

FUNDAMENTOS DE UNA POLITICA DE SALUD QUE INTEGRE EL PRINCIPIO DE EQUIDAD

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 31-39

*Dr. Carlos Montoya Aguilar**

RESUMEN

Un objetivo declarado de la política social del país es lograr un nivel creciente de salud para todos.

La situación actual deja mucho que desear en materia de equidad, como lo demuestran las diferencias geográficas de mortalidad y de antropometría, así como las diferencias de gasto per cápita entre los subsistemas público y privado y la gradiente geográfica de las actividades al interior del subsistema público.

Las políticas nacionales son responsables de la mortalidad prematura que afecta a la mayoría de la población y que se asocia directamente con la desigualdad de ingreso, la insuficiente atención a la salud, la postergación de regiones y comunas enteras. La inequidad socioeconómica es en sí un agente patógeno.

La equidad no se contrapone a la efectividad ni a la eficiencia: antes bien, estas tres características se potencian entre sí.

La epidemiología enseña que la inequidad no se corregirá aplicando preferentemente medidas focalizadas en los pobres y en problemas específicos de salud. Hay que tomar en cuenta a toda la población y todo el espectro de causas económicas y sociales, además para mejorar la información, la planificación, la estructura de financiamiento, el uso de las capacidades y la conciencia moral y de servicio en el propio sector de la salud.

Debe utilizarse el conjunto de recursos de la población para reducir las diferencias ante la muerte: la injusticia última. No se debe temer que las políticas de equidad retrasen el crecimiento económico; la experiencia internacional muestra que ocurre lo contrario: hay un costo económico de la injusticia social.

1. LA SITUACION GENERAL

Si se acepta que el goce de la vida y la salud son derechos naturales, puede afirmarse entonces que toda desigualdad en el estado de salud constituye inequidad. En 1993 la expectativa de vida era de 79 años en Japón y de 42 años en Uganda; la mortalidad infantil variaba entre 5 por mil naci-

dos vivos en Islandia y 161 en Afganistán –una gradiente de uno a treinta y dos (1). La inequidad en la salud mundial es enorme.

En una reunión reciente en que participaron parlamentarios, colegios profesionales, académicos, instituciones privadas, sociedades científicas y el Ministerio de Salud se estuvo de acuerdo en que la característica más importante de la situación y aten-

* Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile.

ción de salud en Chile es la inequidad (Seminario sobre la salud en Chile, Cámara de Diputados, Valparaíso, abril de 1997). Frente a este diagnóstico parece especialmente oportuno e importante analizar en qué consiste la inequidad como un aspecto muy específico de la problemática de la salud.

En el caso de los recursos y acciones para la salud lo que importa es que correspondan a las necesidades. La equidad en la atención no se refiere a acciones cualesquiera, sino a acciones que sean efectivas y pertinentes. El valor último es la obtención de resultados en salud; cierta desigualdad en la distribución del gasto para la salud puede ser consecuencia del requisito de atender equitativamente a personas y grupos con situaciones y necesidades diferentes.

Con todo, la desigualdad en la atención de salud a nivel mundial también puede calificarse como enorme: “alrededor de mil millones de personas no tienen acceso regular a servicios locales de salud” y “la mitad de la población del mundo aún no tiene acceso regular a los medicamentos esenciales” (1).

Se puede cuantificar aproximadamente la inequidad de la atención de la salud en un país o región mediante la comparación de los índices de concentración del gasto en salud con los índices de concentración de enfermedad (donde los índices de concentración pueden ser los respectivos coeficientes de Gini): si estos últimos muestran más desigualdad que aquéllos, habría inequidad del sistema de atención (2).

La inequidad ha llegado a ser “el máximo requisito en la organización, financiamiento y gestión de los sistemas de cuidado en salud”, y se resume bien en el tema “salud para todos”. En palabras de H. Nakajima, Director General de la OMS, “la inequidad creciente es literalmente un asunto de vida o muerte para muchos millones de personas, ya que los pobres pagan el precio de la desigualdad social con su salud”. En consecuencia, la equidad figura como una alta prioridad en el programa actual de la Organización a nivel mundial y en las Américas (3); ya en 1988 ella inició una especial intensificación e integración de la cooperación hacia los países con mayores necesidades (4).

