



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Martínez Calvo, Silvia

Equidad y situación de 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=21433306>

- ▶ 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

Equidad y situación de salud

[Silvia Martínez Calvo1](#)

RESUMEN

Se sintetizan las bases teórico-conceptuales de la equidad y se comenta sobre el vínculo entre la equidad y la situación de salud, al reconocerse ambos términos como totalmente congruentes. Comúnmente esta relación se establece desde su faceta inversa, o sea, se estudian desigualdades o iniquidades, como determinantes desfavorables para la cambiante situación de la salud humana. En esta oportunidad, se resumen enfoques metodológicos y se intenta una traducción del término “equidad” a la realidad sanitaria cubana, apoyada en los elementos del campo de salud y en los resultados de varias investigaciones nacionales. Se utilizan los Diez Riesgos Mundiales para la Salud, como ejemplo para identificar la presencia de la equidad en la situación de salud. Se concluye que, aunque la equidad es un principio inherente al sistema nacional de salud desde su constitución, los cambios sociales y económicos ocurridos desde la década de los años 90 del pasado siglo, originaron algunas iniquidades detectadas en diversas investigaciones de las ciencias sociales y que requieren de un enfoque desde “la salud” mediante la ejecución de investigaciones epidemiológicas que las identifiquen puesto que aún subyacen e influyen en la situación de salud.

Palabras clave: Equidad de salud, situación de salud, desigualdades.

INTRODUCCIÓN

La actual coyuntura social, económica y política iniciada en la década de los años 90 del pasado siglo, renovó el enfoque epidemiológico social de la salud, con la tendencia a valorar desigualdades e iniquidades como elementos determinantes en la aparición de los principales problemas de salud. Internacionalmente, resurgieron presupuestos teóricos y propuestas metodológicas dirigidas a la ampliación del objeto epidemiológico, cuyos límites se dilataron hasta incluir las desigualdades e iniquidades. Emergen las simplificaciones de técnicas cualitativas complejas, los ajustes y adaptaciones de las técnicas cuantitativas convencionales y el proceso de persuasión enfocado a los decisores políticos y sectoriales, referido a la importancia de iniciar la indagación epidemiológica acerca de las desigualdades e iniquidades en materia de salud. Tal vez, por ser obvio, resulte ingenuo y quizás hasta superficial expresar que, cuando se detectan iniquidades, está ausente la equidad, término que en su dimensión legal, se considera relacionado con un resultado “imparcial y justo”. Recrear algunas concepciones y, particularmente, comentar sintéticamente sobre la equidad y su vínculo con la actual situación de salud, es propósito de esta exposición.

VALORACIONES CONCEPTUALES

Además de la noción legal mencionada, es pertinente precisar que el término equidad procede del latín *aequitas*, derivado a su vez de *aequus*, que significa igual; consiste en

dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos y condiciones. La posición relativa de un país -o de cualquier espacio territorial- respecto a otro en cuanto a su desarrollo humano, o a su equidad, no es inequívoca: depende de cómo sean conceptualizados y medidos el desarrollo humano y la equidad.¹

En su enfoque humanístico, “la equidad supone no favorecer en el trato a uno, perjudicando a otro” pero, ¿qué se considera equidad en salud? Indudablemente, existe criterio universal que la salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones sociales o económicas y, en el sistema social cubano, su aseguramiento es una responsabilidad del Estado, que actúa a través de su organismo rector: el Ministerio de Salud Pública (MINSAP).² El modelo de salud nacional alcanzó un alto grado de equidad asentado en su cobertura y acceso universales y en el total financiamiento por el Estado. En tal sentido, “las variables igualdad de derecho, de acceso y equidad en las acciones recibidas son prioritariamente valoradas por la población.”³ Epidemiológicamente, “toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida, constituye iniquidad” y las iniquidades, representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables (Castellanos PL. Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. Presentado en: I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada;1992).

Distante de esas concepciones legales y sociales bien abarcadoras, el enfoque postulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con la equidad, resulta un tanto reducido, al menos en el discurso, al expresar que: “la equidad en la atención en salud implica recibir atención según sus necesidades” (Organización Panamericana de la Salud. Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud. Washington, DC. s/f).

