

**Laura del Pilar  
 Torres Arreola,<sup>1</sup>  
 Norma Patricia  
 Constantino Casas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Maestra en Ciencias,  
 Unidad  
 de Investigación  
 Epidemiológica  
 y en Servicios de Salud  
<sup>2</sup>Unidad  
 de Investigación  
 de Economía de la Salud

Adscritas al  
 Centro Médico  
 Nacional Siglo XXI,  
 Instituto Mexicano  
 del Seguro Social,  
 Distrito Federal

Comunicación con:  
 Laura del Pilar  
 Torres Arreola.  
 Tel.: 5627 6900,  
 extensión 3508.  
 Dirección electrónica:  
 laura.torres@imss.gob.mx

# Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales

## RESUMEN

Desde los años sesenta del siglo pasado, las reformas del sector salud se han dado a la par de los fenómenos sociales y económicos, enmarcadas en el concepto de desarrollo. Son prioridades en la agenda de la mayoría de los países, la equidad y la calidad en salud. El principal obstáculo por vencer, y que no es tarea fácil para los gobiernos y la sociedad en general, es la reducción drástica del gasto social, de los salarios y remuneraciones a consecuencia del desempleo. No obstante que el reto es grande, los profesionales de la salud deben conocer y comprender que —dentro de este marco de desarrollo y globalización de los países— lograr la equidad en salud es una de las metas fundamentales. Por lo anterior, el objetivo de este ensayo es analizar los conceptos actuales sobre equidad y calidad en salud, los indicadores que se han construido para su evaluación y cuál ha sido la utilidad de los mismos en el sistema de salud.

## SUMMARY

Reforms in the health care sector have been taking place at the same time as changes in social and economic climates from the 1960s and have been framed within the concept of development. The issues of equity and quality in health are priorities in the agendas of most countries. The main obstacle to overcome is the drastic reduction in social expenditure, wages, and remunerations because of unemployment; this is not an easy task for governments and society as a whole. Despite the great challenge, health professionals should know and understand that within this framework of development and globalization of countries, attainment of equity in health is one of the paramount goals. Therefore the objective of this essay was to analyze separate present-day concepts of equity and quality in health indicators produced for its evaluation, and their utility within the health system.

## Introducción

Más claramente visibles desde los años sesenta del siglo pasado, se han realizado reformas en el sector salud fuertemente ligadas a los cambios en los fenómenos sociales y económicos, enmarcadas en las últimas décadas en el concepto de desarrollo. Ha habido un movimiento en casi todos los países desarrollados, encabezados por Estados Unidos, para introducir a los sistemas de salud mayor competencia de mercado y menor acción del gobierno. En la actualidad son muy cuestionables los resultados en los sistemas de salud de Estados Unidos con *Medicare*

y *Medicaid*, o en el servicio nacional de salud británico o canadiense, en relación con la eficiencia y la equidad.<sup>1</sup>

La preocupación e interés por los aspectos de eficiencia y equidad en salud permanecen presentes como prioridades en la agenda de la mayoría de los países. Para los países europeos miembros, la Organización Mundial de la Salud estableció que para el 2020 la brecha en salud entre los grupos socioeconómicos deberá reducirse en por lo menos una cuarta parte, mejorando sustancialmente el nivel de salud de los grupos en desventaja.<sup>2</sup>

## Palabras clave

- ✓ equidad
- ✓ indicadores de calidad de la atención a la salud
- ✓ calidad de la atención a la salud

## Key words

- ✓ equity
- ✓ quality indicators, health care
- ✓ quality of health care

En América Latina la falta o deficiencia en el crecimiento económico de los países llevó a un desequilibrio en el financiamiento y generó una reducción drástica del gasto social, de los salarios y remuneraciones a consecuencia del desempleo, lo que aumentó el número y grado de familias pobres.<sup>3</sup>

Por lo anterior, una primera fase del modelo de desarrollo en México se dirigió a establecer programas para combatir la pobreza. En esta transición se importó un nuevo modelo: *el de la globalización*. Sin embargo, generó una depresión económica de áreas y sectores productivos que no tenían la capacidad para competir con el mercado internacional. A esto se sumaron las consecuencias de un sistema educativo deficiente, la incertidumbre frente al futuro del sistema de pensiones, la falta de equidad en los servicios de salud y la deficiente calidad de los mismos. De ahí que la premisa de la segunda fase del nuevo modelo de desarrollo en lo que a salud se refiere se centre en la equidad, eficiencia, efectividad, sustentabilidad, participación social y calidad de los sistemas y servicios de salud.

