverage. The noble aspiration for equity in health is the moral and political support of any proposal for sustainable development; actually, the very sustainability of development will depend on the degree of social equity achieved. It is imperative to strengthen the action on the social determinants of health, through the progressive realization of universal health access and coverage, implementation of the intersectoral approach to Health-in-All-Policies, and by building institutional capacity to generate evidence on social determination of health and reduction of social inequalities in health. Two distinct regional lessons shall illuminate this path: vaccines as an equalizer element in public health and immunization programmes as a successful practice of universality in health.

**Key words:** Equity, Health, sustainable development.

**Citation:** Becerra Posada F., J. Mujica O., (2016) Equidad en Salud para el Desarrollo Sostenible, Revista de Salud Pública y Nutrición, 15(1), 16- 26

**Editor:** Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública, Monterrey Nuevo León, México

**Copyright:** ©2016 Becerra et al. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License [CC BY-ND 4.0], which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Competing interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

Email: becerraf@paho.org

<sup>1</sup> Ensayo basado en el discurso del primer autor en la Cátedra Dr. Carlos Canseco de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León (México; Octubre 12, 2015)

### Introducción

Desarrollo sostenible y equidad en salud son dos aspectos contemporáneos cruciales en la salud pública global y regional. En este ensayo se propone que, en realidad, el asunto fundamental para la sostenibilidad del desarrollo es la equidad en salud, expresión toral de la justicia social. (Becerra, 2015) En este contexto, es oportuno iniciar esta presentación haciendo el breve recuento de una historia conocida, exitosa y familiar para las Américas: una experiencia que ha demostrado que, en la Región, la equidad y la universalidad en salud no solo son objetivos aspiracionales sino metas alcanzables.

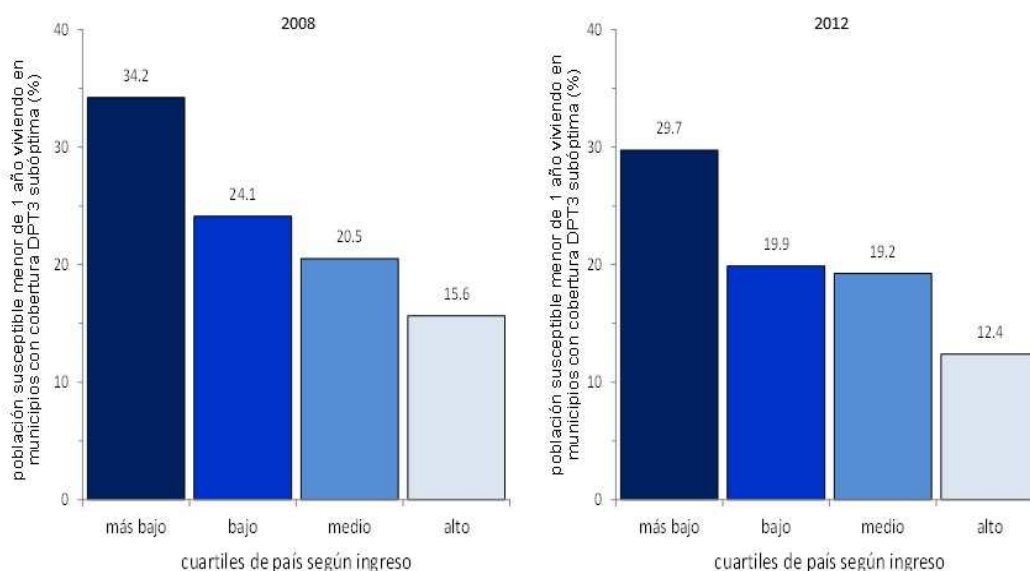
La historia de la universalidad alcanzable y la equidad posible en las Américas es la historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) establecido mediante Resolución del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1977: hace exactamente 38 años (Tambirú, Andrus, Fitzsimmons, 2006). A lo largo de estas casi cuatro décadas se han cumplido hitos trascendentales hacia la universalidad de la vacunación en las Américas. Entre esos hitos se destacan la consolidación de los programas ampliados de inmunización nacionales y la erradicación de la poliomielitis en la Región, internacionalmente certificada en 1994 tras una ardua labor de investigación al cabo de tres años del último caso, cuatro años de haberse declarado dicha meta y una década después de haber registrado casi mil casos anuales (Robbins, de Quadros, 1997). Las Américas se constituyó en la primera región en el mundo en alcanzar ese logro, tal como había acontecido con la erradicación de la viruela (Fenner, Henderson, Arita, Ježek, Ladnyi, 1968). Ha quedado demostrado que las vacunas son un elemento equalizador en la salud pública y el PAI una práctica exitosa de universalidad en salud, generando igualdad de oportunidades de vida para todos los niños y niñas de crecer libres de las temibles enfermedades prevenibles por vacunación (Hinman, McKinlay, 2015). Esta lección es digna de elogio y reconocimiento y es el producto de abnegados pioneros y visionarios, entre quienes se distingue el Dr. Carlos Canseco, emprendedor formador de instituciones y a quien se le debe, por su labor a través de Polio Plus con Rotary International, la casi erradicación global de la poliomielitis; por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo

distinguió como Héroe de la Salud Pública de las Américas.