Si la equidad se ciñe a “recibir atención según sus necesidades”, la primera barrera aparece, cuando el acceso a esa atención es limitado o restringido y también, cuando no se evade o transfiere la atención a las necesidades humanas y sociales, innegable complemento del nivel de salud y bienestar ciudadano. En el campo de la salud, estas valoraciones teóricas sobre la equidad e iniquidad, han estimulado el interés para medir directamente las desigualdades en salud e, indirectamente, evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios desde inicio de los años 80 del pasado siglo.⁴⁻⁶

Los estudios médico-sociales orientados a la identificación de iniquidades en salud, tienen larga historia, pero no es objetivo de estos comentarios ampliar sobre ese asunto; baste reconocer la sagacidad y lucidez de los precursores de los siglos XVIII y XIX y la persistencia y fidelidad científica de sus seguidores, en etapas más contemporáneas, desde los aportes regionales de la Higiene Social Marxista en la Europa Oriental, la renovada Medicina Social y la sorprendente Epidemiología Social en América Latina, disciplina paradigmática en la búsqueda de la equidad en la situación de salud.⁷ (Waizkin H. Social Medicine in Latin America: International Perspectives in Medicine and Public Health. Documento fotocopiado, 1999).

En cuanto al ámbito nacional, los Anuarios Estadísticos ininterrumpidamente publicados desde 1974, acumulan y divultan una abundante cantidad de cifras y datos, no muy utilizados para las investigaciones relacionadas con desigualdades e iniquidades, aunque en la década de los años 90, varios investigadores incursionaron en

el tema.^{8,9} En ese sentido, existe una polémica propuesta nacional, sobre la construcción y aplicación de un índice para evaluar iniquidades dentro del campo del Desarrollo Humano, que según su autor: “resulta un índice poderoso y sencillo a la vez, que en forma sintética y no mediante el empleo simultáneo de variados indicadores, posibilite cuantificar las iniquidades observadas entre áreas dentro de un municipio, entre municipios dentro de un país o parte de él, o entre municipios dentro de una Región.”¹⁰

En el período 1993-1994, se diseñó un Sistema de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida, con la cooperación de Organización Panamericana de la Salud (OPS), y cuyo propósito básico era “contribuir a detectar y jerarquizar problemas de salud de la población y a realizar valoraciones críticas de las condiciones de vida en sus diversas esferas biológica, ambiental, conductual y económica. Deberá producir información útil,¹¹ por tanto, para la toma de decisiones por parte de los diferentes sectores sociales y para la evaluación del efecto de dichas decisiones.” Por razones prioritariamente económicas, no se desarrolló este subsistema de vigilancia dentro del sistema nacional de salud, pero al menos quedaron sus procedimientos y enfoques como intento de aproximación al tema.

Los estudios realizados en esa misma etapa en la antigua Facultad de Salud Pública y relacionados con el “Análisis de situación de salud según condiciones de vida”, contribuyeron al desarrollo de enfoques teórico-metodológicos sobre la equidad y la salud de la población. Una de estas investigaciones, de carácter nacional, detecta que el 84 % de los municipios del país, poseían regulares y malas condiciones de vida, situación que propicia la iniquidad.¹² Las desigualdades territoriales también se manifestaron al utilizar técnicas computacionales como el Sistema de Información Geográfica (SIG) promovidas por la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud (UATS).^{13,14}

No obstante estos resultados, es imprescindible, para el conocimiento de los problemas que conforman la situación de salud de la población, estudiar la diversidad entre grupos humanos pero, el afán en demostrar homogeneidad más que en detectar desigualdades, obstaculiza el desarrollo de una etapa cualitativamente superior del sistema nacional de salud en particular y, del campo de la salud, en general.

Al respecto, es interesante exponer lo expresado en un oportuno trabajo: “para lograr una mejoría evidente en la salud de la población, los gobiernos y comunidades necesitan tener acceso a datos socioeconómicos desagregados sobre la salud de la población, sin embargo, cuando se recolecta la información relacionada con la equidad, su acceso está con frecuencia restringido a las autoridades¹⁵ y rara vez se presentan desagregados para mostrar las diferencias entre grupos socioeconómicos.” En Cuba, existen esos datos, pero es limitado el interés de la mayoría de los investigadores en Salud Pública, para vincularlos con la actual situación de salud.

