

PROBLEMAS ÉTICOS DE LA SALUD PÚBLICA¹

Hernán Málaga², Norberto Dachs³, Marisela Perdomo⁴ y Armando Güemes⁵

ABSTRACT

Studies conducted in Colombia and Venezuela to characterize the association between the level of municipal development and the prevalent mortality due to different causes, and studies conducted in Paraguay relating to the level of poverty and wealth with access to health services, have shown that global at country level hide social exclusion, since there are great regional differences. These differences have not been handled by governments with proper public policies according to local situations and therefore, the existing social gaps continue or even increase.

Key words: unsatisfied basic needs, poverty, social justice, sanitary justice, minimum essentials, life opportunity, social exclusion, individual exclusion

RESUMEN

Estudios realizados en Colombia y Venezuela, caracterizando la asociación que existe entre el nivel de desarrollo municipal y la mortalidad prevalente por diversas causas; y en Paraguay, relacionando el nivel de pobreza y riqueza con indicadores de accesos a servicios de salud, evidencian que los indicadores globales, a nivel de país, esconden la exclusión social, ya que existen grandes disparidades regionales. Estas diferencias no han sido intervenidas con políticas públicas acordes a la realidad por parte de los gobiernos, lo que se traduce en el mantenimiento o profundización de las brechas sociales existentes.

Palabras clave: necesidades básicas insatisfechas, pobreza, justicia social, justicia sanitaria, mínimos esenciales, oportunidades de vida, exclusión social, exclusión individual

¹ Trabajo presentado al IV Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 20-25 noviembre del 2005

² Ex Representante de la OPS/OMS en Venezuela, Colombia y Paraguay. Académico Correspondiente de la Academia Peruana de Ciencias Veterinarias. E-mail: hmalaga@cantv.net www.salud-publica.org

³ Ex Consultor Regional del Programa de Políticas Públicas y Salud, OPS, Washington DC

⁴ Epidemióloga. Fundación para el Desarrollo de la Epidemiología-FUNDEPI, Venezuela

⁵ Consultor de servicios de salud de la OPS/OMS en Honduras

INTRODUCCIÓN

La tecnología de punta y los recursos para la atención a los daños a la salud y sus determinantes se han concentrado en las grandes áreas urbanas y están disponibles para quien tiene capacidad de pago, olvidando que existen otros grupos poblacionales que necesitan la atención de aspectos más elementales como salubridad, alimentos, agua, vivienda, trabajo e instrucción, además de vacunaciones y asistencia sanitaria básica (Berlinger, 1994), constituyendo escenarios de injusticia como los encontrados en Perú, México y Argentina (Heysen, y Musgrave, 1986; Ministerio de Salud, 1999; Lozano *et al.*, 1999; Verdejo y Bortman, 1999) entre otros, ratificando los resultados encontrados en otras partes del mundo (Kunst y Mackenback, 1994; Susser, 1993; Saracci, 1978; Wagstaff, 2002), donde la pobreza se asocia con el daño a la salud a lo largo de toda la vida, muriendo los pobres a edades más tempranas que los ricos, ensanchándose la brecha social entre los estratos extremos (Cooper, 2002).

Por este motivo, y con el propósito de comprobar si existían inequidades en salud en algunos países de América del Sur, la OPS propició estudios para verificar la asociación entre las necesidades básicas insatisfechas a nivel municipal, para el caso de Venezuela y Colombia, y los niveles de pobreza y riqueza en Paraguay, con indicadores de salud y acceso a servicios de salud (UCV, OPS, MSAS, 1993; DANE, OPS, 2000; DGEEC, OPS, ASDI, 2001).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hicieron estudios en Venezuela y Colombia para correlacionar las necesidades básicas insatisfechas (NBI⁵) existentes en sus municipios y que fueran determinadas en

los censos de 1981 y 1993, respectivamente, utilizando los indicadores de mortalidad de 1989 en Venezuela y de 1995 en Colombia; así mismo, se hizo un estudio en Paraguay, en base a una encuesta de hogares de 1998, donde se les clasificó según sus niveles de pobreza y riqueza, y evaluando el grado de acceso a servicios de salud de acuerdo a lo expresado por los propios encuestados.

Caso 1: Colombia

En Colombia se utilizó el índice sintético de NBI como el mejor descriptor disponible para definir y evaluar las condiciones de la evolución de la pobreza, con base en los componentes que la conforman (Muñoz y DANE, 1995):

- a) Hogares que habitan en viviendas inadecuadas. Expresa las carencias habitacionales referentes a las condiciones físicas de las viviendas donde residen las familias, diferenciando las condiciones de las mismas según pertenezcan al área urbana o rural.
- b) Hogares que habitan en viviendas sin servicios públicos básicos.
- c) Hogares con hacinamiento crítico. Hay más de tres personas por habitación (incluye sala, comedor y dormitorios, y excluye cocina, baño y garaje).
- d) Hogares con inasistencia escolar. Familias que cuentan con, al menos, un niño de 7 a 11 años, pariente del jefe del hogar, que no asiste a la escuela.
- e) Hogares con alta dependencia económica. Viviendas donde hay más de tres personas por ocupado, y en los cuales el jefe del hogar ha aprobado, como máximo, dos años de educación primaria.

Basta que un hogar cumpla con una de estas condiciones para que sea clasificado como pobre, conjuntamente con sus miembros. En caso tuviera dos o más de estas condiciones, el hogar y sus miembros se consideran en situación de miseria.

⁵ Indicador que mide la pobreza estructural

Cuadro 1. Los municipios de Colombia y la población humana, estratificada según el grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI). 1995

Estrato	Rango de NBI (%)	Municipios		Población total (en miles)	
		n	%	n	%
1	84 - 100	93	9	1,295	3
2	69 - 83	165	15	3,531	9
3	53 - 68	267	25	4,773	12
4	39 - 52	270	25	4,735	12
5	22 - 38	244	23	11,236	29
6	0 - 21	35	3	12,988	34
Total		1,073		38,558	100

Fuente: DANE. Estadísticas Vitales y Evaluación Censal

Los municipios fueron organizados en orden descendente de acuerdo con su grado de NBI del total del municipio, con el fin de determinar el número óptimo de estratos o categorías, teniendo en cuenta el coeficiente de variación y la dispersión al interior de los estratos. Los estratos resultantes se indican en el Cuadro 1.

Caso 2: Venezuela

En Venezuela se siguió la misma metodología, pero clasificándose los municipios en 10 estratos, siendo el estrato 10 el que tiene entre 90 y 100% de NBI y el estrato 1 el que tiene entre 0 y 10% (en sentido inverso a la clasificación colombiana).

Caso 3: Paraguay

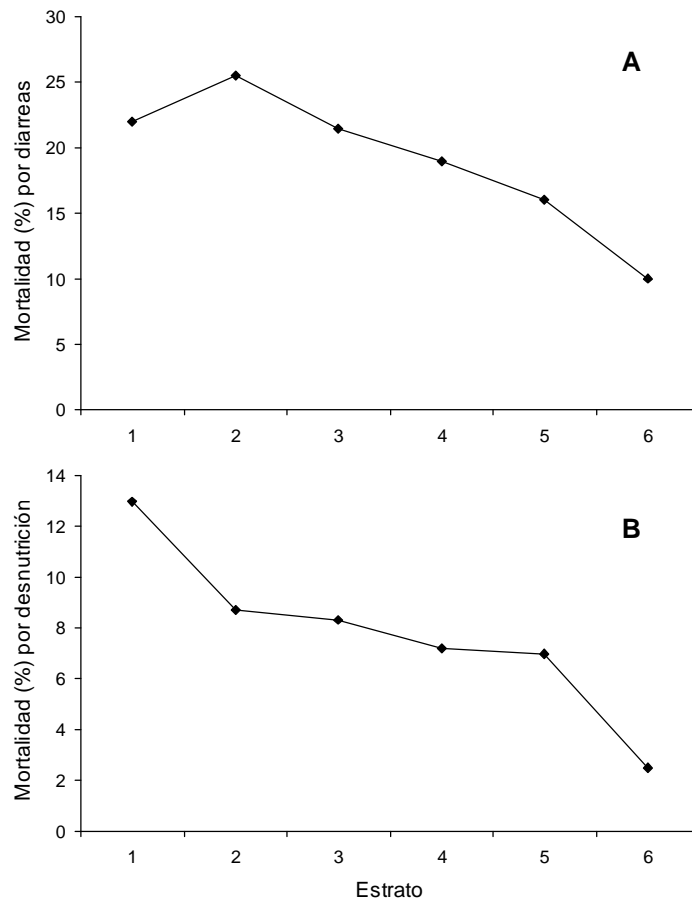
En Paraguay, de acuerdo con la encuesta integrada de hogares realizada en 1998 por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo, se estableció la línea de pobreza en guaraníes/mes/persona para el año 1999 (Cuadro 2), con lo que se obtuvo la distribución de los quintiles de pobreza y riqueza coyuntural en el país (Cuadro 3). Se consideró como pobres extremos a aquellos con ingresos inferiores al costo de una canasta

básica de consumo de alimentos (línea de pobreza extrema); pobres no extremos a aquellos con ingresos mayores a esta línea, pero inferiores al de una canasta básica de consumo total de alimentos y no alimentos (línea de pobreza total); y como “no pobres” a aquellos que tienen ingresos mayores a esta línea.

