

## EQUIDAD EN SALUD

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 16-23

*Dr. Franciso Espejo E.\*,  
Dr. Roberto Fuentes G.\*\**

### INTRODUCCION

La existencia de personas con necesidades de salud no satisfechas por causa de su nivel socioeconómico, raza, sexo o edad, es declarada como socialmente inaceptable en prácticamente todo país del mundo (1). Es así como la intervención estatal en sistemas de salud (incluso los EE.UU.) aspira a superar las inequidades en la salud de las personas (2, 3, 4).

Sin embargo, esta preocupación ha tropezado con varios tipos de dificultades, tanto conceptuales como prácticas, entre las cuales podemos distinguir:

- En la búsqueda de la equidad en salud se confunde la equidad en la **atención de salud**, con la equidad en el **nivel de salud** de la población. Frecuentemente se privilegia la primera en desmedro de la segunda.
- Se afirma que la preocupación por la equidad tendría el "costo" de disminuir la eficiencia en la provisión de salud. Existiría la necesidad de elegir entre equidad y eficiencia.
- Si la salud se ve afectada por decisiones individuales "voluntarias", ¿es legítimo preocuparse de inequidades que surjan de tales decisiones? (v.g. estilos de vida no saludables)

Las inequidades en salud, no resueltas e incluso crecientes, han devuelto el tema a la discusión política de muchos países. Se han acumulado evi-

dencias que indican un aumento de las diferencias en los niveles de salud entre pobres y ricos, dentro y entre los países (5). Esto es válido incluso para países desarrollados que cuentan con acceso igualitario a la salud (Reino Unido) (6, 7, 8).

Por otro lado las crecientes disparidades en el **ingreso**, que han persistido a pesar del crecimiento económico de los últimos tiempos, han colocado la equidad en el ingreso en el primer plano del debate político de países y organizaciones internacionales.

Willy De Gyndt en un reciente documento del Banco Mundial (1996) (9) concluye que el crecimiento económico no es todo lo que importa en la superación de la pobreza, la distribución del ingreso es un tema aún más crítico. Es así como añade "Intervenciones sociales dirigidas, reducen la pobreza absoluta más rápidamente que el crecimiento económico de largo plazo" (Willy De Gyndt, opus citado, página 28).

La pobreza es sindicada por la OMS como la principal enfermedad del mundo, si se considera su repercusión en la salud de los países miembros. (13). Esta reactualización de la equidad, tanto en salud como en el ingreso, abre oportunidades para revisar nuestras políticas, estrategias, objetivos y programas.

Primero, considera diferencias en el nivel de salud como algo medible. Esto desgraciadamente no es así del todo. La salud es un concepto multidimensional.

---

\* Académico Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Asesor de Planificación en Salud, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

\*\* Director Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

mensional, difícilmente agregable y comparable en un solo indicador (13). Las inequidades en salud se reconocen a través de indicadores parciales, tales como causas de muerte, de enfermedad, de discapacidad, distintas percepciones del propio bienestar, etc.

Existe cierto consenso en utilizar indicadores relacionados con la muerte de las personas (tasas de mortalidad estandarizadas, esperanza de vida, etc.) para explorar las inequidades en salud (14). Esto limita el espectro de asociaciones y explicaciones que pueden darse en torno al tema. Nuestra discusión se restringirá también a dichos indicadores y sus determinantes.

El segundo componente de la definición es la evitabilidad de las diferencias en salud. Ella es determinada, entre otros aspectos, por el desarrollo social, económico, científico-tecnológico, etc.

Diferencias en el nivel de salud por condiciones mórbidas inevitables, en general no son consideradas como inequidades. Sin embargo, gracias al progreso tanto científico como social, al superarse la inevitabilidad, la valoración de las diferencias en el nivel de salud puede cambiar en el tiempo. La capacidad de pago del país para implementar las nuevas políticas y acciones pasa a condicionar la posibilidad de disminuir en la práctica las inequidades evitables, generando importantes dilemas éticos que escapan a los límites de esta publicación (ver João Pereira) (15).

