



EGUZKI URTEAGA | RODRIGO ANDRÉS | ÁNGELES MARTÍNEZ | M^a INMACULADA LÓPEZ | ALEJANDRO CABELLO
MARÍA PAZ GARCÍA-LONGORIA | REYNA LIZETH VÁZQUEZ | ARNULFO SÁNCHEZ | EVA SOTOMAYOR | YOLANDA DE LA FUENTE
MARTA GARCÍA | M^a LUISA GRANDE | TOMÁS ALBERICH | KARLA SÁENZ | DELIA TÉLLEZ | ANTONIO GUTIÉRREZ

Contexto de la equidad en los servicios de salud

Context of equity in health services in Mexico

Karla Sáenz López* y Delia Téllez Castilla**

* Universidad Autónoma de Nuevo León. karla_sl@hotmail.com,

** Universidad Autónoma de Nuevo León. tellezdelia@yahoo.com.mx

Abstrac:

The health services offered by governments has on its agenda a topic of great importance that is equity, governments are torn between different formulas of coverage and services. This paper addresses the equity in health services from the viewpoint of social justice and public ethics.

Keywords: equity, health services, social justice.

Resumen:

El servicio de salud ofrecido por los gobiernos tiene en su agenda un tema de gran trascendencia que es la equidad, las administraciones públicas se debaten entre diferentes formulas de cobertura y servicios. En este documento se aborda la equidad en los servicios de salud desde el enfoque de la justicia social y la ética pública.

Palabras clave: equidad, servicios de salud, justicia social.

Article info:

Received: 18/10/2012 / Received in revised form: 07/12/2012

Acepted: 10/12/2012 / Published online: 20/02/2013

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.5.9>

Introducción

La equidad en salud no es un tema que corresponda única y exclusivamente al sector médico, para lograr la anhelada equidad es necesario incluir los aspectos sociales, legislativos, políticos y económicos entre otros. No es tampoco un tema exclusivo de países pobres, ya que en los países ricos también puede haber inequidad en salud. Así que como veremos en este capítulo el tema es multidisciplinario e internacional. Si bien es relativamente reciente la inclusión de este tema en la agenda de los gobiernos, que cobró importancia mundial en ultimas fechas, no

son pocos los investigadores que están tratando de identificar, cuáles son los conceptos fundamentales que deben analizarse para lograr al menos disminuir las inequidades en salud y con ello aumentar la calidad de vida de la población, y que ésta pueda disfrutar de una vida con salud.

Si ningún país tiene como programa de gobierno la inequidad ¿porqué es tan persistente y generalizada la inequidad de salud? Si todos tienen como meta la equidad, independientemente de que sean países pobres, de medianos recursos o países desarrollados, porque no pueden conseguirla. Los organismos de la ONU sostienen que la causa raíz de la enfermedad es la pobreza tanto en el ámbito internacional como el nacional y que la visión con la que hay que abordar a la equidad es la macroscópica, pues la solución global de la inequidad está en este nivel (Sonis, 2001). No obstante, la educación juega un rol principal en este tema de la equidad en salud, que no habrá que soslayar, debido a que es factor de cambio cultural.

1. Bases sociales de la equidad en salud

La enfermedad y la salud deben tener un lugar primordial en los análisis sobre la equidad y la justicia social. Pero la equidad es mucho más que solo salud, debe abordarse desde el ámbito de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución y la libertad humana. La equidad en salud es inevitablemente multidimensional (Sen A. , 2002). El concepto de equidad en salud tiene una enorme amplitud y riqueza, y está particularmente radicado en el orden filosófico, ético, político y práctico que identifican la discusión contemporánea sobre el tema (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002).

La identificación de la salud como un fenómeno multidimensional, que no depende exclusiva ni mayoritariamente del acceso a los servicios de salud, ha permitido importantes avances en el campo de los análisis y las acciones en el ámbito de la salud, entre ellos la legitimación del trabajo interdisciplinario; la desmitificación de la tecnología como la panacea para la resolución de todos los males; la valoración de las disciplinas distintas de la medicina en su contribución a la salud; y el reconocimiento de la necesidad de abordar las interrelaciones de los distintos sectores o componentes de lo que podría entenderse como condiciones de vida (Ferrer Lues, 2003).

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 (Starfield, 2001).

La equidad en salud nos ayuda a definir necesidades a cubrir en una población dada y promover con esto la elaboración de políticas públicas, de bienestar y salud.

La ley general de salud en México promueve no solo el derecho a la salud, sino que también refiere la necesidad de incluir el criterio de equidad en los servicios. Cabe aclarar que la operacionalización de estas normas no se ha desarrollado (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991).

América Latina y el Caribe es la región más inequitativa del mundo en lo que se refiere a distribución de la riqueza; en consecuencia, no sorprende que también prevalezcan las desigualdades en materia de salud. Esta falta de igualdad y equidad en la salud constituye un grave problema de justicia, y en ello radica su importancia. Uno de los principales problemas de salud en los inicios del siglo XXI es la persistencia de desigualdades injustas, evitables e innecesarias. En estos últimos años muchos países lograron mejorar las condiciones de salud, observadas en el aumento de la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil, no obstante al desagregar los datos nacionales aparecen disparidades inquietantes por ejemplo en Sudáfrica la mortalidad infantil en los negros es cinco veces mayor que en los blancos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Podemos concebir entonces que la equidad es un factor que aumenta la estabilidad social y la productividad económica, a la vez que disminuye la tensión y el conflicto; esta idea de equidad demanda a la sociedad a inclinar la toma de decisiones para favorecer la equidad y no la inequidad (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002).

El papel que juega la educación como uno de los determinantes de la salud está ampliamente documentado y hablando en términos generales la probabilidad de sobrevivencia es mayor en las clases mejor educadas. Es común encontrar un paralelismo entre la posición social-profesional elevada y la buena salud, así como también se encuentra asociada la pobreza y marginación a la mala salud. Los beneficios sanitarios asociados a la educación se prolongan a lo largo de la vida y las generaciones futuras, es decir que los que permanecen en la escuela, transitan a una vida de oportunidades a la que difícilmente tienen acceso quienes no tienen educación (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Las intervenciones públicas orientadas a mejorar la distribución de los determinantes de la salud se convierten en condiciones necesarias para mejorar la salud de la población. El reconocimiento de la importancia de los determinantes de la salud no implica olvidarnos de los servicios de atención de salud, porque aun cuando tengamos una justa distribución de los determinantes de la salud, la población seguirá enfermándose y necesitando atención médica (Ferrer Lues, 2003).

Si bien es cierto que en la segunda mitad del siglo pasado y el inicio de éste las condiciones de salud han mejorado rápidamente en muchos países, considerando indicadores como esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna entre otros, es inquietante que al desagregar los datos nacionales existan grandes

disparidades entre grupos, independientemente de si los países son ricos o pobres.

Todas las sociedades tienen disparidades en salud que pueden ser modificadas mediante políticas específicas, por tanto podemos afirmar que son evitables (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002). Pero lo que no se ha alcanzado es a cerrar la brecha entre las clases sociales, pues los programas de promoción de la salud mejoran los indicadores, pero su impacto es mayor en las clases favorecidas y la distancia entre clases se mantiene, motivo por el cual se recomienda evaluar las políticas de salud teniendo en cuenta su impacto sobre la equidad (Sonis, 2001).

Aun en los países industrializados se puede mejorar la equidad en salud al adecuar la atención médica, enfatizando la atención primaria sobre la atención médica especializada. Comparada con la medicina por especialidades, la atención primaria requiere menos trabajo y capital y tiene una organización menos jerárquica que le permite mayor flexibilidad pudiendo responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud en la sociedad (Starfield, 2001).

La desigualdad social ha provocado reacciones científicas de la más diversa índole y las ciencias de la salud no son la excepción. Las desigualdades se manifiestan en el acceso a satisfactores entre los que figuran los recursos para la salud y la preocupación por la "brecha de la cobertura" de los servicios de salud se complica pues el sector salud tiene una capacidad limitada para contrarrestar los daños que el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población. En México dada su diversidad cultural, existen obstáculos adicionales al acceso y aceptación de los servicios, y la disparidad no solo se presenta en la cobertura, sino también en la calidad de la atención y en la tecnología disponible (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991).

La revolución científica de la globalización lleva inmersa la semilla de la injusticia sanitaria, una fuente de inequidad es el hipotético crecimiento de la división digital de la salud ya que este acceso digital depende en gran medida de una alfabetización básica, educación primaria al menos, ingresos suficientes para acceder a los sistemas digitales, una infraestructura electrónica básica y un entorno social que lo permita (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

La pobreza y la inequidad a largo plazo son factores que ahogan el desarrollo de las sociedades, pero además distorsionan su funcionamiento pues obstruyen la gobernabilidad. La inequidad no solo acarrea consecuencias visibles y demostrables por medio de indicadores socioeconómicos y sanitarios, sino también psicológicos. Éstos se pueden apreciar en el plano personal como depresión y hostilidad, pero en el nivel colectivo se denota la falta de cohesión social y una pobreza en la formación del capital social que dificulta el progreso de un país. Sin embargo la falta de equidad influye fuertemente en la salud de una población, independientemente del

grado de pobreza y tiene consecuencias importantes que se manifiestan en ingresos insuficientes, desocupación, un nivel de vida precario y diferencias en relación al género, origen étnico o grupo de edad (Sonis, 2001). Es decir que las inequidades en salud aparecen fuertemente influidas por las profundas desigualdades de las sociedades en especial las latinoamericanas, por lo tanto las estrategias tendrán que centrarse en alcanzar los logros en salud (Sen & Klinksberg, 2007).

2. Conceptualizando la equidad en salud

El concepto de equidad ha sido precariamente aclarado y comprendido, por tanto se ha mal interpretado en muchos de los casos, sin embargo existe el consenso en torno al tema que aborda: la compleja relación entre las necesidades sociales y la respuesta social al problema de salud-enfermedad.

Distribución y necesidades son los ejes rectores de la equidad según (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991). Conceptualizar la equidad en salud es muy complejo, motivo por el cual es un campo fértil para la investigación, sin embargo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la equidad implica: en una situación de salud, reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas, además de recibir atención en relación con las necesidades "equidad de cobertura, accesos y uso" y cooperar de acuerdo a la capacidad de pago "equidad financiera"(Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002).

La salud es esencial no solo para nuestro bienestar, sino además para ejercer nuestras libertades y posibilidades de acción. Porque no podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o muy afectados por la enfermedad y menos aun si no estamos vivos. Padeecer una enfermedad puede afectarnos no solo en la pérdida del bienestar, puede afectarnos al limitar nuestra libertad para realizar lo que consideramos nuestras responsabilidades y compromisos. La salud y la supervivencia son esenciales para entender la calidad de vida y además para que uno haga lo que quiere hacer en la vida cotidiana. Por lo tanto difícilmente se puede exagerar la importancia de la equidad en salud para la justicia social en general (Sen A. , 2002).

Equidad no es lo mismo que igualdad. Equidad implica ver la desigualdad desde una óptica de justicia, pues la equidad en salud refleja la justicia social predominante en esa sociedad. Para debatir sobre equidad habrá que tomar en cuenta los conceptos sobre lo sano y lo enfermo de esa sociedad (Hernandez-Álvarez, 2008).

En muchas discusiones sobre la equidad, la confusión se debe a que algunas personas están hablando de las desigualdades en el nivel y la calidad de la salud de los diferentes grupos de la población, mientras que otros tratan de las desigualdades en el suministro y distribución de los servicios de salud, sin hacer una distinción entre los dos(Whitehead, 1992).

El concepto de equidad es dinámico en tiempo y espacio, y su evolución toma como elemento central el reconocimiento de las necesidades sociales, las necesidades de salud (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991). Motivo por el cual se llega a considerar que la equidad significa la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno o más aspectos de salud (Starfield, 2001).

La equidad en salud significa la igualdad de oportunidades para estar sano, para todos los grupos humanos. A menudo, el término desigualdades en salud se utiliza como sinónimo de las inequidades en salud, tal vez porque la desigualdad también puede tener un tono sentencioso, o moralmente acusatorio. Sin embargo, es importante el reconocimiento de la diversidad, sin que ello proporcione una razón para la discriminación (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008).

La equidad en el cuidado de la salud se define como: la igualdad de acceso a la atención para igual necesidad, la igual utilización para igual necesidad y la misma calidad de atención para todos (Whitehead, 1992).

Además, la OMS definió la inequidad como las diferencias "en el estado de salud" que son innecesario y evitable, pero además se consideran injustas. Algunas disparidades son resultado de la variación genética y otros factores no modificables (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008).

La equidad en salud se puede definir según (Braveman & Gruskin, 2003) como la ausencia sistemática de las disparidades en la salud "o en los principales determinantes sociales de la salud" entre los grupos sociales que tienen diferentes niveles de ventaja/desventaja social subyacente, es decir, diferentes posiciones en la jerarquía social. Pero la definición según (Whitehead, 1992) es la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables. De lo anterior obtenemos al menos dos conclusiones: primero, la equidad se relaciona con lo justo, y la justicia no es un principio unívoco. Segundo: lo justo tiene implicaciones en lo individual y en lo colectivo, es decir tiene consecuencias políticas.

El concepto de equidad corresponde a aquello que consideramos justo y por tanto su significado depende de los valores o enfoques de sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos. Para el estudio de la equidad en las políticas de salud la diferencia fundamental se encuentra en el enfoque igualitarista o neoliberal, considerado el primero como el que formula los objetivos de la equidad en términos de igualdad y el segundo el expresado en términos de niveles mínimos y maximación del bienestar agregado (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

En las políticas de reforma de los sistemas de salud, el análisis de la equidad se puede realizar en dos aspectos fundamentales, la equidad en la financiación y la equidad en la prestación de servicios de salud (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

Hemos visto distintos enfoques filosófico-morales de la equidad en salud basados en el utilitarismo, el igualitarismo, la prioridad y la cooperación justa, sin embargo es importante señalar que no son mutuamente excluyentes, pues pese a sus diferentes puntos de vista, pueden encontrarse consensos sustanciales sobre el momento en que una desigualdad social se convierte en inequidad.

Como la limitación de los recursos es un problema general, son necesarios mucho más esfuerzos para ampliar los conocimientos y proporcionar ciertas directrices. El enfoque utilitarista asume que el logro de la máxima salud de la población implica que cada persona debe alcanzar el nivel más alto de salud, independientemente de que sea rico o pobre, y potenciar al máximo la suma de bienestar individuales. El enfoque igualitarista se centra en consideraciones distributivas sin valorar la salud total. El enfoque de la prioridad pretende que los beneficios se asignen a los más enfermos y no necesariamente a los más pobres. Por último el enfoque de cooperación justo, considera las desigualdades en salud como consecuencia de desorganización social e identifica como injustas las desigualdades en la estructura básica de la sociedad (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Al hablar de equidad en salud pensemos que el turno equitativo debe definirse en términos de esperanza de vida al nacer ajustada por calidad, y que debemos estar preparados para hacer algún sacrificio con el fin de reducir esa desigualdad. Mediante este procedimiento, se plasma el importante problema de equidad relacionado con el hecho de que puede haber diferencias muy grandes entre las diferentes clases sociales en cuanto a la probabilidad de obtener un turno equitativo. No hay duda de que este enfoque tiene mucho que elogiar y que, en particular, parece tratar de forma completa las desigualdades entre clases. No obstante, todavía se puede preguntar si esto es todo lo que se necesita plasmar al aplicar la idea de equidad en salud (Sen A. , 2002).

Las desigualdades en salud nos hablan de las diferencias que existen entre los grupos en referencia a la salud y sin incluir juicios de valor sobre la justicia de estas. Las inequidades en cambio se refieren a las desigualdades que se consideran injustas, la definición de injusticia implica valorar si estas desigualdades son o no evitables. Pero además de las demandas morales de injusticia y evitabilidad, existen otras dimensiones de la disparidad sanitaria como son el alivio del dolor y el sufrimiento de los menos sanos; y todo ello constituye razones trascendentales para la movilización y la acción políticas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Para comprender efectivamente los logros y posibilidades de salud no podemos enfocarnos solamente en la distribución y prestación de la atención sanitaria, pues la equidad en salud no puede entenderse como simple distribución de la atención sanitaria; además de que las desigualdades tanto en el logro como en la atención de sanitaria son importantes para la justicia social y la equidad en salud.

La equidad y las necesidades son inseparables en tanto que pretenden ser calificadas en cuatro enfoques a saber, equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales, equidad de utilización ante necesidades iguales, equidad de funcionamiento de los servicios y por último equidad en el bienestar social y la salud (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991).

Entre las causas fundamentales de las inequidades en salud podemos considerar a la pobreza y la marginación pues podemos ver por ejemplo que las tasas de mortalidad en cada etapa de la vida afectan a los municipios más marginados, a los de ingresos más bajos, a los de infraestructura de vivienda más pobre, a los de mayor proporción de población analfabeta o indígena; a lo largo de la vida se van acumulando efectos sanitarios adversos consecuencia de vivir en la pobreza. Que la pobreza y la marginación sean factores modificables que se asocian a la mala salud los convierte en focos de atracción para mejorar la equidad en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

La equidad en salud es una disciplina amplia e inclusiva, de modo que si lo consideráramos unifocal muy seguramente excluiríamos muchos aspectos importantes. La equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es considerarla como un concepto multidimensional, pues incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, la distribución de la atención sanitaria, la justicia de los procesos, la prestación de la asistencia sanitaria, además de la justicia social entre otras dimensiones; por todo ello podemos argumentar que la equidad en salud es una disciplina extensa y reconocer este hecho básico debe tener preferencia sobre cualquier criterio estrecho (Sen A. , 2002).

En la equidad en salud el enfoque igualitarista se apoya en el concepto de justicia social, que considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo. En este caso se contaría con sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de capacidad de pago, es decir cuanto puede pagar el paciente y no cuanto consumió en servicios de salud. En cambio el enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres premisas: el individualismo, el igualitarismo –de oportunidades y no de resultados– y la libertad. Este enfoque liberal es el de niveles mínimos, en donde los individuos son libres para adquirir los bienes adicionales que deseen comprar, porque el sistema de salud garantiza a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud este es el enfoque del Banco Mundial (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

3. ¿Para que la equidad en salud?

El sistema de salud de cualquier país tiene como meta mejorar la salud de su población y aumentar la esperanza de vida y para lograrlo está en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención

a la salud. Uno de los elementos centrales de los procesos de reforma, es precisamente la búsqueda de la equidad (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

En Septiembre del 2000 en la cumbre del milenio convocada por la ONU y realizada en la ciudad de Nueva York adoptaron la declaración base de la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales forman parte de un listado de iniciativas emprendidas por los gobiernos, la ONU y las instituciones internacionales de financiamiento dirigidas a reducir la pobreza en el mundo (Torres & Mújica, 2004).

Previo a esta cumbre durante los diez años anteriores hubo muchas conferencias sobre diversos temas como medio ambiente y desarrollo, sobre la mujer, sobre población y desarrollo, sobre desarrollo social, sobre discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia entre otras. El resultado mas visible de este cumulo de reuniones fue en primer lugar, el establecimiento de la voluntad política necesaria para buscar soluciones coordinadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Otro resultado fue incorporar a las agencias técnicas de cooperación multilateral como contraparte de los organismos de financiamiento. En tercer lugar se incorporó a la agenda internacional el tema de la pobreza como obstáculo para el desarrollo.

Todas estas iniciativas previas están vinculadas a los ODM que se establecen en ocho objetivos: 1.- erradicar la pobreza y el hambre, 2.- lograr la universalización de la enseñanza primaria, 3.- promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, 4.- reducir la mortalidad infantil, 5.- mejorar la salud materna, 6.- combatir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sida, el paludismo y otras enfermedades, 7.- garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8.- fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Además se establecieron metas de desarrollo del milenio (MDM) e indicadores precisos para facilitar el seguimiento (Torres & Mújica, 2004).

Las teorías sociales tienen un lugar en la medicina, tal y como lo tienen en los temas de la salud global. Las ciencias sociales y la medicina habrán de consolidar esta nueva interfase de estudio y reflexión colectiva. Las MDM representan el pacto político mas importante para el desarrollo internacional y la fecha trazada para alcanzar las metas es el año 2015, aunque no se cumplirán, el hecho indiscutible es que ha habido ya avances significativos en varios de estos rubros (De la Fuente & Kuri Morales, 2011).

Una de estas asambleas mundiales de salud en la que particular se abogó por la justicia social y se adoptó la meta de salud para todos fue la realizada en 1977, en ella el Dr. Halfdan Mahler, en ese momento director general de la OMS, propuso esta meta pues creía firmemente en la posibilidad de provocar a las naciones para que vieran las vergonzosas diferencias de salud entre las sociedades y entre los países,

posteriormente en 1978 en la ciudad de Alma Ata se reunieron los representantes de todos los países, para definir como política pública universal: salud para todos.

Este concepto de salud para todos englobaba tres ideas: primero la incorporación de la salud a los derechos humanos, segundo el concepto de ética aplicado a los grupos de población y menos a las personas en particular, y tercero la noción de equidad concebida como justicia (Alleyne, 2002). Esta fue la primera vez que los problemas de atención a la salud de los países más pobres fueron tomados seriamente en cuenta, con la importancia que ameritaban. La salud y el desarrollo social quedaron así vinculados y se reafirmó el concepto de salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad (De la Fuente & Kuri Morales, 2011).

El fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y hacerlo de la manera más eficiente posible, con un aumento en la esperanza de vida, además de una búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud. La búsqueda de la equidad es un punto central de los procesos de reforma del sector salud (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente primordial de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Lo realmente crítico como injusticia es que algunas personas pueden carecer de la oportunidad de lograr una buena salud debido a acuerdos sociales –como pobreza o epidemias graves– y no a decisiones personales de no atender su salud. Es importante distinguir entre el logro y la posibilidad, y las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro (Sen A., 2002). Tan importante es el tema de la salud para la ONU que dentro de los ODM la establecen en tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores. Pero aunque las MDM establecen solo tasas nacionales, sin hacer referencia a la equidad, de su espíritu se desprende que la prioridad es mejorar las condiciones de vida de las personas en los segmentos más pobres de la población (Torres & Mújica, 2004).

El objetivo de la política para la equidad y la salud no es eliminar todas las diferencias de la salud para que todos tengan el mismo nivel y la calidad de la salud, sino más bien para reducir o eliminar las que resultan de factores que se consideran tanto evitables y desleales (Whitehead, 1992).

Las desigualdades en salud son las diferencias de salud entre grupos, sin considerar la justicia de estas. Mientras las inequidades reflejan las desigualdades injustas. La justicia se mide en el hecho de si las desigualdades son o no evitables. Además de estas demandas morales de injusticia, existen otras dimensiones que forman justificaciones importantes para la movilización y acción políticas, entre ellas el alivio del dolor y el sufrimiento de los menos sanos, así como las amenazas de que

las enfermedades graves conducen al empobrecimiento. Sin embargo, en la intención de responder efectivamente no se debe olvidar que existen factores ajenos al sector salud que afectan profundamente el estado de salud y su distribución como por ejemplo los determinantes sociales, económicos y políticos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

El quebrantamiento de la equidad en salud no puede ser juzgado exclusivamente en función de la desigualdad en salud, pues la magnitud de la desigualdad en salud no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad en salud (Sen A. , 2002). Existen evidencias cada vez mayores que asocian la atención primaria con mejores resultados en salud, es decir, que los países con deficiente infraestructura de atención primaria tienen mayores costos y resultados más pobres. Las principales metas de la equidad de acceso a los servicios de salud son cinco: maximizar la elección del consumidor, ofrecer los mismos servicios a todos sin considerar su condición social ni su capacidad de pago, asegurar estándares mínimos para todos, responder a las necesidades de salud de la población y asegurar la calidad de la atención (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003).

Quienes buscan la igualdad o la equidad no plantean disminuir las diferencias mediante la disminución de los niveles de salud de los miembros de los estratos socioeconómicos más favorecidos, sino a través del mejoramiento de las condiciones de los grupos menos favorecidos. El énfasis en la pobreza implica la necesidad de redefinir los objetivos de salud planteándolos no en términos de indicadores promedio nacionales o regionales, sino en términos de los grupos menos favorecidos de la sociedad. Esto implica la necesidad de generar información y formas de medición para el diseño y evaluación de políticas públicas de salud, tareas todas que implican una evaluación ética de los instrumentos y los resultados (Ferrer Lues, 2003). Sin embargo, en el ámbito individual, la distribución de la salud será siempre desigual. La inevitabilidad de las variaciones de salud en el ámbito individual puede ser aceptable en tanto estas se encuentren distribuidas al azar entre los grupos sociales (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Los esfuerzos nacionales en materia de educación, vivienda, mejora en la producción y abasto de alimentos, entre otros satisfactores, favorecen el desarrollo humano con mayor equidad. La apertura de nuevas formas de autocuidado para la salud va a transformar los esquemas actuales de atención (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991). La efectividad en los servicios de salud puede ser definida como una medida de impacto en los indicadores de salud resultado de la eficiencia y calidad de los servicios y de la atención médica (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003).

El hecho inobjetable es que los programas públicos, cuyo objetivo fundamental era alcanzar la salud para todos como se propuso en Alma Ata, han sido gradualmente sustituidos por programas segmentados con mecanismos de financiamiento

privados, y son precisamente éstos los que ahora tienen una gran influencia en las políticas internacionales en materia de salud. Pero las necesidades siguen siendo las mismas y las prioridades también: asegurar el acceso universal a los servicios básicos de salud, en particular a los grupos más pobres y vulnerables; reforzar los sistemas de salud con mejor infraestructura y organización, e invertir en la formación y capacitación de recursos humanos (De la Fuente & Kuri Morales, 2011).

4. *La equidad y la justicia social*

Porque la justicia social y la equidad se pueden interpretar de manera diferente por diferentes personas en diferentes lugares, se necesita una definición que pueda llevarse a la práctica sobre la base de medir criterios (Braveman & Gruskin, 2003).

Algunos posicionamientos sobre justicia a través del tiempo son los siguientes: Aristóteles propuso dos niveles para entender la justicia, la justicia conmutativa aplicable a las relaciones entre iguales y la justicia distributiva, cuando alguien con el poder para hacerlo "el gobernante" debe repartir algún bien entre otros. Para Aristóteles la distribución más justa sería la que diera a cada quien lo suyo, en función de su lugar natural; sin embargo para los antiguos griegos, los seres humanos ocupaban un lugar en la naturaleza que los hacía, en sí mismos, desiguales. Durante la edad media, el cristianismo desplazó esa idea con la de la voluntad de un solo Dios verdadero, así que la distribución era proporcional al lugar dado por Dios a cada ser humano en la tierra (Hernandez-Álvarez, 2008).

La separación entre lo natural, humano y divino, condujo en el siglo XVII a John Locke a su planteamiento central de justicia como "libertad contractual" y propuso la libertad, la propiedad y la integridad personal para trabajar como derechos humanos inalienables. Además de que si se le confiere el poder al gobernante, a través del "contrato social", solo debe ser para garantizar tales derechos. La crítica central de Marx a la posición liberal era en el sentido del reconocimiento de la desigualdad entre los seres humanos. En salud el socialismo se realizó mediante los servicios de puertas abiertas, regionalizado y por niveles, para atender a las personas según su necesidad. En el siglo XX la seguridad social se basó un poco en los aportes socialistas pero desde un fundamento ético que no partía de la abolición de la propiedad privada. El incremento de los costos de la atención en salud en "la crisis de los Estados de Bienestar", reactivó la discusión de lo justo en salud durante la década del 70. Y para 1993 el Banco Mundial ya hablaba de "invertir en salud" como expresión del utilitarismo en salud.

En todas las sociedades existen diferencias de salud que pueden modificarse mediante políticas dirigidas específicamente a ello, es decir, no son inevitables. El desafío no es solo la producción de salud, sino que todos tengan las mismas oportunidades de alcanzarla (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002). Para

alcanzar las MDM se requiere de una reingeniería de las políticas dirigidas a reducir la inequidad en materia de salud en la región, pero hay que rediseñar las políticas y los programas de salud en función de los grupos vulnerables, y centrarse en los menos favorecidos (Torres & Mújica, 2004). Las políticas sociales representan un elemento de análisis importante en la delimitación de las áreas de responsabilidad estatal y su articulación con lo privado (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991).

En un entorno de permanente escasez de recursos, es crucial que el cuidado sanitario se entregue sin desperdiciarlo. Cualquier teoría sobre la distribución de recursos debe subordinarse al objetivo mayor de promover el bien de la comunidad, cuestión que resulta obvia cuando nos percatamos que muchos de los recursos que podríamos utilizar en salud se desvían hacia otras áreas sociales como la educación, el transporte, la vivienda, etc. (Zúñiga Fajuri, 2008). Es indispensable que la equidad se enfoque en alcanzar las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos, un abordaje desde una perspectiva económica puede analizarse desde dos dimensiones: la equidad horizontal en donde las premisas son: igual gasto, igual utilización e igual acceso para igual necesidad, un ejemplo de ello sería igual número de días de ocupación de cama por condición de salud; en franco contraste con la equidad vertical que considera diferente tratamiento para diferente necesidad: por ejemplo, diferente tratamiento para pacientes de enfermedades simples contra pacientes con enfermedades más graves. Sin embargo lo esencial es que la equidad debe enfocarse en alcanzar las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003).

