
FORO POLÍTICAS DE SALUD,
EQUIDAD
Y ATENCIÓN PRIMARIA

**Equidad en salud y atención primaria:
una meta para todos**

Bárbara Starfield

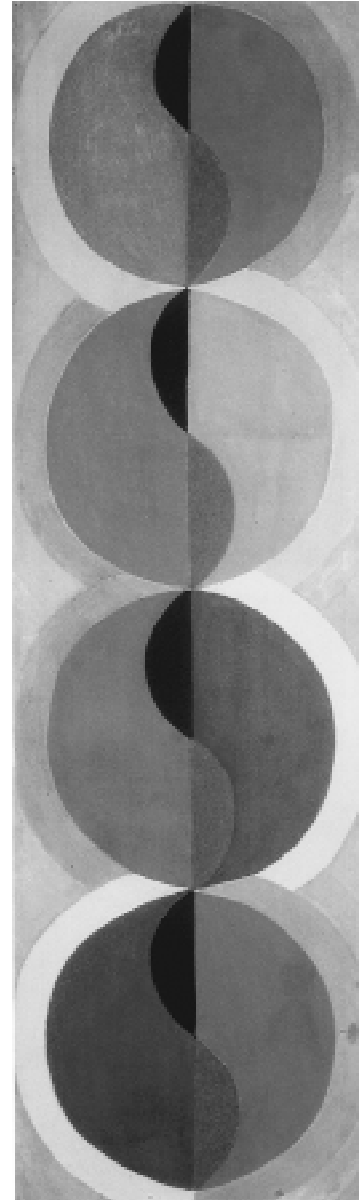
Comentarios

Carlos Agudelo, Román Vega

Foro

Manuel Camacho

Moderador



El destino de la salud pública

Y EL LOGRO DE LA EQUIDAD

Palabras del padre Jorge Humberto Peláez, Rector (e) de la Pontificia Universidad Javeriana, con ocasión de la presentación del programa actualizado de la Maestría en Administración de Salud en el foro políticas de salud, equidad y atención primaria

Señores miembros de la mesa directiva, señores invitados internacionales, señoras y señores.

Estamos aquí reunidos para dar inicio a un nuevo momento en la historia de los Programas de Posgrado en Administración en Salud de la Universidad, el programa de estudios de la Maestría en Administración de Salud, que hoy se presenta al país con renovados objetivos como respuesta a las necesidades del sector salud y en consonancia con los ideales contenidos en nuestra Misión de contribuir a la solución de los grandes problemas de la realidad colombiana como la intolerancia y el desconocimiento de la pluralidad y la diversidad, la falta de conciencia sobre la identidad nacional, la crisis ética, la discriminación social y la injusticia y la deficiencia en el desarrollo científico y tecnológico del sector.

Por ello, este constituye el mejor escenario para expresar el interés de nuestra Universidad de participar y aportar, en la teoría y en la práctica, a uno de los más importantes debates del escenario político en el país y en el mundo: el destino de la salud pública y el logro de la equidad. Y muestra nuestra voluntad de trabajar conjuntamente con otras universidades, con entidades de gobierno y organismos no gubernamentales, con los gremios de profesionales y sindicatos del sector y con la gente en general, en la construcción de una sociedad más justa y civilizada, que es nuestro objetivo fundamental.

Esperamos pues, muchos eventos como este en el futuro. Gracias a nuestros invitados especiales y a ustedes por acompañarnos.



Equidad en salud y atención primaria:

UNA META PARA TODOS *

Bárbara Starfield

Equidad significa la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno o más aspectos de la salud. Una larga historia de estudios sobre la distribución de la salud demuestra que tan lejos están los países del mundo de esta meta. Por ejemplo, la supervivencia a la edad de cinco años presenta grandes diferencias entre países, incluso si se tienen en cuenta las diferencias en el Producto Nacional Bruto, PNB, per capita. Así, mueren antes de los cinco años 90 niños más por cada mil nacidos en Swazilandia que en Cuba, aunque ambos países tienen el mismo PNB per capita, y en Bélgica mueren cinco niños más que en Suecia

Aunque la relación existente entre salud y factores sociales se conoce desde hace más de 150 años, en los últimos tiempos ha ocurrido un cambio dramático en el reconocimiento del impacto de una amplia variedad de influencias sociales y políticas sobre la salud. Una representación detallada de es-

tos factores determinantes sugiere que existen varios niveles de influencia en la salud, desde los más cercanos hasta los más próximos, como se muestra en la Figura N° 1. Investigaciones recientes están creando una conciencia sobre las diferentes opciones que podrían ser consideradas, las cuales van desde las que están en la base de los problemas de la sociedad hasta aquellos determinantes más próximos de la salud.

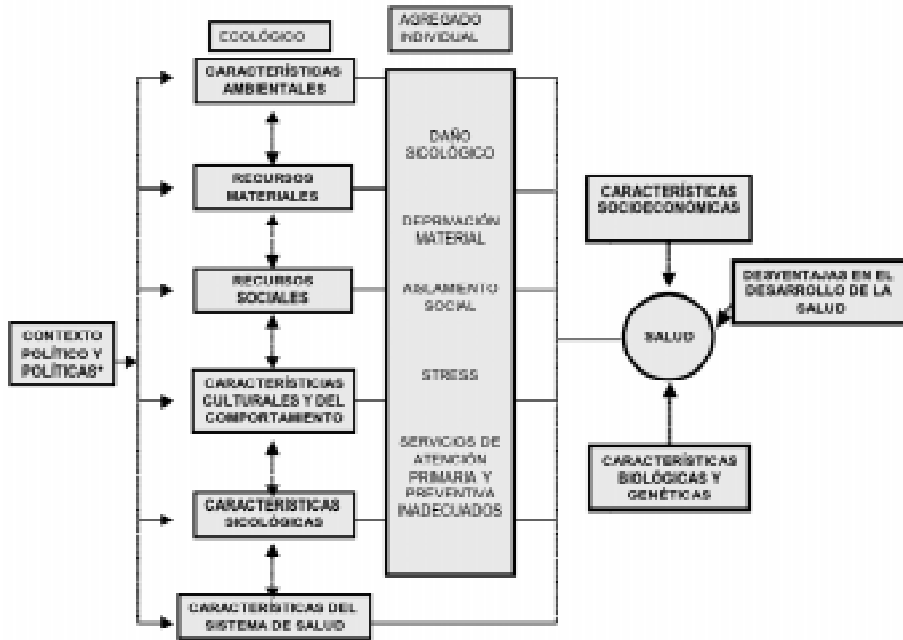
Las experiencias en el campo de las políticas de salud han aportado valiosas lecciones. Hasta hace pocos años, había poca evidencia que sugiriera que los servicios de salud tenían un papel importante en mejorar la salud, por lo menos en los países industrializados. ¿Cómo es posible reconciliar este hallazgo contra intuitivo con la suposición de que la atención médica puede contribuir a mejorar la equidad en salud?

La respuesta a esta paradoja se encuentra en los estudios que muestran que la diferencia no está en la atención médica sino en un sistema de salud fundamentado en una sólida atención primaria.

Hay excelentes razones teóricas para creer que este es el caso. La atención médica por

* Traducción realizada por el Departamento de Lenguas Modernas, Facultad de Comunicación y Lenguaje, Pontificia Universidad Javeriana.

Figura N° 1
Influencias sobre la salud, nivel individual



* Se refiere al término *Policy* el cual refleja las aproximaciones de un país a la distribución del poder (jurisdicción política).

especialidades es más cara que la atención primaria y, por consiguiente, menos accesible para los individuos que no disponen de recursos para pagarla: ley de la atención inversa. Además, los recursos financieros requeridos para pagar la atención especializada compiten con los destinados a la atención primaria, lo cual disminuye la capacidad de aquellos servicios que están mejor distribuidos. Comparada con la medicina por especialidades, la atención primaria requiere menos trabajo y capital y tiene una organización menos jerárquica. Por consiguiente, es más flexible y puede responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud en la sociedad. También es más accesible, a nivel organizacional y psicológico, que la atención médica especializada.

Estas consideraciones teóricas han sido respaldadas por sólidas evidencias empíricas que muestran la mayor efectividad y eficiencia de una buena atención primaria comparada con la atención por especialidades y, más recientemente, debido a la importancia de la atención primaria en el mejoramiento de la equidad en salud. Por consiguiente, ahora podemos agregar a la importancia de la política social, la importancia de la política de salud.

La investigación que ha conducido a esta conclusión ha sido posible, en gran parte, por una definición más clara del concepto de atención primaria, de forma que ahora puede ser medida de una manera estándar y aplicable en todas partes.



No hablamos aquí de la atención médica en el sentido de *Salud para Todos* de la declaración de Alma Ata, sino en el sentido de un nivel de atención que se concentra en las personas y en la comunidad, que satisface todas las necesidades comunes de la población y que integra la atención médica con otros niveles de servicios.

