

## EQUIDAD Y SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GENERO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 55-65

*Dra. Silvia Riquelme Q.  
Dr. Enrique Barilari D.\**

### ABSTRACT

The purposes of this paper is to analyse social inequalities affecting in Chile the poorer and/or most vulnerable population, and the consequences upon health conditions, particularly of women in relation with their process of incorporation into working field.

The country faces an increasing social gap, striking over determined categories of workers, in order to their social class and sex. This outlines a regressive health tendency, expressed as marked differences of premature mortality measured in terms of rate of loss in potential life years –focused on women only in this part of the study– for distinct working categories.

Both, the tendency of overmortality and the lack of homogeneity of death causes for different social class and sex categories, lead to acknowledge the preventible profile of health damages and should guide us towards prevention like an imperative of social ethics.

### RESUMEN

En este estudio analizamos los fenómenos de desigualdad que afectan en Chile a los más pobres y/o más vulnerables, y las consecuencias sobre sus condiciones de salud, particularmente en el género femenino, en su proceso de incorporación al mercado laboral.

El país enfrenta un incremento de la brecha social, impactando sensiblemente sobre determinadas categorías de trabajadores, en función de su clase social y género. Este proceso tiende a configurar una evolución regresiva en salud, que se traduce –abarcando en esta parte del estudio sólo a la mujer– por marcadas gradientes para las distintas categorías ocupacionales de daño medido como mortalidad prematura en tasa de años de vida potencialmente perdidos.

Tanto la tendencia a una sobremortalidad como la ausencia de homogeneidad de las causas de muerte en dichas categorías de clase y género, permiten el reconocimiento de perfiles de evitabilidad del daño en salud que deben orientarnos hacia la prevención como un verdadero imperativo de ética social.

---

\* Investigadores de GICAMS (Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social). Email: gicsal@ibm.net.

**PROPOSITO**

El objeto de este estudio es analizar los fenómenos de desigualdad que afectan en Chile a los más pobres y/o más vulnerables, y las consecuencias sobre sus condiciones de salud, particularmente en el género femenino en su proceso de incorporación mercado laboral.

Dicha dimensión de desigualdad acompaña a un modelo económico considerado exitoso, y refleja —postulamos aquí— su esencia discriminatoria, carente de sensibilidad y sustentabilidad social.

El proceso de crecimiento económico sostenido que ostenta el país en la última década se caracteriza por indicadores macroeconómicos sobresalientes: baja cesantía e inflación de un dígito, alta tasa de inversión y crecimiento del producto en más del 6% promedio anual en este período. Sin embargo, el modelo muestra sus efectos adversos, en la forma de un alto costo social con mayor impacto en la mujer y la familia, especialmente la más modesta.

Los trabajos científicos que estudian la relación entre distribución de la riqueza, condiciones de trabajo y salud, son escasos en Chile (1, 2, 3). No obstante existe abundante literatura internacional que hace referencia al tema, donde se aborda desde la perspectiva de clase social y en menor grado de género (4, 5, 6, 7 y 8). Este trabajo intenta rescatar la potencialidad de las metodologías que emplean categorías de clase social y género, en el análisis del desarrollo de los procesos de salud-enfermedad.

**ANTECEDENTES GENERALES**

**1. Distribución del ingreso y pobreza**

El informe del PNUD sobre Chile (1996) señala que uno de los principales obstáculos al desarrollo humano como país es el alto grado de inequidad en la distribución del ingreso. En efecto, la relación de participación en los ingresos del 10% más rico respecto del 40% más pobre es de 3 a 1 (CEPAL, 1995). Lo que configura una situación altamente regresiva, peor que la de otros países latinoamericanos, tales como: Argentina y México (2,1 a 1), Costa Rica (1,6 a 1) o Uruguay (1,2 a 1).

Por otro lado, la diferencia a nivel nacional en el ingreso per cápita de los hogares del decil (10%) más pobre respecto al más rico sigue aumentando, pasando de 1:36 en 1992 a 1:40 en 1994 (MIDEPLAN, 1994).

En relación a la magnitud de la pobreza, para el año 1994 corresponde al 28,5% de la población total del país (3.988.391) y de ésta el 51,8% está representada por mujeres (MIDEPLAN, 1994). La situación empeora si tomamos los hogares con jefatura femenina, los cuales corresponden al 56% de todos los hogares en condición de pobreza.

En Chile, el número de hogares con jefatura femenina ha ido aumentando en los últimos 20 años:

1970	20,3%	(349.034)
1982	21,6%	(532.249)
1992	25,3%	(834.327)

El ingreso promedio equivale al 71,3% de los ingresos de los hogares con jefatura masculina. Desde el punto de vista de los ingresos individuales, se constata una disparidad aún mayor: las Mujeres Jefas de Hogar (MJH) ganan en promedio menos de la mitad (45,1%) del ingreso personal de los jefes hombres.

**2. Participación laboral de la mujer y condición del empleo (ver Tabla 1)**

De la población económicamente activa del país, un 35% son mujeres. Sin embargo, existe importante subestimación del empleo femenino, del orden de un tercio del total de las inactivas (Encuesta Suplementaria del Empleo. INE, 1993).

**TABLA 1**  
Evolución de la participación femenina en la fuerza de trabajo, 1980-1993

Año	Importancia relativa
1980	29,4%
1990	31%
1993	34,4%

(Fuente: Encuesta Nacional del Empleo, INE)

El 73,5% de las mujeres que se incorporaron a la fuerza laboral en 1992 lo hicieron como asalariadas en empleos de carácter temporal. El promedio de permanencia en el empleo fue 3,5 meses y la jornada de trabajo más de 48 horas semanales. Los empleos temporales se distribuyen en todas las ramas de la actividad económica, concentrán-

dose en servicios personales (32,9%), comercio (22,6%), agricultura (21,3%) e industria (12,5%) (SERNAM/P.E.T., 1994).

Por otro lado, las mujeres trabajadoras ubicadas en los quintiles de menores ingresos carecen de contrato laboral en mayor proporción que los hombres (33% mujeres y 25% hombres), lo que determina una suerte de subempleo o empleo invisible.

## MATERIAL Y METODO

- a) Como primera etapa, analizamos el comportamiento de la brecha social:
  1. Correlacionando la distribución por quintiles de ingreso per cápita de los hogares (1991) con el crecimiento del PIB (1985-1992); la pobreza porcentual y el ingreso promedio per cápita de hogares con la tasa de participación laboral femenina (por regiones).
  2. Describiendo la evolución del ingreso relativo de las mujeres y su distribución por categorías ocupacionales.
  3. Mostrando la evolución de la composición de los afiliados al sistema privado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) para el quinquenio 1990-1995.
- b) En la etapa siguiente calculamos las tasas específicas de mortalidad cruda de las trabajadoras en el grupo etario entre 15 y 60 años por categoría ocupacional, para todo el país entre 1990 y 1994 (expresadas por 100 mil). Para ello, utilizamos como numerador la variable correspondiente del certificado de defunción y como denominador, la población económicamente activa femenina (PEAF), clasificada de igual forma en la Encuesta del Empleo INE, disponible para los mismos años. Para la tasa de 1994, el dato INE de PEA no está disponible, por lo cual se usó la población activa de 1993.
- c) Luego construimos tasas de mortalidad prematura (años de vida potencialmente perdidos) por categoría ocupacional de mujeres del mismo grupo y período. Esto se hizo calculando la diferencia del número de años entre la edad de ocurrencia de la muerte y un valor máximo correspondiente a la edad de jubilación de las mujeres (60-edad de fallecimiento); posteriormente se dividió por la población del grupo etario y categoría ocupacional correspondiente y finalmente se multiplicó por 100 mil. Con ello, se estima el impacto en pérdida prematu-

ra de años de vida durante el período de edad económicamente activa (15 a 60 años).

Tanto la tasa de mortalidad como la tasa de AVPP por categoría ocupacional en las trabajadoras no están ajustadas. Tratándose de una serie histórica de 4 años, entre 1990 y 1994, es razonable suponer que el sesgo debido a factores demográficos se mantiene constante, y por lo tanto no alteraría sensiblemente la tendencia. No obstante, cabe señalar que en el año 1993 se introdujo una nueva clasificación de grupos ocupacionales, la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 1988 (CIUO-88), no pudiéndose descartar algún efecto sobre la variable no modificada, categoría ocupacional.

- d) Además, estudiamos el perfil de las causas de muerte por categoría ocupacional de la mujer, expresado en tasas de AVPP por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE IX), para el mismo período.
- e) Finalmente, medimos desigualdad en las tasas de mortalidad, utilizando el método de Gini y el trazado de la curva de Lorenz, analizando la variabilidad geográfica por sexo para el grupo específico de edad entre 15 y 44 años, según comunas de la Región Metropolitana.

Las fuentes de datos primarios provienen del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), los que se encuentran actualizados al año 1993 (Encuesta de Empleo) y 1994 (defunciones); datos sobre PIB regional de series del Banco Central y Encuesta de Ingreso de Hogares de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile (ambas discontinuadas en 1992); en el procesamiento de datos se emplearon los programas estadísticos SPSS v.6.1 y EPI-INFO v.6.04; se realizaron los tests de significación estadística correspondientes.

## RESULTADOS

### 1. Aumento de la brecha social

Al observar la distribución por quintiles del ingreso per cápita de hogares chilenos en 1991, se constata una inequidad acentuada en regiones de mayor crecimiento de su Producto Geográfico Bruto (PGB o PIB) en el período 1985-1991. Esto traduce una distribución regresiva de la riqueza que acompaña el auge económico regional (ver Gráfico N° 1).

Por otro lado, al traducir el incremento del

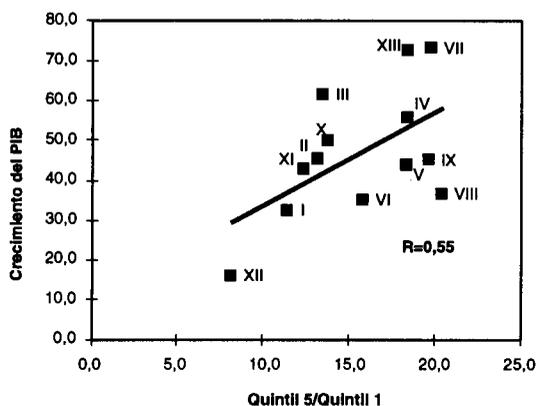
**TABLA 2**  
Tasa de participación laboral versus ingreso per cápita promedio de hogares y pobreza (%), por regiones de Chile, 1994

Región	Ingreso PCAP de hogares (promedio \$ mensual)	Pobreza %	Tasa de participación laboral	Ingreso relativo (mujer/hombre)
I	990.63	22,7	38,9	54
II	856.15	26,3	25,5	65
III	708.15	33,9	32,0	56
IV	633.91	33,1	28,9	73
V	836.23	27,1	32,8	64
VI	673.43	34,1	28,1	72
VII	606.99	40,5	33,3	67
VIII	675.08	40,9	33,0	65
IX	716.78	33,6	18,2	75
X	724.74	33,0	27,7	75
XI	708.16	28,8	38,4	56
XII	994.39	14,8	31,4	56
Metropolitana	115.856	20,9	41,5	54
Chile	900.77	28,5	35	62

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1996.

**GRAFICO 1**

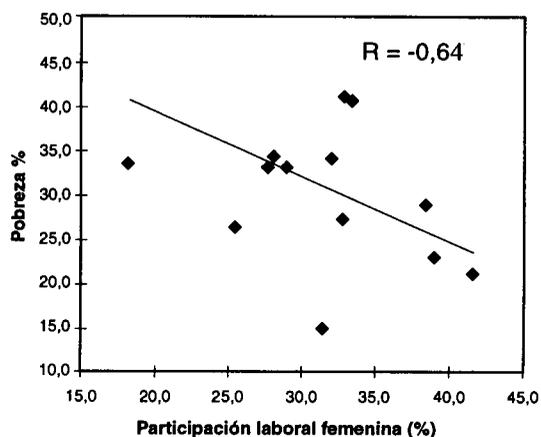
Correlación entre razón de quintil de ingreso de hogares más ricos sobre quintil más pobre para 1991 y crecimiento del PIB 1985-1992, Regiones de Chile\*



\* Correlación ponderada por población regional.

**GRAFICO 2**

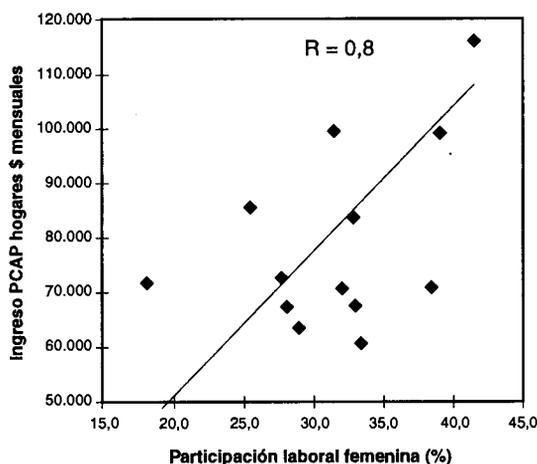
Correlación entre participación laboral femenina y pobreza porcentual por regiones, Chile 1994\*



\* Correlación ponderada por población regional.

GRAFICO 3

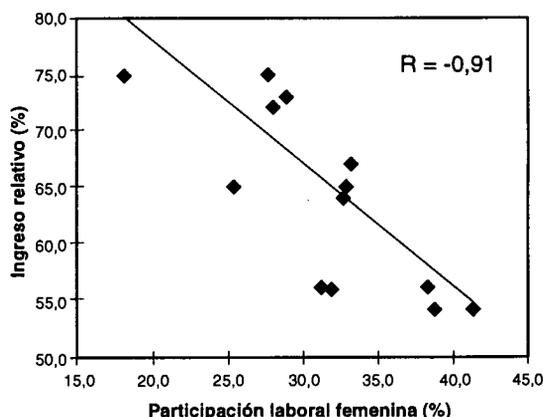
Correlación entre participación laboral femenina e ingreso PCAP de hogares según regiones, Chile 1994\*



\* Correlación ponderada por población regional.

GRAFICO 4

Correlación entre participación laboral e ingreso relativo de la mujer según regiones Chile 1994\*



\* Correlación ponderada por población regional  
Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1996.

PIB en un mayor ingreso per cápita de los hogares por regiones del país, constatamos una evolución inversa del ingreso relativo de la mujer, a pesar de una creciente participación laboral femenina (PNUD, 1996).

Es decir, la incorporación de la mujer a la actividad remunerada constituye un factor importante para la disminución de la pobreza porcentual y el aumento del ingreso per cápita de los hogares, siendo concomitante con esto la obtención por parte de las mujeres de menores ingresos respecto a los hombres, como se puede apreciar en los siguientes gráficos (ver Tabla N° 2 y Gráficos N° 2, 3 y 4).

Sin embargo, al comparar la evolución de los ingresos entre ambos sexos según categoría ocupacional en los años 1990 y 1993, encontramos

un incremento de la brecha salarial en desmedro de las trabajadoras, lo cual es aún más marcado en la categoría patrona (ver Tabla 3).

La brecha salarial entre géneros también se manifiesta en la evolución de la composición de los afiliados al subsistema privado de salud, produciéndose un cambio en su composición caracterizado por una disminución en los índices de feminidad, dependencia y vejez en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en el quinquenio 1990-1995 (ver Gráfico 5).

**2. Daño en salud: mortalidad por categoría ocupacional**

Es difícil encontrar indicadores sensibles que reflejen el deterioro de la salud producto de las

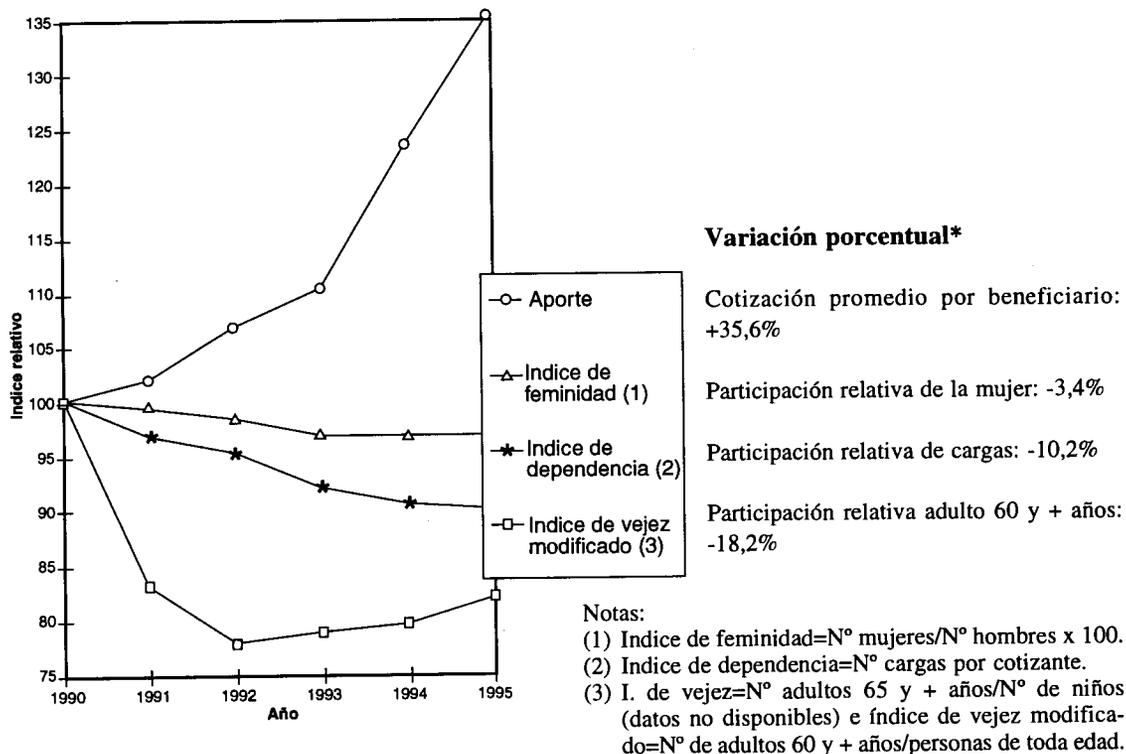
TABLA 3  
Ingreso relativo mujer/hombre, categoría ocupacional obrera(o) y patrón(a), Chile 1990-1993\*

Categoría ocupacional	1990			1993		
	Hombre	Mujer	Razón M/H	Hombre	Mujer	Razón M/H
Patrón(a)	681.484	402.560	0,59	1.276.684	697.631	0,55
Obrera(o)	45.598	38.554	0,85	75.950	63.363	0,83

Fuente: INE.

GRAFICO 5

Evolución de la afiliación por edad, sexo, nivel de ingreso y condición de carga en subsistema ISAPRE, Chile 1990-1995\*



\* Los índices se calculan como variación porcentual respecto al nivel fijado arbitrariamente en 100% para 1990. Fuente: Superintendencia de ISAPRE. Elaboración GICAMS-Dra. M.E.C.

condiciones laborales, debido tanto a la multicausalidad de los procesos de enfermedad como a la carencia de información, ya que por un lado existe un gran subregistro de las enfermedades y accidentes profesionales y por el otro una importante subestimación del empleo femenino.

En cuanto a la información existente en mutualidades e I.N.P que otorgan cobertura a la Ley de accidentes y enfermedades profesionales (Ley N° 16.744), además de lo ya señalado adolecen de desagregación por sexo y/o no hacen referencia a las características socioeconómicas.

Así, el estudio de las defunciones se constituye en un adecuado indicador para el análisis del máximo daño en salud y su relación con las condicionantes de clase social representadas aquí por las categorías ocupacionales.

#### Tasa de mortalidad

Podemos apreciar una disminución de las ta-

sas específicas de mortalidad de la población económicamente activa femenina (PEAF), manteniendo el comportamiento que ha seguido la mortalidad general en el país y mostrando un descenso similar en ambos sexos.

En cuanto a la tasa de mortalidad por categoría ocupacional, se constata una importante diferencia entre ellas, alcanzándose la tasa más elevada en la categoría obrera (93,5) en comparación con patrona (12,8) para el quinquenio 1990-1994 (ver Tabla 4).

#### Tasa de AVPP

La tasa de AVPP (TAVPP) sigue una tendencia similar a la disminución de la tasa de mortalidad específica de la PEA(F), sin embargo el descenso es proporcionalmente menor para obreras y empleadas. Cabe destacar que la TAVPP, además de dimensionar el número de muertes, pondera

**TABLA 4**  
Tasas de mortalidad y AVPP por año y quinquenal según categoría ocupacional, sexo femenino, Chile, 1990-1994

Categoría ocupacional		1990	1991	1992	1993	1994	1990-94
Patrona	TM	12,18	9,54	7,73	23,07	11,53	12,76
	TAVPP	268,01	133,50	151,99	239,32	204,72	198,87
Empleada	TM	68,67	63,29	66,47	49,89	59,06	60,98
	TAVPP	1.294,21	1.181,08	1.285,90	958,04	1.105,35	1.156,04
Obrera	TM	98,88	111,84	83,78	85,96	90,00	93,46
	TAVPP	1.913,43	2.121,62	1.608,08	1.515,01	1.762,40	1.770,79
Cuenta propia	TM	48,06	44,78	38,82	29,36	35,71	38,84
	TAVPP	655,49	573,99	547,14	443,07	466,98	531,23

NB: TM y TAVPP = Mortalidad cruda y prematura de la PEA(F) x 100.000.

Fuente: INE.

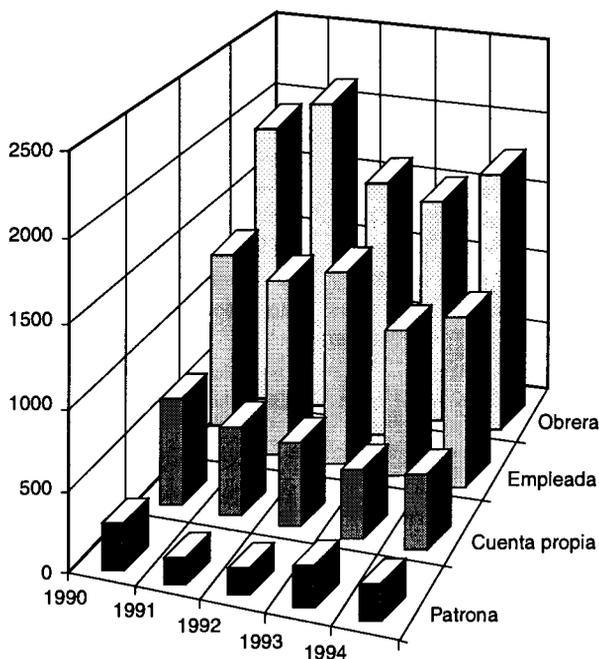
más aquellas que ocurren a temprana edad o mortalidad prematura, lo cual exacerba las diferencias de mortalidad entre las categorías de obrera y patrona (TAP quinquenales alcanzaron 1.770,8 y 198,9, respectivamente). Es decir, la brecha de mortalidad entre estas categorías aumenta en un 20% si la medimos en base a la mortalidad prematura (ver Gráfico 6).

#### *Causas de muerte*

La notoria diferencia de mortalidad existente entre las categorías ocupacionales plantea la necesidad de un análisis desagregado por grupos de causas, en la búsqueda de las condicionantes sociales presentes (ver Tabla 5).

Las tasas de AVPP por grandes grupos de cau-

**GRAFICO 6**  
Tasas de años de vida potencialmente perdidos en mujeres.  
Por categoría ocupacional, Chile 1990-94



Fuente: Defunciones 1990-1994; PEA 1990-1993, INE.

**TABLA 5**  
Tasa de AVPP por grandes grupos de causas según categoría ocupacional en mujeres,  
Chile, quinquenio 1990-1994

Categoría ocupacional grandes grupos de causas	Categoría 1			Categoría 3		
	Nº	Tasa	%	Nº	Tasa	%
001-139-Infeciosas-parasitarias	0	0,00	0,00	456	39,61	2,24
140-239-Tumores	103	59,72	30,03	4.741	411,80	23,26
240-279-Endocrinas-metabólicas	0	0,00	0,00	87	7,56	0,43
280-289-Sangre-hematopoyéticas	18	10,44	5,25	90	7,82	0,44
290-319-Mentales	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
320-389-SNC-y-Org-sentidos	0	0,00	0,00	202	17,55	0,99
390-459-Cardiovasculares	5	2,90	1,46	2.063	179,19	10,12
460-519-Respiratorias	2	1,16	0,58	683	59,32	3,35
520-579-Digestivas	2	1,16	0,58	950	82,52	4,66
580-629-Genitourinarias	50	28,99	14,58	465	40,39	2,28
630-679-Reproductivas	0	0,00	0,00	1.023	88,86	5,02
680-709-Piel-tejido-subcutáneo	0	0,00	0,00	132	11,47	0,65
710-739-Osteomusculares	0	0,00	0,00	213	18,50	1,04
740-759-Congénitas	0	0,00	0,00	193	16,76	0,95
780-799-Mal definidas	0	0,00	0,00	155	13,46	0,76
800-999-Trauma-envenenamiento	163	94,51	47,52	8.934	776,00	43,82
Total	343	198,87	100	20.387	1.770,79	100

Fuente: INE.

sas difieren según categoría ocupacional, y en el caso de las patronas se distribuyen en el siguiente orden decreciente: traumáticas, tumorales, genitourinarias, linfohematopoyéticas, cardiovasculares y otras; en obreras las principales causas son en orden descendente: traumáticas, tumorales, cardiovasculares, reproductivas, digestivas y otras (ver Gráficos 7 y 8).

Aquí, nuevamente se acrecientan las diferenciales en dichas tasas por categoría ocupacional, especialmente en algunos de los grandes grupos de causas generalmente más prevenibles, situación que es más marcada al comparar obreras y patronas, con las siguientes razones entre estas categorías: causas reproductivas 89:1, digestivas 71:1, cardiovasculares 62:1, respiratorias 51:1, infecciosas y parasitarias 40 veces mayor en obreras.

### *Coefficiente de Gini*

Finalmente, recurrimos a un enfoque distinto para estudiar la distribución geográfica del fenómeno de dispersión de la mortalidad. Utilizando el método de cálculo del coeficiente de Gini y trazado de la curva de Lorenz, constatamos para

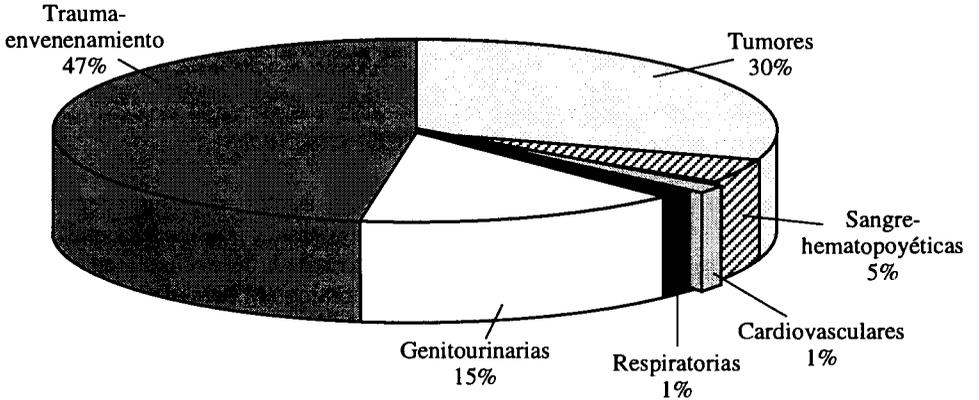
el grupo etario de 15-44 años de edad desagregado por sexo, de las 52 comunas de la Región Metropolitana estudiadas, que se presenta una mayor desigualdad en las tasas de mortalidad comunales en el caso de las mujeres (Gini=0,233) que entre los hombres (Gini=0,191). Por ende, el sexo representa una condición en que se expresa de modo importante el fenómeno de variabilidad para ese grupo etario (ver Gráfico 9). Aquí, nuevamente deben explorarse los factores de riesgo y de protección que impactan en la forma de una distribución desigual del daño en salud, e identificar los perfiles de evitabilidad de la sobremortalidad que afecta a un determinado género.

### DISCUSION

Este trabajo analiza algunas de las regularidades generales en que se expresa la contradicción fundamental de nuestra sociedad, determinada por relaciones de producción profundamente inequitativas. Esto se traduce no sólo por una distribución regresiva del ingreso y de los derechos sociales como la salud, sino por la transformación a través de todos sus ejes valóricos y estructurales esen-

GRAFICO 7

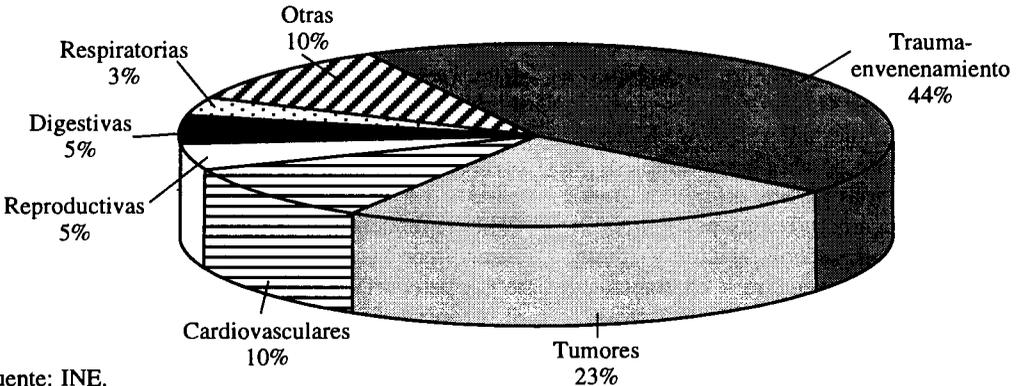
Importancia relativa de las tasas de AVPP por grandes grupos de causas para categoría ocupacional patrona. Chile, quinquenio 1990-94



Fuente: INE.

GRAFICO 8

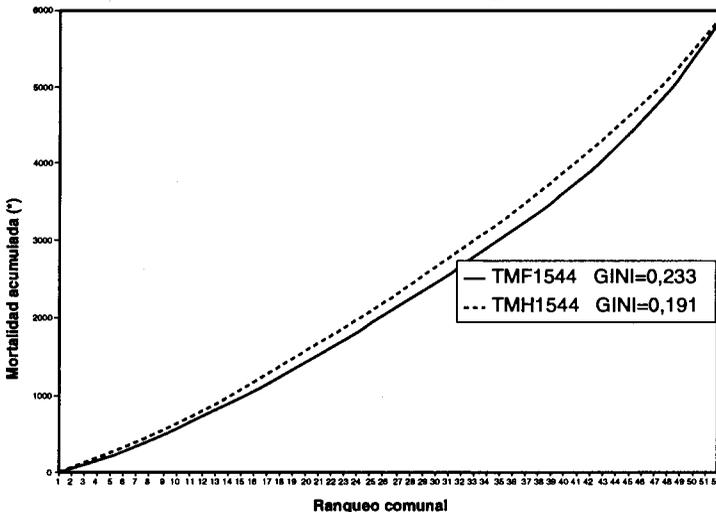
Importancia relativa de tasa de AVPP según grandes grupos de causas para categoría ocupacional obrera. Chile, quinquenio 1990-94



Fuente: INE.

GRAFICO 9

Curvas de Lorenz de distribución de mortalidad acumulada en grupo etario de 15 a 44 años de las 52 comunas de la Región Metropolitana, Chile 1994



(\*) Valores acumulados para mujeres multiplicados por factor de estandarización de escala.  
NB: coeficiente de Gini=1 para máxima desigualdad, Gini=0 para mínima desigualdad.

ciales de la organización social, hacia formas de discriminación ejercidas sobre los principales actores sociales.

Desde ese ángulo, es importante señalar las características con las que se ha implementado el modelo económico y su impacto en el mercado laboral. Por una parte, crece el tamaño del sector formal y aumenta la productividad de algunas ramas económicas, logrando por medio de la incorporación de tecnología y especialización de la mano de obra una mejor utilización de la fuerza de trabajo. Y por otra, un sector informal cuya magnitud ha disminuido según cifras oficiales, que reúne condiciones laborales precarias, mano de obra no especializada y de bajo costo, acompañado de su correlato de desprotección social.

Más aún, si trasladamos nuestra atención a lo que ha significado la transformación social del rol de la mujer, observamos una alta tasa de incorporación al trabajo remunerado, lo cual ha sido un factor gravitante en la disminución de la pobreza del conjunto de los hogares. No obstante, constatamos que esto no se ve reflejado en una mejoría de su ingreso, sino paradójicamente va asociado a un deterioro relativo de él.

Así, vemos a la mujer enfrentada a un mercado laboral cuya oferta se abre hacia empleos de menor promedio salarial y/o con diferentes grados de "precarización", caracterizados por temporalidad y/o estacionalidad, subcontratación y el auge de una nueva forma de relaciones contractuales, constituido por la flexibilización de la jornada y el traslado de la actividad hacia el hogar, con la consecuente exposición a riesgo del resto del grupo familiar, fundamentalmente los menores.

Sumado a lo anterior, el actual contexto cultural plantea a la mujer la necesidad de un cambio desde un rol tradicional eminentemente doméstico a uno mixto, y asumir en muchos casos el papel de jefa de hogar con escasas posibilidades de acceso igualitario al trabajo y salario, lo que condiciona el proceso denominado "feminización de la pobreza".

En este marco, podemos entender algunas condicionantes socioeconómicas como son la discriminación de la cobertura en salud, desprotección social y perfiles de riesgo de las trabajadoras, tanto por exposición laboral como por triple carga de trabajo (tercera jornada), los que determinan un alto grado de vulnerabilidad y niveles marcados de sobremortalidad de las categorías ocupacionales subordinadas en la dimensión de sus relaciones sociales de producción y de género.

Por otro lado, el análisis del subsistema

ISAPRE que condiciona el acceso y uso de servicios de salud al nivel de ingreso económico y perfil de riesgo individual, evoca una creciente mercantilización, lo que indiscutiblemente repercute en la racionalidad e integralidad del proceso de atención de la salud.

## CONCLUSION

Del estudio se desprenden aspectos generales de la contradicción fundamental que atraviesa nuestra sociedad, determinada en un contexto de auge económico sin precedente, por relaciones de producción y de género profundamente inequitativas.

Los contrastes parecen constituirse en factor gravitante del crecimiento, con una clara tendencia del modelo económico a exaltar y absolutizar los logros macroeconómicos sin atender los costos sociales para las personas y el ambiente, lo que conlleva graves efectos sobre la salud y la preservación de la vida.

La identificación de gradientes sociales y de género asociados a marcadas diferenciales de mortalidad, especialmente de mortalidad prematura medida en tasas de AVPP, evocan la necesidad de recurrir en cualquier diagnóstico de situación de salud a las categorías de clase social y género. Tanto la tendencia a una sobremortalidad como la ausencia de homogeneidad de las causas de muerte por categoría ocupacional de mujeres permiten el reconocimiento de perfiles de evitabilidad del daño en salud que deben orientarnos hacia la promoción y la prevención como un verdadero imperativo de ética social.

La puesta en el centro del desarrollo de un enfoque holístico de la vida cuestiona aquí las inequidades como la feminización de la pobreza y la desigualdad en la distribución del daño en salud según clase social, entre otras situaciones de carácter excluyente, inherentes al modelo de crecimiento económico vigente en Chile.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLENDE G., S.: "La Realidad Médico Social en Chile", 1939.
2. BEHM-ROSAS, H.: "Mortalidad Infantil y Nivel de Vida", Ediciones de la Universidad de Chile. 1962.
3. MONTOYA AGUILAR, C. y MARCHANT, L.: "The Effect of Economic Change on Health Care and Health in Chile". *International Journal of Health Planning & Management*, 1994. Vol. 9. Pgs. 279-294.

4. PRATA, P.: "Desenvolvimento Económico, Desigualdad e Saúde". *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10(3): 387-391, Jul/Sep. 1994.
5. WAITZKIN, H.: "The Social Origin of Illness: A Neglected History", *International Journal of Health Services*. 11:77-103, 1981.
6. PAMUK, E.: "Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales". *Population Studies* 1985; 39:17-31.
7. WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E., "Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators". *Health Economics* 1994; 3:281-91.
8. KAPLAN, G.A. et al.: "Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality an potential pathways". *BMJ*, 312:999-1003, 1996.
9. GINI, C.: "Curso de Estadística", trad. esp.. Editorial Labor, 1953.