

DISEÑO DE UN OBSERVATORIO DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD PARA BOGOTÁ

AUTORES

DARÍO RESTREPO BOTERO, Filósofo, MSc,
Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
PATRICIA MARTÍNEZ BARRAGÁN, Administradora de Empresas, MPH,
Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
● OSCAR RODRÍGUEZ SALAZAR, Economista e Historiador, PhD, Grupo de
Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de
Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
FÉLIX MARTÍNEZ MARTÍN, MD, MPH,
Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
OSCAR FRESNEDA BAUTISTA, Sociólogo MSc,
Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
NELLY CÁLIZ, ENFERMERA, MSc,
Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
MARIO HERNÁNDEZ, MD, MSC, PhD,
Grupo de Investigación en Historia de la Salud, Centro de Historia de la Medicina,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

CORRESPONDENCIA

Dario Indalecio Restrepo Botero,
Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID),
Facultad de Ciencias Económicas,
Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá,
Unidad Camilo Torres, Carrera 50 No. 27-70. Bloque B4,
Tel: 316 50 00 Ext 18711, Fax. 316 51 25.
Correo electrónico: mpmartinezb@unal.edu.co

REVISIÓN DE PARES EXTERNOS

Fecha recibido: 23-11-06
Fecha revisado: 14-01-07
Fecha aceptado: 27-04-07

RESUMEN

El artículo recoge los resultados del trabajo realizado por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco del convenio interadministrativo con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), para la elaboración de una propuesta de diseño de un observatorio de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá. Con tal propósito se realizó una revisión minuciosa del debate internacional y nacional sobre el tema de la equidad en salud, como punto de partida para la formulación de un enfoque teórico para el observatorio. Adicionalmente se revisó la experiencia de los observatorios de equidad en salud de las ciudades de Londres, Bruselas y Montreal, como referentes internacionales para el diseño. Con base en lo anterior, se elaboró una propuesta de diseño del observatorio que incluye el enfoque teórico adoptado, los objetivos, los procesos centrales, los métodos y la estructura básica de operación. Tratándose de un diseño, la operación del observatorio será el resultado de nuevas decisiones institucionales, si se considera que la propuesta presentada aquí tiene lugar, importancia y viabilidad para el futuro de la ciudad.

Palabras clave:

Equidad en salud, observatorio, Bogotá.

ABSTRACT

The article summarizes the results of the work done by the Social Protection Group of the Development Investigation Center (CID) of the Faculty of Economic Sciences of the National University of Colombia, according to the interadministrative agreement with the District Secretary of Health (SDS), for the elaboration of a design proposal for an observatory for equity in quality of life and health in Bogotá. With this in mind, they undertook a minute review of national and international debates on the subject of equity in health, as a point of departure for the formulation of a theoretical basis for the observatory. Additionally they reviewed the experiences of such equity in health observatories in cities such as London, Brussels, and Montreal, as international referents for the design. Based on the above, they created a design proposal for the observatory that includes the adopted theoretical focus, the objectives, the central processes, the methods and the basic structure of the operation. Speaking of this design, the operation of the observatory will come about through new institutional decisions, if the present proposal is considered to be important and viable for the future of the city.

KEYS WORDS:

Equity and Health, Observatory, Bogota.

INTRODUCCIÓN

Este artículo representa, al mismo tiempo, un final y un comienzo. En él se presenta, de manera sintética, el resultado del proceso de discusión y construcción colectiva que dio lugar a la propuesta del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá; pero también, el carácter de diseño implica el comienzo de un nuevo esfuerzo colectivo para poner en marcha esta iniciativa, con la viabilidad y la sostenibilidad que requiere incorporar la equidad en las decisiones públicas y en el cotidiano de la sociedad bogotana.

El documento consta de cinco partes que dan cuenta del diseño del Observatorio: la primera presenta la justificación para la creación de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad; la segunda, muestra el enfoque propuesto a partir del debate internacional sobre el tema; la tercera, expone el objetivo central del Observatorio y cuatro objetivos estratégicos que orientan la estructura de procesos; la cuarta, muestra los procesos centrales del Observatorio, sin entrar en los detalles técnicos para facilitar la lectura y la discusión; la última parte se concentra en los aspectos organizativos del Observatorio, con base en tres opciones y una propuesta de fases de implementación.

¿POR QUÉ UN OBSERVATORIO DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD PARA BOGOTÁ?

El argumento central presentado por la administración distrital de Luis Eduardo Garzón, para la formulación de la política de salud para la ciudad en 2004, fue encontrar una ciudad más moderna, pero también, más desigual. Todos los indicadores habituales de salud habían mejorado en términos globales en los últimos diez años, pero las desigualdades entre las localidades de la ciudad comenzaban a hacerse evidentes e importantes. Al lado de esta situación, se encontró un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que, a pesar de sus altas coberturas de aseguramiento en los dos regímenes, contributivo y subsidiado, presentaba serios problemas de fragmentación, barreras de acceso y desigual atención para ricos y pobres. Las acciones preventivas también presentaban problemas, en especial, en aspectos tan importantes como las bajas coberturas de vacunación para las enfermedades prevenibles de niños y niñas. Además, la participación social en salud se concentraba en la dinámica del consumidor individual de los servicios de salud con un debilitamiento de la participación social y comunitaria.¹

Esta situación se relacionaba con el incremento de la pobreza en la ciudad en el mediano plazo, medida por el indicador de línea de pobreza, dado el incremento del desempleo, la informalidad y la mala calidad del empleo, producto de los procesos de flexibilización laboral en la etapa de ajuste estructural iniciado en el país a mediados de los años 80. La permanencia del conflicto armado por más de 40 años y el consecuente desplazamiento forzado de grandes masas de población hacia la Capital había aumentado, aún más,

la presión sobre los recursos escasos de la administración distrital para sus programas sociales. En estas condiciones, la política de salud y la política social en su conjunto se orientaron hacia la garantía de los derechos humanos interdependientes, con el esfuerzo aunado de la sociedad civil y del Estado, bajo el lema *Bogotá sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, el cual dio título al Plan Distrital de Desarrollo para el período de gobierno.² En este marco, el sector salud se planteó el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud, adoptó un enfoque promocional de la calidad de vida y la salud de la población, y organizó una serie de estrategias ordenadas por la Atención Primaria en Salud (APS), para generar procesos de transformación del sector que le permitieran orientar a todos los actores del sistema de seguridad social en salud hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y, sobre todo, la superación de inequidades en salud.

Con base en lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud se interesó cada vez más en la medición de tales inequidades, como referente actual y futuro de los avances que en este campo se requieren, y como recurso de seguimiento y evaluación de las políticas públicas orientadas por la equidad en la ciudad, no solo en el sector salud. De allí resultó la necesidad de incorporar en el esfuerzo a un actor académico, en este caso, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Desde hace seis años, el CID creó el Grupo de Protección Social, conformado por profesores, estudiantes de pre y posgrado e investigadores independientes, alrededor de un programa de investigación sobre el debate actual, las experiencias internacionales y los alcances de la protección social en el marco de los procesos de globalización y de reformas de los estados nacionales desde el último cuarto del siglo XX.

En el contexto nacional la discusión sobre el tema de la equidad en salud es aun precaria. Se reconoce, sin duda, el aumento de la población en condiciones de pobreza e indigencia, pero se asume que el modelo de Gestión Social del Riesgo, promovido por la banca multilateral, en especial el Banco Mundial, podrá paliar la situación mientras llega la bonanza de la economía, derivada del ajuste fiscal desarrollado en las dos últimas décadas. Las alternativas a este enfoque son aún marginales, pese a las evidencias de una gran desigualdad entre ricos y pobres en Colombia, como lo señalan las comparaciones entre países según el coeficiente Gini de distribución del ingreso.

Dada la creciente desigualdad entre países ricos y pobres, y aun al interior de los países, el debate internacional sobre la equidad en salud ha crecido de manera exponencial en los últimos diez años. Si bien, en la década de los 70 y los 80, el debate sobre la equidad parecía quedarse en el ámbito de la academia, en el terreno de la filosofía moral y política, la década de los 90 inició con una articulación explícita entre este debate conceptual y los problemas prioritarios de salud, con el famoso artículo de Margaret Whitehead titulado *Los conceptos y principios de la equidad en salud*.³

La discusión internacional no ha dejado de producir impactos. De hecho, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” intentan proponer esfuerzos diferenciales de todos los países para ganar en equidad y superar las enormes desigualdades que resultan intolerables para la civilización globalizada del siglo XXI.⁴ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha enfocado todos sus esfuerzos en la dirección de la superación de las inequidades en salud y, en alianza con la Fundación Rockefeller, apoya iniciativas globales para la comprensión, el seguimiento e impulso de políticas y esfuerzos sociales para avanzar en equidad en la región de las Américas.⁵ Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la Comisión de Determinantes de la Salud, cuyo énfasis está puesto justamente en el impacto de los determinantes sociales en la perpetuación de las inequidades,⁶ mientras avanza la iniciativa de la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-GEGA) impulsada por instituciones, organismos internacionales, movimientos sociales y académicos por la equidad de diferentes partes del mundo.⁷

En los países y las ciudades capitales también existe interés creciente en el tema de la equidad. Los estudios acumulados comienzan a generar instancias estables para la medición y el seguimiento de los avances, entre los cuales resaltan los observatorios de equidad en salud de Montreal (Québec-Canadá), Londres (Inglaterra) y Bruselas (Bélgica).[†] En América Latina, una de las experiencias más visibles es la “Iniciativa chilena de equidad en salud” financiada por la Fundación Rockefeller, la cual comienza a producir imágenes importantes sobre las inequidades en salud en ese país, para orientar las políticas públicas.⁸

No se trata entonces de una discusión académica. La dinámica mundial apunta a considerar las desigualdades en salud, en particular, aquellas que se consideran injustas por la civilización globalizada del tercer milenio, como asuntos intolerables y reprochables. Los gobiernos nacionales y locales se verán cada vez más sometidos al escrutinio internacional para superar las desigualdades injustas, aun si los mismos afectados por la exclusión y la marginalidad no pueden o no logran demandar cambios profundos en su situación. En estas condiciones, es necesario dotar a la ciudad capital del país de un instrumento institucional permanente de monitoreo, evaluación e investigación de las inequidades en salud, para el apoyo y el impulso de los esfuerzos institucionales, políticos y sociales que conduzcan a su superación y al logro de una sociedad más justa.

FUNDAMENTOS DE LA EQUITAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD

El debate internacional sobre la equidad en salud ha llegado a ciertos acuerdos tanto como a la identificación de posiciones divergentes. El punto de acuerdo más sólido consiste en reconocer que las desigualdades en salud no son necesariamente injustas. Las diferencias entre hombres y mujeres debidas

[†] Para un análisis de estas experiencias véase el informe titulado *Observatorios de Equidad en Salud en tres grandes ciudades. Londres, Bruselas y Montreal*, de mayo de 2006, presentado por el grupo del CID, en el marco de proyecto de diseño del Observatorio.

a las características biológicas ligadas al sexo o entre niños y adultos mayores en función del deterioro fisiológico no pueden ser entendidas como injustas o socialmente inaceptables. Una desigualdad en salud entre personas o grupos sociales es inequitativa cuando se valora a la luz de un principio de justicia, más específicamente, de justicia distributiva. Desde tal valoración es posible afirmar que una desigualdad es injusta y sólo en ese momento se considera una inequidad.⁹

Las divergencias comienzan cuando entra en escena lo que se entiende por justo y se aplica a una idea de salud. Si la salud se define como no estar enfermo y, por lo tanto, la justicia sólo aplica a la posibilidad de ser atendido cuando se está enfermo, la valoración de lo justo se concentra en el acceso a los servicios de salud, según la necesidad de atención de las personas. Pero si se amplía el concepto y se asume la salud como el potencial de capacidades humanas para el desarrollo de la vida y la realización de los proyectos de vida en las mejores condiciones posibles, logradas por la humanidad en su conjunto, la valoración de lo justo es a otro precio.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, lo justo tiende a valorarse a partir de la ubicación de cada individuo respecto del sistema de servicios, desde el punto de vista de sus aportes económicos, de los resultados obtenidos, de su satisfacción como usuario o de los impactos económicos desfavorables para su familia o sus dependientes, tal como lo presenta el Informe de la OMS en el año 2000, sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. De allí el énfasis de dicho informe en la “equidad financiera” de los sistemas y su esfuerzo en comparar los aportes de los pobres y de los ricos a la financiación del sistema de servicios.¹⁰ Pero esta perspectiva tiende a ocultar las diferencias existentes entre grupos sociales en función de alguna condición tan obvia como su ubicación laboral, su lugar de vivienda, su raza o su género. De allí que la perspectiva individual no fue bien recibida en la comunidad académica y política mundial.^{11, 12, 13}

Las divergencias mayores aparecen cuando se asume alguna concepción de la justicia. Por ejemplo, bien podría adoptarse una perspectiva clásica o neoaristotélica de la justicia y afirmar que la distribución de los beneficios en salud resultan de la justa distribución natural de las dotaciones iniciales y las virtudes humanas, y que lo justo sería adaptar las decisiones a la proporcionalidad natural, de manera que corresponda un beneficio proporcional al lugar que las personas ocupan en la sociedad.¹⁴ La versión religiosa de esta opción implicaría aceptar que la distribución no depende de las decisiones humanas sino de la voluntad divina o del destino. También por esta vía se aceptarían muchas desigualdades como justas o, por lo menos, por fuera del control humano, como tiende a pasar en muchas comunidades pobres rurales y urbanas de países en desarrollo, incluidas las de Bogotá.

Podría adoptarse también, una perspectiva claramente neoliberal, al estilo de Friedrich von Hayek o de Robert Nozick, según la cual, la distribución de la asistencia sanitaria es justa si corresponde a la “justa adquisición” de los bienes, siguiendo al liberal clásico John Locke, esto es, en función del trabajo,

la compra o la herencia. Quien no tenga cómo adquirir los bienes y servicios puede ser socorrido, pero no en razón del principio de justicia, sino del de beneficencia voluntaria, que sustenta la caridad. De esta manera, los estados no estarían obligados a garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, más allá de proteger la integridad física de las agresiones de otros individuos. Por el contrario, intervenir en la distribución de la asistencia médica sería un abuso o intromisión del Estado en los asuntos privados, la libertad individual y la justa retribución de los méritos.¹⁵

Desde la perspectiva utilitarista, la distribución tendría que ofrecer el máximo bienestar al máximo de personas, de manera que no importaría la distribución desigual entre unos y otros, pobres y ricos, si el impacto sobre la salud global de la población es el mismo.¹⁶ Desde esta visión, el bienestar se asimila a utilidad general, y ésta se entiende como el resultado de la satisfacción de los deseos de la suma de individuos involucrados. Desde allí, la distribución justa depende del concepto de utilidad marginal. Ésta consiste en la magnitud del cambio en la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional, y se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo, menor es la utilidad marginal. De esta forma, sería equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo, que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de consumo, para que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente. De allí que los utilitaristas crean que el óptimo de Pareto es la mejor distribución y que éste, se logra gracias a los mercados privados, más que a la intervención del Estado.¹⁷

De otra parte, la perspectiva marxista del igualitarismo social no necesariamente implica una distribución igual para todos. El mismo Marx, partió de la máxima del socialista utópico francés del siglo XIX, Luis Blanc, según la cual “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”.¹⁸ El igualitarismo puede resultar de una distribución de los resultados en salud en el largo plazo, como ha ocurrido en los países socialistas, o en la distribución igual de oportunidades para el desarrollo de capacidades, como ha planteado Amartya Sen.¹⁹

La perspectiva de John Rawls²⁰ es una de las más difundidas. El punto central de Rawls está en la imparcialidad (*fairness*) de las reglas de la distribución, según las cuales, ésta sólo sería justa si beneficia a todos por igual o si beneficia a quienes están en peores condiciones. Esta distribución resulta de la adopción de un “velo de ignorancia” que permita ponerse en el lugar de las minorías, y de una “posición original”, esto es, un consenso político de corte kantiano, desde el cual se considera un ideal de sociedad justa entre iguales. El planteamiento resulta atractivo, en especial, por la idea de una sociedad de justa cooperación, pero también se ha criticado por abstracta y desconocedora de las desigualdades en el punto de partida. De allí que varios seguidores de Rawls hayan tratado de identificar qué podría entenderse como “bienes sociales primarios” o “libertades básicas”²¹ con algún tipo de referente. Daniels,²² ha resuelto el asunto identificando los servicios de salud

necesarios para el mantenimiento de la organización funcional típica de la especie humana, y Fried,²³ con los derechos positivos hasta lograr un mínimo decente de “bienes esenciales”.

El desarrollo de la teoría de los derechos humanos ha mostrado una posición similar a la de Rawls y a la de Sen. De hecho, las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes. A pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, se requiere que también tengan la “capacidad” de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes. Este esquema de capacidades y realizaciones específicamente aplicado al campo de la salud busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar la asistencia sanitaria y propiciar o promover el buen estado de la salud para todos los individuos y grupos sociales. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que, para ejercer la libertad, se requieren condiciones y medios materiales garantizados en calidad de derechos ciudadanos y deberes del Estado.²⁴

El problema de la valoración de lo justo en salud no se resuelve solamente desde la teoría. Es también el resultado de las relaciones sociales y políticas de las sociedades concretas. Toda sociedad fija unos valores morales y normativos que se convierten en derechos aceptados para los ciudadanos y ciudadanas. Éste es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción razonable y por consenso, como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls. Para el caso que nos ocupa, la propuesta consiste en entender lo justo en salud de una manera amplia, que permita dialogar con el debate internacional y, al mismo tiempo, construir parámetros propios para la sociedad bogotana en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Más que la definición escueta de un parámetro para la distribución de bienes y servicios en materia de salud, conviene adoptar dos elementos claves para definir lo justo en salud. De una parte, una concepción amplia de la salud, entendida como el desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas, y usar como referente aquella sociedad que haya logrado el máximo de tales desarrollos para sus miembros. De otra parte, una relación explícita entre la desigualdad en salud de que se trata y la causalidad de la misma. Si se trata de una condición derivada de las diferencias biológicas o fisiológicas de las personas, no podrán ser consideradas injustas. Pero si se derivan de una condición de ventaja o desventaja de los grupos sociales, en virtud de la posición social que ocupan en una sociedad concreta, deben ser reconocidas como injustas y generar el esfuerzo colectivo de la sociedad y del Estado para su superación.^{25, 26}

Si bien es posible construir un observatorio sobre la base de una concepción implícita de equidad en salud, es preferible presentar a la sociedad y a las instituciones del Estado una propuesta suficientemente clara del sustento teórico, para que sea también objeto de discusión, aprobación

y legitimación social. Se propone entender la equidad en salud como la valoración deliberada de las desigualdades en la situación de salud de los grupos sociales, desde una concepción de justicia que tiene dos referentes centrales:

Lo justo en salud es aquella distribución de las condiciones de vida que permite a las personas gozar de oportunidades para desarrollar sus capacidades y realizar sus proyectos de vida, prevenir y superar las enfermedades. Entre esas condiciones está el acceso a los servicios de salud.

Con base en lo anterior, lo justo en salud se realiza cuando se garantiza a todas las personas los derechos humanos interdependientes, y no solamente, la asistencia médica cuando se está enfermo.

De allí resulta una valoración de las desigualdades en salud como injustas, en particular, si cumplen las siguientes dos condiciones:

Cuando las desigualdades son el resultado de desventajas sistemáticas de un grupo social específico respecto de otros, debida a la posición social, bien sea por poder, riqueza o prestigio, por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, educativa, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentra.

Cuando son el resultado de una falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos.

De esta forma, se propone que el observatorio se construya sobre la base de conceptos y métodos que permitan relacionar, de manera sistemática, la situación desigual de salud de las poblaciones en los territorios de la ciudad, con las condiciones que generan tales desigualdades para valorarlas como justas o injustas. Por lo anterior, también se trata de valorar las relaciones entre los resultados en salud y las condiciones de vida, de mejor o peor calidad, de los grupos sociales. De allí la insistencia en hablar de equidad en calidad de vida y salud.

El concepto de calidad de vida se puede entender como un mediador entre los determinantes estructurales de las inequidades y la situación cotidiana de las personas, en especial, cuando se piensa en el ejercicio de la autonomía, en sus niveles cotidianos de expresión, esto es, la autonomía funcional, afectada por la enfermedad y la discapacidad, la autonomía socioeconómica para valerse por sí mismo, y la autonomía política en el sentido de la posibilidad de emancipación. Las limitaciones para el ejercicio de la autonomía, según la posición social de las personas, son desiguales. Por esto, la relación entre autonomía y equidad es fundamental.

Las relaciones entre salud y calidad de vida aparecen claramente en la política distrital de salud, desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud que la orienta.²⁷ Este enfoque ha permitido una mayor articulación del sector salud con otros sectores, tanto en la formulación de políticas públicas, como en la realización de programas específicos y en la prestación de los servicios sociales para las poblaciones en peores condiciones. Al mismo tiempo, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo, el enfoque ha permitido

avanzar en la garantía de derechos interdependientes. No se trata de pensar que los derechos relacionados con la calidad de vida dependen del sector salud, sino de afianzar la idea de que la superación de las inequidades en salud requiere afectar las desigualdades en la calidad de vida de las poblaciones.

OBJETIVO CENTRAL DEL OBSERVATORIO

Promover y apoyar los esfuerzos institucionales, políticos y sociales tendientes a la reducción de las inequidades en salud en la ciudad de Bogotá, como estrategia para alcanzar una sociedad más justa. Para ello, el observatorio mide, analiza, divulga, propicia el debate público y promueve la formulación de políticas públicas para la superación de las inequidades en salud para garantizar el derecho a la salud. Las inequidades en salud son desigualdades en la situación de salud, en sus determinantes y en el acceso a los servicios de salud entre grupos sociales, que se consideran injustas porque se derivan de ventajas o desventajas sistemáticas entre ellos, originadas en la posición social de las personas y en el incumplimiento de los derechos humanos interdependientes.