Existen evidencias cada vez mayores que asocian la atención primaria con mejores resultados en salud. La primera de estas evidencias deriva de un estudio realizado en once países industrializados de occidente (Starfield 1994; 1995). En él, la fortaleza de la atención primaria se midió mediante la evaluación de cinco características del sistema de salud que se considera conducen a una sólida infraestructura de atención primaria (incluyendo la proporción de habitantes por médicos de atención primaria) y seis características que expresan la experiencia de la gente con la atención, que son también un reflejo de la solidez del sistema. El primer aspecto a resaltar es que el puntaje de las características de la práctica coincide con el puntaje de las características del sistema. Esto es, que una adecuada prestación de los servicios requiere políticas gubernamentales también adecuadas. El segundo aspecto es que aquellos países con deficiente infraestructura de atención primaria tienen mayores costos y resultados más pobres, lo cual es particularmente notable en aquellos indicadores de la infancia temprana en los que se esperaría un mayor impacto de los servicios de atención primaria: bajo peso neonatal y mortalidad postneonatal.

La segunda fuente de evidencias proviene de estudios ecológicos orientados a analizar la relación entre la proporción del personal de atención primaria y la población y varios tipos de resultados en salud en los Estados Unidos. En dos estudios diferentes, se encontraron mejores resultados de salud en

los estados con mayor proporción de médicos de atención primaria, después de controlar por variables socio demográficas como el porcentaje de ancianos, el porcentaje de urbanización, la proporción de minorías, la educación, el ingreso, el desempleo y la población, entre otras, y factores propios del estilo de vida como el uso del cinturón de seguridad, la obesidad y el hábito de fumar. En estos se entendió la atención primaria como medicina familiar, medicina interna general y pediatría general (Shi, 1992 y 1994; Farmer, 1991), porque como el lector quizá lo sepa, en los EU la atención primaria es responsabilidad principalmente de los médicos de estas especialidades (United States Department of Commerce and the Census Bureau, 1992).

Las áreas geográficas con mayor número de médicos generales y de familia por población tienen las tasas más bajas de hospitalización por enfermedades que pueden ser prevenidas con una buena atención primaria; no sucede igual en el caso de los internistas generales o los pediatras (Parchman, 1994). Además, hay evidencia de que los médicos de atención primaria están más capacitados para llevar a cabo las funciones cardinales de la atención primaria, con los conocidos efectos sobre el mejoramiento de los resultados en salud (Weiner, 1983; Rosenblatt, 1998; Starfield, 1998). Una investigación realizada recientemente en el Reino Unido mostró la importancia de proveer médicos de atención primaria, los cuales fueron un factor mucho más poderoso en la reducción de la mortalidad hospitalaria que el número de médicos hospitalarios por cada 100 camas (Jarman, 1999).

Muchas otras investigaciones, usando datos de nivel individual muestran la importancia de la atención primaria. Se ha demostrado claramente que un mejor acceso al sistema conlleva a mejores resultados



en el caso de enfermedades comunes en niños y jóvenes, las cuales son susceptibles a las intervenciones de atención primaria (Starfield, 1985). En un destacado estudio de casos y controles (Shea, 1992) en una gran zona metropolitana, se hizo una clasificación de los hombres que ingresaron a la sala de urgencias con complicaciones hipertensivas o que tenían otra enfermedad y presentaban como hallazgo incidental hipertensión no complicada. Aquellos con complicaciones hipertensivas mostraron una probabilidad menor de acceso a un servicio de atención primaria que los hombres en los que la hipertensión fue un hallazgo incidental. La presencia de servicios de atención primaria fue el resultado más notable y significativo entre los dos grupos –incluso más importante que la cobertura del seguro–. Una encuesta nacional representativa mostró que los adultos norteamericanos que refirieron tener un médico general de consulta periódica en lugar de un especialista, tuvieron una mortalidad más baja durante los cinco años siguientes y menos costos anuales de atención médica, luego de controlar las diferencias iniciales en el estado de salud, características demográficas, aseguramiento en salud, percepciones sobre la salud y diagnóstico y hábito de fumar de los informantes (Franks y Fiscella, 1998).

Otra investigación realizada en España mostró el efecto de la reforma de la atención primaria sobre las tasas de mortalidad por varias causas importantes de muerte (Villalba, 1999). Los investigadores dividieron Barcelona en zonas con base en el momento en que se introdujo la reforma en cada una. La teoría sobre el impacto de la atención primaria sugería que las muertes asociadas con hipertensión e infarto responderían solo a la atención primaria, en tanto las muertes por causas perinatales, cáncer cervical y cirrosis requerirían un mejoramiento en la atención especializada para reducir la mortalidad.

Diez años después de implementada la reforma, las tasas de muerte asociadas con hipertensión e infarto fueron las primeras en disminuir en aquellas zonas donde primero se produjo la reforma. La mortalidad por causas perinatales también se redujo en estas zonas pero en una proporción inferior. Igual ocurrió con las muertes asociadas a cáncer de cérvix y cirrosis. En el caso de la tuberculosis, las tasas disminuyeron en las tres zonas como consecuencia de una amplia campaña de salud pública emprendida para responder al problema.

Tres estudios relacionados han tratado más directamente la relación entre la atención primaria y la equidad en Estados Unidos. El primero examinó las relaciones entre inequidad del ingreso, disponibilidad de servicios de atención primaria y ciertos indicadores de salud, usando datos de todos los estados recolectados en 1990 (Shi y Starfield, 1999). Los resultados indicaron que la disponibilidad de médicos generales guardaba una correlación significativa con la baja mortalidad general, un incremento en la esperanza de vida, una reducción de la mortalidad por infarto y una menor mortalidad postneonatal. Cuando se sumaron al análisis medidas de inequidad del ingreso, tanto éstas como la variable de atención primaria mantuvieron su importancia de manera independiente, en ausencia de otras categorías de variables. Los modelos utilizados en el análisis indicaron también que la atención primaria puede servir como vía a través de la cual se muestra la influencia de la inequidad en el ingreso sobre la mortalidad de la población y sobre otros indicadores de salud. En los 50 estados estudiados, cada médico adicional de atención primaria redujo la mortalidad total en 34 por cada 100.000 habitantes, lo que parece indicar que una orientación del sistema de salud hacia la atención primaria reduce, en parte, el fuerte impacto adverso de la inequidad del ingreso sobre la salud en los EU.



El segundo estudio, en 1990, en el que se usaron las áreas metropolitanas de EU como unidad de análisis, confirmó el impacto de la inequidad del ingreso y la atención primaria sobre la salud de diferentes subgrupos de población y demostró que otras medidas socioeconómicas atenúan, pero no eliminan, el efecto que éstas tienen sobre la mortalidad (Shi y Starfield, 2001).

El tercer estudio fue un análisis multinivel que combinó medidas individuales y ecológicas (Shi y Starfield B, 2000). Utilizando la encuesta de hogares del Estudio de Seguimiento a la Comunidad realizado en 1996, examinamos si la desigualdad del ingreso y la atención primaria, a nivel estatal, predicen la morbilidad individual medida a partir de la percepción de los individuos sobre su estado de salud, ajustando las variables individuales que podrían producir confusión. Los resultados indican que las características de la distribución del ingreso y de la atención primaria en los estados están asociadas con la autopercepción de los individuos sobre su salud. Hay un efecto directamente proporcional entre la inequidad del ingreso y la percepción sobre la propia salud, y aquellos individuos que viven en estados en donde hay una alta razón de médicos de atención primaria por población, reportaron una mejor salud que quienes viven en estados en los que dicha relación es inferior, incluso después de considerar una variedad de características socio demográficas. [En vista de la pobre orientación hacia la atención primaria que ha tenido el sistema de salud de los Estados Unidos durante la mayor parte del siglo, es posible que el impacto potencial de un sistema de salud mejor que el de los Estados Unidos pueda incluso superar el 20 por ciento estimado por Bunker y colaboradores (1994) como impacto de los servicios médicos en la salud].

Lo que resulta igual o más sorprendente aún, es que una mayor disponibilidad de mé-

dicos generales produce un efecto mayor en las áreas con gran inequidad del ingreso. Esto es, la atención primaria genera equidad en salud, por lo menos para aquellos indicadores particularmente sensibles a la atención primaria como la mortalidad postneonatal, la mortalidad por derrame cerebral y la autopercepción sobre la salud.

Desde una perspectiva política, es probable que el mejoramiento de la salud de los individuos requiera un enfoque multidisciplinario que aborde los factores socioeconómicos determinantes de la salud, las políticas sociales y económicas que afectan la distribución del ingreso, así como los aspectos de los servicios de salud que fortalecen la atención primaria. La política social, que se expresa en la generosidad de las transferencias sociales, tiene influencia en la clasificación de los países de acuerdo con la inequidad del ingreso. La existencia de recursos para atención primaria marca una diferencia, pero no cuando estos son inaccesibles o de baja calidad. La promoción de capacidades para el desarrollo humano, a través de la educación de las mujeres y niños y mediante oportunidades de trabajo productivo (Anand y Sen, 1996), son un medio efectivo tanto en los países industrializados como en las naciones en vías de desarrollo. Los impuestos progresivos tanto a nivel general como para la financiación de los servicios de salud son una estrategia importante en todas partes (Mills, 1998). Tener una vivienda y un ambiente seguros también juega un papel importante en el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la morbilidad y el mejoramiento de la salud y el bienestar.

Sin embargo, todavía hay un largo camino por recorrer en investigación que nos permita concertar y establecer prioridades para combatir las inequidades en salud. Dos preguntas son relevantes en este contexto: ¿Qué



falta por hacer para aprender sobre el impacto relativo de diversas causas de inequidad en salud? ¿Qué debemos hacer para pasar de los estudios científicos a los cambios de política?

La estandarización de la terminología y las herramientas de medición son importantes para progresar en la comprensión de alternativas políticas. Por ejemplo, a pesar que hay amplio consenso (aunque difícilmente unánime) acerca de que las inequidades en el ingreso son un factor crítico para una buena, y también para una mala salud, el concepto de *ingreso* y su medición a nivel individual, familiar, en las áreas geográficas rurales y a nivel nacional, varía. Las distintas fuentes de datos sobre ingreso (World Bank, 1994) producen diferentes clasificaciones de los países con base en su distribución. Las diferentes maneras de caracterizar la inequidad produce diversas clasificaciones relativas de las áreas geográficas. Además, la importancia de los distintos factores determinantes de la salud depende del indicador de salud que se utilice (Adler y Ostrove, 1999). Hoy la mayoría de investigadores usa varios indicadores de mortalidad, principalmente la mortalidad infantil y la esperanza de vida, probablemente debido a su amplia disponibilidad. No obstante, su uso es más bien indiscriminado y no se reconoce que la mortalidad infantil tiene dos componentes principales: la mortalidad neonatal y la mortalidad postneonatal, cada una de las cuales tiene determinantes distintos. La esperanza de vida al nacer está fuertemente influida por la mortalidad infantil y, por consiguiente, no es independiente de ella; por ello, una mejor medida sería la esperanza de vida a diversas edades, comenzando a la edad de un año. Algunos investigadores están explorando el uso de indicadores de morbilidad e incluso de invalidez, cuyo impacto es considerable. Por ejemplo, la mayoría de los estudios británicos sobre factores sociales en

salud, los cuales usan los indicadores de mortalidad como variables de resultado, han encontrado muy pocos o ningún factor social determinante en los adolescentes. Sin embargo, los estudios norteamericanos, en los que se usan datos obtenidos mediante encuestas de variados tipos, identifican al ingreso familiar como un factor significativo en otros aspectos de la salud. Se han hecho esfuerzos, especialmente por parte de la OMS y otras instituciones, por fomentar el uso de indicadores globales de salud, en particular los Años de Vida Ajustados por Discapacidad, DALYS, tanto a nivel internacional como al interior de cada país. Aparte de las muy bien conocidas limitaciones metodológicas de los DALYS (Anand y Sen, 1996), de los cuales se conoce muy poco acerca de su validez en diferentes subgrupos de población, existen serios cuestionamientos sobre si los resultados e interpretaciones basados en su uso diferirían de aquellos basados en otros indicadores de salud, y sobre cuáles serán las implicaciones políticas de estas diferencias.

La investigación sobre factores determinantes de la salud es todavía incipiente y de naturaleza muy descriptiva. Hasta el momento no ha estado bien sustentada teóricamente y se ha concentrado en confirmar hipótesis sobre determinantes específicos, en vez de considerar el rango de posibilidades dentro de un marco conceptual y evaluar la importancia relativa de cada factor. Otro problema grave es que el significado de los conceptos varía según el investigador. Por ejemplo, el concepto de *capital social* juega uno de los papeles más importantes en la generación de inequidades en la salud, y aún no hay consenso sobre lo que significa, puesto que diferentes investigadores lo miden de manera muy distinta.

Los factores determinantes de la salud pueden ser muy diferentes entre diversos subgru-



pos de la población. Hemos encontrado por ejemplo que el impacto de la atención primaria difiere entre las poblaciones blanca y afroamericana de los EU (Shi y Starfield, 2001). Esta diferencia puede deberse a lo rudimentario de los indicadores que estamos usando para caracterizar el acceso a los servicios de atención primaria, aunque también puede ser el resultado de diferencias reales en la importancia relativa de los diversos determinantes de la salud entre los distintos grupos raciales y étnicos. Factores que son sobresalientes para los hombres pueden ser diferentes en el caso de las mujeres, particularmente en algunas sociedades. Determinantes que son importantes en la edad adulta pueden no serlo en la juventud, aunque en los adultos pueden estar condicionados en gran medida por la forma como han operado en la niñez. El capital social, medido por la participación de los individuos en una red social (medida de nivel individual), la participación de los individuos en el gobierno (medida agregada de nivel individual) o la propiedad compartida (una medida contextual), podría ser un importante indicador en los adultos, en tanto en los niños y adolescentes, las características del desarrollo humano como el apoyo de la familia, los valores positivos y el compromiso con el aprendizaje pueden ser más relevantes (Vimpani, 2000; Lerner, 2000).

Como ya se mencionó, el impacto relativo de los diferentes determinantes varía, casi siempre, según los indicadores de salud utilizados. Por ello, es necesario que los investigadores utilicen indicadores que sean consistentes con los factores causales postulados en su modelo de determinantes. Nosotros, por ejemplo, hemos propuesto una serie de indicadores diseñados para mostrar la importancia relativa de la atención primaria *versus* los servicios de salud en general.

Aunque está claro que en algunos países la salud general no se puede mejorar concentrándose en los grupos más pobres –puesto que ellos constituyen un segmento relativamente pequeño de la población– (Wagstaff, 2000), no se sabe hasta qué punto las estrategias para mejorar la equidad podrían beneficiar, o por lo menos no perjudicarían, a los grupos de población más privilegiados. Podría haber un equilibrio entre el mejoramiento global de la salud de un país y los beneficios acumulados de aquellos que se encuentran en el extremo más bajo de la balanza, y aunque el pensamiento actual sugiere que *todos* se beneficien de una mayor equidad, la base empírica para esta conclusión es incompleta.

Quizás el aspecto de mayor controversia es hasta qué punto los cambios en la salud requerirán cambios en las causas fundamentales de las inequidades en la salud como el contexto político o si un enfoque más descentralizado, más cercano a la comunidad y a la localidad, podría por sí mismo mejorar la salud en ausencia de un cambio más radical. Es evidente que se puede hacer mucho con estrategias como el empoderamiento de las comunidades, aunque 50 años de experiencia con enfoques como este, especialmente cuando se concentran en ciertos aspectos o en riesgos particulares de la salud, sugieren que dichos enfoques surtirán poco efecto si no se hacen cambios radicales a nivel político.

Estos desafíos a la integridad y validez de los estudios científicos solo son comparables con los desafíos de traducir los resultados en una política racional. Dependiendo de la política social prevaleciente, los países se concentran en diversos aspectos del desafío. Bajo el supuesto que los factores determinantes de la salud probablemente son múltiples y que su importancia relativa varía de acuerdo con la edad, el género y el origen étnico, ¿cómo decidir cuáles grupos de



la población deben ser el objeto de los esfuerzos de la política? En los Estados Unidos, una directriz Presidencial señala a la raza y el origen étnico como prioritarios. En el Reino Unido, el énfasis se hace más en los índices de privación y en la posición social expresada en la ocupación. Un informe reciente de Gran Bretaña (Mitchell, 2000) calculó el número de vidas que podrían salvarse anualmente y el porcentaje de reducción de muertes que se lograría a partir de tres estrategias: redistribución equitativa de la riqueza, garantía de empleo para toda la población y eliminación de la pobreza infantil. Los estudios de Nueva Zelanda se centran en la redistribución del ingreso para que los quintiles de más bajos ingresos reciban más, porque existe mayor inequidad del ingreso (O'Dea y Howden-Chapman, 2000). Un estudio canadiense realizado en la capital de la provincia de Manitoba, donde el acceso universal a los servicios de la salud está garantizado sin tener que compartir costos, mostró un deterioro en el nivel de salud entre las clases sociales más bajas, usando medidas generales de mortalidad, entre la mitad de los años ochenta y mediados de la década de los noventa, a la vez que mostró un mayor uso de servicios. Otros estudios, sin embargo, usando datos de todo Canadá, muestran una disminución en distintos aspectos de la mortalidad, incluyendo condiciones perinatales, cáncer uterino, cirrosis hepática y algunos tipos de trauma, y una disminución de los indicadores para los segmentos más pobres de la población en el caso de enfermedades isquémicas del corazón y desórdenes mentales. No obstante, los indicadores empeoraron para otras condiciones como suicidio, enfermedades infecciosas y enfermedades mal definidas (Wilkins, presentado para publicación, 2001).

Con base en estos estudios se concluyó que, aunque la atención médica tiene un claro impacto en la salud, hace poco o casi nada

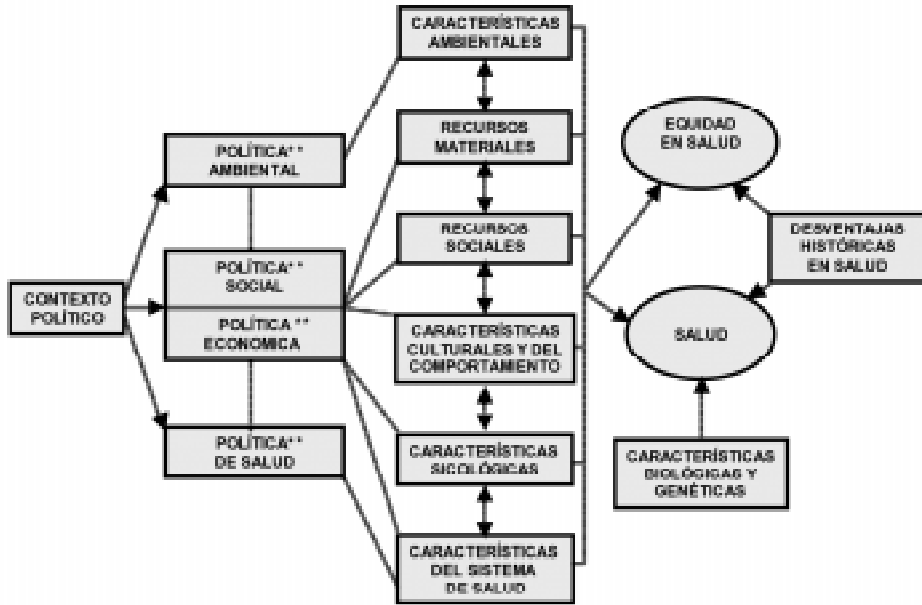
para reducir las desventajas de las clases más desprotegidas. Ningún país, hasta el momento, se ha dedicado a pensar en cuáles cambios en el sistema de servicios de la salud podrían marcar la diferencia. En esta Era de la hipertecnología, los recursos se concentran en intervenciones más y más costosas dirigidas a los individuos. Es tiempo de reorientar los servicios de salud en un contexto de salud pública y equidad para concentrarse en lograr una mejor salud de la población y una mejor distribución de la salud. El modelo de factores determinantes de la salud, presentado al inicio, necesita ser sustituido por un modelo que considere la salud de la población y no sólo la salud individual (Figura N° 2).

Si hay algo que aprender de los servicios de salud, es que se requieren políticas nacionales, no sólo retórica, para los tipos de servicios locales asociados con una mejor salud. Sin estas prioridades centralizadas, parece poco probable que los cambios descentralizados puedan ser mantenidos o difundidos.

Esperamos contar con un enfoque más concertado y coordinado para mejorar la investigación sobre la cual se puedan apoyar las decisiones políticas. Debe organizarse una agenda de investigación que conduzca directamente a dichas decisiones dentro de un marco conceptual que refleje fielmente la realidad. En particular, se debe reemplazar el modelo de factores que afectan la salud individual por un modelo poblacional que considere explícitamente la distribución de la salud en la población, así como los niveles promedio de la salud (Figura N° 2). Es necesario desarrollar programas de investigación que contemplen todas las variables relevantes de la política y un conjunto de métodos estandarizados para medirlas. Estos incluyen diferentes medidas de ingreso y su distribución, medición



Figura N° 2
Influencias sobre la salud, nivel poblacional*



* Los determinantes individuales de la salud son los mismos pero sin “equidad en los resultados de salud”.

** La *politica* refleja las aproximaciones de un país a la distribución del poder (jurisdicción política).

de una variedad de indicadores de salud, representación de diversos subgrupos de la población y aspectos críticos de los sistemas de salud, de los sistemas sociales y de las principales características ambientales. En este sentido, la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud ha sido creada para ayudar a suministrar evidencia de base para la defensa y acción bien informada de la política. La meta fundamental es desa-

rollar un marco teórico sólido para la investigación, una terminología común, instrumentos de evaluación estandarizados y una sólida interpretación de los resultados de las investigaciones.

Sería iluso pensar que la investigación ofrecerá todas las respuestas, pero al menos servirá para aclarar aspectos relevantes para la toma de decisiones políticas.

Bibliografía

Adler N., Ostrove J. 1999. “Socioeconomic status and health: What we know and what we don’t”, *Ann NY Acad Sci*, vol. 896, p. 3-15.

Anand S., Sen A. 1996. *Sustainable Human Development: Concepts and Priorities*. New York, United Nations Development Program, DPS Cop. 2.



- Bunker J., Frazier H., Mosteller F. 1994. "Improving health: Measuring the effect of medical care, *Milbank Q*, vol. 72, p. 225-58.
- Daniels N., Kennedy B., Kawachi I. 1999. "Why justice is good for our health: The social determinants of health inequalities", *Daedalus*, vol. 128, No. 4, p. 215-51.
- Farmer F.L., Stokes C.S., Fisher R.H. 1991. "Poverty, primary care and age-specific mortality", *J Rural Health*, vol. 7, p. 153-69.
- Franks P., Fiscella K. 1998. "Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience", *J Fam Pract*, vol. 47, p. 105-9.
<http://lissy.ceps.lu/access.htm>, 1998.
- Jarman B., Gault S., Alves B., et. al. 1999. "Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data", *BMJ*, vol. 318, p. 1515-20.
- Kaplan G.A., Pamuk E., Lynch J.W., Cohen R.D., Balfour J.L. (1996). "Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways", *BMJ*, vol. 312, p. 999-1003.
- Kennedy B.P., Kawachi I., Prothrow-Stith D. 1996. "Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States", *BMJ*, vol. 312, p. 1004-7.
- Lerner R. 2000. "Developing civil society through the promotion of positive youth development", vol. 21, p. 48-9.
- Mills C. 1998. *Equity and Health: Key Issues and WHO's Role. Equity Initiative*. Geneva Paper No. 5, WHO/CHS/HSS/98.3.
- Mitchell R., Shaw M., Dorling D. 2000. *Inequalities in life and death ¿what if Britain were more equal?* Policy Press.
- O'Dea D., Howden-Chapman P. 2000. "Income and income inequality and health", en: Tobias M, Howden-Chapman P (eds). *Social inequalities in health*, New Zealand. Wellington, NZ: Ministry of Health.
- Parchman M., Culler S. 1994. "Primary care physicians and avoidable hospitalization", *J Fam Pract*, vol. 39, p. 123-8.
- Rosenblatt R., Hart L., Baldwin L., Chan L., Schneeweiss R. 1998. "The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care?", *JAMA*, vol. 279, p. 1364-70.
- Shea S., Misra D., Ehrlich M.H., Field L., Francis C.K. (1992). "Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population", *N Engl J Med*, vol. 327, p. 776-81.
- Shi L. (1994). "Primary care, specialty care, and life chances", *Int J Health Serv*, vol. 24, p. 431-58.
- _____. 1992. "The relation between primary care and life chances", *J Health Care Poor Underserved*, vol. 3, p. 321-335.
- Shi L., Starfield B. 2001. "Primary care, income inequality, and racial mortality in US metropolitan areas", *Am J Public Health*. En prensa.
- _____. 2000. "Primary care, income inequality, and self-rated health in the US: mixed-level analyses", *Int J Health Serv*, vol. 30, p. 541-55.
- Shi L., Starfield B., Kennedy B.P., Kawachi I. 1999. "Income inequality, primary care, and health indicators", *J Family Practice*, vol. 8, No. 4, p. 275-84.
- Starfield B. 1998. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York, Oxford University Press.
- _____. 1994. "Primary care: is it essential?", *Lancet*, vol. 344, p. 1129-33.
- _____. 1991. "Primary care and health", *JAMA*, vol. 266, p. 2268-71.
- _____. 1985. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- United States Department of Commerce and the Census Bureau. *Statistical Abstracts of the United States*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1988-1992.
- Villalba J.R., Guarga A., Pasarín M.I., et. al. 1999. "Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud", *Aten Primaria*, vol. 24, p. 468-74.
- Vimpani G. 2000. "Child development and the civil society –Does social capital matter?", *Dev Behav Ped*, vol. 21, p. 44-6.
- Wagstaff A. 2000. "Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries", *Bull World Health Organiz*, vol. 78, p. 19-29.
- Weiner J., Starfield B. 1983. "Measurement of the primary care roles of office-based physicians", *Am J Public Health*, vol. 73, p. 666-71.
- World Bank 1994. *World Development Report*.