2. PANORAMA DE LA SITUACION EN CHILE

¿Qué ocurre en Chile? Desde que hay en el país estadísticas de salud, ellas han reflejado diferencias geográficas en mortalidad y morbilidad (5). Estudios especiales han mostrado las gradientes

pondeostaturales entre preescolares y escolares de distintas regiones o que asisten a escuelas públicas o privadas (6, 7). En una fecha reciente (1992) la razón de las tasas de mortalidad infantil entre el área (de Servicio de Salud) más desfavorecida y la más aventajada fue igual a 2,2. Las divergencias más amplias -4,3 y 2,4- se dieron para las edades de 15 a 24 años y de 25 a 44 años, respectivamente, lo cual -dicho sea de paso- subraya la prioridad que debe darse hoy en Chile a la salud del adulto joven en algunas regiones (8). Estas diferencias se mantenían sin variación en 1995.

De los niños de 6,5 años de edad, asistentes a escuelas públicas en 1992, el 47,9% superó la talla de 118 cm (percentil 50 de la norma internacional) en la región con los mejores resultados, y sólo el 33,0% en la región con los resultados menos favorables; el rango fue de 9,5% a 18,8% de niños con menos de 111 cm (percentil 10 de la norma) (6).

En cuanto a la atención de salud en Chile, la primera inequidad se da entre el gasto per cápita que corresponde al 25% de la población afiliada a seguros de manejo privado (Isapre) y el que corresponde al 70% de la población, afiliada al sistema público (Ministerio de Salud): la razón entre el primero y el segundo es igual a 2,3.

Al interior del subsistema público, la razón del gasto máximo sobre el gasto mínimo por beneficiario entre los 26 Servicios de Salud fue de 2,81; las proporciones fueron de 2,80 para las horas médicas y de 4,10 para los cargos de enfermeras universitarias. En el mismo año las proporciones del nivel máximo sobre el mínimo para las actividades del sistema público fueron: en las atenciones de adultos, 2,64 para las consultas generales y controles y salud, 3,36 para las consultas de especialidades y 3,70 para las de urgencia; en las atenciones de niños, 5,43 para las consultas de especialidades y 3,48 para las de urgencia (9).

3. FACTORES QUE EXPLICAN LA INEQUIDAD EN SALUD, EN EL MUNDO, EN LOS PAISES Y EN LAS COMUNIDADES

Los factores que han sido demostrados empíricamente pueden agruparse en nueve categorías, cuyos efectos tienen diversos grados de interacción y de superposición:

(i) El ingreso económico: al interior de todos los países para los cuales se cuenta con información pertinente los índices de salud son mejores

mientras más alto es el ingreso o el status ocupacional del estrato poblacional respectivo; es decir, hay inequidad en salud que se asocia a la inequidad económica (10, 11, 12, 13)

(ii) La atención de salud: datos de Chile indican que la atención de salud y el nivel socioeconómico operan ambos sobre la mortalidad infantil en forma recíprocamente independiente (14). La comparación entre países industrializados confirma que una mayor atención (representada por el gasto como indicador) protege de la inequidad en salud (2, 15, 16, 17). Los Estados Unidos constituyen una excepción llamativa, al tener la mayor inequidad en salud, junto con el mayor gasto per cápita en salud (2).

Esta excepción sugiere que no sólo importa el nivel del gasto, sino que, además, la estructura del sistema: en Estados Unidos la inequidad en la atención afecta más al segundo quintil más bajo que al primero, lo cual podría explicarse por una cobertura incompleta e irregular de la clase media baja por los seguros de salud privados; esta clase queda así en peores condiciones que los usuarios de programas de asistencia pública (2). En Suiza el aseguramiento de la salud es privado pero cubre a la casi totalidad de la población; así genera equidad en la atención, asociada a un buen nivel de salud, pero lo hace al más alto costo del mundo (US\$ 2.520 per cápita en 1990) después de Estados Unidos (18).

El Reino Unido, con su Servicio Nacional de Salud, se aproxima a la equidad en la atención de nivel primario —a igual morbilidad igual número de consultas— y proporciona un exceso de hospitalización a los pobres (19, 20).

Pero la inequidad en resultados de salud no depende sólo de la cantidad de atención (gasto, cobertura), sino también de su calidad; por ejemplo, en Nueva York se comprobó mayor mortalidad perinatal con la atención por residentes en lugar de especialistas, diferencia que a la vez estaba relacionada con el ingreso y la etnia del usuario (21). El grupo inglés que produjo el Informe Black sobre desigualdad en salud encontró que la calidad del nivel primario era menor para las clases bajas; como indicadores usaron la duración de la consulta, el número de aspectos abordados, las visitas del médico general a sus pacientes hospitalizados, el conocimiento de los usuarios por el médico general y la oportunidad de la fecha de reserva de atención profesional para el parto (10).

(iii) La geografía: la segregación espacial de grupos que difieren entre sí tanto por los ingresos como por el tipo de producción, la vivienda, el

saneamiento, la educación, la composición étnica, la cultura y la exposición a determinados factores del ambiente físico y social hace que la comparación entre unidades geográficas —países, localidades— se preste para comparar niveles de salud.

