

Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud

PATRICIA FRENZ⁽¹⁾

La reforma de la salud realiza la salud pública y sus funciones en el sistema de protección de la salud en Chile. Establece mandatos y una institucionalidad propia, en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, promulgada en 2004¹. La nueva estructura organizacional, conformada por la Subsecretaría de Salud Pública, las Autoridades Sanitarias Regionales o Secretarías Ministeriales de Salud con consejos asesores intersectoriales y representativos de la sociedad civil, y el Instituto de Salud Pública, tiene a su cargo “las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población o grupos de personas”². El desafío de esta nueva organización es desarrollar políticas de salud pública que revisen el balance entre lo asistencial, que hoy día lleva más de 90% del presupuesto del sector y lo promocional y preventivo³. Estos cambios -tanto e incluso más que el Auge y el fortalecimiento de redes asistenciales- presentan las mayores oportunidades para efectivamente lograr una población más sana.

En este contexto, es importante reflexionar sobre el ámbito de acción de la salud pública y sus proyecciones; en que la equidad en salud es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud. Esta discusión, relevante para el país, trasciende las fronteras nacionales, como lo ejemplifica el reciente lanzamiento en Santiago de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴.

Valor y objetivo fundamental de salud pública: la equidad en salud

En Chile, los gobiernos democráticos a partir de 1990 reafirman la prioridad de la salud y retoman la tradición de salud pública, dando inicio en el gobierno del Presidente Patricio Aylwin a un proceso de fortalecimiento del sistema, “cuyo objetivo central es el de promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud”⁵. Así, desde esa fecha se reafirma la equidad como preocupación declarada de las políticas sanitarias.

Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria. Este énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

No obstante la relevancia de este enfoque, existe otra mirada que sostiene que el objetivo de un sistema de salud equitativo es, además, asegurar la equidad en los niveles de salud alcanzados por los diferentes grupos sociales; una nueva dimensión que tiene implicancias distintas en lo valórico y en lo operativo⁶.

La equidad en salud según este enfoque más amplio, centrado en la disminución de las desigualdades en salud, surge como principio rector de la reforma impulsada por el Presidente Ricardo Lagos. Como señala el mensaje presidencial con el cual se envió al Congreso el primer proyecto de ley de la reforma de salud “la equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de

⁽¹⁾ Asesora, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. pfrenz@minsal.cl

reformular. La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud”. Destaca, además, las diferencias significativas en mortalidad infantilⁱ, expectativa de vida y discapacidad relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación, que son “producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de la vida de las personas y un aumento en la discapacidad y dependencia”⁷.

De modo que la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente”ⁱⁱ.

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles⁸.

Consistente con el énfasis del mensaje, que destaca la importancia de la salud para el desarrollo de una vida productiva y autónoma, pensadores como Arnand han elevado la salud a la categoría de “bien especial”, porque es un prerrequisito al funcionamiento pleno de un individuo; de manera que desigualdades en el nivel de salud constituyen desigualdades en la capacidad de funcionar y así una negación de la igualdad de oportunidades⁹.

Incluso se ha postulado que una sociedad justa -en el sentido de justa igualdad de oportunidades- es buena para la salud¹⁰. El correlato parece ser que malos indicadores de salud revelan una sociedad injusta. Este

enfoque considera que la distribución de salud entre los grupos sociales debe ser equitativa.

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humanas. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”¹¹.

Lo importante es que ambas líneas de argumentación convergen en la necesidad de acción social amplia para asegurar equidad en salud. Para orientar los esfuerzos en este sentido, son relevantes los principios para acción en equidad y salud, relevados por la oficina regional de Europa de OMS¹²:

- Políticas de equidad deben preocuparse del mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo.
- Políticas de equidad deben dirigirse a facilitar estilos de vida más saludables.
- Políticas de equidad requieren un compromiso real con la descentralización del poder y la toma de decisiones.
- Evaluación del impacto en salud junto con acción intersectorial.
- Preocupación compartida y control en el nivel internacional.
- Equidad en atención de salud se fundamenta en el principio de asegurar acceso para todos a servicios de calidad.
- Políticas de equidad deben basarse en investigación adecuada, monitoreo y evaluación.