### La ubicuidad del gradiente de salud

No obstante los notables logros alcanzados en la protección contra enfermedades prevenibles por inmunización en las Américas, la provisión de vacunas a la población y sus indicadores asociados no están exentos de un fenómeno prevalente y deletéreo en nuestra Región: la desigualdad de su distribución en grupos sociales. Existe un claro gradiente en la proporción de población menor de 1 año de edad viviendo en municipios de las Américas con coberturas de DTP3 sub óptimas (esto es, menos de 80%) a lo largo de la jerarquía social definida por cuartiles de países según ingreso per cápita (Figura 1).

**Figura 1.** Desigualdades entre países en cobertura DPT3 municipal subóptima (<80%) según cuartiles de ingreso. Región de las Américas; 2008 y 2012.



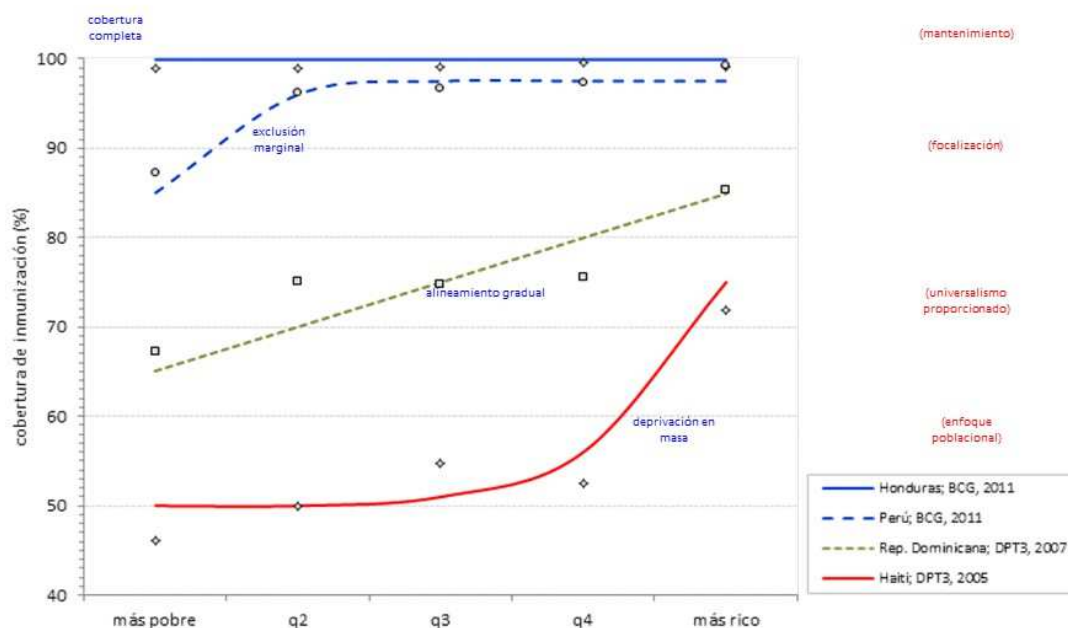
Mújica OJ, Velandia M, Kurtis H. Exploratory data analysis of social inequalities in immunization coverage between countries of the Americas. Pan American Health Organization, 2014. [mimeo]

A pesar que el promedio poblacional mejoró modestamente entre 2008 y 2012 (bajó de 22.2% a 19.7%), las brechas de desigualdad absoluta y relativa entre los cuartiles extremos prácticamente no se modificaron en ese periodo (de 18.6% a 17.4% y de 2.2 a 2.4, respectivamente). Los países en el cuartil de menor ingreso continúan teniendo un exceso de casi 20% de población menor de 1 año viviendo en municipios con coberturas de DPT3 sub óptimas respecto de los países en el cuartil de mayor ingreso. Tal exceso de riesgo de exposición (a tres enfermedades prevenibles por inmunización) es atribuible a la desigualdad económica imperante entre los países de la Región. (Mújica, Velandia, Kurtis 2014)

De hecho, a partir del análisis exploratorio de los datos sobre coberturas de inmunización en las

últimas rondas de encuestas de demografía y salud en países de las Américas (disponibles en el Monitor de Equidad en Salud de OMS), es posible constatar la presencia de los cuatro patrones estándar de desigualdad (WHO, 2013), cada cual vinculado a una intervención pro-equidad diferenciada. (Figura 2)

**Figura 2.** Patrones de desigualdad en coberturas de inmunización según quintiles de ingreso en países selectos, año de encuesta y posibles estrategias de intervención. Región de las Américas.



