



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

López Pardo, Cándido M.
Conceptualización y valoración de la equidad en salud
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 33, núm. 3, julio-septiembre, 2007, p. 0
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433305>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Conceptualización y valoración de la equidad en salud

[Cándido M. López Pardo¹](#)

RESUMEN

Se examina el concepto de equidad en general y de equidad en salud en particular, tanto en los resultados de la salud, como en los recursos y servicios en salud. Una definición autóctona de equidad es asimismo presentada. Algunas ideas básicas sobre la medición en salud son también expuestas. Se concluye con las respuestas a tres preguntas: ¿equidad para qué y respecto a qué?, ¿existe la equidad total? y ¿es necesario monitorizar la equidad en salud en Cuba?

Palabras clave: Equidad en salud, desigualdades, medición.

INTRODUCCIÓN

El concepto de equidad es controversial. Probablemente, en las propias ponencias que se harán en este evento surja más de una manera de entender qué es equidad en general, y en particular, equidad en salud. Una manera de evitar una discusión, sería recurrir a un subterfugio utilizado por un autor que ante el reto de realizar varias definiciones, entre ellas las de “conjunto”, dijo que eran nociones primitivas, intuitivas, y por tanto, no definibles (González M. Matemática, quinto curso. Complementos de aritmética y álgebra, tomo I. La Habana: Editorial Selecta; s/f). El mensaje era: entienda cada uno lo que crea, y adelante. Aquí no se evitará la discusión aunque el análisis del asunto es complejo y enfocado desde muy diversos puntos de vista. Se examina, inicialmente, el concepto de equidad en general, y posteriormente se profundiza en la conceptualización de equidad en salud, tanto en los resultados de la salud como en los recursos y servicios en salud. Se exponen algunas ideas básicas sobre la medición de las desigualdades en salud y se ofrece una definición autóctona de equidad en salud. Se trata de contestar a tres preguntas: ¿equidad para qué y respecto a qué?, ¿existe la equidad total?, y ¿hace falta monitorizar la equidad en salud en Cuba?

DESARROLLO

Abelardo Ramírez -a quien con justicia se dedica este Simposio- en el capítulo 1 de su Tesis Doctoral “Propuesta de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba”, resumiendo lo expresado por varios autores, señala que la equidad consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones y supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro. El término equidad está estrechamente vinculado al derecho y a sus prácticas jurídicas; es la propensión a dejarse guiar o a fallar por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley. Señala *Ramírez* que *Aristóteles* expresó que la equidad es superior no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. Es decir, la equidad representa, frente a

la razón legal, el sentimiento de justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una legal injusticia [Ramírez A (autor), López C (tutor). Propuesta de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. (Tesis Doctoral). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2003].

Un interesante examen sobre el tema se realiza en el primer capítulo de la Investigación sobre Desarrollo Humano y Equidad en Cuba 1999¹ del cual se extraen las ideas esenciales que a continuación se exponen. Tradicionalmente, los debates acerca de la equidad giraban en torno a una variable focal (por ejemplo, la riqueza o la libertad) a partir de la cual se establecían las comparaciones y los juicios. La noción prevaleciente era que todas las personas son iguales, de tal manera que las diversidades sólo eran incorporadas en segunda instancia. Más recientemente, se ha explorado la posibilidad de adoptar diferentes variables focales, y se reconoce la existencia de una amplia variedad de dimensiones relacionadas con el tema de la equidad (libertades, derechos, ingresos), multidimensionalidad que se traduce en una diversidad de perspectivas en los análisis. Otros múltiples aspectos sobre el concepto de equidad social y sus implicaciones son debatidos en ese documento. A manera de síntesis, los autores señalan que los principios de equidad deben aplicarse en dos niveles: en el proceso de adopción de decisiones, y al evaluar los posibles resultados de las decisiones, y enfatizan que se requiere de un análisis integral de ambos niveles ya que los procedimientos equitativos no necesariamente garantizan resultados equitativos y, viceversa, procesos de adopción de decisiones inequitativos pueden generar resultados equitativos.

Respecto a la equidad en los resultados de salud, o su ausencia-la inequidad, o la iniquidad, según lingüísticamente se quiera expresar- la definición de inequidad en salud más divulgada y sintética es la propuesta por *Margaret Whitehead*, quien la conceptualiza como las diferencias en salud innecesarias y evitables, pero además, consideradas injustas. *Whitehead*² y *Dahlgren* señalan que son tres los hechos distintivos que, cuando se combinan, transforman simples diferencias en salud en inequidades sociales en salud: son sistemáticas, son socialmente producidas (por tanto, son modificables) y son valoradas como injustas.³ En un plano más general, como expresan *de la Torre* y otros,⁴ la conceptualización de inequidad no puede sólo limitarse a las desigualdades, ya que existen igualdades injustas, innecesarias y evitables que también debieran considerarse como inequidades. Por tanto, como la desigualdad no necesariamente implica inequidad, la igualdad no implica necesariamente equidad.

Luego, es lo justo o no, de la desigualdad en salud, y eventualmente de la igualdad, lo que diferencia a una desigualdad no inequitativa de una inequidad. En este sentido, la propia *Whitehead*² identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud:

- Variaciones biológicas naturales.
- Conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos.
- Las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido).
- Conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido.
- Exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes.
- Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos.

- Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.

Las desigualdades determinadas por las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables, y como injustas sus diferencias resultantes en salud. Coincidente con este criterio, *Metzger*, refiriéndose a *Le Grand*, expone que la prueba crucial acerca de si las diferencias resultantes de la salud se consideran injustas parece depender en gran medida de si las personas eligieron la situación que causaba dicha mala salud o si estaba, en su mayor parte, fuera de su control directo.⁵

En lo que concierne a la equidad en el acceso a la atención médica, *Aday* -según *Bambas* y *Casas*-6 define la distribución equitativa de los servicios de atención de salud como “una en la cual la enfermedad (como la define el paciente y su familia o los profesionales de la atención en salud) es el principal determinante de la asignación de los recursos.” El punto crucial, señalan los autores, es que los recursos de salud son bienes especiales que no deben ser redistribuidos de acuerdo a las leyes del mercado porque su valor social es significativo. Como es asimismo señalado, que el enfoque de la solución de los problemas de salud a través de los recursos y servicios de salud es insuficiente.

Un ejemplo elocuente de exaltación de los recursos y servicios como solución a los problemas de salud lo es el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 de la Organización Mundial de la Salud.⁷ El informe da a los sistemas de salud un peso notable en el mejoramiento de la salud de la población, soslayando el papel de otros determinantes como los socioeconómicos y físicos. Pareciera, de acuerdo a lo expuesto en el Informe, que la inversión en los sistemas de salud sería la solución para mejorar la situación de salud de los más desfavorecidos, aun cuando sigan viviendo en la mayor miseria social y económica.

Los resultados de un estudio reciente que comprende más de una veintena de países de América Latina y el Caribe, sugieren que los factores socioeconómicos explican más que los recursos y servicios en salud los cambios entre países de la región en la mortalidad infantil, la de menores de 5 años, y la materna (López C. Inequidades en los determinantes de la salud; un obstáculo para el cumplimiento de las Metas del Milenio. Taller Internacional de Centros Colaboradores OMS e instituciones científicas de excelencia. La Habana, 23-25 de noviembre de 2006).

Bambas y *Casas*⁶ exponen que no es la igualdad de las distribuciones de los bienes, sino su justeza, lo que es central al concepto de equidad, y agregan que para establecer una situación como iniquitativa, las diferencias en la distribución de los bienes (tales como los recursos de salud u otros determinantes de la salud) deben satisfacer los siguientes tres criterios:

- Las diferencias en la distribución tienen que ser técnica, financiera y moralmente evitables; si no son evitables, las diferencias no pueden ser consideradas injustas en un sentido social.
- Las diferencias no deben reflejar una libre elección, siempre que la elección sea hecha en perfecta, o aun en condiciones razonablemente altas de elección, incluyendo adecuada información y libertad de elección.

- Debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable, bien culpable directa o indirectamente del daño, o bien responsable de rectificar la injusta distribución.

Otros enfoques más globales sobre lo qué es equidad en salud, tanto de los recursos y servicios como de los resultados en salud lo dan la propia *Margaret Whitehead* y *Paula Braveman*. La primera considera, sucintamente, que la equidad en salud supone que nadie debe estar desfavorecido para lograr su potencial de salud en la medida en que ello puede evitarse.² *Braveman*⁸ define operacionalmente como equidad en salud, la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes -incluida, pero no limitada a la atención médica- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales, concepción que cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud.

Si bien en ocasiones se habla de la medición de la equidad (o de su ausencia), esto no es correcto. La causa de una desigualdad, o de una igualdad, como dice *Whitehead*,² tiene que ser examinada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad; luego, el calificar una desigualdad, o una igualdad, como injusta, innecesaria y/o evitable o no, depende de un valor de juicio. Por consiguiente, las desigualdades se miden, y la inequidades se juzgan. ¿Y cómo se miden las desigualdades en el estado de salud de la población y se identifican las relaciones entre el estado de salud y sus determinantes? Se ha expuesto⁹ que esto puede conllevar el cumplimiento de los siguientes propósitos generales, o de parte de ellos:

- Identificar niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores del estado de salud de la población.
- Identificar niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores de los determinantes del estado de salud de la población.
- Determinar la relación entre los niveles de mortalidad o de morbilidad y los niveles de los determinantes.
- Identificar el impacto de las intervenciones que se realicen en la dinámica de las series de tiempo del estado de salud de la población o de los determinantes.
- Determinar la eficiencia de los recursos del estado de salud de la población o de los determinantes.
- Determinar la homogeneidad de los territorios en la obtención de los logros en el estado de salud de la población o de los determinantes.
- Identificar el nivel de disparidad entre grupos humanos respecto a indicadores que los caractericen.
- Evaluar a los territorios de acuerdo a su estado global de salud.

