



# Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL

Rita Maria Ferrelli<sup>1</sup>

**Forma de citar:** Ferrelli RM. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):272-7.

## RESUMEN

*EUROsociAL es un programa de la Unión Europea para la cohesión social en América Latina. El objetivo principal de este ensayo es presentar los elementos conceptuales que sustentan las actividades implementadas por el programa EUROsociAL en el área temática de salud, con especial atención a sus aspectos de equidad. Se consideran los conceptos de cohesión social, equidad en salud, la relación entre ambos en EUROsociAL y se abordan el monitoreo de la equidad en salud como base de acción hacia una mejora con enfoque en los determinantes sociales de la salud.*

**Palabras clave:** equidad en salud; acción intersectorial; políticas públicas.

<sup>1</sup> Istituto Superiore di Sanità, Italia. La correspondencia se debe dirigir a Rita Ferrelli. Correo electrónico: rita.ferrelli@iss.it

EUROsociAL es un programa de la Unión Europea para la cohesión social en América Latina. Sus actividades se fundamentan en la literatura científica disponible y sus objetivos consisten en contrarrestar las inequidades en salud mediante el apoyo de estrategias que se fundamentan en el enfoque de los determinantes sociales. Se consideran aquí los conceptos de cohesión social y equidad en salud y la relación entre ambos en EUROsociAL.

## El concepto de cohesión social

Por sus usos tan diversos, el concepto de cohesión social resiste una definición unívoca (1); este tiende a verse absorbido por otros de género próximo, como equidad, inclusión social y bienestar.

En el ámbito de las ciencias naturales, el concepto de cohesión aporta matices de cruce de tres variables que relacionan los elementos dados de un conjunto: la distancia entre los elementos, la integración entre ellos y el todo, y la fuerza que los conecta.

Desde el punto de vista sociológico, puede definirse a la cohesión social como el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común.

Según Durkheim (2), cuanto menor es la división del trabajo en las sociedades, mayor es la vinculación de los individuos con el grupo social. La división social del trabajo que adviene con la modernización erosiona y debilita tales vínculos, al igual que la creciente autonomía que adquiere el individuo en la sociedad moderna. En este marco, la cohesión es parte de la solidaridad social necesaria para que los miembros de la sociedad sigan vinculados a ella con una fuerza análoga a la de la solidaridad mecánica premoderna. Ello requiere que sus lazos se hagan más fuertes y numerosos, le crea obligaciones al individuo, ejerce presiones funcionales que moderan el egoísmo y le permiten reconocer su dependencia respecto de la sociedad.

Es posible, por ende, inferir que la cohesión social se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad. Los mecanismos incluyen, entre otros, el empleo, los sistemas educacionales, la titularidad de derechos y las políticas de fomento de la equidad, el bienestar y la protección social. Los comportamientos y valoraciones de los sujetos abarcan ámbitos tan diversos como la confianza en las instituciones, el capital social, el sentido de pertenencia y solidaridad, la aceptación de normas de convivencia y la disposición a participar en proyectos colectivos.

Otra noción cercana a la de cohesión es la de capital social, entendido como patrimonio simbólico de la

sociedad en términos de la capacidad de manejo de normas y lazos sociales de confianza.

También se acerca a la noción de cohesión social la de integración social, entendida como el proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas participar del nivel mínimo de bienestar que es consistente con el desarrollo alcanzado en un determinado país. Esta definición opone integración a marginación.

La noción de inclusión social podría considerarse como una forma ampliada de la integración, porque no solo supone mejorar las condiciones de acceso a canales de integración, sino también promover mayores posibilidades de autodeterminación de los actores en juego.

La noción de ética social alude a otra dimensión imprescindible de la cohesión social. En ella se destacan la comunidad de valores, el consenso en torno a mínimos normativos y sociales y un principio asumido de reciprocidad en el trato.

El sentido de pertenencia a la sociedad constituye un eje central de las distintas definiciones de cohesión social. Es, en última instancia, un componente subjetivo compuesto por percepciones, valoraciones y disposiciones de quienes integran la sociedad.

Para concluir, se puede decir que el “universo semántico” de la cohesión social atañe a dimensiones de inclusión social y de respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que operan la inclusión y las relaciones entre las fuerzas de los distintos actores sociales.

### Cohesión social en EUROsociAL

EUROsociAL es un programa de la Unión Europea para la cohesión social en América Latina. La cohesión social es uno de los ejes estratégicos de la alianza entre la Unión Europea y América Latina. En el marco de la cumbre de Guadalajara en 2004, los jefes de Estado y de Gobierno de ambas regiones decidieron dotar de medios a esta prioridad birregional, dando inicio a EUROsociAL, con la finalidad de contribuir al diseño, la reforma y la implementación de políticas públicas en América Latina que tuvieran impacto sobre la cohesión social.

Teniendo como referencia las definiciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas y el Consejo de Europa, que hunde sus raíces en el enfoque de derechos, EUROsociAL elaboró, en una primera fase (2005–2010), un marco conceptual operativo y práctico que permitió estructurar las actividades alrededor de tres grandes ejes interrelacionados: el acceso (al bienestar, con igualdad de oportunidades y sin discriminación); un Estado incluyente (con políticas públicas sostenibles para la cohesión social), y una ciudadanía activa (que genera pertenencia, identidad y seguridad).

Estos tres ejes se vinculan al marco elaborado por la CEPAL para dar seguimiento a la cohesión social en América Latina y que abarca tres pilares interactuantes: brechas, instituciones y pertenencia. EUROsociAL

trata de traducir este concepto multidimensional en formulaciones con sentido para las políticas públicas, apoyando aquellas orientadas a reducir desigualdades mediante la provisión de servicios públicos, con el desarrollo de oportunidades productivas (empleo) y capacidades individuales (educación) o asegurando la protección social para todos (salud y previsión).

Sin embargo, el concepto de cohesión social por sí solo resultaría insuficiente como una base de política pública si no se tuviese en cuenta la institucionalidad mediante la cual una sociedad actúa sobre las brechas y gradientes de desigualdad. De allí la importancia de contar con instituciones transparentes y con gobiernos que luchen contra la corrupción (institucionalidad democrática), de tener sistemas de justicia más eficientes que materialicen el principio de igualdad ante la ley (justicia) y de dar respuestas eficaces (desde la prevención) a la situación de inseguridad que se vive en las grandes ciudades (seguridad ciudadana). También, para que el Estado pueda cumplir con este rol activo, se le ha de dotar de mayor capacidad para captar y redistribuir recursos, y eso significa tener sistemas fiscales inclusivos y sostenibles (finanzas públicas).

Para concluir, EUROsociAL trabaja desde estos dos abordajes (reducción de desigualdades y un mejor Estado para garantizar derechos, redistribuir y fiscalizar) con el objetivo último (e insoslayable de la cohesión social) de construir una ciudadanía activa y participativa.

### El concepto de equidad en salud

La complejidad del tema de la equidad está ligada a diferentes concepciones filosóficas y ético-valorativas que moldean los conceptos de justicia social en general y justicia en salud en particular y que varían desde un enfoque individualista, que ve la salud perteneciente al ámbito de la vida privada, a un enfoque centrado en consideraciones distributivas.

La equidad en salud es una disciplina multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud. También incluye la justicia de los procesos y necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales (3).

Cuando se hace referencia a la equidad en salud, a menudo se ha recurrido a sus antónimos: desigualdad e inequidad. De hecho, nunca se han dado condiciones de igualdad por razones de distinta naturaleza, por ejemplo biológica: nunca toda la población gozará del mismo nivel de salud, sufrirá del mismo grado de enfermedad y morirá después del mismo período de tiempo.

Las diferencias en el estado de salud de las personas pueden ser más o menos importantes, se pueden dar por azar o sistemáticamente, se pueden evitar o no.

Las diferencias en el estado de salud definidas como evitables pueden ser percibidas o no como injustas:

según Margaret Whitehead, el criterio fundamental para decidir si el diferente estado de salud es justo o injusto reside en la medida en la que las personas eligieron y/o tuvieron control sobre la situación que causó esa diferencias hacia una salud “diferente” y peor que la de los otros (4).

Las diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población se conocen como “desigualdades”, mientras que las diferencias innecesarias, evitables e injustas en el estado de salud de las personas son definidas como “inequidades” (5).

Por ende, el concepto de equidad en salud implica que, idealmente, toda persona tiene una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, desde un punto de vista pragmático, nadie queda en condiciones desfavorables para lograrlo.

### Cohesión social y equidad en salud en EUROsocial

Al acotar el concepto de cohesión social a dimensiones de inclusión social y de respuestas frente al modo en que operan la inclusión y las relaciones entre las fuerzas de los distintos actores sociales, se hace necesario ensanchar la visión de la salud ya no más entendida únicamente como medio para asegurar protección y remedio a eventos adversos, sino más bien hacia una concepción más amplia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarcó en su constitución en 1946, en la que se definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (6). Desde esta perspectiva, se empezó a intentar integrar el enfoque biomédico-tecnológico predominante (que se basa en una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas) con el contexto social, desarrollando el concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad.

Como parte del intento por integrar en el mundo la visión social de la salud, en 1978 la OMS en Alma-Ata (Kazajstán) abraza la meta de “Salud para Todos en el año 2000” (SPT), con la atención primaria en salud (APS) como vehículo para lograrla (7). Los años 80 y 90 ven prevalecer la fórmula económica neoliberal y su impacto en la salud fue cada vez más cuestionado por un número creciente de organismos y electorados internacionales. En 2005, la OMS crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que adopta un marco conceptual a partir del modelo de Diderichsen (8), identificando determinantes estructurales e intermedios. Los primeros son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud), las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferencias en ingreso, etnia, clase social, escolaridad; los segundos juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios (9). El trabajo de Solar e Irwin (9) constituye el marco conceptual de la CDSS para el entendimiento de la interacción de los determinantes

sociales de la salud (DSS) y el papel central de la posición social en la determinación de la salud y el bienestar, que permitiera a los diseñadores de políticas definir los puntos de entrada de las intervenciones. El modelo sugiere también estrategias para la reducción de las inequidades en salud dirigidas a los determinantes estructurales e intermedios de la salud, actuando a nivel del contexto socio-económicos y político, por medio de acciones intersectoriales, participación social y empoderamiento (*empowerment*) de la ciudadanía. En la conferencia mundial sobre DSS en Río de Janeiro en 2011, se ratificó el objetivo mundial por intervenir de manera efectiva en los DSS desarrollando acciones multilaterales, intersectoriales y medidas políticas (es decir, salud en todas las políticas), en el camino para alcanzar la equidad en salud (10).

En Europa, el equipo de expertos liderado por Sir Michael Marmot recolectó evidencia de eficacia para contrarrestar las inequidades en salud y la publicó en 2010 en *Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review*. (11). A partir de revisiones temáticas con 1 600 referencias, el *Marmot Review* pone en evidencia la existencia de un gradiente social de la salud (cuanto más baja la clase social, peor su salud) y la necesidad de actuar sobre los DSS por medio del universalismo proporcional (acciones dirigidas hacia todos, pero con atención focalizada hacia los grupos con mayores desventajas, sin estigmatizarlos) para reducir las inequidades en salud, actuando en seis objetivos políticos:

- asegurar las mejores condiciones para el desarrollo de los niños desde su concepción hasta la edad adulta;
- permitir que las personas tengan el control de su vida;
- crear buenas condiciones de trabajo;
- asegurar un buen entorno de vida y medio ambiente;
- desarrollar comunidades y lugares saludables y sostenibles;
- reforzar el papel de la prevención.

El mismo autor, en relación a la necesidad de fundamentar las decisiones en evidencias de eficacia, subraya cómo sobra evidencia acerca de las relaciones entre los factores sociales y ambientales y los resultados de salud y sobre lo que hay que hacer a nivel internacional, nacional y local para reducir las inequidades en salud (12).

Cabe, en fin, destacar cómo un reciente informe de la *Oslo Commission on Global Governance for Health* muestra que, en el actual panorama de la gobernanza global, las asimetrías de poder entre actores con intereses en conflicto influyen de manera decisiva en los determinantes políticos de la salud (13). El informe analiza disparidades y dinámicas de poder existentes en el ámbito de políticas que afectan la salud y que, a su vez, demandan un mejoramiento de la gobernanza global: crisis económicas y medidas de austeridad, propiedad intelectual, tratados sobre inversiones extranjeras, seguridad alimentaria, actividades empresariales

transnacionales, inmigración ilegal y conflictos violentos. Entre las disfunciones del sistema de gobernanza global que el informe identifica, se mencionan:

- el déficit democrático: la participación y la representación de algunos actores, como la sociedad civil, los especialistas en salud y grupos marginalizados son insuficientes en los procesos decisivos;
- débiles mecanismos de rendición de cuentas: métodos inadecuados de contención de poder y escasa transparencia hacen difícil responsabilizar a los actores por sus acciones;
- inmovilidad institucional: normas, reglas y procesos decisivos son insensibles a los cambios de necesidades y mantienen disparidades de poder enraizadas, lo que provoca efectos adversos sobre la distribución de la salud;
- espacio político inadecuado para la salud: a nivel nacional y global existen mecanismos inadecuados de protección de la salud en las arenas de formulación de políticas externas al campo de la salud, lo que resulta en la subordinación de la salud a otros objetivos.

Finalmente, en una serie de áreas de formulación política, hay una ausencia casi total o incluso total de medidas internacionales (como, por ejemplo, tratados, fondos, cortes o formas más blandas de regulación, como normas y directrices) que protejan o promuevan la salud.

Al hablar de participación y representación de actores sociales, disparidades y dinámicas de poder, papel de las políticas macroeconómicas, públicas y sociales se encaran dimensiones conceptuales y operativas que son comunes a los campos de la cohesión social y de la equidad en salud. No se puede pensar en el bienestar de las personas sin involucrarse en las dimensiones sociales del proceso de determinación del estado de salud de las personas, lo que pone en evidencia cómo el peso de esta determinación cae principalmente por fuera del sistema de salud. De hecho, distintos estudios, al intentar cuantificar el peso de los servicios de salud en determinar el estado de salud de las personas, han evidenciado cómo estos contribuyen en un porcentaje que varía desde 15% hasta 43%, reservando a los factores socioeconómicos y ambientales una responsabilidad en la determinación del estado de salud que varía desde 57% hasta 85% (14–16).

### Monitoreo de la equidad en salud y actividades de EUROsociAL

Medir desigualdades en el estado de salud a partir del enfoque de DSS constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en salud y es condición indispensable para analizar sus determinantes y fundamentar una acción orientada al logro de más equidad en salud. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y fundamentar un juicio sobre la injusticia de estas causas (4, 5).

La OMS, a través de la CDSS (17), propone, entre las líneas de acción para contrarrestar las inequidades en

salud, “medir la magnitud de las inequidades en salud y sus factores determinantes, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos a ese respecto” y solicita que los gobiernos nacionales “pongan en marcha sistemas nacionales de monitoreo de la equidad en salud que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud”. Entre las distintas actividades llevadas a cabo por la OMS relativas a la medición y al monitoreo de las desigualdades, cabe destacar el manual *Health Inequality Monitoring*, que ilustra en detalle las características del proceso de monitoreo, desde su definición, las fuentes de datos, las medidas simples y las complejas de las desigualdades de salud, hasta la comunicación de los resultados para informar a tomadores de decisión y formuladores de políticas (18).

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su plan estratégico 2014–2019, adopta un enfoque de determinantes sociales desde una perspectiva transversal a sus políticas y promoviendo el desarrollo de alianzas y redes con diversos sectores de la sociedad. Hace explícitas metas cuantitativas de impacto en equidad en salud, mediante indicadores de brecha y gradiente de desigualdad absoluta y relativa (19).

Las actividades de EUROsociAL en relación a la equidad en salud y a su monitoreo se fundamentan en la literatura científica disponible y se alinean con los esfuerzos de las instituciones nacionales y regionales para contrarrestar las inequidades en salud. De hecho, EUROsociAL aborda las temáticas en que los gobiernos de América Latina han mostrado un interés específico y se inserta en procesos de reforma que resulten prioritarios para ellos en el área temática de salud: Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Panamá, Perú, México, Paraguay y Uruguay. En estos países, EUROsociAL actúa como facilitador, poniendo a disposición de las instituciones el conocimiento de experiencias análogas en otros países de América Latina y de Europa. Los instrumentos del programa incluyen asistencias técnicas, pasantías, visitas de intercambios, talleres de trabajo, seminarios y cursos.

A nivel regional, EUROsociAL ha presentado un modelo de monitorización de las desigualdades sociales de salud con la finalidad de ser utilizado para la definición de prioridades (20). El modelo se inspira en estudios longitudinales italianos (21, 22), utiliza datos individuales y pone en relación la información sanitaria con datos sociodemográficos y socioeconómicos, lo que permite identificar diferenciales en la distribución social de los principales determinantes y factores de riesgo para la salud y sus resultados, en todo un territorio nacional y en cada repartición geográfica. A este respecto, EUROsociAL ha llevado a cabo una encuesta en los nueve países latinoamericanos que participan en el área temática de salud para evaluar la posibilidad real de efectuar un cruce de archivos (del sistema de salud y de las estadísticas nacionales) a través de procesos de *record-linkage* (enlace de datos de distintas fuentes). En relación a las fuentes de datos, la información

recogida evidencia que 75% de los países participantes posee actualmente activa al menos una encuesta sanitaria con al menos un indicador de posición socioeconómica entre la información recogida. La mitad de estos contiene al menos uno de los dos estratificadores consensuados entre los países en la reunión organizada por EUROsociAL en Costa Rica en 2013, que son el nivel educativo y el nivel de ingresos. Con respecto a la predisposición de las fuentes para efectuar procesos de *record-linkage* que permitan el cruce de información entre los diferentes archivos, 75% de los países ha declarado poseer la infraestructura necesaria para efectuarlos, ya sea entre fuentes sanitarias entre sí, como entre fuentes sanitarias y no sanitarias de carácter demográfico.

De la información recogida surgen dos tipos de recomendaciones (20). Por un lado, en el caso de ausencia de estratificadores sociales en las fuentes del sistema de salud, habría que evaluar la posibilidad de incorporar las variables consideradas para el monitoreo de la equidad (al menos un estratificador de los escogidos en el taller de Costa Rica de 2013); en esta misma línea, en aquellos países que ya tienen en curso una encuesta permanente sobre salud (o que prevén en sus planes de desarrollo incorporar tal sistema) se debe introducir al conjunto de variables recogidas al menos uno de los estratificadores en cuestión. La segunda recomendación se refiere a evaluar la posibilidad real de efectuar cruce de archivos (del sistema de salud y de las estadísticas nacionales) a través de procesos de *record-linkage*, estimulando la construcción de un “estado de situación” de las fuentes disponibles en cada territorio, teniendo en cuenta los ejemplos de los estudios longitudinales italianos.

En Colombia, EUROsociAL ha brindado asistencia técnica al Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud (ODES) y para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores que contribuyen al logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública, actuando en los DSS (23).

En Uruguay, EUROsociAL ha apoyado el desarrollo a nivel nacional del Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) por medio de un curso organizado conjuntamente con la OPS sobre la medición de los DSS, una visita de intercambio a Colombia (ya que este país desarrolló un modelo de monitorización de la equidad en salud) y asistencias técnicas dirigidas a la revisión de las fuentes de información disponibles y a la implementación del estudio piloto del SVES. En septiembre 2014, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay publicó el primer informe “Inequidades en Salud y sus Determinantes Sociales en Uruguay” (24).

El Gobierno del Perú viene implementando, desde 2013, una reforma de salud que busca universalizar la protección social, de manera que la población se beneficie de manera progresiva de la acción del Estado para mejorar los determinantes de salud. El documento “Lineamientos y medidas de reforma del sector salud”,

que guía las acciones de la reforma, indica la necesidad de disminuir la inequidad en salud a través de acciones de carácter multisectorial e integral. EUROsociAL, fomentando la cooperación entre las administraciones públicas de distintos países de América Latina y explorando vías de aprendizaje mutuo e incentivando el establecimiento de relaciones estables entre instituciones latinoamericanas, ha organizado una visita de intercambio de representantes del Ministerio de Salud y del Programa de Apoyo para la Reforma del Sector Salud (PARSALUD) al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para conocer el Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO), del que el ODES forma parte. Las actividades de EUROsociAL en el Perú están orientadas a fortalecer el sistema nacional de información en salud, que incluye la caracterización de las fuentes de información y la implementación del Repositorio Nacional de Información en Salud (REUNIS) y el Observatorio de Políticas Públicas relacionadas al proceso de inversión en salud, iniciativa intersectorial del Programa Nacional de Inversiones en Salud-PRONIS, que inicialmente involucra al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Economía y Finanzas de Perú.

## CONCLUSIONES

La medición y el monitoreo de las desigualdades constituyen el primer paso para definir prioridades y tomar decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir las inequidades en salud. Transformar en decisión política la información brindada por la medición sistemática de las desigualdades sociales en salud y por el monitoreo de la equidad en salud es un desafío que requiere la integración entre los investigadores y las instancias decisorias.

Los esfuerzos de EUROsociAL en el área temática de salud se focalizan en la monitorización de la equidad con énfasis en los determinantes sociales de la salud y apoyan las estrategias de acción intersectorial que se basan en este enfoque. Para que haya más cohesión social y equidad en salud, es de fundamental importancia dirigir la acción hacia la raíz del problema y los determinantes estructurales y sociales de las inequidades en salud, actuando en “las causas de las causas”.

**Agradecimientos.** La autora quisiera agradecer a Oscar Mújica, OPS, por sus comentarios, sugerencias y disponibilidad en brindar seguimiento científico al área temática de equidad en salud del programa EUROsociAL II.

La autora ha desarrollado el manuscrito en el marco de las actividades del Programa de la Unión Europea para la Cohesión Social en Latinoamérica, EUROsociAL II (DCI-ALA/19.09.01/2010/255-577).

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPS/PAJPH y/o de la OPS.

## ABSTRACT

**Social cohesion as a basis for health-equity-oriented public policies: reflections from the EUROsociAL program**

EUROsociAL is a European Union program for social cohesion in Latin America. The main objective of this essay is to present the conceptual elements underpinning the activities of the EUROsociAL program in the

health thematic area, with special attention to their equity aspects. It considers the concepts of social cohesion, equity in health, and the relationship between the two in EUROsociAL, and addresses monitoring of equity in health as a basis of action toward improvement focusing on social determinants of health.

**Key words:** equity in health; intersectoral action; public policies.

## REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas (CEPAL). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, 2007.
2. Durkheim E. *De la Division du Travail Social*. París: Presses Universitaires de France; 1893.
3. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5/6):302–9.
4. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1990.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Publicación Científica y Técnica No. 585. Washington, D.C.: OPS; 2002.
6. Organización Mundial de la Salud. *Registros oficiales de la Organización Social de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 1946:100.
7. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponible en: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) Acceso el 4 de junio de 2015.
8. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. En: Evans et al. (eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP; 2001.
9. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
10. Organización Mundial de la Salud. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud; 2011.
11. Marmot M. *Fair Society healthy lives: The Marmot Review*. England; 2010.
12. Marmot M, Allen J. Social Determinants of Health Equity. *AJPH*. 2014;(4)104: S517–9.
13. The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383:630–7.
14. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*. 2002;(2)21:78–93.
15. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. *AB/NWT 2002*, citado en Kuznetsova, D. *Healthy places: Councils leading on public health*. London: New Local Government Network; 2012. Disponible en: [www.nlgn.org.uk/](http://www.nlgn.org.uk/)
16. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller, F. The role of medical care in determining health: Creating an inventory of benefits. En: *Society and Health* ed Amick III et al. New York: Oxford University Press; 1995:305–41.
17. WHO Commission on Social Determinants of Health (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.
18. *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization; 2013.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019*. Washington D.C.: OPS; 2013.
20. Zengarini N. *Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud*. Documento de Trabajo n° 11. Serie: Guías y Manuales. Área: Salud. EUROsociAL; 2015.
21. Marinacci C, Grippo F, Pappagallo M, Sebastiani G, Demaria M, Vittori P, et al. Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007. *Eur J Public Health*. 2013; 23(4):582–7.
22. Marinacci C, Spadea T, Biggeri A. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of North West Italy. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:199–207.
23. Presidencia de la República de Colombia Decreto 859 del 6 de mayo de 2014. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/MAYO/06/DECRETO%20859%20DEL%2006%20DE%20MAYO%20DE%202014.pdf> Acceso el 30 de julio de 2015.
24. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. *Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay*. Sistema de vigilancia de la equidad en salud. Documento n° 1. Disponible en: [www.msp.gub.uy/sites/default/files/INFORME\\_SVES\\_Documento\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INFORME_SVES_Documento_1.pdf) Acceso el 4 de junio de 2015.

Manuscrito recibido el 3 de agosto de 2015.  
Aceptado para publicación, tras revisión, el 30 de septiembre de 2015.