



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

---

Dr. Hugo Spinelli - Mg. Marcelo Urquía  
Lic. María Lía Bargalló - Mg. Marcio Alazraqui

# **EQUIDAD EN SALUD**

*teoría y praxis*

---

**SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA**



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

---

SEMINARIO VIII – Noviembre 2002

# EQUIDAD EN SALUD

## *teoría y praxis*

Dr. Hugo Spinelli - Mg. Marcelo Urquía  
Lic. María Lía Bargalló - Mg. Marcio Alazraqui<sup>1</sup>

- 
- <sup>1</sup> *Integrantes del colectivo de investigación de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud; Departamento de Salud Comunitaria; Universidad Nacional de Lanús.*
- 

**SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA**

***No se trata de encontrar nuevas respuestas para viejas preguntas, sino nuevas preguntas para viejos problemas. Rolando García***

**Resumen:** En el campo de la salud, la preocupación por la equidad y sus factores determinantes se ha extendido en los últimos años en los foros académicos y políticos. Equidad es un concepto complejo, relacionado de manera inseparable con otros tales como justicia, igualdad, necesidad y libertad. No se puede pensar la problemática de la equidad de manera abstracta, independientemente de ciertas configuraciones históricas entre estado, sociedad y ciudadanía, las que establecen diversos principios de igualdad como criterio distributivo: el libre intercambio, el mérito y la necesidad. Estos principios dan lugar a distintas políticas sociales que impactan en el sector salud, en los modos de definir la equidad y en las dimensiones que se priorizan en su análisis para la acción. La mayoría de los estudios empíricos sobre equidad en salud se limitan a evidenciar situaciones de inequidad en macroáreas (países, regiones) sin ahondar en los mecanismos por los cuales se podrían reducir. Ese tipo de estudios no es de utilidad para los trabajadores de salud que operan a niveles de microáreas (áreas programáticas, localidades, barrios), razón por la cual se hacen necesarios estudios a nivel local que describan un escenario susceptible de intervención para ellos. En ese sentido es necesario apoyarse en una epidemiología asociada a la gestión local, la que solamente adquiere utilidad y sentido cuando se inserta en organizaciones diseñadas a partir de un cambio de los modelos de gestión y de atención que hasta ahora han prevalecido en nuestros países. Nuestra propuesta no está pensada en términos de nuevas respuestas a viejos problemas sino en términos de dispositivos que generen nuevas situaciones y subjetividades a partir de las cuales puedan plantearse nuevas preguntas.

**Abstract:** The concern for equity and its determinants has been growing in the last years within the political and academic forums of the public health field. Equity is a complex concept, unavoidably related to other concepts such as justice, equality, need and freedom. It is not possible to think on the equity issue in an abstract way, without taking into account the given historical configurations between state, society and citizenship, which set up distinct principles of equality as a distributive criteria: free exchange, merit and the population needs. These principles support distinctive social policies which impact in the health field, in the ways of defining equity and in the dimensions prioritized in the decision making. The majority of the empirical studies just produce evidence related to situations of inequity in macroareas (countries, regions) without going deeper in the mechanisms by which inequity could be reduced. Due to the fact that this kind of studies is not useful for the health workers who operate at small areas (programmatic areas, counties, neighborhoods), the production of studies at local levels becomes a priority, since they describe a scenario suitable for their intervention. Epidemiology represents an important support to this objective, when associated with local management. Thus, Epidemiology only gains real usefulness and meaning when working in organizations designed on a change of the management and health care models prevailing in our countries up to now. This proposal does not aim at giving answers but

dispositives which are able to generate new situations and to build subjectivities from which new questions to old problems can arise.

Key words: equity, needs, justice, freedom, epidemiology, local management, microareas

## **1. INTRODUCCIÓN**

En las condiciones de crisis social, económica y política que atraviesa nuestro país, y la situación de emergencia sanitaria y social resultante de aquellas, el sector salud atraviesa graves problemas de financiamiento, de organización y de gestión. En ese marco, la equidad se plantea como el concepto más importante para orientar las políticas de salud. El concepto se ha naturalizado de tal manera que es muy raro encontrar documento o pronunciamiento que no tome como categoría central al concepto de equidad, aun cuando sea discutible si su contenido se corresponde con el mismo. De allí el carácter polisémico que le asignamos.

La articulación entre universidad y sistemas y servicios de salud debe ser llevada a un nivel de expresión que le quite a la misma el “halo iluminístico” y le permita desarrollar una praxis concreta que, a su vez, la reconstruya en tanto organización. Es desde allí que venimos trabajando en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, a través de un plan de investigaciones, que busca desarrollarse a nivel local. Este plan toma como objeto el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), y su relación con la equidad en el municipio de Lanús y en microáreas al interior del mismo. El mismo, tiene tres niveles de investigaciones que se desarrollan de manera simultánea y no sucesiva (Figura I). Un primer nivel (intra) que hemos dado en llamar investigaciones verticales, donde se abordan problemas específicos del PSEA. En un segundo nivel (inter), se articulan esas investigaciones verticales de manera horizontal, tratando de definir situaciones de salud. El nivel tres (trans), toma la dimensión sociocultural del PSEA en tanto texto y contexto, preocupándose por las prácticas, expresiones, simbolizaciones y representaciones a nivel de la comunidad y del sector salud. Los tres niveles en conjunto, permiten aproximarnos a una interpretación de la situación de salud desde un análisis intra y extrasectorial, en relación al estudio de la equidad y, dentro de ella, analizando situación de salud de la población, accesibilidad a los servicios, atención a la salud y asignación de recursos tanto desde un punto de vista del estudio de la equidad horizontal como vertical<sup>2</sup>. El objetivo de este artículo, es el desarrollo del marco teórico del plan de investigación.

## **2. ACERCA DE LOS CONCEPTOS**

### **2.1. El concepto de equidad dentro del campo de la salud: breve repaso histórico**

En el campo de la salud, la preocupación por la equidad y sus factores determinantes se ha extendido en estos últimos años en los foros académicos y políticos. Estudios sobre

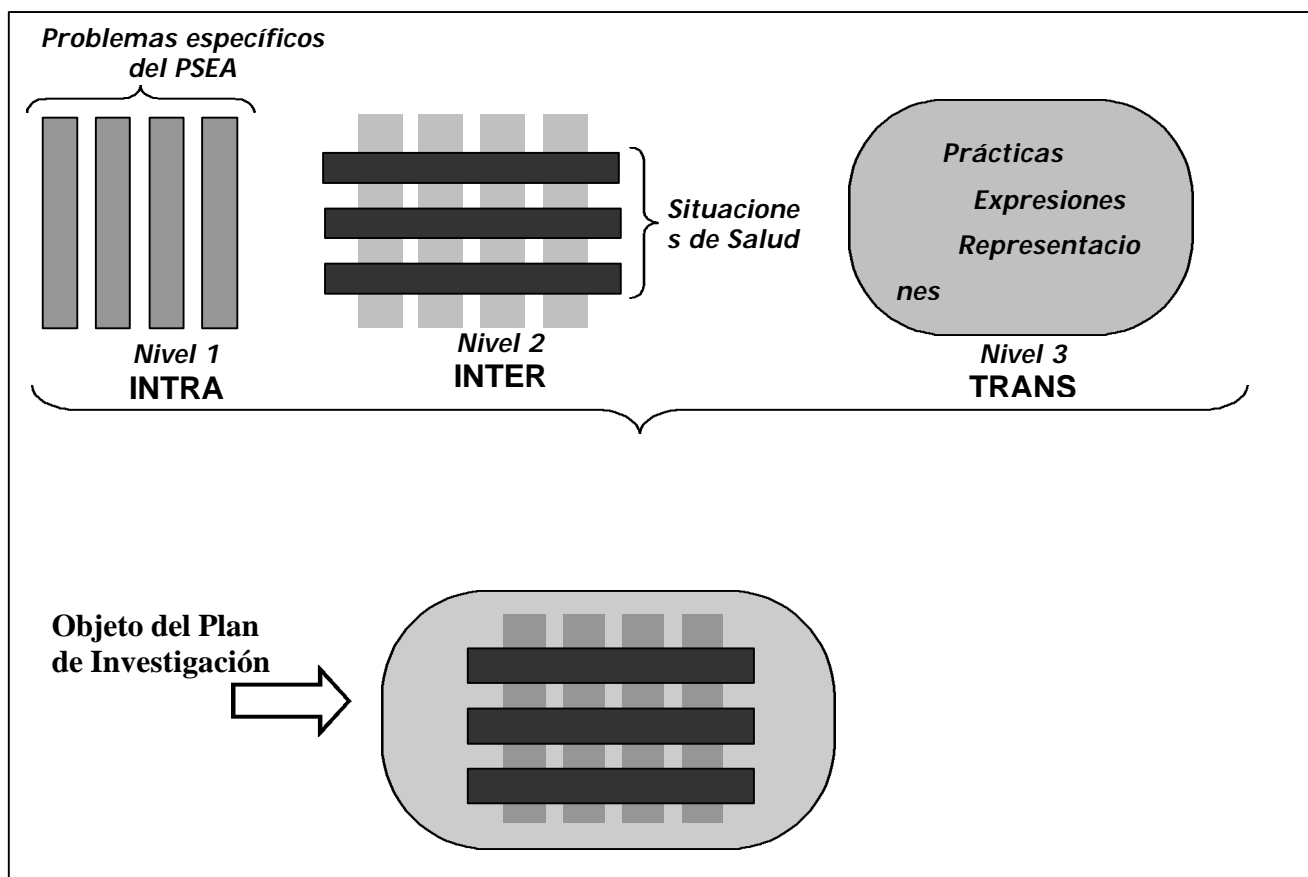
---

<sup>2</sup> *La equidad horizontal considera que situaciones similares deben recibir un tratamiento similar, en tanto, la equidad vertical establece que situaciones diferentes merecen ser tratadas de forma diferente.*

desigualdades en salud ya se realizaban en el marco del sanitarismo europeo de la segunda mitad del siglo XIX (Susser, M. *et. al.* 1996; Rosen, G. 1985; Rosen, G. 1993). Luego del olvido de los determinantes sociales, durante el ascenso de la medicina científica de corte biologicista a fines del siglo XIX y su consolidación en la primera mitad del siglo XX a partir del Informe Flexner (Flexner, A. 1910), reapareció en la década de los '70 un interés por los mismos y una nueva oleada de estudios tuvo lugar.

La equidad en el campo de la salud no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social. No estamos frente a un conocimiento nuevo sino, en todo caso, a un "redescubrimiento" de lo que ya era sabido y defendido por europeos y latinoamericanos a mitad del siglo XIX y por la medicina social latinoamericana contemporánea, a saber: que la salud de las poblaciones no es independiente de la organización social.

**FIGURA 1**  
**PLAN DE INVESTIGACIONES DE LA MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD. UNLa.**



Fuente: elaboración propia a partir del documento Plan de Investigación MEGYPS, DSC, UNLa.

La meta Salud para Todos de la Asamblea de la OMS en el '77 y la posterior Declaración de Alma-Ata en el '78 con su propuesta de Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia, ya planteaban el principio de justicia social y el criterio de equidad como

parte de sus postulados. La equidad se refería fundamentalmente al logro de la accesibilidad de toda la población a servicios de salud. No obstante, no fue aquel, el concepto de mayor visibilidad dentro de las premisas de la APS.

Previo a Alma-Ata, en los años '70 en América Latina, desde los desarrollos de la Medicina Social se propuso una crítica y replanteo teórico a los esquemas empírico-funcionalistas de los países centrales, donde lo social era reducido a una variable más en el análisis y donde la figura de Juan Cesar García aparece como un referente indiscutido de ese movimiento (Nunes, E. *et. al.* 1994). Se plantea entonces el concepto de “desigualdades” o incluso “diferenciales” en el proceso salud-enfermedad, ligados a la existencia de clases sociales con sus distintas formas de reproducción social. El planteo, al decir de Laurell, era investigar “...qué está detrás de los promedios, precisar las diferencias cualitativas y cuantificarlas y explicarlas” (Laurell, A. 1986:8). Así se trató de definir y operacionalizar el concepto de clase social, yendo más allá de las estratificaciones empiristas (Bronfman, M. *et. al.* 1984; Breilh, J. *et. al.* 1979; Bloch, C. *et. al.* 1985a y Bloch, C. *et. al.* 1985b), que tomaban sistemas de índices compuestos, o bien variables aisladas como ocupación, educación, ingreso, etc.

También a fines de los '70, la Oficina Regional de la OMS para Europa (EURO), comenzó a desarrollar un programa llamado “Equidad en la Salud”, a fin de examinar el impacto de las cuestiones del desempleo y la pobreza en la salud en los países centrales (Whitehead, M. 1991). De esta misma época es el *Black Report* (Black, D. *et. al.* 1982) llevado a cabo en Inglaterra y que cumplió un rol relevante en la importancia dada a nivel internacional, al estudio de las desigualdades sociales en salud. Tanto este informe como *The Health Divide* (Whitehead, M. 1988) alimentaron la posterior sistematización e internacionalización del concepto de equidad en salud dando lugar a estudios en diferentes países que abordan el problema de las inequidades en salud desde diferentes conceptos operacionales.

Actualmente, agencias internacionales tales como la OMS/OPS, la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, redescubrieron una vez más este viejo problema de la equidad en salud, al punto que la OPS acabó convirtiendo el concepto de equidad en el eje fundamental de su cooperación técnica con los países de la región. No obstante, las desigualdades sociales en salud se profundizan.

Es aceptado que en la calidad del PSEA influyen diferentes factores como: condiciones biológicas; estilos de vida; condiciones de vida y de trabajo; accesibilidad a los servicios de salud y/o otros servicios públicos, ubicación social, etc. Dentro de todos esos factores, se considera que las desigualdades originadas por diferencias biológicas o estilos de vida individuales y/o grupales (siempre y cuando no estén seriamente restringidos) no pueden ser clasificadas como inequidades<sup>3</sup>. Estas ideas han llevado a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considere como inequidades a “aquellas diferencias en salud que no sólo son

---

<sup>3</sup> La concepción “seriamente restringida” pasa a ser un punto de difícil definición, que contribuye al carácter polisémico que ha adquirido la equidad

innecesarias y evitables sino que además se consideran como injustas” (Whitehead, M. 1991). Un reporte de la OMS define a la equidad de la siguiente manera:

*“La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse” (Whitehead, M. 1991).*

Las relaciones entre equidad e igualdad llevan a una rica discusión conceptual. Algunos autores señalan que detrás del concepto de equidad esta el de injusticia mientras que detrás de las desigualdades hay una fuerte connotación moral y política (Kart, E. et. al. 1993). Para estos autores hay tres posibles situaciones en la relación equidad y desigualdad:

- a) desigualdad con inequidad: servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados
- b) inequidad sin desigualdad aparente: buena oferta de servicios pero sin afectar a los grupos más desfavorecidos
- c) desigualdad aparente sin inequidad: los recursos son asignados de manera desigual a fin de compensar a los grupos más desfavorecidos.

En otros textos puede encontrarse que equidad significa, en relación a las condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en relación a los servicios de salud, recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y de uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) (OPS 1998). Por otra parte, Breilh (1998) señala que “la diferencia es un producto de la diversidad y la inequidad se expresa en el dominio de la vida individual y biológica” y que “la desigualdad es la expresión observable de una inequidad social” por lo tanto “la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso sino al proceso intrínseco que la genera”.

*Los criterios para definir equidad en salud son variados, no obstante existen propuestas que los operacionalizan y en relación a la atención proponen: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos (Whitehead, M. 1991).*

*Es evidente la polisemia del concepto, sobretudo si prestamos atención a los usos y abusos del mismo, en textos y discursos. ¿A que nos referimos cuando hablamos de equidad?*

## **2.2. Equidad y equidad en salud: los difusos límites entre justicia, igualdad, necesidad y libertad**

“La equidad es la dichosa rectificación de la justicia rigurosamente legal” nos dice Aristóteles en su Teoría de la Justicia (1959:395). La equidad restablece la justicia cuando la ley que por regla es necesariamente general, no puede llegar a la particularidad o singularidad de los casos a los que tiene que aplicarse. A imagen de la regla de plomo de la que se servían los arquitectos de la isla de Lesbos en sus obras -la cual se amoldaba a la forma de

las piedras que medía- la equidad puede incorporar a sí misma la especificidad propia de las cosas sobre las que se aplica como principio. De este modo, no implica una alternativa a la justicia, sino su profundización. Este es por lo tanto, uno de los primeros postulados en la ecuación equidad/justicia.

Inmediatamente se plantea la asociación de la equidad con la justicia social en la medida en que se propone como principio normativo y corrector de situaciones o condiciones de desigualdad relacionadas con distribuciones de bienes primarios<sup>4</sup> (Rawls, J. 1985), capacidades básicas<sup>5</sup> (Sen, A. 1992), y/o realizaciones fundamentales según Fleurbaey M.<sup>6</sup> (Porto, S. 2002) que son de responsabilidad social y pueden evitarse. De este modo, cualquier teoría de la justicia valora la igualdad en algún aspecto –o en algún espacio, como dice Amartya Sen-: igualdad de derechos políticos, igualdad de oportunidades, distribución igualitaria de recursos, etc. En este sentido, la igualdad como idea abstracta no tiene mucha fuerza, y el trabajo comienza con la especificación de las reglas a seguir para definirla como principio corrector para lograr la equidad y el campo en el que se aplicará (Sen, A. 2002a).

La especificación del principio de justicia distributiva que se utiliza para separar las desigualdades de las inequidades, se convierte así en el punto de partida de cualquier análisis de la equidad en salud. Se ha aceptado a nivel internacional que las inequidades en salud se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. Evaluar las desigualdades como injustas implica considerar tanto su evitabilidad como los principios distributivos que se aplican, en relación con la asistencia sanitaria y con los resultados de salud en la población y sus determinaciones. Cuando la muerte prematura, la discapacidad o la muerte son inevitables, los criterios de justicia no son aplicables; por eso constituye un complejo problema definir cuales desigualdades son injustas (Figura II).

---

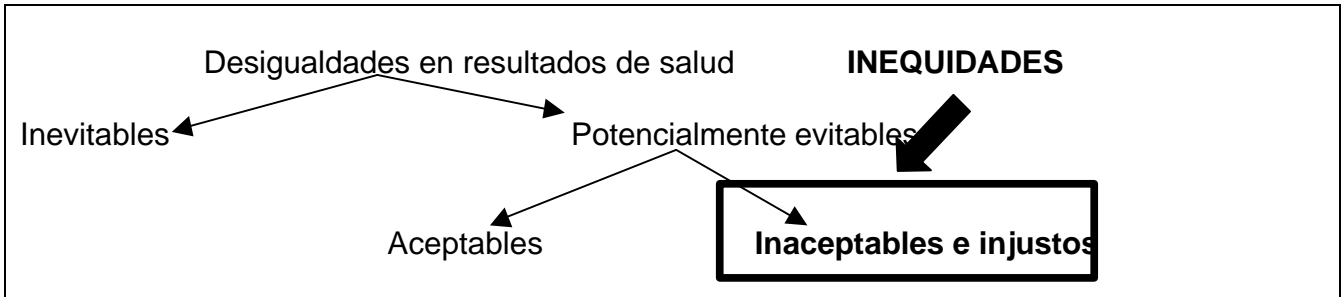
<sup>4</sup> *Los bienes primarios son aquellos que todos los individuos prefieren tener más que menos, por ejemplo: riqueza, posición social, oportunidades, habilidades, libertad e incluso, auto-respeto (Rawls, J, 1985)*

<sup>5</sup> *Las capacidades básicas son para Amartya Sen aquellas que implican la efectiva oportunidad de consecución de bienestar para el individuo, e implican la transformación eventual de bienes en funciones necesarias para la vida (como estar bien nutrido, tener buena salud, ser feliz) que tienen una serie de determinaciones. Para Sen el principio primordial para obtener equidad es la compensación de las desigualdades en las capacidades básicas, pero garantizando la libertad de elección (1992).*

<sup>6</sup> *Las realizaciones fundamentales son aquellas relacionadas con recursos distribuibles, con recursos no distribuibles como talentos pero que justifican la intervención pública, con resultados que dependen de ciertos centros de decisión social, etc. (Porto, S. 2002).*



**FIGURA II**  
**VALORACIÓN DE LA EQUIDAD EN LOS RESULTADOS DE SALUD**



Fuente: Peter, F. et. al. 2002 (con modificaciones)

Partiendo entonces de la necesidad de definir el principio de justicia que se va a adoptar para identificar las inequidades en salud, se pueden distinguir en principio dos grandes líneas:

A. El utilitarismo<sup>7</sup> para el cual el bien común no es otra cosa que la mayor suma del bienestar de cada individuo (utilidad total o promedio), independientemente del modo en que se realicen las distribuciones. Esta postura puede conducir a extremar las desigualdades o incluso a realizar propuestas donde el sufrimiento de un individuo no tenga más valor que lo que agrega o quita al conjunto social.

B. Las teorías igualitarias, centradas en consideraciones distributivas traen a discusión que no es lo mismo hablar de igualdad en tanto libre intercambio en el mercado, que hablar de igualdad de acuerdo al mérito o, aun mas, igualdad en los resultados correspondientes a ciertos estados o resultados en lo social.

Siguiendo a Sonia Fleury (1997a y 1997b) en su propuesta de modelos de protección social en el capitalismo, se podrían esquematizar diversas ecuaciones estado/sociedad/ciudadanía/derechos/políticas de salud (Figura III), en tanto modelos de comprensión de ciertos patrones históricos que establecen diversos principios de igualdad como criterio distributivo: el libre intercambio, el mérito y la necesidad. Parafraseando a Fleury: en las situaciones concretas estos modelos no se encuentran en forma pura sino en combinaciones, donde uno predomina sobre los otros dando lugar a contradicciones. No obstante, los modelos pueden ayudar a comprender algunos aspectos relacionados con la equidad en salud en tanto permiten distinguir opciones que van desde la focalización hasta un principio irrenunciable de cobertura universal según necesidades.

En el primer caso –el de la igualdad formal- estaríamos frente a un estado liberal, con una sociedad fundada en el principio del mercado como asignador de bienes, donde se supone que la reproducción social estará asegurado por este principio. Fleury (1997a) habla

<sup>7</sup> *Doctrina filosófica nacida en Inglaterra a fines del siglo XVIII cuyo exponente es Jeremy Bentham (1748-1832) y que ha tenido amplia difusión y aceptación en las teorías económicas liberales.*

de ciudadanía invertida porque aquellos que fracasan en el mercado y no pueden proveerse los medios para satisfacer sus necesidades y las de sus familias, son objeto de asistencialismo como forma de protección social. La igualdad esta dada entonces por el intercambio de equivalentes en el mercado, cuya condición es la igualdad jurídica de los ciudadanos ante la ley. Para aquellos que fracasan en el mercado el criterio de cobertura en la distribución de beneficios es la focalización. Si bien estos conceptos corresponden a las políticas sociales de los orígenes de los Estados-Nación, hoy se reciclan en las políticas económicas neoliberales y, en salud, vía organismos internacionales, aparecen como políticas de focalización y de financiación a la demanda.

En el segundo caso -el de la igualdad de oportunidades- el desarrollo de los derechos civiles, amplía y resignifica el concepto de igualdad jurídica para incluir una demanda de participación política, antes restringida a los que gozaban de cierta posición económica (Fleury, S. 1997a). Se universalizan entonces los derechos políticos, en el contexto de la transformación del liberalismo en la doctrina liberal-democrática. El principio distributivo, sigue siendo básicamente el del mercado pero en cuanto a la asignación de algunos beneficios como en lo que hace a protección social, por ejemplo, el criterio de distribución puede ser al mismo tiempo solidario y meritocrático. Esto es así en la medida en que los individuos reciben compensaciones basadas en proporción a sus contribuciones salariales, aunque se invoca la solidaridad como principio de ubicación social. Es el caso de las formas de seguro social donde la cobertura es ocupacional. La forma de ciudadanía, según Fleury, aquí sería regulada, basada en la inserción en la estructura productiva. A nivel de políticas de salud, tenemos como ejemplo las propuestas de seguros de salud.

El tercer caso –el de la igualdad de resultados- aparece en escena cuando se incorporan los derechos sociales en el marco del estado de bienestar social. En la medida en que se demanda una redistribución de recursos para corregir las desigualdades del mercado, se plantea que las formas de protección social asuman como criterio de cobertura la universalización de acuerdo a las necesidades específicas de los distintos grupos sociales o poblacionales (Fleury, S. 1997a). Por eso, en este caso se habla más de “diferenciación positiva” que se aproxima al principio de la necesidad como principio distributivo, alejándose del de igualdad. La ciudadanía universal se fundamenta en la justicia social como valor invocado, antes que en la libertad individual. En las políticas de salud, nos aproximamos a políticas universales con su configuración como sistemas únicos de salud. En este caso como en el anterior, el financiamiento esta destinado a la oferta de servicios.

**FIGURA III**  
**PRINCIPIOS DISTRIBUTIVOS Y POLÍTICAS DE SALUD EN MODELOS DE ORGANIZACIÓN SOCIAL**

	ESTADO	SOCIEDAD	CONDICIÓN DE CIUDADANÍA	DERECHOS	POLÍTICAS DE SALUD
<u>1. Igualdad formal</u> <sup>8</sup> Intercambio de equivalentes en el mercado	Capitalismo fundante y capitalismo neoliberal	De clases. Dominación económica y hegemonía política de la burguesía	Igualdad ante la ley como condición para el mercado	Derechos Civiles	Focalización Financiación de la demanda Medicina Gerenciada
<u>2. Igualdad de oportunidades</u> <sup>9</sup> De acuerdo al mérito sobre una base solidaria	Capitalista Democracia liberal	De clases. Nuevo actor político colectivo: Clase obrera con demandas sindicales	Igualdad en participación política Sufragio universal	Derechos Políticos	Seguros de Salud Financiación de la oferta
<u>3. Igualdad de resultados</u> De acuerdo a la necesidad	Capitalista de Bienestar Social o Social-Democracia	De clases, con luchas contra las desigualdades económicas de mercado	Igualdad en el beneficio	Derechos Sociales	Sistemas Únicos de Salud Financiación de la oferta

Fuente: elaboración propia a partir de Fleury S. 1997a y 1997b

Actualmente las políticas neoliberales implican una vuelta a la subordinación de todos los principios distributivos al del mercado, pero en un contexto mucho más complejo de crisis económico-político-social que se expresa en crisis fiscal y organizativa de los Estados, crisis de legitimidad y gobernabilidad, institucionalización de las desigualdades sociales, etc. (Fleury, S. 1977b). Queda como interrogante cual puede ser la viabilidad de estas políticas sociales a largo plazo, si están basadas en la generación de una situación de exclusión social creciente, allí donde existen demandas y expectativas de participación democrática. En este límite, se erosiona la misma condición de ciudadanía y pierde sentido el intento de operacionalizar el concepto de equidad.

<sup>8</sup> En realidad en tanto la lógica fundante de la organización social siga siendo la del mercado, este principio de igualdad seguirá siendo el dominante.

<sup>9</sup> "Igualdad de oportunidades...es en efecto un concepto basado en el merecimiento..." (Sen, A. 1997:126). Aunque Sen lo utiliza luego en otro sentido, adoptamos aquí este concepto para facilitar la presentación, sin pretender adentrarnos en consideraciones más complejas.

Esos diversos principios de igualdad dan lugar a distintas políticas sociales, que tienen directas implicancias en el sector salud, en los modos de definir la equidad en salud y en las dimensiones que se priorizan en su análisis para la acción.

El principio de igualdad formal puede conducir a considerar como fundamental la igualdad en la distribución de la provisión de asistencia sanitaria, distribuyendo los recursos o beneficios sanitarios para los individuos más enfermos. Esta propuesta es coherente con la focalización como tipo de cobertura.

Otra posibilidad es que se priorice la distribución de asistencia sanitaria atendiendo a la igualdad de oportunidades de utilización de los servicios de salud, aunque esto no implique de por sí garantizar los procesos por los cuales pueda concretarse. Aquí la equidad puede darse por cumplida si se definen paquetes básicos de servicios de salud, pero que no apunten a compensar las desigualdades de base entre sectores sociales.

Finalmente, la distribución de asistencia sanitaria puede atender al logro de una igualdad en los resultados de salud para los distintos grupos o clases sociales pero según sus necesidades heterogéneas y diferenciales, donde se volverá indispensable trabajar también sobre las condiciones sociales que generan dichos resultados. En este sentido, la equidad deja de ser un objetivo en sí mismo, para insertarse en el contexto más amplio de búsqueda de justicia social donde el problema del poder pasa a constituir una variable central. Este enfoque es ineludible porque la equidad en el campo de la salud tiene que ver con "...los determinantes sociales, económicos y políticos ajenos al sector sanitario pero que afectan profundamente el estado de salud de la población y su distribución" (Evans, T. *et. al.* 2002:4). La problemática de la equidad en salud no es algo que pueda resolverse integralmente desde el sector salud ya que se trata de una cuestión social que trasciende las posibilidades de un sólo sector y cuya solución depende de decisiones políticas. Está íntimamente vinculada a la asignación global de recursos para la salud –y no solamente a la distribución de la atención sanitaria. Esa asignación puede implicar diversos acuerdos sociales justos o injustos. Es por eso que debería convertirse en parte de la agenda de debate del Estado, y en pauta de trabajo conjunto entre los distintos sectores relacionados con la calidad y las condiciones de vida de la población.

Por otra parte, Amartya Sen destaca la necesidad de no excluir ninguna de las dimensiones de la equidad en salud –es decir, el estado de salud de la población, la asistencia sanitaria y la asignación global de recursos- sino por el contrario, de complementar enfoques diferentes para poder dilucidar "lo que está en juego" (2002a). En tal sentido, por ejemplo, es indispensable evaluar la equidad del proceso de provisión de asistencia sanitaria relacionándolo con la diversidad humana y las necesidades diferenciales. Pero no es suficiente con cuantificar la asistencia sanitaria y evaluar su distribución en esos términos. Esta perspectiva no puede desligarse de la equidad en los resultados finales de salud, logrados por medio de los procesos respectivos (Sen, A. 2002a). A su vez, la equidad en la atención también debe integrarse con otras formas de mejorar la salud y las condiciones de vida, es decir, con otras políticas relacionadas con la situación económica y social.

Sintetizando, la equidad en salud forma parte integral del concepto más amplio de justicia, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura, punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social. Es por esto que la equidad va mucho más allá del sector salud en particular, se vincula con la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, convirtiéndose en un asunto político (Sen, A. 2002a).

El criterio de las necesidades como principio de justicia distributiva es fundamental para asegurar una igualdad social que pueda incluir la diferencia, lo particular, combinando la universalización con mecanismos de diferenciación positiva, sobre la base de superar la condición de exclusión social (Fleury, S. 1997b). Pero aun cuando este concepto de necesidades aparece en escena en las producciones/reflexiones teóricas de las agencias internacionales, no se explicitan en detalle las implicancias de su presencia en la definición de la equidad en salud.

El concepto de necesidad dentro del campo de la salud pública se ha utilizado haciendo una distinción fundamental entre “necesidades sentidas o percibidas” por la población y “necesidades definidas” por los profesionales, donde estas últimas resultan ser las decisivas a la hora de tomar decisiones en la programación (OPS, 1965; Pineault, R. *et. al.* 1987). Además la necesidad implica la constatación de una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada, diferencia que se desea reducir. El concepto de necesidad entonces, de la misma manera que el de equidad, incluye un componente comparativo y normativo. ¿Pero acaso se pueden definir las necesidades de salud a priori de un análisis que las signifique/valore en cada contexto socio-cultural? ¿Pueden acaso predefinirse o clasificarse las necesidades -aún las necesidades básicas- según criterios universales?

Equidad y necesidad nos impiden permanecer en el ámbito de las definiciones universalistas abstractas, donde no es posible rescatar lo múltiple, lo heterogéneo, la especificidad de su construcción social, que es lo que permite operacionalizarlos en la práctica.

A modo de ejemplo: cuando la OMS caracteriza a la equidad en la atención de la salud, propone considerar algunos criterios: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos (Whitehead, M. 1991). Esta definición requiere sin embargo considerar que ni la “necesidad” ni la “igualdad” constituyen conceptos universalmente válidos y que deben ser por lo tanto evaluados en cada situación particular. Pero además la atención disponible puede no ser suficiente para asegurar la equidad, si se convierte en un paquete mínimo de servicios para pobres en el marco de una situación de emergencia sanitaria como la actual, que afecta de manera distinta a los diversos sectores sociales. También podríamos preguntarnos ¿cuáles son los recursos comprometidos en la utilización en los diversos subsectores, de acuerdo con las necesidades? Además, la igualdad en el acceso requiere a su vez como precondition una cierta equidad en el campo económico social por el costo social del acceso.

Una relectura del pensamiento marxiano acerca del tema de las necesidades, puede disparar preguntas que ayuden a repensar las “cristalizaciones” dentro del concepto de equidad tal como se utiliza desde las agencias internacionales, que tienden a considerarlo y tratarlo como un concepto apolítico, acultural, tecnocrático y generalmente limitado al campo de la asistencia sanitaria (Peter, F. *et. al.* 2002).

En primer lugar, la lectura de Marx llama la atención sobre la importancia de no eludir en un análisis de la estructura de las necesidades en las sociedades capitalistas, el carácter de alienación que las atraviesa. Marx rechazaba enérgicamente una concepción puramente económica de la necesidad que se manifiesta como demanda solvente en el mercado. La reducción del concepto de necesidad a una necesidad económica constituye en realidad la expresión de la alienación del sistema de necesidades, basado en la división del trabajo, en una sociedad en la cual el fin de la producción es la valorización del capital (Heller, A. 1986).

Por otra parte, la necesidad es sobre todo para Marx “la necesidad de la riqueza humana”, donde esta riqueza constituye la base para la libre efusión de todas las capacidades y sentimientos humanos, la manifestación de la libre y múltiple actividad de todo individuo. En palabras del propio Marx: “El hombre rico es, al mismo tiempo, el hombre ‘necesitado’ de una totalidad de exteriorización vital humana” (Heller, A. 1986:40). Es por esto que todo juicio con respecto a las necesidades es medido sobre la base del valor positivo de las “necesidades humanas ricas”. Y es sobre este principio ligado para Marx a la libertad, más que a la justicia, sobre el que fundamenta la distribución de recursos en la futura sociedad de productores asociados donde el valor no estará en el tiempo de trabajo sino en el tiempo libre (tiempo para el ocio) (Heller, A. 1984).

Desde un punto de vista filosófico, el problema de la alienación de las necesidades constituye el núcleo del análisis de Marx: esa alienación – exponencial pero no exclusiva de la sociedad capitalista- consiste en que el ser humano queda fijado y limitado a un conjunto unilateral de necesidades que pueden crecer desde un punto de vista cuantitativo pero no desarrollarse omnilateralmente desde un punto de vista cualitativo. Es decir, las necesidades dirigidas a la posesión de bienes pueden aumentar infinitamente, nada pone límite a su crecimiento (aunque su satisfacción sea desigual para las distintas clases sociales); y a su vez ellas no desarrollan en el ser humano necesidades nuevas en el sentido de cualitativamente distintas, que tengan al ser humano como fin máximo del hombre y que desplieguen los componentes propios de la “esencia humana”: la universalidad, la conciencia, la socialidad, la objetivación y la libertad (Heller, A. 1986:50).

Es por esto que la producción económica de bienes y el reparto que realiza el Estado, respondiendo a los intereses de las clases hegemónicas que crean los “satisfactores” a las necesidades de acuerdo a su conveniencia, no agota el problema. Restringirlo a este plano, sería quedar prisioneros de la lógica ‘del sistema de producción de mercancías’, que cuantifica lo no cuantificable e imposibilita pensar en una nueva estructura de necesidades basada en la riqueza humana. En el campo de la salud, esta lógica se manifiesta en sus formas más extremas como por ejemplo en la oferta de servicios cosméticos y de cirugía estética complementados con paquetes turísticos en los planes de seguro de la población



más rica (Chorny, A. 1998), pudiendo construirse desde allí un gradiente de ejemplos sobre necesidades en salud que potencian la medicalización de la vida cotidiana.

Como dijimos, Marx se apoya en el principio “a cada cual según sus necesidades” como principio distributivo en la futura sociedad de productores asociados. Pero queda preso de la antinomia en la que plantea este principio: una sociedad donde la estructura de las necesidades no está fundamentada en la justicia sino en la libertad, no puede sustraerse completamente a la justicia. Si “a cada cual según sus necesidades” significa que la sociedad provee los medios para satisfacerlas, este procedimiento está sujeto a la justicia, lo mismo que el establecimiento de normas y reglas para establecer prioridades acerca de cuáles necesidades deben ser satisfechas primero y cuáles pueden postergarse (Heller, A. 1986).

Entonces, “a cada cual según sus necesidades” puede interpretarse como un principio corrector, -en palabras de Heller- un principio de equidad. Corregir la injusticia con la equidad no es un procedimiento que anule la validez de la justicia. Por el contrario, implica intervenir regulando la distribución en base a un reconocimiento, discusión y evaluación abierta y permanente de las necesidades y de los principios correctivos.

Esta tarea que compete también a los ciudadanos, y no solo a los trabajadores de la salud, constituye hoy en América Latina una demanda que toma la forma de los llamados “derechos de 5ta generación”<sup>10</sup> que implican la participación ciudadana en la gestión pública (Fleury, S. 1997a).

Pero el proceso mismo de construcción social de necesidades puede ser fuente de inequidad en salud, en la medida en que reduce para ciertos sectores o grupos sociales, la visibilidad de los determinantes/condicionantes del PSEA. Las necesidades de salud requieren entonces ser analizadas como producto de una construcción social estructurada en base a la concentración y acumulación de poder y su “consumo” (o apropiación ideológico-cultural) por parte de las distintas clases y sectores de clase. Por eso cabe preguntarse si el sentido de injusticia en términos de no contar con los medios para satisfacer las necesidades, está siempre presente, y por qué más bien, los mismos grupos sociales subordinados aceptan muchas veces esta situación, es decir “aceptan” morir o enfermarse más (Menéndez, E. 1988).

Siendo como es el campo de la salud, uno de aquellos que generan más simbolizaciones y representaciones colectivas (Menéndez, E. 1994), un campo por otra parte con límites no bien definidos, lo que para los distintos sectores sociales puede constituir una necesidad de salud, es una dimensión ineludible en el análisis de las prácticas de utilización de servicios como también de las modalidades de acceso a la atención “disponible”, o aún de los recursos que se consideran necesarios para la salud. Y esto aun cuando los actores se

---

<sup>10</sup> *Se llaman derechos de quinta generación a los que constituyen una demanda ciudadana de participación en la gestión pública. Los de primera generación son los derechos civiles; los derechos políticos son los de segunda generación; los de tercera y cuarta generación son, respectivamente, los derechos sociales y los ambientales.*

constituyan sobre todo como reproductores o consumidores de los objetivos diseñados por los servicios de salud (Menéndez, E. 1997).

La definición de equidad no puede soslayar ni el problema del sujeto que define las necesidades y su igualdad, ni tampoco el problema de definir quién es el sujeto de las necesidades (de salud). Y aquí hay que considerar que la estructura de las necesidades en la sociedad postindustrial se complejizó y heterogeneizó de tal modo que se requiere poder articular dentro del marco de garantías universales y democráticas, mecanismos de diferenciación positiva que tengan en cuenta la diversidad de requerimientos de grupos específicos (Fleury, S. 1997b).

Esto a su vez se conecta con el imperativo que en la aplicación del principio de equidad, el sujeto que define las necesidades deje de estar siempre auto-centrado en el sector salud, y la población se constituya como un actor social en ese proceso de reconocimiento y evaluación permanente de las necesidades. Este camino podría conducir a un ejercicio de la ciudadanía ligado a estrategias de co-gestión pública, lo cual requiere un cambio en las organizaciones. En este proceso articulado de democracia representativa y deliberativa con participación directa de los ciudadanos, se replantea la tensión libertad/justicia.

Es importante reconocer que estas discusiones ponen sobre la mesa las definiciones y valoraciones que impregnan las prácticas de salud, ya que los modos en que un sistema de salud se proponga reducir las inequidades -o las reproduzca y profundice- están atravesados/permeados por los principios de igualdad, necesidad, justicia y libertad. Estos valores y criterios normativos están insertos en las prácticas, pero no solo como trabajo concreto, sino también constituyendo a nivel consciente/inconsciente, el trabajo abstracto que es el que construye el valor simbólico (Testa, M. 1993).

Recuperar el criterio distributivo de las necesidades -en tanto “necesidades humanas ricas” histórica y socialmente construidas- articulado con el de igualdad en que se basa el principio de justicia social, son dos dimensiones que la equidad en salud no debiera ignorar. Pero el punto de inflexión para dicha idea se encuentra en los intentos de reducir dicha discusión a un postulado ético, donde el discurso de la ética -en tanto ética universal- se transforme en una nueva verdad revelada, congelando así todo pensamiento sobre los problemas de la praxis en las instituciones de salud (Spinelli, H. 1998).

Nuestro planteo entonces es pensar esas situaciones evitando la adhesión refleja a “la solución ética”, ya que los problemas que enfrentamos no pueden reducirse a la ética bajo la forma de nueva respuesta para viejas preguntas. En todo caso, no hay ética en general sino ética de procesos en los que se expresa la potencialidad de una situación (Spinelli, H. 1998). Cuando en la Equidad en Salud se instala el discurso “ético”, impide el desarrollo de un pensamiento crítico por parte de los trabajadores de la salud, pensamiento que busca su implicación en los procesos de trabajo desde una construcción conjunta de poder-potencia y construcción de ciudadanía.



### 3. HACIA UN NUEVO ENFOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE INEQUIDADES

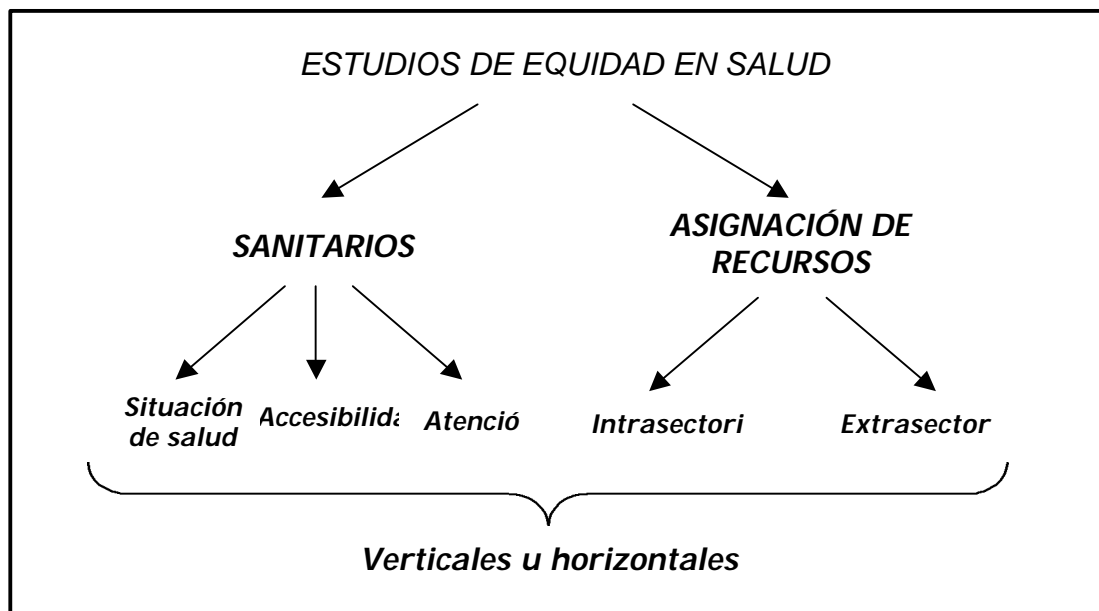
#### 3.1. Enfoques dominantes de los estudios sobre equidad en salud

Almeida-Filho (1999) ha documentado un total de 304 informes producidos en países latinoamericanos –muchos no publicados- sobre disparidades socioeconómicas en salud, pero que presentan ciertas limitaciones:

- ✓ contienen poca información empírica que pueda orientar las intervenciones;
- ✓ abarcan franjas etarias limitadas y hay una falta de estudios sobre salud de la población adulta en particular;
- ✓ *presentan problemas de diseño, análisis y calidad de los datos;*
- ✓ *muy pocos de estos estudios se realizan en el nivel local, incluyendo recolección de datos primarios;*

Los estudios sobre equidad en salud pueden dividirse en sanitarios y de asignación de recursos. Dentro de los primeros se encuentran los que analizan la equidad en relación a situación de salud de la población, accesibilidad a los servicios y atención a la salud. En relación a los que abordan la asignación de recursos puede dividírseles en intra y extrasectoriales. Todos ellos a su vez pueden realizar sus abordajes desde el punto de vista de la equidad horizontal y/o vertical (Fig. IV).

**FIGURA IV**  
**MATRIZ DE ESTUDIOS DE EQUIDAD EN SALUD**



Fuente: elaboración propia.

La mayor parte de las investigaciones realizadas sobre inequidad en salud, constituyen estudios comparativos entre países latinoamericanos en base a diversos indicadores (Wagstaff, A. 2002; Casas, J. et. al. 2000; Casas, J. 2002). Otras constituyen estudios regionales patrocinados por OPS u otra agencia internacional, que toman un grupo de países y abordan temas específicos tales como inequidad de género y acceso a los servicios de salud (Gómez, E. 2002), desigualdades sociales en la autnotificación de problemas de salud y en la utilización de servicios de salud (Dachs, J. et. al. 2002); desigualdad social y malnutrición infantil (Larrea C. et. al. 2002) e inequidad en el acceso y uso de servicios de agua potable (Otterstetter, H. et. al. 2000; Soares, L. et. al. 2002). Hay estudios que abordan el tema de la inequidad a nivel país, tomando comparativamente regiones o estados, ese es el caso de los estudios realizados sobre Argentina, Brasil y Chile (Bortman, M. 1999; Finkelman, J. 2000; Arteaga, O. et. al. 2002) respectivamente. Pero prácticamente inexistentes son aquellos que abordan la situación sociosanitaria en unidades geográficas más pequeñas, circunstancia que en repetidos informes se señala como una necesidad para avanzar en la generación de información relevante para la gestión, creando un puente de comunicación entre la esfera de la investigación y de las políticas (López Acuña, D. et. al. 2000).

Una característica de los estudios sobre equidad en salud es la alta concentración de los mismos en la línea de equidad en la asignación de recursos intrasectoriales en los que subyace un criterio prevalente de eficiencia.

Una segunda característica de los estudios sobre equidad en salud es que la mayoría utilizan un abordaje a nivel de macroáreas, el cual consiste en comparaciones entre ciertas características de países o regiones dentro de un mismo país. Generalmente se relacionan indicadores demográficos, socioeconómicos o de condiciones de vida como variables independientes y resultados de salud como variables dependientes. Este abordaje a nivel de macroáreas se ve facilitado por la existencia de sistemas nacionales de información continua tanto sociodemográficos como de salud y por la consiguiente disponibilidad de datos agregados a nivel de países o regiones. Sin embargo, no todos los datos utilizados en los estudios de equidad son captados sistemáticamente por estos sistemas de información, como por ejemplo, los datos sobre ingreso, que representa la variable independiente más utilizada (Macinko, J. et. al. 2002), motivo por el cual en muchos países es necesario implementar encuestas adicionales a fin de obtenerlos.

El hecho de que los estudios sobre equidad incluyan indicadores contruidos a partir de datos sociales pone de manifiesto el carácter intersectorial de la problemática de la equidad en salud y, más importante aún, el carácter extrasectorial de muchos de sus determinantes. La profusión de este tipo de estudios está contribuyendo sin duda a acumular evidencias empíricas, a revalorizar los determinantes sociales de los estados de salud de las poblaciones y a una toma de conciencia sobre la imposibilidad de resolver esta problemática únicamente a partir de acciones desde el sector salud.

Como ya se señaló en el primer apartado, entendemos que el nuevo interés por la equidad en salud representa un “redescubrimiento” de la manifestación de la injusticia social en la salud. Se trata de un caso más de “viejas ideas en nuevos ropajes” (Chorny, A. 1998).

En el abordaje de las desigualdades en salud de algunos exponentes de la medicina social latinoamericana (Breilh, J. 1979); (Laurell, A. 1986), los grupos poblacionales se definían según el lugar que ocupaban en la estructura social, más específicamente, por su relación con la propiedad de los medios de producción, con los procesos de trabajo y/o la reproducción social<sup>11</sup>. Otros enfoques de la Medicina Social, tomando el modelo de Estado ampliado postulado por Antonio Gramsci proponen la construcción de un sujeto individual y/o colectivo que pueda constituirse en actor social y modificar sus propias condiciones de vida (Testa, M. 1993).

Los estudios recientes sobre equidad la abordan a través de la distribución de distintas variables, no siempre combinadas. Esto tiene como consecuencia que, según la variable o indicador que se tome para medir la equidad y según cómo se la defina, los límites de la población que padece la injusticia se hacen difusos, pudiendo incluir o no a algunos individuos.

El desafío que coloca la mayoría de la bibliografía sobre el tema es si ese concepto puede allanar el camino para la reducción de las diferencias “injustas, innecesarias y evitables”. A nuestro entender se pone énfasis en un concepto que per se no tiene ningún efecto de “verdad”. El énfasis para la reducción de esas diferencias tendría que estar centrado en pensar modelos de atención, modelos de gestión y modelos de financiamiento que tengan como eje de sus lógicas procesuales el tema de la reducción de las desigualdades, con una fuerte implicancia de los trabajadores de la salud y los conjuntos sociales en su diseño e implementación. Esa lógica, hoy carece de actores sociales capaces de desarrollarla, situación que aparece como una deuda de la experiencia democrática que no se puede pretender salvar desde el concepto de equidad. En este caso, se visualiza la insuficiencia del término equidad frente a los crecientes niveles de exclusión social e indigencia de grandes sectores de la población argentina.

### **3.2. Limitaciones del abordaje a nivel de macroáreas**

En Latinoamérica se han desarrollado pocos estudios que muestren la fuerza de la relación entre desigualdades socioeconómicas y salud, aún cuando constituye la región con las distribuciones de ingreso más desigualitarias del mundo (OPS, 2001).

Las investigaciones a nivel de macroáreas consisten en general en diagnósticos que suponen un escenario que remite a los postulados de la planificación normativa (ausencia de actores, situación de poder concentrado) lo que representa una situación irreal. Se trata de

---

<sup>11</sup> *Cabe considerar que este criterio de clase mantenido en el discurso, enfrentaba serias dificultades para su operacionalización. De hecho, los pocos estudios realizados no concuerdan en la manera de operacionalizar el concepto. Estudios posteriores realizados en los '90 por autores brasileños que se inscriben en la Salud Colectiva se acercan más a los recientes estudios de situación de salud en el sentido de no adoptar el criterio de clase pero sí el de estratificación de la población según nivel socioeconómico y de condiciones de vida (Silva Paim, J. 1993 y 1995)*

estudios que se inscriben en una lógica del “debe ser”, ya que se limitan a señalar y describir la existencia de inequidades sin avanzar en dirección de su reducción, lo que correspondería a otra lógica, la del “puede ser”.

La complejidad inherente al nivel local de análisis no es captada de manera adecuada por los estudios de equidad en salud en macroáreas, en los que muchas veces se utilizan indicadores que están compuestos por variables que están fuera de la situación<sup>12</sup> que constituye el cotidiano de los trabajadores de salud. Los diagnósticos que revelan inequidades en salud a nivel de macroáreas son percibidos por los trabajadores de salud del nivel local como un “paisaje”<sup>13</sup> al cual contemplan sin posibilidades de actuar en él. En ese escenario macro los trabajadores de salud en general no son actores, sino espectadores pasivos del movimiento de variables definidas a un nivel en el cual sus acciones son impotentes o se hacen invisibles.

Los indicadores agregados a nivel nacional, regional y provincial homogeneizan valores que pueden ocultar una amplia dispersión. Trabajar con unidades de análisis pequeñas pone al descubierto diferencias que debieran ser abordadas a los fines de resolver las necesidades de los diferentes espacio-poblaciones. La posibilidad de identificar necesidades e inequidades estará en relación directa con el nivel de agregación de la información. En un trabajo anterior, señalamos la importancia de resignificar macroindicadores para que sean útiles en el nivel local, en ese sentido proponíamos la utilización del indicador de mortalidad infantil como indicador para la gestión local a través del georreferenciamiento de las muertes (Spinelli, H. et. al. 2000).

### **3.3. Propuesta de abordar la equidad en salud a nivel de microáreas.**

La importancia de los estudios sobre equidad en salud a nivel municipal se relaciona con la jerarquía que toma el tema de la cuestión municipal en el discurso sanitario en las últimas décadas. El concurso de la epidemiología aplicada al análisis de los sistemas y servicios de salud, permite un uso de la epidemiología que si bien no es el tradicional la reubica como un eje fundamental en la reconversión de los modelos asistenciales y en la orientación de las políticas públicas.

En su desarrollo la Racionalidad Médico Científica enfocó progresivamente su accionar a la atención médica individual con una concepción claramente mecanicista que determinó que el lugar de la epidemiología quedara reducido a la mera descripción de casos generalmente enfocados de manera ahistórica y descontextualizada socio-cultural y económicamente. Esta concepción acompañó también a la organización de los servicios de salud orientados claramente a trabajar sobre la enfermedad y estructurados desde las teorías

---

<sup>12</sup> *Carlos Matus define a la situación como: “ la realidad explicada por un actor que vive en ella en función de su acción” (1992:749).*

<sup>13</sup> *Es aquello que está fuera de la situación del actor o sujeto y sobre la cual solo puede ejercer la mirada (Matus, C. 1992), hasta tanto se constituya en actor social de esa situación para lo cual deberá acumular poder (Testa, M. 1993) y/o desarrollar su potencia.*

de la organización en base a modelos tayloristas. Hoy, el desafío, está en poder diseñar políticas, acciones y desarrollos institucionales donde el eje epidemiología, planificación, gestión, evaluación sea vertebrador de una lógica de salud y no meramente de enfermedad, de manera que las políticas de salud en el marco de políticas sociales, estén disponibles para los grupos y/o individuos que lo necesiten en el momento oportuno y durante el tiempo necesario.

Pensar la reducción de inequidades y los problemas de salud pública a partir de lo micro aumenta las posibilidades de concretizar lo anterior porque facilitan la implicación de los trabajadores de salud en la solución de los mismos. Es por ello que planteamos la necesidad de generar estudios sobre equidad a nivel de microáreas<sup>14</sup> (municipios, áreas programáticas, barrios), aptos para guiar la toma de decisiones y los procesos de trabajo a nivel local. Esto pretende constituirse en una experiencia susceptible de ser aplicada a la gestión local en salud y replicada en unidades territoriales de base municipal.

Aún así, consideramos necesario aclarar que para la reducción de inequidades no basta con la producción de estudios más desagregados. Aún cuando la producción de diagnósticos a nivel de microáreas es un requisito indispensable, en tanto identifica problemas, los dimensiona y localiza, la reducción de inequidades requiere además de acciones adecuadas, como mínimo por parte de los actores responsables de la salud de la población, es decir, que se necesita pasar de una lógica centrada en el diagnóstico y en el “debe ser” a una lógica centrada en la acción dentro de la cual se inscribe el conocimiento como una parte necesaria pero no suficiente.

Es por lo anterior que afirmamos que los problemas que enfrenta la salud pública, y de los cuales las inequidades en salud son un excelente ejemplo, no son tanto de producción de conocimientos<sup>15</sup> médico-sanitarios como de su aplicación. Esta afirmación se entiende mejor si recordamos que existe toda una serie de conocimientos y tecnologías médico-sanitarias de eficacia reconocida con cuya aplicación ha mejorado y continuaría mejorando sustancialmente el nivel de salud de las poblaciones<sup>16</sup>. Sin embargo, numerosos problemas de salud fácilmente evitables y/o reducibles con la aplicación del conocimiento disponible continúan existiendo y las inequidades en salud persisten.

La respuesta desde algunas agencias internacionales al problema intersectorial de la reducción de inequidades es plantear la necesidad de la “aplicación de tecnologías” (OPS

---

<sup>14</sup> *En este planteo, no subyace la idea que la microarea reduzca la complejidad, sino que en general coloca al trabajador de salud en situación.*

<sup>15</sup> *Entendemos que muchos de los problemas que persisten en salud pública no se deben tanto a la ausencia de conocimientos médico-sanitarios como a la falta de decisión política de enfrentarlos y a conocimientos sobre diseño y gestión de las organizaciones de salud perimidos e inadecuados.*

<sup>16</sup> *Sin embargo, la aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas constituye apenas una influencia entre otras en la determinación del nivel de salud de las poblaciones y no necesariamente la más importante. McKeown, T. (1990) ha demostrado que el papel de los avances de la medicina en el descenso de la mortalidad general en los últimos ciento cincuenta años ha sido mínimo comparado con el papel que cumplieron la mejora en las condiciones de vida y especialmente la nutrición.*

2001). Pero, aún cuando puedan desarrollarse modelos o tecnologías adecuados para la reducción de inequidades y sin negar la necesidad de esta tarea, sigue estando presente el problema de la implementación exitosa de los mismos, la cual no depende tanto del instrumento sino de las condiciones de su aplicación por parte de los trabajadores de salud en contextos complejos, atravesados por una crisis que se manifiesta en distintos planos. La insistencia en la generación de nuevos conocimientos y tecnologías sanitarias deja de lado la pregunta por las condiciones que aseguran su aplicación exitosa. Estas condiciones no tienen que ver solamente con la dimensión técnica sino con las dimensiones políticas, organizativas y de los procesos de trabajo.

En relación a lo anterior, nuestra posición es que no se trata de seguir atados a la razón instrumental, sino por el contrario aceptar el desafío de la complejidad y producir un cambio en los procesos de trabajo. Ello requiere repensar la gestión local. No basta para ello producir nuevas tecnologías sino que se necesita un cambio de cultura y de prácticas. En este sentido, se puede afirmar que es necesario además otro tipo de conocimiento, diferente al conocimiento de tipo diagnóstico. Se necesita una praxis, que se proponga repensar las organizaciones, la gestión y los procesos de trabajo en salud en el marco de las premisas del pensamiento estratégico (Testa, M. 1993; Testa, M. 1995), orientado hacia la constitución de organizaciones y sujetos implicados en la transformación de la realidad sanitaria, pensando más en términos de potencia que en términos de poder. Esto significa pensar una lógica organizacional que se contraponga a la que estructuró las organizaciones del sector salud bajo un modelo vertical de atención a la enfermedad.

Pensamos que la epidemiología<sup>17</sup> puede colaborar en esa nueva lógica organizacional, en tanto, la entendamos como el estudio de las diversas manifestaciones del PSEA. De ella, rescatamos aquella tradición centrada en las poblaciones antes que en las enfermedades. Ejemplo de ello son los análisis de situación de salud que, al incluir diferentes métodos de estudio, permiten caracterizar, medir y explicar el perfil del PSEA de una población, incluyendo condicionantes y determinantes sectoriales y/o extrasectoriales. En este marco, el rol y el uso de la epidemiología viene siendo propuesto a través de estudios que permitan investigar las condiciones del PSEA en grupos poblacionales (microáreas) para orientar la formulación de políticas de salud concordantes con el diseño de políticas públicas (Kadt, E. et. al. 1993, Mendes, E. 1993).

Entendemos que la misión central de la epidemiología es producir un conocimiento que permita profundizar la explicación del devenir del PSEA, para facilitar la toma de decisiones relacionadas con la formulación de políticas de salud, la organización del sistema y las intervenciones destinadas a dar soluciones a problemas específicos.

---

<sup>17</sup> *Cuando hablamos de epidemiología, la entendemos en su acepción más amplia, es decir como epidemiología sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales (Menéndez, E. 1998; Massé, R. 1995) para dar cuenta de los estados de salud poblacionales, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud.*



La redefinición de la epidemiología en tanto epidemiología sociocultural se basa en el hecho de que la información meramente cuantitativa deja abiertos interrogantes cuya respuesta no puede reducirse a indicadores. Para ello se presenta como una alternativa el uso de métodos cualitativos, los que además también permiten la contextualización de las demás informaciones y brindan información estratégica para la gestión local. Los estudios sobre equidad en general no explotan este tipo de metodologías. Los métodos cualitativos se hacen más útiles aún cuando se toma una microárea como unidad de gestión/investigación, porque en este nivel, los actores sociales que participan de las condiciones y calidad de la vida cotidiana se relacionan directamente, identificándose claramente unos a otros y precisando mejor las prácticas cuyos efectos también se expresan en otros niveles. Más importante aún es el hecho de que las metodologías cualitativas suponen la posibilidad de tejer relaciones sociales entre los trabajadores de salud-investigadores y la población a partir de procesos de comunicación intensivos y horizontales. Así, este tipo de metodología se presenta como la más adecuada para promover los llamados “derechos de la 5ta generación”, ya mencionados, desencadenando un proceso de puesta en situación de la potencia/fuerza instituyente de la población hacia la co-gestión pública.

La aplicación de lo anterior permite que en el proceso de toma de decisiones se produzca el acercamiento entre la epidemiología y la gestión. Logrando de esa manera incorporarla como apoyo para la definición de prioridades, objetivos y estrategias así como su colaboración con la configuración de los servicios (descentralización e integración de los servicios en los programas); en las prácticas de los profesionales (eficacia y eficiencia); en las prácticas de gestión y en las prioridades de investigación (Dussault, G. 1995).

El sanitarista canadiense G. Dussault sostiene que la epidemiología debe enseñarse como un instrumento de la gestión, como un apoyo en la toma de decisiones. La epidemiología debe servir como medio para favorecer la adopción por parte de los administradores, de un enfoque poblacional de las necesidades de salud e informarlos acerca de las estrategias para conocer esas necesidades. Por otro lado, los epidemiólogos deberían ser sensibles a las necesidades de la gestión, de modo que produzcan datos pertinentes y útiles, presentados en tal forma y frecuencia que aumente la probabilidad de su uso; lo cual significa un aprendizaje de cómo comunicar esos datos (Dussault, G. 1995).

Siguiendo la línea de Dussault, dos preguntas deberían guiar tanto a epidemiólogos como a gestores:

- 1) ¿Cuáles son los datos más susceptibles de producir variaciones o inducir a cambios en las decisiones? Cuya respuesta permitiría identificar prioridades en la recopilación de datos; y
- 2) ¿Cuál sería el paquete mínimo de datos esenciales para cada nivel de decisión (institucional, local, regional, nacional)?

El examen de esas preguntas ayudaría en el proceso de sensibilización mutua necesario para garantizar un mayor y mejor uso de la epidemiología en la gestión, así como promover un uso más eficaz de los recursos disponibles para la recopilación, el análisis y la

difusión de los datos. Por ello, creemos que debe ser la lógica epidemiológica la que oriente los procesos de gestión y no la lógica económica, la cual debe convertirse en un insumo dependiente de la primera.

En la línea planteada por Dussault el realizar mapeos epidemiológicos de regiones y/o municipios para establecer no sólo el perfil de morbimortalidad sino de pautas culturales, niveles de educación, desempleo, desarrollo de infraestructura básica, etc. permitiría llevar a cabo una evaluación del impacto sanitario de las políticas –o su ausencia. Elemento fundamental para la formulación de políticas y prácticas socialmente responsables. De aquí podrán surgir políticas públicas adecuadas para la gestión local.

En este sentido, resulta de vital importancia revalorar antiguos conceptos de la epidemiología, como la dimensión lugar utilizada en diferentes momentos históricos por ejemplo por Hipócrates, John Snow y Carlos Alvarado en Jujuy en los 60 (Hipócrates 1988; Snow, J. 1988, Jankilevich, A. 2002). Esta dimensión a través del georreferenciamiento permite encontrar el camino del qué hacer, y fundamentalmente, dónde hacer. Los indicadores a nivel de unidades territoriales grandes ocultan diferencias que son puestas de manifiesto cuando se los desagregan en unidades espaciales más pequeñas.

La técnica del georreferenciamiento permite relacionar múltiples variables e informaciones a nivel de áreas con distintos niveles de desagregación a la vez que permite tener acceso al perfil de cada caso individual. Se trata de una herramienta que posibilita trabajar simultáneamente con las causas de los casos y con las causas de la incidencia (Rosen, G. 1985). Las posibles relaciones entre las variables se enriquecen si entendemos al espacio como “espacio social” (Santos, M. 1996), interpretando su “topografía” como el resultado de la compleja combinación de múltiples fuerzas sociales que actúan en el tiempo histórico. El georreferenciamiento permite la visualización de los eventos en el espacio geográfico pero el diseño de mapas no debe confundirse con la realidad, los mapas funcionan como síntesis conceptuales que sugieren el diseño de acciones las cuales finalmente deben consensuarse con los actores de la situación objeto de la investigación.

Es menester reconocer la inevitabilidad de tener que construir conjuntamente con los grupos con los que se trabaja alguna taxonomía de necesidades de salud de, “o sea, que se deba utilizar un concepto normativo (de necesidades de salud) que sea traducible en un concepto descriptivo y operacional (...) Por otro lado, el concepto descriptivo y operacional necesita ser reconceptualizado para poder expresar la dialéctica de lo individual y lo social” (Stotz, E. 1991:136). Esto no supone que el equipo de salud deba dictaminar las necesidades de salud poblacionales sino que debe definir y explicitar los criterios y estándares a partir de los cuales mide las inequidades en salud para que estos puedan ser monitoreados desde las salas de situación<sup>18</sup> y redefinidos en foros multiculturales dentro de cada microárea, con participación de miembros de la población, sujetos de las necesidades (Fig. V).

---

<sup>18</sup> *Entendemos a este concepto de la siguiente manera: es una central inteligente que descomplejiza cuantitativamente la información y la jerarquiza cualitativamente; por lo tanto, no puede reducirse a*



Sobre la base de un uso sistemático de la epidemiología y el georreferenciamiento se vuelve relevante la temática de los sistemas de información en salud, sin los cuales es imposible avanzar en esta línea, aunque tampoco su mera presencia basta. Todo esto puede sintetizarse en la búsqueda de transformar los datos en información, la información en conocimiento y el conocimiento en acción.

La finalidad de los sistemas de información en el campo de la salud es la identificación de problemas particulares y colectivos: la evaluación de su importancia relativa, la estimación de la prevalencia y el costo social de los mismos, la identificación de la eficacia y los riesgos de las distintas formas de intervención y la evaluación del costo-beneficio de las medidas de prevención, control y restablecimiento de la salud ligados a la organización de los servicios, los programas de salud y el diseño de políticas.

La problemática de los sistemas de información en salud está dada por la calidad y el uso de la información (múltiples formas de registro, soportes diferentes, subregistro, problemas de confiabilidad, dificultad de acceso, apropiación privada de datos públicos, falta de análisis de los datos especialmente a nivel local, no devolución de la información procesada a los responsables de generar el dato primario, etc.) y por la falta de acuerdo acerca de un conjunto básico de indicadores a ser utilizados y que permitan el monitoreo y la evaluación.

Entendemos que la epidemiología a través de un sistema de información en salud debe acompañar la toma de decisiones a nivel de la gestión permitiendo acotar “la intuición” como soporte a la toma de decisiones del gerente local, aumentando la racionalidad de sus actos.

A partir, de una lógica organizacional que amplíe sus horizontes incorporando “tecnologías blandas” (Merhy, E. 2002) se podrían asumir responsabilidades individuales y de equipos en la elaboración de propuestas de trabajo que incluyan acciones en microáreas y establezcan contratos de gestión horizontales con otros equipos (intra e extrasectoriales) con el objetivo de reducir las inequidades en salud (Campos, G. 2001). Este cambio en la lógica organizacional y de los procesos de trabajo podría desencadenar un proceso de implicación de los trabajadores de salud que actúe como un dispositivo en contra de la alienación que representa hoy el trabajo en muchas organizaciones de salud (Campos, G. 2001). Este dispositivo se propone instalar un proceso de elucidación: “saber lo que se piensa y pensar lo que se hace” (Castoriadis, C. 1999), de manera de recuperar las subjetividades de estos trabajadores en función de un proyecto de fortalecimiento institucional de construcción de nuevos actores sociales y de desarrollo de la gobernanca<sup>19</sup>.

---

*una sala tecnologizada sin análisis, o a una sala meramente decorativa a la manera de un shopping tecnológico, situación a la que quedan limitadas la mayoría de las salas de situación, cuando existen (Matus C. 1992).*

<sup>19</sup> *“Marco de reglas, instituciones y prácticas establecidas que sientan los límites y los incentivos para el comportamiento de los individuos, las organizaciones y las empresas” (OPS 1998: s/p).*

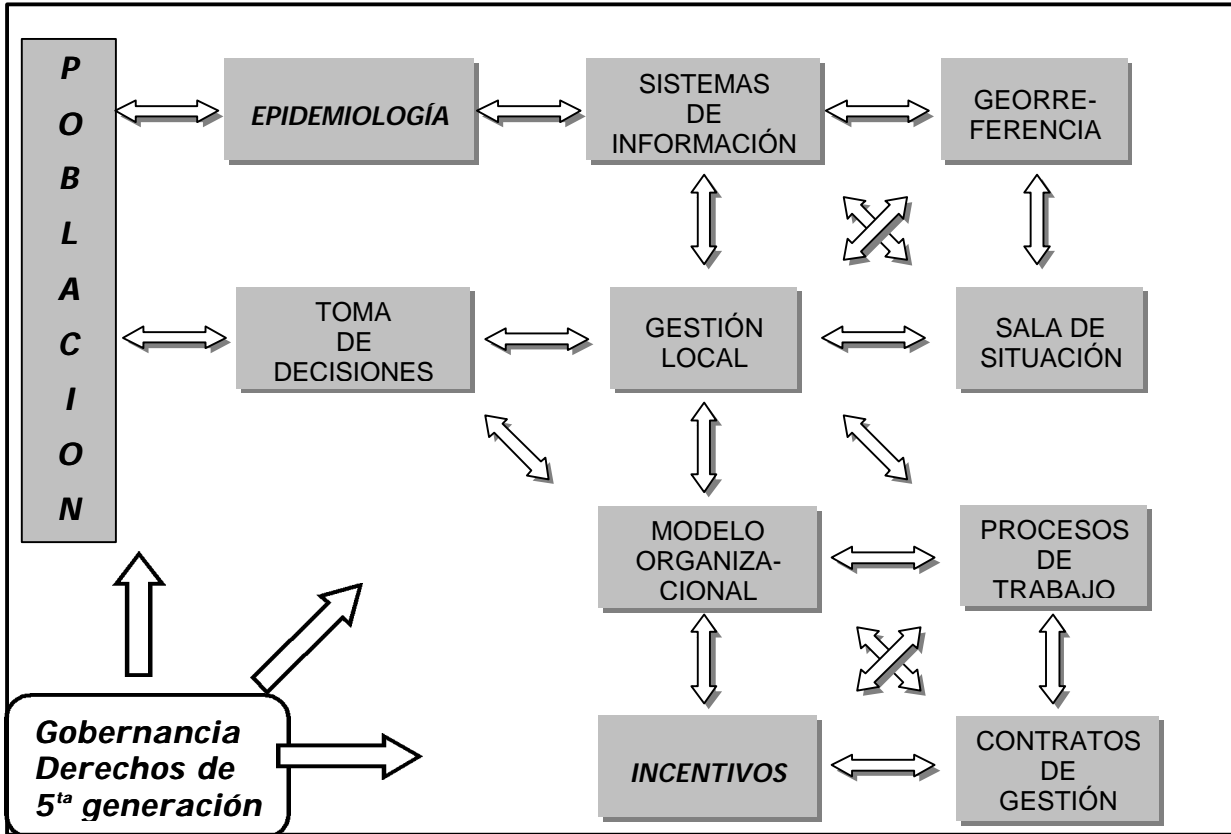
Todo este proceso implica un cambio en el modelo de atención y en el modelo de gestión. En el primero, territorializando los problemas y permitiendo un abordaje multicultural<sup>20</sup> acorde a su complejidad y evitando reciclar modelos medicalizados carentes de eficacia y eficiencia. En el segundo, la democratización y la implicancia de los trabajadores de salud debiera llevar a la constitución de organizaciones de alta responsabilidad (Matus, C. 1992). Esta organización debiera incluir una política de incentivos económicos (no suplementaria de atrasos salariales) y no económicos, que dé cuenta del reconocimiento de la comunidad y la organización hacia el o los trabajadores de salud que alcancen el cumplimiento de sus planes de trabajo. Esto debe contemplar necesidades y demandas de la población como realizaciones subjetivas y grupales de los trabajadores en clara relación de armonía entre ambos.

Esta propuesta radica en el hecho de que el concepto de equidad en salud no está operacionalizado de manera tal que constituya una guía adecuada para el trabajador de salud a nivel local. En este sentido, existe un desfase entre la producción de evidencias sobre inequidades en salud, las cuales se producen a nivel macro, y las medidas requeridas para reducirlas a nivel local, nivel que no cuenta con un concepto de equidad operacionalizado y con organizaciones y sujetos constituidos para ese fin. De continuar este estado de cosas se hace difícil que los actores que participan en las situaciones locales puedan construir una praxis acorde con la particularidad de lo local.

---

<sup>20</sup> *No apenas interdisciplinario, sino un abordaje multicultural donde las disciplinas científicas son incluidas como una cultura entre otras.*

**FIGURA V**  
**ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA DE TRABAJO EN MICROAREAS**



Fuente: elaboración propia.

#### 4. CONCLUSIONES

- Equidad no es un concepto simple sino complejo, relacionado de manera inseparable con otros tales como justicia, igualdad, necesidad y libertad.
- Desterrar la ilusión de que la problemática de la equidad en salud pueda saldarse en el discurso de la ética universal.
- “Pasar de la ética a la acción”: ¿en qué sentido? No como si se tratara de una evolución natural sino como un cambio de la lógica del pensamiento que estructura procesos y objetivos.
- Los estudios de equidad en salud en macroáreas no constituyen una guía adecuada para que los trabajadores de la salud, reduzcan las inequidades a nivel local.
- Son necesarios estudios a nivel local de manera de describir un escenario susceptible de una praxis, antes que un “paisaje” distante.
- La producción de estudios basados en la epidemiología y en los sistemas de información geográficos a nivel de microáreas constituye un paso importante en el

- camino hacia la reducción de inequidades, en tanto posibilita dimensionar y territorializar los problemas relacionados con la salud de la población.
- No obstante, dicha producción epidemiológica solamente adquiere utilidad y sentido cuando se inserta en organizaciones diseñadas a partir de un cambio en los modelos de gestión, de atención y de financiamiento que hasta ahora han sido prevalentes.
  - El artículo sostiene una tensión entre el señalamiento de la equidad en tanto problema extrasectorial y la apuesta a la reducción de inequidades a nivel local. Esa tensión es funcional al proceso de constitución de nuevos modelos de atención, de gestión y de financiamiento, como a la constitución de actores sociales.
  - El concepto de equidad fue pensado en países centrales como efecto compensador de la salida de políticas universalistas de los modelos de Estado Benefactor que se dio en los '80. Dicha situación no es para nada equiparable a la situación de nuestro país con sus indicadores crecientes de exclusión social e indigencia que nos deben llevar a contextualizar el concepto de equidad.
  - Nuestra propuesta no está pensada en términos de respuestas a los viejos problemas, sino en términos de dispositivos que generen nuevas situaciones y nuevas subjetividades a partir de las cuales puedan plantearse nuevas preguntas.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA-FILHO N. 1999.** "Inequalities in health based on living conditions". *Pan American Health Organization, Washington DC.*
- ARISTÓTELES 1959.** "Obras Selectas". Ed. El Ateneo. Bs.As.
- ARTEAGA O. et. al. 2002** "Información para la equidad en salud en Chile". *Revista Panamericana de Salud Pública. vol. 11, nos. 5/6 mayo/junio. OPS.*
- BLACK D. et. al. 1982.** *Inequalities in health; The Black Report; New York, Penguin/London Pelikan.1.*
- BLOCH C. et. al. 1985a.** "El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argentina) 1981-1982". (primera parte) en *Cuadernos Médicos Sociales, CESS N° 32 junio.*
- BLOCH C. et. al. 1985b.** "El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argentina) 1981-1982". (segunda parte) en *Cuadernos Médicos Sociales, CESS N° 33 septiembre.*
- BORTMAN M. et. al. 1999.** "Situación de la equidad en salud"; [WWW.ops.org](http://WWW.ops.org)
- BREILH J. 1979.** *Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central.*
- BREILH J. 1991.** "La Epidemiología (Crítica) Latinoamericana" en *Debates en Medicina Social- Nunes-Breilh-Laurell org. OPS-Alames, pp.164-215.*
- BREILH J. 2003 (en prensa).** *Epidemiología nueva: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial.*
- BRONFMAN M. et. al. 1984.** "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad". *Cuadernos Médicos Sociales, CESS, N° 29/30, noviembre.*
- CAMPOS G. 2002.** *Gestión en Salud. En defensa de la vida. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial*
- CASAS J. et. al. 2000.** "Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants". *Equity and Health. 2001. Occasional Publication N 8. OPS.*
- CASAS J. et. al. 2002.** "Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI". *Revista Panamericana de Salud Pública 11 (5-6): 397-408.*
- CASTORIADIS C. 1999.** *Figuras de lo Pensable. Fondo de Cultura Económica. Argentina*
- CHORNY A. 1998.** "Planificación estratégica en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes" *Cuadernos Médicos Sociales, CESS, N° 73, Mayo; 23:44.*

- DACHS N. et. al. 2002. "Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries". *Revista Panamericana de Salud Pública*. vol. 11, nos. 5/6 mayo/junio. OPS.
- DUSSAULT G. 1995. "La Epidemiología y la Gestión de los Servicios de Salud"; *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*; Vol. 16; N° 2; Julio, pp. 1-5.
- EVANS T. et. al. 2002. "Introducción". *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Fundación Rockefeller/OPS. *Publicación Científica y Técnica* N° 585.
- FINKELMAN J. 2000. "Análise de equidade – Saúde: Brasil". PAHO. 2001. *Equity and Health. Occasional Publication* N 8.
- FLEURY S. 1997a. *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. Lugar Editorial. Bs. As.
- FLEURY S. 1997b. "Universalidad o focalización: dilema de estados sin ciudadanos". *Salud, Problema y Debate /invierno 1997*.
- FLEXNER A. 1910. *Medical education in the United States and Canada*, bulletin num 4, New York, USA, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, pp. 346.
- GÓMEZ E. 2002. "Equidad, género y salud: retos para la acción". *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5-6): 454-461.
- HELLER A. 1984. *Crítica de la Ilustración*. Ed. Península. Historia/ciencia/sociedad n 191. Barcelona.
- HELLER A. 1986. *Teorías de las Necesidades en Marx*. Ediciones Península. 2 edic. Barcelona. España.
- HIPOCRATES. 1998. "Aires, Aguas y lugares"; Buck C. et. al. *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas Seleccionadas*; *Publicación Científica* N° 505, OPS.
- JANKILEVICH A. 2002. "Héroes de la Salud Pública en la Argentina", *Hospital y Comunidad* vol. 5 Año 5 N° 3 y 4 Agosto-Septiembre.
- KADT E. et. al. 1993. *Promovendo a equidade um novo enfoque com base no setor da saúde*; Editora Hucitec; Sao Pablo, Brasil.
- LARREA C. et. al. 2002. "Desigualdad social y malnutrición en cuatro países andinos". *Panamericana de Salud Pública* 11 (5-6): 356-364.
- LAURELL C. 1986. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*. N° 37:3-18.
- LOPEZ ACUÑA D. et. al. 2000. "Access to and financing of health care: ways to measure inequities and mechanisms to reduce them". PAHO, 2001. *Equity and Health. Occasional Publication* N° 8.
- MACINKO J. et. al. 2002. "Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001". *International Journal for Equity in Health* 1:1.
- MASSE R. 1995. *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin.
- MATUS C. 1992. *Política Planificación y Gobierno*, Ed. Fundación Altadir, Caracas.
- MCKEOWN T. 1990. *Los Orígenes de las Enfermedades Humanas*. Barcelona: Ed. Crítica.
- MENDES E. (org.); 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*; Hucitec - Abrasco; São Paulo - Rio de Janeiro.
- MENÉNDEZ E. 1988. "Mortalidad en México. A preguntas simples ¿sólo respuestas obvias?". *Cuadernos Médico-Sociales* N° 46. CESS. Rosario.
- MENÉNDEZ E. 1994. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?". *Alteridades* 4 (7).
- MENÉNDEZ E. 1997. "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad". *Relaciones* N°. 69. Pp.237-271.
- MENÉNDEZ E. 1998. "Antropología médica e epidemiología" en *Teoría Epidemiológica Hoje. Fundamentos, Interfaces e Tendencias* ALMEIDA FILHO N. et al. 1998. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco.
- MERHY E. 2002. *Saúde. A cartografia do trabalho vivo*. Editorial Hucitec; Sao Pablo Brasil.
- NUNES E. et. al. 1994. (org) J.C. García. *Pensamiento Social en SALUD en América Latina*, Interamericana-Mc. Graw Hill.
- OPS 1965. "Programación y Salud Pública" *Programación de la Salud*, *Publicación Científica* N° 111.
- OPS 1998. *Gobernabilidad y Gobernanca: hacia el Desarrollo Humano y la Salud*. División de Salud y Desarrollo Humano. Octubre. Washington D.C.
- OPS 2001. *Equity and Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau*. PAHO. *Occasional Publication* N 8.

- OTTERSTETTER H. et. al. 2000. "Health equity in relation to safe drinking water supply" PAHO 2001. Equity and Health. Occasional Publication N° 8.**
- PETER F. et. al. 2002 "Dimensiones éticas de la equidad en salud". "Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción". Fundación Rockefeller/OPS. Publicación Científica y Técnica N° 585.**
- PINEAULT R. et. al. 1987. La Planificación Sanitaria. 2da Edición Masson S. A. España.**
- PORTO S. 2002. "Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud". Cad. de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18 (4) 939-957. jul.ago. Rio de Janeiro**
- RAWLS J. 2000. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. México**
- ROSEN G. 1985. "Individuos enfermos y Poblaciones enfermas", en Buck Carol et. al. 1988. El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas, OPS, Publicación Científica 505, pp. 900-909.**
- ROSEN G. 1993. A History of Public Health. Baltimore: The John Hopkins University Press.**
- SANTOS M. 1996. Por uma Geografia Nova. Da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica; Hucitec; Sao Paulo, Brasil.**
- SEN A. 1992. "Inequality Reexamined". Oxford Clarendon Press.**
- SEN A. 1997. La Desigualdad Económica. Fondo de Cultura Económica. México.**
- SEN A. 2002a. "¿Por qué la equidad en salud?". Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.11, Nos. 5/6. Mayo/Junio 2002.**
- SEN A. 2002b. "Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios". Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Fundación Rockefeller/OPS. Publicación Científica y Técnica N° 585.**
- SILVA PAIM J. 1993. "A reorganização das praticas de saúde em distritos sanitarios"; Mendes EV. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde; Hucitec-Abrasco; São Paulo - Rio de Janeiro, Brasil; pp. 187-220.**
- SILVA PAIM J. 1995. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para a reflexão e a ação; Salvador Bahia, Brasil; Mimeo.**
- SILVA PAIM J. 1999. "Desigualdade na mortalidade, espaço e estratos sociais". Rev. Saúde Pública, 33(2):187-97.**
- SNOW J. 1988. "El cólera cerca de Golden Square"; Buck Carol et. al. El Desafío de la Epidemiología, Problemas y Lecturas Seleccionadas; Publicación Científica 505, OPS - OMS; Washington DC, USA; pp. 446-449.**
- SOARES L. et. al. 2002. "Inequities in access to and use of drinking water services in Latin America and the Caribbean". Revista Panamericana de Salud Pública. vol. 11, nos. 5/6 mayo/junio. OPS**
- SPINELLI H. 1998. Razón, Salud y Violencia o la (im)potencia de la racionalidad Medico-Científica. Tesis de doctorado. UNICAMP. Brasil.**
- SPINELLI H. et. al. 2000. Mortalidad Infantil, un Indicador para la gestión Local: análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998, Publicación N° 51 OPS-OMS; pp. 152.**
- STOTZ E. 1991. Necesidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.**
- SUSSER M. 1973. Conceptos y Estrategias en Epidemiología. El Pensamiento Causal en las Ciencias de la Salud, México: FCE.**
- TESTA M. 1993. Pensar en salud. Lugar Editorial. Argentina.**
- TESTA M. 1995. Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación (el caso de salud), Lugar Editorial, Argentina.**
- WAGSTAFF A. 2002. "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud". Revista Panamericana de Salud Pública. Año 81, vol. 11. N°5/6, mayo-junio. OPS.**
- WHITEHEAD M. 1988. "The Health Divide". Inequalities in health. pp. 215-356. Penguin. London.**
- WHITEHEAD M. 1991. Los conceptos y Principios de la Equidad en la Salud; Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP), Diciembre OMS.**



*Centro de Estudios de Estado y Sociedad  
Sanchez de Bustamante 27  
1173 – Buenos Aires – Argentina*

*Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204  
Fax (54 11) 4862-0805  
[www.cedes.org](http://www.cedes.org)*