

III. Políticas de saúde

condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos

Hugo Spinelli

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

17. CONDICIONES DE SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES: HISTORIAS DE IGUALES, DESIGUALES Y DISTINTOS*

Hugo Spinelli

Our dream is a world free of poverty.

Grabado sobre relieve en el salón de acceso a la sede del Banco Mundial en Washington, D. C.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera década del siglo XX, una serie de hechos termina por constituir lo que se conoce en la actualidad como medicina científica. Los descubrimientos de Louis Pasteur en 1862 y la publicación del Informe Flexner en 1910 son dos referentes insoslayables del proceso anterior, a partir de los cuales se toma de la forma de producción dominante –la máquina– la concepción del cuerpo (Berliner, 1997) y de la causalidad microbiológica, la respuesta a la búsqueda de una teoría de las enfermedades. Ambos hechos constituyen, a partir de entonces, la base del pensamiento dominante en relación con la salud-enfermedad-atención de las personas. Las causas de las enfermedades se conciben como debidas a un microbio, al que basta identificar para encontrar la vacuna que lo neutralice y vuelva a la máquina a su funcionamiento ‘normal’. Así será posible eliminar los problemas sociales, considerados también enfermedades, por ello no tiene sentido su estudio, que es desterrado del campo médico. La medicina se consolida como una ciencia de los individuos (Berliner, 1997). La resolución de los problemas sociales pasa a ser una cuestión de tiempos, una cuestión de la ciencia, una cuestión del progreso.

La idea de progreso se presenta como una de las ideologías preferidas de la cosmovisión moderna. En ese sentido, el sociólogo francés Alain Touraine (1994:65) afirma que “el concepto de progreso es el que mejor representa esta politización de la filosofía de la ilustración”. Con él, la modernidad deja de ser una idea y se convierte en una voluntad, señala una continuidad entre el ‘Siglo de las Luces’ y la ‘Era del Progreso’. ¿Su lema?, “crecer para distribuir”.

* Agradezco los comentarios realizados por los integrantes del colectivo de investigación de la Maestría: Mario Testa, Marcio Alazraqui, Alejandro Wilner, Gabriela Zunino y Marcelo Urquía.

Para los países de América Latina, la propuesta de sustitución de importaciones y el desarrollo económico social aparecen, desde los años 60, como una cuestión evolutiva. Son etapas por alcanzar, de allí la denominación que reciben de ‘subdesarrollados’. El paso siguiente, en la medida en que cumplan los planes, es el desarrollo. Una metáfora sintetiza todo el proceso: la copa de champagne. Había que esperar que se llenara y entonces, al desbordar, alcanzaría a los sectores más postergados –su efecto redistributivo– eliminando la pobreza y la miseria de los pueblos.

Las ideas de progreso y desarrollo trajeron a nuestros países la creación de los sistemas de información que debían dar cuenta de los avances en el área económico-social. En salud, el proyecto se desarrolló a partir del ‘método Cendes-OPS’ (OPS, 1965) que se operacionalizó con diferentes nombres en los países de América y fue el núcleo disparador de las oficinas de planificación de los Ministerios de Salud y del diseño de los sistemas de información en salud.

El desarrollo no fue tal, como resulta obvio. Tan obvio como el incumplimiento de las metas que los distintos gobiernos se propusieron desde la reunión de Punta del Este y a las cuales se fueron sumando las surgidas en las diferentes reuniones de ministros de salud de las Américas y las originadas en Alma Ata. Desde 1961 a la fecha, se plantearon diferentes metas sociales y sanitarias, por ejemplo: erradicar el paludismo, proveer agua potable al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural (Conferencia de Punta del Este Plan Decenal, 1962-1971); Salud para Todos en el Año 2000 (Asamblea Mundial de la OMS, 1977); generar 100% de inmunizaciones a menores de un año, disponer aguas y excretas al 100% de la población (Plan de instrumentación de las estrategias regionales de OPS, 1981) y erradicación del sarampión para el año 2000 (Conferencia Sanitaria Panamericana, 1994). La verificación del incumplimiento de los objetivos planteados no requiere de ninguna especialización sanitaria. Frente a las metas anteriores y los metarrelatos que las sustentaban encontramos un presente, en el que se reconoce que América Latina es el continente más inequitativo del mundo (Alleyne, 2002). El progreso devino en ‘inequidad’.¹ Preguntarnos por qué el futuro de desarrollo se transformó en el presente de desigualdad, es el contexto necesario para entender mucho de lo que discutiremos, pero supera los propósitos de este texto.

La situación de extrema desigualdad de vastos conjuntos poblacionales junto a una mejora de ciertos indicadores de salud a niveles macro, genera no pocas discusiones, a veces tardías, acerca de la validez de estos indicadores. A lo anterior se suma una fuerte debilidad de los sistemas de información para brindar datos desagregados a nivel geográfico, de variables de clase, etnia y/o género y de diferencias en términos de mejoría y de exclusión. Frente a lo anterior, asistimos a un retorno a la búsqueda de indicadores y diseños de sistemas de información, que desdeñan décadas de experiencia en la temática y que además soslayan la discusión acerca de los conocimientos que sustentan dichas lógicas. Esta discusión es la que presentamos a través de cuatro tesis.

¹ Inequidad es lo opuesto a la equidad. No es lo mismo que el diccionario presenta como iniquidad.

Tesis I: El estudio de la relación entre situación de salud y desigualdades sociales es de vieja data en la historia de la salud pública. A pesar de ello, es poco lo que se avanzó, más allá de lo obvio.

Tesis II: Las estadísticas vitales, los sistemas de información en salud y los indicadores de salud en América Latina continúan con problemas de calidad que dificultan la realización de estudios sobre desigualdades, especialmente a nivel local.

Tesis III: Nuevos indicadores que relacionen condiciones de salud y desigualdades sociales, ¿para qué?

Tesis IV: El concepto de equidad resulta insuficiente para abordar la situación de exclusión, cada vez mayor, de importantes sectores de nuestras sociedades.