RESULTADOS

Caso 1: Colombia

La mortalidad proporcional por diarreas varió entre el 10% en el estrato 6 al 22 y 25% en los estratos 1 y 2, en tanto que la mortalidad proporcional por desnutrición varió del 2.5% en el estrato 6 hasta el 13% en el estrato 1 (Fig. 1). Sin embargo, se observa una tendencia opuesta al evaluar la mortalidad proporcional por accidente de tránsito, en donde el estrato 1 ocurre el 4.2%, mientras que el estrato 6 concentra al 16.2% de las muertes. Estas disparidades también se observan entre el nivel de desarrollo municipal y las muertes ocasionadas por armas de fuego o por SIDA (Fig. 2). Por otro lado, es preocupante que el porcentaje de defunciones

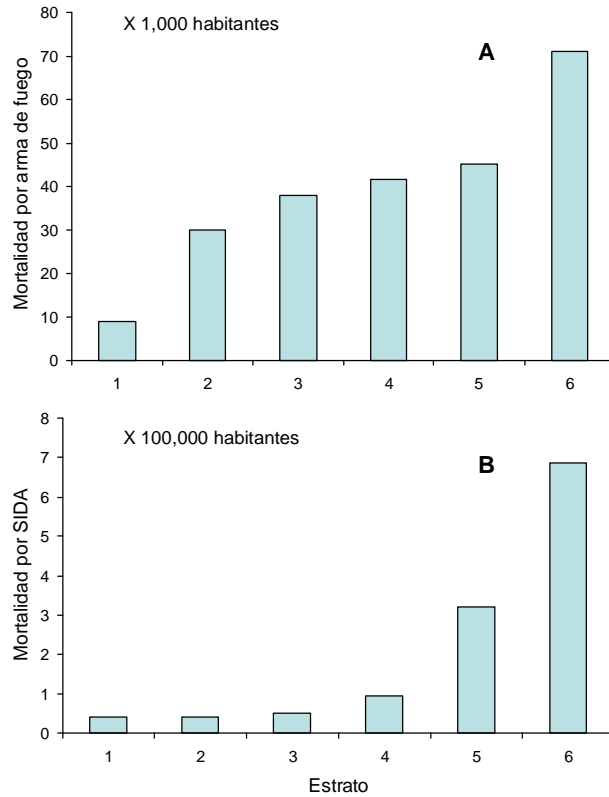


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. 1998

Figura 1. Mortalidad proporcional por (a) diarreas y (b) desnutrición según estratos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Colombia (1995)

Cuadro 2. Línea de pobreza extrema y total (guaraníes/mes/persona, 1999) en el Paraguay, establecida a través de una encuesta en hogares realizada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo en 1998

Dominio	Pobres Extremos	Pobres No Extremos
Asunción	105,995	235,359
Departamento Central Urbano	104,809	232,981
Resto urbano	79,549	145,412
Rural	54,745	87,269



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. 1998

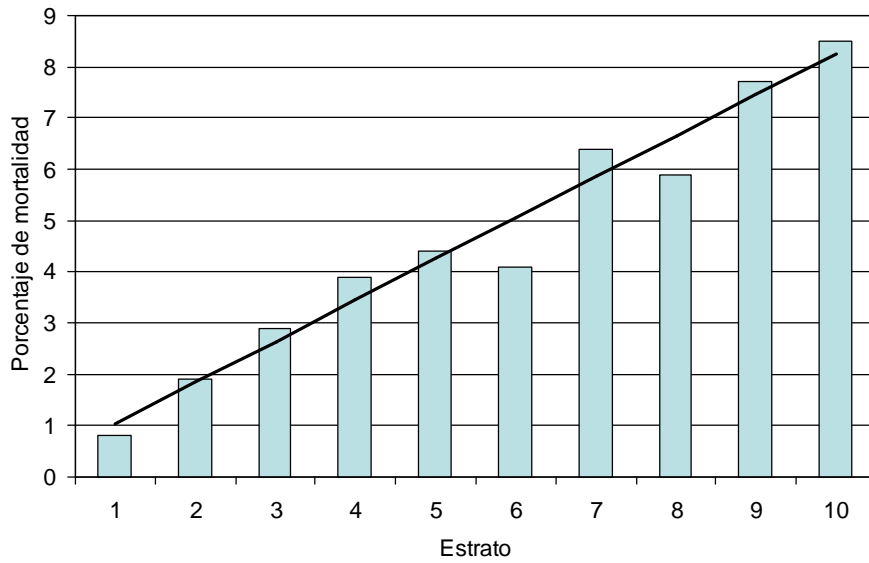
Figura 2. Tasa específica de mortalidad por (a) arma de fuego (por cada 1,000 habitantes) y (b) SIDA (por cada 6,000 habitantes), según estratos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del municipio de ocurrencia o residencia, respectivamente, en Colombia (1995)

Cuadro 3. Población humana en el Paraguay (%) según nivel de pobreza (1999)

	Pobre		No pobre
	Extremo	No-extremo	
Residencia			
Asunción	2.0	13.1	84.9
Central Urbano	2.4	27.9	69.6
Area Rural	11.0	17.7	71.3
Total	15.5	18.2	66.3
Quintiles¹			
1	77.5	22.5	-.-
2	-.-	56.7	43.3
3	-.-	12.0	88.0
4	-.-	-.-	100.0
5	-.-	-.-	100.0

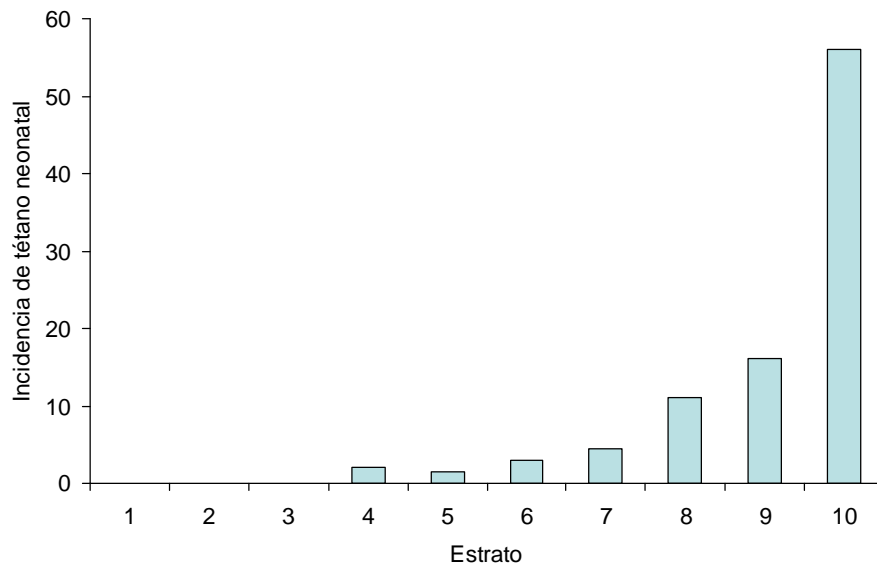
Fuente: Encuesta integrada de hogares 1977/98. DGEEC

¹El quintil 1 es el más pobre y el quintil 5 es el de mayor riqueza



Fuente: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1989

Figura 3. Tasa de mortalidad por tuberculosis (por cada 100,000 habitantes) según estratos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Venezuela (1989)



Fuente: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1989

Figura 4. Incidencia de tétano neonatal (por cada 100,000 nacidos vivos) según estratos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Venezuela (1990)

Cuadro 4. Número de profesionales de la salud y camas en centros de atención médica por cada 10 mil habitantes en el Paraguay (1999)

Quintiles ¹	Médicos (n)	Profesionales de la salud (no médicos) (n)	Camas (n)
1	1.6	0.7	6.1
2	2.7	1.0	7.1
3	3.6	1.3	7.8
4	4.8	1.6	8.7
5	6.5	2.1	9.8
Total	3.9	1.3	7.9

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

¹ Quintil 1 es el de mayor pobreza y el quintil 5 es el de mayor riqueza

Cuadro 5. Población porcentual de niños menores de 5 años en el Paraguay, según tipo de vacuna recibida (1997-1998)