EQUIDAD Y SITUACIÓN DE SALUD

Los problemas que origina la presencia o ausencia de equidad en salud son tan frecuentes, que desde el año 2004 y vinculado a los Objetivos del Milenio, se constituyó la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud en la OMS con el propósito de materializar los supuestos teóricos relacionados con los macrodeterminantes y modificar

la situación de salud en el mundo.¹⁶ Por otro lado, la producción científica mundial, derivada del tema de la equidad y las desigualdades es copiosa y, básicamente, se orienta hacia los procedimientos necesarios para su medición.^{4,5} Se señala que “el indicador orientador de los derechos humanos para las desigualdades en salud debe estar compuesto por dos tipos de medidas: 1. Una medición de la salud, incluida el estado de salud, la atención médica y otros determinantes de salud o de consecuencias económico-sociales de la salud dañada, y 2. La medición de la posición social,¹⁴ tales como ingresos, educación, sexo y grupo étnico.”

Según lo expuesto, se requiere de investigaciones epidemiológicas nacionales, para identificar nítidamente las desigualdades sumergidas en los diversos estratos poblacionales que conforman el territorio y que, han sido tema de interesantes y valiosos estudios cubanos en el campo de la Sociología y la Antropología. Afortunadamente, en el sector de la salud y durante el primer lustro de este siglo, se desarrolló una valiosa investigación que rescata el tema de la equidad en salud y de la cual, se comentan algunos contenidos.¹⁷

Reconoce la autora que “aún se aguarda por la identificación de las disparidades sociales-traducidas en desigualdades- que inciden en la situación de salud de nuestra población, y que básicamente se reconocen como: diferencias socioeconómicas, geográficas, de género, de instrucción y de acceso a los servicios de salud.” Varias de esas diferencias son coincidentes con las seis dimensiones y las ocho categorías de análisis, propuestas por un equipo de investigadores brasileños, para estudiar las desigualdades en salud.¹⁸ Las dimensiones y categorías, coincidentes con las “diferencias” que se describen en la investigación son:

Dimensiones

- Oferta: recursos humanos y capacidad instalada.
- Acceso y utilización de los servicios.*
- Financiamiento: ingreso territorial y familiar.*
- Calidad de la atención.
- Situación de salud.*
- Salud y condiciones de vida.*

Categorías de análisis

- Geográfica. *
- Clase social.*
- Renta.*
- Género.*
- Color de la piel.
- Ocupación/profesión.
- Escolaridad.*
- Edad.

En las dimensiones, coinciden cuatro y es notorio que en la investigación comentada, no se incluya la “oferta de recursos y la capacidad instalada” y, en las categorías de análisis, no se incorpore el “color de la piel”. Reconoce la autora que, “durante la década de los años 90, ocurrieron hechos no deseados relacionados con la crisis

económica del país, como consecuencia del recrudecimiento del bloqueo por parte del Gobierno de los Estados Unidos y la desaparición del campo socialista europeo. Esta situación, produjo modificaciones sustantivas, entre otras, de las condiciones de vida, ingreso y empleo; la infraestructura sanitaria, las condiciones alimentarias y la situación medio ambiental.”

Según el propósito de este trabajo, resulta interesante establecer a cual de los clásicos elementos del campo de salud, corresponde cada una de estas “modificaciones sustantivas”, para después detectar si originan o no, niveles de iniquidad. La correspondencia entre los elementos del campo de salud y las modificaciones sustantivas descritas se relacionan a continuación:

Elemento	Modificación sustantiva
Organización de los servicios	Infraestructura sanitaria
Ambiente	Deterioro ambiental
Estilo de vida	Cambios en las condiciones de vida, ingreso y empleo
Biología humana	Condiciones alimentarias

En el primer elemento, o sea, la *organización de los servicios*, si se considera como parte de la “infraestructura sanitaria” la disponibilidad del recurso humano y la calidad de la atención, nadie duda del deterioro manifiesto iniciado en esa década de los 90 que, lamentablemente, aún afecta a ciertos centros y unidades del sistema de salud y que propician rasgos de iniquidad, aunque resulta evidente, el esfuerzo que lidera el organismo MINSA en todo el país, para restaurar y construir unidades asistenciales, a través de los Programas de la Revolución.

