

La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva

Nivaldo Linares-Pérez^a y Oliva López-Arellano^b

Introducción

América Latina y el Caribe conforma la región del mundo que presenta la mayor inequidad social (1) y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, a pesar del desarrollo de programas que buscan precisamente el efecto contrario (2), por lo que esta problemática, expresada en términos simples como diferencias en el estado de salud entre individuos y grupos sociales entre países y dentro de ellos, es un tema importante para los sistemas de salud. Así mismo, la creciente disparidad de condiciones de vida y de salud, entre los grupos sociales y las regiones geográficas de casi todo el mundo ha impulsado una mayor preocupación por las desigualdades en salud y las inequidades, considerándolas entre las emergencias que comprometen el futuro de la humanidad (3).

Las desigualdades en salud, fueron objeto de gran atención en los años setenta y mediados de los ochenta. Sin embargo este interés fue desplazado por la preocupación sobre la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios y las políticas de salud impulsaron procesos de reforma con estas orientaciones (4). Se configuró así una paradoja, pues frente al incremento de las desigualdades en salud, la mayoría de los gobiernos del continente americano desarrollaron estrategias para favorecer la eficiencia y la sostenibilidad financiera, mediante mecanismos de mercado, aunque ello impactara negativamente el logro de la equidad.

En este trabajo se discuten los conceptos de desigualdad e inequidad, partiendo de la noción de justicia social y de enfoques contemporáneos relacionados con la equidad en salud. Se revisan las concepciones modernas de justicia considerando el pensamiento de las corrientes liberales, utilitaristas, contractualistas e igualitaristas. De igual forma se mencionan las posturas derivadas del enfoque *rawlsiano* respecto a la equidad social en salud; la perspectiva de Sen que relaciona la justicia sanitaria y la equidad en salud; y el pensamiento de Foucault que vincula la justicia con el poder. Se identifican los marcos explicativos que sustentan su fundamentación y, en la última parte, se incorpora la aproximación propuesta por la salud colectiva, que destaca los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales en la explicación de la distribución desigual de los resultados de salud, el acceso a servicios, la calidad de la atención médico-sanitaria y la propia configuración de los sistemas de salud.

a Nivaldo Linares-Pérez. Médico, Maestro en Ciencias de la Salud, Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala. 16 Avenida 10-50, Zona 15, Vista Hermosa III. Anexo CDC/CAP-UVG/CES, C.P. 01015. Ciudad de Guatemala, Guatemala. Teléfono (502) 2364-0734 Fax (502) 2364-3228 nlinares@gt.cdc.gov

b Oliva López-Arellano. Médica. Maestra en Medicina Social. Doctora en Ciencias en Salud Pública. Investigadora y Profesora del Programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, D.F. México. Teléfono (52-55) 5483-7000, olo@correo.xoc.uam.mx

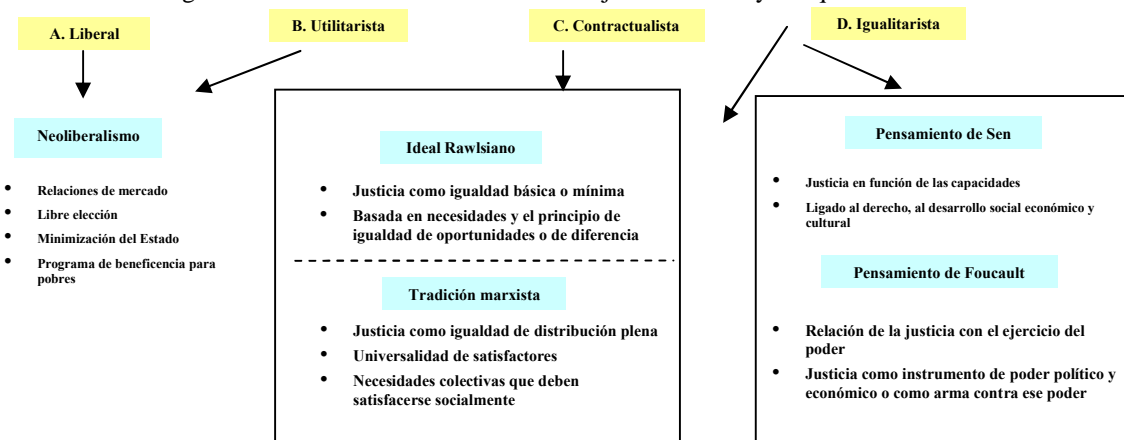
La noción de justicia sanitaria y los enfoques sobre la equidad en salud

La complejidad del tema de la equidad y la variedad de disciplinas que la estudian determinan en gran medida la existencia de aproximaciones ligadas a diferentes concepciones filosóficas y ético-valorativas. Para comprender el marco interpretativo en que se inscribe, es necesario partir de los conceptos principales que conforman la teoría de la justicia social en general y la justicia sanitaria en particular (Figura 1). De acuerdo con Vega-Romero (5), en el campo específico de la salud se reconocen cuatro concepciones modernas de justicia: a) las concepciones liberales, b) las utilitaristas, c) las contractualistas y d) las igualitarias. Todas ellas, en mayor o menor medida, constituyen la plataforma sobre la cual se han desarrollado los sistemas de salud y las concepciones actuales sobre la equidad sanitaria.