Además la información suele estar disponible con facilidad y los resultados pueden influir directamente en las administraciones nacionales y locales, por lo cual son numerosos los estudios que aprovechan la dimensión espacial (22, 23). Varios de ellos han sido citados más arriba; tienen más valor cuando permiten individualizar los factores responsables de las diferencias halladas. Por ejemplo, un seguimiento de la mortalidad de las mujeres de pequeñas áreas de Edimburgo permitió identificar el grado de hacinamiento como el predictor individual principal de la considerable inequidad en salud existente al interior de la ciudad (24); la inequidad entre las regiones del Reino Unido era ya muy conocida (10), siendo su papel independiente de la inequidad atribuible a la estratificación ocupacional. En Santiago de Chile una encuesta reciente mostró una morbilidad mayor de los niños de comunas pobres y un menor porcentaje de atención de sus episodios; se pudo cuantificar también el elevado pago directo que debieron hacer las familias más acomodadas (25). En la misma ciudad se halló mayor frecuencia y gravedad de las discapacidades en las comunas pobres (26).

La ruralidad tiene relaciones de distinto signo con los niveles de mortalidad, dependiendo del país y de la época; sobre el acceso a la atención tiene en la mayoría de los casos un efecto negativo (23).

(iv) La educación: en relación con la inequidad en salud, la educación tiene un comportamiento similar al ingreso económico. En países de baja escolaridad, la desigualdad de los niveles de instrucción de las madres tiene una alta correlación con la inequidad en la salud de los hijos (Behm, H., en países de América Latina, CELADE, década de 1970).

(v) Desempleo: la cesantía prevalente en Europa en las últimas décadas ha facilitado el estudio de su efecto sobre las diferencias de salud y específicamente sobre la mortalidad por cáncer pulmonar, por accidentes y por suicidio, así como sobre la incidencia de depresión y angustia. El fenómeno afecta también a las esposas e hijos de los desempleados (27). La falta de trabajo es más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos, pero su efecto sobre la salud es independiente tanto de la clase social como de la morbilidad preexistente (28).

(vi) Cultura: un elemento que agrava la inequidad socioeconómica de la salud en algunas

situaciones es la deficiente y/o tardía utilización de los servicios de salud por ciertos grupos de pobres, aunque ellos estén disponibles sin costo directo (19). Parte del problema tendría que ver, ya sea con la distancia sociocultural respecto a los proveedores, ya sea con una divergencia entre las experiencias de atención real y las expectativas creadas al respecto (19).

Antropólogos norteamericanos han intentado explicar una baja demanda al sistema Medicaid postulando una heterogeneidad cultural de los pobres; describen varias categorías, una de las cuales estaría formada por personas que rechazan ser "manipuladas" por las agencias públicas y prefieren ser autónomas respecto a ellas (29).

Un aspecto interesante que se ha invocado en ciertas interpretaciones de la persistencia de los diferenciales en salud es el fenómeno descrito como "deriva" (drift) social: las personas con cualidades más apreciadas tenderían a subir a una clase social privilegiada, y a la inversa, con lo cual se produciría una selección negativa en el estrato pobre, selección que explicaría su mayor carga de patología (19). Se ha argumentado, empero, que tal fenómeno no tiene una fuerza tal que invalide el papel preponderante de los demás elementos que determinan en un momento dado la gradiente económica en la salud (20).

Existen diferenciales de género: en la mayoría de los países "modernos" la mujer tiene una expectativa de vida al nacer que es hasta un 10% superior a la del hombre; es el caso de Chile (8). Pero hay otros países en los cuales la mortalidad femenina es mayor que la masculina: el fenómeno podría estar relacionado con valores culturales. Se ha especulado en torno a la posibilidad de que en esos casos la situación se revierta a medida que las mujeres salgan a participar en la vida económica (30).

En Río de Janeiro se ha encontrado que las mujeres pobres y menos educadas tienen más hipertensión y obesidad que los hombres del mismo estrato social; pero esta diferencia de género desaparece y aún se invierte en el estrato alto, de modo que puede esperarse que haya una "normalización" de la razón de mortalidad por sexo en la población total de esa comunidad en función del progreso socioeconómico local (31).