Quintiles	Tipo de vacuna						
	Población <5 años	BGC	Sarampión	Polio	Triple o DPT	BGC pero no sarampión	Esquema completo de vacunación
1	207,878	68.2	62.1	71.2	69.7	12.6	52.1
2	178,966	76.1	68.5	76.7	75.5	16.5	55.7
3	151,942	90.0	65.7	84.9	84.2	27.0	61.5
4	110,625	92.5	74.3	87.8	87.2	19.4	71.5
5	91,451	94.5	76.3	92.6	91.9	19.5	73.9
Total	740,862	81.5	68.0	80.5	79.4	18.3	60.5

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

¹ Quintil 1 es el de mayor pobreza y el quintil 5 es el de mayor riqueza

por causas naturales en instituciones de salud tenga una estrecha correlación positiva con estratos más desarrollados, e igualmente, que la distribución porcentual de muerte natural con certificación médica sea mayor cuando la muerte ocurre en la cabecera del municipio que cuando ocurre en el resto del mismo, ya que estas situaciones evidencian inequidades de acceso a servicios.

Caso 2: Venezuela

Se encontró que la tasa de mortalidad infantil es 2.5 veces más alta y la mortalidad por tuberculosis es 8 veces más alta (Fig. 3) en los municipios que tienen entre 90 y 100% del NBI en relación al grupo que tiene entre 0 y 10%. Así mismo, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es 3 veces

superior y las tasas de mortalidad por causas perinatales es 6 veces mayor en el grupo de extrema pobreza. Por otro lado, prácticamente todos los casos de tétano neonatal registrados en los años previos al estudio ocurrieron en municipios que tienen el 70% o más de población con NBI (Fig. 4).

Caso 3: Paraguay

Se pudo observar que la respuesta estatal ante los problemas de salud no ha sido equitativa, lo que se evidencia a través de la correlación entre niveles de pobreza con el número de médicos, número de profesionales de salud y número de camas en centros de atención médica del Ministerio de Salud por cada 10,000 habitantes (Cuadro 4), así como con las coberturas de vacunación (Cuadro 5). En todos los casos, los valores se incrementan conforme crece el nivel de riqueza. Estos ejemplos son claros indicadores de la desigualdad de acceso a los servicios de salud, demostrando injusticia sanitaria en el modelo de salud vigente.

DISCUSIÓN

Existe una evidente correlación positiva entre la pobreza estructural expresada por las necesidades básicas insatisfechas de los municipios con las denominadas enfermedades de la pobreza (enfermedades transmisibles, desnutrición, tuberculosis, enfermedades diarreicas, etc.), así como con la mortalidad infantil y la mortalidad en general; de allí la importancia de atender los mínimos esenciales para una vida decente (Rawls, 2002), y de esta forma, poder dar una mejor oportunidad de vida (De Kadt y Tasca, 1993). Hay que tener en cuenta que los cuidados médicos no aplacarán el hambre, ni proporcionarán vivienda a quienes viven en chabolas, ni harán llegar el agua a quienes no la tienen (Ginawi, 1990). El ejemplo de la correlación negativa entre el desarrollo de la comunidad y las enfermedades diarreicas se muestra con claridad en Centroamérica, donde existe una relación inversa entre el

acceso a agua potable y la mortalidad infantil, sugiriéndose que un 1% de aumento en el acceso al agua potable disminuye en 0.5% las muertes por cada 1,000 nacidos vivos (OPS, 1999).

El combate a esta exclusión social debe realizarse interviniendo los municipios con altas necesidades básicas insatisfechas, o con bajo índice de desarrollo humano establecido por el PNUD (PNUD, IDCE, DGEEC, 2003), mediante la focalización de los proyectos de inversión social en busca de mayor justicia social. Caso contrario, se podrían ampliar las brechas sociales, tal como ha ocurrido en la Reforma de Salud Colombiana al aplicarse la Ley 100, ya que las empresas aseguradoras han seguido las reglas del mercado, dando como resultado un mayor nivel de aseguramiento de los pobres de las grandes ciudades que los pobres de los municipios con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (Málaga *et al.*, 2000). Esto es evidente en los tres estudios de Monitoreo de Coberturas, realizado por la Superintendencia Nacional de Salud (1999-2001), que dieron resultados similares a los señalados en el Cuadro 6, donde se observa que sólo 3 de los 23 departamentos pobres del país sobrepasan el porcentaje nacional de aseguramiento, mientras que 6 de los 13 departamentos ricos lo llegan a sobrepasar.

