



Nota

10

El poder, el dinero y los recursos: la equidad en salud en un mundo globalizado

Noviembre 2013

**“La equidad en salud no
puede dejar de ser una
característica central de
la justicia de los acuerdos
sociales en general”**

Amartya Sen

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

RESUMEN EJECUTIVO

01 IGUALDAD, EQUIDAD Y SALUD

02 EL ORIGEN Y LA EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EQUIDAD Y SALUD

03 LA EQUIDAD Y LA SALUD GLOBAL

04 EL DEBATE ACTUAL POR LA MEJORA DE LA EQUIDAD EN SALUD

05 RECOMENDACIONES: EL PAPEL DE ISGLOBAL EN EL DEBATE SOBRE EQUIDAD Y SALUD

06 PARA SABER MÁS: UNA GUÍA DE LECTURAS ESENCIALES

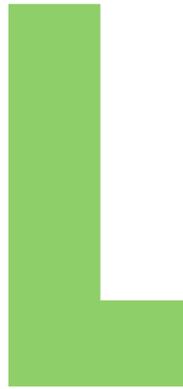
07 REFERENCIAS

Este documento ha sido escrito por Joan Tallada. El autor agradece las contribuciones de Gonzalo Fanjul, Rafael Vilasanjuan, Anna Lucas e Iliana Olivé. Mucho ha realizado el diseño y la edición gráfica.



Obra publicada bajo la licencia de Creative Commons. Reconocimiento -No comercial- Sin Obras derivadas 3.0

Resumen ejecutivo



La posibilidad de tener buena salud no es sólo un derecho fundamental en sí mismo, sino también una condición para el disfrute del resto de derechos. Pese a ello, la salud ha estado tradicionalmente mal repartida entre grupos de poblaciones según diferencias socio-económicas y de género, entre otras. Dicho reparto desigual, cuando obedece a causas razonablemente evitables, generan lo que denominamos inequidad en salud.

La inequidad en salud ha preocupado a los académicos en Europa desde el siglo XIX, pero no fue hasta los años 70 del siglo XX que tomó carta de naturaleza política, tanto en el viejo continente, a partir del británico informe Black sobre desigualdades en los resultados en salud según la clase social, como a escala internacional en tanto que fruto de la Conferencia de Alma Ata y su mensaje de salud para todos por medio de la extensión de los servicios de atención primaria. Ambos enfoques son necesarios y complementarios: no se puede mejorar la salud sin acceso a redes básicas de atención sanitaria, pero la evidencia demuestra que ello en sí no elimina todas las inequidades en salud, por lo que es imprescindible atajar sus raíces sociales.

A la vuelta del milenio, nuevos datos sobre la distribución mundial de la pobreza han puesto en entredicho el paradigma tradicional de la ayuda: dado que cada vez hay menos países oficialmente pobres pero más personas pobres dentro de las naciones de ingresos medios, y dado que además éstas concentran la mayor carga de enfermedad, la cooperación en salud ya no puede limitarse a la transferencia de recursos desde el Norte al Sur. Se requieren otras perspectivas y apuestas políticas que tengan en cuenta la reciente complejidad de los efectos de la globalización en la salud.

Tres son las áreas que han emergido en la agenda internacional para dar respuesta a este escenario: la defensa de la cobertura universal, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la definición y financiación de la agenda en I+D. En paralelo, la comunidad internacional y la sociedad civil debaten cómo dotar de recursos suficientes estos objetivos, optimizando la capacidad del sistema económico occidental, hoy en crisis, e incentivando la corresponsabilidad de los países en desarrollo.

En cada una de las áreas citadas se viven intensos debates en los que un agente con vocación de transformación social como el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) debe contribuir con propuestas innovadoras, análisis crítico y capacidad de liderazgo.

Por ello, como colofón del presente documento se enumeran una serie de recomendaciones de acción dirigidas a medir y en su caso incrementar el impacto en la equidad de la investigación llevada a cabo por ISGlobal y a estimular su papel como dinamizador del debate académico y político tanto local como internacional.

01 Igualdad, equidad y salud

“Existe un amplio acuerdo internacional de que las desigualdades en salud entre pobres y quienes no lo son se deben a factores sociales y no a las preferencias de cada individuo o grupo social.”

Aunque hoy día se ha convertido en el discurso dominante en la mayoría de foros, el deseo de los países de avanzar en la equidad dentro del sector salud no es precisamente una novedad. Al menos desde la Conferencia de Alma Ata de 1978 y el informe Black publicado en 1980 en el Reino Unido (véase más adelante), la equidad forma parte de las discusiones sobre cómo mejorar la salud de las poblaciones. Sin embargo, y pese al tiempo transcurrido desde las primeras iniciativas, más de 30 años, persisten importantes desigualdades de salud entre pobres y quienes no lo son, tanto entre países como, cada vez más, dentro de los países. Los pobres tienden a experimentar tasas superiores de mortalidad y de morbilidad¹ que el resto de la población, y tienden también a utilizar menos los servicios de salud no obstante sus mayores necesidades². Y aun así, los menos favorecidos a menudo gastan en cuidados de salud un mayor porcentaje de sus ingresos que quienes están en mejor situación (O'Donnell et al., 2008).

Existe un amplio acuerdo internacional de que las desigualdades en salud entre pobres y quienes no lo son se deben a factores sociales y no a las preferencias de cada individuo o grupo social (Alleyne et al., 2000). Es por ello que decimos que dichas diferencias no son simples desigualdades sino inequidades.

¹Starfield distingue, respecto a la enfermedad, entre intensidad (gravedad) y ocurrencia (incidencia), y en ambas se dan diferencias entre pobres y ricos (Starfield, 2011). Phelan y sus colegas por su parte han mostrado que el estatus socio-económico está más fuertemente asociado a la mortalidad por causas prevenibles que a la mortalidad por causas que no lo son, debido a que quienes están socialmente mejor situados tienen acceso a más recursos para modificar los factores de riesgo (Phelan et al., 2004).

²El uso de los servicios de salud según grupos socioeconómicos no es uniforme. En los países con cobertura universal se ha encontrado una utilización mayor de la atención primaria entre las categorías bajas, mientras que los socialmente mejor situados recurren con más frecuencia a los servicios especializados (Starfield, 2011). En cambio, en países sin cobertura pública, los pobres utilizan menos todos los niveles de los servicios de salud (O'Donnell et al., 2008).