TESIS I: EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SITUACIÓN DE SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES ES DE VIEJA DATA EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA. A PESAR DE ELLO, ES POCO LO QUE SE AVANZÓ, MÁS ALLÁ DE LO OBVIO

A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cuantificación tiene un avance importante en la medicina y se consolida como sinónimo de científicidad. Comienzan entonces a multiplicarse las aplicaciones aritméticas a temas como la mortalidad, relacionando para ello variables como sexo, ocupación y raza. La cuantificación se transforma en mito y la euforia lleva a considerar a los números como expresión de los éxitos de la medicina. La esperanza en los efectos de la incorporación del método cuantitativo, lleva a considerar a dicho momento como “una revolución en la medicina; que dejaba de ser un arte conjetural para convertirse en una ciencia exacta (...) donde el único camino para la investigación esta dado por las estadísticas” (Shryock, 1961:103). La cuantificación como eje de científicidad terminó por estructurar respuestas totalizantes para problemas complejos, ignorando que hay cosas muy difíciles de medir y que su medición no es necesariamente sinónimo de ciencia. Fue así que se llegó a la abstracción de los hechos, que perdieron su singularidad. Se antepuso la medida a la comprensión del problema, como si entender o medir fueran partes contrapuestas de un dilema sin resolución. Se terminó por confundir el dato con el hecho. Ese énfasis en lo cuantitativo alejó como objeto de estudio a todo aquello que no se sometiera a dicha lógica. Se perdía la diferencia entre lo medido por un instrumento y lo medido (en el sentido de lo mensurado), por lo apropiado (Gadamer, 1993).

Mientras las corrientes dominantes de la medicina avanzaban embelecidas por la cuantificación, en Europa, en el marco de los procesos revolucionarios de 1848, surge el concepto de Medicina Social, que sostiene que las condiciones sociales de la población juegan un papel sustancial en la determinación de las enfermedades. Sus principales exponentes son Rudolf Virchow y

Salomón Neuman, en Alemania; Jules Guérin, en Francia; William Farr, en Inglaterra y Francisco Puccionotti en Italia (García, 1994). El deterioro de las condiciones de vida de las masas obreras incorporadas a la producción industrial por el desarrollo capitalista, origina diversas investigaciones que desde distintos enfoques político-ideológicos retratan las inhumanas condiciones de trabajo y de hábitat a las que son sometidos los obreros (mujeres y niños incluidos). Entre las investigaciones más importantes se encuentran las de Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England* (1845), el de Turner, *Thackrah, On the Effect of Arts, Trades and Professions and of the Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity* (1831) y el informe de Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Class* (1842). La sistematización paulatina de las estadísticas vitales por parte de los Estados, permite en 1820 a Louis Villermé, demostrar las diferencias de mortalidad según la clase social en diferentes ciudades francesas (Shryock, 1961; Rosen G., 1994; Lilienfeld & Lilienfeld, 1976 y Sigerist, 1981). Hacia fines del siglo XIX, las investigaciones sobre las condiciones de trabajo y hábitat empiezan a tener sus correlatos en América Latina. Expresión de ello es el trabajo realizado por Biale Massé: *El Estado de las Clases Obreras Argentinas a Comienzo del Siglo*, publicado por primera vez en 1904 (Biale-Massé, 1985). La dimensión de la cuestión social en el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) cuestionaba el destino biológico que había decidido tomar la medicina respaldada en la cuantificación.

La preocupación por la equidad y sus factores determinantes se ha extendido en estos últimos años en los foros académicos y políticos. Pero no estamos frente a un conocimiento nuevo sino, en todo caso, frente a un redescubrimiento de lo que ya era sabido y defendido por europeos y latinoamericanos desde el siglo XVIII. Johann Peter Frank enseñaba en sus cátedras de las universidades alemanas del siglo XVIII, que la miseria del pueblo era la madre de todas las enfermedades (Sigerist, 1981); por esos años, en América, Eugenio Espejo, más precisamente en Ecuador, relaciona también la pobreza con la enfermedad (Breilh, 2001). Luego se sucede el movimiento de mitad del siglo XIX donde se destaca la figura de Virchow y en el siglo siguiente, la medicina social latinoamericana contemporánea. Todos estos movimientos sostienen de una manera u otra que la salud de las poblaciones no es independiente de la organización social (Rosen, 1988 & 1994; Susser et al., 1973).

A fines de los 70, la Oficina Regional de la OMS para Europa (Euro), comenzó a desarrollar un programa llamado Equidad en la Salud, con el fin de examinar el impacto del desempleo y la pobreza en la salud en los países centrales (Whitehead, 1991). De esta misma época es el *Black Report* (Black et al., 1982) llevado a cabo en Inglaterra y que cumplió un rol relevante en la importancia dada a nivel internacional, al estudio de las desigualdades sociales en salud. Tanto este informe como *The Health Divide* (Whitehead, 1988) alimentaron la posterior sistematización e internacionalización del concepto de equidad en salud, dando lugar a estudios en diferentes países que abordan las inequidades desde distintos conceptos operacionales. Actualmente, agencias internacionales como el Banco Mundial, redescubrieron este viejo problema de las desigualdades en salud, ahora llamadas inequidades en salud (Spinelli et al., 2002). También la literatura anglosajona ‘descubre’ en los últimos años los determinantes sociales del PSEA y pasa a utilizar la categoría determinación, ignorando en sus referencias bibliográficas

la producción que hay en ese sentido en América Latina desde los años 60 (Institute of Medicine, 2003). En los problemas que se abordan pareciera ignorarse lo que Robert Castel (1997) denomina ‘la metamorfosis de la cuestión social’.

No pretendemos limitar el análisis de la equidad en salud a una explicación determinista que se circunscriba a lo económico como una categoría explicativa totalizante. Es innegable que otras categorías intervienen en la relación condición de salud/desigualdades sociales.²

A pesar de la indudable complejización del objeto de estudio y de la persistencia del análisis de las desigualdades sociales por casi tres siglos, no se explica, en la actualidad, más allá de lo ideológico, una cuestión que se viene señalando históricamente sobre las desigualdades y su impacto en el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA), y es que los pobres, en general, enferman y mueren más que los ricos. La categoría *pobres* a su vez, encierra una complejidad generada por el hecho de que además de ser pobres son, mujeres, niños y/o minorías étnicas. Lo que no resulta tan obvio es ¿por qué los pobres aceptan morir más? (Menéndez, 1988).

TESIS II: LAS ESTADÍSTICAS VITALES, LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD Y LOS INDICADORES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA CONTINÚAN CON PROBLEMAS DE CALIDAD QUE DIFICULTAN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOBRE DESIGUALDADES, ESPECIALMENTE A NIVEL LOCAL

La necesidad de construir nuevos indicadores para el estudio de las desigualdades en salud es presentada como imperiosa. Esa construcción requiere, al menos, de datos de situación de salud, de acceso y de atención –lo más desagregados posibles–, junto con variables socioeconómicas. Esas necesidades, lógicas para cualquier estudio sobre desigualdades, se enfrentan con el problema de la sistemática falta de información, en general más notoria allí donde existen mayores desigualdades (Anand et al., 2002). Esta situación contrasta con la escasa problematización que se realiza sobre las dificultades ‘crónicas que arrastran los sistemas de información en salud’ –el viejo problema– en contraposición con el ‘nuevo problema’: la necesidad de nuevos indicadores.