Mújica OJ. Inequality patterns in immunization coverage within countries of the Americas. Pan American Health Organization, 2015. [mimeo]

Por ejemplo, en 2005 la cobertura de DPT3 en Haití presentó un patrón de *deprivación en masa*, en donde solamente el quintil de ingreso más alto -es decir, el segmento poblacional socialmente más aventajado- exhibe coberturas relativamente altas, mientras que el resto de la población exhibe coberturas inaceptablemente bajas, demandando igualmente una intervención global de enfoque poblacional. En República Dominicana, la cobertura DPT3 en 2007 mostró un patrón de *alineamiento gradual* y en el mismo sentido de la gradiente social: a mejor posición económica, mejor cobertura, demandando una intervención basada en el llamado universalismo progresivo. En Perú, la cobertura de BCG en el año 2011, exhibió un patrón de *exclusión marginal*, en el cual solamente el quintil socialmente más desaventajado (es decir, el más pobre) quedó rezagado en sus coberturas; ello demanda una intervención de focalización. Por último, en 2011

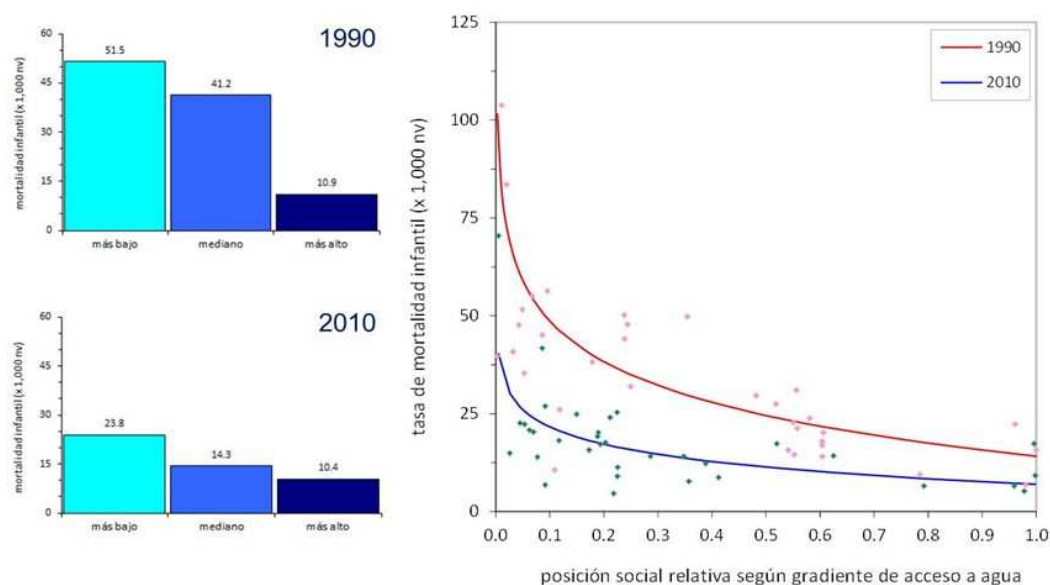
Honduras alcanzó un patrón de *cobertura completa*, universal e independiente de la posición socioeconómica, patrón que requiere una estrategia de mantenimiento. (Mújica, 2015)

La magnitud y profundidad de las desigualdades sociales en salud en las Américas se extiende a muy diversas dimensiones de la salud poblacional. Por ejemplo, en la [Figura 3](#) se ilustra la desigualdad social en el riesgo de muerte infantil (i.e., la tasa de mortalidad infantil) tanto por terciles de acceso a agua como a lo largo de la gradiente social definida por este determinante ambiental que, además, es un derecho humano amparado por una resolución de las Naciones Unidas. (United Nations General Assembly, 2010) Conforme mejora la posición social (esto es, se tiene mayor acceso a agua), ilustrado en las gráficas en un desplazamiento hacia la derecha, la mortalidad infantil cae marcadamente.

La buena noticia es que, entre 1990 y 2010, se ha constatado una reducción considerable de la desigualdad en la mortalidad infantil: el índice de desigualdad de la pendiente se redujo de 34.5 a 14.7 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos entre los extremos de la gradiente social definida por acceso a agua, una ganancia ciertamente atribuible al empeño de los países y las comunidades en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Lo mismo se puede afirmar respecto al riesgo de muerte materna en las Américas, que exhibe intensas y aún persistentes desigualdades en los gradientes sociales definidos por acceso a agua entubada entre países. En el estudio exploratorio de OPS sobre los gradientes ambientales de acceso a agua y saneamiento y las desigualdades en salud (Pan American Health Organization, 2015), se pudo constatar que tanto en 1990 como en 2010, más del

**Figura 3.** Desigualdad social en la tasa de mortalidad infantil según acceso a agua. Países de las Américas; 1990 y 2010.



Pan American Health Organization. Environmental gradients and health inequalities in the Americas: access to water and sanitation as determinants of health. Sustainable Development and Health Equity Technical Report Series 1. Washington DC: Pan American Health Organization, 2015.

La otra noticia, la mala, es que, a pesar de estos esfuerzos, la desigualdad persiste: aún al 2010, hay un exceso de casi 15 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos atribuible a la desigualdad en el acceso a agua, ese derecho humano fundamental. (Pan American Health Organization, 2015).

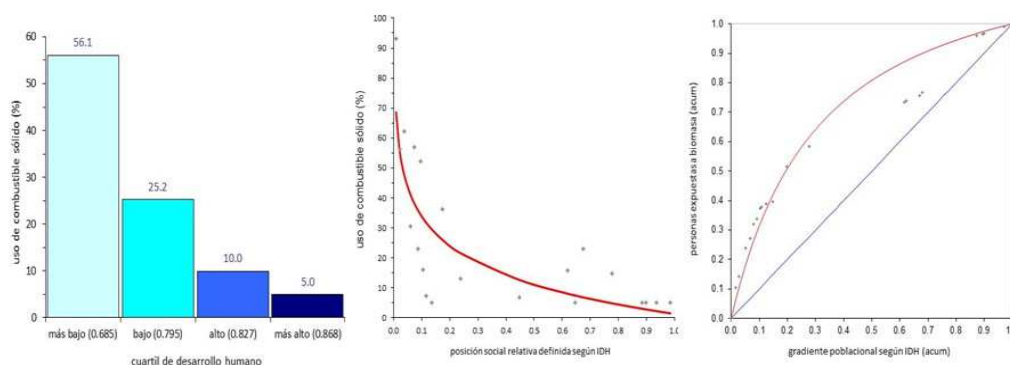
50% de las muertes maternas ocurridas en la Región se concentraban en el quintil poblacional de países con menor acceso a agua; felizmente, entre el 2000 y el 2010 ocurrió una reducción apreciable de esta desigualdad relativa; aun así, en el año 2010 no menos de 30% de todas las muertes maternas seguían concentradas en el 20% poblacional de menor acceso a agua. Por otra parte, la Región redujo, en promedio,

su razón de mortalidad materna apenas de 87 a 59 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos entre 1990 y 2010 -muy lejos de la meta del ODM 5. Mientras algunos países avanzaron apreciablemente en la reducción de la mortalidad materna, otros muestran aún un rezago muy importante: este rezago habla, en su esencia, de la inequidad.

Igualmente preocupante es la magnitud de la desigualdad en el riesgo de enfermar (incidencia) por tuberculosis pulmonar en las Américas. Por ejemplo, en el año 2009, el cuartil de países con menor desarrollo humano (medido por el índice de desarrollo humano del PNUD) concentraba 60% de los casos incidentes de TB: entre este cuartil, socialmente más desaventajado, y el cuartil de países con mayor IDH había una diferencia absoluta no menor a 50 casos de TB *en exceso* por cada 100,000 personas. Aunque se comprueba -y celebra- una significativa reducción en la tasa regional promedio de incidencia de TB (de 65 a 45 por 100,000 entre 2000 y 2010), la magnitud de la desigualdad -absoluta y relativa- prácticamente no se modificó en el periodo. (Munayco, Mújica, León, del Granado, Espinal, 2015)

Y, finalmente, para ilustrar la diversidad de dimensiones de la salud poblacional en las que se reproduce el llamado “*gradiente de salud de Marmot*” con que se expresan las desigualdades sociales en salud, la *Figura 4* permite apreciar el efecto perverso de éstas en la prevalencia de uso de combustible sólido y, por lo tanto, en la nociva exposición a biomasa, determinante proximal de las neumonías y otros problemas respiratorios sobre todo en población infantil, según la jerarquía poblacional definida por el índice de desarrollo humano (IDH). En 2007, la prevalencia de exposición a biomasa en el cuartil de países de menor desarrollo humano de las Américas fue 11 veces la prevalencia en el cuartil de mayor desarrollo humano. (Soares, Meyer, Mújica, 2013) Quienes tengan interés en explorar con más detalle el estado de la desigualdad en la Región, pueden consultar la publicación *La Salud en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2012) así como la reciente Serie Temática sobre Equidad en Salud y Desarrollo Sostenible de la *Revista Panamericana de Salud Pública*. (Becerra, 2015).