Detrás de estos principios de acción hay una visión amplia de las intervenciones

ⁱ El riesgo relativo de mortalidad infantil para niños de madres sin escolaridad es 5 respecto al riesgo de niños de madres universitarias. Objetivos Sanitarios de la Década. Ministerio de Salud. 2002.

ⁱⁱ Definición de trabajo propuesta por el Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud. 2005.

necesarias para reducir diferencias en los niveles de salud, que va más allá del fortalecimiento de los servicios de atención de salud para abarcar los denominados determinantes sociales de la salud.

Determinantes sociales: las causas de inequidades en saludⁱⁱⁱ

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”¹³.

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas¹⁴.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?

Esta pregunta, planteada por la nueva Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales¹⁵.

Por otra parte, la Comisión señala que la

atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman. Wanless en Gran Bretaña, se refirió a la necesidad de un nuevo equilibrio, que se mueva desde la preocupación por la atención de salud (un servicio nacional de enfermedad) hacia la salud misma y las acciones orientadas a mantenerla (un servicio nacional de salud)¹⁶.

Marco conceptual para acción sobre determinantes sociales

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. La revisión de los modelos planteados y su evolución ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales, y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud.

Uno de los primeros y más influyentes fue el de Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención¹⁷. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead¹⁸

ⁱⁱⁱ Es importante señalar que los determinantes sociales de la salud no son todos determinantes sociales de inequidades en salud. De manera que entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos pero no todos contribuyen a las brechas de salud entre grupos. Así, es posible mejorar los estados promedios de salud sin alterar, o incluso aumentar, las brechas de equidad. Consecuentemente, las políticas de salud que surgen en el contexto de la reforma de la salud no deben expresamente considerar determinantes sociales de inequidades en salud. Ver GRAHAM H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, Vol 82, N° 1, 2004. (pp. 101 - 124).

y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña¹⁹. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1). Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Otra aproximación al entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud, también citado por Acheson, es representada en la Figura 2. Este modelo considera a las inequidades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio-psico-biológicas²⁰. Destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, explorando las vías causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen un impacto en la salud.

Construyendo sobre los modelos anteriores^{iv}, intentando aclarar aún más los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud y develando la relación entre los principales determinantes, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud plantea un marco conceptual para actuar sobre ellos²¹. (Figura 3).

Este marco traza el camino a partir de que el contexto social y político, incluyendo las

Modelo Socioeconómico de Salud



Figura 1. Las principales determinantes de la salud.

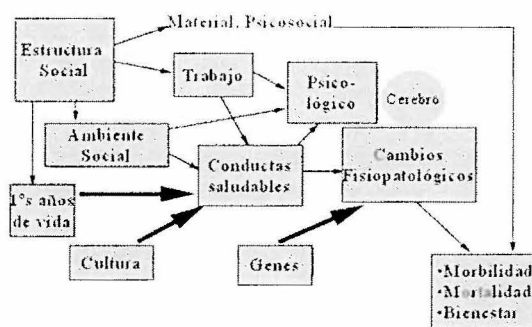


Figura 2. Situación socioeconómica e impactos en salud.

^{iv} Otro modelo influyente fue desarrollado por Diderichsen y Hallqvist que señalan la relación entre contexto social, la posición social del individuo con los factores de riesgo. Diderichsen F y Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of societal position and social context. En: Arve-Parès B (ed) Inequality in health - Swedish perspective. Swedish Council for Social Research. Stockholm. 1998. pp.25-39.