Los *liberales* han proclamado que la salud pertenece al ámbito de la vida privada y que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres. Los *utilitaristas*, han fundamentado sus criterios distributivos en el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales. Por su parte, los *contractualistas*, enfocan sus posiciones en los principios que

enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos. Y finalmente, los *igualitaristas* sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social justo o el resultado de modelos de sociedad, como el propuesto por el marxismo (5). En la obra de Meter y Evans (6) se discuten cuatro enfoques filosóficos-morales relacionados con la equidad en salud: el *enfoque utilitarista*, el cual propugna que debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud; el *enfoque igualitarista*, centrado en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población; el *enfoque desde la perspectiva de la prioridad*, el cual se considera como un contrapeso al principio del utilitarismo dado el interés en que los beneficios sanitarios sean asignados a los más enfermos; y el *enfoque derivado del ideal rawlsiano de sociedad*, visto como sistema procedimental justo. Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y se centran en un patrón distributivo de los resultados finales sanitarios, lo que contrasta con el enfoque *rawlsiano* que sitúa el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud (6).

Figura 1. Marco de referencia: noción de justicia social y la equidad en salud



La perspectiva teórica que presenta Amartya Sen (7) introduce un pensamiento distinto al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud particularmente en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. De acuerdo con Martínez y colaboradores (8), para Sen la salud interactúa como propósito y como herramienta con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. De esta manera la salud es una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales (8). En palabras del propio Sen (7) la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social, no sólo por la consideración social de la salud y el carácter central que tiene la salud dentro de la justicia de los acuerdos sociales en general, sino también por la consideración de que la equidad en salud no únicamente concierne a la salud vista aisladamente, ya que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y de la justicia, incluida la distribución económica y la libertad humana. Entendida así, la equidad en salud no trata sólo la distribución de la salud y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria. Por el contrario, la equidad en salud debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (7).

En el pensamiento post-moderno y post-estructuralista de Michel Foucault es posible visualizar los principios que han regido la distribución de servicios y cuidados referentes a la salud de una población, más como el resultado de la imposición y generalización de concepciones específicas de justicia mediante el recurso de la fuerza de grupos y racionalidades dominantes, que como el resultado de consensos, fundamentados en la verdad universal de una concepción de la sociedad o de una perspectiva moral. Para Foucault, la lógica de los servicios de salud es la consecuencia de la victoria de las fuerzas que se articulan estratégicamente y se posicionan dentro de los dominios de la técnica, del saber y de las tecnologías y que construyen, escogen o se ven obligadas a apoyar una racionalidad particular, sobre otras que no expresan sus intereses (5).

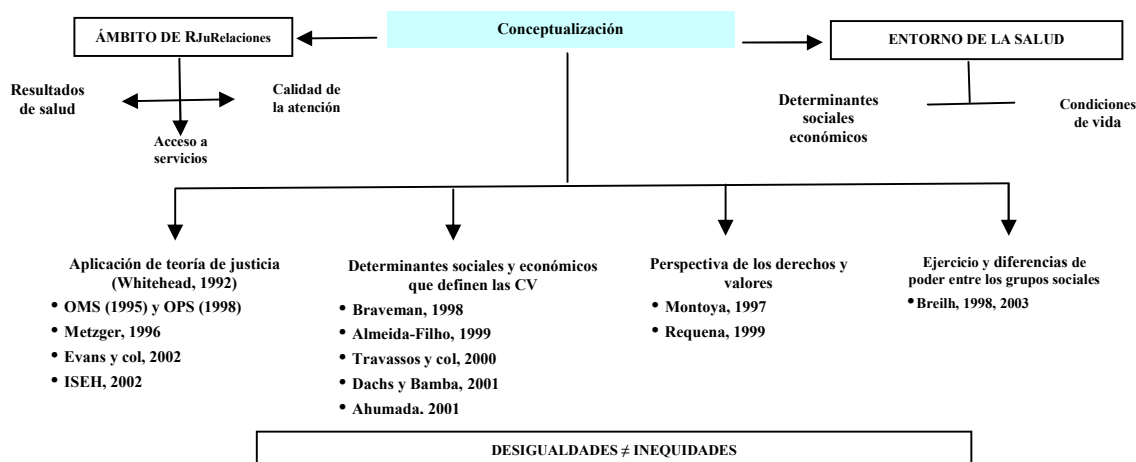
Conceptos explicativos sobre la equidad en salud

Para superar las situaciones de ambigüedad, controversia y confusión terminológica que enfrenta la noción de desigualdad-inequidad, es preciso definir los conceptos e identificar sus diferentes acepciones para tratar de comprender los significados y alcances interpretativos de la equidad en salud.

El término equidad según Ramírez (9), procede del latín *aequitas*, que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa “igual”. Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones. Aristóteles expresó que “*la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal*”. La ley tiene necesariamente carácter general y, por lo tanto, a veces demuestra ser imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares. En tales casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar. Por lo tanto, anota Aristóteles, la justicia y la equidad son la misma cosa: 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. “*La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una ‘legal injusticia’ si se admite la frase paradójal*” (9:6).

¿Qué se expresa cuando se hace referencia a la equidad en salud? La respuesta es compleja desde lo conceptual y muy diversa desde lo empírico, pues existen múltiples formas de darle contenido, medirla y articularla con el contexto socio-económico y con las condiciones de salud de grupos poblacionales (10). Mientras unos emplean los conceptos de desigualdad-inequidad para transmitir un sentido de “justicia” otros lo emplean para dar a entender “igualdad” en un sentido exclusivamente matemático (11). Sin embargo, estas aproximaciones, aún insuficientes, han servido para organizar la discusión sobre los determinantes del estado de salud de los colectivos humanos y sobre el acceso a los servicios de atención a la salud, tanto para el estudio de las

Figura 2. Equidad: conceptos, definiciones y marcos explicativos



relaciones entre las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y de salud, como para sugerir tipos de intervenciones que pueden reducir las inequidades y mejorar los niveles de salud y bienestar de la población en determinados contextos (12). La perspectiva disciplinaria también influye en el punto de vista sobre la equidad. Por ejemplo los economistas interesados con la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud señalan lo equitativo que pueden resultar las formas alternativas de generar fondos para la atención en salud (13) y las diferencias que se perciben entre la atención sanitaria proporcionada por proveedores públicos y privados, los pacientes pobres que utilizan los servicios públicos de salud que son gratuitos y la de los pacientes que pueden pagar por la atención ofrecida por los proveedores privados (14).

Existe un cierto consenso sobre las distintas facetas de la equidad en salud, ya sea que su definición reconozca (o no) procesos socio-históricos, que pueden expresarse en pobreza, ingreso monetario, educación, nutrición, acceso a agua potable y condiciones de higiene entre otros (15); o propios del sector salud como es el acceso a los cuidados sanitarios básicos y a la atención hospitalaria e incluso diferencias en los resultados de salud de grupos específicos (16). Por tanto, en la conceptualización de la equidad en salud es posible visualizar la integración de dos campos diferenciados pero estrechamente relacionados: el

ámbito de la salud integrado por tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud) y el ámbito societal de la salud, conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que se expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares, en donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia/origen y edad/generación. De estas interpretaciones de la equidad en salud, se pueden distinguir al menos cuatro abordajes que intentan definirla y explicarla (Figura 2).

La inequidad en salud según Margaret Whitehead (17), hace referencia a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas. Para esta autora, la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar (17). Identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud: 1) variaciones biológicas, naturales, 2) conductas que dañan la salud elegidas libremente, 3) ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta conductas promotoras de salud (en tanto otros grupos tengan también los medios para hacerlo) 4) conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido, 5) exposición a condiciones no saludables, vida

estresante y condiciones laborales dañinas 6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos y, 7) selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social. A las tres primeras no las considera injustas, mientras que las cuatro restantes serían consideradas evitables e injustas.

En términos operacionales esta autora supone una reducción, al mínimo posible, de los diferenciales de salud y de acceso a los servicios sanitarios. A partir de ese punto, explícitamente pragmático, define el concepto de equidad (*equity*) por medio de dos antónimos: desigualdad (*inequality*) e inequidad (*inequity*). Para el primer término (desigualdad), indica diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población, mientras que para el segundo (inequidad) señala la existencia de variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas. La misma Whitehead apunta que la equidad no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno. Para describir una situación como no equitativa o injusta, ésta debe ser examinada y juzgada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. En síntesis, desde esta visión, toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad, pues una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable (17).

A partir de los trabajos de Whitehead y de otros autores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone centrarse más que en los conceptos de igualdad-desigualdad en el binomio equidad-inequidad. Para la OMS la equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad. En otras palabras, tratar de reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales, reflejados en las diferencias étnicas, religiosas, de

nivel socioeconómico, de género, localización geográfica y edad (18,19).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que por lo común se confunden con frecuencia los términos de igualdad-equidad-desigualdad-inequidad. Para la OPS, igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. En una determinada situación, “igual” puede ser no equitativo y “desigual” puede ser equitativo, por lo es necesaria una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad (20). La OPS define desigualdad e inequidad al igual que Whitehead. Es decir, la equidad como valor es la “*lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias*” (21).

En la obra titulada “Desafío a la falta de equidad en salud” cuya edición estuvo a cargo de Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth, se concluye que “*las desigualdades en salud reflejan las diferencias entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas. Las inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas*” (22:4). La característica de injusticia, implica una valoración de si las desigualdades son o no, potencialmente evitables en un inicio y aceptables o no posteriormente (22). En el mismo sentido, al retomar el debate sobre la controversia del complejo desigualdad-inequidad, Metzger (23) concluye que el término desigualdad es un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones morales, mientras que argumenta que la inequidad es una traducción directa del concepto inglés de *inequity*, mismo que no existe en español ni en portugués, pero si el de *iniquidad*, el cual denota sentido de injusticia. Por lo tanto, propone la adopción del término iniquidad con la connotación de desigualdad con *iniquidad*, es decir, de desigualdad injusta (23). Desde esta posición, el autor lanza su definición de equidad señalando: a) derivado directo de las modalidades de adquisición legítimas como herencia, ahorro o redistribución estatal, b) mínimo decente, patrón básico al que todos deben tener acceso; y c) libertad de elección, es decir, más opciones que necesidades. Kawachi y colaboradores (24) sostienen que evaluar las inequidades implica

medir lo que es o no es justo en una sociedad, lo que implica la necesidad de un juicio de valor dependiente de la teoría de la justicia que se adopte y por consiguiente del concepto político-normativo que lo oriente.

La Sociedad Internacional por la Equidad en Salud asume como definición operacional, que las inequidades son las diferencias sistemáticas y potencialmente remediadas en uno a más aspectos del estado de salud de las poblaciones o subgrupo de poblaciones social, económica, demográficas o geográficamente definidos (25). Sin embargo, debido a su complejidad, se ha sugerido mantener el enfoque basado en desigualdad, entendida esta última como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos poblacionales, sin asumir un juicio de valor ético-moral de estas diferencias o consideraciones estrictas sobre su solución (24).

El papel que juegan los determinantes sociales y económicos en las disparidades en salud deja ver otro aspecto de singular importancia. Braveman, por ejemplo, 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 (26). Otro ejemplo se encuentra en los trabajos de Casas, Dachs y Bambas, cuando documentan las grandes diferencias tanto en la situación de salud, como en el acceso a servicios de atención, entre poblaciones que difieren en sus niveles de bienestar, de educación, de ubicación geográfica y de acceso físico y financiero a los servicios de salud; así como, en su situación de etnia, género y origen (27).

Introduciendo la lógica de los derechos y la perspectiva de los valores en salud, otros autores dan cuenta del problema de la equidad. Montoya, considera que la salud forma parte de la categoría de los derechos naturales, mientras que la equidad forma parte de los derechos civiles. En su concepción, la sociedad se basa en un contrato precisamente para evitar las distorsiones derivadas de las desigualdades de poder y evitar que dichas desigualdades se transformen en injusticias. Para

Montoya la equidad es una forma de distribución de los bienes que satisfacen los merecimientos de cada persona (28), se inscribe por tanto en una perspectiva meritocrática. En contraste, Requena (29) admite tratar la equidad como un valor, y plantea que los valores son cualidades polares y jerarquizadas. Define a la equidad como el valor principal que, junto a otros, sustenta el derecho a la salud y traduce una posición ética frente a la responsabilidad del Estado de entregar salud para todos. En otras palabras, equidad significa justicia, significa que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales guían la distribución de oportunidades de bienestar (29).

La equidad en los servicios de salud

Respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica diversos autores identifican aspectos específicos relacionados con las diferentes formas de operacionalizar el concepto de equidad en salud. Whitehead (17) identifica cuatro tipos de equidad: a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad, b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan), c) igualdad en la calidad de la atención y d) igualdad en el resultado (17). En el mismo sentido Berman (30) y Daniels (31), señalan que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son: financiamientos progresivos/asignaciones equitativas de recursos dentro del sistema de salud; derechos universales/accesos universales y calidad de los servicios de salud.

La OMS (19), tratando de dar un sentido más operativo al término, ha definido a la equidad en la atención a la salud como: a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, b) la forma en que los servicios son recibidos por la población; y c) la forma en que los servicios de salud son pagados. Esta última consideración es retomada en el Informe de la OMS del año 2000, el cual establece que entre los objetivos de la organización se encuentra el de brindar protección financiera a los pobres frente a los costos de la atención, es decir, lograr la equidad de las contribuciones financieras (32). Este planteamiento expresa que la forma en que se

financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de gastos que no sea en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema sanitario. La equidad financiera impulsada por la OMS responde al principio de contribución según capacidad de pago, pero no al principio de: para cada persona según su necesidad, pues propone la recaudación de ingresos por pago anticipado mediante sistemas de seguro. Este enfoque de equidad ha encontrado profundos cuestionamientos, pues en opinión de algunos investigadores, no se trata de equidad sino de imparcialidad y en contrasentido de lo que dice impulsar, favorece la inequidad vía expansión del capital financiero en salud (33).

De acuerdo a Starfield, el concepto de equidad en servicios de salud denota la no existencia de diferencias en donde las necesidades son iguales o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades (34). Esta afirmación introduce dos diferentes tipos de equidad: la *equidad horizontal* (igual trato para individuos iguales) y la *equidad vertical* (desigual trato para individuos desiguales) (23). Sobre esta clasificación, Marta-Porto y colaboradores (35) señalan que pareciera razonable que dos personas con el mismo problema de salud deban recibir igual tratamiento (equidad horizontal); en cambio, una, por disfrutar de condiciones físicas superiores o mejor estado nutricional reaccionaría más rápido a la terapéutica, resultando la igualdad de tratamiento en desigualdad de resultados; en consecuencia, sería más equitativo proporcionar mejores cuidados a la persona cuya capacidad de respuesta fuese presumiblemente peor (equidad vertical). Por otro lado, la misma autora también refiere que otros autores, han hecho diferentes lecturas de los conceptos de equidad horizontal y vertical, asociando la primera al tratamiento intra-necesidades y la segunda la relativa a las inter-necesidades (35). En otras palabras, la equidad horizontal es entendida como tratamiento igual a las necesidades de salud iguales, considerando la existencia de necesidades diferentes según el género, la edad o las condiciones sociales. La equidad vertical busca el tratamiento “apropiadamente desigual” de necesidades de

salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia. En la revisión de Ramírez (12) la equidad horizontal es la asignación de iguales o equivalentes recursos para igual necesidad, en tanto la equidad vertical es la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad. Bambas y Casas, señalan que estas dos concepciones de equidad tienen diferentes implicaciones en las políticas y no pueden ser aplicadas aleatoriamente a los problemas; por el contrario, su instrumentación debe responder a algún rasgo característico del problema que justifique la elección de una u otra (36). Por ejemplo, señalan estos autores, que un plan universal de atención de salud puede concebirse como una equidad horizontal considerando que todos en cierta medida necesitamos atención de salud; por otro lado, programas focalizados en los pobres pueden considerarse como la aplicación del principio de equidad vertical. La distinción entre estas dos situaciones radica en la interpretación de necesidad: en el primer caso, la justificación es que todos desde el punto de vista socio-biológico necesitamos atención en salud, mientras que el segundo caso se sustenta en la necesidad financiera de los pobres que no pueden por sí mismos resolver sus necesidades de atención, cosa que no aplica a los no pobres.

No obstante, para Knowles, Leighton y Stinson, el concepto de equidad en relación con el sistema de salud se puede referir indistintamente a diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos, y/o de género. Sin embargo, en la mayor parte de los procesos de reforma de los sistemas de salud, el énfasis ha estado en la equidad en el acceso a servicios de salud. En la medida que avanza la tecnología médica y los gobiernos expresan su limitada capacidad fiscal para proponer el acceso universal a los servicios de salud, la definición de equidad que más se usa es la más restrictiva (37).

Travassos y colaboradores distinguen entre equidad en salud y equidad en servicios de salud y exponen que no todos los determinantes de las desigualdades en los niveles de salud intervienen en la determinación de las desigualdades en el uso de los servicios de salud, en otras palabras, la

obtención de la igualdad en el uso de servicios de salud no asegura la igualdad en los resultados. Estos autores parten de la determinación social de las necesidades de salud y reconocen que el uso de servicios de salud está determinado, tanto por las necesidades de salud de la población, como por las características de la oferta de servicios; es decir, por las características del mercado de servicios de salud, la composición del *mix* público/privado, las estructuras de financiamiento, las formas de pago, etc. (38).

Evans y colaboradores, sostienen que si bien la característica común de los estudios de caso sobre equidad en muchos países se enfocan a la *equidad en los resultados finales de salud*, ésta – aunque muy importante – no es la única dimensión del concepto, pues existen otras tales como la *equidad en el acceso a la asistencia sanitaria*, que debe entenderse en relación con su impacto sobre la salud (22).

La equidad desde la salud colectiva

Los planeamientos teóricos-conceptuales y metodológicos que conforman las bases del saber y la práctica de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana (39, 40), definen alternativas a la salud pública institucionalizada con alcance tanto, en las esferas científico-técnicas y políticas de la salud como en el terreno de las prácticas en salud (41). Desde la salud colectiva, el complejo desigualdad-inequidad se aborda a partir de la (re)construcción/compreensión de lo social, sus procesos determinantes y mediadores y tiene expresiones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado. En esta perspectiva, no sólo existen desigualdades-inequidades en términos de resultados finales de salud; sino también en los determinantes de la enfermedad, en su distribución entre poblaciones y grupos sociales; y en las respuestas que brindan los sistemas de atención para combatir la enfermedad y promover la salud (42). Se señalan y documentan las distribuciones diferenciales de la “salud”, “enfermedad,” “atención”, “cuidado” de las colectividades y se privilegia la dimensión de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, explicativos de estas desigualdades-inequidades, mostrándolas como expresión de las formas de

organización de la sociedad, de la producción y distribución de la riqueza, de las formas de apropiación de los recursos y satisfactores producidos socialmente y de las relaciones de poder y dominación (43).

El análisis de las disparidades en salud desde el prisma de la salud colectiva presupone reconocer que bajo ellas subyacen, profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y las relaciones de poder entre los diferentes grupos sociales. Además, no se comparte la afirmación de Whitehead cuando en su clasificación de los determinantes de las diferencias en salud, señala que no deberían ser considerados determinantes de inequidades: 1) la variación natural biológica, 2) la libre elección de las conductas dañinas y 3) la ventaja de salud de un grupo sobre otro (17), pues la corriente médico social parte de reconocer la historicidad de la biología humana (44), la subsunción de los procesos biológicos a las formas más complejas de la organización social (45) y la producción social de necesidades y satisfactores, que modelan lo “natural-biológico”, anulan, limitan o potencian la “libre elección” de conductas dañinas y de estilos de vida saludables y configuran históricamente, ventajas (o desventajas) en salud de un grupo sobre otro, por lo que se insiste en una visión social comprensiva sobre el complejo desigualdad-inequidad (43).

Urbaneja (46), argumenta que la discusión sobre equidad en salud es relevante porque el tema esta cruzado por diversos aspectos centrales para el desarrollo de los países, se configura como la piedra angular de los problemas a enfrentar y de la respuesta que deberá darse ante la pérdida del disfrute de la vida, la discriminación, la represión por condiciones económicas y sociales, la exclusión en diferentes formas, la marginación de grandes mayorías, entre muchas otras manifestaciones. De acuerdo con esta autora, resulta paradójico que en los organismos multinacionales supuestos promotores del desarrollo, el tema de la equidad en salud sigue siendo visto desde concepciones minimalistas, con profundo desconocimiento de la compleja realidad de los países, y sus propuestas continúan ancladas en principios tecnocráticos y eficientistas, ignorando la discusión de valores éticos de la

justicia social vista desde lo humano y desde los derechos (46). Este análisis es compartido por Ahumada (47), que sostiene que la crisis actual de la salud pública, el deterioro de los sistemas de salud y el incremento de las desigualdades e inequidades de salud, se encuentran en las políticas de ajuste fiscal desarrolladas a partir de la década de los ochenta en los países latinoamericanos que tienen un impacto negativo en el sector productivo y sobre las condiciones sociales y la equidad en salud, a expensas de un beneficio cada vez mayor de los grandes grupos financieros (47).

Breilh (48) en el debate conceptual sobre desigualdad-equidad-inequidad, centra su análisis a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en las poblaciones. Plantea que son las relaciones de poder, las que producen los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de los grupos sociales; así como, la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Argumenta que el problema esencial es la inequidad y que ésta copa todos los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde se consiguen los bienes para la vida, afecta la cotidianidad, las relaciones entre los grupos e incluso el ámbito de las culturas. Para la comprensión de la inequidad, propone hacer una distinción clara entre los términos de: diversidad, desigualdad, inequidad y diferencia, así como, de sus interpretaciones dentro de las estructuras de poder en las que convergen las contradicciones de género, clase y etnia (49).

La *diversidad* la define como la característica consustancial de la vida humana que ayuda a explicar la variación de características entre los géneros, culturas, grupos de edades, etc., a partir de la diversidad se expresan las diferencias biológicas como sexo, raza, edad, alrededor de las cuales se dan las construcciones culturales y de poder. Por su parte, la inequidad es la apropiación y concentración de poder en determinadas clases, en uno de los géneros o de las etnias, haciendo de la diversidad un vehículo de explotación y subordinación, “*la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que las genera, es decir, al carácter y modo en que una sociedad define su reparto y*

acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia” (49:216) La *desigualdad*, entonces, es una expresión observable típica y grupal de la inequidad, es una característica producida por la inequidad. Un ejemplo, es la desigualdad de salario entre las clases sociales que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución económica; o es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud entre grupos sociales o entre hombres y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o al comportamiento distributivo del Estado (48). La *inequidad* es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es un referente empírico que se hace ostensible en los agregados estadísticos, para cuya adecuada comprensión es necesario desentrañar la inequidad que la produce, mientras que la *equidad* es la característica inherente de una sociedad que otorga a cada quien según su necesidad y permite aportar de cada quien según su capacidad (50). Finalmente, la *diferencia* es designada como el producto combinado de la diversidad y la inequidad, a su vez participa en la génesis de la inequidad y la desigualdad, y se expresa en el dominio de la vida individual y biológica (49).

Naomar Almeida Filho propone una matriz semántica común que integra las definiciones siguientes: *Diversidad*: variación de características, diferenciación sin dimensionalidad en la esfera poblacional; *Desigualdad*: diferenciación con dimensionalidad en la esfera poblacional, es la prueba empírica de la inequidad y se puede expresar en indicadores; *Diferencia*: expresión de los efectos de la diversidad y la desigualdad que se manifiesta en la esfera individual y que puede expresarse en indicadores de incidencia acumulada; *Inequidad*: anglicismo por referencia al término “inequity”, implica diferencias o variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de poblaciones humanas; e *Iniquidad*: concepto referido a las inequidades no solamente evitables sino también inicuas (desleales, vergonzosas e injustas) resultantes de las injusticia social en presencia de diversidades, desigualdades o diferencias (51).

En la vertiente de la *equidad de acceso, la utilización y la calidad de servicios de salud*, esta se ha definido como la igualdad de los individuos

frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud, es decir, se entiende la equidad en salud desde una concepción teórica y ética, donde equidad implica que idealmente todos debemos tener la justa oportunidad para atender la salud y desarrollar el potencial de vida, y más pragmáticamente que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial, si esto puede ser evitado (8). En consecuencia, la equidad en la atención de salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; e igual calidad de atención para todos. De esta forma, la equidad en el acceso no solo se refiere la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con los parámetros de necesidad (50).