El tercer componente, el que una diferencia sea considerada injusta, es quizás el más complejo de los tres.

Las diversas visiones sociopolíticas determinan diferentes grados de preocupación social por las inequidades, porque difieren en la valoración que de ellas se hace.

En la realidad, diferentes modelos sociopolíticos están entremezclados y a lo largo del tiempo unos priman sobre otros. En los últimos años el mundo occidental ha asistido a un fuerte desarrollo de las visiones libertarias. Ellas privilegian de un modo u otro la preocupación hacia la eficiencia por sobre la equidad (16, 17). El sector salud no ha sido ajeno, y es así como las reformas se han encaminado en la práctica hacia la búsqueda de mayor eficiencia (18), a pesar de enunciar preocupación por la equidad (19).

Habiendo enunciado la definición de equidad, se aborda a continuación la equidad en la atención de salud, y posteriormente la equidad en el nivel de salud.

## EQUIDAD EN LA ATENCION DE SALUD

El objetivo de una política de equidad en la atención de salud, es alcanzar una distribución de la atención médica de acuerdo a las **necesidades** de salud y no a otros criterios, teniendo en consideración el marco impuesto por los recursos existentes,

Gavin Mooney (20) lista un conjunto de componentes, útiles al desarrollar dicha política.

Gilson (21), refiriéndose a las categorías de Mooney, define pragmáticamente necesidades como la existencia de **daños** en salud o de una mayor **vulnerabilidad** para contraerlos.

Los distintos aspectos de la equidad en la atención de salud, según Mooney (24), son:

- Equidad en el gasto regional per cápita en salud,
- Equidad en los recursos regionales per cápita (humanos, materiales, etc.) que son empleados en salud, teniendo en consideración los diferentes precios que existen en el país,
- Equidad en asignar iguales recursos a iguales necesidades en salud. Este punto toma en consideración las variaciones que la edad, sexo, nivel socioeconómico, etc., imponen sobre las necesidades en salud.

La preocupación por la distribución equitativa de los recursos asignados a la atención médica, de acuerdo a las necesidades de salud, fue técnicamente desarrollada en el Reino Unido a través de la fórmula RAWP (22). Gracias a ella se calculó un per cápita regional ajustado por diversas variables que dan cuenta de las distintas necesidades en salud y las diversas condiciones de producción médica a nivel de cada región. El per cápita regional así calculado se constituyó en el mecanismo de distribución de recursos desde el nivel central a las distintas regiones.

Las variables utilizadas por la fórmula RAWP son:

1. Tamaño de la población (la variable más poderosa).
2. Composición de la misma (a jóvenes y senescentes se les asigna mayor necesidad en salud).
3. Riesgo de enfermar para cada región (estimado a través de tasas de mortalidad).
4. Costos regionales en la provisión de servicios médicos.
5. Traspaso de pacientes de una región a otra (controla el mayor gasto en que incurrir regiones que atraen mayor población que la asignada).

6. Educación médica (controla los mayores gastos en que incurren regiones que cuentan con escuelas de medicina).
7. Inversión en capitales (controla los gastos de mantención y reposición de los stocks de capital en las distintas regiones).

Las variables escogidas resultaron ser en general muy ligadas a la oferta (se quería ligarlas a necesidades), sin embargo constituyeron una buena aproximación al tema de la distribución equitativa de recursos entre las regiones.

La aplicación de la fórmula RAWP mostró una inequitativa concentración del gasto histórico en la región de Londres. Se logró elaborar un calendario de ajustes en la distribución de recursos que fue permitiendo situaciones más equitativas. El futuro de la fórmula en el NHS reformado no está claro (23).

- Equidad en garantizar igual acceso frente a iguales necesidades.  
Este punto dice relación con la distribución de la atención en salud en el país.  
Las diversas metas de cobertura dan cuenta de este principio. La facilidad de acceso es uno de los principales factores que explican la demanda por atención de salud (24).
- Equidad en la utilización de recursos a igual necesidad. Aquí se busca discriminar positivamente en favor de aquellos que teniendo necesidades en salud, pueden hacer un menor uso de los recursos disponibles.
- Equidad en cubrir, al margen, las necesidades de salud.

Interesante aproximación desarrollada por Steele (25). *Ceteris paribus* una asignación lógica de recursos escasos (y todos siempre lo son) es aquella que financie en forma progresiva, hasta agotar el presupuesto, aquellas intervenciones de mejor costo efectividad, que estén orientadas a las prioridades de salud de cada región. De este modo las ganancias marginales en beneficios en salud serían comparables a nivel de cada región, aun cuando las acciones financiadas fuesen diferentes.

Las tablas que comparan el número de QALY obtenidos por unidad de gasto en las diferentes intervenciones en salud son una ayuda (aunque limitada) en la implementación de este punto (26).

- Equidad en el nivel de salud a lo largo del país.  
Es el punto más complejo y será desarrollado cuando se aborden las inequidades en la salud de las personas. Baste señalar aquí el escaso

impacto que tienen los servicios de atención médica en el nivel de salud de la población. Esto implica que aunque se alcance equidad en la atención de salud, ello no garantiza la equidad en el nivel de salud de la población. Respecto de la organización de servicios de salud existen dos preguntas centrales relacionadas con la equidad: ¿Quién paga? ¿Quién se beneficia?

### ¿QUIEN PAGA?

El pago por la atención en salud puede ser altamente inequitativo. Es decir gravar más sobre los más pobres (regresivo).

La fuente de financiamiento determina si la recolección de los fondos es progresiva o regresiva. Todo pago fijo (copago por prestación, impuesto al consumo, pago directo, etc.) es regresivo.

Todo pago proporcionado al ingreso es progresivo, grava más a los de mejor situación (impuesto a las personas, cotización en salud, copago proporcionado al ingreso).

En nuestro país, el gasto público en salud se financia a partir de fuentes regresivas (impuestos al consumo (IVA), copago por prestación en caso de FONASA e ISAPRE) combinadas con fuentes progresivas (cotización en salud, impuesto a las personas, copago según ingreso en la modalidad institucional, etc.) (27).

Una preocupación por la equidad en el financiamiento debiera concentrar esfuerzos en aumentar la proporción de aportes progresivos y reducir la importancia de los regresivos.

### ¿QUIEN SE BENEFICIA?

Igual tratamiento a igual necesidad e igual acceso a igual necesidad no están garantizados incluso en sistemas solidarios y altamente regulados tales como el antiguo NHS del Reino Unido. A pesar de no existir cobro, factores como pago por desplazamiento, ruralidad, género, profesión y clase social seguían pesando en discriminar la utilización de servicios, a igual necesidad. Le Grand (28) estimó que el gasto estatal por persona enferma se distribuía inversamente al grado de calificación profesional **del enfermo**. Los de mayor calificación reciben un 120% de la media del gasto nacional en salud, mientras que los de menor calificación reciben un 85% de aquella.

El Black Report (18) señala hallazgos simila-

res respecto de la utilización de servicios, ésta es mayor en clases 1 y 2 (superiores). Hay indicios que la calidad de los servicios entregados es también superior al subir la situación socioeconómica de los pacientes.

En Chile existen evidencias que muestran que la atención médica es tanto o más inequitativa. Una explicación frecuente es el sistema previsional que divide nuestra población en tres grupos que difieren entre sí en cuanto a recursos y beneficios (ISAPRE, libre elección y modalidad institucional) (29). Abel Smith señala a Chile como un extraño caso en el que existiendo un seguro universal obligatorio éste no es solidario y además desafía los principios de equidad aceptados en todo sistema de cotización obligatoria (30). Estos principios son:

- Las contribuciones obligatorias de los mejor pagados deben subsidiar a los de menos recursos;
- todos los asegurados deben acceder a similares servicios;
- todos los proveedores deben ser pagados de la misma manera;
- no deben existir altos copagos o subsidios provenientes de impuestos a la salud privada.

