

EQUIDAD E INEQUIDADES EN SALUD: HACIA UN ENFOQUE INTEGRAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD.

Armando Arredondo*

Arredondo A. Equidad e Inequidades en salud: hacia un enfoque integral de los determinantes sociales en salud. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2011;17 (48):87-92.

RESUMEN

Este artículo presenta una propuesta integral para el análisis de equidad en salud como elemento fundamental en el estudio de los determinantes sociales de la salud. Partiendo de las diferentes concepciones de equidad, se revisaron documentos clave en el desarrollo del concepto de equidad, se desarrolla una propuesta a partir de resultados de investigación sobre equidad en salud en el contexto de las reformas de la salud en México. Desde una perspectiva integral, se propone definir y operacionalizar a la equidad en salud, en principio como la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y del nivel de ingreso económico de los usuarios, de las familias, de la población o del grupo prioritario que se trate, incluyendo para su análisis en un primer nivel los enfoques, teorías y principios que condicionan variables como: disponibilidad, acceso, utilización, cobertura, condiciones de salud, disparidades sociales y asignación de recursos.

Arredondo A. Equity and Inequity in health: towards a comprehensive approach to social determinants of health. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2011;17 (48): 87-92.

ABSTRACT

This article presents an integral proposal for health equity analysis as a key element in the study of social determinants of health. Based on the different conceptions of equity, key documents were reviewed in developing the concept of fairness, a proposal is based on the results of research on health equity in the context of health reforms in Mexico. From a holistic perspective, is to define and operationalize equity in health, in principle the allocation of resources according to health needs and income level of users, families, population or group question of priority, including for a first level analysis approaches, theories and principles that determine variables such as availability, access, utilization, coverage, health conditions, social disparities and resource allocation.

Palabras clave: Equidad. Inequidad. Salud. Asignación de recursos.

Key words: Equity. Inequity. Health. Resource allocation

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Correo electrónico: aarredon@insp.mx

Antes de analizar de manera detallada los diferentes niveles de aproximación conceptual de equidad e inequidades, es necesario resaltar de manera breve algunas consideraciones de origen del concepto de equidad relacionadas estrechamente con los términos bajo análisis. El concepto de equidad procede del latín *aequitas*,

derivado a su vez de *equus*, que significa igual; consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos y condiciones (1).

En su enfoque humanístico, legal y social, la equidad supone no favorecer en el trato a un individuo, perjudicando a otro; pero, ¿qué se considera entonces

* Investigador Titular del Instituto Nacional de Salud Pública. México.

equidad en salud? Para tratar de responder este cuestionamiento, tenemos que considerar el análisis del criterio universal de la salud como un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones sociales o económicas y, que en el simple principio de ciudadanía y pertenencia a un grupo prioritario, dicho derecho garantiza la protección de salud por parte de un agente colectivo que generalmente es el estado.

En ese sentido, el aseguramiento en salud es una responsabilidad del estado, que actúa a través de un organismo rector y distintos proveedores de servicios en salud garantizando equidad con cobertura efectiva, acceso universal y el total financiamiento por el estado (2). Así, las variables igualdad de derecho, de acceso y equidad en las acciones recibidas son prioritariamente valoradas por la población bajo el principio de ciudadanía y de grupo. Por otra parte, desde una perspectiva epidemiológica toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida, constituye una inequidad y las iniquidades, representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables (3-4).

Niveles de análisis.

Considerando las concepciones humanísticas, legales, políticas y sociales de la equidad, el enfoque postulado por la Organización Mundial de la Salud en relación con la equidad, resulta un tanto restringido, al menos en el discurso, al expresar que: «la equidad en la atención en salud implica recibir atención según sus necesidades» (5).

Si la equidad se circunscribe a «recibir atención según sus necesidades», la primera barrera generadora de inequidades, aparece, cuando el acceso a esa atención es limitado o restringido. En el campo de la salud, desde los años 80s, cuando se iniciaron importantes proyectos de reforma en los sistemas de salud, estas valoraciones teóricas sobre la equidad e inequidad, han estimulado el interés para medir directamente las desigualdades en salud e, indirectamente, evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios y la asignación de recursos (6-7).

En efecto, en los últimos años, el tema de equidad e inequidades en la asignación de recursos para producir servicios de salud ha ido adquiriendo creciente importancia en foros políticos, civiles y académicos nacionales e internacionales (8-9). En todo el mundo,

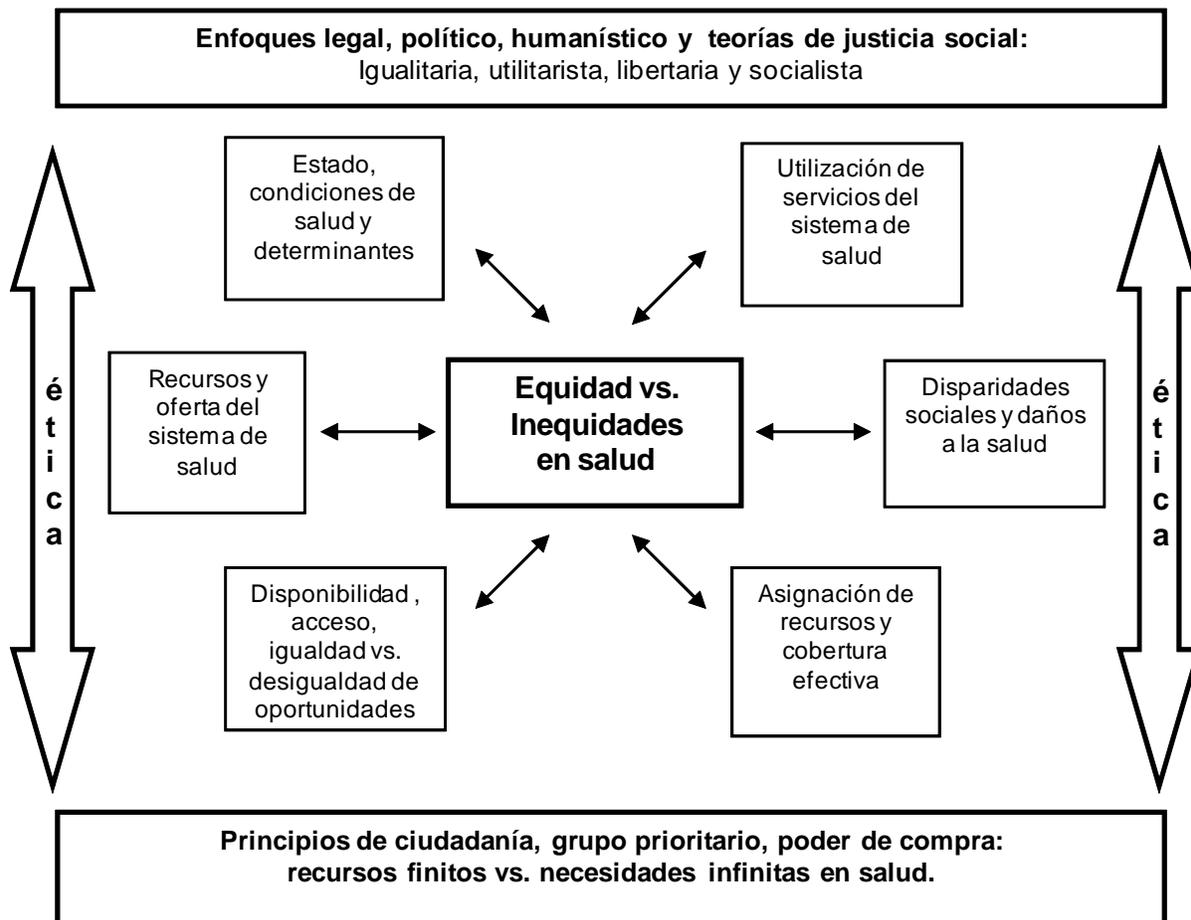
y particularmente en México, el mejoramiento de la equidad ha sido, probablemente, uno de los objetivos y retos más frecuentemente planteados y abordados por todos los actores sociales que han impulsado procesos de reforma de los sistemas de salud de sus respectivos países (10).

La inclusión de la equidad como un indicador determinante de desigualdad en salud y como uno de los problemas sustantivos de los sistemas actuales de salud ha permitido que en todos los proyectos de reforma del sector se aborden estrategias que directa o indirectamente tratan de estudiar y solucionar los problemas de equidad con que se han desarrollado la mayoría de los sistemas de salud en el mundo. En todos ellos se plantea como eje conductor de la equidad abatir las desigualdades en salud; así como disminuir la brecha que existe entre la oferta y la demanda en salud bajo principios de grupo prioritario, de poder de compra, y de ciudadanía (11).

En este contexto el concepto de equidad en salud es amplio y su análisis, partiendo por la definición del mismo, puede ser complejo y controversial, sobre todo por los diversos principios con que se han abordado las teorías de justicia social desarrollados a través de la historia contemporánea -libertaria, utilitaria, igualitaria y socialista-. En todas estas teorías una propuesta de coincidencia interesante de equidad en salud se refiere al análisis de diferencias innecesarias, evitables e injustas, lo que puede ayudar a su definición y operacionalización. Aún así, los límites del concepto se muestran extensos y difusos, sobrepasando el ámbito de competencia del sector de salud y, en particular, de la atención de salud (12). En este sentido, existen marcos teóricos bastante útiles para desarrollar estudios de equidad y sus determinantes; estos marcos toman como referente un determinado grupo social y consideran un conjunto de indicadores agrupados desde diferentes enfoques, categorías o variables de análisis (Figura 1).

Desde esta perspectiva integral, se propone definir y operacionalizar a la equidad en salud en principio como la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y del poder de compra de la población o grupo prioritario, incluyendo para su análisis en un primer nivel los enfoques, teorías y principios que condicionan variables como: disponibilidad, acceso, utilización, cobertura, condiciones de salud, disparidades sociales

FIGURA 1. ENFONQUE, PRINCIPIOS Y VARIABLES PARA EL ABORDAJE DE EQUIDAD E INEQUIDAD EN SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

y asignación de recursos. Tales variables guardan una relación estrecha, determinante y bidireccional con los propios conceptos de equidad e inequidad. Por tanto, esta noción de equidad en salud parte de la ausencia de desigualdades en salud entre los grupos sociales y la presencia de una desigualdad en salud constituye en sí misma una inequidad. Ciertamente y bajo este planteamiento, una inequidad en salud está fuertemente asociada con estructuras sociales injustas que ponen generalmente a aquellos grupos con menos ventajas en un mayor riesgo de tener mala salud (13). Por ello, la equidad implica la reducción o eliminación de inequidades en salud como un requisito *sine qua non* para ejercer los principios de justicia y protección social ya que tener limitaciones a la salud implica también tener menores oportunidades (14-15).

Justo en este marco de eliminar y determinar como influyen las inequidades en la salud poblacional, recientemente se ha incorporado una nueva aproximación conceptual de indicadores y determinantes sociales de inequidad en salud y de desigualdad en las oportunidades de acceso (16-17). Este nuevo enfoque de aproximación conceptual hace referencia a la identificación de disparidades sociales como el marco de las disparidades sociales generadas por daños a la salud o viceversa (18). Ejemplo típico de estas disparidades son los índices de desigualdad en la asignación de recursos en función de necesidades por perfil epidemiológico, por patrones de gasto en salud dependiendo del grupo prioritario y subsistema de salud, o bien el gasto catastrófico a nivel familiar por daño específico de salud (19-21).

La perspectiva de análisis propuesta puede ser relevante para comparar necesidades y condiciones de salud entre grupos que muestren condiciones contrastantes de acceso y/o utilización de servicios de salud. El análisis de disparidades sociales y sus efectos en salud o viceversa, incluye la sistematización de variables relacionadas con diversos grados y formas de vulnerabilidad, tales como etnicidad, clase social y segregación social. Bajo esta perspectiva, la óptica de las disparidades sociales relacionadas con la salud vincula de manera muy cercana los determinantes de las diferencias entre grupos a partir de las variables relacionadas con las disparidades sociales (18).