Al hablar de la equidad en la financiación, los igualitaristas también hacen la distinción entre equidad horizontal y vertical. En la equidad horizontal "tratamiento igual para iguales" se refieren a que los que poseen recursos iguales realicen pagos iguales, independientemente de otras características como el sexo, la raza, etc. Y en la equidad vertical "tratamiento desigual para los desiguales" se refieren a que aquellos con desigual capacidad de pago realicen pagos distintos al sistema, para que con esto salgan recursos de los más ricos hacia los más pobres. La equidad vertical equivaldrá entonces a una financiación progresiva, es decir que un individuo paga mas conforme aumente su renta (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002).

La literatura en expansión de la nueva salud pública, explora el nexo entre justicia social y salud. El noción es que la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural y tecnocrático, limitado al campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública. La salud no es simplemente una norma biológica, sino el producto de complejas valoraciones sociales y biológicas. Inevitablemente, el concepto de salud es el punto de partida fundamental para cualquier análisis de la equidad en salud. Aunque existen limitaciones biológicas y son muchos los impactos sociales adversos para la salud, también hay un amplio campo de acción para las políticas sociales dirigidas a mejorarla. Los progresos de la nutrición y de las condiciones de vida,

así como la educación universal han contribuido a mejorar la salud en estos últimos años y la mala salud es una amenaza enorme para el bienestar social y económico (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

La salud es esencial para el bienestar y la superación de otros efectos de desventaja social. El concepto de equidad en salud centra la atención en la distribución de los recursos y otros procesos que conducen a un tipo particular de desigualdades en salud, es decir, una desigualdad sistemática en materia de salud "o en sus determinantes sociales" entre más o menos favorecidos estén los grupos sociales, en otras palabras, una desigualdad en salud que es injusta o abusiva (Braveman & Gruskin, 2003). Por otra parte, el logro de la equidad a través de la igualdad de algo entre personas o grupos puede requerir la desigualdad en otra cosa entre las mismas personas o grupo (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008).

Los efectos adversos de la enfermedad son mayores para los pobres, al estar expuestos a riesgos más elevados y condiciones peligrosas, por lo que tienen una mayor probabilidad de enfermarse y recuperarse más lentamente, sobre todo debido al escaso acceso a los cuidados médicos (López-Casasnovas & Rivera, 2002).

Las enormes disparidades del estado de salud constituyen una afrenta al concepto básico de justicia. La salud no es tan solo un problema individual de cargas genéticas o comportamientos personales, es ante todo dependiente de las circunstancias sociales y de una amplia gama de políticas públicas. Para lograr un cambio efectivo en las condiciones de salud de los sujetos como individuos y como colectivos, es necesario poner en el centro de las políticas y las acciones la construcción de ciudadanos, ciudades y ciudadanía concibiendo a la persona como sujeto ético (Chapela Mendoza, 2008).

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 (Starfield, 2001).

América Latina y el Caribe es la región que presenta mayores inequidades, lo cual obliga a realizar un análisis complementario para elevar los valores medios nacionales de los indicadores de salud y como las MDM están dirigidas a mejorar la situación de los grupos más vulnerables, es importante redirigir los esfuerzos adecuadamente e identificar las poblaciones objetivo ya que según distintas fuentes una nueva característica de las poblaciones afectadas por la pobreza es que se han trasladado de las zonas rurales a las ciudades elevando el nivel de indigencia que reina en sus ciudades, otra característica actual de la pobreza es que se ha feminizado, además de que ha aumentado el porcentaje de niños y jóvenes pobres, también los hogares de una sola persona, particularmente un adulto mayor son más vulnerables (Torres & Mújica, 2004).

Los análisis revelan que los factores relacionados con la mala salud tienden a agruparse en los extremos inferiores de la jerarquía social y el hecho de que la pobreza y la marginación aparezcan junto a la mala salud y que además sean situaciones injustas y modificables las hacen factores fundamentales para la equidad en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002).

Esto no es ajeno a la revalorización de la democracia como sistema político, al ejercicio de la ciudadanía como derecho de las personas y a la participación social como necesaria para el desarrollo. Tampoco es ajeno al reconocimiento del desarrollo como distinto del crecimiento económico; al reconocimiento de la necesidad de respetar a las minorías y a las identidades nacionales; a la valoración de la equidad de género. Aunque muchos de estos reconocimientos se dan más a nivel de discurso que en la práctica concreta, no es casual que estos aspectos sean también incluidos en los análisis de inequidad en salud. (Ferrer Lues, 2003).

Más allá de la importancia de definir salud como requisito para el diseño de políticas públicas, la definición de salud es, en sí misma, un asunto relativo a la justicia. La definición de salud como multidimensional, el énfasis en los determinantes de la salud y el papel cada vez menos importante que se le ha asignado a los servicios de atención de salud en las condiciones de salud de la población, ha permitido importantes avances pero, a la vez, ha generado cierta confusión. El énfasis en la influencia que las condiciones sociales y económicas tienen en las condiciones de salud, en detrimento de los servicios de atención de salud, tiene como conclusión lógica que tanto más justa es una sociedad, más saludable es su población (Ferrer Lues, 2003).

Las disparidades del sector salud son un insulto al concepto básico de justicia, pues la salud no es sencillamente un problema individual exclusivo del componente biológico, mas bien depende en gran medida del entorno social y especialmente de las políticas públicas implementadas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002). Mientras que la bioética enfatiza su atención en la asistencia médica y los derechos particulares de cada paciente dejando de lado los temas relacionados con la justicia o los patrones sociales de la salud.

5. El valor ético de la equidad

En general, a través de los siglos, la salud se ha considerado una condición previa para la felicidad. Descartes afirmó que la salud es el bien más elevado. En *Discursos del Método*, Descartes escribe: ...la preservación de la salud es sin lugar a dudas... la primera buena música y el fundamento de todos los demás bienes de esta vida (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008).

La discusión sobre la ética nuevamente esta siendo impulsada por la ciudadanía después de que en las últimas décadas estuviera en desuso por el enfoque economi-

cista, que demostró ser un enfoque limitado. La falta de un debate ético permanente ha facilitado la corrupción. En América latina hay una sed de ética (Kliksberg, 2005).

La equidad supone que la salud es un derecho fundamental del ser humano. Este concepto nos envía al aspecto legislativo para amparar el derecho a buscar y utilizar los recursos de salud, así como a elegir el momento y el tipo de servicios que se desee (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991).

Al hablar de equidad se esta hablando del derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético. De acuerdo a este principio tenemos varias teorías sobre la equidad: la teoría del derecho, la igualitaria, la basada en necesidades y la utilitaria. Todas con base en el principio de justicia, en el derecho que cada persona tiene de acceder a los servicios de salud. Pero también el concepto de equidad se vincula al hecho de que los recursos de salud se distribuyan de tal forma entre los diversos grupos de población con la intención de minimizar las diferencias en los estados de salud (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003).

La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio ético de justicia distributiva y en consonancia con los principios de derechos humanos. Como la mayoría de conceptos, la equidad en salud no se puede medir directamente, pero hemos propuesto una definición de la equidad en salud que puede ser operacionalizado sobre la base de criterios significativos y mensurables (Braveman & Gruskin, 2003). El alcance de estos problemas de equidad debemos entenderlos desde una concepción teórica y ética: la equidad en salud precisa que idealmente todos deberían tener la misma oportunidad para atender su salud y esta equidad en la atención en salud implica igual acceso, utilización y calidad de atención para todos (Martínez, Rodríguez, & Agudelo, 2001).

La desigualdad tiene a priori dimensiones morales y éticas. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables y además injustas. Así, para describir una determinada situación como injusta, la causa tiene que ser examinada y considerarla impropia en el contexto de lo que está pasando en el resto de la sociedad. A esto se suma el problema de la traducción en algunos idiomas, donde sólo hay una palabra para cubrir tanto la desigualdad como la inequidad. Para evitar confusiones, los términos equidad e inequidad han sido elegidos para la salud por la OMS para todas las estrategias. En resumen, la inequidad término utilizado en documentos de la OMS se refiere a las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran desleales e injustas. La equidad en salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial de salud plena y, más pragmáticamente, que nadie debe ser desfavorecido de la consecución de este potencial, si se puede evitar (Whitehead, 1992).

Es ampliamente conocido que un gran segmento de la población disfruta de un mayor status de salud y de una mayor calidad de cuidados para su salud que otros.

Para resolver este problema, priorizar es inevitable, sin embargo el problema surge al pensar en la manera de llevar a cabo estas prioridades. Lo más racional sería buscar la equidad entre toda la población, la manera en que toda la gente reciba el mismo cuidado para la misma necesidad. Equidad en el cuidado de la salud es un imperativo ético no sólo por el valor intrínseco que tiene el poseer una buena salud, sino que sin una buena salud las personas serían incapaces de disfrutar de otros beneficios que la vida les puede proporcionar (La Rosa-Salas & Tri-cas Sauras, 2008).

Al revisar la literatura sobre filosofía moral o política poco existe sobre equidad en salud, igual sucede con las teorías de justicia social que tampoco la incluyen. La bioética tendía a centrarse en la asistencia médica y en los derechos de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en la salud. Al revisar el campo de la medicina, la base social de la salud es prácticamente ignorada (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002). Sin embargo el derecho tiene como fin la justicia considerando a la equidad como elemento básico e íntimamente relacionado con un principio ético. Pero la búsqueda de la equidad se ve influenciada por las transformaciones en la percepción de la naturaleza del bien jurídico. Si bien las normas jurídicas deben transformarse con la intención de adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad, en el caso de la salud no se debe perder de vista su carácter bien público y su asociación con la justicia distributiva. En la mayoría de las constituciones de los países de esta región se reconoce a la salud como un derecho y en algunos casos lo elevan a la categoría de bien público bajo la tutela del Estado (Bolis, 2002).

Lograr la equidad en salud es uno de los más importantes desafíos éticos a nivel mundial. El reconocimiento de que el acceso a los servicios de atención de salud es sólo un factor que incide en las condiciones de salud, permite ahora legitimar el trabajo de la bioética en el tema de la equidad en salud (Ferrer Lues, 2003). Pues no es fácil separar el tema de la equidad del de la ética, ya que el concepto de equidad en salud implica algunos juicios morales que son la esencial del pensamiento ético sobre la salud de la población. La inequidad representa la existencia de diferencias de salud entre poblaciones o particulares y cuya corrección puede realizarse de algún modo (Alleyne, 2002).

Los ODM constituyen una oportunidad para establecer las condiciones que faciliten a muchísimos habitantes mejorar sus condiciones de vida y alcanzar una mayor equidad en el acceso a los servicios. Pero el esfuerzo que habrá de realizar cada gobierno para alcanzar los indicadores propuestos no se debe desviar del objetivo final de eliminar la desigualdad que sufren segmentos importantes de la población (Torres & Mújica, 2004).

La equidad efectiva es consustancial a la salud pública y no es posible mejorar la salud de la población en su conjunto si no hay equidad. No es sólo un requisito ético,

sino además una necesidad práctica, ya que las sociedades cuyas políticas han tendido a la equidad obtienen un mayor rendimiento en todos los sentidos (Hernández Aguado, 2010).

Conclusión

Como puede apreciarse a lo largo de este documento una de las cuestiones a debate en torno al objetivo de la equidad es la de si todas las personas deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades, este es el llamado enfoque igualitarista; o si se debería definir un grupo de servicios básicos limitados de forma gratuita para los desposeídos, el llamado enfoque de niveles mínimos. Es importante señalar que es casi imposible que la salud se distribuya uniformemente en todos los individuos, sin embargo se espera que estas variaciones se distribuyan al azar entre los grupos sociales.

Aunque para la salud existen limitaciones biológicas e impactos sociales desfavorables, también existe la posibilidad de mejorarla a través de políticas públicas adecuadas y dirigidas a ello, pues la mala salud es una amenaza enorme para el bienestar social y económico.

Cabe aclarar que a pesar de que la mayoría de los países de América Latina tiene dentro de sus reformas la cobertura universal de salud, muy pocos países han alcanzado esa tasa universal o casi universal de cobertura, México aun no lo logra sin embargo el gobierno ha sentado las bases, con el trabajo legislativo correspondiente; y trabaja arduamente con la visión de lograr esa cobertura universal a la que está comprometido al igual que el resto de países integrantes de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

- Alleyne, G. 2002. La equidad y la meta de salud para todos. *revista panamericana de salud pública*, 11(5/6), 291-296.
- Arteaga, Ó., Thollaug, S., Nogueira, A. C., & Darras, C. 2002. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud pública*, 11(5/6), 374-385.
- Bolis, M. 2002. Legislación y equidad en salud. *Revista panamericana de salud pública*, 11(5/6), 444-448.
- Braveman, P., & Gruskin, S. 2003. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 254-258.
- Chapela Mendoza, M. D. 2008. *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- De la Fuente, J. R., & Kuri Morales, P. 2011. *Temas de salud global con impacto local*. México: UNAM.

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. 2002. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Washington: The Rockefeller Foundation/Organización Panamericana de la Salud.

Ferrer Lues, M. 2003. Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. *Equidad y justicia en salud*, IX(1), 113-126.

Hernández Aguado, I. 2010. Equidad en salud: un reto para Europa. *Rev Esp Salud Pública*, 84(1), 1-2.

Hernández Peña, P., Zapata, O., Leyva, R., & Lozano, R. 1991. Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud pública de México*, 33(1), 9-17.

Hernández-Álvarez, M. 2008. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de salud pública*, 10(1), 72-82.

Kliksberg, B. 2005. *Más ética, más desarrollo*. Argentina: Temas grupo editorial.

La Rosa-Salas, V., & Tricas Sauras, S. 2008. Equity in health care . *Cuadernos de Bioética*, XIX(066), 355-368.

López-Casasnovas, G., & Rivera, B. 2002. Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud. *Hacienda pública española/Revista económica pública*, 99-126.

Martínez, P., Rodríguez, L. A., & Agudelo, C. 2001. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista Salud Pública*, 3(1), 13-39.

Sen, A. 2002. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista panamericana de salud pública*, 302-309.

Sen, A., & Klinksberg, B. 2007. *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto.

Sonis, A. 2001. Equidad y salud. *Arch. argent.pediatr*, 99(3), 253-256.

Starfield, B. 2001. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista gerencia y políticas de salud*, 1(1), 7 - 16.

Torres Arreola, L. d., & Constantino Casas, N. P. 2003. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Rev. med IMSS*, 41(4), 359-364.

Torres, C., & Mújica, O. 2004. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista panamericana de salud pública*, 15(6), 430-439.

Vargas, I., Vazquez, M., & Jané, E. 2002. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(4), 927-937.

Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.

Zúñiga Fajuri, A. 2008. Entre la igualdad y la eficiencia en materia sanitaria. *Acta Bioethica*, 14(2), 176-184.

ARTICULOS/ARTICLES

Estado de bienestar e inversión social en Europa / Welfare State and Social Investment in Europe Eguzki Urteaga	Págs 9-21
Reflexiones sobre el Espacio Público y Participación en las Políticas de Vivienda en Santiago de Chile. Hacia una Práctica Comunitaria / Reflections on public space and participation in public housing policies in Santiago de Chile. Towards a community practice Rodrigo Andrés Mardones	Págs 23-35
El déficit de transversalidad de género en la Unión Europea / Gender transversality deficit in the European Union Ángeles Martínez Boyé	Págs 37-60
La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género / The development of masculinity and relationship to gender violence M ^a Inmaculada López Núñez	Págs 61-84
Elementos del proceso de mediación que favorecen a su implementación como política social / Elements of the mediation process that benefits implementation as social policy Paris Alejandro Cabello Tijerina	Págs 85-112
La mediación escolar y las habilidades sociales en los estudiantes de educación secundaria. Un estudio en institutos de la región de Murcia / School mediation and social skills students in secondary education. A study in institutes of Murcia María Paz García-Longoria Serrano y Reyna Lizeth Vázquez Gutiérrez	Págs 113-136
La actuación de los jueces estatales como árbitros privados: un problema de orden público / State Judge's acting as private arbitrators: a public policy problem Arnulfo Sánchez García	Págs 137-151
Calidad en los servicios de bienestar en un contexto de crisis económica internacional / Quality in welfare services in a context of international economic crisis Eva Sotomayor Morales, Yolanda De la Fuente Robles, Marta García Domingo, M ^a Luisa Grande Gascón y Tomás Alberich Nistal	Págs 153-179
Contexto de la equidad en los servicios de salud / Context of equity in health services in Mexico Karla Sáenz López y Delia Téllez Castilla	Págs 181-199
Los Servicios Sociales en España, puestos a prueba por las personas inmigrantes / Social Services in Spain, tested by immigrants Antonio Gutiérrez Resa	Págs 201-227

RESEÑAS/REVIEWS

Rubén Darío Torres Kumbrián. Trabajo Social con Comunidades y Mujeres Musulmanas: "Diagnóstico de las discriminaciones múltiples" / Social Work with Communities and Muslim women (por Ángeles Martínez Boyé).....	Págs 229-234
Manuel Herrera Gómez y José Daniel Barquero Cabrero. Redes sociales: de metáfora a paradigma / Social Networks: from metaphor to paradigm (por Salvador Gómez García).....	Págs 235-236
Djamil Tony Kahale Carrillo, Protección a las personas en situación de dependencia / Protection of persons in situations of dependency (por Sara Pérez Martínez).....	Págs 237-239