



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CICES

Centro de
Investigación en Cuidado
de Enfermería y Salud



Red de las Américas para la
Equidad en Salud

Iniciativa de Formación Continua

PRIMERA JORNADA SOBRE EQUIDAD EN SALUD: HISTORIA Y NOCIONES BÁSICAS

Diciembre 2022





Red de las Américas para la Equidad en Salud, Diciembre 2022

Participantes:

MD MPH María del Rocío Sáenz Madrigal
Dra. Arachu Castro
Dra. Ximena Avellaneda
Dra. Amy Ritterbusch
Dr. Carlos Cáceres
Dr. Luiz AC Galvão
Dr. Pedro Mas
Dr. Manuel Urbina
PHD Ingrid Gómez Duarte
MSc. Karol Rojas Araya
MSc. Verónica Gamboa Lizano
Licda. Wendy López Vargas
MSc. Luis Fernando Solís Calvo
Licda. Silvia Salazar Villegas
Bach. