

EQUIDAD Y SALUD: NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA SOCIAL

PATRICIA HERNÁNDEZ PEÑA, M.C., M.S.P.,⁽¹⁾ OSCAR ZAPATA, LIC. EN EC.,⁽¹⁾
RENÉ LEYVA, M.C.,⁽¹⁾ RAFAEL LOZANO, M.C.⁽¹⁾

Hernández-Peña P, Zapata O, Leyva R, Lozano R.
Equidad y salud: necesidades de investigación
para la formulación de una política social.
Salud Publica Mex 1991;33:9-17.

RESUMEN:

Este trabajo introduce a la reflexión sobre la equidad y su concepto actual en el campo de la salud. Se propone el análisis de la equidad a través de un enfoque sobre la distribución, accesibilidad, uso y resultados de los servicios de salud en relación con los grupos sociales. Cada enfoque de equidad conlleva repercusiones en las líneas de acción y en la política social. Se concluye con una propuesta a desarrollar en investigación, dentro de esta línea de estudio.

Palabras claves: equidad y salud, política social

Hernández-Peña P, Zapata O, Leyva R, Lozano R.
Equity and health: research needs for the
development of any social policy.
Salud Publica Mex 1991;33:9-17.

ABSTRACT:

This article presents a general view of the evolution of the conceptual approach to equity in health and its current meaning. The analysis of equity from the standpoint of distribution-accessibility, use and outcome of health services is proposed. Every point of view is addressed to an operational and policy-making position. This paper concludes with a proposal of perspectives for research development in this field.

Key words: equity in health, social policy

Solicitud de sobretiros: Dra. Patricia Hernández Peña. Departamento de Investigación Prospectiva en Salud. Apartado Postal 222. Oficina de correos N° 1, CP 62001. Cuernavaca, Morelos, México.

LA DIFERENCIA ENTRE el crecimiento y el desarrollo económico implica el nivel de bienestar de la población. Prácticamente en todas las sociedades existe desigualdad en el ingreso y en la satisfacción de las necesidades, sin embargo, la gravedad y extensión de las carencias en los grupos de población

afectan el nivel de desarrollo. Por otra parte, en los grupos sociales menos favorecidos se presentan dificultades de incorporación adecuada a los circuitos productivos y de consumo.¹

La distribución de recursos y servicios, así como el acceso a los distintos satisfactores, se ha constituido en

(1) Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública.

Fecha de recibido: 11 de septiembre de 1990

Fecha de aprobado: 19 de diciembre de 1990

una preocupación social permanente y ha dado lugar a planteamientos que cuestionan el desarrollo económico en su conjunto. Conceptos como el de "pobreza extrema", "marginalidad" y "necesidades básicas" se han utilizado para señalar la presencia de grupos sociales cuyo nivel de vida está rezagado con respecto a los valores promedio de análisis. Al mismo tiempo se ha demostrado la existencia de perfiles de patología característicos.^{2,4} No obstante, no se ha establecido un umbral por encima del cual sea factible decir que el desarrollo de un país está comprometido por el nivel de desigualdad que contiene.

La desigualdad social ha provocado reacciones científicas de la más diversa índole. Las ciencias de la salud no son una excepción en cuanto que mantienen una doble presencia, de juez y parte, en este proceso. Las desigualdades se reflejan en el acceso a satisfactores entre los que figuran los recursos para la salud, al tiempo que las carencias se manifiestan en las necesidades. El estudio de la salud y la enfermedad ha permitido identificar modalidades específicas de daño que varían en el tiempo según la población y tipo de patología. Dentro de los grupos con mayores carencias coinciden patologías que actualmente se ha logrado abatir y controlar en los grupos sociales con mayor nivel de bienestar.⁵

La dinámica social deja descubiertas diferentes necesidades, que deben ser atendidas directamente o en sus consecuencias por el Estado u otros agentes sociales. Un lugar importante ocupa la salud, por considerarse como premisa para el desarrollo y el crecimiento de la economía.

La preocupación por la llamada "brecha de la cobertura" de los servicios de salud, estimada en cerca de 130 millones de personas sin acceso a servicios en el mundo para 1987, se complica con el reconocimiento de que el sector salud tiene una capacidad limitada para contrarrestar los daños que el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población.^{6,7}

Asimismo, la polarización existente en las necesidades de salud, en las posibilidades tecnológicas y de recursos preventivos y terapéuticos a nivel nacional e internacional, ha obligado a la búsqueda de alternativas específicas para el tratamiento de este problema.

En México, dada su complejidad cultural, existen obstáculos adicionales al acceso y aceptación de los servicios. La terapéutica tradicional, ejercida por grupos de población relativamente reducidos, ha suplido o complementado parcialmente la insuficiencia de aquéllos. La disparidad no sólo se presenta en las coberturas, sino

también en la calidad de la atención y en la tecnología disponible.^{8,9}

Para las ciencias de la salud contemporáneas, este campo de estudio sigue siendo un reto teórico, metodológico y de intervención. No basta con decir que hay pobreza y que se relaciona directamente con el estado de salud de grandes grupos sociales. La investigación debe conducir hacia el conocimiento de los mecanismos de la pobreza que definen indistintamente una resultante en salud. De esta manera es posible controlar algunos de los factores coadyuvantes y obtener resultados satisfactorios, con la tecnología disponible, para el conjunto de la población.

La meta de desarrollo del país requiere de la participación de los diferentes grupos sociales, en beneficio del crecimiento económico, la salud y el bienestar y, al mismo tiempo, del óptimo aprovechamiento de los recursos humanos. El estudio de la equidad en este contexto es una prioridad. Hasta hoy, el concepto de equidad ha sido aplicado con una óptica particularmente económica, que se refiere a niveles de desarrollo y distribución del ingreso.^{2,4} Incluso en el campo de la salud, es el área de economía de la salud la que llama la atención sobre la relevancia de su instrumentación sectorial. La Ley General de Salud, además del derecho a la salud, refiere la necesidad de incorporar el criterio de equidad en los servicios.^{4,2} Sin embargo, la operacionalización de estas normas no se ha desarrollado. Por otra parte, la vinculación de los diferentes estudios de desigualdad en salud con la equidad constituye un tema complejo y amplio que amerita un análisis particular, tampoco realizado hasta la fecha.

La equidad en salud permite establecer las necesidades poblacionales a cubrir, constituyendo su estudio un fundamento para la elaboración de políticas sociales, particularmente de bienestar y salud.

EVOLUCIÓN DE LOS ENFOQUES DE EQUIDAD EN SALUD

La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad, tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución de recursos y de tecnología; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios, así como la cultura de la salud, donde se materializan las condiciones, hábitos de vida y los conocimientos en materia de promoción, prevención y recuperación de aquélla.¹⁰⁻¹²

Su evolución conceptual coincide con los planteamientos del contexto social en los que se ubica, toma diferentes sentidos y fundamenta nuevas estrategias, aun cuando siempre involucren problemas similares. Con base en ello se aproxima también a su antítesis, la inequidad. La idea es compensar "las desviaciones del desarrollo" al identificar y responder ante los puntos críticos de la desigualdad en el bienestar y la salud.¹³

Más allá de las características que los conceptos tomen en detalle, la equidad es inseparable de las necesidades, en tanto que su objeto se propone ser calificado *grosso modo* según su direccionalidad con base en cuatro grandes enfoques:

- equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales
- equidad de utilización ante necesidades iguales
- equidad en el funcionamiento de los servicios
- equidad en el bienestar social y la salud.

El enfoque sobre el acceso implica la distribución de los recursos y los servicios. La equidad constituye un criterio de análisis entre niveles distributivos inherentes a la ubicación de los servicios con respecto a la población. En este sentido se identifican dos posiciones: la primera, que propone equidad democrática, esto es, igualdad de recursos dirigidos a toda la población y se aplica en las mediciones cuantitativas, principalmente; la segunda, en la que la distribución se analiza en función de las necesidades diferenciadas.^{14,15}

El planteamiento que sugiere la equidad de acceso de acuerdo a necesidades iguales, sirvió de punto de partida para los programas de extensión de cobertura en sus más variadas modalidades, lo que implicó el incremento de recursos disponibles para la población y el cuestionamiento de los criterios de distribución. Este enfoque al problema de distribución se inspira en la resolución de Alma Ata.¹⁶

A nivel de la investigación, el problema se centró en la búsqueda de los mecanismos para identificar las necesidades, cuantificar requerimientos y establecer normas de distribución de recursos según criterios objetivos.¹⁷⁻¹⁹

Progresivamente se profundizó en la identificación de condiciones diferenciales de acercamiento entre la población y los servicios, aun entre grupos sociales relativamente similares. Se observó que la presencia física de los servicios no aseguraba su utilización.²⁰⁻²² Ello elevó la importancia de enfoques hacia el nivel individual, cir-

cunscribiendo el problema a dimensiones directamente relacionadas con los usuarios, quienes presentan las necesidades y demandan los servicios. Este es el enfoque de utilización.

Al interior de este segundo enfoque, la importancia estriba en identificar y precisar los procesos cercanos a la población, que debieran modificarse para obtener nuevos alcances en los programas de intervención partiendo de aspectos conductuales. La utilización representa una perspectiva que remite a la relación entre los servicios existentes, los usuarios y la correspondencia de las necesidades y el conocimiento de la población sobre los servicios.

Actualmente se busca una mayor racionalidad al interior de los servicios. Por una parte, en su utilización y operación y, por la otra, en la explotación de los recursos potenciales, hasta ahora aprovechados parcialmente, como es la participación comunitaria. En este sentido, las acciones a nivel operativo reflejan la limitación de los recursos disponibles y reorientan sus programas hacia grupos sociales considerados como prioritarios.

Dentro de los criterios que cuestionan la racionalidad señalada, se ha discutido que mayor equidad puede significar mayor eficiencia. Esto último se emplea como un argumento que enfatiza la utilización como vía a desarrollar para incrementar el aprovechamiento de los recursos existentes. Existe, sin embargo, la posibilidad de que se alcancen mayores niveles de equidad, paralelamente a la conservación e incremento de los niveles de eficiencia.

Esta tercera visión del funcionamiento de los servicios incorpora una perspectiva dinámica y más amplia. Un primer acercamiento a ella es el planteamiento de la equidad en los resultados de la atención, vista como calidad en los recursos y la operación de los servicios, que conllevan la igualdad en la probabilidad de resolución de un riesgo.²⁴⁻²⁷

Las tres perspectivas deben ser recuperadas y articuladas si se pretende alcanzar una visión de equidad integral, planteada como la cuarta perspectiva, la cual está en estrecha relación con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁸

Esta aproximación a la equidad incorpora en la discusión los determinantes de la salud vistos no como una mecánica de funcionamiento, sino como un proceso que genera permanentemente el conjunto de comportamientos sociales, entre los que se encuentra el origen y la manifestación de los riesgos de la salud.²⁹⁻³¹

El objetivo es entonces la equidad en servicios de salud, en su utilización, pero también en el acceso a los satisfactores básicos relacionados con la salud, a fin de incidir en la equidad a nivel de las necesidades. El nivel promocional y preventivo de la salud toma un papel de mayor importancia. Desde el punto de vista legal, el derecho a la salud se refiere al segundo y tercer enfoques, de utilización y funcionamiento, e implicaría una reordenación superior para cubrir la cuarta perspectiva.³²

CONCEPTUALIZACIÓN

El concepto de equidad ha sido insuficientemente aclarado y comprendido. En consecuencia, se ha prestado a innumerables interpretaciones, influenciadas por juicios de valor, posiciones teóricas, políticas y metodológicas que difícilmente pueden conciliarse. En principio, debería establecerse una gran diferenciación entre desigualdad y equidad. No obstante, existe consenso en torno al tema que aborda: la compleja relación entre las necesidades sociales y la respuesta social al problema de salud-enfermedad.

La equidad nos orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población. Implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos.³³ Distribución y necesidades son los ejes a través de los cuales la equidad toma sentido; el análisis de la distribución puede aplicarse a diversos objetos de estudio e implica una aproximación a las "regularidades" que presentan los elementos involucrados en la salud para cada grupo social.

En el área de la salud, la equidad define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica cómo sus determinantes profundizan o reducen las desigualdades sociales.³⁴

El análisis debe incorporar elementos diversos que incluyen la distribución geográfica, la eficiencia, la eficacia, la oportunidad y calidad de los servicios de salud con respecto a la población por cubrir y, como factores externos, las facilidades de transporte o la proximidad cultural entre recursos y/o servicios y usuarios.

La equidad, al expresar el grado de correspondencia entre la utilización de los servicios de salud y las necesidades, dará cuenta, de manera parcial pero fundamental, del efecto de los primeros sobre las segundas, del nivel de satisfacción y resolución de las necesidades por los servicios.³⁵

En otro nivel de análisis, la equidad supone que la salud es un derecho fundamental del hombre. En este caso se habla de un sentido de igualdad ciudadana que va más allá de la inequidad existente en materia de recursos y determinantes de la salud. Remite al sustrato legislativo que ampara el derecho a buscar y utilizar los recursos de salud, a la vez que considera el derecho a elegir el momento y el tipo de servicios.³⁶ Esta aproximación legal está enfocada al nivel individual y relacionada con los servicios médicos, en tanto que el manejo colectivo se refiere principalmente al terreno normativo y de control ambiental, exterior a los servicios.

Es frecuente que se utilicen las resultantes de la desigualdad para el análisis de la equidad; de ahí que usualmente el término de "inequidad" se reserve para hablar de los recursos y, cuando se discuten los aspectos propios del nivel individual, como es el estilo de vida y los hábitos, se les considere como "desigualdades".³⁷

Una sociedad que es desigual implica gradientes de calidad de vida y de salud y supone la búsqueda de soluciones, considerando precisamente estas variantes. Es necesario precisar el concepto de equidad, pues con ello sus determinantes, resultados y acciones propuestas son diferentes.³⁸

En este proceso, los alcances son todavía limitados. La permanencia de una diferencial en salud, de riesgos y daños, entre los grupos sociales, al interior de áreas circunscritas, de los países y en el contexto internacional, ha demostrado que la operación de estrategias con miras al logro de la equidad tiene niveles de acción múltiples y difíciles de articular simultáneamente: el teórico conceptual, el metodológico, el político estratégico y el programático.³⁹

FACTORES CONDICIONANTES DE LA EQUIDAD EN SALUD

La formulación de una política social en términos de equidad requiere de un soporte analítico y un marco de intervención que incidan sobre el complejo de factores condicionantes de la equidad. Estos pueden ser agrupados en tres grandes rubros, según el nivel de influencia:

TIPO Y NIVEL DE DESARROLLO ECONÓMICO

La importancia del desarrollo económico y social en los países y su relación con los problemas de salud-enfermedad se han analizado en diferentes regiones y momentos. Problemas como la distribución del ingreso, el comercio

internacional, el endeudamiento externo y la dependencia tecnológica, entre otros, afectan la disponibilidad de recursos para el bienestar y salud de las poblaciones.⁴⁰ Estos aspectos se expresan particularmente en:

- El monto total del gasto dedicado a las áreas que conllevan el bienestar social.
- Las características de la distribución sectorial del gasto.
- La distribución de los satisfactores para el bienestar.

No existen criterios que establezcan el monto suficiente de recursos en salud para la satisfacción de las necesidades. En un nivel macro la magnitud de ambos aspectos —recursos y necesidades— se relaciona con las características del patrón de desarrollo socioeconómico.

EL PAPEL DEL ESTADO

Se ha constatado que el progreso técnico y el social no necesariamente son simultáneos. Cada sociedad atribuye una importancia relativa a la calidad de vida y el bienestar de su población, para ser articulados en su política integral de desarrollo.

La participación estatal se refleja en la dirección del desarrollo y el nivel de apoyo que otorga a sus componentes productivo y social. El primero se refiere a la producción de recursos para el desarrollo económico. El segundo contempla la solución de las necesidades para la población y, en ellas, la salud tiene un papel primordial. En este sentido, el análisis de la equidad sintetiza ambas vertientes y puede contribuir en la orientación operativa del sector salud y de otros servicios.⁴¹

La equidad se vincula con la función del Estado que hace referencia a la tutela de los derechos sociales. Un primer problema se origina por la desproporción creciente entre la demanda en salud de la sociedad y la relativa incapacidad de respuesta gubernamental.

Reconociendo la existencia de diversos “niveles de vida” para los distintos grupos sociales, las necesidades presentan a su vez una distribución diferenciada. En este sentido, en la medida en que la equidad busca abatir la gravedad de las desigualdades sociales y sus consecuencias sobre la salud, es posible concebir la coexistencia de la equidad en la diferenciación social.

A nivel sociopolítico la equidad se refiere a la “justicia social”, que consiste en “dar más a quien menos tiene”. Se intenta distribuir o redistribuir los bienes generados por el

crecimiento de la economía, ajustando los recursos disponibles a las necesidades sociales. En México, la Ley General de Salud señala que “atendiendo a la naturaleza de los servicios de salud ...contiene el lineamiento de que se extiendan cuantitativamente y cualitativamente esos servicios en beneficio de los grupos vulnerables”.⁴²

Los programas oficiales resumen la posición estatal con respecto a la equidad. Estos elementos, llevados al contexto de la equidad en salud, se refieren a un grupo social de extrema pobreza —cuyo nivel amerita ser definido para el país— en quienes sobresalen los problemas de orden epidemiológico, de accesibilidad, uso y, en general, del funcionamiento de los servicios de salud. De ahí la importancia de aplicar los recursos a los programas prioritarios.

Otra forma de abordar el problema de la desigualdad es el “mejoramiento productivo del nivel de vida”, que consiste en apoyar el desarrollo de actividades productivas en el nivel individual o de pequeños grupos.⁴³

DINÁMICA COMUNITARIA

Independientemente de los lineamientos de la política social, al interior de las comunidades existen dinámicas que tienden a agravar o solucionar la problemática de la equidad y que deben ser analizadas. Aquí resaltan las dimensiones de la comunidad, la familia y su organización para generar y distribuir recursos, que influyen a la salud y se manifiestan como redes sociales y autocuidado.⁴⁴

En la tipología de los riesgos a la salud existen diferencias a nivel personal, pues la conducta de los menos informados generalmente está sometida a presiones que fácilmente les inducen a deteriorar su salud. A esto se suman sus características socioeconómicas, las cuales pueden limitar de manera importante su participación en la búsqueda de un equilibrio entre las necesidades y su manejo intracomunitario.

La participación en los grupos mejor informados es cualitativamente superior, más eficiente y justa que en los grupos que son dirigidos sin disponer de opciones y criterios sólidos. De ahí que se plantee como indispensable la socialización del conocimiento, también a diferentes niveles, incluyendo el comunitario y el de los recursos institucionales clave, para la orientación y guía de la participación comunitaria. Se dice que la participación mal orientada genera una mayor inequidad, en tanto impone costos secundarios.⁴⁵

PERSPECTIVAS A DESARROLLAR EN EQUIDAD

La evolución del concepto de equidad toma como elemento central el reconocimiento de las necesidades sociales. No refiere a la igualdad en términos "democráticos" independientes de las necesidades, excepto dentro de los análisis cuantitativos.

Las aproximaciones para cuantificar y calificar la equidad conllevan criterios de comparación que implican la definición de lo posible, lo frecuente, lo aceptado socialmente en un momento y grupo determinado. El concepto de equidad es dinámico en tiempo y espacio. Las definiciones operacionales van a depender tanto del concepto a que se haga referencia como de los propósitos que se planteen.

Es posible identificar en investigación y en intervención⁴⁶ los siguientes ámbitos de trabajo en materia de equidad:

INVESTIGACIÓN

Necesidades de salud. Debido a que las necesidades son múltiples y diferenciadas, se plantea establecer prioridades de atención a cubrir en ciertos grupos sociales. Documentar la polarización de la patología en la sociedad, donde las causas de enfermedad debidas a necesidades primarias insatisfechas coexisten con la presencia de daños resultantes de las nuevas condiciones de vida, surgidas con la expansión de los procesos industriales; investigar la patología prevenible y las necesidades básicas insatisfechas, es una manera de aproximarse al problema.

Una estrategia útil es jerarquizar de manera permanente los grupos prioritarios de atención, en tanto existen variaciones significativas en el tiempo, la magnitud, el tipo y la extensión de la problemática de salud, lo que obliga a reflexionar y descubrir la naturaleza del fenómeno para posibilitar la intervención.

Es evidente la relación entre las condiciones y formas de vida y salud-enfermedad; sin embargo, no ha sido posible encontrar una explicación de la funcionalidad de esta interacción. Los análisis deben profundizar la exploración de los determinantes socioeconómicos y sus consecuencias en salud.

Servicios de salud. Como parte de la investigación en equidad cabe analizar la interrelación entre las categorías de calidad, eficiencia y oportunidad de la atención en

salud y los problemas que dificultan u obstaculizan la interacción de los servicios con los diferentes grupos sociales. El estudio del funcionamiento de los servicios debe culminar con la elaboración de estrategias que permitan su mejor desempeño.

Por otra parte, el análisis de la organización de las instituciones de salud no se refiere exclusivamente a las dependencias oficiales, sino también a los servicios privados y comunitarios cuyos recursos constituyen un monto total por normar y coordinar.

Las políticas sociales representan un elemento de análisis importante en la delimitación de las áreas de responsabilidad estatal y su articulación con lo privado. La equidad como objeto de las políticas sociales expresa, en cierta medida, el nivel de prioridad de los problemas de salud que afectan la sociedad. Su estudio contribuirá a ubicar la salud en el contexto de la totalidad de los problemas.

Apoyo metodológico. La comparación de las necesidades y servicios de salud entre poblaciones enfrenta inicialmente problemas de orden cualitativo. No es fácil concluir sobre las diferencias entre los diversos países, regiones y grupos sociales, en tanto existen criterios diversos de clasificación, conceptualización y operacionalización en su estudio.

Las variaciones de lugar y tiempo afectan la comparabilidad, como una consecuencia inherente a la dinámica social en la que evolucionan sus componentes. Por otra parte, la carencia de registros, y los desniveles de confiabilidad de los existentes, constituyen una barrera operativa adicional.

Una de las acciones obligadas resulta ser la difusión de la metodología disponible y la promoción de su adecuado uso, a fin de enriquecer las aportaciones en el área. El trabajo deberá ser realizado bajo una óptica multidisciplinaria, donde sea factible la aprehensión de la realidad bajo líneas de investigación paralelas, con aprovechamiento de metodologías diversas.

INTERVENCIÓN

Si bien se dispone de diferentes mecanismos de intervención para problemas de salud específicos, existe la llamada brecha tecnológica, que significa una disparidad entre la identificación de estos mecanismos y la factibilidad de su operación con el alcance e impacto esperados.

Por otra parte, se requiere apoyar al sector salud en su papel de líder en la organización de la política social, a fin

de asegurar que los aspectos condicionantes de la salud de toda la población sean considerados en sus potenciales. Así, tanto la política como la técnica deben evidenciarse en el quehacer social de la salud.

Reorientación eficiente de los servicios de salud. Es imprescindible la articulación eficiente de los recursos disponibles. La modernización del sector es una estrategia que implica la búsqueda de mayores niveles de racionalidad en la distribución y funcionamiento de los recursos.

La promoción de los programas de salud prioritarios permitirá incidir selectivamente en los problemas. Se requiere además establecer mecanismos que aseguren el incremento y la preservación de la salud con acciones dirigidas a grupos de población selectos, considerados de alto riesgo y de insuficiente capacidad para la autoprotección.

La prioridad de las acciones preventivas constituye una opción que apoya la equidad en tanto supone la posibilidad de abatir la patología evitable para la totalidad de la población.

Características sectoriales. Una de las principales características de la organización de servicios de salud en los países de América Latina es su distribución diferencial de los recursos financieros, humanos y materiales. La llamada "brecha de cobertura" es una expresión de la insuficiencia de los recursos de salud disponibles y su accesibilidad para los grupos sociales más necesitados. Una primer tarea es la coordinación institucional al interior del sector con la finalidad de alcanzar el nivel óptimo de funcionalidad de los servicios ya existentes.

Por otra parte, la cooperación intersectorial debe reforzarse en tanto la salud no es solamente resultado de las acciones de este sector. Los esfuerzos nacionales en materia de educación, vivienda, mejora en la producción y abasto de alimentos, entre otros satisfactores, propician el desarrollo humano con mayor equidad. En este esfuerzo el Estado deberá favorecer el fortalecimiento de

cóordinación y participación de las acciones del conjunto de la sociedad.

Participación de actores sociales. La forma en que se espera establecer la relación con la población toma modalidades muy diferenciadas según sean las normas de equidad que se manejen. El antecedente muestra que se descargó gran parte de la responsabilidad de los servicios en los criterios técnicos, generalmente matizados por la determinación y posiciones políticas. Se establecieron así las bases de una actitud pasiva, con escasos canales de expresión y comunicación para grandes estratos, que obedecía en gran medida a la expectativa de solución de los problemas a cargo del Estado.

La participación de los agentes sociales debe asegurar los niveles de identificación de las necesidades, así como de acción para su tratamiento. Un primer momento debe permitir la creación y funcionamiento de canales de investigación y expresión de necesidades en todos los grupos sociales, a fin de asegurar una adecuada priorización.

Actualmente se busca que cobre fuerza la responsabilidad de la sociedad, que toma así una participación eminentemente activa. El problema entonces vendrá a ser la posibilidad real y la calidad de la participación. Paralelamente, debería facilitarse la creación de esquemas y formas de organización para la participación social en acciones de promoción, prevención y atención médica con fuentes de financiamiento alternativo, tanto privado como comunitario, apoyados técnicamente por el sector. La apertura en nuevas formas de autocuidado para la salud va a transformar los esquemas actuales de atención.

El Estado mantiene su interés y compromiso con la orientación y coordinación de los servicios de salud, en donde cobran importancia la modernización en su organización y las formas de financiamiento, que se vislumbran como un potencial poco explorado. Los criterios de selección y calificación de los grupos sociales que participarán de la cobertura de servicios de salud gubernamentales son aspectos que ameritan ser analizados y desde una perspectiva de equidad

REFERENCIAS

1. Jaguaribe H. Desarrollo económico y político. México, D.F.: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1973.
2. Hernández E. Efectos del crecimiento económico y la distribución del ingreso sobre la pobreza y la pobreza extrema en México (1960-1988). México, D.F. UAM-Iztapalapa, 1989.
3. Hernández E. Estructura de la distribución del ingreso. Comercio Exterior 1979;29;5.
4. COPLAMAR. Necesidades esenciales: salud. México, D.F.: Editorial Siglo XXI, 1983.
5. Henneken Ch, Buring J. Epidemiology in Medicine. Boston, 1988.
6. UNICEF. Estado mundial de la infancia. España, 1988;29.
7. Duarte N. Las ciencias sociales en los planes de estudio de graduación y posgraduación. Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas. OPS-CIESU, 1985;443-472.
8. Aguirre G. El trabajo en distintos trasfondos culturales. IMSS, 1980.
9. Lagasse R. Social inequities in health: a belgian report on two on-going studies. Soc Sci and Med, 1990.
10. Lagasse R. *Ibid.*
11. Hjort P. Inequities in medical care: consequences for health. In Smedby (Ed). Inequities in health services in the scandinavian countries. Sweden 1984;35-38.
12. Jorgen E. Explanations of social inequality: an approach to the problem. In Smedby (Ed). Inequities in health services in the scandinavian countries. Sweden 1984;45-56.
13. Todaro M. Economía para un mundo en desarrollo. FCE. México 1982;254-255.
14. Cortés F, Rubalcava RM. Técnicas estadísticas para el estudio de la desigualdad social. El Colegio de México y FLACSO. México, 1984.
15. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex 1985;5 y 6.
16. OMS. Atención primaria a la salud. Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria a la Salud. Alma Ata, URSS. Ginebra: OMS, 1978;2-9.
17. Anyiman CH. Availability, accessibility, acceptability, and adaptability: four attributes of african ethno-medicine. Soc Sic Med Great Britain 1987;27(7):803-811.
18. Lagasse R. Variations sociales de divers indicateurs de santé perinatale observeés dans trois arrondissements. Wallons. Population and famille. Belgique, 1982;56(2):71-101.
19. Rip M. Intraurban variations of neonatal and post-neonatal mortality in a development city. Soc Sci Med 1987;25-28,889-894.
20. Mosorove P. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación. Bol Of Sanit Panam 1983;95(6):525-545.
21. Kamper-Jorgensen F. Causes of differences in utilization of health services. In Smedby (Ed). Inequities in health services in the scandinavian Countries. Sweden 1984;57-66.
22. Waaler H. Inequalities in health: an economic comment. In Smedby (Ed). Inequities in health services in the scandinavian countries. Sweden 1984;67-73.
23. Gilson L. Government health care charges: is equity being abandoned? EPC London 1988;15:4-16.
24. Bloom B. Changing infant mortality: the need of spend more while getting less. Pediatrics. 1984;73(6):862-865.
25. Hjort P. Inequities in short stay somatic hospital care in Norway. In Smedby (Ed). Inequities in health services in the scandinavian countries. Sweden 1984;35-37.
26. Mosorove P. Measurement of equity in health. World health stat quart. USA 1986;39:325-335.
27. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, SSA, INSP, FCE, 1988.
28. WHO. Regional Publications. European series No. 7. Measurement of levels of Health. Coedicion WHO-IEA. Copenhagen 1979;59-63.
29. Bloch C. Los profesionales de la salud: ampliando el campo de estudio. 319-334.
30. Testa M. Planificación en salud: las determinaciones sociales. 347-380.
31. Wadsworth MEJ. Inequalities iin child health. Archives of diseases in childhood. London 1988;63:353-355.
32. Yukio K, Koch Ichi N. Toward basic human needs in relation to public health and nutrition. Health, nutrition an economic crisis. Approaches to policy in the third world. Bell DE, Reich RM (Ed) 1988;241.
33. Frenk J. *Ibid.*
34. Infante C, Schlaepfer L, Bobadilla JL, Nájera P, Straffon

- B, Cantoral L. La respuesta de un sistema estatal de atención a la salud ante las necesidades diferenciales; un estudio comparativo del medio urbano marginal y rural. En prensa 1990.
35. Frenk J. El caso de la medicina . Médicos sin empleo, poblaciones sin servicio. En Nexos N° 149. México 1990;55-69.
 36. Bobbio N. Liberalismo y democracia. Fondo de Cultura Económica. México, 1989.
 37. Jorgen. *Ibid*, pp.50.
 38. Musgrove. *Ibid*.
 39. Waitzin H, Introduction. Social science & medicine. 1989;28:11.
 40. Hellberg H. General aspects of inequities in health and health services. In Smedby (Ed) Inequities in health services in the scandinavian countries. Sweden 1984;7-12.
 41. Bobbio. *Ibid*.
 42. SSA. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México, 1984.
 43. Salinas de Gortari. Primer Informe de Gobierno. México, 1989.
 44. Fox J. Social network interaction: new jargon in health inequalities. *BMJ*. London 1988;373-374.
 45. Hellberg. *Ibid*.
 46. Masuy-Stoobant G. Social inequalities in perinatal health. In: Buekens, Derom, De Wals (Ed). Perinatal epidemiology and health care organization: the case of Belgium. *S Karger*. January, 1989;42-49.