En la integración teórico-metodológica sobre el complejo desigualdad-inequidad, se reconoce la existencia de al menos tres modelos teóricos explicativos que se anticipan a tratar la problemática de la equidad asumiendo una combinación de todas sus dimensiones (51).

Modelos socioepidemiológicos funcionalistas, que tratan a la desigualdad social y económica básicamente como factor de riesgo, manifestando sus efectos mediante una exposición diferencial, en lo referente a la patogénesis, y por el acceso desigual a los recursos sociales y sanitarios (52). Este abordaje, propio de la llamada “epidemiología social funcionalista”, se estructura sobre dos aproximaciones estrechamente vinculadas: la teoría del estrés que opera en el ámbito *microsocial* y la teoría de la modernización y salud que se refiere a un nivel *macrosocial* dando forma al conjunto de hipótesis sobre las consecuencias de los cambios sociales sobre la salud (53).

Modelos socioepidemiológicos marxistas, basados en las teorías sociales del conflicto y la contradicción (52), que privilegian los procesos dialécticos de la producción social de la patología, dando origen a una escuela propia denominada “epidemiología social latinoamericana”, con dos variantes teóricas que profundizan en la explicación e identificación de las desigualdades, el abordaje desde el proceso de producción, (54), que da cuenta de la forma en que los sujetos se

ubican frente a la estructura productiva y el enfoque desde el perfil epidemiológico de las clases sociales, que se estructura a partir del concepto de reproducción social (55, 56)

Modelos etnoepidemiológicos: basados en el análisis de los “modos culturales y sociales de enfermar”, así como de los “modos y condiciones de vida” para referirse a las cuestiones epidemiológicas relacionadas con los procesos de reproducción social de lo cotidiano. Esta línea teórica también latinoamericana, llamada técnicamente “epidemiología del modo de vida”, incorpora heterogeneidades cualitativas, subjetivas y contextuales, diferenciando la situación de salud por etnia, género, generación familiar, familia, redes sociales y en forma paralela relaciones de clase (53).

Comentarios finales

Después de este recorrido conceptual sobre el complejo desigualdad-inequidad, resulta evidente la importancia de reconocer las plataformas teóricas subyacentes y los enfoques sobre el desarrollo humano, la justicia social y el ejercicio del poder, implícitos en la interpretación de la inequidad en salud, ya sea ésta como expresión directa de la falta de justicia o como expresión concreta de la desigualdad social. Así, podría sugerirse la necesidad de explicitar el punto de partida filosófico, ético-valorativo y teórico, para facilitar la comprensión de las definiciones e interpretaciones sobre las desigualdades, las inequidades y las prácticas concretas para transformarlas.

La abundancia de definiciones alusivas al complejo desigualdad-inequidad hace difícil la adopción, uso e interpretación de los términos, ya sea en su estudio sistemático, como en la formulación de intervenciones que busquen el logro de la equidad en salud. No obstante, parece haber consenso en que para abordar la equidad en salud, se debe profundizar tanto en las dimensiones pertenecientes al ámbito de la salud (equidad de resultados, acceso a servicios y calidad de la atención), como en las dimensiones que integran el entorno de la salud (equidad en las condiciones de vida y trabajo y en sus determinante sociales, económicos, culturales y

políticos) aún cuando con fines analíticos, las aproximaciones conceptuales y metodológicas se realicen en forma separada, solo la síntesis de estas dimensiones permitirá una visión integral.

La diversidad de posturas que subyacen en la conceptualización y medición de la equidad, no debieran limitar el reconocimiento de las graves diferencias, desigualdades e inequidades en salud en América Latina y la necesidad y conveniencia de hacer descripciones y análisis de éstas, empleando diversos métodos, para avanzar en la comprensión de sus determinantes e impulsar la transformación de las desigualdades-inequidades.

Finalmente, para la salud colectiva, que reconoce el carácter complejo, material, subjetivo y contextual de la relación desigualdad-inequidad en salud, con los procesos de determinación que las definen, es necesario avanzar en modelos explicativos más sensibles a los procesos socio-históricos, culturales, políticos e ideológicos, que configuran sistemas de desigualdades-inequidades. El desafío es fortalecer la comprensión de los procesos sociales y las múltiples dimensiones que modelan la vida de las colectividades humanas y en donde se expresan los procesos de desigualdad e inequidad en la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado.

Referencias bibliográficas

1. Alleyne GA. La equidad y la meta de salud para todos. En: Organización Panamericana de la Salud. A Quest for Equity / En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002a.
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Vidaurre M, Mujica O, Anne Roca. Métodos de medición de las desigualdades. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(6):398-414.
3. Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002b;12(6):388-97.
4. Gwatkin DR. Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto?, ¿qué podemos hacer? Boletín de la Organización Mundial de la Salud recopilación de artículos. 2000;(3):3-17.
5. Vega-Romero R. Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?. En: Pensamiento en Salud Pública: El derecho a la Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2001. p. 54-89.
6. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. En: Evans y colb, editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5/6):302-09.
8. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo CA. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. En: Torres-Tobal M, editor. ¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá; 2001. p. 183-204.
9. Ramírez A. Enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. [Tesis Doctoral]. [La Habana]: Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública; 2004:4-24.
10. Samaja J. La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
11. Rosero-Bixby L, Aguilar C, Blanco L, León M. Equidad y salud en Centroamérica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
12. Organización Panamericana de la Salud. Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
13. Aguilera X, Concha M, González C. Guía para el monitoreo de la equidad en el acceso a servicios básicos de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999. [Documento fotocopiado].
14. Málaga H, Latorre MC, Cárdenas J, et al. Equidad y reforma en salud en Colombia. Revista de Salud Pública de Colombia. 2000;2(3):1-16.
15. Organización Panamericana de la Salud. Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 1. Organización Panamericana de la Salud; 1997.
16. Leighton C, Maceira D. Guía básica de política: toma de decisiones para la equidad en la reforma del