Este enfoque tiene dos grandes ejes conceptuales; el primero se fundamenta en una perspectiva de derechos humanos y bioética, el cual parte de plantear que todos los grupos sociales habrían de tener el mismo derecho a una buena salud desde una perspectiva distributiva. Si bien se ha establecido que es muy difícil instrumentar este tipo de variables, el que se tenga información que avala el que los grupos más privilegiados tengan una buena salud, sugiere que esto podría ser posible para otros grupos sociales. Al considerar un enfoque de derechos humanos, se asume que todo grupo social debe tener condiciones para el máximo despliegue de su potencial, particularmente en los grupos que históricamente han enfrentado mayores barreras para ello. Por otra parte, este enfoque ha adquirido relevancia por buscar «ir a fondo» entorno a condiciones o determinantes que no se han analizado de manera suficiente, particularmente variables sociales que podrían influir en condiciones de salud o de acceso a servicios.

CONCLUSIONES

Resumiendo podemos concluir y plantear que desde un abordaje conceptual e integral, la equidad es un atributo del sistema de salud que:

- Puede tener una aplicación política, técnica o instrumental que necesariamente conlleva a la ausencia de desigualdades.
- Se basa y fundamenta en la aplicación de diferentes supuestos de las teorías de justicia social y principios éticos.

- Su principal premisa plantea la distribución de recursos para la producción, distribución, acceso y uso de servicios en función de dos variables básicas: las necesidades de salud y poder de compra de grupo prioritario.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias Económico Administrativas

Posgrados

Maestría en Administración

Costos

Examen de admisión \$ 750.00

➕ **Intensiva**

Inscripción: 3,000.00
Asignatura: 2,000.00

➖ **Escolarizada**

Inscripción: 1,500.00
Asignatura: 1,500.00

Sólo se pueden llevar 3 asignaturas por cuatrimestre.

Maestría en Fiscalización de la Gestión Pública

Costos

Examen de admisión \$ 750.00

➕ **Intensiva**

Inscripción: 3,000.00
Asignatura: 2,800.00

Sólo se pueden llevar 3 asignaturas por cuatrimestre.

Informes:

Coord. de Posgrado
Edificio "E" de Posgrado DACEA
Av. Universidad S/N Zona de la Cultura, C.P. 86040
Villahermosa, Tabasco.
Tel: 3 12-12-27 y 3 12-77-04 Ext. 106
posgrado@dacea.ujat.mx

REFERENCIAS

1. Centro de investigaciones de la economía mundial (CIEM) (1999). *Investigación sobre Desarrollo Humano y Equidad*. 2000:13-17. La Habana: Caguayo. Autor.
2. Brito, P., Levcovitz E. Exclusión in health in Latin America and the Caribbean, Pan American Health Organization. Series No.1, 2004: 22-45.
3. Castellanos PL. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales*. Pág. 81-102. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. México: McGraw-Hill-Interamericana.
4. Landmann, C., Bastos, F., y Lourenco, C. (2002). *Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad Neonatal en el municipio de Rio de Janeiro*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 959-970.
5. OPS. (2009). Exclusión en salud. Estudios de caso, Bolivia, El salvador, México y Honduras. Serie técnica extensión de la Protección Social en Salud, Vol 2. Washington D.C.
6. Porto, S. (2002). *Equidad y Distribución Geográfica de Recursos Financieros en los Sistemas de Salud*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 939-957, jul-ago.
7. Arredondo, A. and Orozco, E. (2008). *Governance and equity from health care reform in Mexico*. *Inter. Jou of health planning and management*. Vol. 23: 37-49
8. Arredondo, A. y Orozco, E. (2006). *Efectos de la descentralización en el financiamiento y gobernanza de la salud en México*. *Saude Publica de Brasil*. Vol. 40: 121-129.
9. Bosset J.T., Larrañaga O., Giedion U., Arbalaez, J.J., and Bowser, M.D. (2003). *Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile*. *Bulletin of the world health organization* 81(2).
10. Green, A., Ali, B., Naeem, A., and Roos, P. (2000). *Resource allocation and budgetary mechanisms for decentralized health systems: experiences from Belochistan, Pakistan*. *Bulletin of the world health organization*, 78(8).
11. Arredondo A. et al. (2009). *Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza. Conceptos, tendencias y evidencias*. Universidad Autónoma de Yucatán, ISBN: 968-7019-16-6. Pág. 1-212.
12. Armada, F., Muntoner, C., and Navarro, U. (2001). *Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the world health organization, the world bank and transnational corporations*, *International Journal of health services*, Vol. 31(4), 729-768.
13. Torres, C., and Mújica, J. (2004). *Salud, equidad y los objetivos de desarrollo en el milenio*, *Rev. PANM Salud Pública*, 15(6), 430-439.
14. Murray, C.JL., Gakidov, E., y Frenk, J. (2000). *Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué debemos medir?* *Boletín OMS*. (2):10-5.
15. Gakidov, E., Murray, C.JL., y Frenk, J. (2000). *Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de salud*. *Boletín OMS*. (3):29-40.
16. Marmot Review: First phase report. strategic review of health inequalities in England post-2010. London, June, 2009.
17. Bamba C., Gibson M., Peticrew, M., Whitehead, M., and Wrigth, K. (2010). *Tackling the wider social determinants of health inequalities: evidences from systematics review*. 1-26. PHR: London.
18. Braveman, P. *Health disparities and health equity: Concepts and measurement*. Center on social disparities in health, University of California, San Francisco, California 94143-0900.
19. Xu, Ke, Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klauus, J., and Murray, C.JL. (2003). *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*. *The lancet*, Vol. 362, July 12.
20. Lomas J., Fulop, N., Gagnon, D., and Allen, P. (2003). *On being a good listener: setting priorities for applied health services research*. *The milbank quarterly*; 81:1-15