(vii) Conductas que son factores de riesgo directo para la salud: una parte de la inequidad socioeconómica o geográfica en salud se puede atribuir a la influencia de conductas tales como el fumar, la sedentaridad u otras que a su vez tendrían un diferencial económico o espacial. Hoy, en muchos países, son los pobres los que mueren

más por causas cardiovasculares y por cáncer pulmonar; son también los que más fuman. Antes, la gradiente socioeconómica era la opuesta; la relación de clase comenzó a invertirse en los países industrializados occidentales alrededor de 1950 (32,33). Sin embargo, el cáncer de mama, que se relaciona con una conducta limitante de la fecundidad, y el cáncer de colon y recto, que se asocia a determinados hábitos de alimentación, tienen una gradiente favorable a las clases y a los países con menor ingreso (34).

(viii) Las políticas económicas y sociales: la mantención de la desigualdad de ingresos ha conducido, en los países industrializados, no a mayor crecimiento sino a curvas más lentas de aumento del producto, a mayor inequidad en salud y a deterioro del capital biológico y social de la población. Glyn y Miliban hablan del "costo económico de la injusticia social". A la inversa, un mayor nivel de gasto y tributación social como proporción del PIB se ha visto asociado, entre otras ventajas, a mayor expectativa de vida, menor mortalidad materna y menor porcentaje de nacimientos de bajo peso (11).

(ix) La inequidad socioeconómica, independientemente del nivel del PIB, es en sí un agente patógeno. Por ejemplo, luego de medir la desigualdad en privación socioeconómica al interior de cada distrito de Inglaterra, se encontró que ella se asociaba significativamente con el daño en salud de dichas áreas (35). Lo mismo se ha verificado en una comparación entre países (11, 36).

En Estados Unidos, a mayor desigualdad de ingresos dentro de los estados en 1980, menor fue el descenso de la mortalidad entre ese año y 1990 (37). Se ha atribuido este efecto a un mecanismo psicosocial más que biosomático: "La desigualdad puede hacer a la gente miserable mucho antes de matarla" (11). El que mecanismos de este orden pueden estar en juego parece confirmarse por la comprobación, en un proyecto de la OMS, de que la autonomía en la toma de decisiones y en la fijación del ritmo de trabajo, características ligadas al status socioeconómico, se relaciona inversamente con la incidencia de enfermedad coronaria y por lo tanto puede explicar en parte la gradiente socioeconómica de esta afección (38).

4. EQUIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN SALUD

Suele afirmarse que la búsqueda de la equidad puede redundar en disminuir la efectividad o la

eficiencia de un sistema de salud. En realidad, la efectividad que se logra con el uso de intervenciones pertinentes, avaladas científicamente y que ponen el acento en las funciones de promoción y prevención, contribuye a mejorar la salud y la satisfacción de la mayor proporción de personas servidas por el sistema. Así, la efectividad es una condición favorable a la equidad. Recíprocamente, la inequidad perjudica a la efectividad de un sistema nacional de salud, pues significa que los recursos se concentran en personas o grupos que, en general, enfrentan riesgos menores y disfrutan de mejor salud. Una baja efectividad a nivel de la población total es signo de inequidad, de que la acción no se ha llevado hacia donde es más necesaria y puede tener mayor impacto.

Una gestión con eficiencia económica, al evitar derroches, permite que más personas con necesidades reales de atención tengan acceso al sistema: así contribuye a la equidad. Por el contrario, la inequidad se asocia en general con sistemas de salud fragmentados, ineficientes, en que se remunera

por acto y se persigue obtener utilidades a partir de los estratos con mayor capacidad de pago (39) y mejor salud.

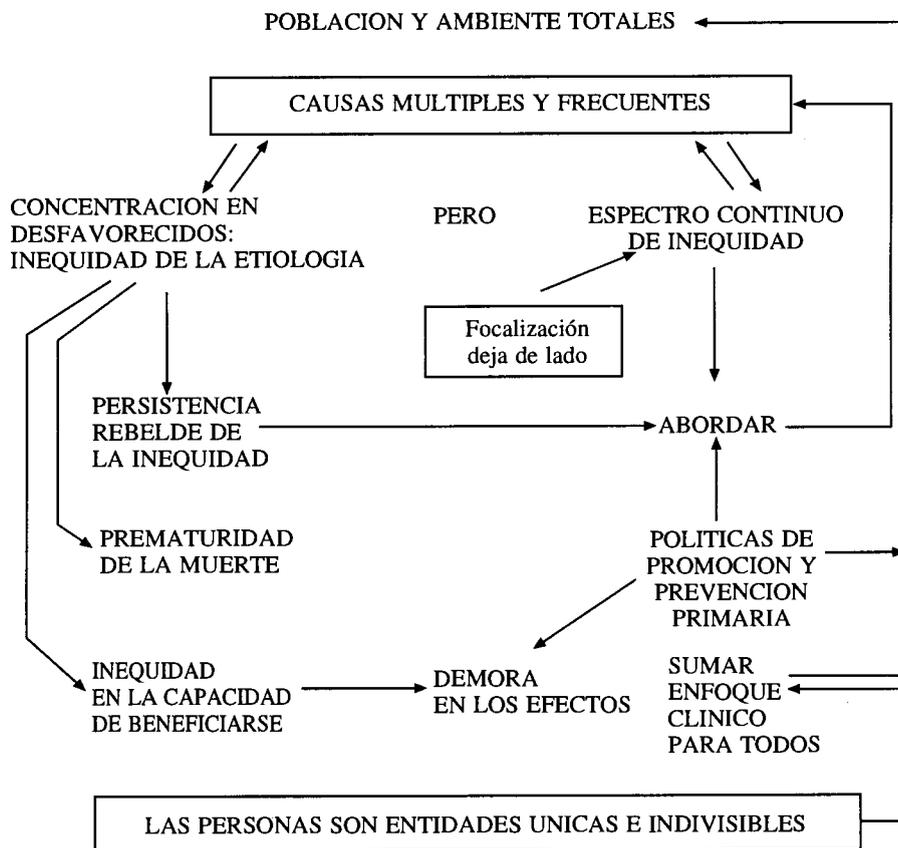
Lo recomendable es que en el diseño y manejo de un sistema de salud se tomen en consideración simultáneamente estos tres principios básicos, a fin de optimizar la sinergia entre ellos.