En su devenir histórico, el sector Salud fue construyendo un arsenal de indicadores sobre el PSEA –en su mayoría negativos–³ que no fueron jerarquizados y que son utilizados de

² En esa línea de pensamiento, Pedro Luis Castellanos incorpora al estudio de las desigualdades, cuatro categorías analíticas: biológicas, ecológicas, económicas y de conciencia que constituyen dimensiones reproductivas individuales y poblacionales. Este autor señala que la situación de salud es el producto de niveles jerárquicos interrelacionados que incluyen: estilos de vida (conjunto de comportamiento, hábitos y actitudes), condiciones de vida (condiciones materiales de existencia) y finalmente modos de vida (como un producto de la anterior) y su relación con los niveles de la esfera productiva que surgen de la relación de las personas con el trabajo a través de la inserción en la estructura de producción, del proceso de trabajo y de las condiciones de trabajo (Castellanos, 1997; Barata, 1997).

³ Los indicadores usados comúnmente en salud son entendidos como negativos, en el sentido de que tienen como objeto la muerte y/o la enfermedad y se estructuran bajo una lógica biológica. Los pocos indicadores sociales que se recolectan, cuando están, se estructuran bajo la lógica anterior, es decir su biologización. Existe una ausencia total de indicadores positivos que procuren valorar aspectos vitales de las personas relacionados con la salud, como por ejemplo, bienestar, sexualidad, etcétera.

manera asistemática para evaluar a veces los mismos problemas, dificultando las posibilidades de comparación de situaciones similares. Es indudable que resulta necesario acordar un conjunto mínimo, no necesariamente nuevo, de indicadores para la operacionalización del estudio de las desigualdades en salud.

Un indicador de uso tradicional es el de mortalidad. Hace casi cuatro décadas, los trabajos de Puffer y Serrano (1965) señalaron los problemas de calidad en los registros de mortalidad en los países de América Latina. Si bien los mismos han mejorado desde entonces, muchas observaciones de aquella investigación multicéntrica mantienen total vigencia. Basta para ello, incursionar por ejemplo, en la búsqueda de información donde la misma es generada y comprobar, la inconsistencia de la fuente primaria, que es con la cual en el circuito oficial se construye la información que publica el país y con posterioridad reproducen los Organismos Internacionales o se construyen complicados índices. También es común acordar entre investigadores, por ejemplo, sobre el subregistro de mortalidad infantil o la clara manipulación del denominador y/o el numerador para que las tasas mantengan una tendencia que no irrite al funcionario de turno. Estos análisis nada tienen de nuevo y vienen siendo observados desde hace décadas (Escudero, 1981).

Ruth Puffer en su investigación ‘Estudio de múltiples causas de defunción’, afirma: “Al utilizar los datos de la Investigación Interamericana de Mortalidad, se concluye que las historias clínicas y las autopsias aportan más conocimientos que los certificados de defunción” (1970:93). A pesar de lo anterior, seguimos utilizando los certificados de defunción como fuentes de información para construir indicadores que son tomados como verdades reveladas. El problema no se limita a la mortalidad, tampoco esto último es nuevo. A fines de 1930, el Dr. Tiburcio Padilla, un médico clínico muy prestigioso en Argentina y ligado a los sectores más conservadores de la sociedad, realizaba la siguiente afirmación referida a las enfermedades infecciosas:

Sería necesario el cumplimiento de la ley de denuncia obligatoria de las enfermedades transmisibles. Esta ley tan previsoramente, existente en todos los países cultos del mundo, debiera denominarse Ley Aráoz Alfaro, por ser él quien la ideó. A mí me queda el mérito de haber conseguido su sanción por el Congreso Nacional el año 1935. Los que han ocupado la Dirección de Salud Pública desde esa época son los responsables legales de su falta de vigencia y los responsables morales de las muertes por enfermedades transmisibles ocurridas desde aquel entonces. Para combatir eficazmente a cualquier enemigo, lo primero que se debe hacer es conocerlo. Y las autoridades sanitarias argentinas no conocen dónde, en qué número y con qué gravedad, ocurren las enfermedades infecciosas en el país. (Padilla, 1949:190-191).

Resulta muy difícil, al menos en nuestro país, asignarle a la frase anterior ubicación en la historia de la medicina y no reconocer su total vigencia, es decir que –al menos en Argentina– se desconoce el ‘dónde’ y el ‘cuántos’ de la gran mayoría de los procesos de morbilidad.

No obstante, las evidencias científicas acumuladas acerca de los problemas de registro, la calidad de los mismos y del esfuerzo de muchos trabajadores de la salud de diferentes niveles por solucionarlos, las estadísticas en salud siguen padeciendo los viejos problemas. La secuencia: datos - información - conocimiento - decisiones, está rota, o mejor dicho, casi nunca pudo enlazarse como tal, permaneciendo cada nivel como un círculo independiente con baja o nula interrelación entre ellos. Es evidente que el sistema de estadísticas de salud requiere una radical transformación. Algunos proponen complementarlo con encuestas de salud (en general muy costosas).⁴ En tanto, en muchos países de América Latina se siguen comprando y/o diseñando costosos programas y/o equipamientos informáticos como si el problema del Sistema de Información fuera sólo un problema de traslado y procesamiento de datos.

Es común acordar que el análisis de los Sistemas de Información en salud presenta viejos y conocidos problemas que se repiten de una zona a otra, de un país a otro.⁵ La caracterización anterior, ¿es un problema de reciente identificación? El Seminario sobre Sistemas Nacionales de Información Sanitaria organizado por OPS en Washington del 5 al 9 de febrero de 1979 acordó que los impedimentos de los Sistemas de Información en Salud más frecuentes eran: a) escasez de técnicos y demás personal capacitado para la organización de sistemas de información sanitaria; b) cobertura demográfica, geográfica y administrativa insuficiente de los sistemas; c) insuficiente coordinación entre instituciones en todas las etapas del proceso, agravada por la autonomía de algunos elementos del sector de salud; d) falta de una tecnología apropiada para el registro, el acopio y el tratamiento de datos; e) frecuente falta de cursos de formación básica y de perfeccionamiento para el personal que hace funcionar o utiliza los sistemas nacionales de información sanitaria y f) escasa participación de los usuarios en el desarrollo y mantenimiento del proceso (OMS, 1979).

