



**Informe Técnico. Accesibilidad y calidad de la atención médica.
Conurbano Bonaerense, CABA y otras regiones urbanas**

RESPONSABLES DEL INFORME

Coordinador: Agustín Salvia

Autora: Solange Rodríguez Espínola

Buenos Aires, marzo del 2018



INTRODUCCIÓN

Uno de los presupuestos del informe subyace bajo la idea de que la salud es un derecho del que toda persona y colectividad debe gozar como parte del desarrollo humano de una sociedad, aunque, como lo indican informes realizados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA, 2011-2017), nuestro país muestra elevados niveles de desigualdad y de inequidad, tanto en la distribución de los procesos de salud y enfermedad como en el acceso a prestaciones de calidad.

Según la Organización Mundial de la Salud el goce del máximo grado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, género, religión, ideología política o condición económica y social (OMS, 2007). Para el cumplimiento de ese derecho se involucran distintos actores sociales, pero es el Estado sobre quien recae la máxima responsabilidad en lo que hace a proveer las condiciones básicas para el máximo desarrollo del nivel de vida de la población en general y de su salud en particular. Esto sucede por sobre la diversidad de intereses particulares de la sociedad civil y del mercado, ya que es el Estado mediante sus políticas públicas –por acción, por negligencia o por omisión– el que tiene la competencia para regular, restringir o actuar sobre el conjunto social y sobre los factores determinantes de la salud.

Por su parte, en su observación general N° 14 del año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas apuntó que la salud pública no sólo debe abarcar la atención oportuna, sino que también está compelida a atender a los principales factores sociales determinantes de la salud. Asimismo, indicaba que el derecho a la salud abarca cuatro elementos básicos: a) disponibilidad de bienes y servicios públicos así como prestaciones de salud; b) accesibilidad para toda la población, lo que incluye accesibilidad física, económica, a la información y la no discriminación; c) aceptabilidad para los patrones culturales de la población usuaria; y d) calidad de la atención de acuerdo a estándares científicos.

Desde el concepto de salud como un fenómeno integral, los estados y sus autoridades sanitarias, se apoyan en instrumentos que les permiten adoptar decisiones sobre los programas y servicios sanitarios que se deben priorizar. Bajo este supuesto, al tomar medidas sobre políticas sanitarias se considera necesario conocer los problemas de salud de los ciudadanos, la prevalencia de ciertas enfermedades entre los grupos sociales así como sus consecuencias y los factores de riesgo que afecten la salud en función de las variables sociales, económicas y culturales, etc.

Los indicadores de salud son un conjunto de datos o instrumentos relacionados con la salud de la población, mediante los cuales se evalúa la magnitud del daño. Estos instrumentos de valoración de la sanidad se caracterizan porque aportan informaciones parciales sobre algunas de las diferentes dimensiones de la salud (ODSA, 2015). Para disponer de una información amplia es necesario abarcar tres dimensiones: un componente objetivo, que está relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; un componente adaptativo, referente a la capacidad de

integración bio-psico-social del individuo y por último, un componente subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la apreciación individual de la salud que se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo encuestado.

En este sentido, los hallazgos empíricos se articulan bajo el supuesto de que el cumplimiento del derecho a la salud tanto en su nivel teórico como en su formulación jurídica, debieran traducirse en un escenario de igualdad en la distribución de las condiciones de la salud entre los distintos estratos y segmentos sociales, así como en la equidad en el acceso de éstos a las prestaciones de salud y a la atención de calidad de la misma (ODSA, 2010).

Los informes del Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario, (2011-2017), permiten dar cuenta del acceso a determinados recursos y sistemas de protección social que repercute en las desiguales maneras en que los individuos logran cubrir sus necesidades de atención y cuidado de la salud, además implica diferencias sustantivas en cuanto al desarrollo óptimo de aspectos del desarrollo humano y la integración social (Salvia, et al., 2015). Los resultados informados sugieren que la heterogeneidad y la desigualdad social que prevalece en el país se reproducen tanto en las condiciones generales de salud de las personas y de las comunidades como en el propio sistema que las atiende. Además, se presentan estados de salud y enfermedad diferentes para cada estrato social y un sistema por completo fragmentado e inconexo que atiende a sub poblaciones heterogéneas. Estas diferencias referidas a la estratificación socioeconómica y a otras variadas formas de discriminación étnica, social o cultural, dificultan o retienen las garantías de protección especial del derecho a la vida y la integridad, previniendo la ocurrencia de nuevas violaciones a los derechos humanos.

Los mecanismos de estratificación socio-económica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud, 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, las circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal. Este modelo 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, y por otra, el sector salud tiene un rol importante al promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.

En consideración, cabe preguntarse en qué medida la población accede a los servicios sanitarios y considera satisfactoria la prestación por el tiempo de espera. El presente informe propone estudiar una serie de indicadores que evidencian la accesibilidad y la calidad de la atención, en tanto que se analizan las diferencias según distintos tipos de sistema de salud o cobertura médica y aglomerados urbanos diferenciando a la Ciudad de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y Otras regiones urbanas a partir de los

datos obtenidos por la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA-Nueva Etapa, 2017-2025).

FICHA TÉCNICA

ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA- NUEVA ETAPA

DOMINIO UNIVERSO	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina
TAMAÑO DE LA MUESTRA	Hogares particulares. Población de 18 años o más 5729 personas. Año 2017
TIPO DE ENCUESTA	Multipropósito longitudinal
ASIGNACIÓN DE LOS CASOS	No proporcional post-calibrado
PUNTOS DE MUESTREO	952 radios censales
DOMINIO DE LA MUESTRA	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más agrupados en 3 grandes conglomerados (Gran Buenos Aires, Otras áreas metropolitanas y Resto urbano del interior). GBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur. Otras áreas metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza. Resto urbano del interior: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestreo sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
CRITERIO DE ESTRATIFICACIÓN	Estratificación socioeconómica efectuada por clasificación y ordenación de los radios censales, según el promedio de nivel educativo del jefe de hogar en cada radio censal.
FECHA DE REALIZACIÓN	Tercer trimestre de 2017
ERROR MUESTRAL	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

ATENCIÓN DE LA SALUD

El acceso y la utilización de los servicios de asistencia médica tiene un impacto relevante en aquellos individuos en los que se puede intervenir o prevenir (Adaszko, 2011). De esta manera, se trata no sólo de velar por el cumplimiento del derecho a la salud sino también de garantizar que el mismo se traduzca en un efectivo cuidado y desarrollo de las capacidades humanas en condiciones de equidad.

La visita a un profesional médico, ya sea por control, prevención o tratamiento, suele ser un indicador de cuidado sobre la propia salud. La finalidad de una evaluación médica periódica se basa en la detección precoz, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consecuente alcance de niveles de vida satisfactorios. En definitiva, un chequeo consiste en un examen integral e individualizado del estado de salud que incluye aspectos físicos y psíquicos. El principal

beneficio que aportan estos exámenes médicos reside en que permiten diagnosticar enfermedades en fases iniciales, cuando todavía no se han manifestado síntomas, como es el caso de algunas patologías cardiovasculares, degenerativas o tumorales. Por este motivo, la diversidad de personas para las que estaría indicada una consulta médica incluye desde aquellas que no presentan síntomas, hasta las que manifiestan determinadas molestias o enfermedades ya diagnosticadas. Una actitud positiva frente a la salud indicaría que siempre es mejor prevenir las causas de las dolencias que solucionar sus consecuencias cuando la enfermedad ya es un hecho. Por lo tanto, se considera un déficit en el cuidado y la atención de la salud no realizar como mínimo una consulta médica anual, aun cuando no haya problemas evidentes o percibidos, puesto que es una necesidad sanitaria primordial que incide en el desarrollo humano.

La utilización de los servicios de salud debería estar determinada por la necesidad de atención de la salud de la población, pero existen otros factores que condicionan la utilización de los servicios: factores geográficos, socio-económicos, educacionales, culturales, así como también la propia oferta de servicios condiciona la percepción de las necesidades y su exteriorización en demanda.

Al medir la utilización de los servicios, se está estudiando la accesibilidad a los mismos; y al estudiar la utilización-accesibilidad por aglomerado o por cobertura, también se está evaluando la equidad del sistema en cuestión. Si bien es conocida la diversidad de seguros de salud que se presentan en la población argentina, ya sea a través de la seguridad social o por seguros privados, la cobertura de salud del hogar no necesariamente coincide con la que cada sujeto utiliza al momento de acudir a la consulta médica, lo que puede explicarse por la doble afiliación, la divergencia en el subsistema con el que cuenta cada miembro en el caso de tratarse de una pareja o grupo familiar, etcétera. Además es habitual una subutilización de algunos de los componentes del sistema y una sobre utilización de otros, lo que puede estar relacionado con la calidad en la atención y los perfiles socioeconómicos y demográficos de los grupos atendidos. Así podemos decir que si la última atención médica se realizó en un sistema público o privado permite obtener un perfil de los consumidores de cada subsistema, a la vez que se identifican grupos poblacionales para identificar la calidad de la atención que reciben.

Al contextualizar los cambios producidos al inicio del bicentenario en las políticas sanitarias a través de esfuerzos públicos en materia de atención primaria de la salud y el interés promulgado para hacer cumplir los derechos a la salud de las personas, el interrogante subyace en evaluar como las condiciones de pobreza obstaculizan un posible mejoramiento en la atención de la salud de la población como factor de desarrollo humano y de integración social. De esta manera, se examinan una serie de aspectos en torno a la atención de la salud, enfocando distintos tipos de experiencias personales deficitarias, que aunque pudiendo solaparse o complementarse, conforman un patrón de indicadores que hacen posible evaluar el ideario de control de la salud integral, a nivel de la población estudiada (personas de 18 años y más con residencia en áreas urbanas). En

primer lugar se examina la asistencia a una consulta médica durante el último año. Además, se incluyó dentro de la encuesta una pregunta con la particularidad de especificar en qué sistema de salud se atendieron en la última consulta médica, pudiendo informar a partir de allí, los que utilizaron el sistema de salud público. En tanto que se indaga el lugar de residencia del entrevistado y el área urbana geográfica en la que se atendió en esta última consulta médica.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La importancia del estudio de la calidad de la atención médica radica en que se ponen en evidencia las desigualdades y diferencias en el estado y atención de la salud de distintos grupos sociales y por otro lado brinda elementos de análisis que orientan la toma de decisiones en la planificación sanitaria, los programas de salud y el gerenciamiento de servicios sanitarios.

El concepto de seguridad aplicado al derecho a la salud, refiere a que no sólo es suficiente la disponibilidad de servicios de salud. La seguridad en salud se podría definir como la situación en la que, en todo momento y circunstancia todas las personas tienen acceso físico, social y económico a servicios adecuados de prevención, atención y rehabilitación. Es así como el problema de una atención médica deficitaria por la demora en respuesta a la demanda, contribuye una falta al postulado derecho a la salud. Ahora bien, en los servicios brindados por la medicina privada existen notorios controles para cumplir con las exigencias y parámetros más elevados de atención, no sucediendo lo mismo en sistemas públicos de atención médica.

Se fundamenta, entonces, que el tiempo de espera se verá condicionado por la estructura de la demanda, alternando según el prestador, la especialidad médica y el tipo de consulta. Estos factores explican los motivos que pueden estar subyacentes a tener que esperar más de una hora en ser atendido por un facultativo, sin embargo es el paciente quien debe adecuarse a las posibilidades y tiempos de los médicos o las disposiciones de las instituciones que gerencian, siendo difícil que el individuo pueda invertir tal situación. La utilización de estos servicios, entendida como cobertura efectiva, expresa la proporción de personas que necesitan y demandan un servicio y los reciben efectivamente.

La demanda de servicios, en estos casos, estará influida por una serie de características del individuo y de la prestación del servicio. Los tiempos de espera en la atención médica ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y desalientan el uso de los servicios públicos, generando aún una diferencia mayor entre los distintos usuarios según las condiciones socioeconómicas.

La accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos, psico-socio-culturales y también por la presencia de la oferta de servicios. Las barreras al acceso, definidas como los obstáculos que impiden que las personas

transiten adecuadamente por este proceso, se identifican en dos grupos: las de oferta (impuestas por el prestador médico o por el sistema) o las de demanda (atribuidas al individuo). Uno de los factores vinculados a los efectores del sistema es la demora en obtener turnos con especialistas, lo que genera una barrera para la accesibilidad y hace que la demanda no sea satisfecha.

Bajo esta perspectiva, se pretende analizar el segundo conjunto de factores, a través de medidas que evalúan la calidad del servicio de salud, teniendo en cuenta que junto a la utilización, son elementos esenciales para gozar de buena salud (OMS, 2009).

Siguiendo estos argumentos, se puede decir, que el acceso no solo denota la entrada del individuo al sistema sino que en un sentido más amplio comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica. En ese orden, aunque el aseguramiento es un instrumento que busca que todos los individuos tengan entrada al servicio de salud, no garantiza la utilización final del mismo.

En el apartado se pretende distinguir las diferencias en cuanto a la calidad de la atención médica, sabiendo que el gerenciamiento y el pago por servicios médicos es un denominador importante a la hora de analizar la atención en servicios públicos y privados. Si bien los pobres y carentes de derechos informaron una atención mayoritariamente en un sistema de salud público, nos parece interesante describir como la calidad de la atención puede ser comparada en distintas mediciones de la pobreza.

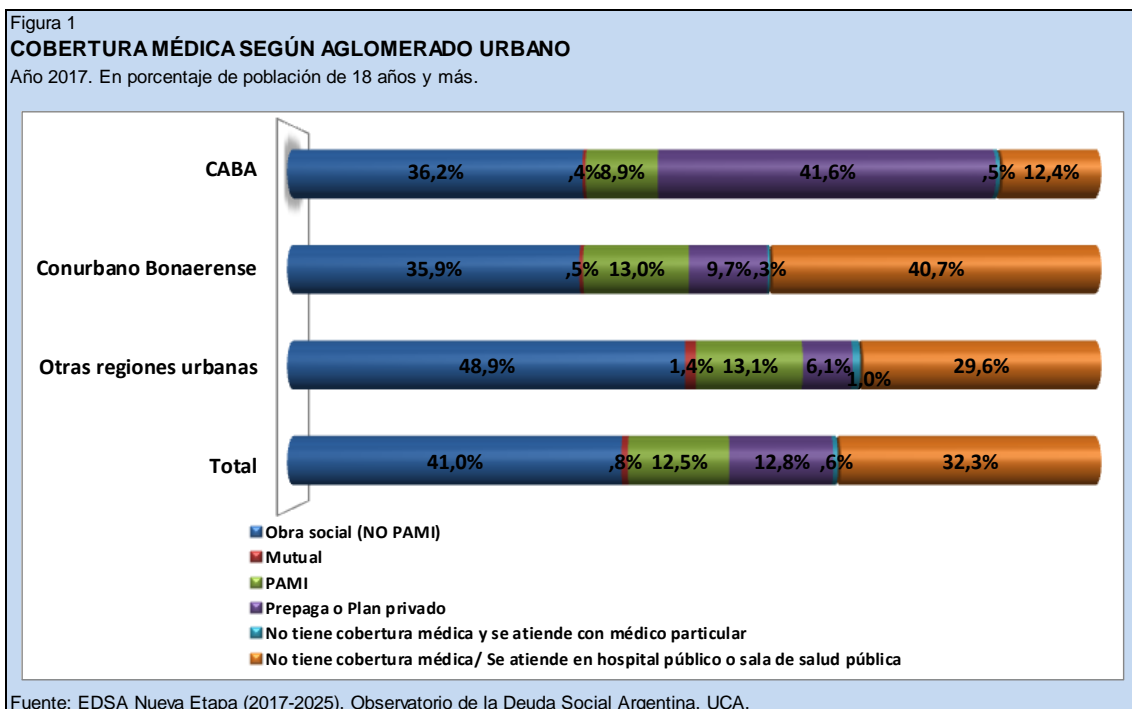
A continuación se analizan tres aspectos fundamentados en lo antes expuesto, el primero evalúa la percepción de mala calidad de atención médica recibida, el segundo releva el tiempo de espera de más de una hora en la atención médica en tanto que el último indaga la espera para la consulta con un especialista con turno. Se pretende establecer un perfil de calidad de la atención médica según las características del sistema de atención médico o cobertura de salud.

Esquema de dimensiones, indicadores y definiciones de la salud			
DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	
ATENCIÓN DE LA SALUD	No realizar consulta médica anual	Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta médica durante el último año.
	Atención en sistema de salud público en la última consulta médica	Mide la asistencia a una visita profesional médica, para realizar control, prevención o tratamiento, mediante el sistema de salud público.	Porcentaje de personas que dijeron haberse atendido mediante el sistema de salud público en la última consulta médica.
	Mala calidad de la atención médica	Mide la evaluación, por parte de los pacientes, de la atención médica recibida durante la última consulta médica.	Porcentaje de personas que calificaron como mala o muy mala a la atención médica recibida durante la última consulta médica.

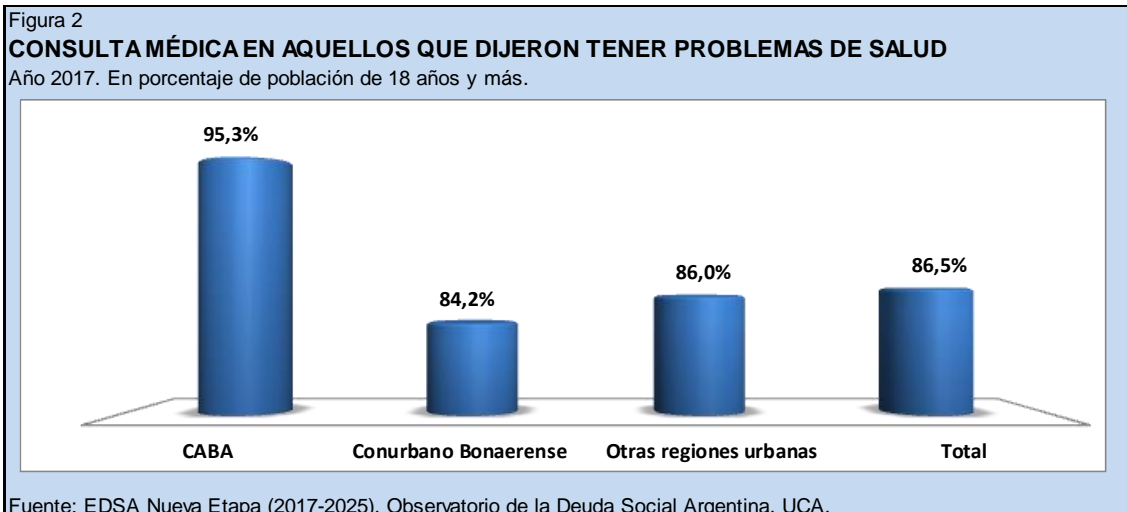
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	Espera de más de una hora en la última consulta médica	Situación en la que las personas, al acudir a una consulta médica, deben esperar más de una hora para ser atendidos.	Porcentaje de personas que dijeron haber tenido que esperar más de una hora para que el médico los atendiese durante la última consulta.
	Espera de más de dos meses para la atención médica con turno	Situación en la que las personas deben esperar más de dos meses para ser atendidos por un médico especialista. Refiere a los casos en los que las personas sacan un turno, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.	Porcentaje de personas que indicaron haber tenido que esperar más de dos meses atendidos la última vez que pidieron turno con un médico especialista, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.
COBERTURA DE SALUD	Sin cobertura de salud	Situación donde los componentes del hogar no tienen cobertura de salud, sino únicamente acceso al sistema público.	Hogares cuyo principal aportante de ingresos no tiene cobertura médica (Obra social, Medicina prepaga, mutual, PAMI, etc.).

RESULTADOS

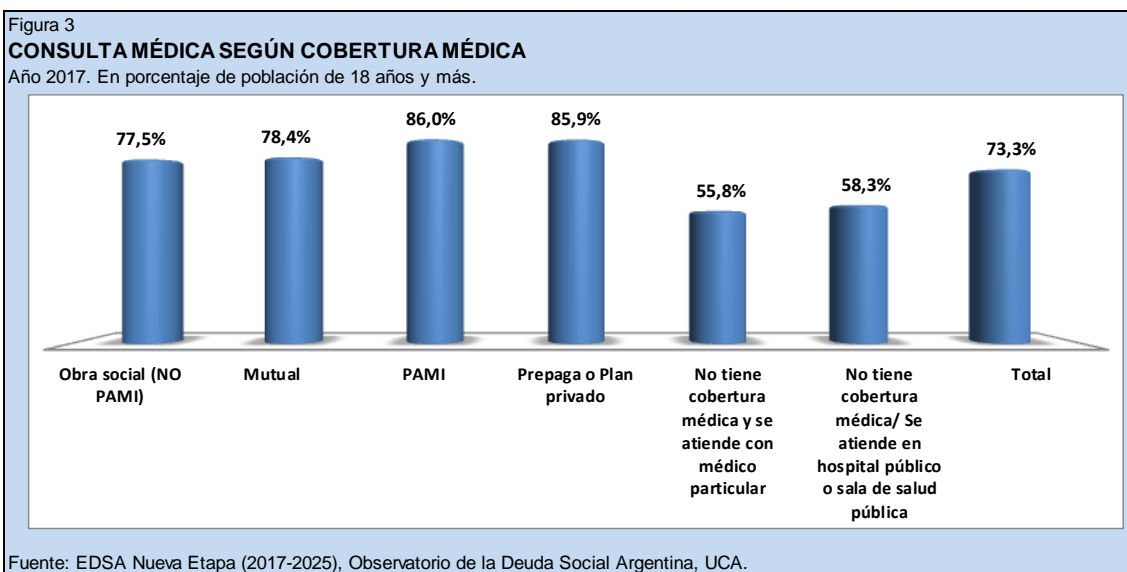
- La Figura 1 muestra que aproximadamente el 33% de la población total urbana sólo cuenta con una cobertura médica pública.
- Al realizar perfiles por aglomerados la distribución del tipo de cobertura se observa particularmente diferente: tanto en la CABA como en Conurbano Bonaerense el 36% dicen tener obra social/mutual, pero en la Capital Federal sólo un 13% mencionan tener una cobertura exclusivamente pública en tanto que en el Conurbano Bonaerense asciende al 41% considerando que estos valores se invierten en medicina pre-paga como cobertura médica.



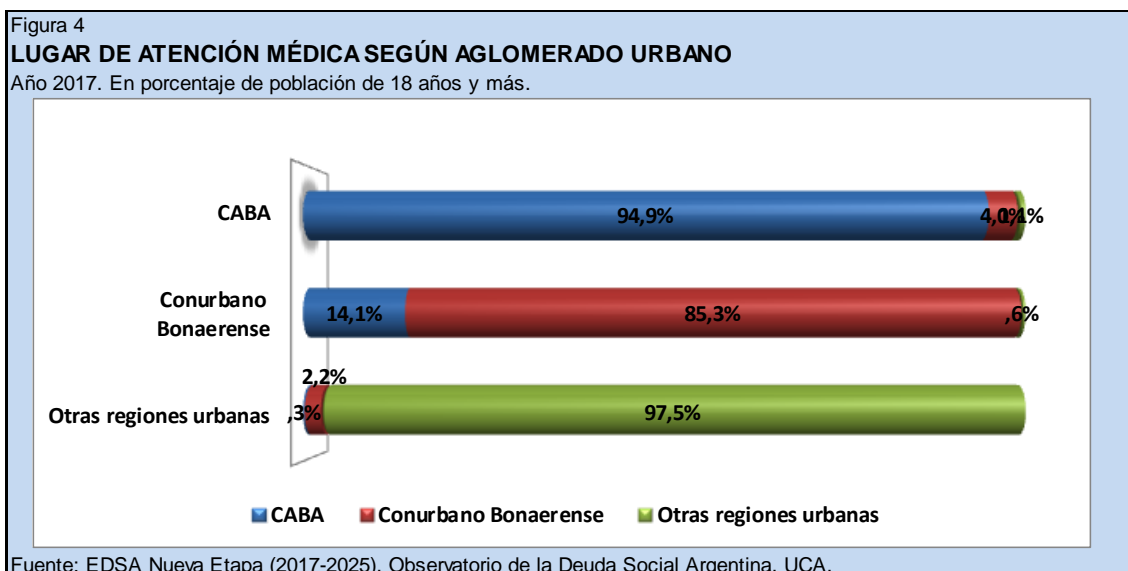
- Como se presenta de manera gráfica en la Figura 2, las personas de 18 años o más que dijeron tener algún problema de salud, sólo el 84,2% de las que viven en Conurbano Bonaerense realizaron una consulta médica, siendo levemente inferior al porcentaje del total urbano (86,5%), pero observando mayor déficit que la CABA (95,3%).



- Se analizaron los datos de asistencia a una consulta médica en el último año según el tipo de cobertura médica que informaban los encuestados, observando como los que sólo ostentan la asistencia exclusivamente pública disminuyen valores cercanos a 20 p.p. de aquellos que tienen obra social/mutual y en 30 p.p. de los que se atienden por PAMI o prepaga. (Ver Figura 3).



- Cerca del 14% de la población de 18 años y más que reside en Conurbano Bonaerense se trasladó a la CABA para atenderse en la última consulta médica, en tanto que sólo el 4% de los residentes en CABA se atendieron en Conurbano Bonaerense (ver Figura 4).

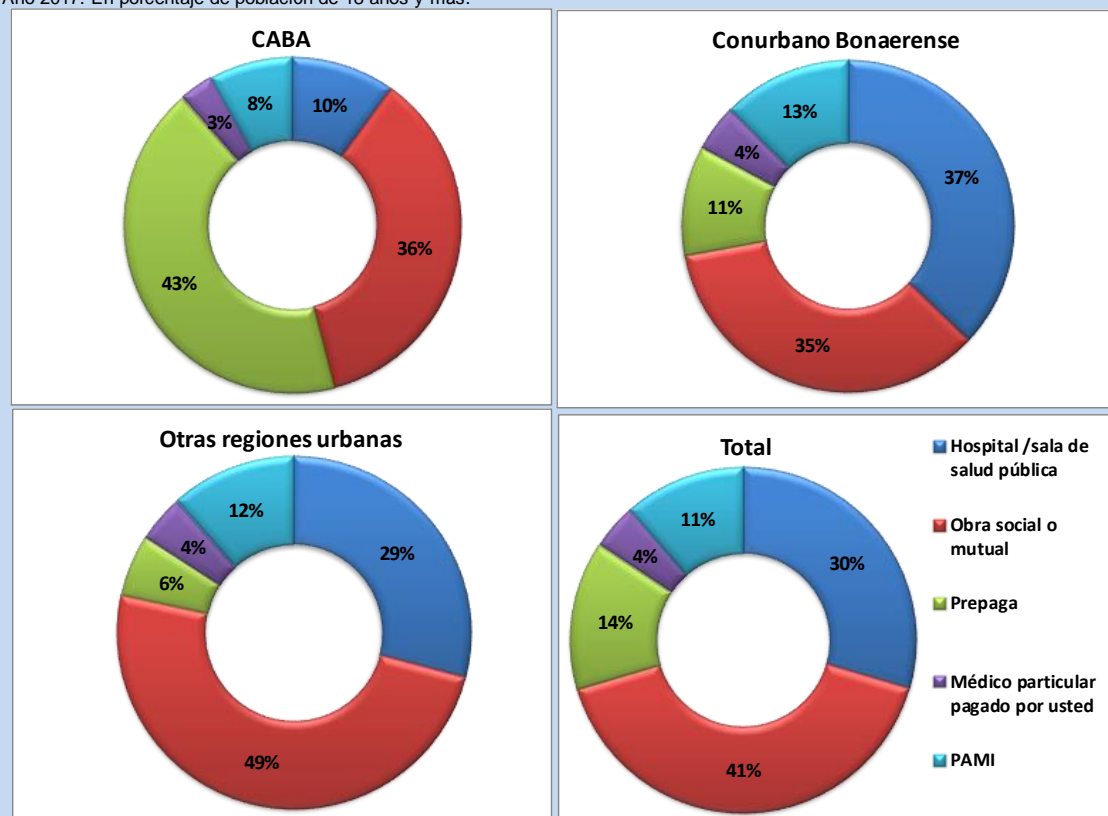


- Se indagó cuál fue el sistema de salud que se utilizó en la última consulta médica y se puede ver de manera gráfica en la Figura 5 que el 37% de la población urbana del Conurbano Bonaerense se atendió en un hospital o sala de salud pública, el 35% lo hizo a través de una obra social o mutual, el 13% utilizó el PAMI, el 11 % se atendió con su prepaga y sólo el 4% pagando a un médico de manera privada.
- Al comparar entre los distintos aglomerados urbanos se puede inferir que los ciudadanos del Conurbano Bonaerense son los que más utilizan los servicios públicos de salud.

Figura 5

SISTEMA DE ATENCIÓN UTILIZADO EN LA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA SEGÚN AGLOMERADO URBANO

Año 2017. En porcentaje de población de 18 años y más.



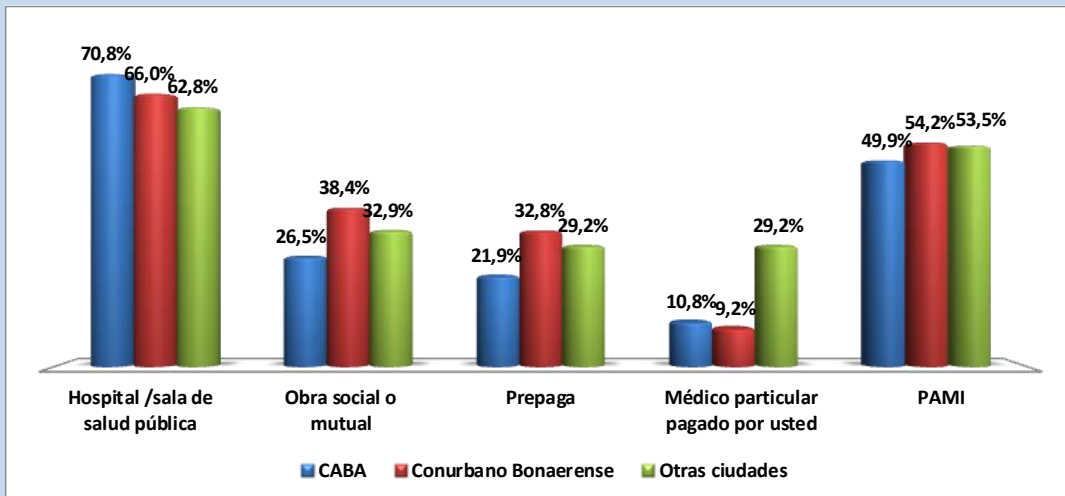
Fuente: EDSA Nueva Etapa (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- La espera de más de una hora para ser atendido por un facultativo es diferente según el sistema médico que se utilice en tanto que también incide el área urbana en la que se realice la práctica. La demora en la asistencia médica fue de una hora o más en 7 de cada 10 personas atendidas sólo por cobertura pública, en la mitad de los que utilizaron el PAMI y en 3 de cada 10 que lo hicieron a través de una prepaga u obra social/mutual.
- En estos datos (Figura 6) lo notorio es que esperan más de una hora en hospitales/salidas de la CABA y levemente menos en Conurbano Bonaerense, en tanto que aumenta el porcentaje de gente que espera más de una hora mediante una obra social/mutual (38%) o una prepaga (33%) en el área metropolitana de la provincia de Buenos Aires respecto a la Capital Federal.

Figura 6

ESPERA DE MAS DE UNA HORA PARA LA ATENCIÓN SEGÚN SISTEMA MÉDICO

Año 2017. En porcentaje de población de 18 años y más.



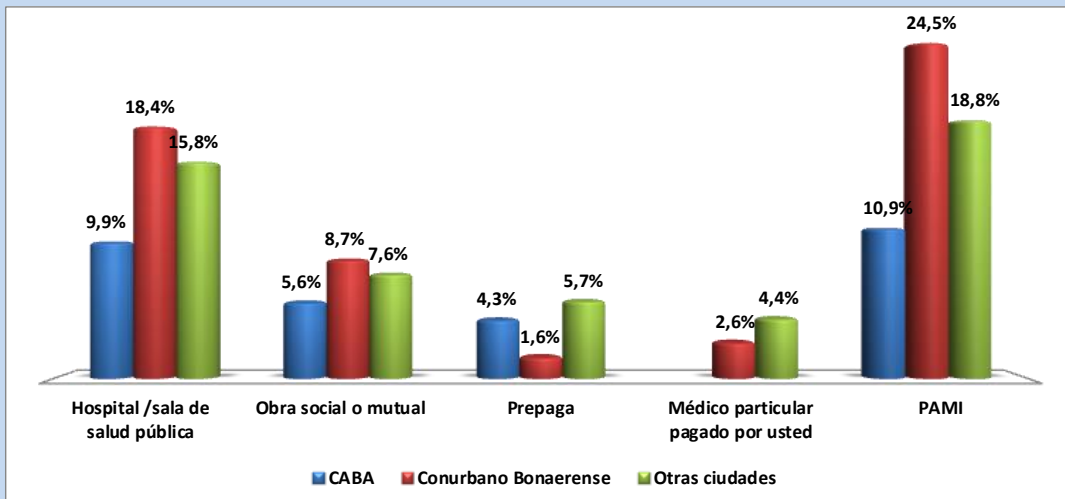
Fuente: EDSA Nueva Etapa (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Los encuestados establecieron una medida de observación subjetiva de calidad respecto a la atención recibida por el médico, los mayores porcentajes de mala atención se mencionaron entre aquellos que se atendieron a través de sistema público (hospital o salita) y con el PAMI especialmente en Conurbano Bonaerense (18,4% y 24,5% respectivamente) siendo notoria la diferencia de percepción de mala calidad con los que se atendieron en la CABA (10%).

Figura 7

MALA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN SISTEMA MÉDICO

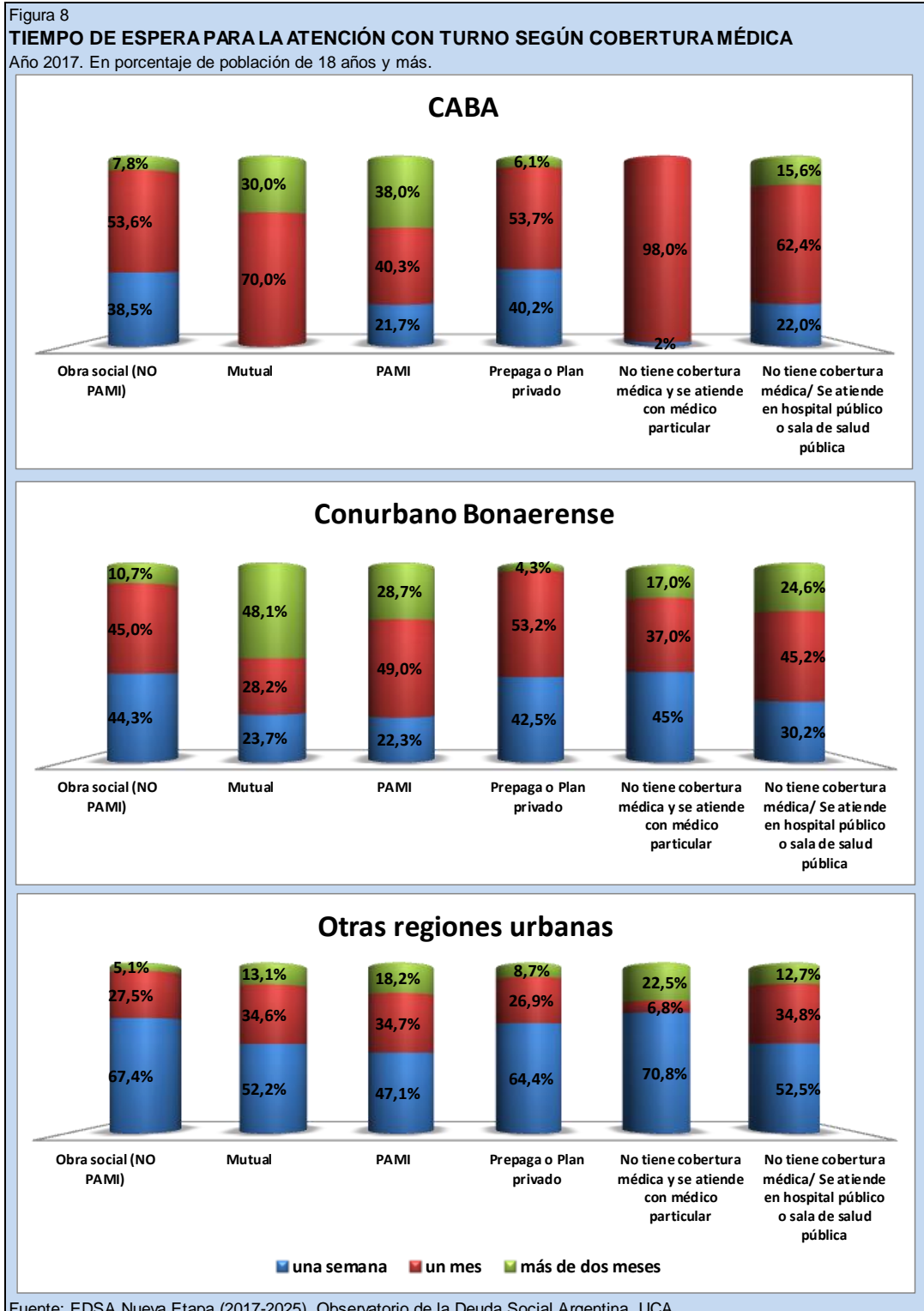
Año 2017. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA Nueva Etapa (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Otro indicador de calidad de atención médica se relevó al preguntar sobre el tiempo de demora para la atención médica con turno. En el Conurbano Bonaerense 1 de cada 4 encuestados dijo haber esperado más de dos meses

para ser atendido desde que sacó un turno con especialista a través del sistema de salud público, el 30% de los que se atendieron por PAMI también dijeron haber esperado más de dos meses y la mitad de los que se atendieron por una mutual. En la CABA el tiempo de demora con turno a través del PAMI se visualiza mayor que en las ciudades del Conurbano Bonaerense.



CONCLUSIONES

Es pertinente destacar que en nuestro país el acceso a la salud está diferenciado por tener cada sistema de atención un conglomerado social diferente que contribuye, en cierta medida, a reproducir institucionalmente la desigualdad social existente. Así, sucede que el acceso y la utilización de los servicios de asistencia médica tienen un impacto relevante en aquellos individuos en los que se puede intervenir o prevenir. De esta manera, se trata no sólo de velar por el cumplimiento del derecho a la salud sino también de garantizar que el mismo se traduzca en un efectivo cuidado y desarrollo de las capacidades humanas en condiciones de equidad.

La demanda y utilización de prestaciones médicas se deberían integrar con una óptima calidad de los servicios de atención de la salud, entendida como cobertura efectiva sin diferencias sistemas de atención sanitaria. Los datos sugieren la heterogeneidad fundamentada en aspectos que aluden mayor vulnerabilidad en derechos y peor calidad de prestación de servicios.

Es necesaria la focalización en la población vulnerable con enfoques en políticas que traten de mejorar la salud de esta población, incorporando abordajes complementarios y necesarios para intervenir en las desigualdades en la salud. Entendiendo el concepto de población vulnerable como un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene un mayor riesgo de estar expuesto a diferentes riesgos y que la acumulación de factores de riesgo es la expresión de las causas fundamentales ligadas a la posición en la estructura social. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud deben también centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos aglomerados urbanos. Además, es imprescindible que haya políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales, es decir intervenciones destinadas a mejorar las conductas o los estilos de vida considerando que se deben tener en cuenta que dichas maneras de vivir no son elecciones individuales sino que están condicionadas socialmente. Algunos ejemplos serían el aumento de los precios del tabaco y de las bebidas alcohólicas - intervenciones efectivas para disminuir las desigualdades en el consumo- o la construcción de equipamientos públicos donde poder realizar ejercicio físico.

Así la inequidad en salud se sostiene en la ausencia de diferencias injustas en el estado de la salud, en el acceso a los servicios y en los hábitos saludables. En tanto que lograr una vida saludable será una condición efectiva si se garantiza el igual e irrestricto acceso a derechos humanos básicos, entre los que se encuentra el derecho a la salud.