

Un acercamiento a la comprensión de la equidad en salud*

An approach to the understanding of equity in health*

Sergio Antonio Clavijo Clavijo ¹

Gregory David Villamil Rodríguez ²

Laura Carolina Olarte Herrera ³

Ingrid Catherine Castillo Navarrete ⁴

Ivette Rocío Rincón Sánchez ⁵

ABSTRACT

The world health should be considered a social welfare of human beings, since this is a prerequisite for the development of humanity. In the context of human rights, health equity is an inherent principle based on social justice, looking for all individuals regardless of their social, entitled to the same opportunities. Historically, have developed health services that provide social welfare to individuals, but the concept has prevailed mercantilist, which has reduced health systems to simple utilities, ignoring the underlying problems of the population. It is proposed Primary Health Care as an alternative, speaking as population includes the responsibility to ensure health services accessibility and a possible response to the inequalities inherent in a system focused on health insurance. For this study was conducted reflects on the concept of equity, carrying out searches with the terms equity, health, equity in health, health economics, quality health, public health, public health policy, health history, primary health care with the aim of being able to collect partial abstracts or full text. Additional to search for electronic journals, books that will argue the importance of equity in the companies were consulted, different economic models, the history of health and disease; nature relating bills that argument on these definitions were consulted.

KEY WORDS

Social welfare, social justice, health services, Primary Health Care, Health Services Accessibility.

RESUMEN

En el mundo la salud debe considerarse un bienestar social de los seres humanos, ya que esta es un requisito esencial para el desarrollo integral de la humanidad. En el marco de los derechos humanos, la equidad en salud es un principio inherente basado en la justicia social, que busca que todos los individuos independientemente de su condición social, tengan derecho a las mismas oportunidades. Históricamente, se han desarrollado sistemas de salud que proporcionan bienestar social a los individuos, pero ha primado el concepto mercantilista, que ha reducido los sistemas de salud a simples empresas de servicios, dejando de lado los problemas de fondo de la población. Se propone la Atención Primaria de Salud como alternativa, pues su intervención poblacional incluye la responsabilidad de asegurar la accesibilidad a los servicios de salud y una posible respuesta a las inequidades propias de un sistema centrado en los seguros de salud. Para este estudio se realizó una reflexión sobre el concepto de equidad, efectuando búsquedas con los términos equidad, salud, equidad en salud, economía de la salud, calidad en salud, salud pública, políticas de salud pública, historia de la salud, atención primaria de salud, con el ánimo de poder recoger resúmenes parciales o el texto completo. Adicional a las búsquedas por revistas electrónicas, se utilizaron libros que argumentaran la importancia de la equidad en las sociedades, los distintos modelos económicos, la historia de la salud y la enfermedad; se consultaron proyectos de ley que refirieran argumentación sobre estas definiciones.

PALABRAS CLAVE

Bienestar social, justicia social, sistemas de salud, atención primaria de salud, accesibilidad a los servicios de salud.

* Trabajo de tesis para optar al grado de Especialistas en Gerencia y auditoría de la calidad en salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.

¹ Enfermero profesional de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Cra 123 # 131- 61 Bloque 10 Apto 503. Teléfonos 8127466- 3202502953. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: soclavijoc@gmail.com.

² Fisioterapeuta de la Escuela Colombiana de Rehabilitación. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Cra 111A # 888- 51 Interior 15 Apto 502 Conjunto los robles. Teléfonos 4400384- 3132578736. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: davillamil@hotmail.com.

³ Profesional en Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Santander. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Teléfonos 3212640271- 3183439145. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: laurilla8703@hotmail.com.

⁴ Enfermera Profesional de la Fundación Universitaria del Área Andina. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Calle 54A sur # 37- 11 Interior 1 Apto 101. Teléfono 3125300960. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ingridcatherinecastillo@hotmail.com.

⁵ Enfermera Profesional de la Universidad Industrial de Santander. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Teléfono 3188044311. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ivette.rocio.rincon@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Para hablar de equidad en salud es importante centrar su estudio en el poder, la política, el Estado, las instituciones y las profesiones de la salud. No discutir tanto los problemas de la salud individual sino la de los grupos, estudiar las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva y poder enfocar su atención en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad han impulsado iniciativas concretas resultantes de una evaluación donde los factores médicos y epidemiológicos cuentan tanto como los políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos (1), como bien lo menciona Blasco Ibáñez Jimeno: "La Equidad, en su origen, está enmarcada conceptualmente como se concibe hoy día: como una alternativa a *otro* de derecho" (2).