¿Por qué? Aunque en el lenguaje divulgativo (y en algunos idiomas) no se suele distinguir entre igualdad y equidad (y sus antónimos, desigualdad e inequidad), a efectos tanto académicos como de políticas públicas tal distinción es relevante. Usualmente, la igualdad mide un resultado o situación, mientras que la equidad hace un juicio de valor sobre el proceso o sus consecuencias. Así, las desigualdades en salud que son el resultado de factores sociales son inequitativas, pero no lo son las que derivan, por ejemplo, de predisposiciones genéticas o factores biológicos.

Tanto Amartya Sen como otros autores han señalado que, desde el punto de vista de la justicia social, las inequidades en salud son más preocupantes que las desigualdades en otros ámbitos de la vida. Esto es así porque la salud es tanto un bien en sí mismo como una de las condiciones básicas para disfrutar plenamente de otros bienes y capacidades, como la libertad o la posibilidad de desarrollo personal; es decir, por ponerlo en sus propias palabras, de “florecer como ser humano” (Sen, 2002). Ello viene demostrado por el hecho de que mientras la sociedad no se

“Definimos la equidad en salud como la ausencia de diferencias sistemáticas en salud, tanto dentro como entre los países, que pueden evitarse con una acción razonable.”

preocupa, o apenas, por la distribución de determinados bienes de consumo (los automóviles, por ejemplo) si se siente apelada cuando se evidencia de forma sistemática que los niños pobres tienen menos probabilidades de alcanzar los cinco años de vida que el resto (O'Donnell et al., 2008).

Existen varias definiciones sobre qué es la equidad en salud. En este documento se utiliza, por estar cada vez más aceptada, la establecida por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia de diferencias sistemáticas en salud, tanto dentro como entre los países, que pueden evitarse con una acción razonable. Para alcanzar dicho ideal, la Comisión abogó por poner en práctica tres recomendaciones en su sentido más amplio:

- mejorar las condiciones de vida diarias de las personas
- abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos
- medir y comprender el problema y determinar el impacto de las acciones que intentan resolverlo (CDSS, 2009)

Si bien la Comisión puso énfasis en que las brechas de conocimiento no pueden ser una excusa para la inacción dado el amplio cuerpo de evidencia que ya está disponible, también destacó la importancia de seguir investigando para comprender las causas de la inequidad en salud (Östlin, 2011).

02 El origen y la evolución de la investigación sobre equidad y salud

La descripción de la desigualdad en salud en términos socioeconómicos data de antiguo. Ya en 1842 Edwin Chadwick expuso y criticó en su obra *General Report on the Sanitary conditions of the Labouring Population of Great Britain* las importantes divergencias en la esperanza de vida media entre el campo y la ciudad y entre las clases altas y las bajas. La distancia iba desde los 57 años de los comerciantes de Rutland, en la campiña inglesa, hasta los 15 de los trabajadores manuales de Liverpool (Hanley, 2002).

Pese a la constante inquietud a lo largo del siglo XIX de los reformadores sociales de los países en vías de industrialización sobre la evidente relación entre pobreza y salud, no sería hasta finales de los años 70 del siglo XX, casi 150 años después, que las cuestiones relacionadas con la desigualdad, la inequidad y la salud empezarían a penetrar las agendas públicas gracias a dos procesos que se dieron en paralelo, uno a escala internacional y otro circunscrito a los países desarrollados, especialmente europeos.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata, celebrada en septiembre de 1978 en la ciudad de Kazajistán, entonces parte de la Unión Soviética, culminó con la adopción de una declaración política por la cual la comunidad internacional³ se comprometía a alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ello debía conseguirse por medio de la extensión y mejora de la atención primaria en salud, considerada ya entonces la más equitativa y coste-eficaz manera de asegurar el acceso a los servicios sanitarios en los países que carecían de ellos en amplias zonas de su territorio (Hall y Taylor, 2003).

Al mismo tiempo, en el viejo continente el Informe Black sobre las divergencias en mortalidad entre clases sociales en el Reino Unido puso en evidencia el hecho de que el establecimiento de sistemas públicos de salud accesibles para todos, tal como se había llevado a cabo en el periodo posterior a la II Guerra Mundial, no garantizaba por sí solo la igualdad en salud. A pesar de las peripecias de su edición⁴, el informe tuvo un impacto considerable en la opinión pública al demostrar, pese a los avances de las tres décadas anteriores, la persistencia de la relación entre la clase social y los índices de mortalidad infantil, la esperanza de vida y las desigualdades en el uso de los servicios de salud del país (Smith et al., 1990).

³ Participaron 67 organismos internacionales y 132 países, con la significativa ausencia de China.

⁴ La petición surgió de un gobierno laborista en 1977, pero los resultados no estuvieron listos hasta tiempo después, bajo la primera administración Thatcher, que se limitó a imprimir y distribuir unas escasas copias en pleno verano de 1980. La iniciativa de la editorial Penguin de lanzar poco después una versión de bolsillo garantizó sin embargo una mayor difusión posterior (Smith et al., 1990).

“Los estudios sobre equidad en salud han ido creciendo exponencialmente en las tres últimas décadas.”

De alguna manera, Alma Ata no fue más que la traslación a la agenda política global de un derecho reconocido y practicado en buena parte de los países occidentales y del que Moscú hizo bandera: el de acceso igualitario a servicios de salud. El Informe Black, en cambio, fue una llamada de atención sobre el hecho de que asegurar el acceso al sistema sanitario, pese a ser necesario, no es suficiente para garantizar la equidad en salud. Muchos años después se sabe de la importancia y qué se requiere para extender la atención primaria en salud pero todavía se sigue investigando qué otros factores, y cómo abordarlos, hacen persistir las desigualdades en salud más allá del grado de acceso al sistema sanitario.

Desde las efemérides kazaja y británica, los periplos políticos y científicos sobre la equidad en salud han sido divergentes. Políticamente, Alma Ata tuvo un recorrido zigzagueante, trufado de fuertes disputas sobre cómo financiar sus ambiciosos objetivos, hasta que pareció caer en el olvido con la explosión epidémica del VIH/SIDA y la dominación de la agenda global por parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados en septiembre de 2000 y formulados como una respuesta de emergencia ante una crisis de salud mundial (Unger et al., 2010). Por su parte, las conclusiones del Informe Black y sus sucesores sí han estado presentes en las reformas de las políticas públicas en salud occidentales⁵ pero con resultados limitados (Marmot, 2001).