**Figura 4.** Desigualdad social en la prevalencia de uso de combustibles sólidos (y exposición a biomasa) según nivel de desarrollo humano. Países de las Américas; 2007.



Soares A, Meyer MA, Mújica OJ. Exploratory analysis of social gradients and inequalities in the use of solid fuels in Latin America and the Caribbean. [Abstract 287890] Boston: American Public Health Association 141th Annual Meeting and Exposition, 2013.

### Las repercusiones de la inequidad

En palabras de la Prof. Ilona Kickbusch, directora del programa de salud global del Instituto de Graduados en Estudios Internacionales y Desarrollo de Suiza y asidua colaboradora de la OMS, “*la desigualdad socioeconómica es un determinante social de salud crítico porque define las condiciones en las que crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos*” (World Health Organization, 2015). La dura verdad es que las desigualdades en salud son ubicuas, profundas y persistentes; las situaciones descritas en los párrafos previos son meros ejemplos, muy dramáticos, de la magnitud y extensión de las desigualdades en salud en las poblaciones de nuestra Región, a la cual se le atribuye la dudosa distinción de ser una de las más inequitativas del mundo. Décadas de investigación pionera en epidemiología social han puesto en evidencia la determinación social de las desigualdades en salud: son las injustas y evitables desigualdades en las circunstancias y las oportunidades para la vida -en lo social, lo económico, lo laboral, lo cultural, lo ambiental, lo político- las que determinan, dan forma y profundidad a las desigualdades en salud observadas y sentidas.

En tiempos recientes, los grandes foros políticos, económicos y científicos mundiales tienden a hacer explícita una alarmante e incómoda realidad: la desigualdad de ingreso y, por extensión, la desigualdad social se empiezan a apreciar como una verdadera amenaza a la sostenibilidad. Como ejemplo de ello se destacan los siguientes: en su panorama sobre la agenda global, el Foro Económico Mundial de Davos declara la ampliación de la desigualdad de ingreso como la segunda amenaza mayor en significancia global (y primera en las Américas) (World Economic Forum, 2014); el Informe Oxfam International documenta la ampliación de la desigualdad de ingreso y denuncia el secuestro democrático que produce gobernar para las élites (Oxfam International, 2014); la iniciativa de economía progresiva del Parlamento Europeo declara la ampliación de la desigualdad el reto del siglo (Wilkinson, Pickett, 2014); el Nobel de Economía Joseph Stiglitz hace un llamado para eliminar la desigualdad extrema de ingreso como objetivo de desarrollo sostenible al 2030 (Doyle, Stiglitz, 2014); el economista Thomas Piketty publica su célebre obra *El Capital en el Siglo XXI*, argumentando que el empeoramiento de la

desigualdad es un producto inevitable del modelo económico de libre mercado (Piketty, 2014); la prestigiosa revista *Science* dedica una sección especial, con 12 artículos originales, sobre “la ciencia de la desigualdad” (Chin, Culotta, 2014); la Comisión Lancet-Universidad de Oslo sobre la Gobernanza Global en Salud reconoce los orígenes políticos de la desigualdad en salud (Ottersen, Dasgupta, Blouin, Buss, Chongsuvivatwong, Frenk, et al 2014). Todos estos trabajos y tesis han sido presentados -todos- solamente en los primeros 6 meses de 2014.

