

## INEQUIDADES: SU REPERCUSIÓN EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA    INEQUITIES: ITS IMPACT ON THE WORKING POPULATION

Luana Argote Ravelo <sup>1</sup>  
Waldo Jacobo Díaz Piñera <sup>2</sup>  
Gladys Rabelo Padua <sup>2</sup>  
Gisela del Pilar Toledo Rodríguez <sup>3</sup>

### RESUMEN

Las inequidades apuntan a situaciones en que se comparan grupos, pero son grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de recursos. Este artículo aborda la situación de las inequidades desde los puntos de vista social, de género, de salud y de su repercusión en la población trabajadora; ya que, a pesar de ser múltiples y diversos los escenarios donde se denuncian estas desigualdades, continúan siendo un problema real. Lo cierto es que la salud de los trabajadores se ve afectada por la confluencia de varios factores, entre los que priman los sociales como la distribución desigual de riquezas, recursos, conocimientos, información, servicios médicos y otros, diferencias en las oportunidades según género y en tipos de trabajo, así como en su remuneración. Si las desigualdades sociales dañan nuestra salud y sabemos que esos factores sociales son modificables, estaremos de acuerdo en afirmar que las desigualdades en salud pueden reducirse. Hacen falta recursos, pero sobre todo, voluntad política.

**Palabras clave:** inequidad, población trabajadora, factores sociales

### ABSTRACT

Inequities point to situations where groups are compared, but they are groups which provide unequal relations and that appropriate resources unequally. This paper addresses the situation of inequities from the views of social, gender, health and its impact on the working population, because, despite multiple and diverse scenarios where these inequalities are reported, remain a real problem. The truth is that the workers' health is affected by the confluence of several factors, including the social precedence and the unequal distribution of wealth, resources, knowledge, information, medical services and others, differences in opportunities by gender and in types of work, and on their remuneration. If social inequalities damage our health and we know that these social factors are modifiable, we will agree that health inequalities can be reduced. It requires resources, but above all, political will.

**Keywords:** inequities, working population, social factors

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconocieron que en la última década del siglo XX y hasta la fecha, se viene observando un retroceso en la salud mundial, situación que afecta también la salud de los trabajadores <sup>1</sup>. En el sistema actual de muchos países que responden a la estructura capitalista, la salud de los trabajadores es la expresión del capitalismo neoliberal; se globalizan los riesgos laborales y las condiciones de trabajo y de vida se muestra cada vez más marcadas por las diferencias o inequidades que imponen las mismas sociedades. Por otra parte, se ha cedido mayor espacio a los intereses económicos y comerciales, y el capitalismo, en su afán de acumular ganancias a partir de las riquezas generadas por los trabajadores, se ha despreocupado por proteger la salud de ellos <sup>2</sup>.

Las desigualdades sociales, económicas y en salud y su repercusión en la población trabajadora, ha sido un tema ampliamente discutido, resultado de las contradicciones que históricamente se establecen entre el desarrollo de las fuerzas productivas, de las que la ciencia, la tecnología y los trabajadores forman parte, y las relaciones sociales de producción del sistema imperante.

Distintos escenarios han servido para promover acciones que permitan evaluar y modificar la situación de inequidad que sufren hoy muchas poblaciones a nivel mundial. Tal es el caso de la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud <sup>3</sup>, organización internacional con sede en Canadá que trabaja con el propósito de promover la equidad en la salud y los servicios de salud internacionalmente, la cual tiene un grupo de trabajo que tiene por objetivo promover el desarrollo de la investi-

<sup>1</sup> Médico especialista de I grado en Higiene y Epidemiología, Aspirante a Investigador, Profesora Instructor. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>2</sup> Médicos especialistas de II grado en Medicina del Trabajo y de I grado en Medicina General Integral, Másteres en Salud de los Trabajadores, Investigadores Auxiliares, Profesores Auxiliares. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>3</sup> Médico especialista de I grado en Higiene y Epidemiología. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

### Correspondencia:

MSc Waldo Jacobo Díaz Piñera  
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores  
Calzada de Bejucal km 7 1/2, Apartado 9064, CP10900, Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba  
E-mail: [wam@infomed.sld.cu](mailto:wam@infomed.sld.cu)

gación alrededor de la equidad en salud, desde el punto de vista conceptual, en la medición de la misma y en el estudio de las inequidades desde las diferentes categorías sociales (posición socioeconómica, raza, género, etc.)<sup>4</sup>.

La Sociedad Internacional por la Equidad en Salud adoptó, como una definición operacional, que inequidades son “*las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles, en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos*”.

Otros escenarios no menos importantes han sido, en el año 1978, en la Conferencia Internacional en Alma-Atá<sup>5</sup>, Kazajstán, donde se llamó a solucionar problemas sociales como la desnutrición, la ignorancia, la inequidad, la contaminación del agua potable y la falta de higiene en la vivienda, entre otros.

Años después, en Canadá, 1986, en la Carta de Ottawa<sup>6,7</sup>, se abordaron temas relacionados con la “*promoción de salud*”, que señalabas dentro de los 8 factores claves determinantes de la salud “*la equidad*”, dígame de género, acceso a los servicios de salud, la educación, alimentación, opciones de trabajo y de salario, entre muchas otras. A estos escenarios le sucedieron otros: la Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud<sup>8</sup>, en 1988; la Declaración de Yakarta sobre Promoción de Salud<sup>9</sup>, en 1997, y la Declaración de la OMS<sup>10</sup> “*Salud para Todos en el Siglo XXI*”, de 1998.

## **POBREZA, INEQUIDAD, DESIGUALDAD, EXCLUSIÓN**

### **¿Qué significan estos términos?**

La pobreza es un concepto que caracteriza una situación de privación, de carencia, y no hace ninguna referencia al orden económico que le da origen, sino a una condición dada: son pobres, sin entrar en contradicción con políticas económicas generadoras de esa situación<sup>11</sup>.

La Cumbre del Milenio<sup>12</sup> ha reconocido a la pobreza como un problema capital, siendo el problema social más importante y de mayor impacto en el inicio del siglo; crece en términos absolutos y relativos en un mundo que ha alcanzado grandes posibilidades de producción material y científico-técnicas, capaz de elevar el nivel y la calidad de vida de la población mundial.

Mientras que exclusión, desigualdad, inequidad, se refiere a una apropiación diferenciada de recursos, de beneficios, de satisfactores y, por lo tanto, remiten a situaciones de poder y de organización social. Desigualdad e inequidad apunta a situaciones en donde se comparan grupos, pero son grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de los recursos. Pobreza y exclusión señalan a situaciones de

carencia y a población que queda fuera de los circuitos de desarrollo, de los circuitos de integración social y económica, y del disfrute de bienes y servicios<sup>11</sup>.

Para otros autores, las inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas<sup>13</sup>. Cuando se habla de injusticia, ello implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia proporcional a la salud. La OMS/OPS resume esto como desigualdades innecesarias y evitables, y además, injustas<sup>14</sup>.

Una de las dimensiones de este concepto son las desigualdades en salud<sup>3</sup>. Estas son entendidas como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos poblacionales, que no implica asumir un juicio de valor moral/ético de estas diferencias, o consideraciones estrictas sobre su solución.

Si hablamos de inequidad, es inaceptable pasar por alto lo que se considera “*equidad*”, que no es más que justicia, igualdad, imparcialidad y equilibrio. Como vemos, equidad no es lo mismo que igualdad, pero a su vez, no toda desigualdad es considerada inequidad. La equidad en salud se traduce en la minimización de las diferencias evitables en salud y sus determinantes entre grupos poblacionales, aunque tengan diferentes niveles sociales. La equidad en atención de la salud implicaría que los recursos se asignen según las necesidades, los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades, y el pago por tales servicios se haga según la capacidad económica<sup>14</sup>.

Como se había mencionado anteriormente, otro concepto más actual lo constituye el de exclusión social<sup>11</sup>, que engloba todo los caminos que conducen a la desigualdad. Podemos puntualizar algunos de ellos: la pobreza, la dificultad en la integración laboral, los problemas de acceso a la educación, familias desestructuradas, la residencia en zonas, barriadas o comunidades con múltiples carencias, las limitaciones físicas y psíquicas y la ausencia o déficit de apoyo familiar y social, entre otros; teniendo siempre en cuenta que el determinante más importante de la exclusión es el socio-económico y, por lo tanto, la pobreza<sup>15</sup>.

Se infiere entonces que desigualdad, pobreza, exclusión e inequidad son conceptos distintos, pero interrelacionados.

### **¿Cómo se miden estos indicadores internacionales?**

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo desarrolla dos importantes indicadores: uno de desarrollo, el Índice de desarrollo humano (IDH), y otro de pobreza, el Índice de pobreza multidimensional (IPM).

El Índice de desarrollo humano se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros:

- Vida larga y saludable: medida según la esperanza de vida al nacer.
- Educación: medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.
- Nivel de vida digno: medido por el PIB per cápita PPA en dólares internacionales.

Mientras, el Índice de pobreza multidimensional sustituye a los índices de pobreza humana: Índice de pobreza, Índice de pobreza humana para países en desarrollo e Índice de pobreza humana para países de la OCDE seleccionados. Estos incluyen parámetros de ingresos junto con otros de privaciones que afectan a la vida de las personas. El índice muestra la índole y la intensidad de la pobreza a nivel individual en 10 indicadores, que se agrupan en tres aspectos básicos como son la educación, la salud -sanidad- y el nivel de vida.

## INEQUIDAD SOCIAL

Estos indicadores reflejan de una manera u otra las diferencias sociales que existen. Basados en los datos que ofrece el IDH, se puede distinguir si un país es desarrollado, en desarrollo o subdesarrollado, y permite medir el impacto de las políticas económicas sobre la calidad de vida. Muestra un nivel de exploración que, aunque general, permite analizar más que el que tradicionalmente era usado a partir de la valoración de la economía, la salud y la educación. La nueva propuesta tiene en cuenta las diferencias sustanciales entre los componentes evaluados; por tanto, en un país que desarrolla un adecuado PIB per cápita y un adecuado sistema de educación, el IDH puede verse afectado si el sistema de salud no es bueno.

Para esto se crea otro indicador más específico, Índice de desarrollo humano ajustado por la desigualdad (IDH-D) (2010), para que cada uno de los componentes del IDH refleje el nivel de desigualdad que lo rodea. Es un indicador del nivel de desarrollo humano de las personas de una sociedad que tiene en cuenta su grado de desigualdad. Cuando existe desigualdad en la distribución de salud, educación e ingresos, el IDH de una persona promedio de cualquier sociedad será inferior al IDH general; cuanto menor sea el valor del IDH-D, mayor es la desigualdad.

A pesar de haberse tocado este tema vagamente, sí es necesario ilustrar estas diferencias con algunos datos estadísticos:

- América Latina continúa siendo la región con mayor desigualdad en el mundo en ingresos familiares, sustituyendo a África.