En el plano científico, y espoleados por la paradoja de que el acceso a los servicios no garantice la igualdad en salud, los estudios sobre equidad en salud han ido creciendo exponencialmente en las tres últimas décadas. Así, mientras en 1980 sólo se contaban 1,20 artículos que contuvieran la palabra “equity” en su resumen (abstract) por cada 10.000 publicados en las revistas indexadas en Medline, en 2005 la tasa alcanzó los 4,31 trabajos, lo que resulta en un incremento del 260% (O’Donnell et al., 2008).

El aumento de la popularidad de la investigación sobre salud y equidad parece deberse a un mayor interés por parte de los actores: responsables de salud pública, donantes, ONG y, particularmente, gobiernos. Éstos parecían, en los años 80 del siglo pasado, más interesados en la contención de costes y en la eficiencia que en la promoción de la equidad. La década de los 90 contempló un giro paulatino, de forma que los expertos sobre el tema fueron aumentando su audiencia hasta que al llegar al

⁵ Siempre con la excepción, hasta muy recientemente, de los EE. UU.

año 2000 una buena cantidad de gobiernos nacionales, donantes bilaterales, organizaciones internacionales y fundaciones filantrópicas empezaron a colocar la equidad o bien cerca o bien en el centro mismo de sus agendas de salud. Dicho énfasis se mantuvo en los años siguientes a medida que se incrementó la aplicación de los resultados de la investigación en esta área, y las políticas y los programas se interesaron cada vez más en la reducción de las inequidades (Gwatkin et al., 2005).

La primera ola de investigación contemporánea en equidad y salud tuvo por objeto la generación de datos clínicos que sirvieran como indicadores primarios de las diferencias entre poblaciones. Es decir, se mantuvo dentro del campo tradicional de la medicina y de las ciencias de la vida en general. Pese a que dicho componente nunca ha dejado de considerarse clave, a posteriori cobró mayor fuerza la voluntad de comprender los orígenes sociales de las enfermedades y su distribución entre los individuos (Marmot, 2000). En una siguiente fase, no obstante, se generó una segunda ola de investigación en salud y equidad que ha proporcionado una nueva base de evidencia para un amplio abanico de intervenciones dirigidas a mejorar la salud de las poblaciones en vez de la de los individuos tomados uno a uno (Östlin et al., 2011).

Precisamente, la creación de la CDSS refleja la fuerza de dicho movimiento a la vez que lo impulsa hacia el centro de la agenda política, al menos temporalmente. Su informe final subraya la necesidad de más investigación sobre cómo los procesos sociales, económicos y políticos determinan las inequidades en salud (CDSS, 2009). Algunos autores llegan a hablar de un cambio de paradigma por el que se explicita que los sistemas de salud y las personas que los utilizan (o no) forman parte de un contexto social que condiciona poderosamente las oportunidades que tiene la gente de estar sana no sólo gracias al acceso a los sistemas de salud, sino también por medio del acceso a otros recursos, oportunidades y derechos, lo que se viene en llamar los determinantes sociales de la salud (Östlin et al., 2011).

03

La equidad y la salud global

“Hoy día el 70% de los pobres del mundo se concentran en los países de ingresos medios.”

Tradicionalmente, la equidad en la salud global, como en otras áreas del desarrollo, se ha entendido como la necesidad de atajar el fuerte desequilibrio económico entre el Norte rico y el Sur pobre para hacer frente a los bajos indicadores de bienestar y a los paupérrimos niveles de acceso a servicios sociales básicos, entre ellos los sanitarios. En coherencia con dicha visión, las políticas de los donantes han estado básicamente centradas durante un largo periodo en la transferencia de recursos desde unos países mejor situados a otros más desfavorecidos. Nuevos estudios indican sin embargo que la geografía de la pobreza está cambiando significativamente, lo que tiene importantes implicaciones en cómo afrontamos los retos globales (Sumner y Mallett, 2012).

En concreto, el debate sobre la equidad y la salud cobró especial relevancia en el campo de la salud global a raíz de la publicación en octubre de 2011 del informe “Global Health and the New Bottom Billion”. En su análisis, Amanda Glassman, Denizhan Duran y Andy Sumner parten de los trabajos de este último que muestran la profunda transformación acaecida en la distribución mundial de la pobreza en las dos últimas décadas. Mientras que en 1990 el 93% de los pobres del mundo vivían en países de bajos ingresos, según la clasificación del Banco Mundial, en 2007 hasta el 70% reside en países de ingresos medios, en su mayoría estables y no frágiles. Dicho 70% de pobres representa, en la terminología de Sumner, el nuevo “millardo” o mil millones (Glassman et al., 2011).

Los autores relacionan la nueva geografía de la pobreza con el reparto de la carga de enfermedad expresada en Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVAD), y llegan a la conclusión que las naciones que más AVAD soportan son las de ingresos medios, y muy especialmente las cinco más grandes en términos poblacionales agrupadas bajo el acrónimo PINCI: Paquistán, India, Nigeria, China e Indonesia. Glassman y sus colegas verifican tal relación al comprobar que los países de ingresos medios y especialmente los PINCI no sólo soportan la mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles, como era de esperar⁶, sino también el mayor número de casos -y sus AVAD asociados- de enfermedades infecciosas como el VIH o la tuberculosis o de las prevenibles con vacunas, como el sarampión (Glassman et al., 2011).

El hecho de que grandes implementadores de programas de salud global como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o la Alianza GAVI por la inmu-

⁶ Las enfermedades no transmisibles están epidemiológicamente asociadas a países de ingresos medios y altos.

nización infantil excluyan progresivamente de sus programas a los países que van alcanzando el estatus de nación de ingresos medios conduce a que cada vez un mayor número de pobres no reciban sus beneficios⁷. En un texto anterior, Glassman ya había mostrado que los niños de países de ingresos medio-bajos tienen menos probabilidad de ser vacunados que los de países más pobres (véase Tabla1).

Tabla 1.
Tasas de vacunación con la DTP3⁸
en 37 países de ingresos bajos
y medio-bajos

Fuente Glassman, A. New Bottom Billion and Vaccination, part II. CGD. Blog post, May 11, 2011.