5. ELEMENTOS DE EPIDEMIOLOGIA PARA ABORDAR LA INEQUIDAD EN SALUD

Para el epidemiólogo, la inequidad es un concepto de su disciplina: es una característica de la población y de las personas, es factor condicionante de la salud y constituye en sí un objeto patológico medible cuyas causas, historia natural, distribución y control procede conocer e intervenir.

Diversas consideraciones epidemiológicas esenciales, además de las ya expuestas al presentar los factores de la inequidad, deben ser agregadas en este lugar (Fig. 1)

FIGURA 1
Una visión epidemiológica de la inequidad



Un hecho fundamental es que la salud está expuesta a daños por causas múltiples que se encuentran presentes en toda la población, o en gran parte de ella, y en todo el ambiente (40, 41). Ejemplos son los hábitos alimentarios, la contaminación ambiental, los agentes biológicos, la hipertensión arterial, el stress.

Estas causas tienden a concentrarse y a actuar con más fuerza en los grupos desfavorecidos: hay una "inequidad de la etiología."

Pero la gradiente de la inequidad en salud es continua: la mayoría de la gente está más o menos expuesta a daño al compararla con algún otro grupo de distinto nivel de vida (42).

Cuando las causas alcanzan una fuerza suficiente, respecto a ciertas personas o grupos, se manifiestan como enfermedades clínicas que son como puntas del iceberg sumergido en la población. Según los cambios en las circunstancias de los países, esas enfermedades cambian su incidencia, características y distribución; aparecen o desaparecen. Las causas generales y los casos leves no se ven, pero el potencial de enfermedad es una realidad universal y permanente.

La morbilidad que se manifiesta en los menos favorecidos es con frecuencia más compleja y grave que lo revelado por las estadísticas. Por lo tanto, la gradiente es cuantitativa y es cualitativa: la inequidad es más rebelde en el segmento inferior de la distribución.

De aquí la persistencia tenaz de la inequidad de la salud en el tiempo. Numerosos análisis de tendencias destacan este aspecto (43, 44). En Europa y en Estados Unidos ha habido períodos recientes de aumento de los diferenciales, que han coincidido con alzas de la cesantía y de la desigualdad de ingresos, así como con restricciones del gasto social (45, 46); en Chile están documentados ciclos de mortalidad relacionados con crisis económicas (47). Además los diferenciales de salud se transmiten de una generación a otra (48) y también hay una situación de actual riesgo por un nivel alto y creciente de inequidad económica. Dentro del escenario general de las reducciones de mortalidad en el mundo aparecen todavía aumentos de mortalidad en adultos, por ejemplo en Inglaterra (11) y Chile (11, 49). Se ha llegado a plantear la interrogante: ¿es evitable la inequidad en salud?, ¿se terminará? (19). Hay respuestas afirmativas a estas preguntas (50), incluyendo una referencia a la equidad completa en los kibutzim de Israel (33).

La multiplicidad y ubicuidad de las causas de morbilidad, su manera de combinarse para produ-

cir distintas patologías ha llevado a algunos epidemiólogos a concluir lo siguiente: más que en diagnósticos específicos, la inequidad o gradiente que importa es la que se traduce en la edad al morir. La muerte prematura: "la injusticia última" (51).