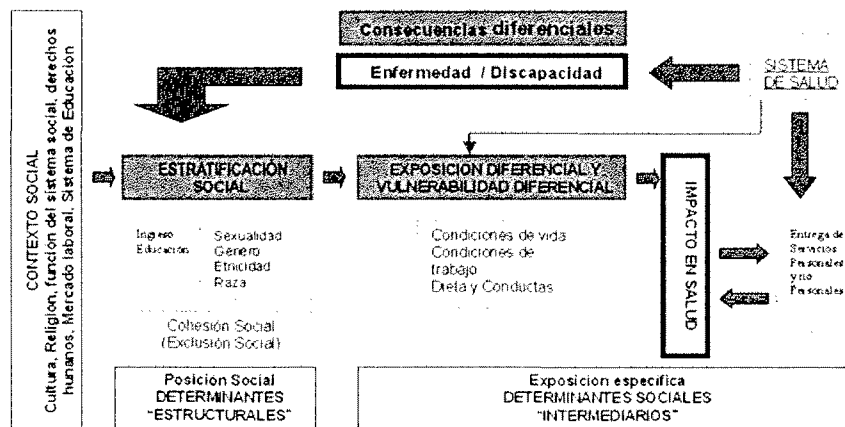


Figura 3. Marco conceptual para abordar determinantes sociales.

instituciones políticas y los procesos económicos, da origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal²².

El marco conceptual incorpora al sistema de salud como un determinante social más porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.

El esfuerzo colectivo: intersectorialidad y participación social

Cuando la mirada a los factores conducentes a la salud es amplia, muchas de las inter-

venciones que buscan modificar dichos factores quedan fuera de la acción tradicional del sector salud.

El enfoque propuesto por la Comisión concibe un rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y programas de salud pública comprensivos y efectivos, pero con igual importancia, actuando indirectamente, involucrando otros sectores del gobierno y de la sociedad civil. Reconoce que la salud pública es un campo de acción social cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud y de otros sectores, los políticos, la academia, las organizaciones sociales, empresarios e instancias de la sociedad civil.

Un aspecto central al marco es la cohesión social y la construcción de capital social al reconocer que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

El marco pone énfasis en los diferentes niveles de acción donde habrá que intervenir sobre determinantes sociales²³. (Figura 4). Las políticas de acción sobre determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento del acceso a servicios, disminución de las consecuencias gracias a acciones sectoriales y cambios en la estratificación social. Aquí se destacan también como aspectos o principios transversales a los niveles de intervención, las consideraciones por el contexto, la participación ciudadana en

las decisiones y la acción intersectorial, además de la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

Implicancias para la definición de la salud pública hoy

La lógica de esta discusión lleva a relevar el valor que nuestra sociedad otorga a la salud, al plantear su centralidad para el desarrollo pleno de oportunidades por los individuos. Por su importancia, la salud y la equidad en salud deben transformarse en objetivos colectivos que involucren a todos los sectores del gobierno y de la sociedad civil y no sólo al sector salud, menos aún restringirse al sistema de atención de salud exclusivamente. El fortalecimiento de la salud pública en la reforma de salud va en esta dirección.

El Presidente Lagos afirma que, “la equidad es el resultado de una acción intencionada de identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos”²⁴.

Acorde con estas palabras y con el pensamiento filosófico que hay detrás, la equidad en salud figura entre los cuatro Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010, específicamente el objetivo tres: disminuir las desigualdades en salud, proponiendo tres metas concretas a alcanzar al final de la década^v:

- Mortalidad infantil: Reducir la brecha entre quintiles extremos en un 10%.
- Esperanza de vida temporaria: Evitar el descenso en expectativa de vida de los grupos socioeconómicos más bajos y retomar la tendencia del promedio.
- Años de vida potenciales perdidos: Mantener la tendencia a la baja y disminuir la brecha en un 30%.