Y es que, desde un punto de vista más político y estratégico, la desigualdad de ingreso y la desigualdad social se empiezan a percibir como una seria amenaza a la gobernabilidad: a la estabilidad política, a la institucionalidad democrática, a la credibilidad en la autoridad. Göran Therborn, de la Universidad de Cambridge, uno de los sociólogos contemporáneos más ilustres ha señalado que “los ciudadanos han estado más impacientes” pues “desde 2011 la protesta por la desigualdad se ha hecho presente en las calles [...] en las rebeliones árabes contra la libertad y oportunidad *desiguales* [...], en la oposición mediterránea a la austeridad *desigual* [...], en el rechazo de los estudiantes chilenos a la educación superior *desigual* [...], en el *Occupy movement* (los Indignados) de Estados Unidos, Gran Bretaña, España y otros lugares, contra la dominación del uno por ciento [...]” (Therborn, 2013)

Así que el verdadero asunto aquí es la *desigualdad social*. De ahí que -como lo ha subrayado la Dra. Carissa Etienne, nuestra Directora- se empiece a proponer el alcance de la equidad social como la aspiración universal más crítica para la salud global en el escenario post-2015 para el desarrollo sostenible (Etienne, 2015). La Dra. Etienne ha hecho palmario, con meridiana claridad, un imperativo institucional desde que asumió su cargo en la Organización Panamericana de la Salud: *no podemos continuar ciegos a la gradiente social*.

### La primacía del principio de equidad

Históricamente, en la evolución del discurso y la agenda del desarrollo en el ámbito regional y mundial, primeramente se reconoció a la salud como condición sine qua non para el desarrollo; más

recientemente se reconoce a la equidad como condición sine qua non para la justicia social (y, con ello, para el buen gobierno). Si esto es así, entonces la consecuencia lógica es reconocer la equidad en salud como condición sine qua non para la *sostenibilidad* del desarrollo: sin equidad social en salud no es posible hacer sostenible el desarrollo: la equidad es su sustento —de ahí la primacía del principio de equidad en las agendas de desarrollo contemporáneas.

Para poder desarrollar una actuación política, estratégica, científica y socialmente consistente con el principio de equidad -y, por lo tanto, abordar la agenda mayor de la equidad en salud en el desarrollo sostenible- es imperativo adoptar ciertas premisas axiológicas (i.e., valorativas) cardinales a la práctica racional de la salud pública reconociendo, en particular, la transición paradigmática actual, según la cual la explicación racional de las observaciones sobre la salud poblacional (i.e., su causalidad) exige abandonar la práctica de una salud pública de “factores de riesgo”, basada en el individuo y centrada en su comportamiento y adoptar un enfoque de política pública, multidisciplinario y más amplio que tome en cuenta la interdependencia de los individuos y sus conexiones con los contextos biológicos, físicos, sociales e históricos en los que nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen (Mújica, 2015). Bajo este paradigma causal, la equidad es un objetivo de política y ese objetivo consiste en crear oportunidades iguales para la salud.

La gran pregunta, la propositiva, es: *¿cómo eliminar las desigualdades sociales en salud?* Actuando en nombre de los Estados Miembros de la OMS, en 2005 el Director General Dr. LEE Jong-wook comisionó la respuesta a esta pregunta al Prof. Sir Michael Marmot, del Reino Unido. Tres años después, el 2008, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud emitió su celebrado Informe Final (CSDH, 2008). La respuesta a la crucial pregunta del Dr. LEE quedó plasmada en la mera portada del Informe: *actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

*Equidad en Salud y Determinantes Sociales de la Salud* son, pues, dos conceptos, dos constructos inextricablemente ligados entre sí: la equidad en salud es una expresión toral de la justicia social y se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad

de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. Para mejorar la equidad en salud (incluyendo el acceso y cobertura universal en salud) es necesario cambiar la distribución subyacente y rol de los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias: e.g. las políticas económicas y de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos (la distribución de riqueza, poder y recursos a niveles mundial, nacional y local). El llamado central de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es precisamente éste: alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (CSDH, 2008)

Si la preocupación legítima es por la falta de equidad en salud -y sus consecuencias adversas para la sostenibilidad del desarrollo: injusticia social y debilitamiento de la gobernabilidad- entonces, trascendiendo la retórica, se tiene que *actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Y si realmente se quiere actuar sobre los determinantes sociales de la salud entonces, tal como lo informó la CDSS y otras evidencias acumuladas hasta hoy, hay tres grandes recomendaciones a poner en práctica *desde el sector salud*: 1) priorizar la universalidad en salud; 2) aplicar el enfoque de salud en todas las políticas; y, 3) comandar las evidencias.

Primero, la realización progresiva de la universalidad en salud, esto es, el acceso y la cobertura universal en salud, es una prioridad de la mayor magnitud y es fundamentalmente una tarea sectorial de salud. La OPS y sus Estados Miembros han sido pioneros en adoptar una Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. (Pan American Health Organization [CD53.R14], 2014) Esta estrategia tiene cuatro líneas estratégicas, todas esenciales para conseguir la universalidad y necesarias para la equidad en salud: 1) acceso equitativo a servicios; 2) rectoría y gobernanza; 3) financiamiento con equidad y eficiencia; y, 4) determinantes sociales e intersectorialidad.