Junto al enfoque poblacional de la salud, es válido el enfoque individual, clínico o de microárea (40). A este nivel la combinación de factores es "única" para cada persona o grupo y para cada episodio mórbido. Las prioridades o necesidades son diferentes.

La inequidad se agravaría aquí al tratar de aplicar clasificaciones, priorizaciones e intervenciones uniformes a todas las personas, cada una de las cuales es una unidad indivisible y singular.

En síntesis, el razonamiento epidemiológico aplicado a nivel internacional o nacional conduce a abordar con intervenciones efectivas las múltiples causas de los problemas más frecuentes: tabaco, alcohol, drogas, ignorancia, clima, riesgos ocupacionales, la propia inequidad. En programas masivos es difícil individualizar el riesgo, de donde la conveniencia de dirigir las medidas de más amplio impacto a toda la población y a todo el ambiente del respectivo país o región. Tal es la justificación del énfasis en la promoción y en la prevención primaria como funciones primordiales de la atención de salud: son funciones a realizar con todos los sectores (tomando en cuenta lo que aportan y también sus posibles efectos nocivos), entendiéndose por esto que debe apelarse a todos los recursos del país o región (41, 42).

De todos modos, prestar atención preferentemente a los problemas de los desfavorecidos es una de las estrategias lógicas. Sin embargo, hay que tener presente que los efectos de los programas innovadores, aunque estén focalizados, se producen con frecuencia más rápidamente en los estratos favorecidos, viéndose los impactos de escala nacional sólo después de un período de latencia que puede ser de muchos años. Es lo que ha ocurrido con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón, que han disminuido en los estratos altos de Europa y Estados Unidos, en tanto que aún aumentan entre los trabajadores manuales de esos mismos países (32, 33). En tales casos los esfuerzos de promoción y prevención han aumentado transitoriamente la inequidad. En la base de este fenómeno está la "inequidad en la capacidad de beneficiarse con las acciones de salud", consideración que debe incorporarse a los programas para que sus efectos sean equitativos. En los casos en que se comprueba una reducción sustancial en la tasa na-

cional de un problema muy prevalente, como lo era la mortalidad infantil en el tercer mundo, como lo es ahora la patología cardiovascular, puede concluirse que se ha logrado llegar hasta los grupos más afectados y que hay verdaderamente equidad. Por otra parte, en diversos países en desarrollo avanzado o intermedio la disminución progresiva del porcentaje de familias pobres facilita la estrategia de focalización y la obtención de resultados en ese estrato; pero el impacto de tales resultados a nivel nacional es cada vez más limitado. Además, por ser continua la gradiente de la inequidad en salud, las clases intermedias, si no se las protegió a causa de la estrategia de focalización, quedan en posición desmedrada, sufriendo a su vez la "patología de la inequidad" (2).

6. SUPERAR LA INEQUIDAD EN SALUD

De lo ya dicho se desprenden claramente blancos y estrategias de ataque a la inequidad. Se proponen ahora formas de inserción del objetivo de equidad en las políticas de salud:

(i) Lo primero es conocer el problema y, en lo posible, medir la inequidad usando la información existente e indicadores simples (5). Los indicadores "sintéticos", como el coeficiente de Gini y otros pueden ser útiles para establecer comparaciones; pero su aplicación e interpretación ofrecerán problemas. Para dar sólo un ejemplo: con una cifra de "10 muertos por mil nacidos vivos" se dice lo mismo que con "990 sobrevivientes por mil nacidos vivos" y sin embargo la primera expresión arroja valores del coeficiente de Gini que son mucho más elevados que los que se obtienen usando la "supervivencia infantil" (52).

(ii) El conocimiento tanto vivencial como matemático de la inequidad en salud se usará para crear conciencia del problema (51).

(iii) En los planes de salud deberían incluirse metas de reducción de la inequidad, tanto a nivel nacional como local. El logro de estas metas se facilita si se conoce la ubicación del problema en el espacio (mapas) y en los grupos de personas, así como sus características. Los países europeos señalaron un camino al comprometerse, en el seno de la Oficina Regional de la OMS, a reducir en un 25% sus niveles de inequidad antes del año 2000 (43). Los métodos de planificación ofrecen numerosas maneras de potenciar el uso de los recursos de modo de evitar su racionamiento frente a necesidades reales (53).

(iv) Financiamiento para la equidad: que sea

equitativo en su origen, es decir solidario; que todo el recurso de que el país disponga para salud se distribuya equitativamente entre las regiones (54), y se use de acuerdo a las necesidades locales e individuales, evitando derivar partes de él hacia gastos de intermediación o hacia técnicas innecesarias.

La aplicación del concepto de prepago o seguro social universal para salud permite eliminar la necesidad de dinero al momento de requerir un servicio.

(v) Aplicación del modelo de atención integral, cuyo concepto incorpora la equidad de cantidad y de calidad (39), y su aplicación por un sistema de salud integrado que asegure, entre otros objetivos, la equidad interregional o intercomunal de acceso para todos los habitantes.

(vi) El apoyo en el terreno al trabajo de los equipos de salud del país, asegurando que las capacidades clínicas, epidemiológicas y organizacionales sean compartidas por todos los niveles, a través de todo el territorio y sean así aplicadas equitativamente a todos los sectores poblacionales.

(vii) Formación de los profesionales y demás trabajadores de salud para la equidad. El objetivo debe ser que cada egresado incorpore en sí el fundamento ético de su misión de servicio: que sepa lo que tiene que hacer y lo haga bien, saliendo a participar con los demás sectores y con toda la comunidad (50).

Finalmente: no es posible para todos, hoy, elegir sus estilos de vida (44); la inequidad en salud es una forma de pobreza, que deriva, como la pobreza económica, de la inequidad en la distribución del producto nacional (55, 56) y, por lo tanto, requiere soluciones integradas al nivel nacional (57), basadas en el mejoramiento progresivo de dicha distribución.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, World Health Report 1995: bridging the gaps, Ginebra 1995.
2. Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective O.U.P, Oxford 1993.
3. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, Resolución N° 5 de 25.1.1995, Renovación de la estrategia de salud para todos (una nueva política mundial por la equidad, la solidaridad y la salud).
4. Organización Mundial de la Salud, Asamblea N° 48, 20.2.1995. Informe del Director General sobre Cooperación Intensificada con los países con Mayor necesidad.

5. Allende, S., La realidad médico-social chilena, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Santiago 1939.
6. Montoya, C., Situación y atención de salud en Chile, ediciones de 1992 y 1993, Ministerio de Salud de Chile.
7. Montoya, C., Ipinza M., Peso y estatura de preescolares pertenecientes a dos estratos sociales, Rev. Ch. Pediatría 1964; 35:269-73.
8. Montoya, C., Madrid, S., Torres M., y Barilari, E., Area, edad y sexo en la mortalidad de Chile en 1992, Rev. Méd Chile 1996; 124:622-26.
9. Montoya, C., Barilari, E., Madrid.S., Ramírez M., Medición de la inequidad en la situación y atención de salud: el ejemplo de Chile, 1992, Ministerio de Salud, Chile, 1994.
10. Department of Health Services, England, Inequalities in health (the Black Report), HMSO, London 1980.
11. Smith, G. D., Income inequality and mortality, why are they related? BMJ 1996; 312:987-988.
12. Rodgers, G., Hopkins, M., Wery, R., Population, employment and inequality. Bachue Philippines, Saxon House para la OIT, 1978.
13. Viel, B., et al., Mortalidad infantil en diversos grupos de lactantes de Santiago, Terceras Jornadas Chilenas de Salubridad, Santiago, 1995.
14. Behm, H., Mortalidad infantil y nivel de vida, Edit. Universitaria, Santiago, 1962.
15. Velkova, A., Wolleswinkel, J.H., Mackenbach, J. P., The East-West life expectancy gap: diferencias in mortality from conditions amenable to medical intervention. Int. J. Epidemiol. 1997; 26:75-84.
16. Medina, E. et al., Atención de salud en el Gran Santiago según niveles de ingreso económico, Cuad. Méd-Soc. 1985; 26(3): 95-102.
17. Floud, R, Measuring the transformation of the European economies: income, health and welfare (Physical height as an indicator), Centre for economic policy research, Discussion paper 33, London, Nov., 1984.
18. Banco Mundial, Informe del Desarrollo Mundial 1996, O.U.P, N. York 1996.
19. Brotherston, J., Inequality: is it inevitable? en: Carter, C.O., Leed, J. (eds.) Equalities and inequalities in health, Academy Press, London 1976.
20. Collins, E., Klein, R., Equity and the NHS: self-reported morbidity, access and primary care, BMJ 1980; 281:1111-15.
21. Wyszewianski, L., Donabedian, A., Equity in the distribution of quality of care, Medical care (supplement) 1981; 19 (12):28.
22. Musgrove, P., Measurement of equity in health, World Health Statistics Qtly., 1986; 39(4): 325-335.
23. Montoya, C, Marfn A., International equity in coverage of primary health care: examples from developing countries, World Health Statistics Qtly., 1986; 39 (4):336-344.
24. Alexander, F, et al., Association between mortality among women and socioeconomic factors in general practices in Edinburgh, BMJ 1987; 295:754-56
25. Medina, E., et al., Atención de salud de niños y adolescentes de Santiago 1993-1994., Rev. Chil Pediatr. 1995; 66 (1):44-49.
26. Medina, E., et al., La incapacidad por problemas de salud en la población de Santiago, Cuad Méd-Soc. 1995; 35(4): 10-16.
27. Department of Health, England, Annual Report of the Chief Medical Officer for 1992, London, HMSO. 1993.
28. Arber, S., Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate, BMJ 1987; 294:1069-73.
29. Thompson M., Wildavsky A., A poverty of distinction: from economic homogeneity to cultural heterogeneity in the classification of poor people, Policy Sciences 1986; 19:163-199.
30. Sen, A., More than 100 million women are missing, The New York Review Dic. 20, 1990:61-64.
31. Bloch, K.V, et al., Sex and socioeconomic differences in prevalence of cardiovascular risk factors, en: Congreso de la A.I.E. Brasil, 1995.
32. Marmot, M. G, Mc Dowall, M.E., Mortality decline and widening social inequalities, Lancet 1986; 274-76.
33. Scott-Samuel, A., Social inequalities in health, Lancet 1986; i: 1084-85.
34. Riboli, E., Kaaks, R., The EPIC project: rationale and study design, Int. J. Epidemiol 1997; 26 (suppl. 1): 56-514.
35. Ben Shlomo, Y., White, I.R., Marmot, M., Does the variation in socioeconomic characteristics affect mortality? BMJ 1996; 312:1013-14.
36. Wilkinson, R. G., Income distribution and life expectancy, BMJ 1992; 304: 165-68.
37. Kennedy, B.P., Kawachi, Y., Prothrow-Smith, D., Income distribution and mortality: cross sectional study of the Robin Hood Index in the United States, BMJ 1996, 312:1004-07.
38. Bobak, M., Marmot, M., Psychosocial factors at work and myocardial infarction, en: Congreso de la A.I.E., Brasil, 1995.
39. Colegios Profesionales de la Salud, Propuesta de política de salud integral para Chile, Santiago, febrero de 1997.
40. Rose, G., Individuos enfermos y poblaciones enfermas, en: OPS, El desafío de la epidemiología, Pub. Cient. 505, 1988. Tomado de: Int. J. Epid. 1985; 14:32-38.
41. Watt, G.C.M., All together now: why social deprivation matters to every one, BMJ 1996; 312:1026-28.
42. Blaxter, M., Evidence on inequality in health from a national survey, Lancet, July 4, 1987:30-33.
43. Smith, R., Whatever happened to the Black report? BMJ 1986; 293:91-92.
44. Lancet (editorial), The health divide: wan song of

- the health education council, *Lancet* March 28. 1987:724-25
45. Kaplan, G.A. et al., Inequality in income and mortality in the United States, *BMJ* 1996; 312:999-1003.
 46. Mackenbach, J.P., Tackling inequalities in health: great need for evidence based interventions, *BMJ* 1995;310:1152-53.
 47. Montoya, C., Marchant, L., The effect of economic changes on health care and health in Chile, *Health Planning and Management* 1994;9(4): 279-294.
 48. Parker D.J.P., Osmond, C., Inequalities in health in Britain: specific explanations in three Lancashire towns, *BMJ* 1987; 294:749-52.
 49. Department of Health, England, *The health of the nation: coronary heart disease and stroke*, 1993.
 50. Smith, A., Social factors and disease: the medical perspective, *BMJ* 1987; 294:881-83.
 51. Aiach, P., Carr-Hill, R., Inequalities in health: the country debate, presentación al taller sobre Desigualdades en Salud, European Science Foundation, Londres, septiembre de 1985.
 52. Hansluwka, H., Reflections on the measurement of social inequality of death, *División de Vigilancia epidemiológica mundial y evaluación de la situación de salud*. OMS, Ginebra 1985.
 53. Black, Sir Douglas, A doctor looks at health economics, *The Office of Health Economics*, annual lecture 1994.
 54. Birch, S., Maynard, A., Regional equity in health care provision, en las actas de la 4.a conferencia de la Soc. Internacional de la Ciencia de Sistemas en la Atención de Salud, Lyon, julio 1988 (págs, 203-06), Edit. Masson.
 55. Montoya, C., El aporte del sector salud a la superación de la pobreza, *Cuad. Med-Soc.* 1995; 36(1): 5-11.
 56. Montoya, C., Cómo asegurar el mejor uso de los dineros destinados a la atención de salud, *Salud y Cambio*, 1995; 5(16-17): 17-30.
 57. Lowi, T., *The end of liberalism. The second republic of the United States*, Norton and Co., N. York, 1979.