CATEGORÍA DE INGRESOS	EDAD DE LOS NIÑOS				TOTAL
	12-23 meses	24-35 meses	36-47 meses	48-59 meses	
INGRESOS BAJOS (20 PAÍSES)	58,56%	57,91%	52,25%	52,37%	55,37%
INGRESOS MEDIO-BAJOS (17 PAÍSES)	43,86%	43,11%	41,06%	40,48%	42,16%

⁷ Este fenómeno no es exclusivo de los países menos avanzados. Otros estudios señalan que también entre los más ricos de las OCDE existe una fuerte correlación entre el grado de desigualdad en la distribución interna de la riqueza y la tasa de mortalidad infantil (Collison et al., 2007).

⁸ La vacuna DTP3 previene frente a la difteria, el tétano y la tos ferina.

⁹ Número de decesos femeninos que no se hubieran producido de haber nacido o vivido dichas mujeres en países de ingresos altos.

De manera parecida, en 2012, el Banco Mundial haría público un extenso informe sobre la situación de la mujer en el mundo que alertaba del exceso de mortalidad femenina⁹, cifrado en 4 millones anuales, de los que de nuevo una parte considerable se daba en países de ingresos medios, como China e India, aunque también afecta de pleno a África Subsahariana. Este fenómeno no puede explicarse sólo por las desigualdades económicas, sino que está sobre todo enraizado en la inequidad de género que discrimina a la mujer incluso antes de su nacimiento (The World Bank, 2012).

El impacto de estos documentos y de otros aparecidos posteriormente ha sido enorme, hasta el punto de colocar la lucha contra la inequidad en el centro del debate de la agenda post-2015, la que, de adoptarse por parte de la comunidad internacional, marcará las metas globales que deben sustituir (integrándolos o no) a los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio (UNSTT, 2012).

04 El debate actual por la mejora de la equidad en salud

“Convertir la Cobertura Universal de Salud en un objetivo global requiere discutir y acordar qué se entiende por tal.”

Más de 30 años después, la agenda política sobre la salud global parece retomar los mensajes de Alma Ata y del Informe Black sobre la importancia por un lado de sistemas de salud sólidos, cimentados sobre una red de atención primaria robusta, y por el otro de atajar los determinantes sociales que impiden, incluso cuando hay acceso a servicios, reducir las brechas en esperanza de vida y otros indicadores básicos entre grupos socio-económicos. Además, formando parte de las discusiones sobre cómo garantizar la sostenibilidad de sistemas de salud que den respuesta a las necesidades de la población, en los últimos tiempos ha emergido el debate sobre el acceso a medicamentos esenciales y la financiación de la I+D orientada a obtener productos biomédicos más asequibles y dirigidos a enfermedades prevalentes en países menos desarrollados.

La cobertura universal de salud

El paulatino agotamiento temporal y político de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la apertura de discusiones para su potencial sustitución más allá de 2015 han abierto un intenso debate sobre qué debe reemplazarles, si es que alguna cosa. En el campo de la salud tanto la OMS como una buena parte de las ONG internacionales y de expertos académicos han apostado hasta ahora por una vuelta a los principios básicos que inspiraron la Conferencia de Alma Ata. Dicha vuelta a los orígenes se plasmaría en la adopción de la Cobertura Universal de Salud (CUS) como referente del compromiso mundial en este terreno (WHO, 2012; UNSTT, 2012).

Convertir la CUS en un bien global no es sin embargo sencillo. Comporta tener que dar respuesta a las correspondientes preguntas sobre sus tres ejes fundamentales: a) ¿qué debe cubrir?; b) ¿a quién debe cubrir?; y c) ¿cómo se debe financiar?

a) ¿Qué debe cubrir la CUS? La opinión mayoritaria de expertos y organizaciones de la sociedad civil comprometidos con la CUS es clara: hay que dar prioridad a extender y reforzar la atención primaria, ya que según la evidencia disponible no sólo es la más equitativa sino también la más coste-efectiva (Starfield, 2011, 2006 y 2004). Esta visión podría entrar en colisión con la apuesta hecha hasta ahora por los fondos globales, ya que el enfoque de éstos es habitualmente el abordaje vertical de enfermedades, mientras que la CUS se centra en poblaciones, con especial énfasis en la preven-

ción y el tratamiento precoz. Ello dependería en parte del acuerdo sobre qué se entiende por atención primaria, y qué dolencias y tratamientos debería incluir, lo que puede estar adaptado localmente.

Cuadro 1.

Los estudios parecen coincidir en que la integración de los programas financiados por las Iniciativas de Salud Global como el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o GAVI sólo es posible si se refuerzan apropiadamente los sistemas de salud locales. Anna Cavalli y sus colegas del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, en Bélgica, han analizado el impacto de cinco programas específicos de control de enfermedades tropicales, cada una con su propio paquete de distribución de medicamentos, en los centros de salud de dos áreas rurales de Malí. Los investigadores observa-

ron que dicho impacto era diferente según el grado de solidez de cada uno de los centros: allí donde la cantidad y tipo de personal eran los adecuados, la distribución de medicamentos no sólo no perjudicaba las consultas rutinarias sino que además suponía un beneficio adicional para el conjunto de los servicios; en los centros más frágiles, sin embargo, los programas verticales causaban distorsiones significativas de los servicios que se prestaban habitualmente sin conseguir por otro lado que la distribución masiva de medicamentos estuviera exenta de problemas (Cavalli et al., 2010).

El interrogante sobre qué debe cubrir un sistema de salud también se relaciona con la capacidad de dicho sistema para suministrar medicamentos y otros productos necesarios, lo que se relaciona con las políticas de definición de la agenda y financiación de la I+D (véase más abajo).

b) ¿A quién debe cubrir? El uso del término “universal” suele enmascarar las disquisiciones sobre quién está realmente cubierto. Los criterios utilizados para definir el derecho de uso del sistema de salud son esencialmente dos: el de territorio y el de población; en raras ocasiones, ambos. La tendencia actual, también en países en desarrollo, es acotar tal derecho a los ciudadanos definidos por la ley, con algunas excepciones para los que quedan excluidos (habitualmente, menores de edad, mujeres embarazadas y personas que necesitan atención de urgencia).

Cuadro 2.