Ninguna de estas condiciones se da para toda la población de nuestro país. Sin embargo, dado que el sistema inglés también sufre de inequidades, podemos inferir que el problema no se resuelve automáticamente al tener un sistema solidario que otorgue atenciones sin restricciones de acceso.

Por otro lado, cabe destacar que dentro del sector público chileno, las evaluaciones de la asignación de los gastos estatales en salud benefician directamente a los más pobres. Los subsidios en salud son francamente progresivos (31).

Una meta que parece factible, dentro de la actual estructura del sistema, es la de velar porque al menos **dentro** de cada grupo de beneficiarios de salud existan condiciones de equidad en el acceso y en los tratamientos otorgados. Un paso más osado, a nuestro juicio necesario, es el de equiparar la situación **entre** los grupos de beneficiarios. A igual necesidad debiera existir igual acceso e igual tratamiento para cada uno de los habitantes del país (32).

#### EQUIDAD EN EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION

Un estudio en la zona norte de Inglaterra, citado por Wilkinson (1996), encontró que las tasas de muerte eran cuatro veces más altas en el 10%

de los distritos más pobres, de lo que eran en el 10% más rico (33). Estudios similares en diversos países muestran una gradiente de mortalidad inversamente proporcional al nivel socioeconómico (NSE) (34).

En Chile, en Valparaíso la tasa de mortalidad en mayores de 19 años es tres veces superior en la población con educación básica respecto de la población con educación superior (35). Es más, entre 1992 y 1994 la distancia entre ambos grupos ha aumentado. (Tabla 1)

La explicación tradicional a las diferencias señaladas es que el nivel de vida es un fuerte determinante de la salud de las poblaciones (McKeon) (36). Los pobres morirían más porque tienen necesidades básicas insatisfechas, tienen más factores de riesgo, tienen una conducta frente a la enfermedad menos saludable. La pobreza absoluta sería la principal explicación. La conclusión lógica es que las medidas tendientes a superar la pobreza conllevan una mejoría en la salud. Sin embargo, investigaciones recientes señalan que, en el mejor de los casos, esto es sólo una parte de la verdad.

El estudio Whitehall (37) controló la variable pobreza absoluta al estudiar una cohorte de 17.000 servidores públicos de Londres. A pesar de que las necesidades básicas estaban cubiertas en toda la población estudiada, se encontró que la mortalidad era tres veces más alta entre el personal subalterno y de apoyo de la oficina que entre los administradores de nivel superior. El estudio excluyó no sólo a los más pobres sin trabajo, sino también a los trabajadores manuales; estas diferencias ocurrieron entonces entre gente calificada de clase media y que trabajaban en las mismas oficinas.

TABLA 1  
Distribución de tasa de mortalidad en mayores de 19 años según escolaridad, población Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Chile, 1992-1994

Año/Tasa	Tasa educación superior	Tasa educación media	Tasa educación básica, o inferior
1992	5.2	8.3	15.1
1993	5.6	8.1	14.6
1994	4.8	6.9	15.7

Fuente: McColl y Cols. 1996 (37).

- Si la pobreza absoluta no es la única causa, ¿cuáles son otras posibles explicaciones?

En el mismo estudio de Whitehall, se verificó que la gradiente se da para **todas** las causas de muerte, esto indica que los factores en juego operan sobre condiciones tan diversas como las enfermedades cardiovasculares, las infecciones, los cánceres y los suicidios. Los estilos de vida no saludables son un buen candidato para explicar un efecto tan disperso. Ellos afectan a gran parte de la población y tienden a concentrarse en los grupos de NSE más bajo. Sin embargo, la gradiente persistió (aunque con menor pendiente) después de controlar los factores de riesgo tradicionales. En efecto, el fumar, beber, ser obeso, sedentario u otras condiciones explicaron menos de la mitad (40%) de la gradiente de mortalidad. Otras alternativas tales como la movilidad social, acceso a la atención médica, selección genética, también han sido descartadas como factores explicativos relevantes (Wilkinson 1996).