Cuando se valora la salud en todas sus dimensiones, el elemento *ambiente* adquiere una dimensión abarcadora, que engloba desde el ambiente físico al social y, en ese sentido, el “deterioro ambiental”, aún en vías de solución, contribuye a cierta iniquidad territorial, especialmente cuando se observa algo tan simple como la recolección de desechos sólidos, en diferentes ciudades y territorios del país. La carencia de combustible para mover los vehículos de recolección, ha sido un factor primordial en esta situación, pero los malos hábitos higiénicos colectivos, también han contribuido a ello, especialmente en zonas y barrios antiguos o marginales.

El *estilo de vida*, elemento de innegable influencia en el mantenimiento de la salud y el logro de bienestar, muy relacionado con las condiciones de vida, constituye un espejo que refleja nítidamente la presencia o ausencia de equidad; desde las diferencias del poder adquisitivo, de las condiciones laborales -trabajo dentro o fuera del país-, de la influencia del grupo social de pertenencia, hasta la carencia de prácticas no saludables e incumplimientos de los deberes para la salud. Ante esta situación, las políticas y estrategias nacionales para elevar el nivel de instrucción, desarrollar la promoción de salud, mejorar los salarios, entre otros, representan esfuerzos loables que deberán contribuir a revertirla.

Finalmente, dentro del elemento *biología humana*, epidemiológicamente se incluye el individuo en su totalidad física y mental, así como sus respuestas ante las agresiones del

medio. En la investigación que se comenta, este importantísimo elemento del campo de salud, lo representan las condiciones de alimentación, inobjetablemente vinculadas también al nivel de vida y al ambiente. Durante esa etapa social y económicamente crítica de la década de los 90, el individuo respondió biológicamente a la agresión externa, con enfermedades y daños a su salud y, con un elevado nivel de fragilidad ante los riesgos. Si existen dudas, con sencillas interrogantes epidemiológicas, podrían detectarse algunas condiciones que contribuyen a la ausencia de equidad, tanto en las personas como en las comunidades. Un simple ejercicio sería precisar los 10 Riesgos Mundiales para la Salud, que la OMS identificó a inicios del actual siglo y que se aprecian en el recuadro siguiente.^{18, 19}

Recuadro. Diez Riesgos Mundiales para la Salud

- | |
|---|
| 1. La insuficiencia ponderal |
| 2. Las prácticas sexuales de riesgo |
| 3. La hipertensión arterial |
| 4. El tabaquismo |
| 5. El alcoholismo |
| 6. El agua insalubre, el saneamiento y la higiene deficientes |
| 7. La carencia de hierro |
| 8. El humo de combustibles sólidos en espacios cerrados |
| 9. La hipercolesterolemia |
| 10. La obesidad |

Las interrogantes serían:

- ¿Quiénes y por qué, padecen insuficiencia ponderal, HTA, carencia de hierro, hipercolesterolemia, obesidad ?
- ¿Quiénes y por qué desarrollan prácticas sexuales de riesgo y poseen los malos hábitos de tabaquismo y alcoholismo?
- ¿Dónde, quiénes y por qué reciben agua insalubre, se afectan por el saneamiento y la higiene deficientes y padecen enfermedad respiratoria, por convivir en espacios cerrados llenos de humo?

Para responder esas tres interrogantes y descubrir la presencia o ausencia de equidad, como elemento que contribuye a la exposición a esos riesgos, deben reorientarse los enfoques investigativos actuales hacia niveles macro, abandonar los esquemas convencionales no pertinentes con el hecho que se investiga y enfrentar el resultado que se obtenga.

Desarrollar investigaciones que detecten iniquidades relacionadas con la edad, el color de la piel, las condiciones y el estilo de vida, el acceso y la infraestructura de los servicios de salud y la calidad de la atención. Al utilizar estas y otras variables adecuadas al objeto de investigación, surgirán las diferencias que todos saben que existen. Por ejemplo, se conoce que el acceso a los servicios, puede valorarse en diversas dimensiones, pero casi siempre se enfatiza en la dimensión geográfica, o sea, se accede territorialmente, o no se accede a los servicios y se obvia el tiempo de llegada a las unidades, las vías y medios para el acceso y la calidad del servicio que se presta, que

también forman parte de la accesibilidad y que, cuando no se ofrecen, deja espacio a la iniquidad.