Desde 2012, el sistema sanitario español excluye de su cobertura a las personas sin residencia legal en el país, con tres excepciones: menores de edad, mujeres embarazadas y personas que necesitan atención de urgencia. La aplicación de la medida en un territorio en que las competencias sobre gestión sanitaria están descentralizadas ha creado un contexto de desigualdades entre por un lado las comunidades

autónomas que aplican a rajatabla, o incluso más allá, la medida dictada por el Gobierno central, y otras que han relajado o directamente ignorado la medida, generando inequidad geográfica dentro de la exclusión legal. Las políticas de exclusión del sistema sanitario de población inmigrante sin residencia legal están generalizadas en los países de la Unión Europea (Chauvin et al., 2013).

c) ¿Cómo se financia? El despliegue de sistemas de salud en países que han pasado de ser muy pobres a tener ingresos medios ha venido acompañado por el incremento del pago directo por los servicios (*out-of-pocket payments*) por parte de los usuarios. El pago directo presenta dos serias desventajas: es claramente inequitativo y, pasado un umbral, puede conducir al hogar a la pobreza, incluso la pobreza extrema, al tener que afrontar gastos catastróficos¹⁰. Por ello, la comunidad internacional defiende que los países en desarrollo adopten modelos de financiación mancomunados, aquellos en los que la persona paga una prima a un fondo común con el que se sufragan los gastos de quienes necesitan atención. Los modelos mancomunados privados se han extendido entre las nuevas clases medias de los países que han visto crecer sus ingresos, aunque sea ligeramente. Su alcance es limitado, ya que cubren básicamente a personas con ingresos regulares y sus familias, y dejan en manos del sector público a los más pobres y vulnerables (Drechsler et al., 2007). Los clásicos sistemas de mancomunación pública de origen europeo se enfrentan, en los países en desarrollo, a la baja tasa de formalidad del mercado laboral y al reto de la ampliación del espacio fiscal (The World Bank, 2006).

Cuadro 3.

Los gastos catastróficos en salud son una de las principales causas de pobreza en países sin cobertura sanitaria y también de las razones por las que las familias no buscan cuidados de salud, contribuyendo decisivamente a perpetuar el llamado círculo vicioso entre pobreza y salud. Un análisis de 108 casos de 86 países llevado a cabo en 2003 por un grupo de investigadores de la Organización

Mundial de la Salud descubrió que el número de hogares que debían afrontar pagos catastróficos se situaba en una horquilla de entre el 1% y el 13% según los países: en su conjunto, alrededor del 5% de las familias se habían visto abocadas a la pobreza a causa de tener que afrontar gastos de salud de uno o más de sus miembros (Xu et al., 2013).

Los determinantes sociales de la salud

En general, los expertos están de acuerdo en que en Europa y otros países occidentales se ha alcanzado la CUS, al menos para los residentes legales, lo que no impide que siga habiendo importantes divergencias de salud entre grupos socio-económicos (van Doorslaer et al., 2000; Starfield, 2011). Es por ello que algunos son escépticos respecto a la idea de convertir la CUS en el gran objetivo de salud post-2015, ya que tal vez pueda asegurarse la equidad de acceso (equidad de proceso según Sen) pero no en términos de resultados más igualitarios (Glassman et al., 2015).

¹⁰ Los gastos catastróficos de los hogares son los desembolsos directos en los que éstos incurren una vez traspasan un umbral aproximado del conjunto de gastos domésticos y a partir del cual el hogar se ve forzado a sacrificar otras necesidades básicas, vender activos productivos, incurrir en deuda o empobrecerse (Knaul et al., 2007).

“Un país puede mejorar su esperanza de vida media o la de sus habitantes más desfavorecidos al tiempo que se ahondan las brechas de equidad entre diferentes grupos poblacionales.”

Informes recientes sobre el modo en que se están desarrollando las discusiones en el entorno de Naciones Unidas señalan que la apuesta por la CUS está perdiendo peso a favor de fijar el aumento de la esperanza de vida como compromiso internacional. Su ventaja principal es que se adapta bien a la realidad de cada país, donde pueden establecerse metas cuantitativas absolutas o relativas. Además, la esperanza de vida es un indicador de resultado cuya consecución permitiría diseñar estrategias que superaran el principal escollo de la CUS: que la mejora del acceso a los servicios sanitarios es condición necesaria pero no suficiente para la reducción de las desigualdades en salud. Existen sin embargo dudas sobre el grado de equidad que podría alcanzarse: al fin y al cabo, un país puede mejorar su esperanza de vida media o la de sus habitantes más desfavorecidos al tiempo que se ahondan las brechas de equidad entre diferentes grupos poblacionales (Tallada, 2013b).

La agenda y la financiación de la I+D

El tercer ámbito especializado en el que se están produciendo discusiones sobre la inequidad y la salud es en realidad un subtema de la cobertura universal de salud. Se trata de la controversia sobre cómo se define la agenda científica y quién debe financiar la Investigación y el Desarrollo (I+D) destinada a productos biomédicos dirigidos a enfermedades relacionadas con la pobreza y asequibles para países en desarrollo.

La I+D centrada en enfermedades de la pobreza se considera un bien público de salud global, en el entendido de que el con-

Cuadro 4.

Fuente Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial

El presupuesto general ha aumentado varias veces más que las partidas destinadas a sanidad, lo que causa la disminución del peso relativo de estas últimas.

Mozambique es un buen ejemplo de la complejidad de la relación entre los determinantes sociales, la cobertura universal y los resultados en salud. El país ha visto como su esperanza de vida ha pasado en poco tiempo de los 48 años de 2006 a los casi 51 de 2011. Este aumento ha venido acompañado de dos factores: un modesto incremento del gasto público en salud en términos absolutos (ayuda externa incluida) que sin embargo no ha evitado un descenso muy acusado de su peso en términos relativos respecto al conjunto del presupuesto general del estado¹¹; y una

importante subida del gasto privado, incluido el pago directo por los servicios, facilitada por el incremento sostenido del PIB gracias al rápido desarrollo de la industria extractiva. En un escenario de estas características no es fácil discernir cuáles han sido, o en qué magnitud, los factores determinantes en el aumento de la esperanza de vida, y sí lo es que mientras ha aumentado la esperanza de vida y la riqueza media del país también lo ha hecho la inequidad al reducir el porcentaje de financiación del sistema de salud originado por mecanismos progresivos.

junto del planeta se beneficiaría de productos eficaces y seguros que prevenga, traten o curen enfermedades que afectan a grandes capas de la población y/o a grupos muy vulnerables. Sin embargo, la inversión que se realiza es muy desproporcional a la carga de enfermedad, y además tiene un carácter voluntario, por lo que está sujeta a vaivenes políticos y económicos (Moran et al. 2012). Tampoco la proliferación de Paternariados público-privados de Desarrollo de Productos (PDP) de los últimos 15 años ha conseguido estabilizar un flujo financiero hacia la I+D de enfermedades olvidadas, lo que pueda deberse tanto a la crisis financiera internacional como a que hasta ahora han arrojado resultados más bien discretos (Grace, 2010).