Lograr estas metas implica analizar las causas de las desigualdades, identificar y ejecutar intervenciones efectivas para reducirlas y evaluar los avances, todas tareas cuyo éxito

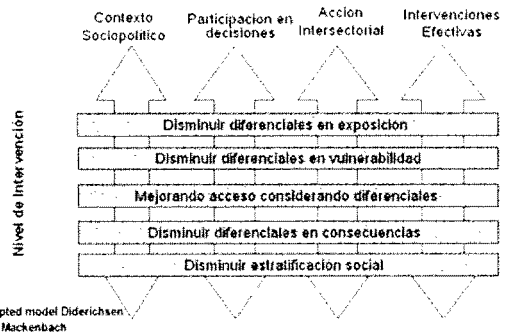


Figura 4. Acción sobre procesos sociales. Niveles de intervención para abordar determinantes sociales.

requiere entender las condiciones sociales determinantes de la salud y los procesos subyacentes que llevan a los individuos de la salud a la enfermedad.

Si bien hoy se puede identificar muchos programas de salud y programas sociales que actúan sobre determinantes sociales de la salud -tales como el Auge, el Plan de Salud Familiar, la educación parvularia en sus diferentes modalidades, los programas de salud escolar y de alimentación de Junaeb y el Chile Solidario- el enfoque de determinantes sociales de la salud y la visión amplia de salud pública permitirán potenciar aún más lo realizado y orientarán políticas y programas futuros.

Para ello, el marco conceptual propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población chilena, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

Esta tarea debe llevarse a cabo desde las esferas de gobierno pero también desde la academia y otros organismos de la sociedad civil para construir un mayor entendimiento, lograr una visión común y consensuar intervenciones prioritarias que orientarán las políticas de salud a futuro, en miras a la plena implementación de la reforma sanitaria para

^v Este año la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud evaluará el avance en estas metas, junto con las demás metas de los Objetivos Sanitarios Para la Década 2000 - 2010.

alcanzar su fin: mayor equidad para una mejor salud para todos.

Un punto de partida debe ser la evaluación del cumplimiento de las metas de equidad de los Objetivos Sanitarios, a la cual se aboca ahora el Ministerio de Salud. Pero también se pueden analizar las causas de diferencias entre grupos sociales en la incidencia o prevalencia de accidentes y enfermedades laborales, accidentes de tránsito e hipertensión arterial, entre otros problemas de salud, para proponer acciones en diferentes puntos de entrada, desde los específicos a cada patología hasta los que implican modificaciones sociales. Esto implica agregar a las metas sectoriales asociadas a los Objetivos Sanitarios metas intersectoriales.

Quizás el área de acción capaz de producir mayor impacto en la mejoría de la equidad en salud y la justicia social a futuro es el desarrollo infantil temprano, que requiere un enfoque amplio que tome en cuenta los diferentes niveles donde se producen inequidades, para potenciar y ampliar los programas sociales de la infancia en marcha, mediante la acción concertada.

Dentro de la disciplina de la salud pública, la preocupación por la equidad llevaría a una mayor aproximación a las ciencias sociales y el análisis interdisciplinario de los procesos sociales subyacentes, constituyendo lo que algunos salubristas han denominado, “la nueva salud pública”. Aunque otros sostienen que este enfoque tiene poco de nuevo y es más bien un retorno al compromiso histórico de la salud pública con la justicia social²⁵.

Nuevo o histórico, el reconocimiento de la importancia de la equidad en salud y la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud son fundamentos para llevar el compromiso histórico de la salud pública con la justicia social a proyecciones más allá de los ámbitos tradicionales.

Un paso es concordar una definición de salud pública que de cuenta de esta proyección y convoque expresamente a los diversos actores. En Chile, las definiciones de salud pública tienden a ser operativas, considerando básicamente dos pilares: uno, el análisis de los problemas de salud de la población, y otro relacionado con la organización de la respuesta

para enfrentar esos problemas²⁶. En el Plan de Salud Pública, el Ministerio de Salud, habla de la salud pública como “la preocupación por el estado de salud alcanzado por el conjunto de la población y su distribución”²⁷.