Segundo, el enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP) es el brazo de abogacía de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, la intersectorialidad, la gestión del territorio, el involucramiento del gobierno entero y la participación comunitaria y social en la movilización por la equidad y la justicia social. La Región de las Américas, nuevamente, ha sido pionera en adoptar un Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas (Pan American Health Organization [CD53.R2], 2014). Inspirado en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (World Health Organization, 2011) y sus cinco pilares (mejor gobernanza intersectorial, participación social en políticas, reorientación sectorial pro-equidad, cooperación y solidaridad y vigilancia del progreso y rendición de cuentas), el Plan de Acción regional sobre SeTP propone seis líneas estratégicas de acción: 1) necesidades y prioridades; 2) marco para la acción planificada; 3) estructuras y procesos complementarios; 4) evaluación y participación; 5) monitoreo, evaluación y reporte; y, 6) fortalecimiento de capacidades.

Tercero, comandar las evidencias: la OPS plantea aplicar un lente de la equidad –precisamente para no continuar ciegos a la gradiente social, como lo demanda nuestra Directora. Este lente consiste esencialmente en monitorear la salud poblacional (y el impacto que sobre ella tienen las políticas, programas e intervenciones) desde dos ángulos *a la vez*: por un lado, y como siempre, evaluar la salud poblacional en función de la tendencia poblacional promedio: si la salud está mejorando o está empeorando (tal como lo demandó, en su momento, Salud para Todos y luego los Objetivos de Desarrollo del Milenio) pero, por otro lado y simultáneamente, evaluar la salud poblacional en función de los cambios en la desigualdad social en salud: si el gradiente y/o la brecha de desigualdad social en salud se está estrechando o se está ensanchando. Este enfoque dual exige adoptar metas y métricas de desigualdad objetivamente cuantificables. Bajo el lente de equidad, el mejor resultado -expresión del buen gobierno, de la buena política de salud- solo tiene una opción éticamente justificable: mejorar el promedio poblacional reduciendo a la vez las desigualdades. (Minujin, Delamónica, 2003) Consecuentes con este pregonar, la OPS y sus Estados Miembros han sido pioneros también en esta tercera recomendación del Informe de la CDSS (por

ejemplo, comandar la evidencia), pues han adoptado explícitamente objetivos, indicadores y metas cuantificables de impacto sobre equidad en salud en su Plan Estratégico 2014-2019. (Pan American Health Organization, 2013) A través de este Plan Estratégico, la OPS y los Estados Miembros, han hecho explícito su compromiso de trabajar conjuntamente para lograr la reducción de las desigualdades sociales en salud, convencidos que la equidad en salud es una condición esencial para el desarrollo sostenible.

### Consideraciones finales

En el documento final de la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) se concede que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la social, la económica y la ambiental. (United Nations, 2012) Se reconoce así la determinación social, económica y ambiental de la salud poblacional y, con ello, se admite la necesidad de abordar la salud desde estos tres pilares del desarrollo sostenible. En el marco de la Agenda al 2030 “*Transformar nuestro Mundo*” con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el gran desafío para la Región y el mundo está en cómo alcanzar los mismos, y en especial, el Objetivo 3, sobre salud, con equidad y justicia social. (United Nations, 2015)

Tal desafío hace oportuna una reflexión final, a propósito de las lecciones aprendidas del PAI en las Américas, pues en los nuevos desafíos que enfrenta el PAI quedan reflejados también los grandes desafíos de la equidad en salud y el desarrollo sostenible en el escenario regional y mundial posterior al 2015. Garantizar la universalidad en las coberturas de inmunización, incluyendo las nuevas vacunas para la protección poblacional con un enfoque de curso de vida y sus positivas externalidades; aplicar el enfoque de salud en todas las políticas para fortalecer la vital intersectorialidad, gestión territorial y gobernanza local que faciliten el aseguramiento de las oportunidades y las condiciones para una vida sana, plena y digna, sobre todo para los grupos y colectivos humanos que viven en situaciones de vulnerabilidad y postergación, y comandar la evidencia útil para informar políticas e intervenciones en pro de la equidad, son imperativos impostergables del sector salud para poner en

práctica el principio de equidad. Y, desde luego, la diligencia total a la perspectiva de derechos humanos, el enfoque y la igualdad de género y la construcción social de la etnicidad y otras identidades culturalmente relevantes (Etienne, 2015) no solo son temas transversales a todo programa de cooperación técnica; son misiones superiores en nuestra búsqueda de la equidad social en salud.

### Agradecimientos

FBP agradece a la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León la invitación a presentar la Cátedra Dr. Carlos Canseco, en homenaje a una de las personalidades ilustres y más influyentes en la salud pública del continente americano durante el Siglo XX, así como al Sr. Rector de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Dr. Jesús Áncer Rodríguez, promotor de este homenaje. FBP felicita a la comunidad Universitaria en su 82° aniversario de vida institucional y a la Facultad de Salud Pública y Nutrición en su 41° aniversario, destacando su rol de formadoras de recursos humanos preparados para un México mejor.

### Referencias

- Becerra-Posada F. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 38(1):1-4.
- Chin G, Culotta E. The science of inequality: what the numbers tell us. *Science* 23 May 2014; 344(6186): 819-821.
- CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Doyle MW, Stiglitz JE. Eliminating extreme inequality: a Sustainable Development Goal, 2015-2030. *Ethics & International Affairs* 2014;28(1):5-13.
- Etienne CF. Achieving social equity. En: Frenk J & Hoffman SJ [Ed]. "To Save Humanity"—what matters most for a healthy future. New York: Oxford University Press, 2015
- Etienne CF. Sustainable development and health in the Americas: not remaining equity-blind. *Rev Panam Salud Pública* 2015. [forthcoming]
- Fenner F, Henderson DA, Arita I, Ježek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. Geneva: World Health Organization, 1988.
- Hinman AR, McKinlay MA. Immunization equity. *Vaccine* 2015; 33:D72-D77.
- Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Widening child mortality disparities. *J Human Dev* 2003; 4 (3):397-418.
- Mújica OJ, Velandia M, Kurtis H. Exploratory data analysis of social inequalities in immunization coverage between countries of the Americas. Pan American Health Organization, 2014. [mimeo]
- Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Pública* 2015. [aceptado para publicación]
- Mújica OJ. Inequality patterns in immunization coverage within countries of the Americas. Pan American Health Organization, 2015. [mimeo]
- Munayco CV, Mújica OJ, León FX, del Granado M, Espinal M. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Pan Am J Public Health* 2015; 38(3):177-185.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, Edición 2012. Volumen Regional. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2012.
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. *Lancet* 2014; 383(9917):630-667.
- Oxfam International. Working for the Few: political capture and economic inequality. Oxfam Briefing Paper 178. Oxford: Oxfam GB, 2014.
- Pan American Health Organization. Environmental gradients and health inequalities in the Americas: access to water and sanitation as determinants of health. Sustainable Development and Health Equity Technical Report Series 1. Washington DC: Pan American Health Organization, 2015.

- Pan American Health Organization. Plan of Action on Health in All Policies. [CD53.R2] Washington DC: Pan American Health Organization, 2014.
- Pan American Health Organization. Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019: Championing health: sustainable development and equity. [CD52.R8] Washington DC: Pan American Health Organization, 2013.
- Pan American Health Organization. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. [CD53.R14] Washington DC: Pan American Health Organization, 2014.
- Piketty T. Capital in the Twenty-First Century. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.
- Robbins FC, de Quadros CA. Certification of eradication of indigenous transmission of wild poliovirus in the Americas. *J Infect Dis* 1997; 175(Suppl 1):S281-285.
- Soares A, Meyer MA, Mújica OJ. Exploratory analysis of social gradients and inequalities in the use of solid fuels in Latin America and the Caribbean. [Abstract 287890] Boston: American Public Health Association 141th Annual Meeting and Exposition, 2013.
- Tambini G, Andrus JK, Fitzsimmons JW, Roses M. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Pan Am J Public Health* 2006; 20(1):54-59.
- Therborn G. The killing fields of inequality. Cambridge: Polity Press, 2013.
- United Nations Conference on Sustainable Development – Rio+20. The Future We Want. Agenda item 10: Outcome of the Conference. [A/CONF.216/L.1]. New York: United Nations, 2012.
- United Nations General Assembly. The human right to water and sanitation. New York: Resolution A/RES/64/292, July 2010.
- United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. [A/RES/70.1] New York: United Nations, 2015.
- Wilkinson R, Pickett K. Reducing inequality through economic democracy. *J Progressive Economy* 2014; 2(March):10-16.
- World Economic Forum. Outlook on the Global Agenda 2014. Davos: World Economic Forum, 2014.
- World Health Organization, World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil; 21 October 2011.
- World Health Organization. Health in all policies: training manual. Geneva: World Health Organization, 2015.
- World Health Organization. Handbook on Health Inequality Monitoring, with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization, 2013.