En este contexto emerge la controvertida propuesta de crear un Tratado Internacional vinculante para definir en parte la agenda y financiar suficientemente la I+D en salud global. A raíz del informe del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo y su paquete de recomendaciones a la Asamblea Mundial de la Salud, la comunidad internacional ha estado inmersa en controversias sobre cómo aumentar la investigación en aquellas áreas de salud que hasta ahora han sido relegadas u olvidadas pese a afectar a amplias capas de la población o bien a grupos especialmente vulnerables (GCEID, 2012). Incluso compartiendo la descripción del problema, no todos los gobiernos están de acuerdo en sus causas ni, en consecuencia, sus vías de solución. Especialmente polémica ha sido la mencionada propuesta de adoptar un tratado internacional vinculante para fomentar la I+D dirigida a problemas de salud en países en desarrollo, que forzaría a los signatarios a dedicar hasta el 0,01 de su PIB a tales esfuerzos, de los que una parte significativa (se ha propuesto que sea entre el 20 y el 50%) irían a una caja común para financiar proyectos de interés transfronterizo o global (Moon et al., 2012). La última resolución aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013 pospone a 2016, tras un periodo de pruebas piloto, la decisión sobre estas propuestas.

¿Quién va a pagar todo esto?

Finalmente, en paralelo a los intentos de acordar las prioridades en salud global para los próximos años se está discutiendo cómo la comunidad internacional va a financiarlos. La adopción del compromiso de dedicar el 0,01% del PIB a la I+D en salud

“Cada vez más, la comunidad internacional pide a los países en desarrollo que aumenten los recursos propios destinados a la salud.”

global implica fuertes incrementos de las aportaciones de prácticamente todos los países¹², que dado el estado de la economía en algunas regiones, como la europea, se antoja inviable con las actuales perspectivas presupuestarias públicas. Objetivos como avanzar hacia la CUS o el aumento de la esperanza de vida, por otro lado, requerirían esfuerzos fiscales enormes para naciones en desarrollo tanto de ingresos bajos como medio-bajos: se ha calculado que para acabar con la pobreza India, por ejemplo, necesitaría grabar con una tasa del 100% las rentas de la minoría “rica” que gana más de 13 dólares al día (Glassman et al., 2011).

Expertos y ONG internacionales propugnan que los Gobiernos aprueben cuanto antes la Tasa sobre las Transacciones Financieras (TTF) para obtener recursos adicionales con los que mitigar tanto la pobreza interna de los países de altos ingresos como la de los países en vías de desarrollo. Intermón Oxfam (2013) cita a la Comisión Europea y al Instituto Alemán de Investigación Económica para sugerir que la TTF podría recaudar entre 30.000 y 37.000 millones de euros cada año. Sin embargo, en caso de que la TTF sea finalmente adoptada por la Unión Europea, no está asegurado que una parte sustancial del montante se destine a la cooperación al desarrollo.

Al mismo tiempo, la constatación del crecimiento económico continuado aunque internamente desigual de países hasta ahora considerados pobres según la clasificación del Banco Mundial está llevando a que cada vez más donantes y estudiosos les reclamen un cambio en sus políticas fiscales conducentes al aumento de sus propios recursos. Si bien, como hemos visto más arriba, es irrealista pensar que las naciones de ingresos bajos y medios puedan asumir a corto plazo toda la financiación requerida para hacer frente a las carencias básicas de sus poblaciones más favorecidas, ello no obsta para que las agencias de cooperación pidan a sus receptores de ayuda que pongan en marcha políticas tributarias que avancen paulatinamente en esa dirección, algo reclamado también de manera creciente por su sociedad civil local (Tallada, 2013a).

¹²Sólo EE. UU parece cumplir este criterio en la actualidad (Moran et al., 2012).

05 Recomendaciones: el papel de ISGlobal en el debate sobre equidad y salud

“ISGlobal tendría que plantearse un análisis interno sobre la manera en que la agenda de investigación responde a criterios de equidad y a su vez influye sobre ésta.”

El Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) puede implicarse en el debate actual sobre la equidad y la salud desde dos perspectivas: 1) determinando cómo su núcleo de actividad en I+D afecta a la equidad y 2) definiendo qué posiciones toma y cómo contribuye al debate internacional.

Respecto a la I+D, ISGlobal tendría que plantearse un análisis interno sobre la manera en que la agenda de investigación responde a criterios de equidad y a su vez influye sobre ésta. Dicho análisis pasa por la descripción sobre cómo se priorizan las áreas que mejor puedan responder a las necesidades de salud de los más desfavorecidos, ya sean de las comunidades del entorno en el que la investigación se lleva a cabo, ya sean las poblaciones afectadas en cualquier lugar del mundo, y por la determinación del impacto de los resultados de los programas sobre las desigualdades entre y dentro de las poblaciones.

Este ejercicio permitiría poner en valor la agenda de investigación de ISGlobal ante los actores políticos y sociales, y al mismo tiempo identificar los temas que sería esencial incorporar para construir una agenda de investigación coherente con el beneficio social mejor repartido. Dicho en otras palabras, ISGlobal debería preguntarse hasta qué punto su acción de investigación tendría que medir su impacto por la cifra de quienes salvarán su vida o alcanzarán un mínimo de salud estándar o bien por el estrechamiento de las diferencias entre grupos poblacionales en el disfrute de, por ejemplo, años de vida ajustados por la calidad¹³.

Respecto al debate internacional, si desea convertirse en un actor influyente más allá de la defensa de sus propios y legítimos intereses, ISGlobal debería generar opinión informada sobre cuestiones candentes e insoslayables. Ello le permitiría tanto emerger como una voz distintiva en el ámbito global como atraer a España debates clave:

- ¿Cuál debe ser, si es que alguno, el objetivo de salud post-2015?
- ¿Qué defensa, si es que alguna, quiere hacer de la Cobertura Universal de Salud? ¿Qué implicaciones tiene dicha defensa respecto a las políticas domésticas españolas?
- ¿Hasta qué punto desea hacer de los determinantes sociales de la salud un área de investigación propia y un eje de su programa de incidencia pública tanto en España como en otros países donde tiene presencia?

¹³ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud alerta de que la equidad en salud es sólo un elemento secundario cuando los únicos objetivos políticos son esencialmente el control de enfermedades y de la mortalidad por medio de intervenciones médicas y la inversión en salud para estimular el crecimiento económico, ya que ello se puede conseguir sin necesariamente beneficiar a los menos favorecidos (CDSS, 2009).

