

Equidad en salud – *qué es y por qué importa...*

Oscar J Mújica

Epidemiología Social; Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud, OPS/OMS

Proceso de Formulación de Objetivos Sanitarios 2021-2030

Sesión de Introducción al Trabajo de las Mesas Técnicas – julio de 2021

una preocupación epidémica: documentar la (in)equidad social en salud

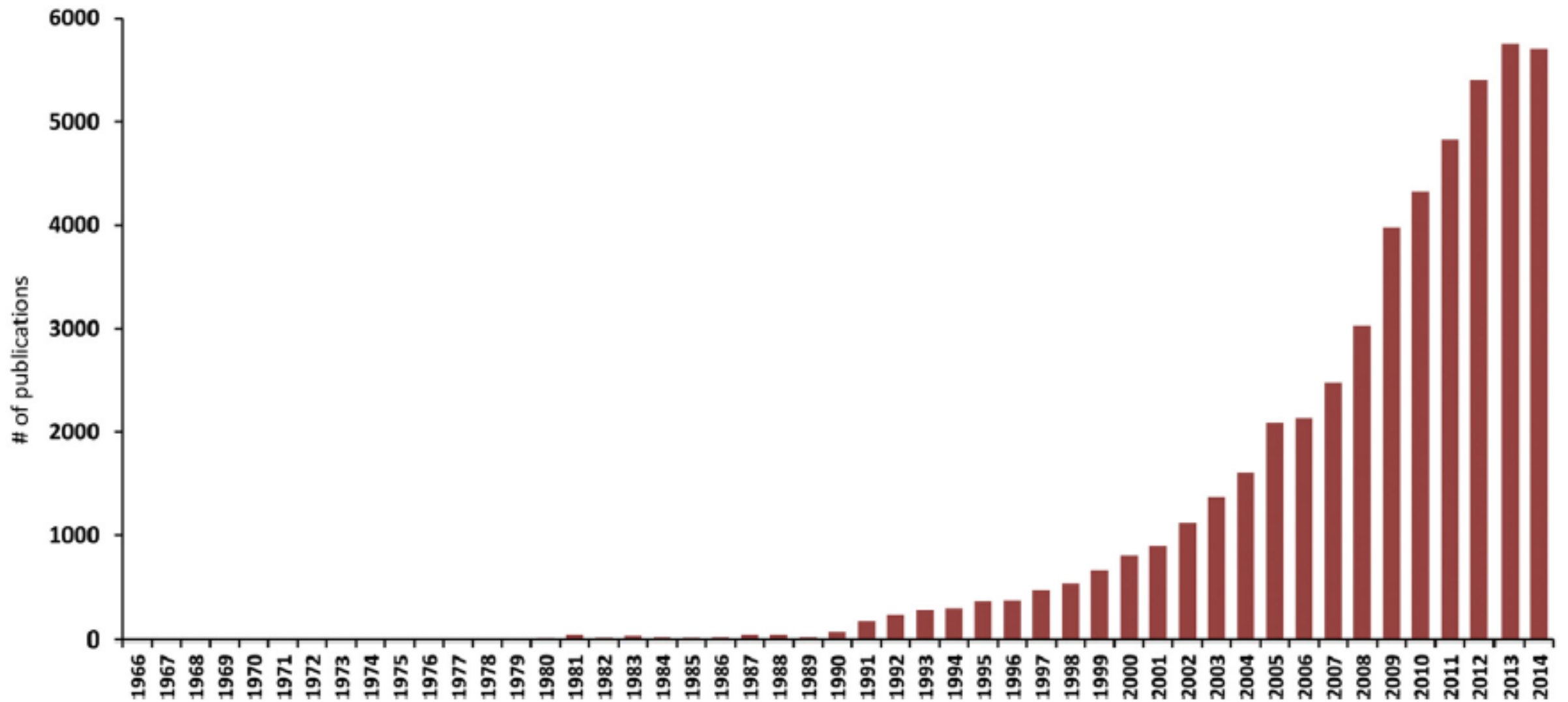
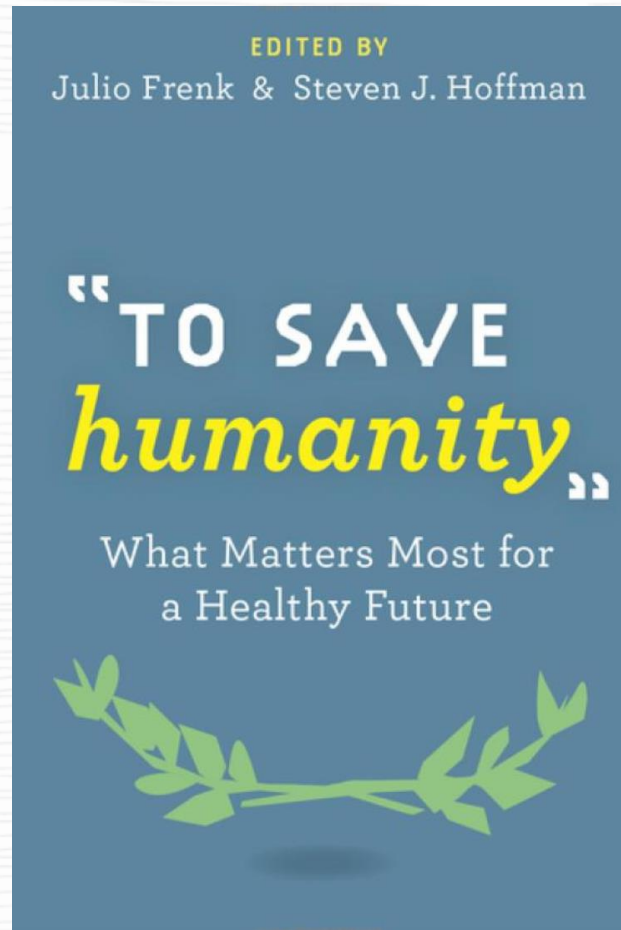


Fig. 1. Number of publications per year in the health inequalities field; 1966–2014.

alcanzar la equidad social, o la *feroz urgencia del ahora*

Secretary-General Dag Hammarskjöld: "The United Nations was not created to take mankind to heaven, but to save humanity from hell." The unacceptable conditions under which so many human beings are born, live, and die imposes on all of us the obligation to act with what another legendary figure, Dr. Martin Luther King Jr., called the "fierce urgency of now."



Chapter 29

Achieving Social Equity

CARISSA F. ETIENNE

To ensure better health, we must address the social determinants that impede it.