Por otro lado, también es evidente la asociación negativa que existe entre el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas y las enfermedades relacionadas con factores de riesgo conductuales (obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc.), los cuales se presentan con mayor prevalencia en las grandes ciudades (mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, muertes violentas, etc.). Si estos factores de riesgo son comunes a un grupo de población, se puede hablar de exclusión social, pero si está definido por el individuo se trata de exclusión individual. Para atacar la exclusión individual, se debe eliminar el riesgo individual cubriendo a todos los individuos en riesgo; así, al vacunar a un

individuo, éste quedará inmunizado contra alguna enfermedad específica, y si esta vacuna alcanza una alta cobertura en la comunidad, se habrá eliminado el riesgo colectivo pudiendo eliminar la enfermedad al haber conseguido inmunidad de masa (Fox *et al.*, 1971), y de esa forma se ataca la exclusión social.

Se debe corregir la injusticia sanitaria, la cual se hace evidente cuando se observa una menor protección social por aseguramiento en salud, cuando menor sea el nivel de desarrollo municipal (Málaga *et al.*, 2000; Supersalud Colombia y OPS, 2001) y menor cobertura de inmunización a menor desarrollo de servicios de nivel municipal (Málaga, 1999; Muñoz y Pastor, 2000), al haber una mayor probabilidad de conseguir atención sanitaria en los estratos de mayor riqueza que en los estratos pobres (Makinen *et al.*, 2000; DGEEC, OPS, ASDI, 2001), y al observarse la asociación entre estratos de riqueza y coberturas de inmunización (DGEEC, OPS, ASDI, 2001; Málaga, 1999; Muñoz y Pastor 2000). Estas asociaciones que pueden ser explicadas por barreras geográficas, económicas, de idioma, etc., se acentúan por barreras educativas, ocurriendo brotes de enfermedades inmunoprevenibles en áreas urbano-marginales, como por ejemplo, los brotes de difteria en Cali, Colombia en el 2000; y en Asunción, Paraguay, en el 2002-2003, que ocurrieron mayormente en niños y jóvenes no vacunados, pero donde existía suficiente dosis de vacuna en los servicios de salud local.

Por otro lado, cuando en los procesos de reforma de la salud se cambian los sistemas tradicionales de financiamiento y prestación y pasan al sector privado, se acentúan las brechas, ya que las condiciones pre-existentes pasan a ser causales de exclusión individual, y si no se toman las precauciones necesarias, podría ocurrir, por ejemplo, que el potencial creado por la información genética resultara en retrocesos de los avances científicos (Bolis, 2001), al usarse como herramienta para una discriminación genética y hasta estigma-

tización por parte de las empresas aseguradoras (WHO, 2002). En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (por pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia) y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de alto riesgo de los adultos) tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social (Sen, 2002). Por estas razones, cuando se interviene la exclusión social, las intervenciones se deben focalizar asignando diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad, y en la exclusión individual, se debe asignar recursos iguales o equivalentes para igual necesidad (OPS, 1999).

Cabe destacar la diferencia de estos resultados con lo que sucede en las grandes ciudades, donde las enfermedades de la pobreza, del desarrollo y las sociales (DANIDA y WHO, 1989) afectan más a los pobres urbano-marginales. Esto se evidencia en estudios hechos en Barquisimeto, Venezuela, donde se encuentra una correlación entre condiciones de vida, caracterizado por pobreza estructural (menor nivel de educación, desempleo, mala calidad de vivienda, desnutrición, falta de agua potable, bajos ingresos, etc.) y los perfiles de mortalidad infantil y bajo peso al nacer, los que caracterizan enfermedades de pobreza (Ludewing *et al.*, 1993); así como en estudios realizados en Medellín, Colombia, donde se demuestra que estos tres tipos de enfermedades afectan más a los habitantes de los estratos más pobres (Londoño *et al.*, 1999). En cambio, en el presente estudio, en los municipios estructuralmente más pobres predominan sólo las enfermedades de la pobreza, ya que las enfermedades del desarrollo y las enfermedades sociales son más prevalentes en las urbes, debido a que los factores de riesgo para estos problemas son muy escasos en las áreas rurales. Así, por ejemplo, la violencia, que constituye el primer problema de salud pública en Colombia, tiene una tasa de homicidios de 111/100,000 en los varones y de 8/100,000 en las mujeres, no detectándose una correlación

entre pobreza y violencia, puesto que uno de los departamentos más pobres de Colombia, como es el Chocó, tiene la menor tasa de homicidios (8/100,000), mientras que es muy alta en Antioquia (179/100,000), uno de los departamentos más desarrollados; sin embargo, en Cali, urbe metropolitana, se observa que gran parte de los muertos por violencia proviene de los dos estratos más pobres (Guerrero, 1998).

Esta asociación con el desarrollo se explica en Sao Paulo, Brasil, con la razón P90/P20, que es la relación entre la cantidad de dinero que el 10% más rico de la población tiene para cada Real (R\$ 1.00) del 20% más pobre, relación que se incrementa con el tamaño de la población, pasando de 1 en 17.7 y una tasa de homicidios de 6.96 x 100,000, a 1 en 413.94 con una tasa de 55.5 x 100,000 habitantes, significando esto que la brecha de ingresos entre ricos y pobres es mayor conforme se incrementa el tamaño de la ciudad, lo que genera violencia estructural (Barradas, 2002), sugiriéndose el combate a la miseria como meta para reducir la violencia (Conselho Nacional de Saude, 2002). Por otro lado, la asociación entre desarrollo y mortalidad por SIDA en Colombia, refleja una epidemia que se viene diseminando en las grandes ciudades, pero que aún no se ha ruralizado, como en el África.

De estos estudios se puede concluir que es evidente que existe una asociación entre condiciones de vida y salud manifiesta por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y muerte, de acuerdo a la oportunidad de vida de las poblaciones, determinando una inequidad o exclusión social. Aquí se puede caracterizar dos tipos: las inequidades en salud, producto de las diferencias en las condiciones de vida derivadas de la falta de justicia social, y las inequidades en el acceso a los servicios de salud, determinadas por la mala distribución de respuestas a las necesidades de asistencia sanitaria, derivadas, a su vez, de la falta de justicia sanitaria (Málaga *et al.*, 2000).

Es necesario reconocer las dos inequidades, ya que la disparidad social y su efecto en salud persiste, aún cuando los servicios de salud se puedan distribuir en forma equitativa. La sociedad debe alcanzar el máximo de salud en sus miembros, así como buscar la política de igualdad entre sus clases y maximizar la salud en el estrato más pobre (Marchand *et al.*, 1998), a fin de reducir o eliminar los factores evitables y, por lo tanto, injustos que determinan la inequidad. Esto no es equivalente a que se limite la atención a los ricos, sino que se proporcione a ambos la misma probabilidad de obtener la curación a través de un mecanismo probabilístico (Sen, 2002).

REFERENCIAS

1. **Barradas, R. 2002.** Violencia urbana e saúde pública. *Rev. da Saúde* 3: 22-24.
2. **Berlinger, G. 1994.** La enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 138 p.
3. **Bolis, M. 2001.** Marco jurídico del genoma humano en las instituciones nacionales de salud. En: Reflexiones en torno al derecho genómico. Muñoz de Alba, M. Biblioteca Jurídica Virtual. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México, D.F. 16 p.
4. **Conselho Nacional de Saude. 2002.** Control social. Pacto para superar la violencia. *Rev. da Saúde* 3: 27-30.
5. **Cooper, Y. 2002.** Remove the link between wealth and health. Independent Digital. UK 3 p.
6. **DANE, OPS. 2000.** La mortalidad en Colombia según condiciones de vida. Estudios censales N° 16. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 123 pp.
7. **Danish International Development Agency; WHO. 1989.** Training Workshop on Health system reorientation in urban areas to reach the underserved. WHO/SHS/NHP/89.4. 71 p.
8. **De Kadt, E.; R. Tasca. 1993.** Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el sector salud. OPS/OMS, Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo. Washington D.C. 102 p.

9. **DGEEC; OPS; ASDI. 2001.** Exclusión de la protección social en salud en Paraguay. 79 p.
10. **Fox, J.; L. Elveback; W. Scout; L. Gatewood; E. Ackerman, E. 1971.** Herd immunity: basic concept and relevance to public health immunization practices. *Am. J. Epid.* 94: 179-189.
11. **Ginawi, Y. 1990.** Atención primaria en salud. ¿Qué queda aún por hacer? *Foro Mundial de la Salud* 11: 365-371.
12. **Guerrero, R. 1998.** La violencia como problema de salud pública en la Región de las Américas. El caso Colombia. *Memorias Prevención de la Violencia: una oportunidad para los medios.* 41-49 p. OPS/OMS, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asoc. Col. De Actores, Directores y Dramaturgos.
13. **Heysen, S.; P. Musgrave. 1986.** Esperanza de vida y su relación con los ingresos: Agua potable y consultas médicas en el Perú. *Boletín OPS* 100: 33-46.
14. **Kunst, A.; J. Mackenback. 1994.** Measuring socioeconomic inequalities in health. *WHO/EURO PD* 416. Copenhagen. 1215 p.
15. **Londoño, J.L.; H. Grisales; S. Fernández; B. Agudelo; J. Sánchez. 1999.** Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994-1996. Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez. Medellín. 28 p.
16. **Lozano, R.; B. Zurita; F. Franco; T. Ramírez; J.J. Torres; P. Hernández. 1999.** Health inequalities in Mexican countries: 1990-1996. En: *Health equity consultation summary, current activities and future directions in health equity.* Rockefeller Foundation. Arlington, USA.
17. **Ludewing, C.; B. Finizola; M. Gil; E. Rivera; E. Ugel; P. Zeeman. 1993.** Propuesta para el análisis de la situación según condiciones de vida de la población para el apoyo a la gestión en niveles locales. IV Reunión Científica Nacional de Epidemiología. San Cristóbal, Venezuela.
18. **Makinen, M.; H. Waters; M. Rauch; N. Almagambetova; R. Bitran; L. Gilson; D. McIntyre; S. Pannarunothai; A.L.; Prieto; G. Ubilla; S. Ram. 2000.** Inequalities in health care use and expenditures: empirical data for eight developing countries and countries in transition. *Bull. WHO* 78: 55-65.
19. **Málaga, H. 1999.** Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la seguridad social. *Rev. de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia* 1: 128-136.
20. **Málaga, H.; M.C. La Torre; J. Cárdenas; H. Montiel; C. Sampson; Taborda; R. Granados; D. Pastor. 2000.** Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev. Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia* 2: 193-219.
21. **Marchand, S.; D. Wikler; B. Landesman. 1998.** Class, health and justice. *Milbank Q.* 76: 449-467.
22. **Ministerio de Salud, Perú. 1999.** Bases para el análisis de la situación de salud. Lima. 31 p.
23. **Muñoz, M.; DANE. 1995.** Los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI). *Boletín de Estadística* N° 507. 177 p.
24. **Muñoz, S.; D. Pastor. 2000.** Cobertura de vacunación. *Boletín especial del PAI, OPS. Minsalud, INS. Colombia.* 7 p.
25. **OPS. 1999.** Información para la salud: Informe Anual del Director, 1998. *Doc. Oficial* N° 293. Washington DC. 130 p.
26. **OPS. 1999.** Principios y conceptos básicos de equidad y salud. *Salud y Desarrollo Humano.* Washington DC. 14 p.
27. **PNUD; IDCE; DGEEC. 2003.** Informe nacional sobre desarrollo humano. Paraguay 2003. PNUD. Paraguay. 185 p.
28. **Rawls, J. 2002.** La justicia como equidad. Una reformulación. Ed. Paidós. Barcelona, España. 287 p.
29. **Saracci, R. 1978.** Epidemiological strategies and environmental factors. *J. Epidemiology* 7: 131-138.
30. **Sen, A. 2002.** ¿Por qué la equidad en salud? *Rev. Pan. S.P.* 11: 302-309.

31. **Supersalud Colombia; OPS. 2001.** Indicadores de cobertura 2000, Régimen Subsidiado. Serie Estadística N° 3. Bogotá, 169 p.
32. **Susser, M. 1993.** Health as human right: An epidemiologist perspective of the public health. *Am. J. Pub. Health* 83: 418-426.
33. **UCV; OPS; MSAS. 1993.** Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: experiencia en Venezuela. *B. Ofic. Sanit. Panam.* 14: 11-14.
34. **Verdejo, G.; M. Bortman. 1999.** Argentina: health situation analysis and trends, 1986-1996. XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association. Florence, Italy, Abstract Book II. 44 p.
35. **Wagstaff, A. 2002.** Poverty and health sector inequalities. *Bull. WHO* 80: 97-105.
36. **WHO. 1992.** Ethical issues in genetic research, screening and testing with particular reference to developing countries. WHO's Advisory Committee on Health Research 147-173.