## **Consideraciones conceptuales sobre equidad**

La *equidad* se refiere al derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético. De acuerdo con este principio, existen varias teorías que han definido la equidad: la teoría del derecho, la igualitaria, la basada en necesidades y la utilitaria. Todas ellas se basan en el principio de justicia, en el derecho que los individuos tienen al acceso a los servicios de salud. Por otro lado, el concepto de equidad aduce también a que los recursos en salud se distribuyan entre los grupos de población de tal forma que se minimicen las diferencias en los estados de salud.

Las principales metas de la equidad de acceso a los servicios de salud incluyen:<sup>4</sup>

- Maximizar la elección del consumidor.
- Ofrecer los mismos servicios a todos, independientemente de su condición social y disponibilidad de pago.

- Asegurar estándares mínimos para todos.
- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Asegurar la calidad de la atención.

Donabedian describió la existencia de los problemas relacionados con la equidad en el área de disponibilidad de recursos, en productividad, accesibilidad, utilización de la tecnología y calidad de los servicios.<sup>5</sup> Elaboró un modelo general para la clasificación de inequidades en la distribución de atención a la salud, en donde consideró esos problemas.

Por otro lado, la equidad en los servicios de salud se puede analizar en dos dimensiones desde la perspectiva económica:<sup>6</sup>

La *equidad horizontal*, en donde las premisas son:

- *Igual gasto para igual necesidad*: por ejemplo, igual costo de enfermera por tasa de camas en todos los hospitales.
- *Igual utilización para igual necesidad*: igual número de días de ocupación por condición de salud.
- *Igual acceso para igual necesidad*: igual tiempo de espera para tratamiento para pacientes con similares condiciones.
- *Igual salud/disminución de inequidades en salud*: razón estandarizada de mortalidad entre la salud de las regiones.

La *equidad vertical* considera:

- *Diferente tratamiento para diferente necesidad*: por ejemplo, diferente tratamiento para aquellos pacientes con eventos triviales *versus* condiciones serias de enfermedad.
- *Financiamiento progresivo basado en la disponibilidad para pagar*: por ejemplo, gastos de bolsillo.

Estas dimensiones tienen que ser analizadas con cuidado y enmarcadas de acuerdo con cada sistema de salud. Lo que es indiscutible es que la equidad debe enfocarse en alcanzar las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos.

## Efectividad y calidad de los servicios

La *efectividad* puede definirse como una medida del impacto en los indicadores de salud como resultado de la eficiencia y la calidad de los servicios. Se ha definido como “el mejor resultado para un nivel dado de recursos o el mínimo costo para un máximo de beneficio con un nivel dado de recursos”, o el “nivel máximo de producción alcanzable a un determinado costo”.<sup>4,7</sup>

Un ejemplo de efectividad sería el impacto que una determinada droga tiene en una condición de salud, y su medición estaría dirigida a la producción de ganancia en salud.

Cuando hablamos de efectividad necesariamente debemos también considerar la eficiencia y la calidad de los servicios. Por lo anterior, es importante definir la *eficiencia* como “el logro de los objetivos al mínimo costo”.

El abordaje de la efectividad puede hacerse desde dos perspectivas: un nivel macro en el que se observe la interacción entre el sistema médico y el sistema social y político, en un esfuerzo conjunto para incrementar la salud de la población; y otro nivel micro, enfocado en el individuo, en la interacción de los proveedores con el usuario dentro de un sistema médico, en beneficio de la salud de los pacientes.

