



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE REPRINTS N° 9

Los conceptos y principios de la equidad en la salud

por

Margaret Whitehead

Consultora OMS/EURO

Traducción del original en inglés
Centro de Documentación e Información (CID)
Programa de Desarrollo y Políticas de Salud (HSP)

Washington, D.C.

Diciembre 1991



El presente es un documento de discusión preparado por el Programa de Planificación y Políticas de Salud de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; está orientado a alcanzar la primera meta en la Estrategia de Salud Para Todos: *Equidad en Salud*.

Original publicado en inglés por la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
Whitehead, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*.
Document EUR/ICP/RPD414 - 7734r
Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 1990.

Palabras Clave:

ESTADO DE SALUD
FACTORES SOCIOECONOMICOS
JUSTICIA SOCIAL
PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD
ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD

Todos los derechos de este documento están reservados a la Oficina Regional para Europa de la OMS. No obstante, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido y/o traducido, siempre que no se destine a su venta con propósitos comerciales.

Los 32 Estados Miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, adoptaron, en su totalidad, en 1980, una política común de salud, seguida de un acuerdo unánime acerca de las 38 metas regionales en 1984; la primera de ellas se ocupa de la equidad.

“Hacia el año 2000, las diferencias reales en el estado de salud entre los distintos países así como entre los grupos sociales dentro de los mismos deben reducirse al menos en un 25%, mejorando el nivel de salud de las naciones y grupos más desfavorecidos” (1).

De otro lado, equidad es un concepto subyacente en muchas de las otras metas. Actualmente, las metas están reevaluándose y revisándose; en particular, alejándose de un énfasis en el estado de salud física, como el medido por la mortalidad para abarcar, donde sea posible, muchas otras dimensiones de la salud y el bienestar. Pero aún se sigue pensando que el concepto subyacente de equidad en salud es tan importante para la década de los 90 como lo era cuando empezó el programa (2).

Sin embargo, no siempre se entiende bien lo que se quiere decir cuando se habla de equidad y salud, por lo que este documento se propone aclarar tanto los conceptos como los principios que subyacen a dichos términos. *Esto no significa que se trate de un documento técnico, sino que su propósito es intentar incrementar la conciencia y el debate en una audiencia general amplia, incluyendo aquellos cuyo quehacer político tiene algún grado de influencia en la salud, tanto dentro como fuera de este sector.*

¿Por qué es tan importante la equidad en la salud?

Para apreciar la importancia del esfuerzo por alcanzar la equidad en relación a la salud, es necesario estar consciente precisamente de cuán extensas son las diferencias en la salud encontradas hoy en día en Europa. *En cada zona de la Región, y en cada clase de sistema político y social, las diferencias en la salud se han podido observar entre diferentes grupos sociales de la población como entre diferentes áreas geográficas dentro del mismo país* (para los diversos estudios sobre la cuestión, véanse las referencias 3 a 11).

En primer lugar, *existen pruebas consistentes de que los grupos más desfavorecidos tienen menos oportunidades de supervivencia* y tienen una esperanza de vida más corta que los grupos más favorecidos. Por ejemplo, el hijo de padres profesionales en el Reino Unido, puede esperar vivir cinco años más que un niño nacido en un hogar cuyos padres realizan trabajos manuales no calificados (12). En Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario de 35 años de edad es de nueve años más que aquella de un trabajador no calificado de la misma edad (13). En Hungría, el Budapest Mortality Study encontró que los varones que habitaban en los vecindarios más deprimidos tenían una esperanza de vida de cerca de cuatro años menos que el promedio nacional y de cinco años y medio menos que aquellos que habitaban en el distrito residencial más elegante (14). En España, mueren dos veces más bebés entre las familias de los trabajadores rurales que entre aquellas de los profesionales (15).

Grandes brechas en mortalidad se pueden observar así mismo entre poblaciones urbanas y rurales como entre diferentes regiones del mismo país. Por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil en la URSS en 1987 eran de más del 21 por 1000 de nacidos vivos en las áreas urbanas, comparadas con los más de 31 por 1000 nacidos vivos en las áreas rurales (16).

La escala de diferencias en las tasas de mortalidad es inmensa. Por ejemplo, se ha calculado que si los trabajadores manuales y sus familias en el Reino Unido hubieran experimentado las mismas tasas de mortalidad que las de los trabajadores no manuales en 1981, entonces habría habido 42.000 defunciones menos durante ese año entre las edades comprendidas entre los 16 y 74 años (17).

En segundo lugar, *hay grandes diferencias en la experiencia de enfermedad. Los grupos desfavorecidos no sólo sufren una carga más pesada de enfermedad que otros sino que también experimentan el comienzo de las enfermedades crónicas y de las discapacidades a edades más tempranas.* Por ejemplo, en Finlandia, 42% de personas con bajos ingresos padecen enfermedades crónicas, en contraposición con 18% del grupo de altos ingresos (18). En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido sobre personas que habían fallecido prematuramente en diferentes vecindarios, los hombres y las mujeres de las áreas más pobres tenían una mayor probabilidad de contraer una enfermedad crónica o de estar discapacitados durante un lapso más prolongado antes de fallecer, así como de haber sufrido un mayor número de problemas de salud, que los residentes en las localidades más prósperas (19).

Otras dimensiones de la salud y el bienestar muestran un patrón similar en relación al abatimiento del nivel de vida. En muchos países las personas desempleadas poseen una salud mental más deteriorada y se ha encontrado que sus hijos poseen una estatura menor que la de los niños de padres empleados (20, 21). Del mismo modo, comúnmente aparecen diferencias en la salud dental: en Noruega, 44% del grupo de ingresos más bajos posee su propia dentadura en comparación con 86% del grupo de ingresos más altos (22). En 1986, un amplio estudio nacional efectuado en el Reino Unido, halló diferencias similares en relación a indicadores fisiológicos como presión sanguínea y funcionamiento pulmonar (incluso cuando se tomaron en cuenta los hábitos relacionados con el tabaquismo), así como para los indicadores de “malestar” psicológico (23, 24).

Más adelante se presentan otros ejemplos de las diferencias en la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mostrando, en general, que los más necesitados de atención médica, incluyendo atención preventiva, tienen una probabilidad menor de recibir un nivel alto de servicio.

Es por esto que, desde el punto de vista práctico del diseño de políticas sanitarias eficientes y efectivas, diferencias a escala tan grande y persistente deben ser tomadas seriamente en cuenta y deben tomarse medidas para reducirlas.

Desde el punto de vista económico, ¿puede permitirse cualquier país tener mermados a tal punto el talento y el desempeño laboral de sectores considerables de su población?

Por sobre todo, sobre preceptos humanitarios no puede reclamarse que las políticas de salud nacionales diseñadas para una población entera, se preocupen por la salud de todos si no se hace nada por aligerar la mayor carga de mala salud soportada por los sectores más vulnerables de la sociedad. La parcialidad en contra estos grupos sociales en la provisión de atención de su salud, ofende, además, el sentido de justicia de mucha gente al comprobar su existencia.

Sin embargo, hay más acerca del concepto de equidad que lo que se ha ilustrado hasta el momento y es necesario que el significado de los términos quede bien claro.

En muchas discusiones sobre la equidad, surgen confusiones porque algunas personas hablan de inequidades en el nivel y la calidad de la salud de diferentes grupos de población, mientras que otros hablan acerca de las inequidades en la prestación y distribución de los servicios de salud, sin hacer una distinción entre las dos partes. Las próximas dos secciones tratan de aclarar los conceptos; en primer lugar los relativos a la salud y, en segundo lugar, los relativos a la atención de la salud.

CONCEPTOS

Significado de la equidad en la salud^a

Ya se han destacado las grandes diferencias entre los perfiles de salud de diferentes naciones y diferentes grupos dentro del mismo país.

Estas diferencias o variaciones pueden medirse a partir de las estadísticas estándar de salud. Sin embargo, no todas estas diferencias pueden describirse como inequidades. *El término "inequidad" tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.*

¿Inevitable o inaceptable?

Entonces, ¿qué diferencias de salud son inevitables y cuáles son innecesarias e injustas? La respuesta variará de un país a otro y en función del tiempo, pero en un sentido general pueden identificarse siete factores determinantes principales en las diferenciales de salud.

1. La variación natural, biológica.
2. El comportamiento elegido libremente que daña la salud, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. La ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud hasta que los otros tienen los medios de ponerse rápidamente al mismo nivel.
4. El comportamiento que daña la salud cuando el grado de elección de los estilos de vida se encuentra severamente restringido.
5. La exposición a condiciones no saludables y al estrés en el trabajo y en la vida diaria.
6. El acceso inadecuado a los servicios elementales de salud, así como a otros servicios de carácter público.
7. La selección natural o la movilidad social relacionada con la salud, lo que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social.

^a La desigualdad en salud es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. Sin embargo, existe cierto tipo de ambigüedad acerca del término, ya que mientras que unos lo emplean para transmitir un sentido de injusticia, otros lo emplean para dar a entender "desigual" en un sentido puramente matemático. A esto se añade el problema de la traducción a algunos idiomas, donde sólo existe un término disponible para traducir tanto "inequality" como "inequity". Para evitar confusión, la OMS ha elegido los términos "equity" (equidad) e "inequity" (inequidad) para la Estrategia Europea de Salud para Todos y se emplearán en este documento.

El criterio aceptado en la literatura enumerada en la sección de referencias sugiere que las diferencias de salud determinadas por los factores de las categorías 1, 2 y 3 normalmente no se clasificarían como inequidades en salud.

Aquellas diferencias en la salud determinadas por las categorías 4, 5, y 6 serían consideradas por muchos como evitables y las desigualdades en salud resultantes como injustas. En la séptima categoría, que incluye la tendencia de las personas enfermas al empobrecimiento, la mala salud original en cuestión pudo haber sido inevitable pero la situación de pobreza de las personas enfermas parece tanto prevenible como injusta.

Una explicación adicional y una serie de ejemplos pueden aclarar más estas distinciones. En primer lugar, suele haber una variación natural entre un individuo y otro. *Los seres humanos varían en cuanto a su salud del mismo modo que lo hacen con respecto de sus otros atributos.* Nunca podremos lograr una situación en donde toda la población tenga el mismo nivel de salud, sufra el mismo tipo y grado de enfermedad y muera después de exactamente el mismo período de vida. Esta no es una meta alcanzable, ni aun deseable. Por lo tanto, *esa parte de la diferencial de salud atribuible a la variación biológica natural puede considerarse inevitable en lugar de inequitativa.*

Una parte de la diferencia en salud entre distintos grupos de edad podría pertenecer a esta categoría. Por ejemplo, la mayor prevalencia de la cardiopatía coronaria en los hombres de 70 años comparados con los hombres de 20 años de edad no despertaría sentimientos de injusticia, ya que podría ser vista como debida al proceso de envejecimiento natural de los seres humanos.

Algunas de las diferencias de salud entre hombres y mujeres también caen en la categoría de variación biológica. Por ejemplo, la mala salud debida a los problemas específicos del sexo tales como los cánceres cervicales y ováricos y la mayor incidencia de osteoporosis en las mujeres ancianas comparadas con el grupo masculino de la misma edad, podría atribuirse evidentemente a las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres, y no a influencias injustas sociales o ambientales.

Sin embargo, *gran parte de las diferencias entre los distintos grupos sociales* (incluyendo las existentes entre los hombres y las mujeres), *no pueden ubicarse dentro del terreno biológico; por el contrario, otros factores están implicados. La prueba crucial para saber si las diferencias en salud resultantes son consideradas injustas parece depender en mayor medida de si la gente eligió la situación que causó la mala salud o si ello estuvo fundamentalmente fuera de su control directo* (25). Por ejemplo, debido a la falta de recursos, los grupos sociales más pobres no tienen muchas oportunidades de elegir en cuanto a viviendas inseguras y superpobladas, a desempeñar trabajos peligrosos y sucios, o a experimentar frecuentes períodos de desempleo. Las mayores tasas de mala salud resultantes de tales factores ambientales son claramente inequitativas. El sentido de injusticia se incrementa en tales casos a medida que *los problemas tienden a unirse y a reforzarse, haciendo que unos grupos sean muy vulnerables a la mala salud.*

Aparentemente, muchas personas discapacitadas sufren un ciclo de injusticia en este sentido. Debido a circunstancias que están en su mayor parte fuera de su control, soportan una fuerte carga de mala salud y, además, su discapacidad puede reducir sus oportunidades de conseguir empleo y de ganar dinero. Esto significa, a su vez, que podrían tener que vivir en condiciones desfavorables que ponen aún más en peligro su salud.

Así mismo, *las opciones personales de comportamiento que afectan la salud pueden estar restringidas seriamente debido a consideraciones sociales y económicas*. Por ejemplo, puede elegirse una dieta menos nutritiva debido a limitaciones en los ingresos o a redes inadecuadas de distribución de alimentos que conducen a la falta de suministros frescos en los mercados. Una actividad física menor puede deberse a la falta de instalaciones de recreación, a la escasez de ingresos o del tiempo necesario para usar esas instalaciones. La promoción de productos nocivos para la salud puede dirigirse a ciertos grupos sociales, como es el caso de la publicidad del alcohol y del tabaco destinada a los trabajadores y las mujeres jóvenes. Ello coloca a estos grupos bajo una mayor presión de consumo de esos productos.

Por otro lado, algunas situaciones son el resultado de un mayor grado de elección. Por ejemplo, las lesiones que se producen esquiando y que son más frecuentes en ciertos grupos, no despertarán el mismo sentido de injusticia, ya que la causa —esquiar— es ampliamente vista como una actividad voluntaria elegida por aquellos que aceptan y se aseguran contra los riesgos implícitos en ella.

De forma similar, un sector de la población puede elegir libremente el no emplear un servicio de salud específico debido, por ejemplo, a creencias religiosas; de allí que cualquier exceso de morbilidad dentro del grupo, habitualmente, no se catalogará como injusticia.

Las causas de las diferencias en salud enumeradas arriba no son excluyentes. Todas interactúan, pero la evidencia disponible muestra que los factores biológicos y los efectos de gente enferma que desciende en la escala social desempeñan solamente un pequeño papel; la parte principal corresponde a factores socioeconómicos y ambientales, incluyendo los estilos de vida.

Hacia una definición operativa

Para resumir, el término “inequidad”, tal como se utiliza en los documentos de la OMS, se refiere a las diferencias en la salud que son no sólo innecesarias y evitables sino que además se consideran como arbitrarias e injustas.

Si bien los juicios sobre qué situaciones son injustas variarán de un lugar a otro y en función del tiempo, un criterio ampliamente usado es del grado de elección en cuestión. Allí donde las personas tienen poca o ninguna posibilidad de elección del modo de vida y las condiciones de trabajo, las diferencias resultantes en salud tienen mayor probabilidad de ser consideradas

injustas en comparación con aquellas resultantes de la elección voluntaria de un riesgo. El sentido de injusticia se incrementa en los grupos donde las desventajas se suman y se refuerzan entre sí, haciéndolos muy vulnerables a la mala salud. En consecuencia, una definición adecuada sería:

La equidad en la salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse (26).

En base a esta definición, *el objetivo de la política para equidad y salud no consiste en eliminar todas las diferencias en salud para que así todos posean el mismo nivel y calidad de salud, sino más bien reducir o eliminar aquellas que resultan de los factores que se consideran tanto evitables como injustos.*

Equidad, en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Equidad en la atención de la salud

En la Estrategia de Salud Para Todos, varias de las metas se refieren a la cuestión de la equidad en la atención de la salud: el asunto se acomete de un modo más explícito en las metas 27 y 28.

La base de estas metas y, de hecho, *la base de la mayoría de los sistemas de atención de la salud en Europa, se apoya en la creencia de que debe haber un despliegue justo y equitativo de los recursos disponibles para beneficio de toda la población, aunque la equidad en este contexto pueda interpretarse de varias maneras.*

Se han propuesto varias definiciones posibles de equidad con fines prácticos (27), pero algunas de ellas probablemente no van a satisfacer un sentido general de la justicia. Para tomar apenas dos de los ejemplos de este trabajo, los servicios de salud podrían basarse en igualdad de gastos per cápita. Según esta definición, se lograría una distribución equitativa si el presupuesto del servicio de salud disponible se dividiera por igual entre las áreas geográficas según el tamaño de la población en cada una de ellas. Pero aunque esto se lograra, no se tendrían en cuenta las distintas necesidades de atención según las edades y grupos sociales de cada región, por lo que para muchos este sistema no se consideraría equitativo.

En el otro extremo, la definición más ambiciosa sostiene que la equidad en la atención de la salud se logra cuando se ha alcanzado un estado de salud homogéneo. En otras palabras, la meta de un servicio de salud equitativo sería establecer el mismo nivel de salud en todas las regiones y/o grupos sociales, o al menos reducir las brechas en cuanto a salud de un modo significativo. En la práctica, ésta es una meta irreal para la mayoría de los servicios, ya que la atención de la salud es únicamente uno de los muchos factores que contribuyen a las diferencias de salud en un país, por lo que actuar de un modo aislado no podría dar como resultado la mejora requerida en el estado de salud de la comunidad.

Para intentar establecer una definición adecuada, se han rechazado los ejemplos anteriores a favor de aquellos que se centran en la accesibilidad, la calidad y la aceptabilidad de la atención ofrecida a todos los sectores de la población, más en la línea de las metas 27 y 28. Empleando este enfoque, *la equidad en la atención de la salud se define como:*

1. igual acceso a la atención disponible para igual necesidad
2. igual utilización para igual necesidad
3. igual calidad de la atención para todos (28)

Considerando cada uno de estos temas por separado, *el acceso igual a la atención disponible para una necesidad igual supone el mismo derecho a los servicios disponibles para todos, una distribución justa en todo el país basada en las necesidades de atención de la salud y facilidad de acceso en cada área geográfica, así como la eliminación de otras barreras que impidan el acceso.* Un ejemplo radical de acceso desigual surge cuando las personas son rechazadas o no pueden emplear los servicios de salud debido a su falta de ingresos, a su raza, sexo, edad, religión u otros factores no directamente relacionados con la necesidad de atención. En la mayoría de los países europeos, el espectro del abandono de víctimas de accidentes a morir debido a su incapacidad de pago por servicios de emergencia está afortunadamente ausente, si bien todavía subsisten otras inequidades de acceso. Por ejemplo, en algunos países, los trabajadores migratorios pueden ser excluidos de los servicios relacionados con empresas de seguros. Además, ante las personas que desean usar esos servicios se yerguen barreras financieras, institucionales y culturales, de modo tal que, aunque teóricamente tengan derecho a la atención de la salud, en la práctica, su acceso a ella puede verse restringido. Por ejemplo, los costos de transporte pesan más sobre los grupos de bajos ingresos, lo que limita su acceso a los servicios disponibles. Así mismo, las clínicas quizás tengan horarios de apertura poco convenientes, lo que hace que estén al alcance de ciertos grupos solamente. Las minorías étnicas pueden hallar en el idioma y en las barreras culturales los principales obstáculos para el acceso a los servicios. (29, 30)

Las inequidades en el acceso también surgen cuando los recursos y las instalaciones se distribuyen irregularmente en el país, agrupándose en las áreas urbanas y más prósperas y escaseando en los vecindarios marginados y rurales. Puesto que las comunidades pobres suelen

tener las peores condiciones de salud, tal distribución irregular significa que los servicios médicos son más escasos donde más se necesitan —la llamada “ley de atención inversa” (31).