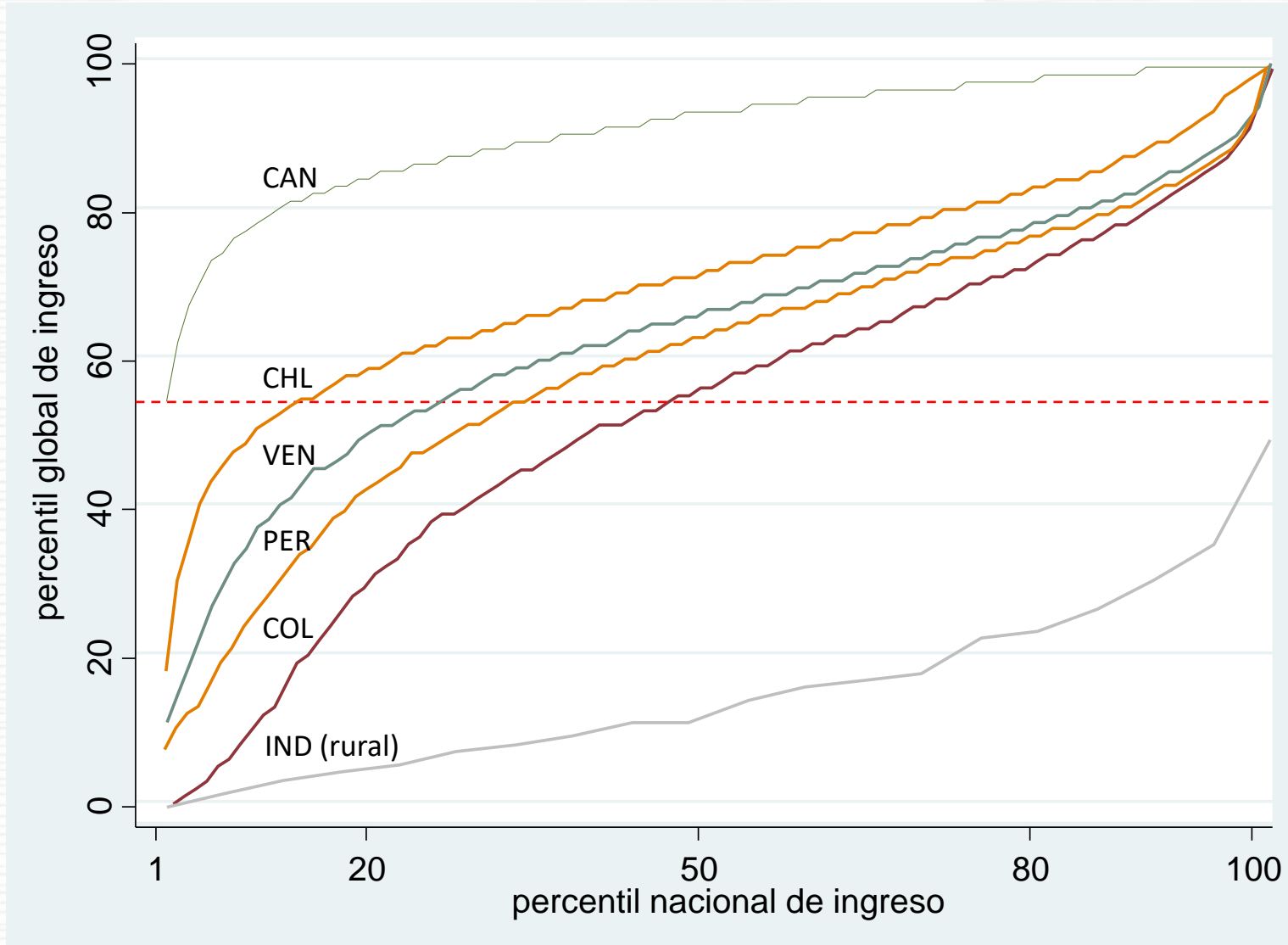
Social equity is the one thing most needed in the world for achieving better health. Evidence of pervasive and deep social, economic, and environmental inequities is ubiquitous. This perpetuates a world of unjust, unfair differences in opportunities for citizens to fulfill a dignified, rewarding, and healthy life.

el impacto económico inmediato de la COVID-19 en la desigualdad de ingresos

variation	country
Between 1.0% and 1.9%	Guatemala
	Paraguay
Between 2.0% and 2.9%	Honduras
	Nicaragua
Between 3.0% and 3.9%	Bolivia
	Costa Rica
	Panama
	Dominican Republic
Between 4.0% and 4.9%	Colombia
	Uruguay
Between 5.0% and 5.9%	Brazil
	Chile
	El Salvador
	Mexico
6.0% and more	Argentina
	Ecuador
	Peru

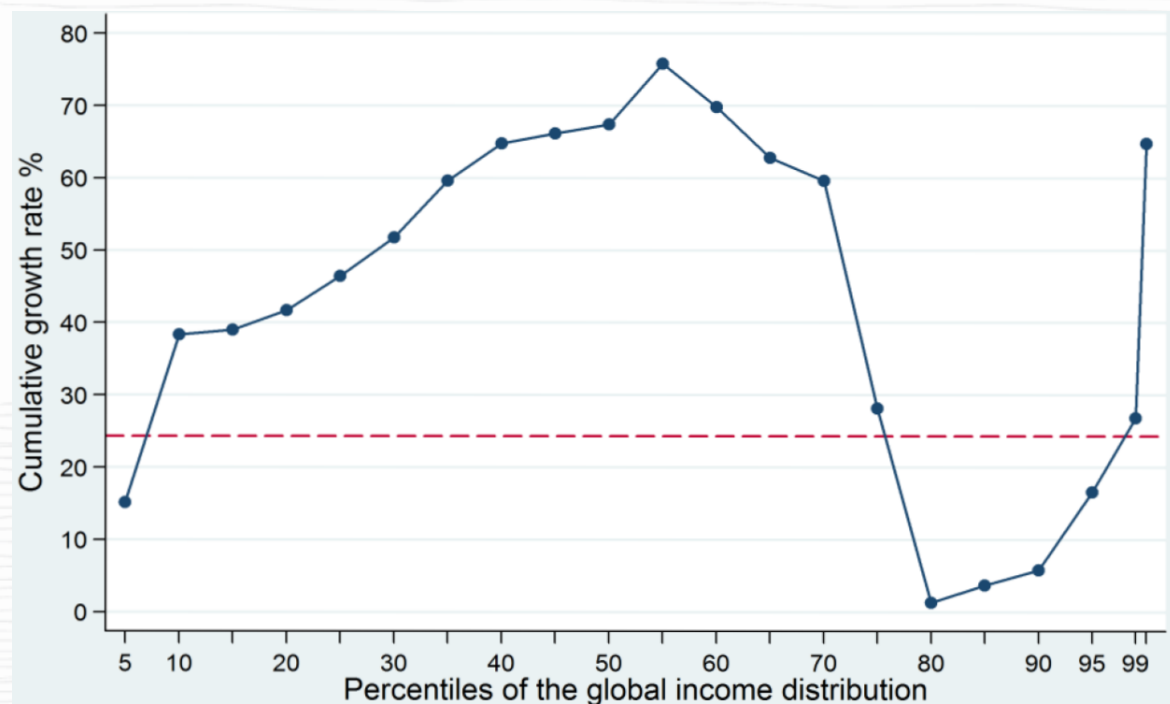
- El coeficiente de Gini para la Región podría aumentar en 4.9 puntos porcentuales de 2019 a 2020.
- Este incremento podría variar por país entre 1% y 8%.
- Ocho de cada 10 personas en la Región (491 millones de personas) vivirán con un ingreso por debajo de 3 líneas de pobreza: i\$ 500 por mes.