⁴ El Dr. Carlos Ferrero realizó en la Argentina una encuesta nacional de salud entre 1964 y 1968 y vale la pena detenerse a leer su reflexión sobre dicha tarea: "Demandó un esfuerzo enorme llevarla adelante durante la gestión de Onganía. Para hacerme cargo del trabajo puse como condición que no hubiera ninguna intervención política. La encuesta fue muy importante pero después fue destruida y se transformó en un gasto inútil. Mucho después reconocí que esa encuesta era una burbuja suspendida en el aire porque si un instrumento de esa naturaleza no está amarrado a los procesos de decisión política, no tiene sentido, es una sofisticación intelectual que no sirve para provocar cambios" (...) "Ese estudio permitió arribar a conclusiones importantes. Consistía en una entrevista social, un examen físico, radiológico y electrocardiográfico. Logró terminarse en las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y en la ciudad de Rosario. La información del resto del país quedó en cintas de computadora, pero desapareció" (Veronelli & Testa, 2002:121). Mas allá de que hoy, los contenidos de una encuesta son distintos, creo que los problemas que señala Ferrero tienen total vigencia y no siempre son evaluados al momento de realizar encuestas de salud.

⁵ Son múltiples las caracterizaciones acerca de los problemas de los sistemas de información en salud, entre los más relevantes encontramos: a) problemas relacionados con la utilización de las más variadas formas de captura -papel o diferentes formatos digitales, cuando esto es posible- que originan, en muchos casos, la imposibilidad práctica de sistematizar la información y disponerla, en tiempo y forma. Lo paradójico es que esa información existe, pero se encuentra atrapada en distintos formatos de números y letras, o volcadas en kilos de papel, que no permiten descubrir todas las oportunidades e identificar mejor los problemas; b) diversas fuentes de carga: sin procesos normatizados de actualización y mantenimiento que originan inconsistencias; c) existencia de datos disímiles respecto a un mismo tema o sector de actividad, o más de un significado posible, referido al mismo dato, que generan diferentes interpretaciones y/o distintos enfoques de solución; d) falta de estandarización: los datos de una misma persona cargados de diferentes formas, la progresiva desactualización por falta de mantenimiento de los datos, la existencia de registros/catastros asistémicos que presentan incapacidad de identificar en forma unívoca y cierta a la población (Paglialunga & Spinelli, 2003).

En el año 1999, 20 años después, comenzó a ejecutarse en la Argentina el programa Vigi+A con financiamiento del Banco Mundial. Entre sus objetivos principales se encuentran el fortalecimiento de la epidemiología y la vigilancia epidemiológica. En la fase previa a la implementación del programa, se realizó una caracterización de los sistemas de información en salud donde se afirma:

Luego de un análisis exhaustivo del Sistema Nacional de Vigilancia, que incluyó una encuesta nacional a los directores de epidemiología, un taller nacional con los jefes de epidemiología jurisdiccionales y visitas de evaluación a seis provincias del país, se detectaron las fortalezas y debilidades de los mismos, así como las necesidades que existen para un adecuado funcionamiento. Del análisis efectuado surgen como necesidades: a) el grado de capacitación del personal en el nivel nacional y los diferentes niveles provinciales es sumamente variable en cuanto a salud pública, epidemiología y gerencia; b) se requiere incrementar la cobertura del sistema ya que sólo un 40% de los establecimientos del sector público y casi el 100% de los del sector privado y de las obras sociales no están incorporadas; c) los recursos materiales, de equipo, comunicaciones, logísticos y financieros son insuficientes para el desarrollo de las funciones a nivel nacional y en la mayoría de las provincias; d) escaso análisis epidemiológico y diseminación con la consecuente insuficiente utilización de la información en todos los niveles del sistema; e) existe una red de comunicación, que resulta insuficiente para que permita automatizar la captura, procesamiento y explotación de la información; f) las actividades de supervisión, evaluación y asesoría en el área de epidemiología y vigilancia epidemiológica de los distintos niveles no son sistemáticas. (VIGI+A, 1998)

En síntesis, es poco lo que ha cambiado en 20 años en los Sistemas de Información para la Salud, y no por falta de diagnósticos. Los recursos financieros destinados a tecnologías de información, en muy alto porcentaje de organismos internacionales aplicados a los más diversos programas y acciones, han engrosado la ya abultada deuda externa sin mostrar los beneficios esperados. Aun cuando los datos existen, sucede que no han sido debidamente evaluados o están desactualizados y por lo tanto son de dudosa validez. Al respecto basta realizar un análisis de calidad, de los registros y/o estadísticas de los organismos públicos nacionales, provinciales y municipales para comprobar que –con algunas excepciones– cumplen con lo antedicho.

La información no debe ser una cuestión privativa de ‘los informáticos’; es una parte indisoluble de los productos/servicios que se ofrecen a la población y, en consecuencia, el decisor político en primer lugar debe ocuparse de su disponibilidad y calidad (Paglialunga & Spinelli, 2003). En ese sentido, el concepto de información queda ligado íntimamente al ejercicio de la ciudadanía. Esos no son problemas que se resuelven con más o menos aritmética, se trata como señala Mario Testa, de “Pensar en salud” (1993). Por lo tanto, no se puede seguir intentando resolver problemas de conocimientos con más información, sin cuestionar esos conocimientos y la relación entre información y conocimiento. El cuestionarlos significa pensar los problemas. La misma complejidad que buscamos en los indicadores debemos buscarla en los conceptos para evitar que lo funcional desplace a la poiesis bajo la forma de su anulación, lo cual se sostiene desde la heteronomía del pensamiento único (Castoriadis, 2001).

TESIS III: NUEVOS Y MÁS INDICADORES QUE RELACIONEN CONDICIONES DE SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES ¿PARA QUÉ?

Los países de América que desde hace años presentan mejores indicadores de salud y desempeño de sus sistemas son Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba. Los tres últimos no son potencias económicas. Situaciones como las anteriores son señaladas por Amartya Sen como un cuestionamiento a las tesis que por décadas fueron esgrimidas como verdades reveladas, en el sentido de que un país subdesarrollado no puede permitirse ningún gasto en salud ni en educación mientras no sea más rico y financieramente sólido (Sen, 1996).

Veamos con más detalle la relación entre la teoría del desarrollo y los indicadores de uso común en el campo sanitario. Tradicionalmente, el sector Salud trabajó y trabaja con metas negativas, centradas en la enfermedad y la muerte, y su relación con indicadores económicos ligados a la lógica de las teorías del desarrollo tales como el Producto Bruto Nacional, la Tasa de Crecimiento Económico; el Ingreso *per capita* etcétera. La relación entre indicadores económicos e indicadores sanitarios fue y es tomada como indicador de salud y bienestar, a pesar de las críticas que reciben desde hace años por su escasa confiabilidad (Nussbaum, 1996). Sostener esta relación no es fortuito, sino que se relaciona con el modelo de crecimiento que a partir de las teorías del desarrollo, priorizó la acumulación del capital en América Latina, entendiendo que en ello se daba respuesta a la situación de subdesarrollo. El bienestar se evaluaba por el consumo, el crecimiento y la inversión.

En todo ello no hubo espacio para lo que Bourdieu denomina capital social y capital cultural (Bourdieu, 1988). Es entendible, eran tiempos de duro estructuralismo y no había espacio para los sujetos. Sen señala que la teoría del desarrollo plantea un bienestar sin sujeto. Esa lógica está centrada en la posesión de bienes sin preocupación por los fines que permiten su posesión (concepción utilitarista). Se instala así el bienestar del consumo –con sus gustos ofensivos y gustos caros–, afirma Sen (2001), basado en J. Rawls. Ante todo ello, Sen contrapone evaluar el bienestar por las realizaciones que permiten al individuo el ejercicio de su libertad. Ningún indicador de bienestar de los usados por el sector Salud señalan los niveles de libertad que el sujeto experimenta como hecho vital. Es indudable que Sen cambia el eje de la lógica y la concepción del sujeto. Por lo tanto, la lógica del bienestar deja de estar relacionada de manera unívoca con la incorporación de bienes, para centrarse en la búsqueda de condiciones que permitan a los sujetos individuales y/o colectivos potenciar sus capacidades de realización, las que no necesariamente se encuentran siempre en el campo de los bienes de consumo⁶ (Sen, 1992, 1996, 1997, 2001). Estas ideas llevan a Sen a plantear el tema de la salud como un tema de equidad (2002a, 2002b).

⁶ Sen hará un juego de siglas y propondrá pasar de BLAST a GALA, usando para ello dos frases históricas de Inglaterra, una referida a Winston Churchill “Blood, sweat and tears” (sangre, sudor y lágrimas) con la que construye la sigla BLAST y la otra frase que corresponde a los Beatles, “Saldremos adelante con una ayudita de los amigos” “Getting by, with a little assistance” (salir con una pequeña asistencia) con la que arma la sigla GALA. En el cambio, propone salir de una cultura cruel de sufrimiento, instalada por el desarrollo (que debemos reconocer recibe no poca influencia de la cultura judeocristiana) por una cultura amigable basada en la cooperación de los individuos. En ello, Sen no deja de reconocer los aportes de BLAST pero se inclina por GALA (Sen, 1998) y ahí apuesta a las subjetividades y escapa de la lógica estructural.

¿Cuál es el interés de las personas?, ¿vivir más y vivir mejor o vivir mejor y más? Se las ha consultado poco. Se confunde vivir con sobrevivir y se concibe como un éxito de la humanidad el que se viva más, sin preguntarse si ello significa vivir mejor (Campos, 2002). En esta lógica, Kronos vence al deseo y en esa batalla el sujeto es derrotado, cosificado como objeto del tiempo.

Los indicadores sanitarios actuales permiten su universalización a cambio de resignar una pérdida muy importante de la posibilidad de su interpretación, más allá de su dimensión cuantitativa. Esa lógica, extrapolada al intento de medir calidad de vida, no sirve. A pesar de la obviedad de lo anterior, la tecnoburocracia social y sanitaria insiste en la búsqueda y aplicación de indicadores universales relacionados con la calidad de vida.

En los últimos años, como ya señalamos, han prosperado las publicaciones sobre la cuestión de la desigualdad y equidad en salud en el mundo anglosajón (Black et al., 1982; Whitehead, 1988; Evans et al., 2002) y en los organismos internacionales (Cepal-OPS, 1997; Cepal, 2000; OPS, 2001, 2002a). No pocas de esas publicaciones toman como objeto el tema de los indicadores (OPS, 2002b). También en la literatura latinoamericana de los últimos años encontramos publicaciones que abordan el problema de las condiciones de vida y salud (Kadt & Tasca, 1993; Barata, 1997) y el tema de los indicadores (Akerman, 1997; Dachs, 2001). Es muy vasto lo publicado, al punto que podríamos afirmar que en varios textos se puede identificar lo necesario y suficiente para el estudio, y las intervenciones en la problemática de las inequidades en salud. Las herramientas metodológicas para el estudio de la relación entre condiciones de salud y condiciones de vida superan ampliamente a las evidencias empíricas de la eficacia de su aplicación para revertir tal situación. No pocas veces, desarrollos basados en la estadística inferencial pretenden resolver lo que la estadística descriptiva señala como si fuese responsabilidad de la misma la persistencia del problema. Mientras el mundo del 'debe ser' desborda en publicaciones, el mundo de lo hecho se circunscribe a modestas demostraciones con más validez académica que impacto en las condiciones de vida de los conjuntos sociales que soportan las situaciones de desigualdad. Lo anterior alcanza tal preponderancia, que por momentos pareciera que la ciencia estuviese preocupada por averiguar el beneficio de ser pobre.

Es en el espacio de lo local donde la gran mayoría de los trabajadores de salud de América Latina son 'actores en situación'. No es ése, en general, el nivel que abordan los estudios sobre desigualdades que se publican, sino por el contrario, son investigaciones a nivel de regiones y/o países, escenarios donde los trabajadores de la salud se convierten en espectadores (Spinelli et al., 2002). Es necesario reflexionar sobre la preocupación en la construcción de indicadores sobre desigualdad. Es cierto que la epidemiología perdió por un buen tiempo la cuestión social del PSEA, pero las técnicas de georreferencia y los estudios ecológicos, por citar sólo algunas de las técnicas y/o estudios disponibles, bien pueden colaborar en las acciones para el combate a la pobreza si hay decisión política y recursos económicos para hacerlo (Spinelli et al., 2000). Esta tarea no requiere de nuevos indicadores –o por lo menos no son prioritarios–, no se depende de ellos para saber *¿qué y dónde hacer?* (Dachs, 2001; Castillo Salgado, 2002). El problema es que, salvo contadas excepciones, no se tienen recursos, no hay decisión política ni

tampoco apoyo político. Esto ya no es un problema de indicadores. La lógica de no buscar, para no encontrar, lleva años de inserción institucional.

Poco han conseguido más de 40 años de sistemas de información en salud, censos y encuestas, si la pobreza fuera una cuestión a resolver por ciertas técnicas o por el conocimiento preciso de su dimensión numérica. Pareciera necesario recordar que ni su estudio ni su denuncia resuelven las desigualdades. Es necesaria una praxis sobre desigualdades en salud que evite reificarlas como nuevo objeto de cientificidad. Una praxis que supere el paradigma moralista que apela a la ética como bien único y universal pretendiendo la resolución de las desigualdades por su sola enunciación, casi una acción exorcista más que un acto racional. Frente a lo anterior, son necesarias búsquedas centradas en praxis que devuelvan a la salud su carácter de derecho.

El problema de la relación condiciones de salud/desigualdades sociales no tiene sus nudos críticos en la necesidad de nuevos indicadores. En nuestra experiencia, en situaciones de responsabilidad de gestión para dirigir acciones sobre los grupos más desfavorecidos, encontramos más dificultades en el campo de los modelos de atención, de gestión y de financiamiento que en el de la epidemiología y los indicadores. Se sabía quiénes eran y dónde estaban, pero los problemas no estaban allí, o sólo allí. Los obstáculos estaban en el campo de las capacidades de gobiernos, de los actores, de los intereses, de las debilidades institucionales y/o de la crisis de los modelos representativos de nuestras democracias.

Es necesaria una acción que una 'el medir' y 'el hacer'. Ello requiere de una conjunción de la epidemiología, la gestión y las políticas que den sentido y direccionalidad a la decisión de disminuir las desigualdades. No estamos frente a un problema por falta de indicadores: es por falta de recursos, por falta de decisión política y cuando la hay, no pocas veces convive con incapacidad de llevarla a cabo (más allá del progresismo explicitado por funcionarios y/o trabajadores). Cuando está presente el instrumental de la epidemiología, es suficiente para tener un impacto de alta trascendencia en los temas específicos del PSEA con el simple apoyo a los trabajadores del primer nivel de atención, cuando éstos se identifican con su tarea.

El razonamiento anterior no sería suficiente si estuviéramos buscando un indicador que nos permitiera saber cuál es el 'nivel óptimo de marginalidad y pobreza' para focalizar las acciones. ¡Para eso sí, son necesarios más y nuevos indicadores! Pero se debe explicitar que es para ello, para que las políticas se focalicen, y aceptar que la pobreza y la marginación se han instalado de manera estructural y que con ellas debemos convivir porque en cierta manera se trata de un hecho natural. Esto no puede obviarse en la discusión, ya que indica una clara posición frente al problema y a la necesidad o no de nuevos indicadores para medir las inequidades.⁷

⁷ La dicotomía que se presenta entre políticas universales y focales encuentra, a nuestro entender, su síntesis superadora en el trabajo con base territorial donde el conocimiento de las poblaciones permite romper con la lógica neoliberal de apoyo a la focalización, basada, con fundamentos, en la crítica a la eficiencia de las políticas universales.

TESIS IV: EL CONCEPTO DE EQUIDAD RESULTA INSUFICIENTE PARA ABORDAR LA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN, CADA VEZ MAYOR, DE IMPORTANTES SECTORES DE NUESTRAS SOCIEDADES

Es muy diferente pensar indicadores de condiciones de vida y situación de salud en sociedades del primer mundo donde los índices de niveles de pobreza son menores a dos dígitos y pueden ser impactados desde las políticas sociales, que pensarlas en nuestros países donde casi la mitad de la población está por debajo de la línea de pobreza, y de ella, el 50% está en condiciones de exclusión social (indigentes).⁸ El concepto de equidad fue desarrollado en países centrales como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado benefactor. Esa no es la situación de nuestras sociedades, por lo tanto el concepto de equidad debe ser problematizado y contextualizado en esta realidad.

Nos preguntamos ¿se puede hablar de disminuir inequidades en sectores que están excluidos socialmente? El concepto de inequidad remite a una desigualdad injusta (Whitehead, 1991). Si analizamos el concepto de desigualdad, podríamos decir que la existencia del mismo es posible en la medida que se pueda reconocer una situación diferente, la de igualdad, donde ambos conceptos –igualdad y desigualdad– guardan relación porque hay posibilidad de compararlos en función de una situación común, hay una pertenencia, ejercicio de la ciudadanía en un Estado, y es esa pertenencia la que los hace desiguales y no distintos.⁹ En esa lógica, inscribimos nuestra posición en la cuestión equidad/inequidad. Las políticas de equidad tratan de reducir la brecha entre pobres y ricos en una sociedad en la cual ambos ejercen de manera diferenciada el derecho de ciudadanía. En esa situación, ambos pertenecen a un Estado, en tanto son identificados como ciudadanos de una sociedad, y es ese Estado el que les reconoce en tanto ciudadanos de una sociedad, identidad para ser comparados. No se puede extrapolar esa misma lógica cuando se trata de excluidos, ya que esa misma categoría los define como no pertenecientes, como fuera de ese Estado. Él no los reconoce, porque no pertenecen. Les niega identidad, les niega su condición de ciudadanos. Lo anterior es tan real que no pocas veces no figuran en las estadísticas oficiales de diferentes ministerios. Entonces, es incorrecto pensar en términos de políticas de equidad cuando nos referimos a los excluidos, porque ellos no presentan una desigualdad injusta, sino que son distintos. Injustamente distintos, no pertenecen.¹⁰

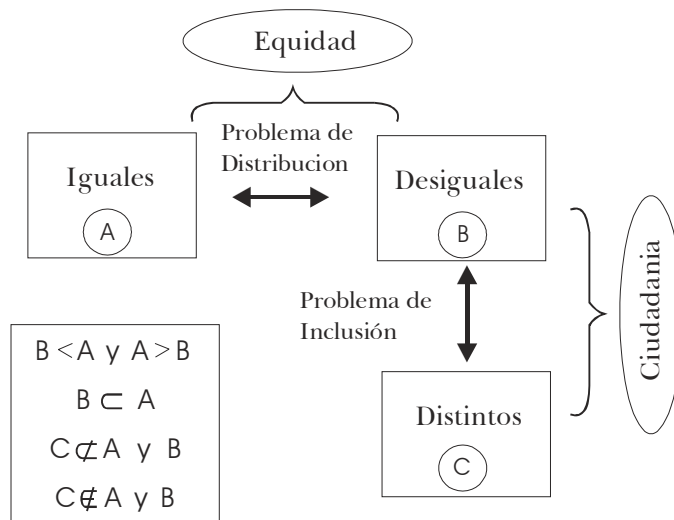
⁸ Durante los años 90, la Argentina, fue señalada como “ejemplo” del modelo neoliberal, reconocimiento que logró siguiendo los dictados del Consenso de Washington y alcanzando a partir de la ejecución de dichos principios, un deterioro social de sus habitantes casi sin equivalencias en la historia. Así, mientras en la década del 70, el 5% de los hogares vivía por debajo de la línea de la pobreza, esa cifra llega al 12% en los 80, logra superar el 30% en octubre de 1998, y a fines del 2002, llega al 57,5% de personas viviendo por debajo de la línea de la pobreza, con más de la mitad en la condición de excluidos. En clara relación con lo anterior, el mercado de trabajo presenta una tendencia a la disminución de los ocupados plenos con un incremento de los subocupados y desocupados. En la actualidad, las condiciones estructurales de la economía argentina configuran una situación en la cual sólo seis de cada diez activos acceden a un empleo pleno, dos están subempleados y el resto desocupado.