El acceso también se restringe innecesariamente si los recursos disponibles de un país se gastan casi exclusivamente en servicios médicos con tecnología avanzada que atienden a un pequeño segmento de la población, mientras que se hace poco para lograr servicios equilibrados de atención de la salud en beneficio de la mayoría.

Volviendo al concepto de igual utilización para igual necesidad, es necesario ser sumamente cuidadoso al tratar de interpretar esta meta. *Si se encuentra diferencias en las tasas de utilización de ciertos servicios por parte de diferentes grupos sociales, esto no significa automáticamente que las diferencias son inequitativas. Más bien, se trata de una indicación de que se necesitan estudios complementarios para determinar por qué las tasas de utilización son diferentes.*

En algunos casos, una proporción pequeña de la diferencia quizás se deba a que algunas personas ejercen su derecho a no emplear a los servicios de salud, tal vez por razones religiosas o éticas. Así mismo, existe la preocupación de que una mayor actividad en algunos servicios pueda favorecer los tratamientos innecesarios. Por ejemplo, en algunos países se observan con preocupación las tasas de histerectomías o tonsilectomías ya bastante elevadas dentro de los grupos de mayores ingresos; por lo que, dadas esas circunstancias, no tratan de alcanzar mayores tasas de tratamientos quirúrgicos para otros grupos de ingresos.

Sin embargo, *allí donde el uso de los servicios se encuentra restringido debido a desventajas sociales o económicas, existe una razón para tratar de alcanzar tasas de igual utilización para igual necesidad.* Por ejemplo, en relación con las inmunizaciones y otros servicios preventivos, puede justificarse la discriminación positiva al proveer programas de extensión y otros esquemas creativos para facilitar el acceso a los servicios en áreas donde estos son poco utilizados. (32)

Con respecto al concepto de igual calidad de la atención, es muy importante en muchas sociedades que cada persona tenga una oportunidad igual de ser seleccionado para recibir servicios de atención, por medio de un procedimiento justo basado en las necesidades y no en la influencia social. Esta cuestión se plantea en forma más crucial cuando los recursos son escasos o se están reduciendo. En un entorno similar, a muchos les parecería injusto si un grupo social obtuviera sistemáticamente un servicio preferente respecto de otros grupos menos favorecidos, o por el contrario, si otros grupos, debido a la raza o al origen étnico por ejemplo, fuesen colocados sistemáticamente al final de la fila para recibir el tratamiento.

Este tipo de inequidad se puso de manifiesto en Noruega cuando se comprobó que las mujeres provenientes de diferentes puntos del país tenían oportunidades diferentes de ser seleccionadas para someterse a un aborto —y ello debido a una interpretación arbitraria de las reglamentaciones por parte de los comités regionales. El sentido de injusticia que esta situación ocasionó entre las mujeres mismas dio lugar a un exitoso movimiento de presión pública que

produjo un cambio en la ley, haciendo que el gobierno finalmente facilitase el aborto solicitando por la mujer, además de los servicios anticonceptivos (33).

Los servicios de rehabilitación también escasean en muchos países; a menudo se dedican a hacer que la gente vuelva al trabajo, por lo que tienden a favorecer a las personas empleadas y a dificultar la admisión de los desempleados, de los jubilados y de las amas de casa. No obstante, la rehabilitación en el sentido más amplio de la palabra puede tener una repercusión inmensa en la calidad de vida de una persona (34).

En Polonia, cuando los servicios hospitalarios eran insuficientes, un estudio determinó que cuanto más alta era la calificación ocupacional de los pacientes, mayor era la proporción de los que conocían a los médicos personalmente y esas personas tenían mayor probabilidad de usar tales influencias para recibir atención e ingresar al hospital (35). Una situación similar se ha observado en los Países Bajos donde, durante un período en el que hubo escasez de camas de hospital debido a cortes financieros, las clases sociales de mayor nivel presentaron un número desproporcionado de ingresos en los hospitales; ocurría lo contrario cuando había exceso de capacidad (36). Parece que ser cuando las medidas de eficiencia crean algún tipo de escasez, existe el peligro de un aumento directo de la inequidad.

Una calidad de atención igual para todos también supone que los proveedores se esforzarán por asignar la misma importancia a los servicios que prestan a todos los sectores de la comunidad para que, de este modo, todos puedan esperar el mismo nivel elevado de atención profesional. En este caso quizás surjan inequidades cuando los profesionales no ponen el mismo empeño en su trabajo con ciertos grupos sociales que con otros, ofreciéndoles menos tiempo o capacidad profesional. Por ejemplo, existen pruebas en el Reino Unido de que los médicos dedican menos tiempo a las consultas de los pacientes de menores ingresos y los refieren con menos frecuencia a los servicios de los especialistas (37, 38). También hay pruebas de que la calidad de la atención coincide con la calidad deficiente de las instalaciones en las áreas menos favorecidas y la renuncia del personal de más experiencia a trabajar en tales condiciones.

El grado de aceptación es otro componente importante de la calidad de la atención. Puede ocurrir que algunos servicios resulten inequitativos debido a la forma como están organizados, haciéndolos inaceptables para algunos sectores de la comunidad a quienes están destinados a servir. Únicamente mediante el monitoreo del grado de aceptación por parte de los usuarios de los servicios, podrán descubrirse defectos de esta naturaleza. Luego podrán tomarse medidas para hacer dichos servicios más amigables y orientados a los usuarios.

PRINCIPIOS PARA LA ACCIÓN

Varios principios provienen de los conceptos de equidad esbozados más arriba, los cuales serán enumerados aquí como *puntos generales a tener presente en el diseño e implementación de políticas, con el fin de promover una mayor equidad en la salud y en la atención a la salud*. Un documento separado se centrará en una serie de sugerencias más específicas para estrategias.

1. Las políticas de equidad deben ocuparse de la mejora de las condiciones de vida y de trabajo.

Debido a que la mayoría de las actuales inequidades en la salud están determinadas por las condiciones de vida y de trabajo, los intentos para reducirlas tienen que centrarse en estas causas originarias, con el objetivo de prevenir el surgimiento de futuros problemas. Esto constituye, potencialmente, un enfoque más eficaz que el de depender exclusivamente del sector de atención a la salud para que se ocupe de manera provisional de la mala salud y la discapacidad que crean tales inequidades (5, 20, 39).

Varias políticas públicas, aunque diseñadas para beneficiar a la población en su totalidad, pueden tener una repercusión más marcada sobre la gente que vive en las peores condiciones, al ayudar a llevar su entorno físico y social a un nivel más cercano al del grupo más afortunado. Con ello, tales políticas incentivan la equidad en la salud. Ejemplos de éstas incluyen aquellas políticas diseñadas para proporcionar vivienda adecuada y segura; para asegurar la provisión y la accesibilidad a los alimentos de alta calidad junto con información sobre nutrición; para elevar el nivel de la salud ocupacional y de las prácticas de seguridad en el trabajo; para controlar la contaminación y para asegurar el abastecimiento de agua.

Otras políticas preventivas más específicas relacionadas con la equidad incluirían medidas tales como el mantenimiento del empleo y la elevación de los ingresos dentro de los grupos socioeconómicos menos favorecidos, reduciendo así la brecha entre ricos y pobres (5, 17, 40).

2. Las políticas de equidad deben estar orientadas a facilitar que la gente adopte estilos de vida más saludables.

El principio de capacitar a la gente para que adopte estilos de vida más saludables reconoce que ciertos grupos sociales se enfrentan a mayores restricciones que otros al elegir sus estilos de vida debido, por ejemplo, a ingresos inadecuados, lo cual limita dónde y cómo vive la gente.

Los organismos locales y nacionales, en consecuencia, tienen que facilitar lo más posible la adopción de estilos de vida más saludables. Esto significa, por ejemplo, evaluar:

- ✓ si las actividades de recreación y las instalaciones deportivas están al alcance de la comunidad y a precios razonables;
- ✓ si las redes de distribución de alimentos son adecuados para asegurar suministros de alimentos baratos y nutritivos en los mercados locales;
- ✓ si se controla y restringe la publicidad y la promoción de los productos nocivos para la salud;
- ✓ si se rotulan los productos con suficiente claridad para que las personas tengan una información adecuada para apoyar su elección, y así sucesivamente.

El proceso de capacitar a las personas para adoptar estilos de vida más saludables implica también el reconocimiento de que ciertos grupos sociales pueden soportar mayor presión para adoptar un comportamiento nocivo a la salud (41) y que se necesita un proceso de formulación de políticas sensible para enfrentar este asunto. En particular, hay que reorientar las políticas de educación para la salud y de prevención de enfermedades, teniendo en cuenta el hecho de que los programas tradicionales de educación para la salud han tenido en general menos éxito en llegar a los grupos sociales vulnerables y con mayores necesidades. Tales programas pueden incluso haber resultado contraproducentes si estimularon reacciones defensivas en ciertos grupos sociales al culparles de su propia mala salud. “Culpar a la víctima” puede hacer que la gente rechace la ayuda ofrecida y se niegue a tomar parte en cualquier programa de mejoramiento.

Se necesitan nuevos programas educativos basados en dar apoyo a y estimular los cambios de estilos de vida, así como en ayudar a desarrollar las habilidades requeridas para mantener aquellos cambios aún frente a presiones sociales negativas (1, 42).

3.

Las políticas de equidad requieren un compromiso genuino con la descentralización del poder y de la toma de decisiones que inste a la gente a participar en cada etapa del proceso de formulación de políticas.

Muy a menudo, esto se interpreta en un sentido muy restringido por los planificadores profesionales, quienes reconocen apenas poco más que ellos necesitan la cooperación voluntaria del público para que los planes oficiales funcionen. El principio, no obstante, va más allá de ello, y debe llevar a la aceptación de que *los planes y las acciones deberían basarse en lo que la gente siente que son sus propias necesidades; no en soluciones impuestas desde fuera.*

El punto clave es que los proyectos y los planes para reducir las inequidades no se hacen para las personas, sino con ellas. Los planes deben ser tanto de la gente como de los planificadores (33, 40, 43, 44).

Esto es válido para la política de Salud Para Todos en su conjunto, pero es visto de un modo particularmente agudo en relación a los grupos desfavorecidos y vulnerables, los cuales tienden a tener menos voz y tasas más bajas de participación en las decisiones clave que afectan su salud y bienestar. Tanto los miembros más vocales de la población como aquellos con una representación más poderosa, tienden a ejercer más influencia que los que se hallan en una posición más débil. Esta situación también puede surgir con los residentes de las regiones marginales de un país, distantes del centro de toma de decisiones, quienes pueden sentir que se han ignorado sus puntos de vista y necesidades.

Ello significa que administradores y profesionales *necesitan hacer un esfuerzo decidido para proporcionar sistemas administrativos e información que faciliten la participación de la gente común*. Deben encontrar formas para que la gente exprese sus necesidades, en particular los grupos vulnerables que quizá no tengan la habilidad o la confianza para emplear los mecanismos existentes sin un estímulo positivo. La concienciación (*awareness*) sobre los temas de equidad en cada nivel es esencial para que estas políticas funcionen y esto, por su parte, requiere de cierta oferta educacional para los profesionales y los no profesionales de cada nivel.

4.

Evaluación del impacto en salud unido a la acción intersectorial.

Habiendo aceptado que los determinantes de las inequidades se hallan en muchos sectores diferentes, existe obviamente una *necesidad de considerar las políticas en todos los sectores, evaluando su probable repercusión en la salud y especialmente en la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad y, consecuentemente, coordinar las políticas*.

El objetivo de este tipo de evaluación es el de hacer que la salud sea tomada en consideración cuando se formulan los planes. Esto significa como mínimo que si las metas de salud están en conflicto con las metas de otros sectores, habrá que realizar esfuerzos para encontrar una solución, de tal manera que esos conflictos no supongan un efecto adverso sobre la salud y que los posibles efectos adversos sean explicados. En el mejor de los casos, este enfoque conduce a la aceptación de la salud como un objetivo principal del desarrollo, otorgándole el derecho a ser considerada como parte de los planes nacionales de desarrollo económico y social (44).

La colaboración y la coordinación a esta escala no ocurren por si solas. Existen muchos obstáculos para lograrlas. En ocasiones, los dirigentes políticos francamente no están al tanto de las consecuencias para la salud que tienen sus planes o perciben la salud como algo relacionado principalmente con los servicios médicos y, por consiguiente, de poca relevancia respecto a sus propias responsabilidades. A menudo existen casos de competencia y rivalidad para tener acceso a los recursos entre los mismos ministerios, lo cual inhibe la cooperación en lugar de incentivarla. Las reivindicaciones en conflicto pueden opacar la meta de equidad en la salud, tema que puede considerarse de poca prioridad, especialmente en momentos de recesión económica y cuando el

crecimiento económico parece ser lo prioritario. Hay además obstáculos de naturaleza práctica, como por ejemplo, la falta de conocimientos técnicos y de capacitación para el trabajo en común.

