



RESUMEN EJECUTIVO
Documento de trabajo
Desigualdades sociales en salud:
Línea de base para una recuperación transformadora
con inclusión social y sostenibilidad ambiental
en los países de la región andina

Ernesto Rodríguez Ignacio

Consultor del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Responsable del estudio a partir del trabajo colectivo con la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud – Ver lista en la página 10

“La desigualdad mata”. Así tituló Göran Therborn uno de sus más valiosos libros en 2015¹, y así también tituló OXFAM su reciente informe sobre el desarrollo global a inicios de este año². Las evidencias sobre las desigualdades existentes son contundentes: 252 hombres poseen más riqueza que los mil millones de mujeres y niñas de África, América Latina y el Caribe; desde 1995, el 1 % más rico ha acaparado veinte veces más riqueza global que la mitad más pobre de la humanidad. Y también lo son las cifras de muertes provocadas por la pandemia el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en los últimos dos años, concentradas en los sectores excluidos y empobrecidos del planeta. Construidos con celeridad y eficiencia, los sistemas de registro e información sobre afectados nos brindan diariamente las cifras correspondientes, aunque no siempre dejan ver los contrastes existentes entre diversos grupos sociales y su particular relación con la pandemia.

1

Desigualdades Múltiples y Acumulativas

Las desigualdades sociales no son nuevas, pero todos los estudios disponibles³ muestran que han crecido exponencialmente desde 1980, como resultado de la implementación de modelos de desarrollo excluyentes e insostenibles que afectan mucho más a las sociedades carentes de sistemas eficaces de protección social, al momento de tener que enfrentar desafíos nuevos y de gran magnitud, como la pandemia, de la que aún no logramos salir satisfactoriamente. Las estrategias definidas para enfrentar el COVID-19 (distanciamiento físico, reclusión en el hogar, uso de mascarilla, etc.) fueron efectivas donde existían las

¹ THERBORN, Göran (2015) *La Desigualdad Mata*. Alianza Editorial, Madrid.

² OXFAM (2022) *Las Desigualdades Matan*. Londres.

³ Por ejemplo, ATKINSON, Anthony (2016) *Desigualdad: Qué Podemos Hacer*. FCE, México; BERTOLA, L. y WILLIAMSON, J. (ed.) (2016) *La Fractura: Pasado y Presente de la Búsqueda de Equidad Social en América Latina*. BID / INTAL / FCE, México; PEREZ SAINZ, Juan Pablo (2016) *Una Historia de la Desigualdad en América Latina: la Barbarie de los Mercados desde el Siglo XIX Hasta Hoy*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires; y PIKETTI, Thomas (2019) *Capital e Ideología*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

condiciones necesarias para su implementación, pero fracasaron en aquellos sectores en los que no se dispone de agua potable, se vive en condiciones de hacinamiento y no se cuenta con respaldos efectivos de las políticas públicas al respecto. Definitivamente, la pandemia ha sido selectiva y no ha afectado a todas las personas por igual.

Hoy tenemos más conciencia colectiva sobre los efectos devastadores de las desigualdades sociales y económicas vigentes, pero aún no hemos logrado asumir plenamente la diversidad de situaciones existentes dentro de este amplio concepto. En general, se han documentado ampliamente las desigualdades de ingreso, pero sólo en las últimas décadas se han incorporado otras dimensiones igualmente relevantes, como las desigualdades de género, las desigualdades étnico/raciales y las desigualdades territoriales, restando aún esfuerzos suplementarios que permitan medir (también) las desigualdades generacionales y las vinculadas con las capacidades humanas, en el más amplio sentido de la palabra. En su conjunto, por tanto, en este informe hablamos de *desigualdades múltiples*, asumiendo este amplio abanico de situaciones y constatando que éstas son, además, *acumulativas*, pues se presentan en simultáneo y se suman en una misma persona o grupo humano.

Sabemos que estas desigualdades múltiples y acumulativas impactan en muy diversas esferas del desarrollo personal y social, con efectos de gran relevancia en la educación, el trabajo, la cultura, y muy especialmente en la salud, entre otras áreas relevantes del desarrollo humano. Y aunque se dispone de antecedentes de gran relevancia en estas materias, desde el Informe Marmot de 2008⁴ (al menos) se ha incorporado crecientemente estas dimensiones a las principales dinámicas de la salud, tanto en términos institucionales como operativos, y tanto en el campo de los servicios como el financiamiento. Hoy se reconoce que estas desigualdades existen y son sumamente perjudiciales para la salud, pero los acuerdos existentes -trabajosamente contruidos en el seno de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) durante décadas- terminan cuando se pasa del “qué” hacer al “cómo” hacerlo, esto es, cuando se pasa de los principios generales a las prácticas concretas.

Así, prácticamente en todos los países de América Latina en general, y los de la región andina en particular, se han ido procesando diversas reformas de los sistemas de salud, que buscan dotarlos de mayor eficacia y eficiencia en la oferta de servicios de salud, tratando de acercarlos al aseguramiento del derecho a la salud para todos y todas. En tal sentido, por ejemplo, se han ensayado reformas de mercado (que han privatizado y descentralizado áreas relevantes de la gestión sanitaria que acotan el alcance de la salud pública como tal) que no sólo no han resuelto los problemas de cobertura y de calidad que se pretendía solucionar, sino que han creado o agravado problemas estructurales de larga data, entre los que se destacan los vinculados con la fragmentación, la segmentación y el sub financiamiento, tal como han documentado estudios disponibles de la OPS/OMS, la CEPAL, la academia y organizaciones sociales.

⁴ OMS (2008) *Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra.

Hacia una Recuperación Transformadora

Frente a este preocupante panorama general, algunos países procuran crear y/o fortalecer sistemas universales de salud, que superen dichas limitaciones, y se confiera nuevamente a los Ministerios de Salud de sus funciones rectoras, definan políticas universales de salud de obligatorio cumplimiento para todos los operadores (públicos y privados) y se procure cubrir al conjunto de la población y no sólo a quienes pueden pagar por servicios de salud de calidad. Esto implica, entre otras cosas, la superación de la dicotomía vigente entre sistemas de financiamiento contributivos y no contributivos, que independicen el acceso a servicios de calidad de las respectivas capacidades de pago, al tiempo que implica el fortalecimiento de los sistemas integrales de protección social, que articulen dinámicamente los aportes de todas aquellas políticas públicas que impactan en estas esferas, más allá de las que operan en el campo estrictamente sanitario.

Esto se enmarca, además, en la redefinición sustantiva de los propios modelos de desarrollo, que hasta el momento han incidido en los tres principales problemas existentes en todos nuestros países: crisis económica, sistemas de protección débiles y fragilidad democrática. También en este campo los informes disponibles -por ejemplo, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁵ y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁶- documentan y evidencian la gravedad de la situación, visible en el creciente malestar social que, en no pocos casos, se expresa en manifestaciones públicas en contra del recorte de derechos adquiridos y aún en el plano electoral, esfera en la cual la mayor parte de los gobiernos han sido desplazados de sus funciones. Frente a dicho panorama, se ha discutido y se discute acerca de cómo debería ser la “pospandemia”, entre quienes postulan que hay que “volver a la normalidad”, o construir la “nueva normalidad”, hasta quienes postulan que hay que reformular los propios estilos de desarrollo.

En este último grupo se ubican las propuestas que la CEPAL presentó ante los gobiernos de la región a fines de 2020, bajo la consigna de “construir un nuevo futuro”, concebido en términos de “una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad”. Así lo ha destacado la Secretaria Ejecutiva, Alicia Bárcena, en el prólogo de dicho informe: *“Ante un cambio de época, es preciso avanzar más allá de medidas puntuales. Se deben redefinir estructuras económicas y patrones de comportamiento, y sustituir la cultura del privilegio por una cultura igualitaria que garantice derechos, construya ciudadanía y difunda capacidades y oportunidades (...) Es necesario canalizar las energías de las sociedades y el aprendizaje que genera la crisis en una dirección constructiva, en que se promueva un nuevo estilo de desarrollo, sostenible en sus dimensiones social, económica y ambiental. Solo así será posible alcanzar el bienestar social inclusivo, la protección de la integridad ecológica del planeta y un mundo más justo”*⁷.

⁵ BUSSO, M. y MESSINA, J. (eds) (2020) *La Crisis de la Desigualdad: América Latina y el Caribe en la Encrucijada*. BID, Washington.

⁶ PNUD (2021) *Atrapados: Alta Desigualdad y Bajo Crecimiento en América Latina y el Caribe*. Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. New York.

⁷ CEPAL (2020) *Construir un Nuevo Futuro: una Recuperación Transformadora con Igualdad y Sostenibilidad*. Santiago.

Desigualdades Múltiples: Cuántas y Cuáles son las Prioritarias

En este marco, la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades Sociales de la Salud (Mesa Andina) estableció las siguientes categorías de análisis para monitorear, evaluar y enfrentar las desigualdades múltiples aquí esbozadas:

- **Desigualdades de Ingreso:** Son las más conocidas y más analizadas, por lo cual, regularmente se conocen las mediciones que actualizan la distribución de la riqueza y los elevados niveles de concentración de la misma en los más ricos, contando con índices de fácil construcción y también con mecanismos filosóficos, ideológicos y hasta políticos que tratan (lográndolo en buena medida) de justificar estas desigualdades, calificándolas de “naturales” y hasta como el fruto del esfuerzo personal, promoviendo la meritocracia como única vía al bienestar.
- **Desigualdades Ocupacionales:** Asociadas en gran medida a las anteriores, éstas dependen en gran medida de las dinámicas económicas. Niveles salariales, condiciones de trabajo, categorías ocupacionales y ramas de actividad, se ven crecientemente desafiadas por cambios estructurales en cuanto a sectores económicos predominantes, tamaños de empresa, etc. En América Latina, esto está atravesado por la dicotomía entre los sectores formal e informal de la economía, que funcionan con lógicas diferentes y enfrentan desafíos también diferentes.
- **Desigualdades de Género:** Aunque existen desde siempre, éstas han logrado visibilizarse notoriamente en las últimas décadas, como resultado -fundamentalmente- de las luchas de los propios movimientos feministas. Pero a pesar de los notorios avances en las condiciones de vida de las mujeres, éstas siguen afectadas notoriamente por el denominado “techo de cristal” así como por el también denominado “piso de goma” (al que están “pegadas” estructuralmente).
- **Desigualdades Generacionales:** Fruto de concepciones simplistas sobre el “ciclo de vida” (centradas en elementos puramente biológicos) estas desigualdades siguen contando con una muy escasa visibilidad y el consecuente reconocimiento. En nuestra óptica, el análisis no gira en torno a tal o cual “generación” que históricamente se destacó por sus particulares propuestas y/o realizaciones, sino en torno a las “relaciones” establecidas entre generaciones (conflictivas o consensuales, justas o injustas, etc.) en las mismas coordenadas de espacio y de tiempo.
- **Desigualdades Étnicas y Raciales:** Aunque suelen confundirse, se trata de dos esferas que cuentan con diferencias relevantes. Más allá de las más obvias (color de piel, procesos históricos asociados, etc.) las estrategias que en cada caso se implementan para superar sus respectivas exclusiones sociales y culturales, se distancian notoriamente, más reivindicativas de los orígenes en el primer caso y más centradas en mejoras concretas en el segundo. El conocimiento sobre estas dinámicas ha ido mejorando, pero siguen siendo esferas donde las brechas son significativas, tanto en términos objetivos como subjetivos.
- **Desigualdades Territoriales:** En general, se ha trabajado (casi desde siempre) sobre la dicotomía urbano – rural, pero actualmente estamos ante desigualdades mucho más complejas y de una extrema gravedad, que no son abarcables en este marco. El tamaño

y el tipo de ciudades que se han construido agrega nuevas dimensiones a aquella dicotomía original, al tiempo que las “regiones” ocupan lugares cada vez más protagónicos en el desarrollo, en un marco donde las comprensiones de estos fenómenos todavía distan de ser satisfactorias.

- **Desigualdades y Movilidad Humana:** Asociadas en buena medida a las anteriores, estas desigualdades tuvieron históricamente visibilidad, sobre todo, en el campo de la migración interna, pero en estos últimos años, ha crecido notoriamente la migración internacional y entre los países de la región andina. Entre estos procesos, además, comienzan a identificarse “rutas” comunes, al tiempo que procesos que anteriormente eran estables en el tiempo, ahora se ven afectados por dinámicas de ida y vuelta más complejos y desafiantes desde todo punto de vista.
- **Desigualdades de Capacidades:** Asociadas históricamente con las desigualdades educativas (centradas en capacidades intelectuales), éstas también incluyen a amplios sectores poblacionales calificados como “discapacitados” (incorpora las desigualdades más estrictamente físicas y biológicas) en el marco del establecimiento de “fronteras” que no siempre son tan claras como parecen y que se fijan (diferenciadamente) en el marco del conjunto de las desigualdades económicas, sociales y culturales anteriormente presentadas.
- **Desigualdades Ecológicas:** Datos de Oxfam (informe ya citado) revelan que el 1 % más rico de la humanidad es responsable del doble de las emisiones de gases de efecto invernadero que el 50 % más pobre. La crisis climática mata de muy diversas maneras: malnutrición, enfermedades, calor extremo y mayor frecuencia e intensidad de los desastres naturales relacionados con el clima. La inmensa mayoría de estas muertes se producen en los países de renta media y baja, que han contribuido relativamente poco a las emisiones de gases de efecto invernadero.

En su conjunto, estamos ante un amplio y complejo conjunto de desigualdades (“múltiples”) que interactúan entre sí constantemente y que -como ya se destacara- son acumulativas.

La Equidad en el Corazón de la Salud

Enfrentar decididamente estas desigualdades sociales en salud, implica conocerlas y reconocerlas, ubicándolas en el contexto correspondiente, en línea con las orientaciones de la OPS/OMS que ha propuesto considerar a la equidad como el corazón de la salud, en su Plan Estratégico 2020-2025, asumido como el principal instrumento para ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). *“Para abordar los determinantes sociales, en el Plan Estratégico no solo se hace hincapié en un enfoque multisectorial integrado, sino que además se aplican estrategias de salud pública basadas en la evidencia, como la promoción de la salud, el enfoque de atención primaria de salud y la protección social en la salud”.*

El Plan destaca que *“en el ámbito de la salud, persisten inequidades importantes entre la mayor parte de los países y dentro de ellos, agregando que los peores resultados de salud se observan en los grupos poblacionales excluidos”.* Se asume, asimismo, que *“los retos que*

supone la superación de las disparidades de salud en la Región se ven exacerbados por la falta de capacidad de los servicios de salud para detectar, prevenir y controlar enfermedades, por la inadecuada ejecución de políticas para mejorar la equidad en la salud entre los distintos grupos poblacionales y por la falta de datos desglosados sistemáticos para llevar a cabo el seguimiento y poner de manifiesto las disparidades”⁸.

Un Plan de Acción Regional para Enfrentar las Desigualdades Sociales en Salud

En este marco, las bases de nuestro Plan de Acción Regional Andino sobre Desigualdades Sociales en Salud, podrían sintetizarse en los siguientes criterios básicos:

1. Asumir el enfoque de “desigualdades múltiples” y operar sobre el conjunto de las desigualdades existentes, a través de estrategias holísticas, construidas sobre la base del carácter acumulativo e interseccional de tales desigualdades, en las mismas personas y comunidades.
2. Partir del carácter estructural de la crisis por la que atraviesa la región, centrada en fuertes retrocesos económicos y sociales, sistemas de protección social precarios y democracias frágiles, que llevan a que dicha crisis impacte más y peor en los sectores excluidos.
3. Incorporar decididamente las categorías de análisis centradas en la estratificación social de la población, construidas a partir de la información sobre distribución de ingresos, cruzando todas las demás variables y el tratamiento de los indicadores seleccionados, con esta perspectiva.
4. Partir de la clasificación del conjunto de la población en torno a los principales ejes estructuradores de las desigualdades (género, generaciones, etnias/razas, territorio, movilidad humana, discapacidades, capacidades, ecológicas) operando con los correspondientes enfoques “relacionales”.
5. Centrar las respuestas a futuro en el marco de propuestas generales de transformación sistémica. Se asume que el simple regreso a la antigua “normalidad” no es aconsejable. “La normalidad era el problema”.
6. Someter todas las medidas que se diseñen e implementen a las dos condiciones básicas de los futuros modelos de desarrollo (deben ser incluyentes y sostenibles) superando las respuestas centradas en más ajustes estructurales financiados con endeudamiento externo.
7. Fortalecer el trabajo intersectorial y la institucionalización del monitoreo de las desigualdades de salud en los seis países andinos. Es esencial mejorar y completar el análisis cualitativo y cuantitativo en coherencia con el marco conceptual de las

⁸ OPS (2019) *Plan Estratégico de la OPS 2020 – 2025: “la Equidad, el Corazón de la Salud”*. Washington.

desigualdades múltiples. **Véase los anexos 1 y 2: un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida y las metas e indicadores del ODS-3 de los países andinos.**

Otros desafíos requieren avanzar en los niveles de trabajo intersectorial para contribuir a:

1. Mejorar el rol más activo de la rectoría del sector salud y acotar los márgenes de autonomía con el que se manejan las dinámicas de mercado en este campo, a través de regulaciones más pertinentes y efectivas.
2. Revisar y transformar los sistemas de salud actualmente vigentes con el objetivo de superar sus dos principales limitaciones (la segmentación y la fragmentación) para estar en mejores condiciones de asegurar el acceso universal a la salud.
3. Establecer mecanismos de financiamiento del sector salud más equitativos, que aseguren la misma calidad en la atención a todos sus componentes operativos, superando la actual existencia de modalidades diferentes que refuerzan las desigualdades existentes.
4. Mejorar el desempeño del personal de salud en el enfrentamiento a las desigualdades sociales en salud, para lo cual se requiere estrategias de formación al respecto, evaluar y ajustar las propias prácticas y rutinas de trabajo cotidiano, fomentar relaciones más empáticas con los usuarios y promover la participación social. Es esencial el abordaje de la interseccionalidad de las desigualdades y el desarrollo de enfoques como “Una Salud”.
5. Desplegar estrategias de información, educación y comunicación basadas en comunidad y con enfoque de derechos, proactivas y que legitimen más y mejor estos nuevos énfasis en el combate a las desigualdades sociales en salud. Es prioridad fortalecer las capacidades de gestión para el desarrollo de políticas públicas que se diseñen e implementen a futuro y cuenten con más y mejores apoyos.

En su conjunto, estas y otras medidas afines que se definan, oportunamente, deberían permitir avances sustanciales en este campo para contribuir de este modo al cumplimiento de la Agenda 2030, “sin dejar a nadie atrás”.

Medir Más y Mejor las Desigualdades Sociales en Salud

Los países andinos cuentan con sistemas de información que se han fortalecido y modernizado paulatinamente. En dicho marco, es relevante poder contar con mediciones estadísticas que nos permiten distinguir niveles de ingreso, diferencias de género, contrastes étnicos/raciales, distancias urbano-rurales y muchas otras “aperturas” de la amplia y valiosa información que se recoge y procesa regularmente. Pero, aun así, con las rutinas que hasta el momento guían nuestros trabajos en estas materias (ver anexos 1 y 2)⁹,

⁹ Anexo 1. Un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida. Anexo 2: metas, indicadores y año base del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. El documento de trabajo: “Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región Andina”, disponible en: <https://orasconhu.org/publicaciones>.

no hemos desarrollado suficientemente los cruces entre todas esas variables, simultáneamente. Por ello, si bien podemos contraponer la situación de la población afro con la no afro o con el conjunto de la población (por ejemplo) no contamos con la posibilidad de clasificar al conjunto de la población por etnia/raza, introduciendo especificaciones relevantes en dicho universo (género, generaciones, territorios, etc.) en simultáneo y con enfoques multidimensionales.

El avance hasta el momento de la *Línea de base regional* que hemos construido, en este sentido, brinda la información disponible en grandes agregados y aperturas informativas, pero no con este tipo de cruces en simultáneo. Los ODS, en este sentido, reúnen indicadores de gran relevancia y que cuentan con su propia lógica general y específica, pero aún no hemos podido cumplir con lo establecido en una importante nota a pie de página de los documentos oficiales de las Naciones Unidas: *“los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían desglosarse, siempre que fuera pertinente, por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales”*¹⁰.

La clave para nuestros propósitos, por tanto, ha estado y está centrada en ese “desglose” de la información, pero **los avances que hemos concretado todavía son parciales e insuficientes**. En este sentido, asumimos estos desafíos prioritarios, para seguir avanzando en la caracterización de esta Línea de base y para concretar el monitoreo y las evaluaciones correspondientes. Para ello, se torna imperioso el desarrollo de iniciativas holísticas e integrales, que sumen los esfuerzos de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo destacadamente a los Ministerios de Salud, de Desarrollo Social y de Economía, junto con los Institutos Nacionales de Estadística.

Todo esto amerita a que -en el marco del Plan de Acción Regional a diseñar e implementarse ubique centralmente la creación de un Observatorio Regional Andino sobre Desigualdades Sociales en Salud, para concretar regularmente las tareas de monitoreo y evaluación que correspondan.

Los Avances Tecnológicos como Base para Viabilizar estas Propuestas

Evidentemente, todo esto es deseable, pero ¿es viable? ¿De qué depende? ¿Qué habría que hacer en el corto y mediano plazo? Estamos ante preguntas abiertas y que no admiten respuestas simples, pero lo cierto es que los avances tecnológicos en curso (en el marco de la actual cuarta revolución industrial a nivel global) podrían viabilizar significativamente la medición de estas desigualdades múltiples y hasta la propia gestión de la salud pública.

¹⁰ ONU (2015) Labor de la Comisión de Estadística en Relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible A/RES/71/313. New York.

La desagregación informativa que proponemos, que incorpora todas las desigualdades consideradas en forma simultánea, sería perfectamente posible al incorporar estos avances tecnológicos, en particular, en los planes de cruces de la información que regularmente se recolecta y procesa. Pero para ello, resulta imperioso definir rigurosamente los protocolos correspondientes, para asegurar la comparabilidad de los datos, el cruce de información procedente de diferentes fuentes (censos, encuestas de hogares, encuestas de opinión pública, registros administrativos, etc.) que incluya en todo momento información objetiva (datos duros) y subjetiva (percepciones).

Todo esto se potenciaría aún más, si estos protocolos se pudieran diseñar colectivamente, tanto entre diferentes actores en cada país, como entre todos los países en el plano regional. Cabe resaltar el rol de la OPS/OMS con diferentes materiales y estrategias¹¹, el apoyo técnico y financiero a la Mesa Andina y el compromiso de continuar su respaldo, por ejemplo, con capacitación a los equipos nacionales en la medición de las desigualdades sociales de la salud.

Por su parte, en lo que atañe a la gestión operativa de los sistemas de salud, su labor se podría potenciar significativamente si se pudiera avanzar en la construcción de Historias Clínicas que cubrieran la labor que se despliega en todos los niveles (primario, secundario y terciario) con información sociodemográfica de contexto correspondiente. Desde luego, esto debería procesarse con las más estrictas garantías de privacidad de la información, desligando operativamente la información personal de sus respectivos titulares. Al mismo tiempo, sería altamente recomendable que toda esta información estuviera disponible en códigos de acceso abierto, para ser utilizada (agrupadamente) por los diferentes actores interesados. También en este caso, sería altamente recomendable construir los protocolos operativos, colectivamente.

En definitiva, las propuestas que aquí se formulan no sólo son deseables, también son posibles. Hace falta, en cualquier caso, contar con la voluntad política e institucional correspondiente, así como con la asignación de recursos correspondientes, para implementarlas efectivamente. Será una labor colectiva, relevante y pertinente a la vez, en cuyo marco, Ministros y Ministras de Salud de la Región Andina, tienen un rol protagónico para impulsar y la concreción efectiva.

¹¹ OPS (2016c) **Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud con Especial Énfasis en Países de Ingresos Medianos y Bajos**. Organización Panamericana de la Salud, Washington. OPS/OMS (2021). Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. P. 3. El portal: Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3. <https://www3.paho.org/ods3/>

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE Ministros-as de Salud del Área Andina	
Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia	Dra. María Begoña Yarza Ministra de Salud de Chile
Dr. Fernando Ruiz Gómez Ministro de Salud y Protección Social de Colombia	Dra. Ximena Garzón Villalba Ministra de Salud Pública del Ecuador
Dr. Jorge Antonio López Peña Ministro de Salud del Perú	Dra. Magaly Gutiérrez Viña Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela
Secretaría Ejecutiva	
María del Carmen Calle Dávila Secretaria Ejecutiva	Marisela Mallqui Osorio Secretaria Adjunta
MESA ANDINA INTERSECTORIAL DE CONCERTACIÓN CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD	
Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia	
Vivian Tatiana Camacho Hinojosa Directora General de Medicina Tradicional	Amador Diego Noriega Flores Responsable del Programa de Salud Intercultural de la Dirección General de Medicina Tradicional
Ministerio de Salud de Chile	
Romina Leal Rojas Jefa Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública	Josefina Silva Fuentealba Economista. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	
Maylen Rojas Botero Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía	Sonia Guzmán Rodríguez Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía
Salomé Valencia Aguirre Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía	Daniela Roldán Restrepo Socióloga. Oficina de Promoción Social
Ministerio de Salud Pública del Ecuador	
Desiré Cecilia Viteri Directora Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión	Geovanna Soledad Cuasés IpiALES Especialista de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos en Derechos Humanos
Isabel Clavijo Ullrich Directora Nacional de Participación Social en Salud	
Ministerio de Salud de Perú	
Patricia Díaz Mendoza Responsable de la Etapa Vida Adulto	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Perú
	Federico Arnillas Lafert Presidente
Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela	
María Esperanza Martínez Directora General de la Oficina de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas	
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue	
Bertha Luz Pineda Restrepo Coordinadora de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud	Ernesto Rodríguez Ignacio Consultor internacional Responsable del estudio: Línea de base sobre desigualdades sociales en salud
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud	
Carlos Arosquipa Rodríguez Asesor Programa Subregional para América del Sur	Óscar Mujica Asesor Regional en Epidemiología Social del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud
Antonio Sanhueza Asesor en Información y Análisis de Salud de la Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia	
Comisión Económica para América Latina y el Caribe	
Camilo Cid Oficial de Asuntos Sociales. División de Desarrollo Social	