Por ello, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), puede señalar el camino a seguir con la aplicación de la tecnología apropiada, la participación comunitaria y la cooperación intersectorial, para tener como fin la atención en salud a todo el mundo, y no como base para un programa de duración limitada. Debe recordarse que la salud está implícita en los derechos humanos y que desde la equidad, se percibe como justicia (3).

La atención en salud debe procurar optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable. La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su persona y su entorno (4).

Sin embargo, no podemos separar el análisis económico en salud, ya que permite evaluar los procesos de planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas, y no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de vida y los factores que determinan y afectan a la salud; además bien enfocados permitirán desarrollar nuevos instrumentos de política, identificando realmente la importancia de la salud y su valor económico, la demanda y la oferta de atención médica, el equilibrio del mercado, entre otras (5).

Podemos observar un amplio programa de transformaciones estructurales en nuestros sistemas de salud, tales como los cambios de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes; las opciones internas de los Estados nacionales frente a la globalización; las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas; el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales; la democratización política del continente; el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada; y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector salud (6).

CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL E INTERNACIONAL

El período entre guerras se convirtió en una permanente tensión política y económica, lo cual generó una serie de pactos que implicaban la ampliación de los derechos de la ciudadanía, entre los cuales, estaba la salud. La salud quedaría incluida como derecho en la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948 y en la Declaración Americana de los Derechos y

Deberes del Hombre, adoptada por la Novena Conferencia Internacional Americana, reunida en Bogotá el mismo año (7).

En los años 70, en la Declaración de Alma-Ata se ratificaron varios conceptos de larga trayectoria, como la definición de salud de 1948, entendida como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, la acepción de la salud como "derecho humano fundamental" y, las relaciones entre salud y desarrollo socioeconómico, además la meta propuesta de "salud para todos en el 2000" (7).

Las políticas del Banco Mundial (BM) y de otros organismos coincidían en el criterio de brindar servicios básicos de salud a los grupos de población más pobres. Pero, cuando el Banco lanzó su agenda para la reforma, estaba impulsando cambios estructurales que lo separarían de ese criterio tradicional. La teoría neoclásica aplicada a salud implicaba un distanciamiento de la estrategia de organizar sistemas nacionales por la vía de la inversión pública directa, en centros de atención, incluso de primer nivel o los denominados "servicios básicos" (7).

El cambio que impulsó el BM ocurrió fundamentalmente por la "crisis" del sistema de salud en algunos países capitalistas debido a los altos costos, la creciente inflación, la exigencia de grandes capitales para diseminar nuevas tecnologías en el cuidado individual de la salud, y la ineficiencia de los servicios públicos de salud. Había que echar mano de la economía de mercado que, con su mano invisible, podría cambiar de manera eficiente la oferta y la demanda de servicios personales de salud, mediante la competencia y el libre juego de los precios en los servicios, y permitir el lucro del gran capital, inclusive a expensas de la población y de los mismos profesionales de la salud (8).

Entre tanto, la OPS y la OMS avanzaban por otro camino. La agenda para la reforma fue objeto de una "mesa redonda" publicada, junto con el documento de la agenda, en el Boletín de la OPS, en la que participaron líderes de la salud pública latinoamericana de la vieja guardia, como el exdirector de OPS Abraham Horwitz y el exministro de salud colombiano Antonio Ordóñez Plaja, al tiempo que se expresaron los de la nueva salud pública, como el mexicano Julio Frenk, director del Instituto Nacional de Salud Pública, y David Tejada de Rivero, exministro de salud del Perú (7).

En Colombia, la reforma a la salud tuvo eco en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, donde se expresaron dos perspectivas opuestas, una socialdemócrata y otra neoliberal, que bajo la fórmula del consenso dieron lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, así como a la consagración de la seguridad social como un derecho irrenunciable y del servicio público de salud bajo la dirección del Estado, con la promesa de adoptar un paquete de servicios de acceso gratuito (9).

La reforma colombiana, conocida como la Ley 100 de 1993, se basó en los conceptos del pluralismo estructurado y de la llamada atención controlada o *managed care*. En términos generales, los lineamientos que siguió el modelo aplicado fueron:

- a. Implantación del sistema de aseguramiento,

- b. Creación de un mecanismo de mediación financiera entre los asegurados y los proveedores de los servicios, que introdujo en el sector de la salud a empresas aseguradoras del sector financiero,
- c. Establecimiento de un sistema de subsidio parcial para las personas sin capacidad de pago,
- d. Aplicación de un plan básico de beneficios en el que los pacientes debían cubrir las necesidades no contempladas por el plan (10).

Según el artículo 153 de la Ley 100, el primer fundamento del servicio público en salud lo constituye la equidad, en el sentido de la igualdad en la calidad para todos, independientemente de la capacidad de pago. El exministro colombiano, Fernando Londoño, basado en su concepción de equidad, en algunos estudios y en especial por el polémico informe de la OMS sobre equidad en salud, creyó y defendió hasta su trágico final, el carácter especialmente equitativo del modelo que había ideado y de los logros alcanzados al respecto en su puesta en marcha (11).

Sin embargo, el resultado fue el privilegio a las acciones asistenciales, concentrándose en los hospitales de grandes áreas urbanas, promoviendo el uso de tecnologías de alto costo y generando desigualdad en la distribución y en acceso a los servicios, que fueron establecidos más que en función de las necesidades, en función de desarrollo, de valores políticos, económicos y de otros valores utilitarios, no concordantes con la necesidad (12).

Con razón este sistema mantiene la idea de un problema de acceso individual a servicios de atención médica, en virtud de contratos individuales sostenidos en relaciones de mercado, más o menos reguladas, o en francas estrategias de caridad pública consumida individualmente pero con intermediarios de dudosa eficiencia (13).

Esto indica que el principal problema está dado por centrarse en el aseguramiento de los servicios personales de salud y olvidar la visión integral de salud desde una perspectiva multifactorial. Las acciones del sector se han concentrado durante estos años en el sistema de aseguramiento, en su operación y viabilidad financiera, pero no existe una política nacional de salud, ni una política tendiente a reducir las inequidades de salud (14).

Pero hay que demostrar objetivamente la existencia de estas inequidades en salud, pues la medición de estas, son el primer paso para tomar decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir, y eventualmente, a eliminar estas inequidades. Transformar los resultados de estos estudios en políticas es un desafío que hay que afrontar (15).

¿Qué es la equidad?

El término equidad proviene de la palabra en latín "aéquitas", que se deriva de "aequus" que proviene del griego. La equidad busca identificar el valor de las personas resaltando en ellas su importancia como ser único e individual sin importar las diferencias culturales, sociales o de género que presenten entre sí. La equidad se define como un principio asociado a valoraciones éticas, morales y políticas sobre la idea de lo que es justo (16).

La equidad permite la igualdad de oportunidades, pero ésta no es factible sin una real igualdad de derechos y de poderes plenamente aceptados y socialmente ejercidos (17). La equidad puede llegar a que todos los seres humanos tengan derecho a ser tratados en igualdad de condiciones ante la ley (18). Por lo tanto, el Estado debe orientar su accionar en pro de la construcción de equidad, ya que así puede aportar a la superación de las privaciones generadas por la injusticia social (19).

Las particularidades son tomadas en consideración por la equidad. En este sentido, la equidad queda naturalmente implicada con la justicia, por eso es importante que los individuos tengan la garantía de poder llevar una vida digna y cumplir sus propósitos, que posean los mismos derechos y puedan realizar lo que desean hacer sin ninguna represión (19).

La equidad abarca también otras variables, como logros y oportunidades. Pero que una sociedad sea más equitativa no puede implicar una disminución en la calidad de vida general, ya que la equidad no implica igualdad en el desempeño, sino en las oportunidades que el medio ofrece para desempeñarse (20). Es importante que las oportunidades puedan ser reflejadas en bienes, según la utilidad que representen para las personas. La utilidad puede entenderse como el equivalente a felicidad, placer o satisfacción de preferencias (21).

Es también un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban los individuos, pues exige la eliminación de las fuentes de privación de la libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervenciones de los estados represivos (22).

La equidad está en la constante búsqueda de la justicia social. Por ello, es importante que los bienes sociales se distribuyan teniendo en cuenta el contexto en el que llegan a tener más o menos relevancia para personas particulares. Por ello es fundamental la deliberación y tratar de no conformarse en un modelo de justicia social idealizada, sino en la concepción compartida sobre la justicia que resulte más conveniente para todos (23), pues generalmente en las sociedades hay un concepto ya inmerso sobre equidad, considerando a este como un derecho fundamental, mas no se ha buscado las herramientas suficientes para ir en contra de las desigualdades, injusticias e inmoralidades (24).

¿Qué es salud?

A través de la historia se ha tratado de dar una definición de salud. Los estoicos afirmaban que la salud es una virtud, no sólo por el cumplimiento de las leyes de la naturaleza que la determinan, sino en cuanto precisa lograr un comportamiento, una actitud permanente. Se trata de una actitud que haga posible un dominio o señorío total del ser humano sobre todas sus contingencias, una serenidad, e inclusive apatía total frente a la salud y ante la enfermedad. Los epicúreos, por otro lado, pensaban que la salud es la contradicción o negación de la enfermedad o por lo menos ausencia de enfermedad. En la mentalidad epicúrea se debe procurar siempre la salud, evitando la enfermedad y, por lo mismo, sus quebrantos resultantes (25). En la edad media se entendía la salud como un don de DIOS. En el renacimiento, con el resurgir de las ideas clásicas, se entiende que el hombre está destinado a vivir y disfrutar del placer.