- Esta situación hace que en la zona vivan 96 millones de personas en pobreza extrema, de las cuales 41 millones son niños y niñas entre 0 y 12 años, y 15 millones adolescentes de entre 13 y 19 años (2006)<sup>18</sup>.
- Quienes más sufren son las comunidades indígenas, donde el 36 % de los niños y niñas de 6 y 14 años trabajan, viven en pobreza y con acceso limitado a los servicios básicos sociales y de salud.
- Kenia, que no es uno de los países más pobres de África, tiene tres vecinos que presentan datos alarmantes en términos de favelización: en Etiopía, 99,4 % de la población urbana vive en favelas; en Tanzania son 92,1 %, y en Sudán 85 %<sup>19</sup>.
- En Japón, las diferencias entre el 20 % de las familias más ricas y el 20 % de las más pobres va de 4,34 a 1; de 9,6 a 1 en el Reino Unido; en una gran parte de Asia, la diferencia media es de 6 a 1, y en el oeste de este continente, es de 7 a 1. Pero en la mayor parte de África las diferencias son aún más fuertes (13 a 1 de media) y llegan al máximo en América Latina (17,5 a 1 de media)<sup>20</sup>. Estas desigualdades se refieren tanto a los servicios de salud como de educación y de planificación familiar.
- En América Latina, el 10 % más rico de la población se apropia del 48 % del ingreso total, mientras que el 10 % más pobre solo dispone de 1,6 % de ese ingreso.
- México, donde el PIB por habitantes apenas supera los 9 000 dólares anuales, una persona ocupaba en el 2002 el puesto 17 de las personas más ricas del planeta, con unos 11 500 millones de dólares. En Iberoamérica existe más de una veintena de multimillonarios incluidos en esta lista. Las fortunas personales de algunos venezolanos y banqueros brasileños rondan los 4 000 millones de dólares<sup>21</sup>. Este éxito personal se traduce en el fracaso de un sistema que es incapaz de cubrir las necesidades más básicas de la mayoría de la población mundial: déficit en los sectores de saneamiento ambiental, en el acceso a agua potable y a los servicios de salud.
- -Otros como Haití<sup>22</sup>, el país más pobre y el de menor desarrollo de la región, se encuentra en una situación sui géneris, en la que la desigualdad en salud es alta en relación con la social. Esto puede ser resultado del bajo desarrollo en Haití, combinado con pobreza y desigualdades sociales.

Según la CEPAL<sup>23</sup>, en el 2009 se reportaron en América Latina nueve millones de pobres más que en 2008. Cerca del 18 % de la población de los países de mayores ingresos relativos (Uruguay, Costa Rica, Chile y Argentina) se enfrentaba a la pobreza o habían cruzado el portal.

Lo cierto es que las diferencias se extienden por todo el mundo, ya sea entre naciones, pero inclusive dentro de un mismo país.

## **INEQUIDAD Y GÉNERO**

Otra de las extensiones de la inequidad está relacionada con el género. Se vienen tratando desde hace mucho tiempo, en distintos escenarios, los alcances que tienen las diferencias por sexo en el posicionamiento social, en el uso de los recursos disponibles, en la calidad de vida y en el nivel de salud<sup>24</sup>.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, crea en 1996 un nuevo indicador, el “Índice de desarrollo humano relativo a género”<sup>25</sup>, que compara a hombres y mujeres en base a ingreso, educación y salud, y que hurga más en las diferencias ya señaladas, mostrando que en ninguna sociedad las mujeres disponen de las mismas condiciones que los hombres.

Para ilustrar lo antes dicho, haremos referencia a un estudio realizado en España<sup>26</sup> en 2000 sobre la relación entre salud y desigualdad. El mismo refería que España, con respecto a la Unión Europea, no es un país rico ni desarrollado socialmente; aquí viven más de siete millones de pobres, un 20 % de los cuales son pobres extremos; la desigualdad se produce en las clases sociales más desfavorecidas, y muy en especial las mujeres, quienes mueren antes, enferman más y tienen con mayor frecuencia hábitos perjudiciales para la salud y peor calidad de vida. Fundamenta que las mujeres de la clase social más pobre tienen más del doble de riesgo de sufrir diabetes en comparación con las de la clase social más rica. La desigualdad se muestra en el uso de los servicios, donde el tiempo de espera para ingresar en los hospitales es cuatro veces mayor entre las personas sin formación en comparación con quienes tienen el mayor nivel educativo.

La directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Mirta Roses<sup>27</sup>, en un informe emitido en el 2008, declaró que es una prioridad para la OPS cerrar las brechas injustas entre hombres y mujeres. Aunque se han logrado pasos de avances con respecto a los cientos de años de discriminación y desigualdad de género, aún queda un camino largo por recorrer.

Refiriéndonos a América Latina, podemos citar algunos países donde se pone de manifiesto esta inequidad. Por ejemplo, en Chile<sup>24</sup>, cuyo PIB ha mostrado un crecimiento mantenido, estas mejorías no han tenido la misma magnitud para mujeres que para hombres. Continúa la diferencia del ingreso de 1,5 veces mayor para los hombres en igual jornada de trabajo comparado con las mujeres; la tasa de desocupación es más alta para las mujeres; las mujeres a todas las edades, especialmente las más pobres, consultan más el médico que los hombres. Se mantiene patrones de desigualdad con respecto a género, ingreso, situación socioeconómica, laboral, acceso a la utilización de servicios de salud y financiamiento de la salud.

Bangladesh<sup>28</sup> (Estado del sur de Asia) es uno de los países del mundo donde la vida de la mujer es más corta

que las de los varones. Es inaceptable que en una sociedad las mujeres sean excluidas, mientras los hombres tienen derecho a la educación, cultura y asistencia sanitaria. La igualdad de derechos entre varones y mujeres puede ayudar a asegurar el desarrollo equilibrado de una sociedad y también de un país.

El Índice de desarrollo humano relativo a género describe estas diferencias, pero el mismo año se define otro indicador: el Índice de empoderamiento (potenciación) de género<sup>16</sup>, que se compone de tres variables para reflejar la participación femenina en distintos ámbitos:

- La participación política, medida por la proporción de escaños parlamentarios ocupados por mujeres,
- el acceso a oportunidades profesionales, medido por la proporción de puestos administrativos, ejecutivos, profesionales y técnicos para las mujeres, y
- la posición económica, medida a través de salarios pagados a las mujeres, utilizando el PIB per cápita no ajustado.

Este permite determinar los porcentajes equivalentes de igualdad en la distribución para participación parlamentaria, empleo e ingreso femeninos y se ponderan con igual peso, hallando otras diferencias no determinadas por los anteriores.

## **INEQUIDAD Y TRABAJO**

Pero nos interesa saber cómo se reflejan estas inequidades con respecto al empleo, y de igual manera que en los temas anteriores, mostrar con ejemplos estas diferencias que han sido obtenidas de los mismos indicadores antes mencionados.

La desocupación, el desempleo y el subempleo, términos ya comunes en nuestro lenguaje, es una realidad en países de América Latina, afectando principalmente a los hombres más pobres y a las mujeres de más edad. Un estudio realizado en Chile por la Dra. Vega<sup>24</sup>, refleja que las mujeres participan menos como fuerza de trabajo, acentuándose esto a medida que aumenta la edad.

Con la tendencia actual a la privatización y globalización de la economía, no existen muchas oportunidades para los más pobres o los de menor formación educacional. Esta situación de desigualdad genera empleos mal remunerados, con exigencias que superan la capacidad del trabajador, y para nada lo protegen en caso de accidente o enfermedad; las oportunidades de trabajo se reducen; la mano de obra es barata; las jornadas exceden las 8 horas; no hay seguro médico para todos los trabajadores y se convierte en un círculo vicioso, en el que se ven sumergidos cada día más los países en desarrollo.

El neoliberalismo ha acrecentado la situación desfavorable que mostraban algunos países de América Latina y África; ha traído como consecuencia bajo salarios, desempleo, pérdida de conquistas de carácter laboral,

aumento del trabajo infantil e incremento del empleo informal.

Desde mediados de los años noventa, la tasa de desempleo en América Latina ha mostrado un fuerte aumento y una tendencia a la privatización de la seguridad social en países como Bolivia, Chile, El Salvador, México, Colombia, Perú, Argentina y Uruguay<sup>29</sup>.

Datos ofrecidos de Paraguay (2007) por la Dirección de Censo y Estadística<sup>30</sup>, afirmaban que la falta de empleos seguros empuja a muchos paraguayos a buscar fortuna en España, Estados Unidos y Argentina; y comparado con el 2006, la pobreza llegó al 38 % de la población total. A su vez, el Banco Central confirmó que a finales del mismo año sólo 1 600 000 personas tenían un empleo fijo; el resto integraba la franja del subempleo.

La pobreza ha subsistido como un fenómeno derivado de la inequidad social, influyendo en ella múltiples factores, que continúan siendo un problema difícil de superar si no hay una integración política y social; hace falta voluntad política para reducir a largo plazo las diferencias sociales.

Cuando nos referimos a América Latina y el Caribe, es preciso tener en cuenta la situación de Cuba, que a pesar de no ser un país desarrollado, se muestra diferente al resto. Cuba incluyó en la Constitución de la República<sup>31</sup> un capítulo referente a la igualdad de derecho entre hombres y mujeres en lo económico, político, cultural, social y familiar. La discriminación por motivo de raza, color de la piel, sexo, origen nacional, creencias religiosas y cualquier otra lesiva a la dignidad humana, está proscrita y es sancionada por la Ley; el objetivo, constituir una sociedad sin excluidos.

Hoy el número de estudiantes en las universidades muestra los logros alcanzados por el sector femenino; tienen la misma oportunidad de desempeñar cargos de dirección en organizaciones del Estado y de masas, donde son respetadas y valoradas, el número de profesionales mujeres es admirable y se enfrentan a profesiones diversas sin discriminación, los salarios no muestran diferencias con los hombres y las oportunidades de empleo son iguales para ambos sexos. La población femenina trabajadora casi se iguala a la del sexo masculino, mostrándose igualdad laboral y social.

Las políticas de desarrollo del Estado han garantizado un incremento en el nivel de vida de la población mediante el incremento del consumo individual; cuando en el mundo se van acentuando las disparidades económicas y sociales, la experiencia cubana resulta relevante por la adopción desde los inicios de la Revolución de políticas sociales dirigidas a ganar en equidad: se han aplicado políticas de empleo y salario; se ha preservado, a pesar de la crisis mundial, un alto nivel de ocupación; se refuerza la seguridad social personalizada mediante jóvenes trabajadores sociales, que garantiza que ninguna persona quede desamparada en nuestra sociedad; se ha alcanzado una esperanza de vida comparable con las de

países desarrollados. La población puede acceder libremente a los servicios de salud independientemente de sus concepciones políticas, religiosas, de su estado jurídico, de su raza o posición social, además de que los servicios son situados en aquellos lugares donde son más necesarios, ya que la población participa de forma activa en el desarrollo de las actividades de salud a través de las organizaciones de masas.

Las acciones de prevención a través de las campañas de vacunación van dirigidas a todos; la atención estomatológica, a embarazadas y al adulto mayor se ejecuta sin distinción; los adelantos científicos-técnicos se utilizan en beneficio de la población, así como los servicios brindados por las tecnologías de punta se ubican en los lugares donde son más necesarios; pero nada de esto hubiera sido posible sin la voluntad política de nuestro Estado socialista. Los indicadores educacionales alcanzan valores notables, con un 0,2 % de analfabetismo en adultos; la escolarización primaria llega al 100 % y la secundaria al 99,7 %; la densidad de habitantes por maestro es de sólo 43; y la calidad del proceso educacional lleva a tener los índices más altos de la región en lenguaje y matemáticas en tercero y cuarto grados de la enseñanza primaria<sup>32</sup>.

Para Cuba la salud, la seguridad y la asistencia social, el acceso a una alimentación básica, la educación, el empleo y la vivienda, son derechos indiscutibles de cada ciudadano, que los ejerce mediante un sistema que los brinda de forma gratuita.

## CONSIDERACIONES FINALES

Si se pretende analizar y comprender por qué se viene deteriorando la salud de los trabajadores en muchos países, debemos considerar todos los factores sociales que la afectan: la distribución de riquezas, recursos, conocimientos, servicios, oportunidades de género y de trabajo, para poder intervenir en afán de minimizarlas. La misión estará dirigida a disminuir o eliminar estas diferencias sociales. Si las desigualdades sociales inciden negativamente en la calidad de vida de las personas, y sabemos que esos factores sociales son modificables, estaremos de acuerdo en afirmar que las desigualdades en salud pueden reducirse. Hacen falta recursos, pero sobre todo, voluntad política.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Franco A, Álvarez D. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la Influenza Humana A. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;25(6):540-7.
2. Fernández JR. *La lucha de los trabajadores por su salud*. 2ª ed. México: Enat; 2006. p. 18
3. Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (ISEQH) [Internet] [citado 3 Mar 2011]. Disponible

- en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Agentes&id=15042&opcion=descripcion>.
4. Universidad Nacional de Colombia. ¿Qué es el grupo de equidad en salud? [Internet] [citado 4 Mar 2011]. Disponible en: [http://www.equidadensalud.unal.edu.co/que\\_es.html](http://www.equidadensalud.unal.edu.co/que_es.html).
  5. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud: Acciones sobre los factores sociales determinantes de la salud. Aprender de las experiencias anteriores. 2005 [Internet] [citado 10 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/social-determinants/en/>.
  6. Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud de Alma Atá [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://diccionario.sensagent.com/conferencia+internacional+sobre+atencion%C3%B3n+primaria+de+salud+de+alma-ata/es-es/>.
  7. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
  8. Crovetto M., Vio F. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev Chil Nutr* 2009;36(1).
  9. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf).
  10. World Health Organization. Health for all in the twenty-first century. Geneva: WHO; 1998. (Document WHA51/5) [Internet] [citado 10 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?>
  11. López O. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas [Internet] [citado 10 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf>.
  12. Rojas F. Salud pública. Medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 196.
  13. Evans, Whitehead H, Diderichsen F, et al. Disparidades inaceptables en el campo de la salud. 2002 [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.books.google.com/cu/books?isbn=927531585X>.
  14. Gómez E. Género, equidad y salud. Mitos y realidades. *Rev Situa*. 2000;8(16):6-11 [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2000n16/equidad.htm>.
  15. González ST, Vega MG, Romero SR, Vega A, Cabrera C. Exclusión social e inequidad en salud en México. *Análisis social-espacial. Rev Salud Pública*. 2008;10(supl 1). ISSN 0124-0064.
  16. Índice de desarrollo humano [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice\\_de\\_desarrollo\\_humano](http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_desarrollo_humano).
  17. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informes sobre desarrollo humano. Índice de pobreza multidimensional [Internet] [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2010/ipm/>.
  18. Cruz R. AL desbanca a África en desigualdad social: 56 millones de niños pobres. 2007 [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: [\\_http://www.cronica.con.mx/nota.php?idc=218683](http://www.cronica.con.mx/nota.php?idc=218683).
  19. Desigualdad social aflora como tema símbolo del Forum Social Mundial, 2007 [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=26122>.
  20. Las causas de la pobreza [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.eurosur.org/futuro/fut47.htm>.
  21. Diferencias entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/paises.htm>.
  22. Larrea C. Informe final. Salud, nutrición e inequidad social en 8 países latinoamericanos: un estudio comparativo a partir de la encuesta Washington: Oficina Sanitaria Panamericana; 2001.
  23. Montiel S. Panorama social de América Latina: Inequidad con luces rojas [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.lanacion.cl/panorama-social-de-america-latina-inequidad-con-luces-rojas/noticias/2009-11-21/185214.html>.
  24. Vega MJ, Bedragal GP, Jadue HL, Delgado BI. Equidad de género en el acceso a la atención a la salud en Chile. *Rev Med Chile*. 2003;131(6).
  25. United Nation Development Program (UNDP). Human development report 2000. New York: Oxford University Press; 2000.
  26. García R, Muriel R. La desigualdad en salud. Servicios de participación y acción social. Junta de Andalucía; 2002.
  27. Roses M. Directora de la OPS declara la inequidad de género en las Américas y el mundo como un hecho completamente inadmisibles [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/>.
  28. Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Publicación científica y técnica 2002;62(585):379-81 [Internet] [citado 25 Feb

- 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v62n4/v62n4a18.pdf>.
29. Colás S. Tendencias actuales del empleo en América latina. Observatorio de la Economía Latinoamericana. 2007;81 [Internet]. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/la/07/scg.htm>.
30. Ante la falta de trabajo, paraguayos buscan emigrar. 2007 [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: <http://noticias.terra.com/articulo/html/act1000386.htm>.
31. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editorial Política; 2010. p. 55-61
32. Rodríguez JL. Globalización y equidad: Breve análisis crítico. Cuba Socialista. Revista Teórica y Política. La Habana, Cuba. 2003 [Internet] [citado 25 Feb 2010]. Disponible en: [URL:http://www.cubasocialista.cu/archivos/html](http://www.cubasocialista.cu/archivos/html).

---

**Recibido:** 29 de abril de 2011

**Aprobado:** 3 de abril de 2012