- sector salud. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 6. Partnerships for Health Reform; 1999.
17. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-45.
 18. World Health Organization. *Renewing the Health for All Strategy: Elaboration of a policy for equity solidarity and health*. Geneva: WHO; 1995.
 19. World Health Organization. *Equity in Health Care*. Geneva: WHO; 1996.
 20. Organización Panamericana de la Salud. *Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
 21. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas: informe de la Directora 2003*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
 22. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en salud*. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002.
 23. Metzger X. *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
 24. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health*. 2002;56:647-52.
 25. International Society for Equity in Health. *The Toronto Declaration on Equity in Health Conference Statment: 2nd International Conference*. Toronto, Junio; 2002.
 26. Braveman P. *Monitoring Equity in Health: A policy oriented approach in Low and Middle-Income Countries*. Mimeograph. Geneva: WHO; 1998.
 27. Casas JA, Dachs NW, Bambas A. *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: the Role of Social and Economic Determinants*. *Equity & Health*. No. 8. Washington DC: PAHO; 2001. p. 22-49.
 28. Montoya C. *La equidad. Usos del concepto como criterios de progreso*. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1997;38(1):6-12.
 29. Requena M. *Focalizando la equidad*. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1997;38(1):3-5.
 30. Berman P. *Health sector reform: Making health development sustainable*. *Rev. Health Policy*. 1995;32(3):13-28.
 31. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantés O, Khan K, y Pannarunothai. *Criterios para la equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de las políticas en países en desarrollo*. *Bol. de la Organización Mundial de la Salud*. 2000; 78(6):740-50.
 32. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000.
 33. López C. *Algunas consideraciones sobre el concepto de equidad financiera y su cuantificación. Presentación de una propuesta de medición de desigualdades de la salud en Las Américas*. En: Torres-Tobal M, editor. *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá; 2001. p. 91-100.
 34. Starfield B. *Improving equity in health: A research agenda*. *International Journal Services*. 2001;31(3):545-66.
 35. Porto SM. *Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud*. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(4):939-57.
 36. Bambas A, Casas JA. *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria*. *Equity & Health*. No. 8. Washington DC: PAHO; 2001. p. 22-49.
 37. Knowles JC, Leighton C, Stinson W. *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 6. Partnerships for Health Reform*; 1997.
 38. Travassos C, Viacava F, Fernández C, Almeida C. *Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilizacao de Servicios de Saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;4(3):429-45.
 39. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. *Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major groups*. *The Lancet*. 2001;358:315-23.
 40. López O, Peña F. *Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano*. En: De la Garza E, coord. *Tratado de Sociología*. Barcelona: Anthropos/UAM; 2006. p. 278-299.
 41. Burlandy L, Bodstein RC. *Política y Salud Colectiva: reflexión sobre su producción científica*. *Cuadernos de Saúde Pública*. 1998;14(3):13h.

42. Almeida-Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999a;75:3-30.
43. López O. y Blanco J. Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema, Nueva Epoca. 2003;8(14-15):7-16.
44. Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez Ma. Isabel, coord. Lo biológico y lo social. Serie de Recursos Humanos No. 101. Washington DC: OPS/OMS; 1994. p. 1-19.
45. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción Social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 25-43.
46. Urbaneja M. Salud, Equidad y Gestión Pública. En: Torres-Tobal M, editor. ¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá; 2001. p. 119-24.
47. Ahumada C. Salud y Equidad en el contexto del ajuste social. En: Torres-Tobal M, editor. ¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá; 2001. p. 31-6.
48. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: Breilh J. Cuerpos, Diferencias y Desigualdades. Bogotá: Utopica Ediciones; 1998.
49. Breilh J. De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad En: Breilh J. Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 214-24.
50. Laurell C. Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. México: Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo; 2004
51. Almeida-Filho N. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
52. López O. y Blanco J. Modelos sociomédicos en Salud Pública. Coincidencias y desencuentros. Salud Pública de México. 1994;36(4):374-85.
53. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de desconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000. p. 138-44.
54. Laurell C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: Laurell C, Noriega M. La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México. México: ERA; 1989. p. 65-92.
55. Blanco J, López O. Condiciones de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción. En: Jarillo E, Ginsberg E, coords. Temas y desafíos en salud colectiva. Argentina: Lugar Editorial; 2007. p. 103-25.
56. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1994.



Medicina Social

Salud Para Todos