la pandemia silenciosa: la extrema desigualdad distributiva del ingreso



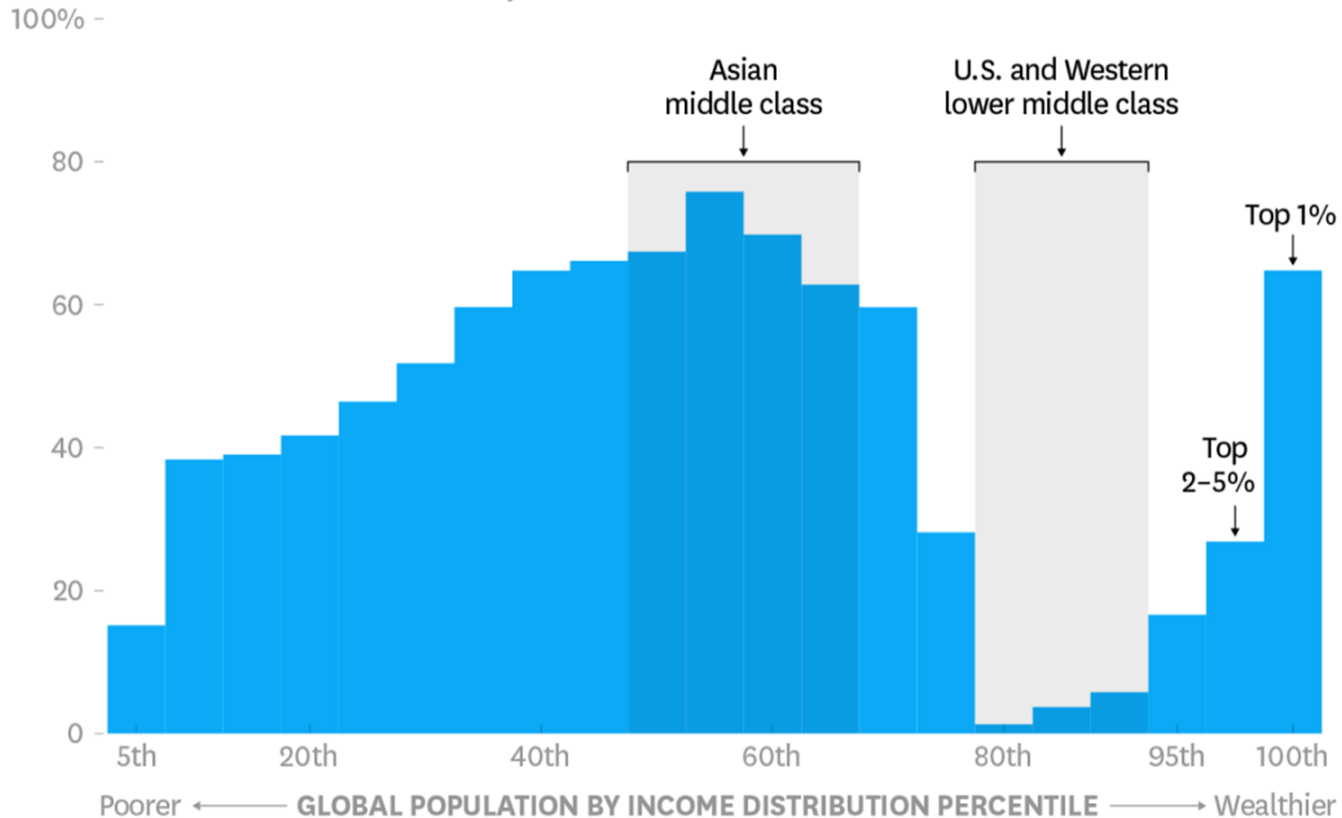
el elefante en la habitación: el juego político (o el ascenso del populismo...)

GLOBAL GROWTH INCIDENCE CURVE (1988-2008)



Y-axis displays the growth rate of the fractile average income (in 2005 PPP USD). Weighted by population. Growth incidence evaluated at ventile groups (e.g. bottom 5%); top ventile is split into top 1% and 4% between P95 and P99. The horizontal line shows the growth rate in the mean of 24.34% (1.1% p.a.).

REAL INCOME GAINS IN PERCENTAGE, 1988 TO 2008



NOTE INCOMES ARE REAL, PPP-ADJUSTED, IN 2005 DOLLARS. SOURCE BRANKO MILANOVIC

la desigualdad extrema de ingreso como amenaza a la gobernabilidad (estabilidad política, institucionalidad democrática, credibilidad en la autoridad)

“Los ciudadanos han estado más impacientes...
desde el 2011 la desigualdad ha estado presente, y caliente, en las calles:

en la oposición mediterránea a la austeridad desigual...

en las rebeliones árabes contra la libertad y oportunidad desiguales...

en el rechazo de estudiantes chilenos a la educación superior desigual...

en el movimiento de los Indignados (Occupy) de Estados Unidos, Gran Bretaña, España y otros lugares,
contra la dominación del 1 por ciento...”

así que el verdadero asunto aquí es la *desigualdad social*...

la olvidada *Meta Nueve* de Stiglitz y Doyle

eliminar la desigualdad extrema a nivel nacional en cada país

Eliminating Extreme Inequality: A Sustainable Development Goal, 2015–2030

Michael W. Doyle* and Joseph E. Stiglitz*

At the United Nations Millennium Summit in September 2000, UN member states took a dramatic step by putting people rather than states at the center of the UN's agenda. In their Millennium Declaration,¹ the assembled world leaders agreed to a set of breathtakingly broad goals touching on peace through development, the environment, human rights, the protection of the vulnerable, the special needs of Africa, and reforms of UN institutions. Particularly influential was the codification of the Declaration's development-related objectives, which emerged in the summer of 2001 as the now familiar eight Millennium Development Goals (MDGs), to be realized by 2015:²

1. Eradicate extreme poverty and hunger.
 - Halve the proportion of people living on less than a dollar a day and those who suffer from hunger.³
2. Achieve universal primary education.
 - Ensure that all boys and girls complete primary school.
3. Promote gender equality and empower women.
 - Eliminate gender disparities in primary and secondary education preferably by 2005, and at all levels by 2015.
4. Reduce child mortality.
 - Reduce by two-thirds the mortality rate among children under five.
5. Improve maternal health.
 - Reduce by three-quarters the ratio of women dying in childbirth.
6. Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases.
 - Halt and begin to reverse the spread of HIV/AIDS and the incidence of malaria and other major diseases.

*The authors have benefited from the research assistance of Alicia Evangelides, Eamon Kircher-Allen, and Laurence Wilse-Samson.

Ethics & International Affairs, 28, no. 1 (2014), pp. 5–13.
© 2014 Carnegie Council for Ethics in International Affairs
doi:10.1017/S0892679414000021

9.1 Al 2030 reducir la desigualdad extrema de ingresos de modo tal que el ingreso post-gravado del 10% más rico no sea mayor que el ingreso post-transferencia del 40% más pobre (i.e., el índice de Palma)

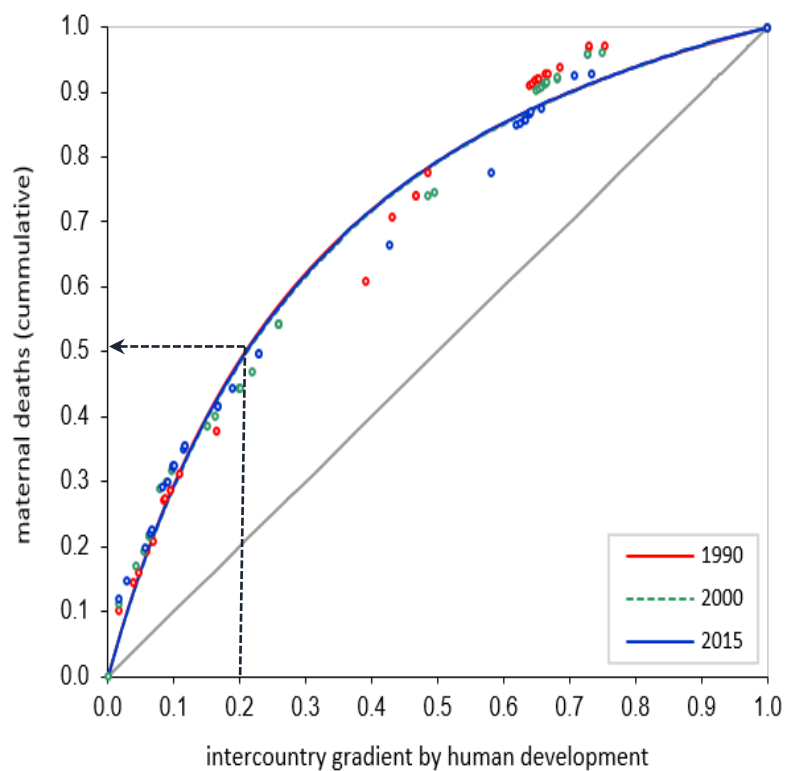
9.2 Al 2020, establecer una comisión pública en cada país que evalúe e informe sobre los efectos de las desigualdades nacionales

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en las Américas

éxitos regionales promediales –sin mejoras distribucionales apreciables

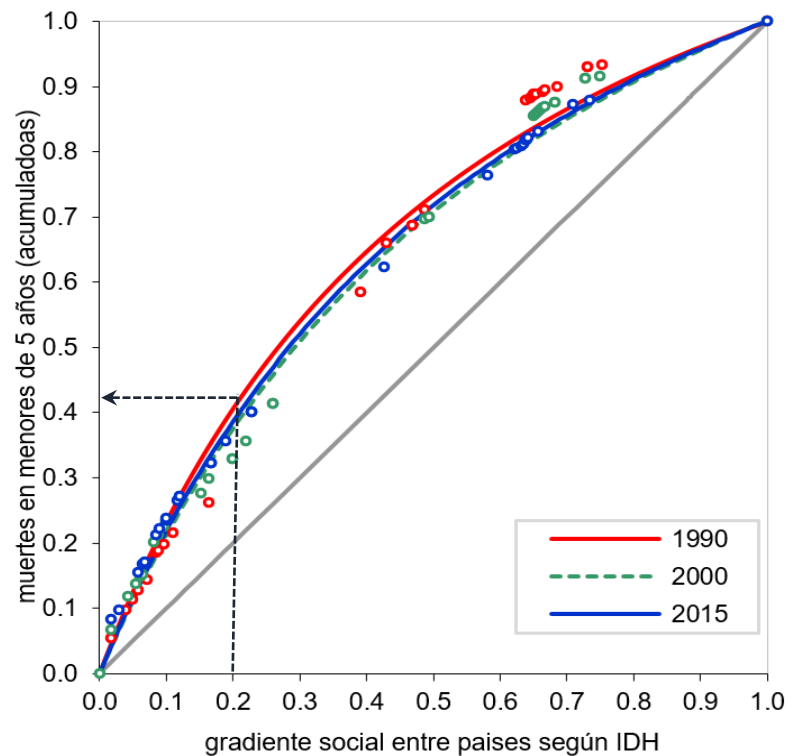
mortalidad materna (ODM 5)

meta: reducir 3/4 entre 1990 y 2015
resultado: 101.8 (1990); 51.7 (2015)



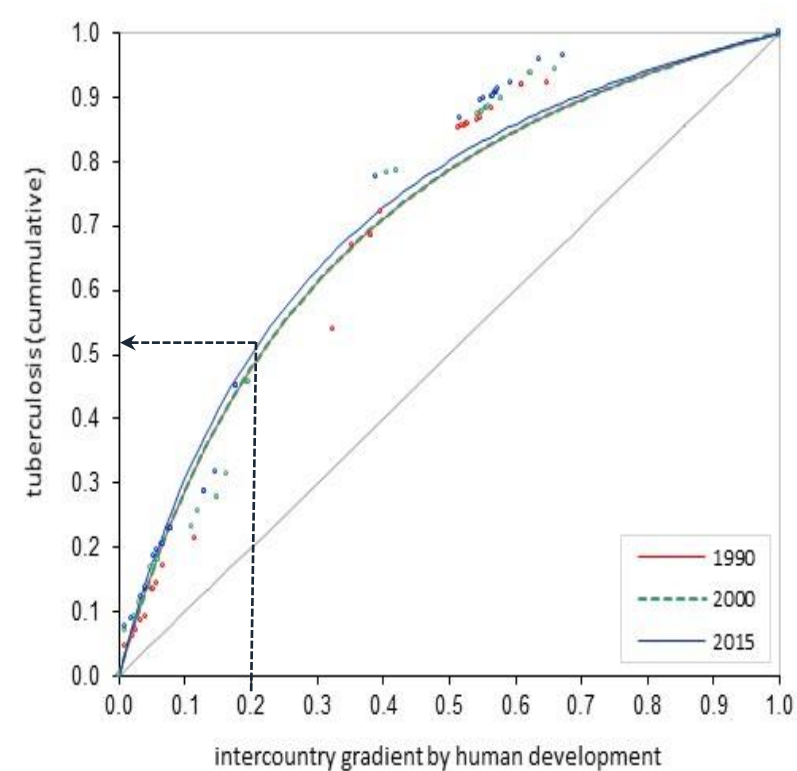
mortalidad en la niñez (ODM 4)

meta: reducir 2/3 entre 1990 y 2015
resultado: 42.6 (1990); 14.6 (2015)



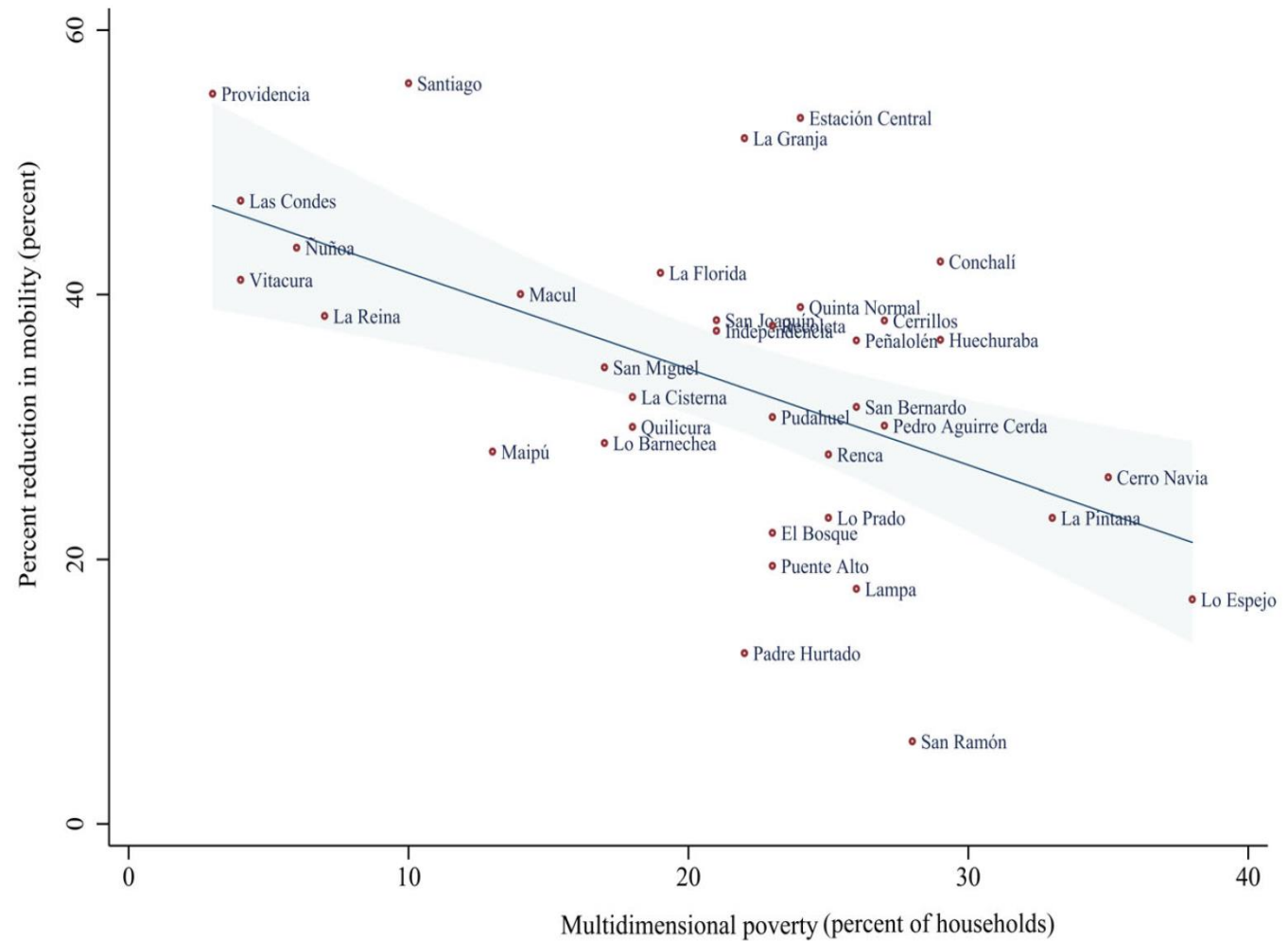
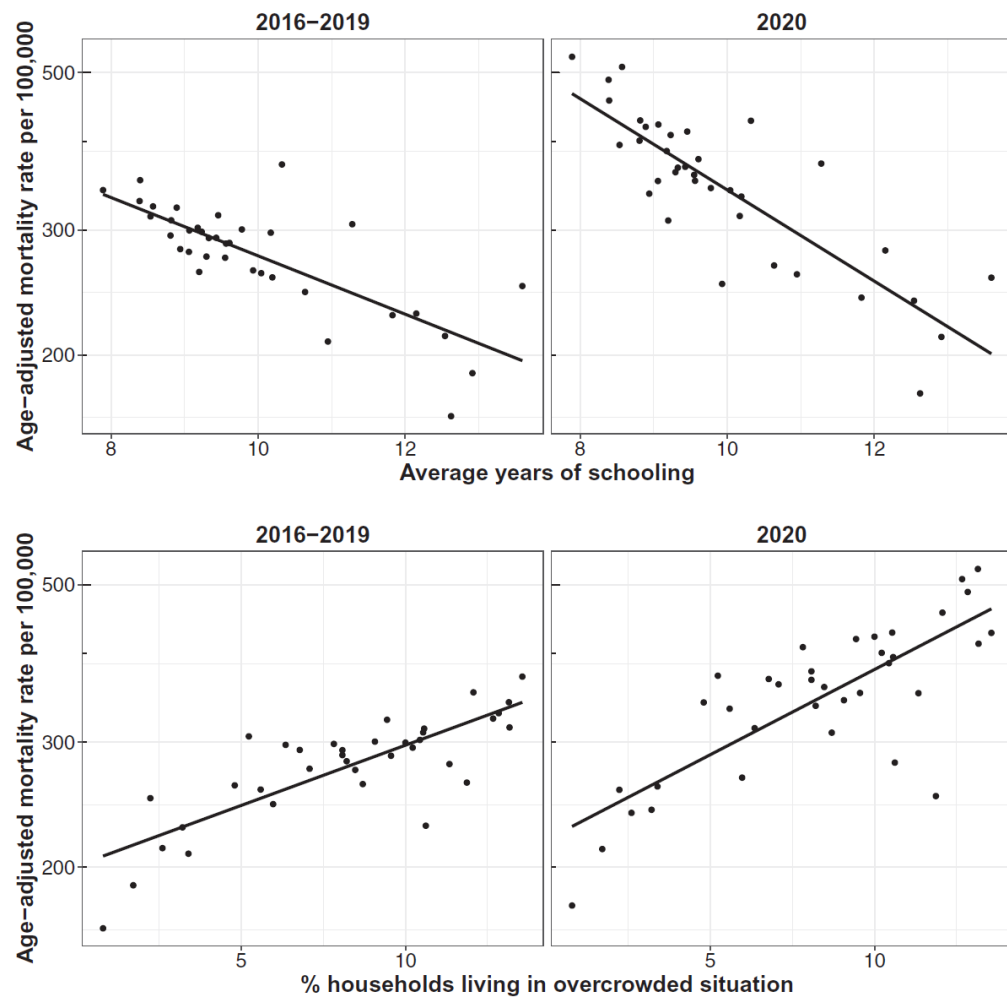
incidencia de tuberculosis (ODM 6)

meta: revertir la incidencia
resultado: 55.7 (1990); 28.4 (2015)



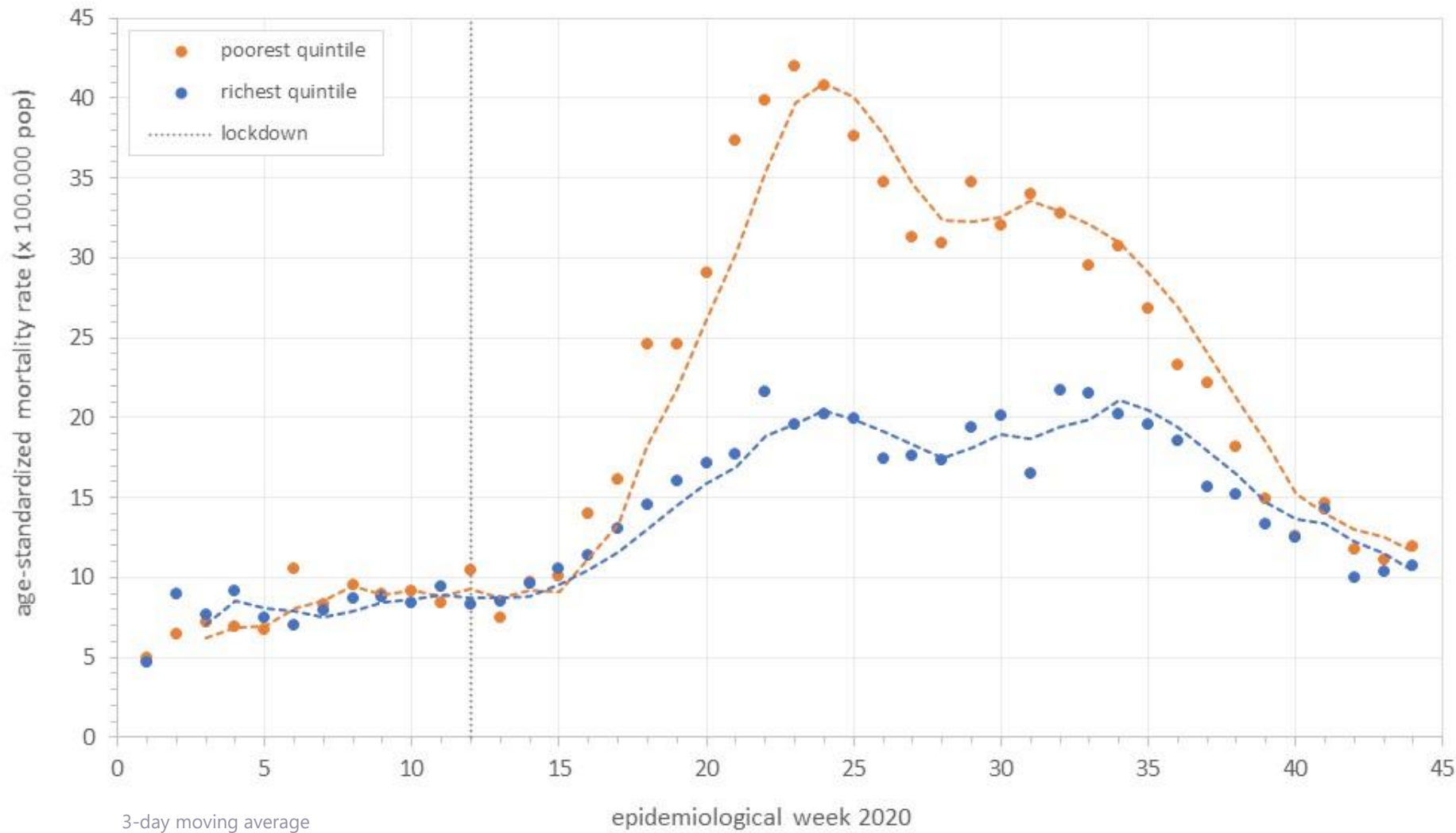
las pandemias no son eventos socialmente neutrales

desigualdades sociales y COVID-19; Santiago de Chile, 2020



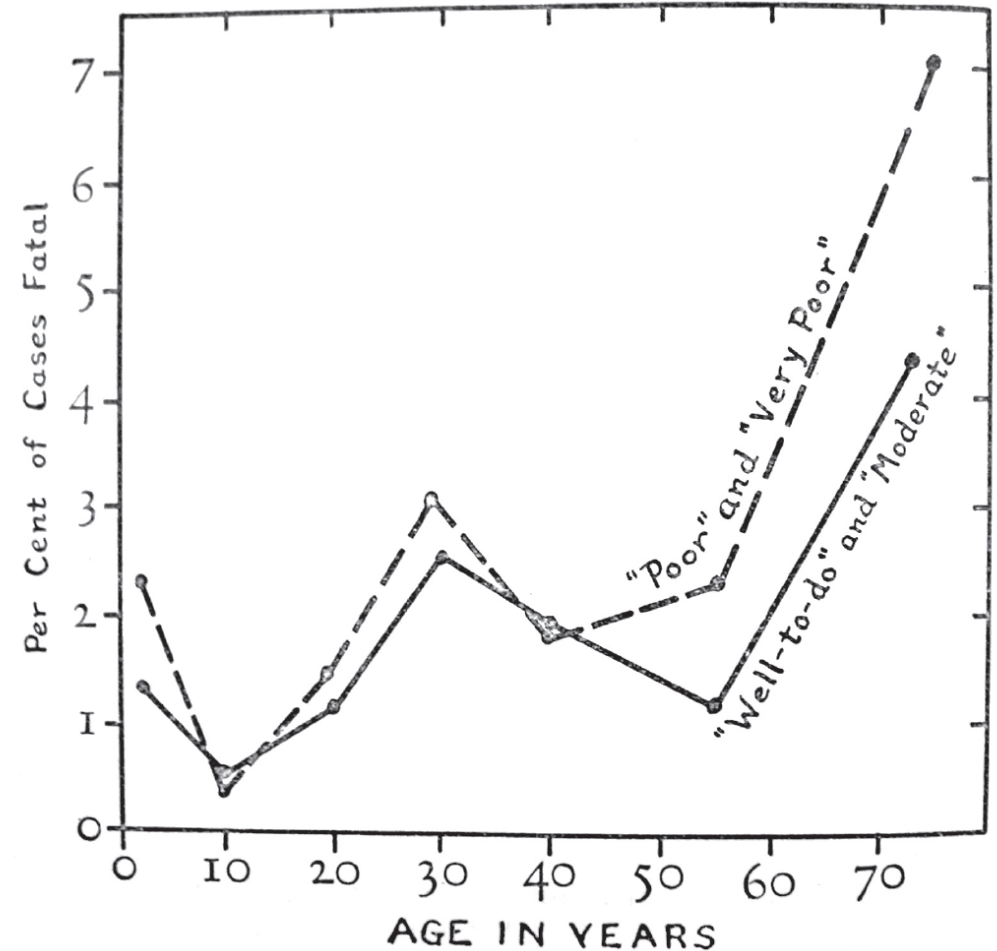
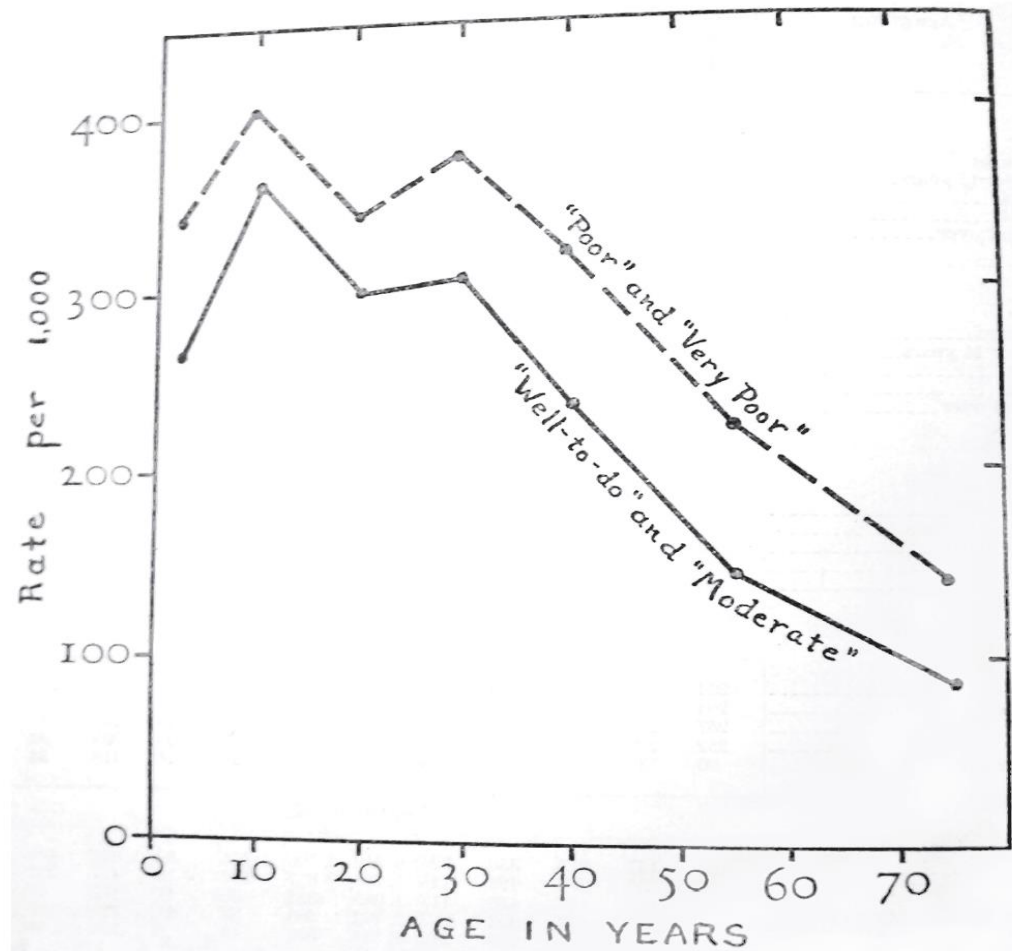
las pandemias no son eventos socialmente neutrales

exceso de mortalidad en quintiles extremos de ingreso; Lima Metropolitana, 2020



las pandemias no son eventos socialmente neutrales

El riesgo de catástrofes persigue a los pobres... Ulrich Beck



Sydenstricker E. The incidence of influenza among persons of different socioeconomic status during the epidemic of 1918. Public Health Reports 1931;46(4):154-170

cooperación

¿porqué importa (o debe importar) la equidad hoy...?

No susurremos en presencia del mal... Bernard Lown

porque su ausencia ofende nuestro sentido de justicia

porque su ausencia amenaza la democracia y la sostenibilidad

porque su ausencia anula las aspiraciones de desarrollo sostenible

porque su ausencia mata y desgracia a gran escala

No podemos seguir ciegos a la equidad...

desafío: un abordaje de la salud pública sensible a la equidad

la (conveniente) ceguera a la equidad...

Hay “consciencia” creciente de la importancia de la equidad (presencia retórica), pero el enfoque sistemático para la caracterización de la salud poblacional sigue siendo esencialmente ciego a la equidad: se caracteriza la salud por sus *promedios* nacionales (e.g. Salud en las Américas), se persiguen cambios *promediales* (e.g., metas ODM, metas ODS), se celebran logros *promediales* (comunicación, noticias)...

la (conveniente) persistencia de la visión “río abajo” ...

La explicación de la producción de la salud poblacional sigue estando dominada por el paradigma del factor de riesgo (y no por el de los determinantes de la salud): la mirada (y, con ella, la atención, el énfasis, la prioridad, los recursos) continúa puesta en los servicios de atención de la salud (oferta, acceso, cobertura, capacidad resolutive) y en el comportamiento humano (‘haz ejercicio’, ‘no fumes’, ‘usa condón’,...) y no en la transformación positiva de los determinantes sociales (trans-sectorialidad vía *salud en todas las políticas*...)

¿qué causa la buena o la mala salud en la población?

la necesidad de reconocer que la salud es un fenómeno determinado histórica y socialmente

las concepciones dominantes –paradigmas – postulan modelos y valores coherentes para entender la realidad observable (Thomas Kuhn: The Structure of Scientific Revolutions; 1962)

el paradigma epidemiológico dominante en su tiempo histórico define el concepto de 'salud' y qué es lo que se acepta como 'práctica racional de salud pública'

inducida por las tensiones entre el *status quo* y las nuevas observaciones, la transición de paradigmas provoca inevitablemente cambios en la definición de políticas de salud y prioridades de investigación

sólo tres enfoques paradigmáticos históricos en salud pública: miasmático, microbiano y factores de riesgo (cada uno con sus modelos causales implícitos)

a partir del modelo de campos de la salud (Lalonde, 1974) hoy se identifica el nuevo paradigma ecoepidemiológico (Susser, 1996) y su modelo causal de determinantes

expresa una visión holística de la salud, que hace explícita la interdependencia de múltiples niveles (individuos en un contexto biológico, físico, social, económico, histórico, ambiental y político): el *yo-soy-yo-y-mi-circunstancia* de Ortega y Gasset.

alcanzar la equidad en salud

La equidad en salud es una expresión toral de la justicia social. La equidad en salud se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. Para mejorar la equidad en salud (incluyendo el acceso y cobertura universal en salud) es necesario cambiar la distribución subyacente y rol de los determinantes sociales de la salud.



actuando sobre los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias: e.g. las políticas económicas y de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos (la distribución de riqueza, poder y recursos a niveles mundial, nacional y local).



nuya kankantawa
 (nos sentimos saludables)

La cosmovisión de la salud y el bienestar del Pueblo Shawi de la Amazonía Peruana

desigualdades sociales y determinantes sociales de la salud

- **'Desigualdades en salud'** y **'determinantes sociales de la salud'** son conceptos inseparables: sólo es posible eliminar las primeras mediante la acción sobre las segundas
- Las desigualdades en salud son consecuencia de las desigualdades sociales; ergo, las que importan para la salud pública son las *desigualdades sociales en salud*
- No es posible medir con rigor científico las inequidades en salud: solo se puede medir las desigualdades en salud (las inequidades no se miden; se juzgan)
 - **desigualdades en salud** son diferencias en salud numéricamente objetivables entre dos o más grupos poblacionales socialmente determinados
 - **inequidades en salud** son desigualdades en salud juzgadas como injustas: una valoración subjetiva que las identifica como arbitrarias, innecesarias y evitables
- No se puede pre-establecer un estándar normativo de equidad: corresponde a cada sociedad y momento histórico definir qué desigualdad es una afrenta a su sentido colectivo de justicia social (y, por tanto, calificarla como inequidad)
- Bajo el mismo imperativo moral, identificar una inequidad debe acompañarse de la voluntad y decisión por remediar la situación injusta

Equidad en Salud: conceptos claves

equidad en salud

estado de completa ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud (el estado de bienestar físico, mental y social) de las personas y colectivos humanos debidas a circunstancias histórica y socialmente determinadas

desigualdades en salud

diferencias en salud numéricamente objetivables entre dos o más grupos poblacionales socialmente determinados

inequidades en salud

desigualdades en salud juzgadas como injustas: una valoración subjetiva que las identifica como arbitrarias, innecesarias y evitables

equidad como valor social

calidad virtuosa aspiracional con protagonismo central en la toma de decisiones sociales, el conducto de la vida civilizada, la identidad de los pueblos y sus instituciones y la promoción de la salud poblacional

equidad en salud como principio rector de la acción política en salud

fundamento racional toral para la realización de la misión de la salud pública como práctica social: satisfacer a plenitud los intereses de la sociedad en asegurar las condiciones por las cuales las personas pueden ser saludables

equidad en salud como objetivo de política

Crear oportunidades iguales para la salud

(condiciones *sine qua non*: equidad para la justicia social; salud para el desarrollo; equidad en salud para la sostenibilidad del desarrollo)

una propuesta concreta y accionable para los Objetivos Sanitarios 2021-2030

un marco de monitoreo de la creación de oportunidades iguales para la salud

1

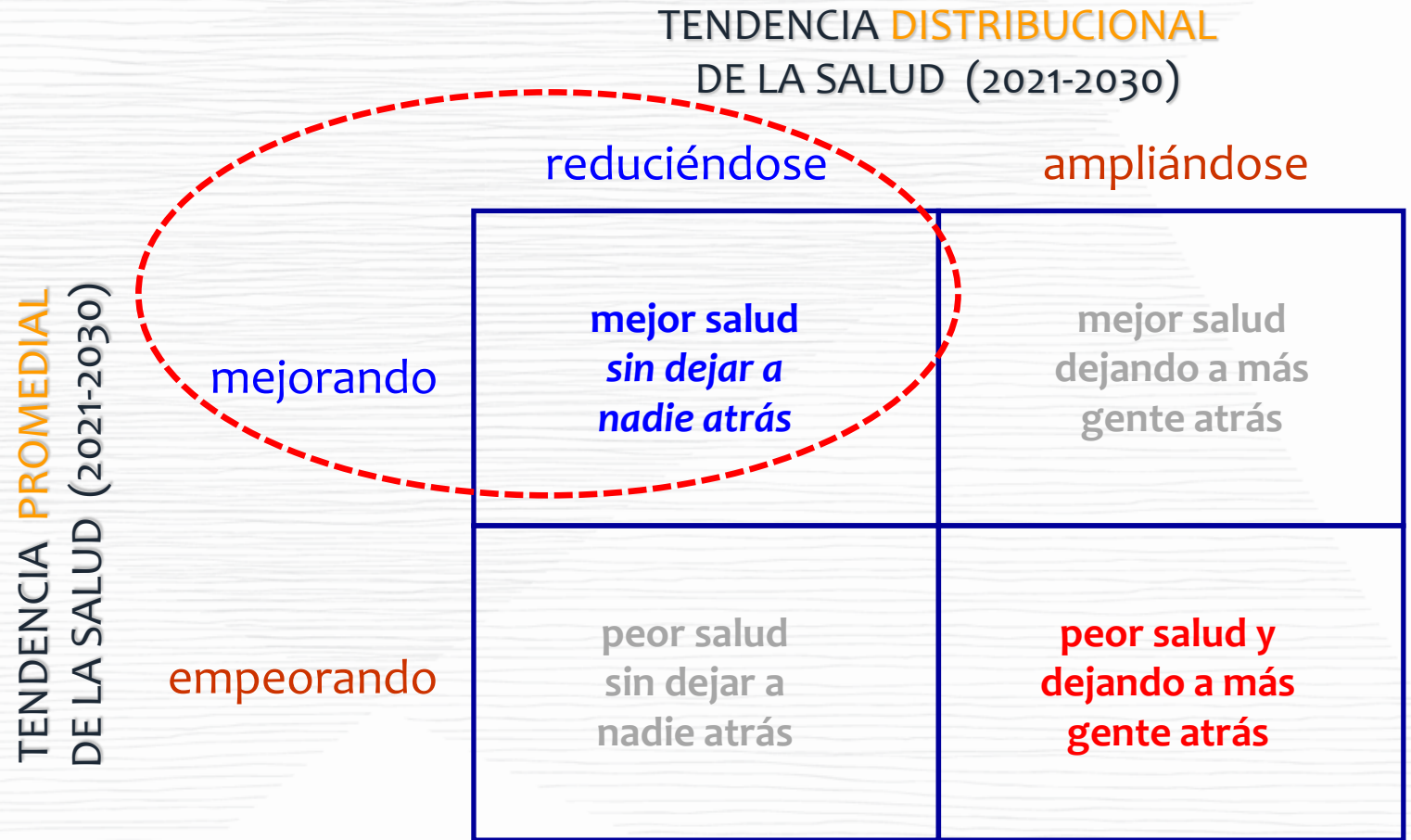
formular metas cuantitativas explícitas de reducción de desigualdades en salud

2

monitorear los cambios promediales y distribucionales de la salud

3

incidir en el *policy uptake*



Promover la equidad en salud: el primer objetivo misional de la OPS

Code and title of the indicator	Impact indicator 1: Reduction of within-country health inequalities
Definition of the indicator	<p>Number of countries achieving a measurable proportional reduction of within-country absolute inequalities between groups, as defined by a relevant social stratifier, in at least two of the four core tracer SDG3 health indicators.</p> <p>Baseline 2019: N/A</p> <p>Target 2025: 17 (ARG, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, DOR, ECU, SLV, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, PER)</p>
Purpose of the indicator	To explicitly quantify within-country social inequalities in health contraction, providing evidence of –and generating accountability on–countries’ commitment to <i>leave no one behind</i> .
Technical note	<p>This indicator requires data subnationally disaggregated; either geographically (e.g., by districts), or individually (e.g., as survey microdata).</p> <p>The four core tracer SDG3 health indicators (CTHI) (over the life course) are:</p> <ul style="list-style-type: none"> neonatal mortality rate (SDG 3.2.2) adolescent birth rate (SDG 3.7.2) tuberculosis incidence rate (SDG 3.3.2) NCD attributable premature mortality rate (SDG 3.4.1) <p>A relevant social stratifier is any of the equity stratifiers listed in ASHA target 11.1: place of residence (rural/urban), race, ethnicity, occupation, gender, sex, age, education, socioeconomic status, and/or subnational geographical disaggregation.</p> <p>Absolute inequality (AbsIneq) is the arithmetic difference between the core tracer SDG3 health indicator in the most vulnerable group and that of the reference group. For ordinal social stratifiers (such as income or years of education), the groups under comparison are the extremes of the appropriate quantile distribution (e.g., lowest and highest quintiles).</p> <p>Proportional reduction of absolute inequality (PRAI) is computed as follow:</p> $PRAI = \frac{\ln(AbsIneq_{CTHIactual}) - \ln(AbsIneq_{CTHIbaseline})}{(t_{actual} - t_{baseline})} \times 100$ <p>The final impact indicator is computed as the sum of countries with PRAI < 0 for at least two of the four CTHI.</p>
Type of indicator	Absolute (count)
Measurement units	Number of countries
Frequency of measurement	It will be assessed in the established years of the Strategic Plan to adjust the baseline (2020), mid-term (2023), and end point (2025).
PASB unit responsible for monitoring the indicator	Evidence and Intelligence for Action in Health/Health Analysis, Metrics and Evidence (EIH/HA) Office for Equity, Gender and Cultural Diversity (EGC)



monitor de indicadores de las metas ODS 3 y sus desigualdades

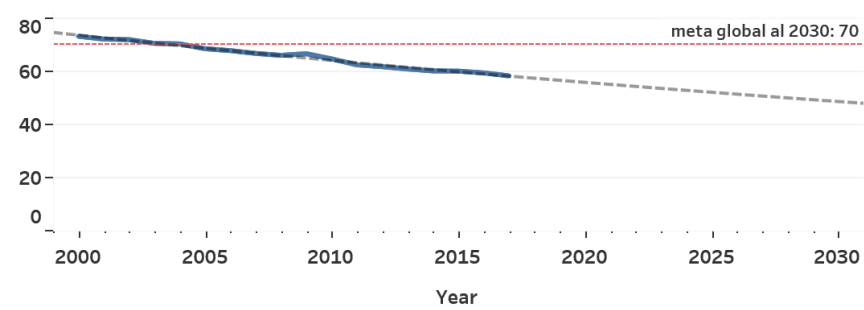
Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 3 (ODS-3)

Tablero de monitoreo de indicadores de ODS-3 y sus desigualdades

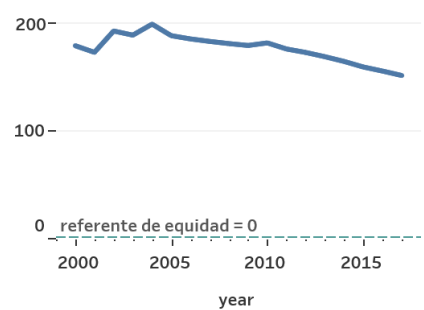
Lugar: Indicador: Estratificador de equidad: Nota metodológica

MONITOREO DE LAS TENDENCIAS DEL INDICADOR Y SUS BRECHAS DE DESIGUALDAD

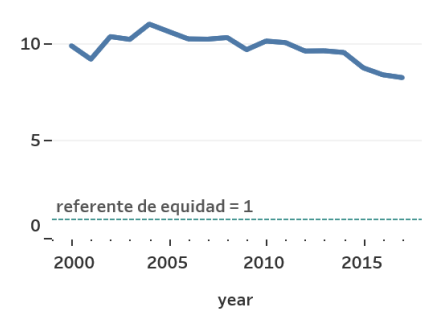
Tendencias en la **Razón de mortalidad materna** (valores actuales, y proyectados hasta 2030)



Tendencias de la brecha absoluta de desigualdad



Tendencias de la brecha relativa de desigualdad



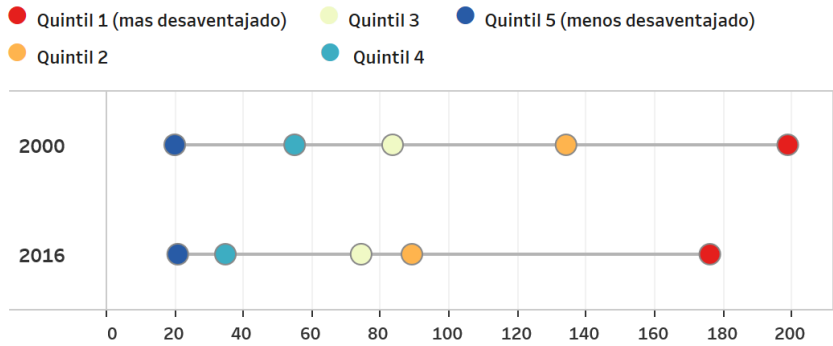
PROGRESO DEL INDICADOR Y SUS BRECHAS DE DESIGUALDAD

Indicador y sus métricas de desigualdad, cambio porcentual y cambio porcentual anual entre dos años seleccionados

	Año		Cambio porcentual en el período	Cambio porcentual anual promedio	
	Año 1	Año 2			
Promedio general	72.8	59.1	-18.9%	-1.3%	▲
Brecha absoluta	178.9	155.3	-13.2%	-0.9%	▲
Brecha relativa	9.9	8.4	-15.1%	-1.0%	▲

▲ Mejora ◆ Se mantiene ▼ Empeora ✖ Información no disponible

Desigualdad distributiva del indicador por quintiles de países según el estratificador de equidad en los años seleccionados



No susurremos en presencia del mal
Bernard Lown
(1921-2021)



Tener no es signo de malvado
y **no tener** tampoco es prueba
de que acompañe la virtud:
pero el que nace bien parado
en procurarse lo que anhela
no tiene que invertir salud

Silvio Rodríguez

Canción de Navidad, 1988

Muchas gracias!

mujicaos@paho.org



conoce lo



OPS