A su vez, cada propósito general puede desglosarse en propósitos específicos de análisis, y se ha identificado un cuerpo de procedimientos de análisis que posibilitan cumplimentar tales propósitos específicos.^{9,10}

Existen otros muchos aspectos concernientes a la conceptualización de equidad en salud, su valoración, y aspectos muy relacionados que quedan por abordar: la equidad como dimensión del desarrollo humano,¹¹ las dimensiones éticas de la equidad en salud,¹² las respuestas políticas y las iniciativas prácticas para promover la equidad en salud,¹³ y lo relativo a la equidad horizontal y vertical,¹⁴ entre ellos.

El análisis de la equidad en salud es complejo. La siguiente reflexión de *Amartya Sen* hecha en el 2002 fue puesta de relieve por *de la Torre* y otros,⁴ “La equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Un buen compromiso con la equidad en salud necesita también que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales.”

El concepto de equidad en que se basa el proyecto del sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba propuesto por *Abelardo Ramírez* emana del enfoque -como se demandó previamente- que sobre la equidad social se ha legitimado en la sociedad cubana contemporánea y que determina el sentido de sus políticas económicas y sociales, fundamentado en un criterio de justicia social que no niega la diversidad, e incluso la conceptúa como un elemento enriquecedor de lo social, y presupone la superación de toda práctica de discriminación en cualquiera de las esferas de la actividad humana. La equidad en salud significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal [Escuela Nacional de Salud Pública (Grupo Básico de Trabajo). Proyecto “Monitoreo de equidad y salud en Cuba”;2001].

CONCLUSIONES

Lo presentado lleva a plantearse tres preguntas. La primera: ¿equidad para qué y con respecto a qué?, un ejemplo sencillo al respecto: si se considera que la distribución de los médicos en las provincias del país debe ser equitativa respecto a la población a atender (¿equidad con respecto a qué?) para lograr igual acceso por persona (¿para qué?), ello presupone que si se logra que cada provincia tenga igual cifra de médicos por habitante se ha hecho una distribución equitativa.

Esto conlleva a la segunda pregunta: ¿existe la equidad total?; pareciera que no, porque tal distribución que se considera equitativa respecto a la población a atender, no lo es, si se entiende que lo justo es que los médicos especialistas se distribuyan entre las provincias de acuerdo a las poblaciones en riesgo (es decir, que haya el doble de endocrinólogos en La Habana que en Granma, puesto que en la primera provincia el riesgo de muerte por diabetes mellitus es el doble que en la segunda.¹⁵ La tercera pregunta es, ¿se requiere monitorizar la equidad en salud en Cuba? *Ramírez* contestó: “Son tres los hechos que justifican la implementación de un sistema que permita monitorear la equidad en salud en Cuba: 1. Las modificaciones sustantivas que se han producido en las condiciones de vida de la población y en otras esferas del quehacer económico y social, unido a la disminución de la homogeneidad que caracterizaba a la población cubana. 2. Se está aún distante de conocer cómo las disparidades sociales pueden impactar en el estado de salud de la población. 3. Se hace necesario el estudio de la diversidad entre grupos humanos que presentan diferencias en diversos aspectos,

entre ellos, las diferencias en el acceso a los servicios de salud, las geográficas y las socioeconómicas.”

SUMMARY

Conceptualization and assessment of health equity

The concept of equity in general and equity in the field of health in particular, both in health outcomes and in health resources and services was examined. An autochthonous definition of equity was presented together with some basic ideas on measurement in health. The paper concluded with the answers to three questions: equity for what and in relation to what? Is there total equity? Is monitoring of health equity in Cuba necessary?

Key words: Health equity, inequalities, measurement.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. La Habana: Editorial Caguayo; 2000.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity. Copenhagen: WHO;1991.
3. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part I); a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health no. 2 [serie en Internet]. [citado 1 Dic 2006]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>
4. De la Torre E , López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública;2004.
5. Metzger X. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Documento elaborado durante el *internship* realizado en el Programa Análisis de la Situación de Salud de la OPS /OMS. Octubre-diciembre 1996.Washington: OPS/OMS;1996.
6. Bambas A, Casas JA. Assessing equity in health: conceptual criteria. En: PAHO. Equity & health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, D.C.: PAHO; 2001. (Occasional Publication No. 8).
7. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS;2000.
8. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and-middle income countries. Geneva: WHO;1998 (Doc. WHO/CHS/HSS/98.1).
9. López C. La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(1).
10. _____. Estado de salud y su relación con los determinantes: procedimientos de análisis. Rev Cubana Salud Pública. En prensa 2007.
11. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1996. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 1996.
12. Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, editor. Desafío a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockfeller, OPS;2002.p.27-35.
13. Whitehead M, Dahlgren G, Wilson L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. En: Evans T, editor. Desafío a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockfeller, OPS;2002.p.335-51.

14. Glosario. En: Evans T, editor. Desafío a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockefeller, OPS;2002.p.365-70.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública ,Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico de salud 2005. La Habana : MINSAP;2005.

Recibido: 4 de diciembre de 2006. Aprobado: 27 de diciembre de 2006.

Cándido M. López Pardo. Facultad de Economía, Universidad de La Habana. Calle L No. 353 e/21 y 23 piso 13. La Habana 10400, Cuba. e-mail: clopez@infomed.sld.cu

[1Profesor Titular.](#)