Del objetivo central se derivan los siguientes objetivos específicos:

- ◊ Medir, hacer seguimiento, evaluar e investigar las inequidades en calidad de vida y salud en la ciudad, con énfasis en la comparación territorial de las poblaciones y grupos sociales.
- ◊ Propiciar la formulación o adecuación de las políticas públicas distritales o nacionales, con orientación hacia la equidad en calidad de vida y salud de la población de Bogotá, en los escenarios correspondientes y con los actores pertinentes.
- ◊ Apoyar y aportar elementos para la movilización social e institucional por la equidad en calidad de vida y salud de las poblaciones y los territorios de Bogotá.
- ◊ Realizar un proceso sistemático de autoevaluación de los logros, resultados e impactos del Observatorio, en función de las ganancias en equidad en salud y calidad de vida de la población de Bogotá.

LOS PROCESOS CENTRALES DEL OBSERVATORIO

Siguiendo las recomendaciones de GEGA,²⁸ el Observatorio realizará cuatro grandes procesos para desarrollar su objetivo central: monitoreo, evaluación e investigación sobre la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá; impulso o “abogacía” de políticas públicas para la equidad; comunicación, participación y movilización por la equidad; y evaluación de sus impactos en las ganancias de equidad en salud. A continuación se describen cada uno de ellos.

Monitoreo, evaluación e investigación sobre equidad en calidad de vida y salud

Monitorear significa hacer seguimiento permanente o periódico de un proceso o un cierto aspecto de la realidad bien definido. Evaluar implica someter una situación, un proceso o un aspecto de la realidad a una valoración respecto de un parámetro establecido previamente. Investigar implica resolver preguntas relacionadas con el por qué de una situación, un proceso o un aspecto de la realidad.

El observatorio realizará un monitoreo periódico de las inequidades en salud, identificadas a partir de un grupo de indicadores pre-establecidos o contruídos con base en investigaciones específicas. Los indicadores se registrarán en el tiempo para trazar tendencias y contruuir proyecciones. Las evaluaciones podrán ser tanto de las inequidades en calidad de vida y salud de las poblaciones, como de las metas de equidad predefinidas por las políticas públicas, como de las políticas mismas, cuando ellas aportan al avance de la equidad en calidad de vida y salud. La investigación se refiere a la exploración de las causas y determinantes de las inequidades en salud, y no de las causas de los problemas de salud.

Los procesos de monitoreo, evaluación e investigación tendrán un componente de participación social, necesario y estratégico. Uno de los aspectos determinantes de las inequidades es la distribución del poder social. Por esto, el Observatorio tendrá una metodología participativa tanto en el momento de la recolección de información, como en el análisis, interpretación y uso de los productos del análisis.

Indicadores prioritarios para el monitoreo y la evaluación

La experiencia de otros observatorios de equidad recomienda la selección de indicadores prioritarios, basados en la información existente, de la mejor calidad y de producción periódica. Después de la identificación de fuentes de información sobre la situación de salud, condiciones de vida, participación social y servicios de salud, desde la perspectiva territorial en el interior de la ciudad, se realizó un proceso de construcción de indicadores coherentes con el enfoque teórico propuesto. La lógica básica que orientó la construcción de indicadores fue la búsqueda de relaciones entre la posición social de los grupos sociales y cinco grupos de expresiones de desigualdad:^{29 30 31 32}

- ◊ En las oportunidades para el desarrollo humano.
- ◊ En la exposición diferencial y la vulnerabilidad diferencial frente a riesgos para la salud, en relación con resultados en salud de corto plazo.
- ◊ En las respuestas sociales e institucionales disponibles.
- ◊ En los resultados en salud de largo plazo.
- ◊ En las consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud.

Las desigualdades en la participación social, la representación política y el ejercicio de autonomía de las personas y grupos sociales en las decisiones relacionadas con su salud ocupan un lugar transversal. La posición social se analizará por variables como la estructura laboral, la estratificación socioeconómica, el máximo nivel educativo alcanzado, el género, la raza, la etnia, la situación de desplazamiento o el ciclo vital, expresadas espacialmente según localidad y, de ser posible, según unidades de planificación zonal (UPZ).

La situación de discapacidad será incluida tanto como ordenador de posición social, como resultado diferencial de largo plazo.

En la perspectiva de la superación de inequidades, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), desarrollada con el enfoque familiar y comunitario, e inicialmente presentada con el nombre de *Salud a su Hogar*, será uno de los aspectos específicos de evaluación por parte del Observatorio.

No obstante, este ejercicio requiere un análisis especial, si se tienen en cuenta las dificultades para obtener información suficiente para comparar con otros territorios, en el detalle con que se maneja la información en las familias involucradas en *Salud a su Hogar*. La Secretaría Distrital de Salud, viene realizando el seguimiento de gestión, de resultados y de productos de la estrategia de APS, incluyendo nuevas modalidades de implantación en los hospitales de primer nivel y fusionados. Este ejercicio se ha aplicado a la población involucrada en la estrategia. Es necesario desarrollar formas de comparación viables, con algunos de los indicadores presentado para el conjunto del Observatorio.

Un programa de investigación para el Observatorio

El Observatorio contará con un programa de investigación permanente sobre las causas y determinantes de las inequidades en calidad de vida y salud, en convenios y trabajo en red con grupos de investigación de las universidades con mayor capacidad investigativa de la ciudad, el país y el extranjero. Dos tipos de investigaciones son necesarias: estudios de largo aliento e investigaciones de carácter coyuntural. Las del primer tipo pueden ser desarrolladas por centros de investigación adscritos a las universidades o por investigadores independientes. Las del segundo tipo están orientadas a detectar la forma como se manifiestan los fenómenos de inequidad en el corto plazo, y podrían tener varias fuentes de información como las encuestas y los modelos de impacto.

El monitoreo o seguimiento permite dar cuenta del comportamiento de las inequidades en el tiempo, pero la investigación permite avanzar hacia las explicaciones de las situaciones encontradas. De esta forma, los indicadores de monitoreo de las inequidades servirán de punto de partida para las investigaciones de corto y largo plazo; sin duda, éstas deberán acudir a nuevos modelos de interpretación de los fenómenos que producen inequidades o que explican los logros y fracasos de las políticas públicas que pretende avanzar en equidad en Bogotá, con perspectiva nacional e internacional.

Para estructurar el programa se proponen las siguientes líneas iniciales:

Construcción de nuevos indicadores de medición de inequidades: si bien, el Observatorio pondrá en funcionamiento algunos indicadores prioritarios, es necesario realizar investigaciones específicas para la construcción de nuevos indicadores que requieren información primaria o nuevas metodologías o nuevas relaciones entre los datos disponibles.

Determinantes estructurales de la equidad en salud: se trata de investigaciones de largo aliento sobre el régimen de acumulación de riqueza nacional y sus relaciones con Bogotá, el comportamiento del mercado laboral, impacto sobre la equidad y la distribución del ingreso, las modalidades de la pobreza en la ciudad, las consecuencias de políticas de privatización de servicios de salud, entre otros asuntos.

Análisis del modelo institucional construido sobre el aseguramiento y sus repercusiones en la equidad: aspectos como la dinámica del aseguramiento, el impacto de la focalización para la superación de las inequidades, población excluida, efectos de la integración vertical de servicios en el acceso y la calidad desiguales, relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores e impacto en equidad, consecuencias de mediano y largo plazo de la transformación de subsidios de oferta en demanda, escenarios de control social y participación ciudadana, balance e impactos de la rectoría del sistema sobre la equidad en salud.

Financiación y equidad: estructura del financiamiento e impactos sobre la equidad, tarifas y efectos en el acceso, dinámica del Sistema General de Participaciones e impacto en la generación o superación de inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá.

Globalización y equidad en salud: impacto de las patentes y precios de medicamentos sobre el acceso a servicios farmacéuticos, impacto de la fuga de recursos humanos, impacto de los capitales extranjeros en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, incorporación inequitativa de tecnología médica.

Estructura administrativa de la Secretaría Distrital de Salud y su papel en el sistema: repercusiones de la organización en el mayor acceso, calidad y oportunidad de los servicios y de la salud pública en función de la equidad.

Procesos participativos y equidad en el largo plazo: análisis explicativos de las formas de participación, movilización y gestión social de la equidad en salud.

Sobra decir que los métodos de investigación serán diversos y acordes con la complejidad de los problemas abordados y además, tratarán de incorporar a los mismos actores a través de metodologías de la investigación-acción-participativa (IAP).

Comunicación, participación social y movilización por la equidad en calidad de vida y salud

Los esfuerzos de monitoreo, evaluación e investigación no tendrán efectos si no cuentan con una estrategia de comunicación sólida y de amplio impacto. El Observatorio es, en sí mismo, una estrategia pedagógica y comunicativa para comprender las causas de las inequidades, presentar a la sociedad los efectos y los posibles correctivos a tales inequidades, y fortalecer la cultura política de la información, el debate y la movilización pública por la equidad en salud. Desde allí, el Observatorio fortalece la capacidad de la sociedad, de la administración pública y de los actores sociales para agenciar políticas por la equidad en salud entre los territorios de la ciudad (barrios, zonas, localidades), entre las clases y los estratos sociales, entre los grupos sociales (mujeres, niños, tercera edad, jóvenes, desplazados), entre las opciones y prácticas culturales, religiosas y sexuales.

En tanto el Observatorio se conciba como una estrategia comunicativa, la plataforma de comunicación debe ser la estructura en la que se articulen líneas de acción y propuestas en función del logro de los objetivos específicos. Los medios y piezas de comunicación se adecuarán a los públicos que se pretende afectar y a los escenarios y las características sociopolíticas de los actores involucrados. En todo caso, el Observatorio tendrá un boletín periódico para garantizar el reconocimiento de su labor de monitoreo, y publicaciones ocasionales a partir de informes especiales de evaluación o de investigación. La página web, tal como ocurre en otros observatorios de equidad, ocupará un papel primordial en la estrategia de comunicación y divulgación. No obstante, teniendo en cuenta que el acceso de los ciudadanos a las nuevas tecnologías es aún muy restringido,[†] se desarrollarán otras modalidades de comunicación en las que se reproduzcan y amplifiquen los contenidos de la página web. En tal sentido, se acudirá a la red de medios alternativos de comunicación de Bogotá, mediante la cual será posible entrar en contacto con grandes sectores de la población afectados por las inequidades en calidad de vida y salud.

Por otra parte, la plataforma de comunicaciones y el Observatorio mismo estarán al servicio de promover la participación y la movilización social concebidas como medio, en la medida en que permiten generar transformaciones sociales, mediante el ejercicio de la ciudadanía en pro-

cura de la equidad en salud. Para lograrlo, los ciudadanos y ciudadanas requieren, en primer lugar, reconocimiento de su condición de sujetos políticos y de su papel en la construcción de lo público. Con tal fin, ellos requieren información clara y precisa, procesos de formación y discusión, escenarios para la construcción de lo público y organizaciones y redes sociales que permitan desarrollar la acción colectiva de manera sostenida y eficaz.

La participación y la movilización social son procesos fundamentales y transversales del Observatorio, desde la recolección y análisis de la información, hasta la toma de decisiones pro equidad en los escenarios pertinentes, articulado al Sistema Distrital de Participación Social, desde el espacio más próximo o barrial hasta las instancias distritales de participación social. No se trata, entonces, de crear nuevos espacios de participación para el Observatorio, sino de poner el tema de equidad en los escenarios existentes.

IMPULSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Este proceso tiene que ver con la gestión del debate público sobre la equidad con el fin de propiciar transformaciones en las políticas públicas para disminuir las inequidades. Esto debe ocurrir en diferentes sectores de la sociedad y del Estado, y no solamente en el interior del sistema de servicios de salud. El proceso de impulso o “abogacía” de políticas pro equidad consta de seis líneas de acción:

Convocatoria a medios de comunicación masiva para la presentación de los resultados de monitoreo, evaluación e investigación. El objetivo es sensibilizar a la sociedad y quienes toman las decisiones públicas sobre la existencia de inequidades, y hacer del tema de la equidad en calidad de vida y salud un asunto de conocimiento, interés y debate públicos. Esto implica una adecuación de los materiales de divulgación a los requerimientos de los medios, diferenciando con precisión televisión, radio y prensa escrita. De esta forma, el proceso de comunicación tiene un lugar estratégico para el impulso de políticas pro equidad.

Convocatoria a instituciones pertinentes del poder ejecutivo. Presentar al poder ejecutivo local, distrital y nacional de manera directa, los resultados del monitoreo, la evaluación o la investigación, con el fin de propiciar el análisis y la discusión de alternativas de acción política para avanzar en la equidad, y acompañar su implantación.

† El módulo de televisión e internet de la Encuesta de Hogares del DANE para 2005 indica que solamente 24.7 % de los hogares tiene computador y que apenas un 11.7% de los hogares colombianos cuentan con acceso a internet.

Gestión de debates en escenarios políticos. Los escenarios políticos por excelencia son los del poder legislativo del orden nacional y distrital. La discusión sobre las inequidades y las alternativas para superarlas en estos escenarios pueden conducir a transformaciones de la legislación que permiten dar pasos ciertos hacia la orientación general de las políticas por la equidad, traducibles a políticas específicas y reasignación de recursos públicos y privados para superar inequidades.

Construcción de alianzas con organizaciones pro equidad. Para propiciar la acción colectiva tanto en el Estado como en la sociedad en su conjunto se identificarán organizaciones sociales y académicas, e instituciones del sector salud, claramente orientadas por la búsqueda de la equidad en calidad de vida y salud.

Realización de seminarios y foros académicos. Los escenarios académicos permiten profundizar en aspectos clave a partir de los resultados del monitoreo, la evaluación y la investigación de las inequidades. De allí resultarán nuevos procesos de construcción de alternativas de solución que puedan incidir en los procesos de toma de decisiones.

Realización de campañas emblemáticas para la superación de inequidades. Una manera exitosa de generar movilización social por la equidad para la transformación de políticas públicas es la realización de campañas de opinión sobre desigualdades que resultan intolerables para la sociedad, como las muertes infantiles injustas y prevenibles entre grupos sociales desaventajados.

En cierta forma, el Observatorio deberá constituirse en referente ineludible para la toma de decisiones del Estado orientadas por la equidad en calidad de vida y salud. Cabe aclarar que la promoción, impulso o abogacía de políticas pro equidad incluye también mecanismos de participación social y debate público. Se ha diferenciado éste del proceso anterior con el fin de mostrar la especificidad de sus líneas de acción y de sus escenarios, como lo recomienda la iniciativa de GEGA.

EVALUACIÓN DEL OBSERVATORIO

El Observatorio construirá formas y mecanismos de autoevaluación de su impacto en el avance de la equidad en calidad de vida y salud de la ciudad. Los procesos y líneas de acción tendrán objetivos y metas evaluables, métodos y procesos de evaluación que culminen en un informe anual de

evaluación de impacto del Observatorio. En particular, interesa evaluar el impacto sobre las políticas orientadas por la equidad y sobre los procesos de movilización social. Se trata de identificar qué tanto influyen los aportes del Observatorio en los actores sociopolíticos del sector salud y de otros sectores sociales en la adopción de la equidad como orientador de la acción colectiva.

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL OBSERVATORIO

Para imaginar la organización institucional del Observatorio debe aclararse que éste no es un sistema de información; es una organización que realiza el análisis de diversas fuentes de información para entender cómo se producen las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá, comunica sus resultados, promueve la movilización y el debate público, y propicia la orientación de las políticas públicas hacia la superación de las inequidades. Por esta razón, el Observatorio debe contar con alta capacidad técnica y académica, aunque debe ser pequeño y flexible.

El Observatorio, para lograr sus propósitos deberá contar con suficiente autonomía institucional, capacidad de incidencia y sostenibilidad social y financiera, tal como ocurre con las experiencias similares de grandes ciudades. Podría ser una instancia de la administración distrital, por ejemplo, como una nueva dependencia de la Secretaría Distrital de Salud, pero tendría la tendencia a evaluar en el corto plazo las políticas de cada gobierno. Podría ser una instancia académica dentro de una universidad, pero tendería a aislarse de la dinámica social y política del sector. Como alternativa, se propone una instancia construida en el marco de convenios interadministrativos entre entidades públicas del sector y universidades públicas y privadas, organizadas en trabajo en red, con responsabilidades previamente acordadas y coordinadas por un pequeño grupo de investigadores y profesionales para desarrollar los cuatro procesos centrales propuestos para el Observatorio. En tal sentido se orienta la acción futura, para evitar las deficiencias de opciones institucionales cerradas y potenciar las ventajas del trabajo grupal y organizado.

Con el fin de poner en marcha el Observatorio de manera realista, ágil y efectiva, se propone adelantar un proceso en cuatro etapas de implementación:

Socialización inicial: la primera fase de implantación deberá consistir en un proceso de socialización de la propuesta con el mayor número posible de actores y entidades relacionados con el tema de equidad en calidad de vida y salud de la ciudad, para obtener la legitimidad necesaria, ocupar un lugar reconocido por muchos actores y facilitar el trabajo futuro del Observatorio.

Desarrollo de todos los procesos con un tema prioritario para la ciudad en materia de equidad: con el fin de poner a probar

todos los procesos y líneas de acción del Observatorio se propone realizar una fase de implementación completa alrededor de un tema prioritario para la ciudad en materia de equidad, fácilmente reconocido por todos los actores y entidades y con alta capacidad de convocatoria pública. El tema puede ser inequidades de la primera infancia, comenzando por la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años entre localidades, como uno de los intolerables de la política de calidad de vida de niños, niñas y adolescentes *Quiéreme bien, quíereme hoy*.

Desarrollo detallado de una batería de indicadores de inequidad prioritarios: simultánea a la fase anterior, es posible adelantar un análisis detallado de los indicadores propuestos para seleccionar y perfeccionar todos los procesos que conducen a la construcción del sistema de monitoreo y evaluación más sólido y realista posible.

Montaje del sistema de monitoreo y evaluación, e iniciación del programa de investigación: esta sería la fase de consolidación de la implementación del Observatorio, con un plan a un año que permita al final del mismo, presentar a la ciudad el conjunto de asuntos prioritarios de equidad y todos los recursos de abogacía de políticas, de comunicación, participación y movilización en marcha.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Convertir la equidad en un proyecto colectivo y hacer de las inequidades en salud asuntos intolerables para cualquier ciudadano o ciudadana de la Capital. Éste es, en últimas, el propósito central de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad como el que se propone. Este documento es sólo un insumo preliminar. Pero un proyecto de esta envergadura requiere la convicción de muchos y la acción colectiva consecuente. De eso se trata, aunque los pasos iniciales sean aparentemente cortos.

REFERENCIAS

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. *Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. Bogotá: SDS; 6-12: 2004.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas Bogotá 2004-2008. Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004. Bogotá sin Indiferencia. *Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*. Bogotá: Alcaldía Mayor, 2004.

3. Whitehead M. *The concepts and principles of equity in health*. *Int J Health Serv* 1992; 22: 249-445.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. *Bol. Epid*, 25; 2004. (2), Junio. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm (consultado en agosto de 2006).
5. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: OPS/OMS, Fundación Rockefeller; 2002.
6. OMS Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health*. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Draft. 5th May, 2005.
7. Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-GEGA). *El Monitoreo de la Equidad. Conceptos Principios y Pautas*. Durban: GEGA, Consorcio de Sistemas de Salud; 2003.
8. Jadue L, Marín F. Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad. s.c., *Iniciativa Chilena de Equidad en Salud*; 2005.
9. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57: 254-258; 2003.
10. Organización Mundial de la Salud-OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000.
11. Braveman P, Gruskin S. *Defining...* op. cit.: 256.
12. Ugá A, Almeida CM, Landmann C, Travassos C, Viacava F, Mendes J, De Rosario Costa N, Buss P, Porto S. Consideraciones sobre el Informe de la OMS 2000. *Rev Salud Pública* 3 (1): 1-12; 2001.
13. Torres M. (Coordinador editorial) ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida; Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES; 2001.
14. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de programas de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: *Introducción a la Bioética*. Bogotá: El Búho, 1991: 62-65. También publicado en: *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108 (5-6): 570-585.
15. Nozick R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books; 149-153, 1974.
16. Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, et al. *Desafío...* op. cit.: 27-35.
17. Capella F. Utilitarismo o naturalismo. *Revista española y americana sobre la ilustración liberal*, 2001; 9: <http://revista.libertaddigital.com/articulo.php/1079> (consultado en marzo de 2006).
18. Gracia D. *¿Qué es...?* op. cit.: 61-86.
19. Sen, A. ¿Igualdad de qué?. En: Mc.Murrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel; 1988 [1979]: 133-156.
20. Rawls, J. *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1997 [1971].

21. Rawls J. Las libertades fundamentales y su prioridad. En: McMurrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel; 1988 [1981]: 9-90.
22. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
23. Fried C. ¿Es posible la libertad? En: McMurrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel; 1988 [1981]: 91-132.
24. Gracia D. ¿Qué es...? op. cit.: 70-75.
25. Braveman P, Gruskin S. *Defining...* op. cit.: 256-257;
26. Peter F, Evans T. *Dimensiones...* op. cit: 33-35.
27. Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud. *Salud a su hogar...* op. cit.: 16-17.
28. Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-GEGA). *El monitoreo...* op. cit.
29. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1998.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*. *Bull World Health Org*, 2005; 83: 948-953.
31. WHO Commission on Social Determinants of Health. *Towards...* op. cit.
32. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T et al. *Desafío...*op. cit.: 13-25.