Además de otros factores, no se mejora la situación de salud sin equidad y, alcanzarla plenamente, tanto en los servicios de atención médica, como en las circunstancias que contribuyen a mejorar la salud, es una tarea permanente de los directivos, profesionales e investigadores que, desde sus respectivas posiciones, se desempeñan en el campo de la salud pública. Si durante décadas se ha garantizado la equidad de acceso a los servicios en todos sus componentes, si se es consecuente con el desarrollo dialéctico universal, promotor de cambios, no debe restringirse la divulgación de resultados científicamente relevantes, ni la ejecución de investigaciones esclarecedoras acerca de la iniquidad que se vislumbra, como resultado de las transformaciones en los macrodeterminantes de la salud, y que, definitivamente, afectan la situación de salud de la población.

SUMMARY

Equity and healthcare situation

Theoretical-conceptual basis of equity were summarized and also linking of equity and health situation was commented on since both terms are considered to be completely consistent. Very often, this linking is set from its reverse facet, that is, inequalities or inequities are studied as unfavorable determinant to the changing situation of human health. On this occasion, methodological approaches were summarized and it was intended to translate the term "equity" to the Cuban health reality supported on the elements of the field of health and the results of several national research studies. The Ten World Health Risks as examples to identify equity in health situation were used. It was concluded that, though equity is a principle inherent to the national healthcare system from its inception, social and economic changes since 1990's gave rise to some inequities detected in several social sciences research works and that a health approach through epidemiological research studies identifying still underlying inequities that affect health situation is required.

Key words: Health equity, health situation, inequalities.

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. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora Política;1992.
3. Hadad J, Capote R. Las estrategias que permitieron la equidad-igualdad en el sistema nacional de salud cubano. La Habana: MINSAP, Facultad de Salud Pública;1998.
4. Murray CJL, Gakidov EE, Frenk J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué debemos medir? Boletín OMS. 2000;(2):10-5.
5. Gakidov EE, Murray CJL, Frenk J. Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de salud. Boletín OMS. 2000;(3):29-40.
6. Medición de desigualdades en salud: Coeficiente de Gini e Indice de Concentración. Bol Epidemiol. 2001;22(1).
7. Breihl J, Granda E. Deterioro de la Vida. Quito: CEAS;1990.

8. Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Camagüey. 1991-1994 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública;1995.
9. Bonet M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología;1997 (documento fotocopiado).
10. López C. INEQUIS: un índice para evaluar las iniquidades en el interior de los Municipios o entre los Municipios que forman parte del movimiento de Municipios Saludables. La Habana: Universidad de La Habana;1995.
11. Grupo de Estudios Interdisciplinarios en Salud. Sistema Nacional de Vigilancia de Situación de Salud según Condiciones de Vida. La Habana: ISCM-H;1994.
12. Astraín ME. El análisis de situación de salud según condiciones de vida. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2004.
13. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Análisis del comportamiento probable de algunos eventos de salud seleccionados. La Habana: MINSAP;2000.
14. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Análisis del comportamiento de Indicadores Básicos. La Habana: MINSAP;1999.
15. Bambas L. Integración de la equidad en la información en los sistemas de salud: un acercamiento a los derechos humanos en salud y la información. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020102-PLoSMed2(4):e102–2005 HMN, Health Metrics Network.
16. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud [serie en Internet]. [citado May 2006]. Disponible en: http://www.who.int/entity/social_determinants/strategy/Qend_As/en/index.html
17. Ramírez Márquez A. Sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba [tesis]. La Habana;2003.
18. Nunes A, Silva Santo JR, Barradas Barata R, Magalhaes Viana S. Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil. Una proposta de monitoramento. Brasilia: OPAS,OMS,PEA;2001.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS;2002.

Recibido: 5 de diciembre de 2006. Aprobado: 27 de diciembre de 2006.

Silvia Martínez Calvo. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Línea esq. I, El Vedado. La Habana 10400, Cuba.

[1DraC. Médicas, Profesora Consultante, Escuela Nacional de Salud Pública.](#)