Propongo mirar la definición adoptada por Wanless que plantea una salud pública que sea preocupación de la sociedad en un sentido amplio, no sólo de los gobiernos, las organizaciones públicas y privadas y las comunidades sino de los esfuerzos agregados de individuos respecto a la salud propia y de sus familiares: “el arte y ciencia de prevenir enfermedad, prolongar la vida y promover la salud, a través de los esfuerzos organizados y las opciones informadas de la sociedad, organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos”²⁸.

A ello agregaría expresamente la preocupación por la equidad en salud:

La salud pública es el arte y ciencia de promover la salud, prevenir enfermedad, y prolongar la vida, para lograr mejor salud y mayor equidad en la salud de la población, a través de los esfuerzos organizados y las opciones informadas de la sociedad, organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos.

El mandato de la reforma de salud en Chile que implica una nueva valoración de la salud y la madurez de la reflexión global, representada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, presenta un escenario propicio para ampliar la acción en salud pública. Haciéndose eco a las palabras del presidente de la Comisión, Sir Michael Marmot, nos encontramos hoy en la mejor posición para avanzar en materia de salud de los últimos 50 años cuando se creó el Sistema Nacional de Salud y la OMS²⁹.

REFERENCIAS

- 1.- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. www.congreso.cl
- 2.- Artículo 8, Ley 19.937.
- 3.- SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, Plan de Salud Pública: Núcleo Central de Prioridades. Ministerio de Salud. 2005.

- 4.- www.who.int
- 5.- OPS, La Salud Pública y la Organización Mundial en Chile 1902 - 2000: 100 Años de Colaboración.
- 6.- MOONEY G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983; 4: 179-84.
- 7.- Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. 22 de mayo de 2002. www.congreso.cl
- 8.- SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- 9.- ARNAND S, PETER F. Equal Opportunity, en COHEN J, ROGERS, J (eds.) *Is Inequality Bad for Our Health?* 2000. Boston. Beacon Press. pp. 48-52.
- 10.- DANIELS N. *Just Health Care*. 1985. Cambridge. Cambridge University Press.
- 11.- SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? *Pan AM J Public Health* 2002; 11: 302.
- 12.- WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992; 22(3): 429-45.
- 13.- TARLOV A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), *Health and Social Organization*. London. Routledge. Pp. 71-93.
- 14.- SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- 15.- SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- 16.- WANLESS D. Final Report. *Securing Good Health for the Whole Population*. February 2004.
- 17.- CANADA. Department of National Health and Welfare. *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*. 1981. ed. Ottawa: Information Canada. 1974.
- 18.- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.
- 19.- ACHESON D. *Independent inquiry into inequalities in health*. The Stationary Office. 1998.
- 20.- ACHESON D. *Independent inquiry into inequalities in health*. The Stationary Office. 1998.
- 21.- SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- 22.- SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- 23.- Presentación Secretariado de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Primera Reunión de los Comisionados. Santiago, Chile. 16-17 mayo de 2005. www.ocai.cl
- 24.- Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. 22 de mayo de 2002. www.congreso.cl
- 25.- ROBERTSON A. *Critical Reflexions on the Politics of Need: Implications for Public Health, Social Science and Medicine* 1998; 47(10): 1419-30.
- 26.- ARTEAGA O. Director del Programa de Magíster en Salud Pública. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Comunicación personal. Junio 2005.
- 27.- Subsecretaría de Salud Pública, Plan de Salud Pública: Núcleo Central de Prioridades. Ministerio de Salud. 2005.
- 28.- WANLESS D. *Securing Good Health for the Whole Population*. Final Report. 2005. p.27.
- 29.- MARMOT M. Presentación ceremonia de lanzamiento de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Santiago, Chile. Marzo 2005. www.ocai.cl

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl