

INGRESO Y ESTATUS SOCIAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

INCOME AND SOCIAL STATUS AS DETERMINANT OF POPULATION HEALTH

Luz María Herrera*

Enfermera Matrona

Candidata a Magíster en Enfermería

Profesora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Sonia Jaimovich

Enfermera

Magíster en Salud Pública

Profesora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Artículo recibido el 25 de marzo, 2007. Aceptado en versión corregida el 28 de mayo, 2007

RESUMEN

*La salud de la población no solo depende de la atención de salud, sino que también de otros determinantes como el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana. Estos fueron descritos por Lalonde en 1974, quien como Ministro de Salud y Bienestar de Canadá cuestionó el rol de las organizaciones de salud como único determinante de la salud de las poblaciones, por las diferencias encontradas según su contexto de vida, los que estaban relacionados con los factores biológicos, sociales y ambientales. El análisis de los determinantes de la salud es actualmente relevante para los profesionales de la salud, si se quiere influir en el nivel de salud de las personas y comunidades. El objetivo del presente trabajo es analizar el nivel de ingreso y estatus social como uno de los determinantes más poderosos del nivel de salud. Este análisis incluye la conceptualización de pobreza, su cuantificación, evolución y caracterización en Chile, grupos vulnerables y su relación con la salud y con otros determinantes. La pobreza, determinada en gran parte por el bajo nivel de ingresos, se relaciona con mala salud y la mala salud con la pobreza. No solo se asocia al bajo nivel de ingresos, sino que a un estado de carencia global de las necesidades fundamentales y a la escasa posibilidad de salir de ella. Se asocia a la mayoría de los determinantes sociales de la salud, y la calidad de la educación es uno de los principales factores que contribuyen a la superación de la pobreza y a la movilidad social. En Chile, los más afectados por la pobreza y por lo tanto los más expuestos a sufrir problemas de salud son los niños, mujeres y adultos mayores. **Palabras clave:** Pobreza, inequidad en salud, nivel socioeconómico, nivel de salud.*

ABSTRACT

*The health of the population not only depends on health care, but also on other determinants such as life style, environment and human biology. These were described by Lalonde in 1974, who as Minister of Health and Well-being of Canada questioned the role of healthcare organizations as the only determinant of the health of populations, considering differences found related to the context of life, biological factors, social and environmental factors. The analysis of the determinants of health is currently important for health professionals, in order to influence the level of health of people and communities. The objective of the present paper is to analyze income and social status as one of the most powerful determinants of health. This analysis includes the conceptualization of poverty, its quantification, evolution and characterization in Chile, vulnerable groups, and its relation to health and other determinants. Poverty, determined mainly by low level of income, is related to bad health, and bad health to poverty. It is not only associated with low level of income, but also with a global lack of fundamental needs and to the scarce possibility of overcoming it. It is associated with most of the social determinants of health, and quality of education is one of the main factors which contribute to overcoming poverty and social mobility. In Chile, the groups most affected by poverty and therefore the most exposed to health problems are children, women and the elderly. **Key words:** Poverty, health inequalities, income, social class, health level.*

* Correspondencia e-mail: luzma@uc.cl

INTRODUCCIÓN

La salud, entendida como bienestar físico, psicológico y social de la población, depende de las condiciones de desarrollo económico, político-social y de salud pública de los países. De este modo, tanto el nivel de bienestar como la pérdida de la salud y muerte prematura de las personas, no solo dependen de las condiciones o características de la atención de salud (calidad, acceso, cobertura), sino que también de otros factores, igualmente importantes como son los estilos de vida, el medio ambiente y la biología humana. Estos factores fueron identificados hace tres décadas, en 1974, cuando Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá en ese momento, cuestionó el rol de las organizaciones de salud como único determinante de la salud de las poblaciones, al constatar que existían diferencias significativas en el estado de salud de las personas según su contexto de vida, los que estaban relacionados con los factores biológicos, sociales y ambientales. Desde entonces, el conocimiento científico ha ido reforzando la evidencia sobre las relaciones e interrelaciones de dichos determinantes con la salud y han nacido nuevos modelos al respecto que se basan en el creado por Lalonde (Rootman, 2000).

En este contexto, el análisis de los determinantes de la salud es hoy en día relevante para los profesionales de la salud, si efectivamente se quiere influir en el nivel de salud de las personas y comunidades.

El objetivo del presente trabajo es analizar uno de los determinantes más poderosos del nivel de salud de las personas, familias y comunidades: el nivel de ingreso y estatus social. Este influye directamente en la satisfacción de lo mínimo indispensable para la vida (necesidades básicas, incluidas las de salud) y se relaciona más que ningún otro, con el resto de los determinantes de la salud. De esta manera, condiciona las opciones de estar incluido en la sociedad y participar de su desarrollo, de educación, de acceso a la

atención de salud, las posibilidades de un desarrollo infantil adecuado y de un envejecimiento saludable, de acceso a un empleo digno, seguro y de calidad, y las posibilidades de vivir en un ambiente físico libre de riesgos, entre otros. Entonces, cuando el nivel de ingresos no permite que se den todas estas condiciones, se habla de pobreza humana. En otras palabras, para lograr el bienestar es necesario contar con un nivel de ingreso que permita satisfacer todas las necesidades fundamentales y viceversa, para lograr un adecuado nivel de ingreso es necesario contar con buena salud, que permita tener la energía suficiente para responder a las exigencias del trabajo y de la vida diaria.

Este análisis incluye la conceptualización de la pobreza, su cuantificación, evolución y caracterización en Chile, los grupos más vulnerables y su relación con la salud y con otros determinantes.

CONCEPTO ACTUAL DE POBREZA

La pobreza es una condición humana, un modo de existir que influye en todas las interacciones de la persona con el mundo que la rodea, caracterizada por la carencia o privación crónica de los recursos, capacidades, opciones, seguridad y poder necesarios para gozar de un adecuado nivel de vida y los demás derechos civiles, culturales, económicos y sociales (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2004).

Pobreza no solo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino que es entendida como carencia, que implica un estado de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas básicas, incluidas las relacionadas con la salud y que se refiere tanto a la carencia de elementos o medios para alcanzar dichas capacidades, como a la insuficiencia de herramientas para abandonar dicha posición. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003); lo que implica además que la pobreza va unida a la falta de poder, a la humillación y a un sentido de exclusión del acceso a los bienes y servicios sociales (CIE, 2004).

Cuantificación, caracterización y evolución de la pobreza en Chile

Un criterio comúnmente utilizado para medir y comparar los niveles de pobreza internacional, consiste en utilizar las medidas de dos dólares y un dólar diarios de ingreso familiar por persona, para definir la línea de la pobreza y de indigencia, respectivamente. Basándose en estas medidas, Chile muestra un buen desempeño y ha logrado reducir a la mitad el nivel de pobreza de sus habitantes en las últimas dos décadas, de 18% en 1981, a 9% en 2001 (Fuentes & Mies, 2005).

En Chile, la pobreza se mide a través del método de ingreso o "costo de las necesidades básicas" utilizando el concepto de canastas de consumos básicos familiares para definir la línea de la indigencia y pobreza. Esto está determinado por el nivel de ingreso familiar por persona que permite comprar una y dos canastas, respectivamente (Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), 2004).

Para la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica ([CASEN], 2003), la canasta básica de consumo se valoró en \$21.856 para la zona urbana y en \$16.842 para la zona rural. Si el ingreso por persona mensual del hogar no alcanzaba a dichos valores y si no alcanzaban al doble de ese valor, las personas que componen esos hogares se consideraron indigentes y pobres, respectivamente (MIDEPLAN, 2005). La diferencia entre zona urbana y rural, se debe a la diferencia de disponibilidad de ingresos monetarios en ambas zonas, que permitan obtener el acceso a igual canasta básica (MIDEPLAN, 2004). En base a esta clasificación, la encuesta 2003, reveló un 18,8% de pobres y un 4,7% de indigentes, lo que muestra un panorama muy distinto al evaluado con el indicador de uno o dos dólares per cápita.

Chile ha disminuido considerablemente la pobreza no indigente desde 1987, desde un 45% a un 19% en 2003, según datos de la Encuesta CASEN de los respectivos años. Sin embargo, esta evolución positiva no se relaciona necesariamente

con mejores condiciones de bienestar, mayor y mejor acceso a servicios de salud y educación, o mejoras en las condiciones habitacionales de los hogares pobres (Fuentes & Mies, 2005).

Por otro lado, existen brechas sociales importantes que separan a los diferentes estratos socioeconómicos, con una diferencia de Ingreso Promedio Autónomo [IPA] para los más ricos de 14,3 veces con respecto a los más pobres. El ingreso autónomo se define como todos los pagos que recibe el hogar como resultado de la posesión de factores productivos, como sueldos, ganancia de trabajos independientes, la autoprovisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones (MIDEPLAN, 2004).

Para tomar conciencia de la magnitud de la desigualdad en la distribución del ingreso que presenta Chile actualmente, es necesario conocer las cifras en pesos que dan cuenta de las diferencias de ingreso promedio autónomo que tienen ricos y pobres, ya que no se logra tomar real conciencia de dicha desigualdad con solo saber que la diferencia es de 14,3 veces: el IPA de un hogar del V quintil fue de \$1.494.083 y el de un hogar perteneciente al I quintil fue de \$104.144 (MIDEPLAN, 2004). Esta realidad, revela la existencia de diferencias importantes en el acceso al bienestar según el nivel de ingreso.

Los quintiles de ingreso se refieren a la clasificación total de los hogares, en cinco grupos de igual tamaño, mutuamente excluyentes entre sí y con orden ascendente según los ingresos autónomos que representan, de manera que el quintil I representa el más pobre y el quintil V el más rico.

En Chile, según Castro y Kast (2004), la población de personas en situación de extrema pobreza (indigentes) que no logró superar esta situación en el quinquenio 1996-2001, está conformada por una población relativamente más joven, con muy baja participación laboral de la mujer, con una escolaridad promedio inferior al resto, con una proporción de padres sin educa-

ción sustancialmente mayor (37%) y con una vivienda en muy malas condiciones.

Asimismo, según Contreras, Cooper, Herman y Nielsen (2004), los hogares más jóvenes, es decir con un mayor número de lactantes y preescolares tienen disminuidas sus posibilidades de salir de la pobreza.

El empleo y la calidad del mismo son mecanismos importantes para superar la pobreza y por lo tanto para gozar de mejor salud (Torche, 2001).

En Chile las mayores tasas de desempleo se observan en la población pobre, en las mujeres y los jóvenes, según datos de la Encuesta CASEN 2003, que revela que alrededor del 67% de los desocupados se ubicaban en el 40% más pobre de los hogares (I y II quintil), mientras que el 5,9% de los desocupados pertenecía al 20% más rico (V quintil). Además de las mayores tasas de desempleo que presentan los más pobres, se observa en ellos una menor cantidad de personas con contrato, menos empleo permanente y menor cotización previsional (MIDEPLAN, s.f.).

Existen diferencias significativas en el nivel de escolaridad alcanzado por los chilenos según nivel de ingresos. A pesar que el promedio de escolaridad de la población general de 15 años y más aumentó desde 1990 a 2003 de 9 a 10 años, y que este aumento favorece especialmente a los jóvenes de 16 a 24 años pertenecientes al I decil, superando a sus abuelos y padres en 2,5 y 1,5 años de estudio respectivamente, la diferencia con el X decil llega a casi 7 años de diferencia (9 y casi 16 años de escolaridad, respectivamente) (Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile, s.f.a).

Por otra parte, Contreras et al. (2004), evidencian que los ingresos de los ocupados se incrementan especialmente a partir de los 12 años de estudios y que los niveles secundarios son significativos para evitar caídas en la pobreza, lo que refleja que la educación es rentable. Sin embargo, este nivel de educación no es suficiente para salir de la pobreza; estos autores

destacan, como relevante para ello, la influencia de la educación técnica.

Grupos vulnerables. Los niños: la incidencia de la pobreza se concentra en los niños. Actualmente en Chile, el 34,2% de los menores de 18 años está bajo la línea de la pobreza (26,9% pobres y 7,3% indigentes), en comparación con los mayores de 18 años que presentan cifras de pobreza de un 18,6% (15,1% pobres y 3,5% indigentes) (Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile, s.f.b).

Las mujeres: en Chile no se advierten diferencias significativas en la incidencia de la pobreza entre hombres y mujeres, sin embargo en los hogares cuyos jefes de hogar son mujeres, la incidencia de indigencia es más alta (4,6%) que en los hogares cuyos jefes son hombres (3,6%) y solo cerca del 37% de las mujeres en edad de trabajar lo hacen (Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile, s.f.b). Además, su tasa de participación laboral varía de manera muy significativa según el nivel educativo desde un 26,3% en mujeres con educación básica a un 89,5% en aquellas con 19 y más años de estudio. Asimismo, a mayor número de hijos menor participación en la fuerza de trabajo y por último sus remuneraciones son inferiores a los de los hombres a igual nivel de capacitación, llegando a casi un 30% de diferencia (Calvin, 2001; Díaz & Medel, 2001).

Los adultos mayores: la población de mayores de 65 años actualmente corresponde a casi el 10% de los chilenos y de ellos, según resultados de la Encuesta CASEN 2003, el 7% se encuentra bajo la línea de la pobreza y el 51% no recibía una pensión mínima o superior en ese año (MIDEPLAN, 2005).

Pobreza y Salud. La pobreza, determinada en gran parte por el bajo nivel de ingresos, se relaciona con mala salud y la mala salud se relaciona con pobreza (Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile, s.f.c; Infante, 2000; OMS,

2003; Pender, 1996; Public Health Agency of Canada, s.f.; Vega, 2001; Vega, Solar & Irwin, 2005).

De acuerdo con el mensaje del CIE, en el día internacional de la enfermera del año 2004, las enfermeras están conscientes de que cuando las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas por motivos de pobreza, son más propensas a las enfermedades y aumentan la mortalidad. A la vez, por las enfermedades reducen las posibilidades de salir de la condición de pobreza; situación que también ha sido confirmada en Chile por Contreras et al. (2004) y por Moreno (s.f.), quienes establecen que para los hogares que viven en situación de pobreza, un episodio de enfermedad grave perjudica enormemente sus posibilidades de salir de ella, empobreciéndose aún más.

La mala salud de las personas en condiciones de pobreza no solo está relacionada con los bajos ingresos o malas condiciones de vida, sino que también se relacionan con el grado de control que tienen las personas sobre las circunstancias estresantes de la vida. El estrés permanente que viven las personas en situación de pobreza, aumenta la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades a través del debilitamiento del sistema inmune y complejas reacciones del sistema endocrino-hormonal, como son los trastornos del ánimo (principalmente depresión), enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, dolor lumbar, cefaleas y cáncer (Pender, 1996).

En Chile hay muchas desigualdades en salud que son inequitativas, ya que prácticamente todos los problemas de salud tienen un comportamiento desigual afectando preferentemente a los más pobres y a los que tienen menos años de escolaridad (MIDEPLAN, 2004). Lo mismo ocurre con la esperanza de vida al nacer y el riesgo de morir de la población general y en especial de la población infantil (Vega, 2001).

Si se analiza la situación de salud de los niños, utilizando como indicador la Tasa de Mortalidad Infantil [TMI], se en-

cuentran bajos índices de mortalidad en el menor de un año, del orden de 8,4 por mil nacidos vivos [NV] en el año 2004. Sin embargo, este dato no refleja la realidad del riesgo de morir de los niños pobres, ya que este es considerablemente mayor, tanto por comunas de residencia como según el nivel socioeconómico de la madre. Es así que, según comuna de residencia, los niños que viven en Vitacura por ejemplo, tienen un muy bajo riesgo de morir (TMI de 2,62 por mil NV en 1998) a diferencia de los niños que viven en Independencia que es 7 veces más alta (14,59), Purranque (28,34) o Puerto Saavedra que es cerca de 20 veces mayor (42,25) (Peppers, 2001). También hay desigualdad en la tasa de mortalidad infantil según los años de instrucción de la madre, en donde a mayor años de estudio disminuye la mortalidad de los hijos. Así, los hijos de madres sin educación tienen 5,9 veces más riesgo de morir que aquellos de madres con estudios superiores, siendo también más significativa la diferencia en las muertes por traumatismos, enfermedades respiratorias e infecciones (Vega, 2001).

Al analizar las inequidades en las mujeres en relación al nivel de ingresos, se observa primero que el 64% de las mujeres en edad de trabajar, no lo hacen y cuando lo hacen (36%) deben trabajar doble jornada para equilibrar las demandas de la familia y del trabajo. Esto se debe a que la mujer sigue llevando la responsabilidad primordial del cuidado de los hijos, del marido o pareja, ancianos y enfermos de la familia y el hombre la responsabilidad de proveedor. El estrés que conlleva esta situación, menoscaba su salud tanto física como mental presentando mayores problemas de salud como lumbalgias, cefaleas y depresión, siendo esta última hasta tres veces mayor que en los hombres (Díaz & Medel, 2001; Vega, Solar & Irwin, 2005). Asimismo, Calvin (2001) basándose en cifras entregadas por el Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] en el año 2001, destaca que las mujeres consumen más tranquilizantes que los hombres (16,9% las mujeres, ver-

sus 7,5% los hombres). Por otro lado, como consecuencia inmediata de la doble jornada laboral, las mujeres postergan sus cuidados privilegiando el cuidado de su familia y consultan tardíamente en caso de enfermedad, siendo las principales razones la falta de tiempo y de dinero (Díaz & Medel, 2001).

Otra desventaja de las mujeres, condicionada también por lo anterior (responsabilidad del cuidado de la familia) es su dificultad para encontrar empleo, y dejar a los que dependen de sus cuidados al cuidado seguro de otros. Es una realidad, en Chile, la insuficiencia de salas cunas y jardines infantiles para los sectores de menores recursos, como también el hecho que el sistema de salud ha traspasado la carga económica de los enfermos y postrados a las familias y por lo tanto a las mujeres. Por otra parte, las mujeres, para conciliar sus responsabilidades, tienden a entrar y salir de la fuerza de trabajo, con lo que disminuyen sus ingresos, posibilidades de ahorro, acceso a préstamos bancarios y prestaciones de jubilación, repercutiendo en su estado de salud y en el de sus hijos y en una adultez mayor con grandes privaciones (Arriagada, 2005; CIE, 2004; Díaz & Medel, 2001; Vega, Solar & Irwin, 2005).

Sumado al análisis anterior, cifras oficiales del sector salud chileno indican que el 33,6% de las mujeres vive alguna forma de violencia intrafamiliar, lo que está principalmente asociado a su condición de género, es decir a la representación social del sexo femenino que determina la subordinación de la mujer al hombre. En este sentido, el riesgo de sufrir violencia por parte de su marido o pareja es mayor en las mujeres de estrato socioeconómico bajo y muy asociado al nivel educacional. De acuerdo a lo revelado por SERNAM (Calvin, 2001), mientras en el estrato socioeconómico alto y medio-alto se observa un 38% de violencia contra la mujer, en el estrato bajo y muy bajo esta cifra aumenta al 59,4%, siendo característico de este último una mayor proporción de violencia física y/o sexual.

Las diferencias según nivel educacional entre las mujeres con enseñanza básica o media incompleta y las que tienen enseñanza superior llegan a un 40% y 28,5% respectivamente.

Un último análisis respecto a las inequidades en salud que tienen las mujeres dice relación con el acceso a la salud privada. Esta en Chile supera con creces la calidad de la atención pública, en el sentido que existe una tácita discriminación en el costo de las prestaciones, restricciones y exclusiones, principalmente cuando se trata de atención en salud mental y reproductiva (Calvin, 2001; Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

En otro orden del análisis de la relación de la salud con el nivel socioeconómico, se observa que en Chile el riesgo de morir en la población según la ocupación también es desigual. Por ejemplo, el riesgo de los trabajadores manuales y conductores es cinco veces mayor que los profesionales, técnicos y directivos, lo que está a su vez directamente relacionado con el nivel de educación (Peppers, 2001).

Los problemas de salud mental y las enfermedades infecciosas constituyen importantes problemas de salud de las personas que viven en la extrema pobreza. Estos se asocian a bajo nivel educativo, bajos ingresos, falta de bienes materiales, falta de empleo o empleo precario y malas condiciones de vivienda. Todas estas características las sustentan la mayoría de las personas que viven en situación de pobreza (Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile, s.f.d; OMS, 2003).

La percepción de salud que tienen las personas, independientemente de otros factores relacionados como la atención de salud, los comportamientos y otros factores psicosociales, es altamente predictiva de morbilidad y mortalidad como lo han establecido más de 27 estudios en Estados Unidos y en otros países (Subramanian, Delgado, Jadue, Karachi & Vega, 2003; Vega, 2001). Al respecto, en Chile, según datos obtenidos de la Encuesta CASEN 2003, el 12% de la población ma-

yor de 15 años señaló percepción de "mala salud". Además, Subramanian et al. (2003), establecen que se observa una gradiente inversa significativa entre percepción de salud y nivel de ingresos, es decir a menores ingresos, mayor percepción de mala salud.

En Chile las personas en condiciones de pobreza tienen mayores dificultades para cuidarse en caso de enfermedad que los no pobres (Olavarría, 2005). Según este autor, entre los principales factores asociados a esta situación, se encuentran la obtención de atención de manera tardía. Ello debido a que el sistema público de Chile no es capaz de resolver la demanda en forma oportuna ya que enfrentan serias dificultades para hacer efectivo el descanso destinado a recuperarse y debido a que el costo de hacer efectiva una licencia médica es muy alto para ellos. Normalmente significa recibir menor sueldo porque el ingreso por una licencia médica es menor o quedar sin ingresos, en el caso de empleos sin protección previsional.

En otro orden de análisis, si bien es cierto que lo que caracteriza a las personas que viven en situación de pobreza es su situación de carencia que los predispone a presentar mayores y más graves problemas de salud, este diagnóstico, que enfatiza lo que falta, ha sido realizado siempre sin la participación de los afectados. Al respecto, Torche (2001, p. 599), recomienda una alternativa contraria, es decir "buscar aquello que se dispone y sobre esa base construir un nuevo esquema, incorporando desde la partida a los beneficiarios en la construcción de su propio destino".

En este sentido y de acuerdo con el CIE (2004), si las enfermeras queremos entender la dinámica de la pobreza y de la salud y contribuir de manera significativa y efectiva al bienestar de las personas que viven en esta situación, debemos comenzar por conocer la realidad que ellos viven, desde su propia perspectiva. Para ello, Feuerstein (1997, citado en CIE,

2004), propone comenzar por construir, con la participación de las propias comunidades, un perfil de la pobreza como instrumento analítico que identifica de manera rápida y sistemáticamente a las personas en condiciones de pobreza, dónde viven y qué es lo que causa y caracteriza su pobreza. El análisis de dicho perfil permitirá identificar los problemas y necesidades prioritarias y establecer en conjunto con los afectados, las estrategias adecuadas.

Por último, cabe destacar que en los últimos años ha surgido con mucha fuerza el concepto de capital humano, que vuelca la mirada de las políticas de superación de la pobreza de los gobiernos, no solo a crear más empleos sino que a aumentar tanto el nivel de instrucción como la calidad de la educación (Torche, 2001).

CONCLUSIÓN

Para entender la dinámica de la pobreza y la salud es necesario comprender que la condición de pobreza no solo se asocia al bajo nivel de ingresos, sino que a un estado de carencia global de las necesidades fundamentales y a la escasa posibilidad de salir de ella.

Las desigualdades en los niveles de salud y calidad de vida en Chile están condicionados fuertemente por el bajo nivel socioeconómico, lo que interpela necesariamente a todos los sectores de la sociedad en el compromiso de modificar esta situación.

La pobreza se asocia a la mayoría de los determinantes sociales de la salud, siendo a juicio de los expertos en el tema, la calidad de la educación uno de los principales factores que contribuyen a la superación de la pobreza y a la movilidad social, en gran parte, por la posibilidad de optar a un empleo de calidad, permanente y seguro, base para mantener un buen nivel de salud o bienestar.

En Chile los más afectados por la pobreza y por lo tanto los más expuestos a sufrir problemas de salud son los niños, mujeres y adultos mayores. Esto da cuenta

de la necesidad de fortalecer las políticas sociales en estos grupos más vulnerables.

Las mujeres de bajos recursos, sobre todo las jefas de hogar, por el hecho de ser mujer en nuestra sociedad, llevan una carga muy pesada a la hora de necesitar sustentar sus hogares. Esto, condicionado por la representación social del rol femenino y por su bajo nivel socioeconómico, entre otros. Cobra especial relevancia no solo por su problemática específica en el orden de la salud mental y física, sino porque además se relaciona con el nivel de salud de los niños, el que depende principalmente de los cuidados de sus madres, quienes en Chile son las que toman las decisiones de salud al interior de sus hogares.

Tomar conciencia de las inequidades en salud que presentan las personas que viven en situación de pobreza y considerando que la salud constituye uno de sus pocos bienes activos, nos invita como profesionales de la salud a que una de nuestras principales preocupaciones sea fomentarla y protegerla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriagada, I. (2005). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género [Versión Electrónica]. *Revista de la CEPAL*, 85, 101-113.
- Calvin, ME. (2001). *Género, salud mental y violencia*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/mentalhealthandviolence.pdf>
- Castro, R. & Kast, F. (2004). *Movilidad de la Pobreza en Chile. Análisis de la encuesta panel 1996-2001*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de www.economia.puc.cl/seminarios/SECHI/cursos/castro_rcas.pdf
- Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación, División Social. (s.f.). *Movilidad Laboral: Un análisis de trayectoria 2000-2003*. Recuperado el 3 de enero, 2005 de http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=245
- Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación. (2004). *Pobreza, Distribución del Ingreso e Impacto Distributivo del Gasto Social. Ficha Técnica Serie CASEN 2003*. Recuperado el 2 de enero, 2005 de http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=120
- Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación. (2005). *Encuesta Casen 2003: Principales resultados. Situación de los adultos mayores*. Recuperado el 8 de enero 2005, de http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=179
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2004). *Las enfermeras trabajan con los pobres y en contra de la pobreza. Carpeta de herramienta de información y acción*. Recuperado el 5 de enero 2005, de <http://www.icn.ch/indkit2004sp.htm>
- Contreras, D., Cooper, R., Herman, J. & Neilson, C. (2004). *Dinámica de la pobreza y movilidad social: Chile 1996-2001*. Recuperado el 3 de enero, 2005 de http://www.pslareina.cl/contenidos/documentos/archivos/dinamicapobreza_1996_2001.pdf
- Díaz, X. & Medel, J. (2001). *Salud, género y trabajo: una relación difícil*. Recuperado el 4 de enero, 2005 de <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/healthandwork.pdf>
- Fuentes, R. & Mies, V. (2005). *Mirando el desarrollo económico de Chile: una comparación internacional*. Documentos de trabajo N° 287. Recuperado el 2 de enero, 2005 de www.economia.puc.cl/publicaciones/Doc.Trabajo/DT_287.pdf
- Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile. (s.f.a). *Principales indicadores de pobreza en Chile*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de <http://www.fundacionpobreza.cl/archivos/indicadorespobreza.pdf>
- Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile. (s.f.b). *Perfil de la pobreza en Chile*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de <http://www.fundacionpobreza.cl/archivos/perfilpobreza.pdf>
- Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile. (s.f.c). *Distribución del ingreso en Chile*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de <http://www.fundacionpobreza.cl/> y luego de http://www.fundacionpobreza.cl/fnp_secciones.asp?ld_Seccion=23&Ingles=0
- Fundación para la Superación de la Pobreza en Chile (s.f.d). *Brechas socioeconómicas*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de

- <http://www.fundacionpobreza.cl/archivos/brechassocioeconomicas.pdf>
- Infante, S. (2000). Pobreza y labor social de la atención primaria. *Revista Médica de Santiago*, 8(14). Recuperado el 3 de enero, 2005 de www.rms.cl
- Moreno, L. (s.f.). *Salud, educación, municipio y superación de la pobreza*. Recuperado el 2 de enero, 2005 de www.fundacionpobreza.cl
- Olavarría, M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioética*, 11(1). Recuperado el 3 de enero, 2005 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2005000100006&script=sci_arttext&lng=s-392k
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Equidad de género en salud*. Recuperado el 3 de enero, 2005 de <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/GEHPaperSpanish.pdf>
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Peppers, S. (2001). El sistema de salud en Chile: propuestas para una reforma en salud. *Revista Médica de Santiago*, 4(18). Recuperado el 3 de enero, 2005 de http://www.rms.cl/rms_18/anyop_rms18_reforma_salud.htm
- Public Health Agency of Canada (s.f.). *Determinants of Health*. Recuperado el 5 de enero, 2005 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/index.html>
- Rootman, I. (2000). Promoción y reforma de la salud. *Medwave, Archives & Abstract*. Recuperado el 3 de enero, 2005 de <http://www.medwave.cl/congresos/salud/promocion.act>
- Subramanian, V., Delgado, I., Jadue, L., Kawachi, I. & Vega, J. (2003). Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Revista Médica de Chile*. 131(3), 321-330. Recuperado el 2 de enero, 2005 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000600013&script=sci_arttext
- Torche, E. (2001). Pobreza, necesidades básicas y desigualdad: tres objetivos para una sola política social. En F. Larraín y & R. Vergara (Eds.) *La Transformación Económica de Chile* (cap 13). Recuperado el 2 de enero, 2005 de http://www.cepchile.cl/dms/archivo_3266_1619/13_torche.pdf
- Vega, J. (2001). Las inequidades sociales y la salud Chile. Enfermo de pobre. *Revista Universitaria*. Recuperado el 3 de Enero, 2005 de http://www.uc.cl/ru/73/dossier_4.html
- Vega, J., Solar, O. & Irwin, A. (2005). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Recuperado el 3 de enero, 2005 de <http://www.equidadchile.cl/observatorio/determinantes.html>