⁹ El uso del término distinto no implica una connotación discriminatoria.

¹⁰ La única inserción se da, en cada vez más países y regiones, a través del narcotráfico que genera Estados dentro de Estados, esa lógica lleva indefectiblemente a la desintegración social.

No es posible, por lo tanto, compararlos. Una política social basada en la equidad, debe proponer primero incluirlos para reconocerlos, darles identidad de ciudadanos frente al Estado, y luego poder pensar en términos de equidad. Es decir, primero hay un problema de inclusión, y de identidad y luego de inequidad (Figura 1).

Figura 1 - Esquema conceptual de iguales, desiguales y distintos¹¹



Fuente: elaboración propia.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

En términos epidemiológicos podríamos afirmar que habría que trabajar sobre la base de una epidemiología de la identidad¹² (centrada en sujetos) y no sólo en una epidemiología de la desigualdad, que no pocas veces los reduce a la condición de objetos. El pasar de una lógica de estudios de las desigualdades a una de estudio de las identidades, nos debería permitir avanzar en explicaciones-interpretaciones de los complejos procesos relacionales que subyacen detrás de lo que objetivamos como desigualdades y/o exclusiones. Sin por ello caer en el reduccionismo de la resiliencia, que con una lógica de factores nos vuelve a colocar al inicio de las discu-

¹¹ <: menor; > mayor; está incluido \subset ; no está incluido $\not\subset$; \notin no pertenece.

¹² Esta idea es producto de un comentario de Mario Testa en la defensa de la tesis de Marcelo Urquía, *La Epidemiología frente a la Dimensión Sociocultural*. El desarrollo de la misma la ligamos a la posibilidad de recuperar las historias individuales y/o colectivas como parte sustancial del proceso epidemiológico, desligando a la epidemiología del estudio exclusiva de factores "pegados" a las personas y/o conjuntos sociales.

siones de ‘los usos’ de la epidemiología (Ayres, 1997). Una epidemiología de la identidad debiera revertir la lógica que instala Bentham sobre la información a partir del paradigma del panóptico y que bien sintetiza Foucault en la frase: “Objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación” (1989:204).

En el estudio de las desigualdades, no pocas veces surge lo obvio: ‘los pobres se enferman y mueren más que los ricos’ y ‘cuanto más pobres, más se enferman y mueren’. Otras veces, las publicaciones logran avanzar y demostrar cómo en las sociedades muy desiguales (desde lo económico) y con bajo capital social, los ‘más ricos’ se enferman y mueren más que los ‘más ricos’ de sociedades menos desiguales (Subramanian & Kawachi, 2004; Kennedy, Kawachi & Prothrow-Stith, 1996; Kennedy et al., 1996).

La década de reformas estructurales en América Latina surgida a partir del Consenso de Washington generó más desigualdades sociales que las décadas de sustitución de importaciones. Parece que la Reforma, deforma. Ni la copa de champagne rebalsó y alcanzó a los pobres, ni la Reforma ‘reformó’ la situación de los mismos. Entre champagne y reformas, los pobres se acumulan en América Latina preguntando cuando dejarán de golpear a sus puertas –cuando las tienen– para averiguar qué tan pobres son.

En el problema del estudio de desigualdades/exclusión está en juego la tensión de aceptar la exclusión como un factor y/o característica individual o de conjunto, que limita su inserción en el mercado (exclusión como componente económico) o que niega ciudadanía (privación de derechos civiles, sociales y políticos y por ende exclusión sociopolítica) (Fleury, 1998). Esa discusión se ve también reflejada en el interior de los estudios de equidad en salud, donde está instalada la misma polémica de si los problemas de inequidad deben ser ‘medidos’ a nivel individual (atributos personales) o colectivos (socioculturales) (Asada & Heemann, 2002). Estas discusiones no son menores, ya que están definiendo la direccionalidad de las investigaciones y de las políticas, es decir, si las mismas se enfocan sustancialmente a los fenómenos o a las situaciones que las originan y mantienen.

La construcción de ciudadanía es ‘el nuevo indicador’ que necesitamos, si es que necesitamos alguno, y no es posible construirlo sin inclusión, sin empleo. La nueva cuestión social ya no remite a las viejas formas de explotación (Rosanvallon, 1995). Por ello, para abordarla se debe partir de una fuerte apuesta a la construcción de ciudadanía. En ese proceso, además, hay que transformar las innumerables situaciones de trabajo que la sociedad tiene en su conjunto: algunas provienen de cambios en los modelos de atención del sector Salud, en nuevos empleos. Proceso que, entre tantas tareas pendientes, permita romper con la sinonimia entre atención médica y condiciones de salud.

Al inicio del texto señalamos el paso de la Ilustración al progreso en tanto voluntad. Dicha situación se visualiza en no pocos proyectos que ‘buscan soluciones’ basadas en nuevos indicadores y/o rediseño de los sistemas de información. Estos programas y acciones, meritorios a

veces por sus intenciones, obvian las limitaciones que se vienen señalando desde hace décadas acerca de los indicadores de salud y los sistemas de información. Esta crítica no significa desconocer su importancia, sino contextualizar su utilización. La era de la información desencadenó una acción compulsiva hacia la construcción de datos y sistemas de información bajo el halo protector de sistemas informáticos cada vez más potentes (Morales de Sozzi, 1993). El fantasma de Flexner se resiste a abandonar la escena. La era de las luces y del progreso aún continúa entre nosotros y, entre fantasmas y luces, los pobres abrumados por 'el progreso' asisten a la pauperización estructural de sus vidas y a la desculturización de sus historias. Hechos que se sinergizan en potenciar la pobreza y exclusión que es objeto de estudio, y que a su vez, se pretende simplificar de una manera que opaca la complejidad de situaciones que abarca.