La efectividad como medida de resultado está determinada en gran medida por la *calidad de la atención médica*. Una definición de calidad de la atención médica sería: “tipo de cuidado que se espera maximice una medida de bienestar del paciente, después de haber tomado en cuenta las ganancias y pérdidas esperadas en el proceso de la atención médica.”<sup>8</sup>

Otra definición útil manejada por *American Medical Association* (AMA) considera la calidad de la atención médica como “el cuidado que consistentemente contribuye a incrementar o mantener la calidad y duración de la vida”.<sup>9</sup>

Donabedian agrega que “más que legitimar una formulación sobre lo que es calidad, ésta depende del sistema de atención y de la naturaleza y grado de responsabilidades”.<sup>10</sup>

La calidad de la atención debe abordarse desde las perspectivas del proveedor, usuario, organización de salud y gasto en salud.<sup>11</sup> Este abordaje lleva a diferentes definiciones de la

calidad. De ahí que desde la perspectiva del proveedor de servicios, la calidad se defina en términos de los atributos y resultados de la atención, lo que lleva a resaltar la excelencia técnica y las características de la interacción médico-paciente.<sup>10</sup>

La perspectiva del paciente toma en cuenta sus propias preferencias y valores y su opinión respecto a la atención médica; la calidad es dimensionada como la satisfacción del usuario con la atención, además de los resultados en salud (morbilidad, mortalidad y estado funcional). La perspectiva del sistema de salud hace énfasis en la salud general de la población, en el funcionamiento de la organización; la calidad está orientada a la habilidad de la organización para generar un programa de salud que permita conocer las necesidades de salud de la población y asegurar los servicios esenciales para todos. Finalmente, la perspectiva relacionada con el gasto en salud considera las políticas en salud en relación con la designación de apoyos financieros y modelos de atención médica provista por el Estado, iniciativa privada, Solidaridad, organizaciones no gubernamentales, o combinaciones de ellas. Su importancia radica en la capacidad de asignar recursos humanos, físicos y tecnológicos.

Frenk habla de la calidad de los servicios “como la mejoría que puede atribuirse a los servicios y no a los otros determinantes. Esa mejoría va de la mano con lo que el conocimiento científico que se traduce en tecnología hace alcanzable y que depende del momento histórico.”<sup>12</sup>

## Indicadores para medición de la equidad

Existen indicadores que nos permiten monitorear la equidad, algunos de ellos son:

1. Determinantes de salud, prevalencia y nivel de pobreza, los niveles educativos de la población, abastecimiento de agua potable y saneamiento adecuado.
2. Estado de salud medido a través de las tasas de mortalidad perinatal, mortalidad en menores de cuatro años, mortalidad materna, esperanza de vida al nacer, incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas.

**Laura del Pilar Torres Arreola et al.**  
**Equidad y calidad en salud**

3. Distribución de recursos de atención a la salud: recursos humanos calificados *per capita*, servicios de atención por niveles, gastos en personal y recursos materiales, físicos y otros.
4. Indicadores de utilización de recursos para la salud como cobertura de vacunación, de atención prenatal, porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado, y cobertura de mujeres en edad reproductiva con métodos de planificación familiar.
6. Productividad social y económica.
7. Ajuste de riesgos.
8. Carga de enfermedad, DALYS, QUALYS.
9. Análisis de costo-efectividad de intervenciones en salud.

Otro de los indicadores que se ha utilizado para la medición de la equidad es el llamado *índice de Gi*, el cual analiza el número de años perdidos innecesariamente por atención inadecuada o alguna otra condición referente a los servicios. Para su construcción se requiere obtener información de la enfermedad, fecha de mortalidad específica, días de estancia hospitalaria, número de visitas por médico para cada enfermedad.<sup>13</sup>

Gakidou, Murray y Frenk, proponen la medición de las desigualdades considerando lo siguiente:<sup>14</sup>

- La salud es un componente intrínseco del bienestar.
- Las desigualdades deben reflejar todo el espectro de resultados mortales y no mortales, por lo que se debe aplicar el concepto de años de vida sana.
- Las esperanzas individuales de salud son preferibles a los años individuales de vida sana.
- Las desigualdades en la distribución de la esperanza en salud se pueden resumir midiendo las diferencias individuales respecto a la media de la población.

### **Indicadores para medir la efectividad y la calidad**

Entre los indicadores que se han utilizado para medir la efectividad tenemos:

1. Medición del estado de salud de la población (*sickness impact profile*).
2. Discapacidad y muerte.
3. Calidad de vida.
4. Morbilidad y mortalidad.
5. Crecimiento y desarrollo.

En la medición de la calidad, el marco conceptual propuesto por Donabedian identifica tres dimensiones: la estructura, el proceso y los resultados.<sup>15,16</sup>

Cuando hablamos de calidad de la estructura nos estamos refiriendo a las características de los recursos en el sistema de salud. Para los proveedores, las variables incluyen las características profesionales como especialidad, certificación, edad, sexo, etcétera. Para las instituciones es importante el tamaño y tipo de institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores organizacionales como la tasa de paciente/médico, estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago.

El método más común para evaluar la calidad estructural es mediante la acreditación organizacional.

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. La evaluación del proceso se lleva a cabo mediante la consideración de intervenciones apropiadas, uso de guías clínicas o estándares de atención, perfil de la práctica, clasificación de consumo. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población. Es una medida de la efectividad del sistema de atención.

### **Utilidad de los indicadores**

Los indicadores nos permiten medir las dimensiones en las que se han desagregado las variables en estudio. La utilidad de estos indicadores es indudable para la evaluación de la producción de servicios, como la vacunación universal en donde existe una conexión entre el proceso (inmunización) y el resultado (prevención de la enfermedad), indicadores de calidad y efectividad del programa. El uso de vacuna antipolio (Sabin) ha llevado a un descenso importante en la incidencia de poliomiélitis. Su fácil administración, bajo costo y alta inmunogenicidad, con-

dujo a que en 1991 se considerara erradicada la poliomielitis del Continente Americano; situación certificada en 1994 por la Organización Panamericana de la Salud.

Existen todavía dificultades acerca de cómo definir y medir adecuadamente las desigualdades en salud y las diferencias en los grupos sociales. En países como Reino Unido, Suecia y Holanda, los estudios relacionados con las inequidades en salud se han enfocado a mecanismos que generen gradientes socioeconómicos en salud-enfermedad y mortalidad. De tal forma que las políticas van dirigidas hacia la prevención primaria. En contraposición, los países de ingreso medio y bajo dirigen sus acciones hacia una política que asegure una provisión de servicios más equitativa.<sup>17</sup>

De lo anterior se desprende que los esfuerzos de los sistemas de salud en América Latina en la búsqueda de la equidad se dirigen a aumentar la cobertura, mediante la implementación de una serie de programas y paquetes básicos de salud que puedan llegar a toda la población, principalmente a la que vive en extrema pobreza en las áreas urbanas y rurales. Sin embargo, todavía existen disparidades en la distribución de los recursos físicos, humanos y financieros que afectan e inciden sobre la calidad de la atención.

Por lo anterior, tendría que cuestionarse si a la par de aumentar la cobertura, se están generando acciones para incrementar la disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos necesarios que respondan a las necesidades particulares de cada población.

¿Cómo se están resolviendo los problemas de accesibilidad cultural, económica, geográfica y organizacional de los servicios de salud? Dentro de las causas de la disparidad entre la cobertura real y la teórica se encuentran:

- *Causas macroeconómicas:* pobreza, desempleo, subempleo, trabajo informal, distribución desigual del ingreso y déficit fiscales.
- *Causas políticas:* efectos negativos de la reforma del Estado, el Estado benefactor y la inestabilidad política.
- *Causas culturales, étnicas, analfabetismo.*
- *Sociales:* diferencias de los grupos poblacionales por sexo, edad y otras.

■ *Causas geográficas.*

■ *Propias del sistema:* tienen que ver con los modelos de atención a la salud y su correlación con el tipo de cobertura.<sup>18</sup>

En países como México, con un sistema de salud segmentado, se puede observar que existe una brecha importante entre la cobertura real y la teórica, debida a la deficiencia en la asignación de fondos públicos, a la fracción variable de la población cubierta por la seguridad social, a la segmentación del seguro social en múltiples formas de aseguramiento, que comprometen su eficiencia y al escaso desarrollo de los seguros privados.

## Conclusiones

El tema de equidad en salud está profundamente ligado a los aspectos que conforman una sociedad, lo cual condiciona matices particulares dependiendo del país y del momento histórico. En las políticas de salud de los países de ingresos altos existe una tendencia por parte de los economistas de la salud por enfocarse en la eficiencia, dejando de lado la equidad, justicia y solidaridad.

Es bastante riesgoso para países de ingresos medios y bajos, cuyas reformas sociales están en desarrollo, seguir tendencias de otros sistemas de salud como el estadounidense, donde se promueve que el mercado es más eficiente que el Estado. Repetir o ajustarse a modelos externos sin un análisis profundo de la realidad nacional puede no ser costo-eficiente y equitativo.

Una revisión responsable y relativamente rápida de la situación en México y sus posibles soluciones debe ser el punto de partida para una verdadera reforma de la equidad en salud. A raíz de los desalentadores datos de salud descritos en *Black Committee's Report* (1980), Gran Bretaña buscó estrategias de investigación para culminar en interesantes recomendaciones al Departamento de Salud; uno de los ejes fue la equidad en salud. En los sistemas de salud europeos la tendencia es identificar la importancia relativa de las inequidades y la naturaleza de las causas. Lo anterior se relaciona con el grupo afectado y el impacto en salud.<sup>19</sup>

**Laura del Pilar  
Torres Arreola et al.  
Equidad y calidad  
en salud**

Por otro lado, se recomienda que al analizar las causas se clarifique si se relacionan con la oferta o demanda de los servicios de salud. Establecer esta diferencia permite identificar factores y posibles estrategias de acción. En la oferta existen más opciones y áreas de responsabilidad sobre las cuales los tomadores de decisiones en políticas de salud pueden actuar. En la demanda intervienen características de los pacientes, incluso hereditarias, que modularán las actitudes y preferencias con relación a la salud; intervienen, además, políticas de salud, educativas, financieras, laborales, internacionales, comerciales, etcétera.

Se requiere realizar investigaciones multidisciplinarias sobre las causas de la inequidad en salud, pero también identificar aquellas intervenciones costo-efectivas que pueden contribuir a disminuirla o eliminarla.

Como se mencionó al inicio de este documento, no debe perderse de vista que la equidad en salud va aparejada de equidad social y económica, por lo tanto, el reto es grande para todos los sectores de un país.

## Referencias

1. Rice T. The economics of health reconsidered. Chicago, IL: Health Administration Press; 1998.
2. Gordon D, Shaw M, Dorling D, Davey SG. Inequalities in health. Bristol, UK: The Policy Press; 1999.
3. Infante A, De-la-Mata I, López AD. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Pan Am J Public Health* 2000;8(1-2):13-20.
4. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency, and equity. *AHSR: Health Serv Res* 1993;23-116.
5. Donabedian A. Volume, quality and the regionalization of health care services. *Med Care* 1984; 22(3):95-97.
6. Donaldson C, Gerald K. Economics of health care financing: the visible hand. London, UK: The Macmillan Press, LTD; 1993.
7. Arredondo A. Economía de la salud para América Latina: un marco de análisis y la acción en sistemas de salud. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Económicas/ Universidad de Montreal, Facultad de Medicina, Departamento de Administración de la Salud; 1999. p. 70.
8. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
9. American Medical Association, Council of Medical Service. Quality of care. *JAMA* 1986;256:1032-1034.
10. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-1748.
11. Blumenthal D. Quality of care: what is it? *N Engl J Med* 1996;335:891-894.
12. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica, colección La ciencia desde México núm. 133; 1993.
13. Chen MV. Two forms of an equity index for health resource allocation to minority groups. *Inquiry* 1976;13:228-232.
14. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ* 2000;78:42-54.
15. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
16. Petiti DB, Amster A. Measuring the quality of health care. En: Brownson RC, Petiti DB, editors. *Applied epidemiology. Theory to practice*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 299-322.
17. Leon DA, Walt G, Wilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2000;322:591-594.
18. Madies CV, Chiarveti S, Chorny M. Health insurance and health coverage: two critical issues within the context of health sector reform. *Pan Am J Public Health* 2000;8(1-2):33-42.
19. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care. United Kingdom: The Publications Office of Centre for Health Economics, University of York; 1998. 