Oferta Educativa de Licenciaturas

División Académica de Ciencias Biológicas

Licenciatura en Biología
Licenciatura en Gestión Ambiental
Licenciatura en Ingeniería Ambiental

División Académica de Ingeniería y Arquitectura

Ingeniería Civil
Ingeniería Eléctrica y Electrónica
Ingeniería Mecánica Eléctrica
Ingeniería Química
Licenciatura en Arquitectura

División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades

Licenciatura en Derecho (escolarizado y sistema abierto)
Licenciatura en Historia
Licenciatura en Sociología

División Académica de Ciencias Económico Administrativas

Licenciatura en Administración (escolarizado y a distancia)
Licenciatura en Contaduría Pública (escolarizado y a distancia)
Licenciatura en Economía
Licenciatura en Mercadotecnia

División Académica de Ciencias Agropecuarias

Ingeniería en Acuicultura
Ingeniería en Agronomía
Ingeniería en Alimentos
Licenciatura en Medicina Veterinaria y Zootecnia

División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco

Licenciatura en Enfermería
Licenciatura en Médico Cirujano
Licenciatura en Atención Prehospitalaria y Desastre
Licenciatura en Rehabilitación Física

División Académica de Educación y Artes

Licenciatura en Ciencias de la Educación
Licenciatura en Comunicación
Licenciatura en Desarrollo Cultural (sistema abierto)
Licenciatura en Idiomas
Técnico Superior Universitario en Enseñanza de Inglés
Técnico Superior Universitario en Música

División Académica de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Médico Cirujano
Licenciatura en Cirujano Dentista
Licenciatura en Psicología
Licenciatura en Nutrición
Licenciatura en Enfermería
Enfermería (semipresencial) Nivel Técnico
Curso complementario de Licenciatura en Enfermería (a distancia y semipresencial)

División Académica de Informática y Sistemas

Licenciatura en Informática Administrativa
Licenciatura en Sistemas Computacionales
Licenciatura en Telemática
Licenciatura en Tecnologías de la Información

División Académica de Ciencias Básicas

Licenciatura en Ciencias Computacionales
Licenciatura en Física
Licenciatura en Matemáticas
Licenciatura en Química
Licenciatura en Actuaría

División Académica Multidisciplinaria de los Ríos

Ingeniería en Acuicultura
Licenciatura en Administración
Ingeniería en Alimentos
Licenciatura en Informática Administrativa
Licenciatura en Derecho