- ¿Qué ocurre entonces?

Hay evidencias que sugieren un rol muy importante para la **distribución del ingreso** a nivel de la sociedad, como factor determinante del nivel de salud de las poblaciones.

Rodgers (38) encontró que la expectativa de vida estaba relacionada con el Producto Geográfico Bruto per cápita y la distribución del ingreso, en un grupo de 56 países ricos y pobres.

Se ha observado que si bien las inequidades en salud se dan en muchos países, las intensidades son distintas y cambiantes en el tiempo.

Por lo tanto el o los factores que determinan las inequidades no operan con igual fuerza en los distintos países. Hay países o regiones en que las inequidades en salud han disminuido en corto tiempo, otros en las que han aumentado. Esto se ha asociado fuertemente a los cambios en la distribución del ingreso.

Los países de la Unión Europea que disminuyeron la proporción de su población viviendo en pobreza relativa (Francia y Grecia) gozaron de incrementos más rápidos en expectativa de vida que aquellos en los cuales la pobreza relativa aumentó durante el período 1975-1985 (39).

Waldman (40) analizando 70 países ricos y pobres encontró que si se fijaba el ingreso absoluto del 20% más pobre de cada sociedad, aumentos en el ingreso del 5% más rico, se asociaba con **aumentos** en la mortalidad infantil. Esto es una demostración poderosa de la importancia del ingreso relativo.

Hallazgos que apuntan en la misma dirección pueden encontrarse también en EE.UU. (41, 42, 43).

El que los ingresos relativos y no sólo los niveles absolutos sean un posible determinante de la salud, impone serios desafíos a las políticas que buscan disminuir las inequidades en el nivel de salud de la población. Claramente ya no basta con mejorar la equidad en la atención médica, tampoco ahora basta disminuir la pobreza.

- ¿Qué debe hacerse entonces?

Para responder esta pregunta es necesario avanzar en la identificación de los mecanismos por los cuales la gradiente del ingreso se asocia a una gradiente en mortalidad.

Los estudios aún no son concluyentes pero existe razonable evidencia para postular algunas hipótesis. La principal de éstas es la de la "cohesión social" elaborada por Wilkinson (1996): Mientras mayor sea la distancia social, mayor será la probabilidad de que esa sociedad invierta poco en su "capital social", menores las redes de apoyo, mayores las frustraciones de "los de abajo", menores las posibilidades movilidad social, etc.

Apoya su hipótesis en varias observaciones de experimentos "naturales", entre las que destacan:

1. En Inglaterra, en tiempos de la guerra hubo un importante aumento de la equidad del ingreso, acompañado por un gran sentido de solidaridad y cohesión social. En torno a ese período hubo un dramático progreso en la expectativa de vida de la población.
2. La ciudad italo-americana de Roseto en Pennsylvania, durante la década de los sesenta sufrió un violento cambio en su estructura económica que abrió dramáticamente la diferencia entre pobres y ricos. Ello determinó un quiebre de la hasta entonces tradicional cercanía y solidaridad social de esa comunidad con un considerable aumento de la mortalidad cardiovascular, que la llevó desde tener las más bajas tasas del país hasta sufrir las más altas.

Evans (1994) plantea que los mecanismos que explican la gradiente de mortalidad y que operan a nivel individual (con repercusiones biológicas demostradas en animales de laboratorio) pueden ser un conjunto de desventajas sufridas por "los de abajo": mayores problemas perinatales y de crianza temprana, menor red social de apoyo, menor capacidad de controlar su vida y ser creativo a través del estudio y trabajo.