El desafío, a nivel de los trabajadores de la salud está en devolverle al PSEA el carácter de proceso social. Ello requiere un pensamiento crítico, es decir una praxis transformadora, ya que mientras el sector Salud siga enfrentando a las desigualdades como 'un problema sanitario', sin que ello signifique el sentirse involucrado en revisar sus propias concepciones teórico-ideológicas que 'lo colocan' como sector técnico frente al problema, su acción estará destinada al fracaso y al control social. Esa compleja situación fue/es disimulada tras la apariencia de una ciencia médica sólida y sin cuestionamientos, donde las desigualdades aparecen como objeto de 'nuevas' prácticas y/o discursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M. Metodología de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersectorial. In: BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- ALLEYNE, G. La equidad y la meta de Salud para Todos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6):291-296, mayo-jun. 2002.
- ANAND S. et al. Medición de las disparidades de salud: Métodos e indicadores. In: EVANS, T. et al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller, OPS. (Publicación científica y técnica, 585)
- ASADA, Y. & HEEMANN, T. A problem with individual approach in the WHO Health Inequality Measurement. *Internacional Journal for Equity in Health*. www.equityhealthj.com/content/1/1/2. 2002.
- AYRES, R. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- BERLINER H. 1975. A larger perspective on the Flexner Report. *International Journal Health Services*, 5 (4):573-592, 1997.
- BIALET-MASSÉ, J. Informe Bialeto-Massé sobre el Estado de las Clases Obreras Argentinas a Comienzo del Siglo. Buenos Aires: Biblioteca Política Argentina, Centro Editor de América Latina, 1985. 3 tomos.
- BLACK D. et al. *Inequalities in Health: the black report*. New York, London: Penguin, 1982.
- BOURDIEU, P. *Cosas Dichas*. Barcelona: Gedisa, 1988.
- BREILH, J. Eugenio Espejo: la otra Memoria. Nueva lectura de la historia de las ideas científicas. Cuenca: Atlántida, 2001,
- CAMPOS, G. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2002. (Salud colectiva)
- CASTEL, R. *La Metamorfosis de la Cuestión Social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

- CASTELLANOS, P. Epidemiología, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- CASTILLO SALGADO, C. Medición de las desigualdades de salud: introducción. *Revista Panamericana de Salud Pública* (número especial sobre la medición de las desigualdades de salud) 12(6):371-372, dic. 2002.
- CASTORIADIS, C. Imaginario e imaginación en la encrucijada. In: CASTORIADIS, C. *Figuras de lo Pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- CEPAL. Equidad, Desarrollo y Ciudadanía, Naciones Unidas. Santiago: Cepal, 2000.
- CEPAL-OPS. *Salud, Equidad y transformación Productiva en América Latina y El Caribe*. Cidade: Cepal, OPS, 1997. (Cuadernos técnicos, 46)
- DACHS, N. Inequidades en salud: cómo estudiarlas. In: Restrepo, H. & Málaga, H. *Promoción de la Salud: ¡cómo construir vida saludable!* Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.
- ESCUADERO, J. Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud*, (1):105-118, 1981.
- EVANS T. et. al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller/OPS, 2002. (Publicación científica y técnica, 585)
- FLEURY, S. *Política Social, Exclusión y Equidad en América Latina*. Trabajo presentado en el Seminario sobre Política Social, Exclusión y Equidad en Venezuela durante los años 90 Balance y Perspectiva, Caracas, mayo 1998.
- FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada, bulletin num. 4, New York, USA, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, pp. 346. 1910.
- FOUCAULT, M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1989.
- GADAMER, H. *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 1993.
- GARCÍA, J. 1848: Nacimiento de la medicina social. Conferencia en Río de Janeiro, 1974. In: *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México, D. F.: Interamericana McGraw-Hill, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Understanding population health and Its determinants. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. The National Academies Press, 2003.
- KADT, E, & TASCIA, R. *Promovendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- KENNEDY, B. P.; KAWACHI, I. & PROTHROW-STITH, D. Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal*, 312: 1.004-1.007, 1996. See also erratum: *British Medical Journal*, 312:1.253, 1996.
- KENNEDY B. P. et al. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health: A US multi-level analysis. *British Medical Journal*, 317:917-921, 1996.
- LILIENFELD, A. & LILIENFELD, D. *Fundamentos de Epidemiología*. México: Addison-Wesley Iberoamericana S.A., 1976.
- MENÉNDEZ, E. Mortalidad en México: a preguntas simples sólo respuestas obvias? *Cuadernos Médico-Sociales*, (46):53-64, 1988.
- MORAES DE SOZZI, I. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.
- NUSSBAUM, M. & SEN, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- OMS. Seminario sobre Sistemas de Información Sanitaria. *Crónica de la OMS*, 33:382-386, 1979.
- OPS. *Programación y Salud Pública. Programación de la Salud*. Washington: OPS, 1965. (Publicación científica, 111)
- OPS. Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington: OPS, 2001. (Occasional publication, 8)
- OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), mayo-jun. 2002a.
- OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6), dic. 2002b.

- PADILLA, T. *Lo que Deben Saber el Hipertenso, el Reumático, el Cardíaco*. Buenos Aires: El Ateneo, 1949.
- PAGLIALUNGA, A. & SPINELLI, H. Los gobiernos son lo que saben. *Actuar Políticas Públicas*, año 2(2), jun. 2003.
- PUFFER, R. Estudios de múltiples causas de defunción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 69(2):93-111, 1970.
- PUFFER, R. & SERRANO, C. Investigación internacional colaborativa sobre mortalidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 43(1):1-16, enero 1965.
- ROSANVALLON, P. *La Nueva Cuestión Social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Manantial, 1995.
- ROSEN, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: BUCK CAROL et al. *El Desafío de la Epidemiología, Problemas y Lecturas Seleccionadas*. Washington: OPS, 1988. (Publicación científica, 505)
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SEN, A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford Clarendon Press, 1992.
- SEN, A. Capacidad y bienestar. In: NUSSBAUM, M. & SEN, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- SEN, A. *La Desigualdad Económica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.
- SEN, A. *La Desigualdad Económica*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), mayo-jun. 2002a.
- SEN, A. *Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller, OPS, 2002b. (Publicación científica, 585)
- SHRYOCK, R. The history of quantification in medical science. In: WOOLF, H. *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences*. New York: Bobbs Merrill, 1961.
- SIGERIST, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México: Siglo XXI, 1981.
- SPINELLI, H. et al. *Mortalidad Infantil, un Indicador para la gestión Local: análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998*. Buenos Aires: OPS, OMS, 2000. (Publicación 51)
- SPINELLI H. et al. *Equidad en Salud: teoría y praxis*. Buenos Aires: Cedes, 2002. (Seminarios Salud y Política Pública)
- SUBRAMANIAN, S. V. & KAWACHI, I. Income inequality and health: what have we learned so far. *Epidemiologic Reviews*, 26:78-91, 2004.
- SUSSER et al. *Conceptos y Estrategias en Epidemiología. El Pensamiento Causal en las Ciencias de la Salud*, México: FCE, 1973.
- TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
- TOURAINÉ, A. *Crítica de la Modernidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1994.
- VERONELLI, J. & TESTA, A. *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: OPS, 2002.
- VIGI+A (Programa Vigi+A, Ministerio de Salud de la Nación - Pnud ARG 98/003), 1998. www.direpi.vigia.org.ar
- WHITEHEAD, M. *The Health Divide: inequalities in health*. London: Penguin, 1988.
- WHITEHEAD, M. *Los Conceptos y Principios de la Equidad en la Salud*. Washington: Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OMS, dic. 1991.