Para superar tales obstáculos se requiere, en primer lugar, un *ejercicio de incremento de la concienciación por parte del sector salud* para explicar el verdadero alcance del problema y para incrementar la comprensión de los efectos de las diversas políticas de salud, especialmente de aquellas dirigidas a los grupos sociales vulnerables. Se trata de un proceso en dos sentidos, ya que el sector salud también necesita conocer las numerosas iniciativas que se llevan a cabo en otros sectores y que ejercen un efecto positivo sobre la salud.

Además, para facilitar el desarrollo de políticas de equidad, los gobiernos *necesitan establecer arreglos administrativos a nivel nacional, local y regional para incentivar la acción intersectorial* (33).

5.

Preocupación mutua y control a nivel internacional.

La meta 1 también se refiere a la mejoría del nivel de salud de las naciones desfavorecidas y varias cuestiones sobre la equidad se generan a partir de tal concepto.

En primer lugar, es necesario reconocer que *una mejoría en la salud o una reducción de las inequidades en un país puede causar inadvertidamente un deterioro en la salud o un aumento de la inequidad en otros países*. Por ejemplo, los países de Europa pueden mejorar su nivel de nutrición recomendando a los países menos desarrollados el cambio hacia un sistema diferente de producción agrícola que resulta menos conveniente para las necesidades nutricionales de la población autóctona. A la inversa, los productos o incluso los procesos de producción que dañan en alguna medida la salud pueden prohibirse, por razones de salud, en un país pero permitir su exportación a otro sin ninguna clase de restricción. Dentro de Europa misma, por ejemplo, algunos fármacos que han sido restringidos o hasta prohibidos en ciertos países occidentales se han probado y comercializado en Europa del Este. Es necesario diseñar políticas agrícolas y de importación-exportación de modo que puedan servir de protección ante tales eventualidades.

En segundo lugar, *en tiempos de crisis económica y de intensificación de los problemas de la deuda, gobiernos y banqueros internacionales de los países desarrollados proponen soluciones económicas para los países en crisis*. Estas pueden tener efectos desastrosos en aquellos países si, por ejemplo, ejercen una presión sobre el sistema agrícola que amenaza la nutrición de los niños u otros grupos vulnerables de la sociedad. Además, las soluciones propuestas a menudo suponen restricciones en el presupuesto para asuntos nacionales, mientras que se asignan más recursos a los sectores de exportación. El gasto del gobierno en el sector social suele ser la primera víctima de estas políticas y sigue siendo el desfavorecido quien nuevamente sufre el golpe más duro.

Esta situación llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a formular en 1986 las siguientes recomendaciones:

“...las agencias financieras internacionales, al diseñar e implementar políticas de ajuste, deben reconocer al estado nutricional y de salud de la población como un factor importante y deberán asegurar la protección de niveles mínimos de nutrición y salud en los grupos vulnerables... las agencias donantes deben apoyar a los países que están experimentando un ajuste significativo en sus economías para evitar impactos adversos en las condiciones de salud de la población” (43).

Este principio ha reforzado el trabajo de la Oficina Regional de la OMS para las Américas, que realizó un análisis del impacto en salud de las políticas de ajuste económico impuestas por el Fondo Monetario Internacional en la Región y proporcionó una herramienta poderosa para el diálogo con los banqueros sobre asuntos de salud. Evidentemente, la OMS puede hacer mucho para incentivar aún más tal cooperación internacional.

La cooperación internacional también es crucial debido a las corrientes migratorias que han tenido lugar desde los países menos a los países más desarrollados económicamente de Europa durante los últimos tres decenios. Se esperan corrientes migratorias adicionales como resultado de los acontecimientos en la Comunidad Europea y de los rápidos cambios que están ocurriendo en el centro y en el este de Europa. La migración a esta escala impone consecuencias en cuanto a la equidad y la salud para el país receptor, en términos de cobertura y disponibilidad de los servicios de salud, por ejemplo. Así mismo, tiene consecuencias sobre la equidad para el país de donde se origina la emigración en términos, por ejemplo, del apoyo a familias que han quedado solas con niños y cuyos ingresos son insuficientes (30). La migración de profesionales del sector salud, permitida por la liberalización de antiguas reglamentaciones, plantea posibles problemas para muchos países que tratan de mantener la administración del personal de los servicios de salud en una base equitativa.

En otros aspectos, el programa de armonización de la Comunidad Europea es un buen ejemplo del potencial de la política de equidad internacional si las normas de salud de cada país se nivelan con respecto a la norma más avanzada.

El control de la contaminación es quizá el principal ejemplo de la necesidad de basar la cooperación internacional en los principios de la equidad, según los cuales, los países más prósperos ayudan a las naciones desfavorecidas a mejorar sus medidas de protección sanitaria. En definitiva, tales actividades conducen a un beneficio para todos los países, tanto ricos como pobres, ya que la contaminación no respeta los límites nacionales. Incluso puede ser la opción más eficaz en función de los costos para un país desarrollado. Por ejemplo, si un país deseara limpiar el agua de mar que rodea sus costas puede resultar más eficaz ayudar a un país menos desarrollado de la costa opuesta a que ataque el problema en la fuente de la contaminación, en lugar de trabajar aisladamente.

6.

La equidad en la atención de la salud se basa en el principio de hacer que la atención de salud de alta calidad esté al alcance de todos.

Ello significa promover activamente políticas en el sector salud que mejoren el acceso a y el control de calidad de la atención, en vez de suponer que un servicio universal que se proporciona por ley es equitativo en la práctica (45, 46). Esto supone comprobar:

- ✓ la asignación de recursos con relación a las necesidades sociales y de salud;
- ✓ la distribución geográfica de los servicios de acuerdo a mediciones de la necesidad y del acceso en cada área;
- ✓ la experiencia de diferentes grupos sociales en sus intentos de acceso a diversos servicios, empleando encuestas de consumidores en los casos donde convenga;
- ✓ la calidad de la atención, incluyendo su grado de aceptación; y
- ✓ las razones de la escasa prestación de servicios esenciales.

Los servicios de rehabilitación pueden también expandirse para desempeñar un papel valioso en aliviar el sufrimiento causado por la pobreza o la discapacidad y promover una oportunidad más equitativa para la realización del ser humano.