“La salud global viene a ocupar un nuevo y diferente tipo de espacio político que exige el estudio de la salud de las poblaciones en el contexto de las relaciones de poder en el sistema mundial.”

- ¿Está a favor de un tratado internacional que comprometa cantidades precisas dedicadas a la I+D para enfermedades relacionadas con la pobreza? En caso afirmativo, ¿qué estrategia va a seguir para que dicha idea sea asumida por los actores políticos españoles?
- En la disputa sobre la responsabilidad fiscal de los países de ingresos medios, ¿está de acuerdo en apoyar que ésta sea cada vez mayor? ¿Qué implicaciones tendría un aumento de los fondos propios respecto a la apropiación local de los proyectos y plataformas de investigación desarrollados hasta ahora por ISGlobal?

Finalmente, la organización tiene que contribuir generando nuevo conocimiento sobre algunas de las cuestiones a las que hasta ahora se ha prestado menos atención, en especial cómo afectan los factores y los procesos globales a la equidad en salud, es decir los mecanismos de gobernanza, los tratados internacionales y los grandes procesos políticos, económicos, sociales, culturales y medioambientales (Östlin et al., 2011). Ello es coherente con el hecho de que el Laboratorio de Ideas de ISGlobal haya puesto en marcha líneas de investigación, debate y elaboración de propuestas centradas en la gobernanza global, las relaciones internacionales y las políticas comparadas en salud. Parece una evolución natural del Laboratorio de Ideas especializarse, consecuentemente, en los estudios sobre los determinantes políticos de la salud global, los que determinan cómo la distribución del poder, el dinero y los recursos afectan a la salud de las poblaciones.

Este enfoque, decimos, ha sido comparativamente menos estudiado que otros, pero es algo que podría estar cambiando. Como afirman Janes y Corbett, “la salud global viene a ocupar un nuevo y diferente tipo de espacio político que exige el estudio de la salud de las poblaciones en el contexto de las relaciones de poder en el sistema mundial” (Janes et al., 2009). Los procesos de globalización afectan a la equidad en salud en múltiples aspectos: los constantes flujos migratorios, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la progresiva liberalización del comercio, el abandono de la agricultura tradicional o de subsistencia, las repetidas crisis alimentarias, los grandes movimientos de capitales, la multiplicación de las iniciativas de gobernanza de desigual éxito, o el deterioro del medio ambiente, todos estos factores influyen sobre la equidad en salud, de manera que la

brecha en esperanza de vida entre países ricos y pobres es hoy mayor que hace 40 años (Chan, 2008).

Es relevante aportar más y mejor evidencia sobre cómo la globalización afecta a la equidad en salud, no sólo respecto a las tendencias transnacionales, sino también relacionar el impacto de las decisiones y fuerzas globales sobre las políticas nacionales y a su vez sobre los hogares y las personas.

En ese mismo sentido, es necesaria la investigación sobre cómo rediseñar las instituciones que toman decisiones globales (ésas que forman parte de lo que venimos en denominar “gobernanza global”) para que cuando abordan asuntos como las crisis financieras consideren las consecuencias de las decisiones que adoptan para la equidad en salud y los factores que la determinan.

La investigación en globalización y salud y su impacto en la equidad puede abarcar un buen espectro de temas. A partir de los actuales marcos internacionales y de las iniciativas en salud global es factible investigar cómo el cambio de paradigma en la cooperación al desarrollo cristalizado en la Conferencia de Busan está afectando a la equidad en salud al tiempo que se exploran propuestas alternativas.

Teniendo en cuenta todos los elementos anteriores, algunas investigaciones posibles sobre la relación entre la distribución del poder, el dinero y los recursos y la equidad en salud serían:

- ¿Existe una asociación entre la violación de los derechos humanos y la distribución de los problemas de salud y los índices de mortalidad?
- Respecto a la propuesta de tratado internacional en I+D para la salud: ¿qué criterios de equidad hacen falta para decidir la distribución de los potenciales recursos comunes?
- ¿Cuál es el resultado de los procesos de absorción de los fondos verticales por parte de los Sistemas Nacionales de Salud de los países de ingresos medios?
- ¿Cuál es el impacto de las políticas de respuesta a la crisis financiera sobre la salud?
- ¿Qué modelos de participación de la sociedad civil mejoran los resultados en salud?
- ¿Contribuye la política de cooperación de la UE/de España a la equidad en salud?

06

Para saber más: una guía de lecturas esenciales

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). 2009. Informe final: Subsanan las desigualdades en una generación. Organización Mundial de la Salud.

Un compendio riguroso y rotundo sobre cómo las formas de organización social afectan la salud y qué hacer para solucionarlo. Todo ello con el respaldo de la OMS.

Glassman, A., D. Duran, and A. Sumner. 2011. Global Health and the New Bottom Billion: What Do Shifts in Global Poverty and the Global Disease Burden Mean for GAVI and the Global Fund? CGD Working Paper 270. Washington, D.C.: Center for Global Development.

El documento que en pocas páginas ha marcado un antes y un después en nuestra visión sobre la distribución de la pobreza y la salud, con serias implicaciones para todos los actores implicados, empezando por los gobiernos.

Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación (GCEID). 2012. Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Para entender el debate sobre cómo garantizar una I+D dirigida a las poblaciones más afectadas y vulnerables nada mejor que ir al texto original elaborado por los expertos, con más matices que las versiones apresuradas difundidas por terceros.

Intermón Oxfam. 2013. Una tasa contra la pobreza. Intermón Oxfam: España.

Una buena introducción a una idea simple pero de gran potencial: tasar las transacciones internacionales con un tributo que financie la lucha contra la pobreza.

Sen, A. 2002. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública 11 (5/6).

El Premio Nobel Amartya Sen disecciona armado de razón el significado profundo de la equidad en salud. Un rico texto seminal que sigue plenamente vigente.

Starfield., B.* 2004. *Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. Developing World Bioethics. Vol. 4, No 1.

Barbara Starfield dedicó toda su carrera académica a estudiar la equidad en los sistemas de salud. Este es uno de sus textos más completos, en el que compendia y comenta los datos que muestran que el eje fundamental para garantizar dicha equidad es la atención primaria.

The World Bank.* 2012. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development. The World Bank. Washington DC, USA.

Monográfico del Banco Mundial dedicado al papel de la igualdad de género para garantizar el desarrollo, en el que la salud cuenta con un apartado propio.

07 Referencias

- Alleyne, G. A. O., J. Casas, and C. Castillo-Salgado.* 2000. Equality, Equity: Why Bother? *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 76–77.
- Campbell, J., I. Jones and D. Whyns.* 2011. “More money for health - more health for the money”: a human resources for health perspective. *Human Resources for Health* 2011, 9:18.
- Cavalli A., S.I. Bamba, M. N. Traore, M. Boelaert , Y. Coulibaly, et al.* 2010. Interactions between Global Health Initiatives and Country Health Systems: The Case of a Neglected Tropical Diseases Control Program in Mali. *PLoS Negl Trop Dis* 4(8): e798.
- Chauvin, P, N. Simonnot, and F. Vanbieroliet.* 2013. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. *Médecins du Monde.*
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).* 2009. Informe final: Subsanan las desigualdades en una generación. Organización Mundial de la Salud.
- Currin, G., M. P. Waelkens and B. Criel.* 2005. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health.* Vol. 10, No. 8.
- Drechsler, D. and J. Jütting.* 2007. Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law.* Volume 32, Number 3.
- Glassman, A.* 2011. New Bottom Billion and Vaccination, part II. *CGD.* Blog post, May 11, 2011.
- Glassman, A., D. Duran, and A. Summer.* 2011. Global Health and the New Bottom Billion: What Do Shifts in Global Poverty and the Global Disease Burden Mean for GAVI and the Global Fund? *CGD Working Paper 270.* Washington, D.C.: Center for Global Development.
- Glassman, A, V. Y. Fan and W. Savedoff.* 2012. A post 2015 development goal for health—should it be universal health coverage? Blog entry at *BMJ Group Blogs.*

Grace, C. 2010. Product Development Partnerships (PDPs): Lessons from PDPs established to develop new health technologies for neglected diseases. DFID Human Development Resource Center.

Gwatkin, D. R., A. Wagstaff, and A. Yazbeck. 2005. Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why. Washington, DC: World Bank.

Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación (GCEID). 2012. Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Hall, John J, y R. Taylor. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* 2003; 178 (1): 17-20.

Hanley, James. 2002. Edwin Chadwick and the poverty of statistics. *Med Hist.* 2002 January; 46(1): 21-40.

Hernandez Aguado, I., P. Campos Esteban, D. Catalan Matorro, K. Fernandez de la Hoz, T. Koller, B. Merino Merino et al. 2010. Moving Forward Equity in Health: Monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. Madrid: Ministry of Health and Social Policy.

Intermón Oxfam. 2013. Una tasa contra la pobreza. Intermón Oxfam: España.

Janes, C.R., and K.K. Corbett KK. 2009. Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology.* 38: 167-183.

Knaul, F. M., R. Wong, H. Arreola-Ornelas, and Ó. Méndez. 2011. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S85-S95.

Krieger, N., and A.-E. Birn. 1998. A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. *American Journal of Public Health.* Vol. 88 No 11.

Marmot, M. 2000. Inequalities in health: causes and policy implications. In: Tarlov A, St.Peter R, eds. *The Society and Population Health Reader*, vol. 2: A state and community perspective. New York: New Press. pp 293-309.

Marmot, M. 2001. From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 30.

Melamed, C. 2012. Putting Inequality in the post-2015 Agenda. London: Overseas Development Institute.

Moon, S., J. Bermudez J and E. 't Hoen. 2012. Innovation and Access to Medicines for Neglected Populations: Could a Treaty Address a Broken Pharmaceutical R&D System? *PLoS Med* 9(5): e1001218.

Moran, M, J. Guzman, K. Henderson, R. Liyanage, et al. 2012. Neglected disease research and development: A five year review. G-Finder Report 2012. Policy Cures: Sydney, Australia & London, UK.

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff and M. Lindelow. 2008. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. The World Bank: Washington DC, USA.

Östlin P., T.Schrecker, R.Sadana, J.Bonnefoy, L.Gilson, et al. 2011. Priorities for Research on Equity and Health: Towards an Equity-Focused Health Research Agenda. *PLoS Med* 8(11): e1001115.

Phelan, J. C., B. G. Link, A. Diez-Roux, I. Kawachi, and B. Levin. 2004. Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior* 45: 265 – 285.

Sen, A. 2002. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6).

Smith, G. D., M. Bartley and D. Blane. 1990. The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 years on. *British Medical Journal*. Vol. 301.

Sumner, A., and R. Mallett. 2012. The Future of Foreign Aid: Development Cooperation and the New Geography of Global Poverty. London: Palgrave Pivot.

Starfield., B. 2004. Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. *Developing World Bioethics*. Vol. 4, N0 1.

Starfield., B. 2006. State of the Art in Research on Equity and Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 31, No 1.

Starfield, B. 2011. The Hidden Inequity in Health Care. *International Journal for Equity in Health*, 2011, 10:15.

Tallada, J. 2013a. ¿Dónde está el dinero para la salud, señor Ministro? Entrada de blog, 25 de marzo de 2013.

Tallada, J. 2013b. Cobertura Universal vs. Esperanza de Vida. Entrada de blog, 3 de abril de 2013.

The World Bank. 2006. Health Financing Revisited. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington DC, USA.

The World Bank. 2012. World Development Report 2012: Gender Equality and Development. The World Bank. Washington DC, USA.

UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda (UNSTT). 2012. Addressing Inequalities: The Heart of the Post-2015 Agenda and the Future We Want for All. Washington DC, USA.

Unger, J.P., P. de Paepe, K. Sen et W. Soors (ed.). 2010. International Health and Aid Policies: The Need for Alternatives. Cambridge, UK: University Press.

Van Doorsler, E., A. Wagstaff, H. van der Burg, T. Christiansen, D. de Graeve et al. 2000. Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19 (2000) 553-583.

Venkatapuram, S, R. Bell and M. Marmot. 2010. The Right to Sutures: Social Epidemiology, Human Rights and Social Justice. *Health and Human Rights in Practice*. Vol. 12 No 2.

World Health Organisation (WHO). 2012. Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda: WHO Discussion Paper. WHO, Geneva, Switzerland.

Xu K., D.B. Evans, K. Kawabata, R. Zeramardini, J. Klavus, C. J. L. Murray. 2013. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2013; 362: 111-117.

ISGlobal Instituto de Salud Global Barcelona

ISGlobal es una iniciativa de:

