

Aporte de la universalización al logro de la equidad en salud

Contribution of universality to achieve equity in health

Diego F. Hernández-Losada y Javier E. Bejarano-Daza

Recibido 11 febrero 2016 / Enviado para modificación 4 noviembre 2016 / Aceptado 16 diciembre 2016

RESUMEN

A partir de la definición de equidad, explicada por diferentes autores durante las últimas dos décadas, y la revisión de varias publicaciones que examinan los diferentes enfoques de pensamiento, y que tienen por objeto analizar la equidad en términos de igualdad, justicia, distribución de recursos, prestación de servicios y del manejo del riesgo, se presenta en este artículo una caracterización de dichos enfoques. También se evidencia que la implementación de políticas de universalización en los programas de salud ha sido una estrategia para el logro de la equidad, visto desde los planteamientos liberales como aumento de cobertura en la afiliación, y desde la óptica igualitarista como universalización en el acceso. Las reformas de salud basadas en estos enfoques de equidad aún no logran la igualdad porque mantienen la segregación y permiten diferentes tipos de servicios a diversos grupos poblacionales que distan de ser sistemas verdaderamente universales y equitativos. El propósito de la revisión es dilucidar la relación entre los principios de universalización y equidad para entender la aplicación de ambos principios en el sistema de salud en Colombia.

Palabras Claves: Equidad en salud, desigualdades en la salud, justicia (*fuentes: DeCS-BIREME*).

ABSTRACT

This article presents a characterization of the different approaches to the analysis of equity in terms of equality, justice, distribution of resources, provision of services and risk management, based on the definition provided by different authors in the past two decades on this topic. It is also evident that the implementation of universalization policies in health programs has been a strategy for achieving equity, grounded on liberal approaches such as increased coverage, and egalitarian perspectives such as the universalization of access. Health reforms based on these equity approaches have not been enough to achieve equality yet because they maintain segregation and allow different types of services to different population groups, which is far from being a truly universal and equitable system. The purpose of this review is to elucidate the relationship between the principles of universalization and equity to understand the application of both principles in the health system of Colombia.

Key Words: Health equity, health inequalities, justice (*source: MeSH, NLM*).

Conforme lo describen Frenz y Titelman de la División de Financiamiento para el Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) en el artículo Equidad en Salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina (1), se están dando, y de manera creciente en la región, políticas sociales integradas a reformas que buscan contribuir a la equidad social. Es importante saber si estos programas representan la universalización de los bienes sociales conforme a las necesidades de los grupos vulnerables, en un enfoque

D.H.: Ing. Industrial. MBA. M.Sc., Ph.D. Ciencias Económicas. Departamento de Ingeniería de Sistemas e Industrial, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. fhernandezl@unal.edu.co
J.B.: MD. MBA. Ph.D.(c). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. jebejaranod@unal.edu.co

de universalismo proporcionado, o solamente obedecen a políticas focalizadas (2). Al respecto, para el caso de la salud, es necesario definir si las reformas que pretenden la equidad como principio lo buscarán a través de la provisión universal de cobertura, de un paquete básico de servicios en la atención integral, o abarca una acción sobre el conjunto de determinantes sociales de la salud (3).

La equidad, en particular, es uno de los elementos centrales de los procesos de reforma del sector salud (4). En general, las reformas apuntan a la cobertura con niveles mínimos de servicios de salud, especialmente dirigidos a grupos vulnerables, tradicionalmente descubiertos de la seguridad social, por la condición de pobreza o informalidad (5,6).

En la última generación de reformas en la región se denota que aún falta una definición precisa de la equidad y de la universalización, entendida esta última como universalidad de cobertura en la afiliación, distinta a la universalización en el acceso, en la cual en principio no hay restricciones a los tipos o niveles de servicios de salud a los que se necesita tener acceso. La salud en condiciones de igualdad solo se logra por políticas públicas universales, solidarias e incluyentes (7).

La equidad se convierte así en un principio que se logrará solo cuando se garanticen las condiciones de acceso y cobertura universales del servicio con calidad, y sin distinciones sociales. Esto genera una relación estrecha y bidireccional entre los dos principios, que involucran características económicas y sociales, además de la intervención sobre los determinantes para lograr la ausencia de las desigualdades injustas, con el propósito de obtener las mismas oportunidades y resultados en salud.

DISCUSIÓN

Equidad en Salud

Para el estudio de la equidad se parte de la definición del ensayo clásico, *Los conceptos y principios de la Equidad en Salud* de Whitehead (8), en el cual se definen las inequidades en salud, como aquellas desigualdades que son injustas, evitables y se rigen por procedimientos imparciales. El término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, “para calificar una situación dada cómo inequitativa, es necesario examinar la causa que le ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”.

Otra clásica enunciación la dan Holzmann y Jorgensen (9), en la que se determina la visión utilitarista de la equidad, como resultado de un buen manejo del riesgo permitiendo la distribución equitativa del bienestar entre

los individuos y en la sociedad. Aun cuando los estratos de ingresos más bajos tienen menor capacidad de cubrir y equilibrar el riesgo, el sistema de aseguramiento disminuye esta desigualdad.

La equidad en salud es definida por Braverman como la ausencia de desigualdades en salud que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales (10). Este concepto no se puede medir directamente porque valora las desigualdades, desde distintas perspectivas y con distintos criterios para definir lo que es injusto (11). Medir las desigualdades con pruebas objetivas de las diferencias en salud, se convierte en el primer paso para identificar estas inequidades (12).

Enfoques de Equidad

A continuación, detallamos algunas características de los mencionados enfoques de estudio, según Vargas (13) y el libro *Equidad y salud: debates para la acción* (14) del Observatorio para la Equidad en la Calidad de Vida y Salud.

Igualitarista

El enfoque igualitarista privilegia la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad de bienestar o la igualdad de recursos, por encima de los objetivos de maximización del bienestar económico de los individuos basados exclusivamente en criterios de eficiencia, que pueden conducir a la desigualdad entre grupos de población y considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo (15).

Promueve la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. En este caso, a través de la financiación pública de la salud y dependiendo de la capacidad de pago, logrando así igualdad en los resultados finales. El papel del Estado consistente distribuir los recursos de tal forma que los resultados de largo plazo sobre las personas sean iguales.

Desde la financiación, los igualitaristas distinguen entre equidad horizontal y equidad vertical: *La equidad horizontal* es el tratamiento igual para iguales. Es decir, que aquellos que poseen recursos iguales realicen pagos iguales. *La equidad vertical* se define como el tratamiento desigual para desiguales. Esto es que los que tienen diferente capacidad de pago deben realizar los pagos de manera proporcional a su nivel de ingreso o renta. En los sistemas progresivos, los menos favorecidos pagan menos y los de mayor ingreso más.

Según Wagstaff desde la óptica igualitarista, se definen tres criterios para el logro de la equidad:

1. El criterio de igualdad de tratamiento para igual necesidad.

2. La igualdad de acceso debería interpretarse como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad (16).
3. Igualdad de la Salud.

Utilitarista

El enfoque propuesto por el Banco Mundial (17) propone financiar con fondos públicos un mínimo de prestaciones, con el criterio principal de ser una inversión costo-efectiva, primando la libertad del individuo, y la financiación privada para las prestaciones que no deba proveer el Estado por ser necesarias pero no rentables.. Procura la maximización del estado de salud y bienestar agregado de la población, sin importar su distribución; esto implica que la acción pública se concentrará en los individuos con una mayor capacidad de beneficio, es decir, aquellos que puedan incrementar su nivel de salud (jóvenes). Según este enfoque, el resultado de la salud, medido en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y en años de vida ajustados por calidad (AVAC), debe ser el criterio de la política de financiación.

Las explicaciones de este enfoque sobre la justicia distributiva son las siguientes (18):

La distribución se rige por el concepto utilidad marginal y de la eficiencia de Pareto según la cual, dada una asignación inicial de bienes entre un conjunto de individuos, un cambio hacia una nueva asignación que al menos mejora la situación de un individuo sin hacer que empeore la situación de los demás.

Harsanyi, plantea la equidad en la que “los individuos racionales eligen la sociedad en la que quisieran vivir partiendo del hecho de que tienen igual probabilidad de ser cualquiera” antecediendo a Rawls.

Niveles mínimos: Liberalismo Social

Desarrollado extensamente por Rawls, Sen y otros autores como Roemer, está firmemente anclado en la tradición liberal. Bajo este enfoque se justifica la acción pública en términos desiguales sólo para la mejora de las condiciones de la población más desfavorecida (19). Por encima de los estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar.

Un incremento del bienestar social sólo es posible si se garantiza y mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. El enfoque de la prioridad, derivado del ideal Rawls de sociedad como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la esfera de la salud, en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. Entre los bienes primarios sociales para Rawls están las libertades básicas, la igualdad de

oportunidades y derechos, ingresos y bases sociales para el respeto de sí mismo.

Neoliberal

Este enfoque sobre la equidad se dirige hacia una financiación de la salud esencialmente privada, individualista, donde cada ciudadano paga en función del beneficio conforme a su elección individual, centrando el objetivo en lograr la eficiencia económica, por encima de la redistribución de los recursos (20).

El enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres principios básicos:

1. El individualismo.
2. El igualitarismo, entendido como la igualdad de oportunidades y no la igualdad de resultados.
3. La libertad, que se contempla como el derecho que tiene todo individuo a orientar su ámbito privado de acuerdo a sus propios intereses y preferencias.

En resumen, los enfoques igualitaristas y liberales de justicia social darán lugar a la implementación y reformas de los sistemas de salud, de acuerdo a las diferentes formas de financiación, con resultados diversos en la distribución de los recursos y en la prestación de los servicios de salud entre los grupos sociales (Cuadro 1).

Equidad en América Latina y Colombia

Finalmente retomamos a Titelman para describir la situación actual de las reformas y funcionamiento de los sistemas frente al tema de equidad, si bien en los últimos veinte años América Latina ha logrado avances en la lucha contra la pobreza, ella es hoy en día la región más desigual del mundo (21,22). Desigualdad que se refleja factores estructurales en lo económico y social, trasladados al ámbito de la salud en sus diversos aspectos, configurando lo que se ha denominado los determinantes sociales de la salud.

Se reconoce la influencia de la informalidad y la precariedad del trabajo sobre la protección social para cumplir con los preceptos de igualdad, universalidad, solidaridad e inclusión. En el ámbito de la equidad en salud, los países acogen iniciativas como la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y la visión de cobertura sanitaria universal (23).

En general, las reformas siguen los criterios del Banco Mundial para la cobertura efectiva de las necesidades sanitarias, con niveles mínimos de servicios de salud, la atención primaria y algunas de mayor complejidad (24,25).

El componente no contributivo de la protección social en salud debe ser un elemento central de las políticas de universalización del derecho a la salud, se requiere para ello que los países de la región hagan esfuerzos importantes en materia fiscal (26).

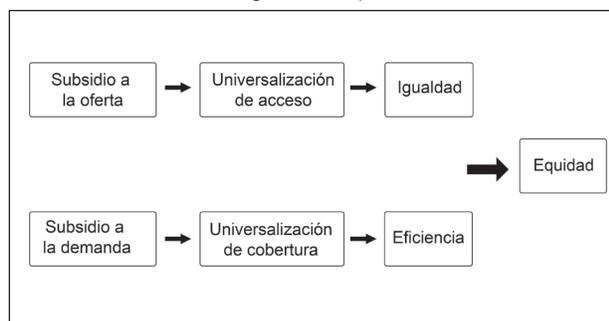
Cuadro 1. Caracterización de los enfoques de la equidad

Caracterización teórica de las perspectivas de la equidad				
	Igualitarista	Liberal		
		Utilitarista	Neoliberal	Liberalismo igualitario
Exponente	Myrdal, Wagstaff, Van Doorslaer	Harsanyi	Hayek, Nozick	Rawls, Sen, Roemer, J.
Igualdad	Resultados Recursos Bienestar	Maximización del bienestar agregado	Bienestar individual	Oportunidades Derechos Desarrollo de las capacidades
Óptica de Justicia	Diferencias sociales Evitables e indignas	Libertad para el financiamiento privado	Libertad en la adquisición de bienes y servicios	Desventaja Social Libertades básicas Rectificación del Azar
Distribución de recursos	Subsidio a la oferta Universalismo	Al más eficiente Costo-efectivo	Subsidio a la demanda Focalización	A quien esté en desventaja Universalismo
Prestación de Servicios	Todos los niveles	Paquete Mínimo	Niveles Mínimos	Niveles Mínimos
Riesgo	Social o Comunitario	Individual o Colectivo	Individual	Solidario Cooperación

Según el informe del Servicio de Estudios y Prospectivas en Política de Salud (Sepas) de 2008, del consorcio Hospitalario de Cataluña en Barcelona España (27), la financiación de los sistemas de salud en Latinoamérica sigue siendo inequitativa y el acceso a los servicios de salud dista de ser universal y adecuado, entre otros motivos, por las barreras a la utilización que imponen las aseguradoras. Los servicios públicos se deterioran y el acceso y la utilización de los servicios de salud han disminuido (28). Una situación de inequidad es fundamentalmente el elevado porcentaje de gasto privado en salud y la disminución de fuentes progresivas como las contribuciones a la seguridad social, con la excepción de Colombia (29).

Desde la óptica neoclásica el logro de la equidad tiene un costo en términos de eficiencia, porque asume una pérdida económica de la distribución equitativa del ingreso debido a que se requiere alta inversión del gasto público o cargas impositivas para garantizar el acceso universal en todos los niveles de atención. El subsidio a la oferta permite la universalización del acceso pero no garantiza la cobertura de afiliación universal de los servicios; entonces no es equitativa tampoco la política bajo el enfoque igualitarista (Figura 1).

Figura 1. Flujo de aporte de la universalización al logro de la equidad



Como producto de la revisión de las políticas sociales vigentes en Colombia y otros países de la región, encontramos que existen fallas en la implementación de los modelos con niveles mínimos de servicios de salud, para lograr la universalización de acceso y de cobertura en procura de lograr la equidad en salud.

Los modelos de reformas de salud en la mayoría de los casos se basa en los enfoques liberales y neoclásicos orientados por el informe de salud del Banco Mundial de 1993 y los ajustes del “Consenso de Washington” de los años ochenta, y que buscan lograr igualdad de oportunidades, e inversiones eficientes en la población más vulnerable que se encuentra en situación de desventaja social, ya que la población privilegiada ha logrado el acceso a todos los niveles en medio de la libertad y el derecho que tienen para obtener beneficios con base en el desarrollo de las capacidades y la maximización del bienestar, a través del intercambio y adquisición de bienes y servicios en libre competencia. Esta política, que persigue un fin loable, al dar cobertura de afiliación universal a través del subsidio a la demanda, en la práctica representa un sistema eficiente, selectivo y focalizado en la población pobre o en condiciones de trabajo precario e informal, pero no garantiza la universalización del acceso, ni la equidad en salud.

Así se permiten diferentes tipos de derechos a diversos grupos poblacionales que distan de ser verdaderamente universales y equitativos. Tampoco la equidad en el reparto del gasto sanitario está totalmente garantizada por el hecho de estar financiado mayoritariamente por el sector público. No obstante, la equidad en salud contribuye al crecimiento económico, lo cual implica que el costo de oportunidad por la inversión para lograr acceso retornará en un aumento del PIB a mediano y largo plazo, por lo cual es importante también garantizar el acceso universal a todos los niveles, a través de políticas públicas orien-

tadas al subsidio a la oferta. En este sentido, existe una relación directa y en doble dirección entre la equidad y la universalización, y la combinación de los criterios de las diferentes perspectivas encaminan al logro de la equidad •

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(4):665-70.
2. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67(3):286-91.
3. O'connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? *Lancet*. 2013; 6736(13):13-5.
4. Solimano G, Vergara M, Isaacs S. Las Reformas de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Crítico. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales; 1999.
5. Tolentino M. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009; 26(2):251-7.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
7. Etienne CF. Líder de la salud de las Américas: desarrollo sostenible y equidad. PAHO/AMRO Regional Director confirmation speech, Washington DC: World Health Organization; 2013.
8. Whitehead M. Los conceptos y principios de la Equidad en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 9; 1991.
9. Holzmann R, Jorgense S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2003; 21(1).
10. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health [Internet]. 2003. Disponible en: <https://goo.gl/kt7UuA>.
11. Farr W. Mortality of miners. In: Buck C, Llopis E, Najera E, Terris M, Eds. *The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO/WHO). 1988; p. 67-71.
12. Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de salud en las Américas. (2). Washington D.C. [Internet] 1998. Disponible en: <https://goo.gl/kqwWq7>.
13. Vargas I, Vázquez ML, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica, Servicio de Estudios, Consorcio Hospitalario de Cataluña, Barcelona, España. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(4): 927-937.
14. Restrepo, D. Equidad y Salud. Debates para la acción. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID; 2007; (4).
15. Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E., Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. In: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care an International Perspective* (A. Wagstaff, E. Van Doorslaer, & F. Rutten, ed.), pp. 85-103, Oxford: Oxford University Press; 1992.
16. Le Grand, J., Health care. In: *The Strategy of Equality* (J. Le Grand, ed.), pp. 23-53, London: Allen & Unwin; 1982.
17. Berkley S, Murray CJL, Hecht R, Saxenian H. Musgrove P, Tan JP, Jamison DT. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial; 1993 : invertir en salud (No. 12183) (pp. 1-351). The World Bank. [Internet] 1993. Disponible en: <https://goo.gl/RsmMGd>.
18. Martínez FL [Internet]. 2006. Disponible en: <https://goo.gl/civEor>.
19. Pereira J. La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En salud y equidad, En: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales, pp. 31-52. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.
20. Albi E, Contreras C, González-Paramo JM, Zubiri I. Teoría de la Hacienda Pública. 1a Ed. Barcelona: Editorial Ariel; 1992.
21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Santiago; 2010.
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; 2013.
23. Lang T, Kaminski M, Leclerc A. Report of the WHO commission on social determinants of health: a French perspective. *Eur J Public Health*. 2009 Apr; 19(2):133-5.
24. Mesa Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago: CEPAL; 2005.
25. Knaul FM, Gonzalez E, Gómez O, Garcia D, Arreola H, Barraza M. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012; 380(9849):1259-79.
26. Titelman D. Acceso y cobertura de los sistemas de salud en América Latina: una agenda pendiente. Reformas para la Cohesión Social en América Latina. Santiago: CEPAL/CIDOB; 2008.
27. Vargas I, Vázquez ML, de la Corte P, Mogollón A, Unger JP. Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS; 2008.
28. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(905):25.
29. WHO. The World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.