El logro de la equidad en la atención a la salud enfrenta muchos obstáculos adicionales en este momento, debido a la introducción de programas de contención de costos en muchos países europeos al mismo tiempo que los costos de la atención médica aumentan. *Es especialmente importante, en este momento, que el personal de salud evalúe las políticas propuestas y vigile sus efectos sobre el acceso, la utilización y la calidad de la atención para los grupos menos favorecidos* (8).

Desde luego, las medidas de eficiencia, si se ponen en práctica con cuidado, pueden tener el efecto añadido de reducir las inequidades en el acceso a los servicios, si bien en la práctica, con demasiada frecuencia, ocurre exactamente lo contrario. Es necesario ejercer una estricta vigilancia con respecto a esta cuestión, a la vez que se fijan prioridades específicas.

7.

Las políticas de equidad deben basarse en investigación, monitoreo y evaluación apropiados.

La acción para reducir las inequidades demanda una búsqueda activa de información acerca de la extensión real del problema. Esto incluye la identificación sistemática de grupos vulnerables de la sociedad por medio de la recolección de estadísticas sociales y de salud apropiadas y a través del análisis de los procesos sociales que los llevan a condiciones de salud más precarias.

En muchos países, los sistemas estadísticos convencionales no suelen registrar tal información de modo rutinario, por lo que se hace necesario mejorar los sistemas de recolección de datos.

Ello también demanda vínculos más estrechos a nivel nacional —para coordinar, mediante una coherente política de investigación, los diversos trabajos en ejecución en diferentes campos— junto con la cooperación internacional, para facilitar la producción de análisis combinados entre países (8, 47).

El monitoreo y la evaluación son también esenciales en cualquier intervención para reducir las inequidades, para refinar las políticas y asegurar que no sean perjudiciales.

Esto puede parecer sorprendentemente obvio, pero con demasiada frecuencia se asume que, si una política se basa en la mejor de las intenciones, los resultados tienen que ser forzosamente buenos. No obstante, existen abundantes ejemplos en muchos campos de políticas aparentemente recomendables que finalmente resultaron contraproducentes, ocasionando efectos negativos no buscados. Por ejemplo, algunas políticas de discriminación positiva para las minorías étnicas que viven en condiciones pobres, plantean el riesgo de despertar ira y sentimientos de injusticia entre miembros de la población mayoritaria que viven en las mismas condiciones (30). Los programas dirigidos a grupos de alto riesgo, si se introducen insensiblemente, pueden ser estigmatizantes y por tanto ser rechazados por las mismas personas para quienes fueron diseñados a ayudar. Por ejemplo, los padres pobres pueden dejar de reclamar cupones de comida escolar gratuita debido a que se pondría de manifiesto la situación de pobreza familiar al presentarlos en la escuela.

Como una cuestión de principio, las políticas de equidad deben, por tanto, ser monitoreadas en su efectividad y los efectos colaterales no intencionados deben considerarse en su evaluación.

CONCLUSION

El concepto de equidad en relación a la salud y la atención de la salud puede significar diferentes cosas para diferentes personas. Este documento de discusión ha intentado precisar algunos de los elementos esenciales, señalando no solo qué objetivos buscamos sino, además, cuáles no buscamos. La equidad no significa, por ejemplo, que todos deben presentar el mismo estado de salud o consumir la misma cantidad de recursos de los servicios de salud independientemente de su necesidad. Algunas personas pueden rechazar del todo el objetivo de equidad si lo interpretan de este modo.

Solo cuando se define con más precisión el significado de equidad es que puede comenzarse el desarrollo de políticas prácticas, tomando en consideración algunos de los principios básicos que se han expuesto aquí. Aceptar la meta 1 como un objetivo tiene una finalidad valiosa si esto pone el tema en la agenda y sirve de estímulo a los países para reconocer y enfrentar las causas de las inequidades.

Por sobre todo, debe recalarse que la resolución de los problemas derivados de la inequidad no puede lograrse por un nivel de organización o por un solo sector, sino que tiene que ocurrir en todos los niveles e incluir a todos como socios en salud para responder a los retos del futuro.

Preparación de este documento de discusión

El programa sobre la Equidad en la Salud de la Oficina Regional de la OMS en Europa (EURO) fue instaurado originalmente a finales de la década de los 70 para examinar las cuestiones del desempleo, la pobreza y la salud. El alcance del programa se amplió de un modo gradual para cubrir una amplia variedad de grupos vulnerables. Con el transcurso de los años, una poderosa red de expertos fue consolidándose en los Estados Miembros de toda la Región. A pesar de las dificultades para abordar lo que a veces se consideraba un tema delicado, estos especialistas insertan firmemente el concepto de equidad en la agenda política, aportando un caudal de información y reflexiones sobre la complejidad del problema.

En 1989, EURO decidió dar el siguiente paso: de las investigaciones a la acción. El programa sobre la equidad se integró en consecuencia con el Programa de Políticas y Planificación en Salud y el énfasis principal se puso en utilizar, para la toma de decisiones, el valioso trabajo efectuado en las universidades y en los centros de investigación.

Se necesitaba una herramienta práctica para presentar a las autoridades normativas la sabiduría colectiva recogida en las muchas publicaciones editadas en el Programa de Equidad en Salud. En consecuencia, se pidió a Margaret Whitehead que examinara esta rica documentación y que destilara de ella una definición de equidad en la salud, según se entiende en el contexto de la política de la OMS de Salud Para Todos.

El primer borrador de su documento se presentó en una reunión de grupos de consulta en marzo de 1990. Se trataba de un grupo interdisciplinario con expertos de diferentes áreas de la Región. Los participantes en esta reunión fueron:

Dr. J.M. Freire, Ministro Regional de Salud del Gobierno Vasco.
 Profesora María do Rosario Giraldes, Escuela Nacional de Salud Pública, Lisboa, Portugal
 Dr. V.I. Grabauskas, Director del Laboratorio Central de Investigaciones, Kaunas, URSS
 Dr. Louise Gunning, Ministerio de Bienestar, Salud y Asuntos Culturales, Holanda
 Dr. Alex Scott-Samuel, Autoridad Sanitaria de Liverpool, Reino Unido
 Margaret Whitehead, Consultora, Reino Unido

En representación de la Oficina Regional de la OMS en Europa:

Dr. A. Nossikov, Oficial Técnico para Epidemiología, Estadísticas e Investigaciones
 Dr. A. Ritsatakis, Oficial Regional para Políticas y Planificación en Salud.
 Dr. Mildred Blaxter, Reino Unido; y Dr. Per-Gunnar Svensson, Suecia, no pudieron asistir a la reunión pero aportaron sus comentarios por escrito.

El presente documento incorpora el asesoramiento dado por éste y otros grupos. Mientras que el formato y la legibilidad del presente documento se deben a la habilidad y competencia de Margaret Whitehead y al grupo de consulta citado, se trata en realidad de la culminación del trabajo de muchos expertos, quienes ofrecieron su tiempo y su experiencia a la OMS durante varios años.

Este documento es el primero de una serie de tres, a utilizarse como herramientas prácticas para la toma de decisiones. Los documentos posteriores abordarán las políticas y las estrategias para la equidad en la salud, así como la medición de la equidad en la salud.

Para información adicional en lo referente al Programa de Equidad, sírvase dirigirse a la Unidad de Políticas y Planificación en Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Dinamarca.

BIBLIOGRAFIA

1. *Targets for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series N° 1).
2. *Review of EURO target 1 by EAHCR reviewers Eino Heikkinen and Judith Shuval*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (unpublished document EUR/ICP/RPD 131)
3. UN/WHO/CICRED – *socioeconomic differential mortality in industrialized societies*, Volume 3, Paris, CICRED, 1984.
4. **Kohler L, Martin J** [Ed]. *Inequalities in health and health care*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1985.
5. **Illsley R, Svensson PG** [Ed]. *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
6. The Black Report 1982. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M [Ed]. *Inequalities in health*. London; Penguin, 1988.
7. **Whitehead M**. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M [Ed]. *Inequalities in health*. London; Penguin, 1988.
8. **Gunning-Shepers L et al** [Ed]. *Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations*. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1989.
9. **Fox J** [Ed]. *Health inequalities in European countries*. London, Gower, 1989.
10. **Giraldes M et al** [Ed]. *Socio-economic factors in health and health care: literature review*. Brussels, Commission of the European Communities (in press).
11. **Illsley R, Wnuk-Lipinski E** [Ed]. *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
12. **Black D et al** [Ed]. *Inequalities in health: report of a research working group*. London, DHSS, London, 1980.
13. *La santé en France*. Rapport au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et au Secrétaire d'Etat chargé de la Santé. Paris, La documentation française, 1985.
14. **Jozan P**. *An ecological approach in revealing socio-economic differentials in mortality : some preliminary results of the Budapest Mortality Study*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1984.
15. *Tendencias Nacionales de Población 1979* [National Population Trends 1979]. Madrid, INE, 1981.
16. **Mezentsewa E, Rimachevskaya N**. Health of the USSR population in the 70s and 80s: an approach to the comprehensive analysis. In: Illsley R, Wnuk-Lipinski E [Ed]. *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
17. **Smith A, Jacobson B**. *The nation's health: a strategy for the 1990's*. London, King's Fund, 1988.
18. **Kalimo E et al**. *Need, use and expenses of health services in Finland, 1964-76*. Helsinki, Social Insurance Institution, 1983.

19. **Phillimore P.** *Shortened lives: premature death in North Tyneside* (Bristol Papers in Applied Social Studies N° 12). Bristol, University of Bristol, 1989.
20. **Westcott G et al** [Ed]. *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
21. **Rona R et al.** Social factors and height of primary school children in England and Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;**32**:147-154
22. **Maseide P.** Norway. In: Illsley R, Svensson PG [Ed]. *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
23. **Cox B et al.** *Health and lifestyle survey*. Cambridge, Health Promotion Research Trust, 1987.
24. **Blaxter M.** *Health and lifestyles*. London, Tavistock, 1990.
25. **Le Grand J.** *The strategy of equality: redistribution and the social services*. London, George Allen and Unwin, 1982.
26. *Social justice and equity in health*. Report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR/804/m02).
27. **Mooney G.** *Equity in health care: confronting the confusion*. Aberdeen, University of Aberdeen (Health Economics Research Unit, Discussion paper N° 11/82), 1982.
28. **Leenan H.** *Equality and equity in health care*. Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting, Leeds, 22-26 July 1985.
29. **Richie J et al.** *Access to primary health care*. London, HSMO, 1981.
30. **Colledge M et al** [Ed]. *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
31. **Tudor Hart J.** The inverse care law. *Lancet* 1971;**1**:405-412.
32. **Giraldes M.** The equity principle in the allocation of health care expenditure on primary health care services in Portugal: the human capital approach. *International Journal of Health Planning and Management* 1988;**3**:167-183.
33. **Barnard K et al** [Ed]. *Equity and intersectoral action for health*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1987.
34. **Blaxter M.** Health services as a defence against the consequences of poverty in industrialized societies. *Social Science and Medicine* 1983;**17**:1139-1148.
35. **Ostrowska A.** *The elements of health culture of the Polish society*. Warsaw, OBOP, 1980.
36. **Rutten FH.** An economic approach to equality in health care. *De ongelijke verleding van Gezondheid*, WRR V58. The Hague, 1987.
37. **Cartwright A, O'Brien M.** Social class variations in health care. In: Stacey M [Ed]. *The sociology of the NHS*. Sociological review monograph, University of Keele, Keele, 1976.

38. **Blaxter M.** Equity and consultation rates in general practice. *British Medical Journal* 1984;**288**: 1963-1967.
39. **Blaxter M.** Fifty years on — inequalities in health. In: Hobcraft J, Murphy M [Ed]. *Proceedings of the British Society for Population Studies*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
40. **Starrin B et al** [Ed]. *Unemployment poverty and the quality of working life: some European experiences*. Berlin, WHO/European Centre for Social Welfare, Training and Research, 1989.
41. **Graham H.** Women and smoking in the UK: the implications for health promotion. *Health Promotion* 1989;**3**:371-382.
42. **Kickbusch I.** Involvement in health: a social concept of health education. *International Journal of Health Education* 1981;**24**(4 Suppl):1-15.
43. *Report of the technical discussions on the role of intersectoral co-operation in national strategies for HFA*. Thirty-Ninth World Health Assembly. WHO, Geneva, 1986 (A39/Technical Discussions/4)
44. *Report of the technical discussions on the role of intersectoral co-operation in national strategies for health for all*. Geneva, World Health Organization, 1986 (Non serial publication).
45. **Tsouros A.** Equity and the Healthy Cities project. *Health Promotion* 1989;**4**:73-75.
46. **Draper R.** Making equity policy. *Health Promotion* 1989;**4**:91-95.
47. *Priority research for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (European Health for All Series N° 3).

Programa de Políticas de Salud, HSP
División de Salud y Desarrollo, HDP
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third St. N.W.
Washington D.C. 20037
<http://www.paho.org>