Especialmente lábil sería el período perinatal y de la niñez temprana, en el que el sistema ner-

vioso e inmune “aprenderían” respuestas ante el estrés sostenido, que llevarían a la larga a enfermar por diversas causas (44).

Esta visión se complementa bastante bien con la teoría de Wilkinson.

Kawachi (45, 46) en un reciente estudio independiente realizado en los distintos estados de EE.UU. mostró una importante correlación entre las **inequidades en el ingreso** con el nivel de **confianza social** y también con el nivel de **participación comunitaria**, existente en los diversos estados. Ambos fueron usados como indicadores del capital (cohesión) social. Demostró también una significativa asociación entre los indicadores de capital (cohesión) social y las diferencias en **mortalidad general y específica** para la enfermedad coronaria, neoplasias malignas y mortalidad infantil.

- ¿Es posible utilizar estos nuevos hallazgos en el diseño de políticas y organización de servicios de salud?

Canadá ha dado pasos señeros en intentar rediseñar sus sistemas y políticas de salud **de las personas** hacia sistemas y políticas de salud **de las poblaciones**, incorporando muchos de los elementos aquí expuestos (47, 48).

La preocupación por disminuir las inequidades de salud debe entonces considerar las distribuciones del ingreso y avanzar en el estudio y modificación de los mecanismos que determinan un gradiente de mortalidad entre aquellos que están en la base respecto de los de la cúpula de la escala social, independiente del nivel absoluto en que esta escala se ubique. El crecimiento económico no lo hace todo.

Las políticas sociales que apunten en este sentido serán las de mayor impacto tanto en el nivel de salud de la población. Gavin Mooney (20) lista un conjunto de componentes que son útiles al considerar una política de equidad en la atención de salud. En ella el objetivo es alcanzar una distribución de la atención médica de acuerdo a las necesidades de salud y no a otros criterios, siempre en el marco de los recursos existentes.

Gilson (21), refiriéndose a las categorías de Mooney, define pragmáticamente necesidades como la existencia de daños en salud o de una mayor vulnerabilidad para contraerlos. Los distintos aspectos de la equidad en la atención de salud, según Mooney (24), son:

- Equidad en el gasto regional per cápita en salud.
- Equidad en los recursos regionales per cápita

(humanos, materiales, etc.) que son empleados en salud, teniendo en consideración los diferentes precios que existen a lo largo del país.

- Equidad en asignar iguales recursos a iguales necesidades en salud. Este punto toma en consideración las variaciones que la edad, sexo, nivel socioeconómico, etc., imponen sobre las necesidades en salud.

La preocupación por la distribución equitativa de los recursos asignados a la atención médica, de acuerdo a las necesidades de salud, fue técnicamente desarrollada en el Reino Unido a través de la fórmula RAWP (22). Gracias a ella se calculó un per cápita regional ajustado por diversas variables que dan cuenta de las distintas necesidades en salud y las diversas condiciones de producción médica a nivel de cada región. El per cápita regional así calculado se constituyó en el mecanismo de distribución de recursos desde el nivel central a las distintas regiones.

Las variables utilizadas por la fórmula RAWP son:

1. Tamaño de la población (la variable más poderosa).
2. Composición de la misma (a jóvenes y senescentes se les asigna mayor necesidad en salud).
3. Riesgo de enfermar para cada región (estimado a través de las tasas de mortalidad).
4. Costos regionales en la provisión de servicios médicos.
5. Traspaso de pacientes de una región a otra (controla el mayor gasto en que incurren regiones que atraen mayor población que la asignada).
6. Educación médica (controla los mayores gastos en que incurren regiones que cuentan con escuelas de medicina).
7. Inversión en capitales (controla los gastos de mantención y reposición de los stocks de capital en las distintas regiones).

Las variables escogidas resultaron ser en general muy ligadas a la entrega de servicios (se quería ligarlas a necesidades), sin embargo constituyeron una buena aproximación al tema de la distribución equitativa de recursos entre las regiones.

La aplicación de la fórmula RAWP mostró una inequitativa concentración del gasto histórico en la región de Londres. Se logró elaborar un calendario de ajustes en la distribución de recursos que fue permitiendo situaciones más equitativas. El futuro de la fórmula en el NHS reformado no está claro (23).

- Equidad en garantizar igual acceso frente a iguales necesidades.

Este punto dice relación con la distribución de la atención en salud en el país.

## RESUMEN

Diferencias crecientes en la salud entre y dentro de los países están relacionadas con las diferencias de ingreso y status que persisten y se acentúan a pesar del crecimiento económico.

Se define inequidad como toda diferencia evitable en el nivel de salud que es considerada como injusta. Se distingue la equidad en la atención de salud de la equidad en el nivel de salud de la población. En la primera preocupa que la distribución de los recursos asignados a la atención médica sea orientada según necesidades de la población, focalizando según vulnerabilidad y capacidad de pago. La máxima es ofrecer igual acceso e igual tratamiento a igual necesidad. Se discuten herramientas técnicas para lograrlo. Equidad en la atención en salud no permite alcanzar equidad en el nivel de salud. Tampoco la superación de la pobreza o la modificación de estilos de vida. Menores tasas de mortalidad de distintos grupos sociales no se relacionan con la riqueza total sino con una mejor distribución del ingreso al interior de la sociedad. A mayor distancia entre los grupos sociales, menor inversión en capital social, lo cual a su vez determinaría una menor cohesión social, factor determinante en el progreso de las naciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. WHO (1995) The world Health Report, bridging the gaps. Geneva WHO.
2. Davis K and Rowland D (1991) Financing Health care for the poor, in Ginzberg Ely (ed.) (1991) Health services research, key to Health Policy. Foundation for Health services research USA.
3. Mooney G (1992) Economics, Medicine, and Health Care. Harvester Wheatsheaf, capítulo 8.
4. Le Grand J. (1982) The strategy of equality, chapter 3 Allen and Unwin London.
5. WHO (1995) The world health Report, bridging the gaps. WHO Geneva.
6. Black Report (1982) Inequalities in health, ed. Townsend, P and Davidson N Harmondsworth. Penguin.
7. Whitehead M (1992) The Health Divide. Penguin London.
8. OPS (1995) En busca de la equidad. Informe anual del director. Dcto oficial 227. Washington DC OPS.
9. De Geyndt Willy (1996) Social development and absolute poverty in Asia and Latin America, World Bank technical paper No 328.
10. Evans R, Barer M, Marmor Th. (1994) Why are some people healthy and others not? Walter de Gruyter, Inc. New York.
11. Wilkinson R (1996) Unhealthy societies, the afflictions of inequalities. Routledge London.
12. Whitehead M (1990) The concepts and principles of Equity and Health, WHO Copenhagen. Citada en Abel Smith Brian 1994, página 19.
13. Bowling Anne (1995) Measuring disease. Open university Press London.
14. NIH (1996) Recommendations of the conference "Measuring social inequalities in health", Intern Jour. of health services, (26); 3: 521-527.
15. Pereira J (1993) What does equity in health mean? Jour of Social Policy 22. 1:19-48.
16. Gilson L (1988) Government health care charges: Is equity being abandoned? London School of Hygiene and tropical Medicine, London.
17. Walt Gill (1994) Health policy an introduction to process and power, Zed Books Ltd. London
18. Standing H (1997) Gender and equity in health sector reform programmes: a review. Health Policy and Planning 12(1): 1-18.
19. Musgrove Philip (1995) La eficacia en función de los costos y la reforma del sector salud. Salud pública Mex 37:363-374.
20. Mooney G (1992) Just health care: only medicine? en Economics, medicine and health care. Harvester Wheatsheaf London.
21. Gilson L (1988) Government health care charges: Is equity being abandoned? London School of Hygiene and tropical Medicine, London.
22. Department of health and social security, (1976) Sharing resources for health in England, Report of the resource allocation working party, HMSO London.
23. Carr Hill R (1990) "RAWP is dead, long live RAWP" in Competition in health care: reforming the NHS, eds. AJ Culyer, AK Maynard and JW Posnett, Macmillan London.
24. Gilson L (1988) Government health care charges: Is equity being abandoned? página 33. London School of Hygiene and tropical Medicine, London.
25. Steele R (1981) Marginal met need and geographical equity in health care. Scottish Journal of political economy (28), cited by Mooney Gavin 1992.
26. Mooney G (1994), QALY league tables: the road to better priority setting? in Key issues in health economics, Harvester Wheatsheaf London.
27. Asociación de ISAPRES AG (1996). Las ISAPRES Hacia la modernidad en salud: realidades, perspectivas y desafíos del sistema, Giaconi J y Caviédes R eds. página 77-78. CIEDESS Stgo de Chile
28. Le Grand J (1982) Health care, chapter 3 in The strategy of equality Allen and Unwin, London.
29. Ministerio de Salud (1996) Información estadística de prestaciones otorgadas a beneficiarios de ley

- 18.469 en sus modalidades libre elección e institucional y sistema ISAPRE Chile 1986 a 1995. Depto. de coordinación e informática.
30. Abel-Smith B (1994). An Introduction to health policy planning and financing, página 180. Longman, London and N. York.
  31. MIDEPLAN Principales logros sociales: salud. Integración al desarrollo 1994, Ministerio de Planificación y Cooperación, Chile.
  32. Abel-Smith B (1994). "Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud", en especial página 210, en La salud en Chile, evolución y perspectivas. Miranda E. ed. CEP Stgo., Chile.
  33. Phillimore y cols. (1994). The widening gap. Inequality of health in northern England, 1981-1991. British medical Journal 308:1125-8.
  34. Hertzman C, Frank J and Evans RG Heterogeneities in health status and the determinants of population health, in Evans RG et al., Why are some people healthy and others not?, op cit.
  35. Mac Coll P et al. (1995). Inequidades en la muerte, el nivel educacional como factor determinante de la salud. Trabajo presentado a las XV Jornadas chilenas de salud pública, Santiago noviembre 1995.
  36. Mackeon T et al. (1975). An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the 20th century. Population studies, 29:391-422.
  37. Davey Smith G, Shipley MJ and Rose G, (1990) Magnitude and causes of socio-economic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study. Journal of epidemiology and community health 44: 265-70.
  38. Rodgers GB (1979). Income and inequality as determinants of mortality: an international cross section analysis. Population studies, 33: 343-351.
  39. Wilkinson RG (1995) A reply to Ken Judge: Mistaken criticisms ignore overwhelming evidence. British medical journal 311: 1285-7.
  40. Waldman RJ. (1992) income distribution and infant mortality. Quarterly Journal of economics 107: 1283-302, citado por Wilkinson, 1996.
  41. Kennedy BP, Kawachi Y, Prothrow-Stith D (1996). Income distribution and mortality: Test of the Robin Hood Index in the United States.
  42. Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, et al. (1996). Income inequality and mortality in the United States. British Med. Jour. 312: 999-1003.
  43. Davey Smith G, Neaton JD and Stamler J (1996). Socio-economic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple risk factor Intervention Trial. White men. American Journal of Public Health 86: 486-96.
  44. Evans RG, Hodge M, and Pless IB (1994). If not genetics, Then what? In Evans et al. 1994.
  45. Kawachi Y, Kennedy B et al. (1997). Social capital, Income inequality, and Mortality. American Journal of Public Health, in press.
  46. Kawachi Y, Kennedy B (1997). Health and Social cohesion: Why care about income inequality? British medical journal, in press.
  47. Ministère de la Santé et des services sociaux, Quebec (1992). The policy on health and well being.
  48. Health Canada (1994). Strategies for population health. Investing in the health of Canadians. Publications Health Canada.