No siendo claro el concepto de salud en el mundo, y con la intención de dar una definición, la OMS en 1948 promulgó: "Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Más adelante, el médico francés Georges Canguilhem afirma que, la salud es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio, un conjunto de seguridades y aseguramientos. Ante este juicio, Tambellini y Arouca afirman que si la salud es un modo de andar por la vida, entonces la enfermedad es un modo estrecho de andar por ella (26).

Henrick Blum planteó en 1971 que la salud es la resultante de un gran número de fuerzas o variables, las cuales se agrupan en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, la herencia y los servicios de salud. El ambiente son todas aquellas circunstancias en las que vive y se desarrolla el hombre. El comportamiento humano hace referencia al estilo de vida. La herencia o genética influye claramente en el sustrato anatómico y fisiológico sobre el cual ocurre el fenómeno de salud. La genética puede actuar asociada con el ambiente, originando problemas de génesis multifactorial, que de por sí, puede generar noxas que desencadenan procesos de salud. En el último lugar, los sistemas de salud dependen de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso geográfico, cultural y económico de todos los ciudadanos a los servicios requeridos, de manera oportuna, de su calidad y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios (27).

Quienes la definen como un estado de bienestar físico, mental y social, rescatan el concepto del reduccionismo que lo enmarca en una relación causa-efecto respecto a los cuidados médicos. Como ya se mencionó, las variables involucradas son numerosas, heterogéneas y complejas. En virtud de lo señalado es necesario recalcar, que históricamente el concepto salud va de la mano con la definición de enfermedad haciéndose en muchos casos, muy difícil establecer límites entre ambos (28), llegando a decir, que todos hablan de salud, pero nadie sabe lo que es.

Por ello, la construcción del concepto de salud ha tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos teóricos y metodológicos más integrales. Al mismo tiempo, esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos realmente tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder, en función de obtener cambios favorables en las condiciones de salud de diferentes grupos de población, para articularse con los desarrollos del pensamiento estratégico en salud, y de la planificación estratégica que permitan mayor eficiencia y eficacia de las acciones de salud (29).

LA SALUD COMO RESPUESTA DEL PRINCIPIO DE EQUIDAD

Pero ¿qué relación directa tendría la salud con la equidad en una sociedad? ¿Cuál es la resultante de un proceso científico frente a un concepto filosófico? A esto supo darle respuesta el médico alemán Rudolf Virchow en la época del proceso revolucionario que vivía su país en el siglo XIX "La ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social, pues la salud de la población es un problema que concierne a todos los ciudadanos, entonces es lógico que se den los pasos conducentes a promover la salud y combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas" (30).

Para esto, debe conseguirse que la equidad y la salud se sitúen en el corazón de la política y no solo en los aspectos sanitarios. En tal caso, incluye la reducción de las desigualdades

y del gradiente social en salud. La equidad efectiva es consustancial a la salud pública y no es posible mejorar la salud de la población en su conjunto si no hay equidad. No es sólo un requisito ético, lo que es primordial, sino además una necesidad práctica, ya que las sociedades cuyas políticas han tendido como base la equidad, obtienen un mayor rendimiento en todos los aspectos (31).

Pero desde hace mucho tiempo, la salud ha estado condicionada por los intereses económicos de los países, que le han trasladado grandes inequidades y la han hecho contemporizar con desigualdades sociales injustificadas. Este desequilibrio, producto de una inaceptable distribución de la riqueza, se ha agravado en las últimas décadas debido a la globalización económica, lo que plantea nuevos y graves desafíos a la salud mundial (32).

Como sostienen los organismos de las Naciones Unidas, la causa más grave de enfermedad en el mundo es la pobreza, tal como lo revelan las estadísticas que a diario se publican. Con razón, muchos autores insisten en que la solución global de la inequidad se encuentra precisamente en la equidad en salud (33).

La pobreza y el bajo nivel de estudios de las personas se relacionan con una salud peor, expresada en la mortalidad, la percepción general y los bajos indicadores de salud. La mayoría de estudios señalan que estas desigualdades se incrementan, ya que las personas de clases sociales más aventajadas mejoran su estado de salud en relación con las personas de clases sociales menos aventajadas (34).

La atención de los servicios de salud, en esta sociedad, está ligada a la distribución de los bienes. Por tanto, no debe ser indiferente para la equidad en salud la distribución de los ingresos y sus efectos generales, pues esto determinará lo que se haga o se deje de hacer en el propio sistema de salud (35).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental. Por este motivo, las desigualdades, incluso en la atención sanitaria y no solo en el logro de la salud, también pueden ser importantes para la justicia social y la equidad en salud, dado que el aspecto procesal de la justicia y la equidad también requieren atención, sin ocupar necesariamente el centro del escenario (36).

APS COMO MECANISMO PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN SALUD

Para lograr lo anterior, es necesario comprender y analizar el fenómeno salud–enfermedad y la respuesta social desencadenada a través de la historia, para retomarlos hoy en escenarios concretos y hacer aproximaciones continuas y dinámicas a tan compleja situación, que permitan identificar cómo vive, sufre, se desgasta, se protege, enferma y muere nuestra población y así ser propositivos en alternativas de intervención (37).

La OPS considera que la APS es la estrategia más adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de los pueblos de las Américas, ya que tiene como meta principal, alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad, dando respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad (38).

Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, haciendo énfasis en la prevención y en la promoción, garantizando la atención del paciente en el primer contacto. Para ello, se deben establecer prácticas de gestión óptimas en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad necesarias y para desarrollar mecanismos activos que eleven al máximo la participación individual y colectiva en la gestión de salud (38).

Supone un sistema que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad. Está referido como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria (39).

Además, es muy interesante por el manejo de la información disponible sobre un problema de salud real, que permite tomar una decisión en base a la teoría de la probabilidad sin traspasar ciertos límites éticos, y el estudio económico (costo-eficiencia) de esta decisión para que sea la mejor al menor costo factible. Esto último ha pasado a formar parte del razonamiento diagnóstico-terapéutico contemporáneo (40).

Por el papel que desempeña, la APS cumple algunas funciones de salud pública. Entre estas se encuentran la planificación de actividades preventivas de base poblacional, la promoción de la participación comunitaria en el mejoramiento de su propia salud, y la coordinación intersectorial de algunas actividades de beneficio. Con este fin, los trabajadores sanitarios se apoyan en el conocimiento de la epidemiología, las ciencias sociales y del comportamiento, en la organización según el principio de descentralización y en el trabajo por objetivos claros (41).

Se entiende que los profesionales de la salud dentro del modelo de APS, en su proceder ético y bioético, deben generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones. El acto asistencial y las acciones sanitarias de protección, son dos modalidades del acto médico que deben ser diferenciados para brindar una atención profesional y responsable a los pacientes (42).

Se destaca su carácter investigativo, ya que propone un método estructurado para resolver las dudas derivadas de la práctica clínica, y pone a disposición del personal de la salud información científica válida y relevante. Integra la competencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible a partir de la investigación sistemática (43).

Sin embargo, en América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países ni al interior de los subsistemas de un mismo país. La orientación de la APS más extendida es la "selectiva", que consiste en un conjunto de medidas o servicios con una buena relación costo-efectividad, pero limitados, orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno infantil. Al interior de las organizaciones privadas y de seguridad social, la APS se concibe fundamentalmente como una estrategia para regular el acceso al segundo y tercer nivel de atención sanitaria y para controlar los costos (44).

Por esta razón, los desafíos de coordinación o regulación de los servicios de salud en el sistema de APS se producen en el marco de las dificultades que atraviesan, por cuestiones

redistributivas de las mismas. La economía política del modelo de financiamiento del sistema de salud comprende la conflictividad de intereses entre los contribuyentes, beneficiarios y proveedores de los servicios de salud. De esta forma, los problemas asociados con el desarrollo de políticas de APS en América Latina se vinculan tanto con problemas redistributivos, como con aspectos de coordinación en la provisión de los servicios de salud (45).

LA EQUIDAD EN SALUD Y LA APS, Y SU INFLUENCIA EN LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Los grandes cambios históricos, aquellos que realmente modifican nuestros modos de pensar y actuar, se van introduciendo sigilosamente en la sociedad (46). Por esta razón es necesario pensar en el momento que atraviesa nuestra sociedad, en donde es indispensable que cualquier sistema sea auto-sostenible a fin de generar ingresos y reducir gastos. La economía en salud se ocupa del estudio de la asignación de los recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible con el objetivo de maximizar el bienestar social al menor costo posible (47).

Este sistema conforma un conjunto de oportunidades, y no solo procesos, en donde la acumulación de bienes, servicios y riquezas no es lo más importante. De tal forma, su objetivo no es sólo mejorar todas las cosas materiales, sino también tener mayor importancia en los ámbitos de salud y la esperanza de vida (48).

Por tanto, la salud y la economía constituyen un conjunto que se relaciona de forma activa. Lo que implica que toda decisión en salud tendrá una implicación económica. La interacción entre la economía y la salud se puede apreciar desde dos dimensiones diferentes. La primera se evidencia a través del impacto que tiene el sistema de salud como condicionante del bienestar de la población, como determinante de la productividad del trabajo y en la formación de capital humano; la segunda, a través de la influencia del sistema de salud de manera cuantitativa y cualitativa en el crecimiento de la economía nacional, lo que refuerza su importancia como sector económico (49).

Pues el impacto que genera la enfermedad es de tal magnitud, que económicamente tiene unos efectos negativos en cuanto a los niveles de productividad e ingresos. Como se explica en el modelo de demanda por salud de Grossman, un día de incapacidad por enfermedad ocasiona una pérdida igual al salario diario, y un día destinado a promover la salud puede evitar incapacidades futuras y mejorar el desempeño del trabajador, facilitando así un aumento en los ingresos (50).

Por eso el gasto sanitario es un tema que actualmente se ha tornado en uno de los centros de interés a nivel mundial, generando así una serie de investigaciones sobre los servicios que actualmente se prestan, y el impacto que estos generan a nivel político y económico, dependiendo de los resultados que se arrojen, se van generando nuevos conocimientos y estrategias para aplicar sobre las organizaciones, y evaluar nuevas alternativas de financiación y gestión de los servicios, con el fin de administrar adecuadamente los recursos y ofrecer un estado de bienestar a los pacientes (51).

Desde la perspectiva de la equidad, se resalta el modelo económico de equidad vertical. Esta se define como el tratamiento desigual para desiguales. Aplicado a la financiación, significa que aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema,

de forma que, aquellos que más recursos tienen deben contribuir al sistema más que proporcionalmente a su nivel de rendimiento. La equidad vertical de la financiación implica la redistribución final neta de la renta entre los miembros de una sociedad, ya que saldrán recursos de los más ricos hacia los más pobres. Esto equivale a la financiación progresiva, en la que las contribuciones que realiza un individuo como proporción de su renta, aumentan conforme aumenta su renta (52, 53).

La intervención de la economía en salud es relevante, pues los servicios de salud se comportan como bienes meritorios: la sociedad, en su conjunto, considera que el acceso a los servicios de salud, es un derecho de todos los individuos que debe ser protegido y garantizado por el Estado. Por consiguiente, además de la eficiencia y la calidad, la equidad constituye un tercer objetivo que justifica la formulación e instrumentación de políticas regulatorias del mercado salud (54).

CONCLUSIONES

Para alcanzar la equidad en salud, se requiere un alto compromiso político, que implica a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación (55).

Desde la perspectiva de la equidad el sistema de salud colombiano no está bien. Y esta petición de principio a favor de la equidad no es un capricho. Si el sistema no avanza en equidad no se logrará la sostenibilidad financiera del sistema y la cobertura universal (56).

La estrategia de APS, debe señalar la importancia de la aplicación de la tecnología apropiada, la participación comunitaria y la cooperación intersectorial para tener como fin la atención en salud a todo el mundo, y no como base para un programa de duración limitada. Debe recordarse que la salud está implícita en los derechos humanos y que desde la equidad, se percibe como justicia social (3).

No podemos separar el análisis económico en salud, ya que permite evaluar los procesos de planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas, y no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de vida y los factores que determinan y afectan a la salud, además bien enfocados permitirá desarrollar nuevos instrumentos de política, identificando realmente la importancia de la salud y su valor económico, la demanda y la oferta de atención médica, el equilibrio del mercado, entre otras (5).

Por esto, debe pensarse en una política de salud que concilia la racionalización económica con el principio de equidad, para acceder al derecho de la asistencia médica. Además, no deben ser exclusivamente relevantes para el personal sanitario que trabaja en el nivel social de la macro asignación de recursos, sino también para la población en general, pues la realidad socioeconómica del costo de la salud no se encuentra al margen de la toma de decisiones por parte de la sociedad (57).

La reforma en salud que se está planteando en Colombia, debe permitir la universalización del acceso de la población a la atención médica y de la igualdad en su uso de acuerdo

con la necesidad, ganando un gran espacio político con la iniciativa de un modelo universal de seguridad social (58), pues la Ley 100 de 1993 no ha sido eficaz a la hora de garantizar una adecuada atención en salud para los colombianos (59).

La verdadera equidad en salud no se logrará sola, ni principalmente con el acceso universal a los servicios sanitarios de calidad, sino sobre todo con una redistribución justa de los determinantes sociales de la salud. Además de los medios materiales de subsistencia, los determinantes sociales de la salud incluyen factores psicosociales, como son el control y la autonomía sobre el trabajo y la propia vida, el apoyo social, y la ausencia de ansiedad y estrés causados por la falta o la escasez de reconocimiento social (60).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [ARMUS D.](#) ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? Salud colectiva [en línea]. 2010, 6(1) [citado 2013-02-07], pp. 5-10.
2. [IBÁÑEZ JIMENO B.](#) La equidad: Criterio auxiliar de interpretación judicial. Revista de derecho, Universidad del Norte, 1, 1992.
3. [ALLEYNE G A. O.](#) La equidad y la meta de Salud para todos. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2002 [citado 2013 Dec 08]; 11(5-6): 291-296.
4. [SCHWARTZMANN L.](#) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [en línea] 2003 [citado 2013 Dic 08]; 9(2): 09-21.
5. [COLLAZO HERRERA M,](#) [CÁRDENAS RODRÍGUEZ J,](#) [GONZÁLEZ LÓPEZ R,](#) [MIYAR ABREU R,](#) [GÁLVEZ GONZÁLEZ A](#) Y [COSME CASULO J.](#) La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2002; 12(5): 359- 365.
6. [ALMEIDA C.](#) Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. Revista Gerencia y políticas de salud. 9. Diciembre de 2005.
7. [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.](#) Oficina regional de la organización mundial de la salud. La organización panamericana de la salud y el estado colombiano: 100 años de historia 1902-2002. Colombia; 2002.
8. [ECHEVERRI O.](#) Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2008; 24(3):210-6.
9. [RESTREPO JH.](#) ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serial on the Internet]. 2007 [citado 2013 Dec 08]; 25(1): 82-89.
10. [ÁLVAREZ CASTAÑO LS.](#) El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(2), 2005.

11. [AGUDELO F.](#) Para que la salud sea pública: Algunas de las lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y políticas de salud.* 4, Junio de 2003.
12. [MALAGÓN G, GALÁN R, PONTÓN G.](#) Garantía de calidad en salud. Bogotá: Editorial médica internacional; 2006.
13. [HERNÁNDEZ M.](#) Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Revista Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 18(4):991-1001, jul-ago, 2002.
14. [YEPES F, RAMÍREZ M, SÁNCHEZ H, RAMÍREZ ML, JARAMILLO I.](#) Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia Ley 100 de 1993. *Assalud en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de economía y Mayol ediciones S.A;* 2010.
15. [SCHNEIDER MC, CASTILLO-SALGADO C, BACALLAO J, LOYOLA E, MUJICA OJ, VIDAURRE M, ET AL.](#) Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 12(6), 2002.
16. [REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN.](#) Universidad bolivariana de Venezuela pfg: estudios jurídicos f/s secc 03 aldea: "Simón Jiménez" U.C: Ética; Ética módulo 3.1, Barinas, Junio de 2010.
17. [LA EQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.](#) *Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet].* 2007 [citado 2013 Dic 08]; 33(3).
18. [FRANCA TARRAGÓ O.](#) La igualdad fundamental ante la ley es una cuestión de derechos, una cuestión de democracia. (Monografía en internet). Uruguay: Universidad Católica del Uruguay (acceso: Agosto 3 de 2012).
19. [RAWLS J.](#) *Liberalismo Político.* México: Fondo de cultura económica; 1995.
20. [CEPAL/OEA/EDICIONES SUR.](#) Educación, Eficiencia y Calidad. Santiago de Chile; 1997.
21. [RAMIRO BRAVO C.](#) El pensamiento económico de Jeremy Bentham. *Revista de ciencias humanas.* Edición 20. 2000.
22. [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.](#) Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington; 2002.
23. [RUEDA BARRERA E A.](#) Teoría crítica, riesgo y justicia en salud pública. *Revista gerencia y políticas de salud.* 2012 Enero-Junio.
24. [CONCEJO DE BOGOTÁ, COLOMBIA.](#) Proyecto de acuerdo No. 535 de 2008.
25. [PROGRAMA INTERFACULTADES DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.](#) Cuadernos del doctorado 2, Ética, salud y vida. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2005.

26. [VÉLEZ ARANGO A.](#) Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 2007.
27. [BLANCO RESTREPO JH, MAYA MEJÍA JM.](#) Fundamentos de salud pública, tomo 1; Salud pública. Medellín, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas; 2005.
28. [GUERRERO L, LEÓN A.](#) Aproximación al concepto de salud. Revisión Histórica. *Revista Fermentum*, 53, 2008.
29. [CASTELLANOS P L.](#) Sobre el concepto de salud enfermedad, Descripción y explicación de la situación de salud. Publicado en: Vol. epidemiológico OPS. 1990; 10(4).
30. [ROSEN G.](#) De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores, S.A. de C.V; 2005.
31. [HERNÁNDEZ AGUADO I.](#) Equidad en salud: un reto para Europa. *Rev. Esp. Salud Pública* [serial on the Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Dec 08]; 84(1): 1-2.
32. [FRANCO GIRALDO A, ÁLVAREZ DARDET C.](#) Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 25(6), 2009.
33. [SONIS A.](#) Equidad y Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 8 (5).
34. [BORRELL C, GARCÍA CALVENTE M, MARTÍ BOSCA J.](#) La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. [citado 2013 Dic. 08].
35. [AGUDELO C.](#) Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: Cobertura y Equidad. *Revista de Salud Pública*. 1(2), Julio 1999.
36. [SEN A.](#) ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública* [en línea]. 2002 [citado 2013 Dic 08]; 11(5-6): 302-309.
37. [YEPES DELGADO C E.](#) La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia* [en línea]. 2005 [citado 2013 Dic 08]; 18(2): 225-234.
38. [MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT ADELL C, ETIENNE C Y GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.](#) La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2/3):73-84.
39. [MUÑOZ F, LÓPEZ-ACUÑA D, HALVERSON P, GUERRA DE MACEDO C, HANNA W, LARRIEU M, UBILLA S, Y ZEBALLOS JL.](#) Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2000; 8(1/2): 126-134.

40. [ORTEGA CALVO M, CAYUELA DOMÍNGUEZ A](#). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. Rev. Esp. Salud Pública [serial on the Internet]. 2002 [citado 2013 Dic 08]; 76 (2): 115–120.
41. [GOFIN J Y GOFIN R](#). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2/3): 177– 185.
42. [DID NÚÑEZ J P](#). Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2000 [citado 2013 Dic 08]; 16(4): 384–389.
43. [LAM DÍAZ R M, OLIVA PÉREZ M, HERNÁNDEZ RAMÍREZ P, MILANÉS ROLDÁN M T](#). Medicina basada en la evidencia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [en línea]. 2002 [citado 2013 Dic 08]; 18(3).
44. [HAGGERTY JL, YAVICH N, BÁSCOLO EP, GRUPO DE CONSENSO SOBRE UN MARCO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN AMÉRICA LATINA](#). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(5):377–84.
45. [BÁSCOLO E](#). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2011.
46. [RIFKIN J](#). La era del acceso. La revolución de la nueva economía. Paidós, Ibérica, 2000.
47. [BALY GIL A, TOLEDO ME, RODRÍGUEZ JÚSTIZ F](#). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2001 [citado 2013 Dic 08]; 17(4): 395–398.
48. [SEN A](#). Desarrollo y libertad. Editorial planeta s.a; 2000.
49. [GÁLVEZ GONZÁLEZ AM](#). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2003 [citado 2013 Dic 08]; 29(4).
50. [RESTREPO ZEA JH](#). ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea] 2004, 3 (julio): [citado 8 de marzo de 2013].
51. [ORTÚN RUBIO V, MENEU DE GUILLERNA R](#). Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. Rev. Esp. Salud Pública [en línea]. 2006 [citado 2013 Dic 08]; 80(5): 491–504.
52. [VARGAS I, VÁSQUEZ ML, JANÉ E](#). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2002; 18(4):927–37.
53. [AARON HJ](#). La equidad en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Journal Health Economics. 1992 diciembre; 11 (4):467–71.

54. CÉSPEDES JE, JARAMILLO I, MARTÍNEZ R, OLAYA S, REYNALES J, URIBE C, ET AL. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. *Revista de Salud Pública*. 2 (2), Julio 2000.
55. BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2008 Oct [citado 2013 Dic 08]; 22(5): 465-473.
56. GONZALES J. Imparcialidad financiera y equidad otra lectura del informe de la organización mundial de la salud – año 2000. *Revista Gerencia y políticas de salud*. Noviembre de 2001.
57. FERNÁNDEZ RAMÍREZ C, HIDALGO PRADO P, LUQUE BORJA D. Ética Médica y Economía de la Salud. *Rev Cubana Salud Pública [en línea]*. 1998 [citado 2013 Dic 08]; 24(1): 5-10.
58. HERNÁNDEZ BELLO A, VEGA ROMERO R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1, Noviembre de 2001.
59. BOTERO LÓPEZ CA, RENDÓN TORRES LB, HERRERA GIRALDO AC. La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? *Revista Médica de Risaralda*. 18(2), Diciembre de 2012.
60. PUYOL A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta* 26(2):178-181.

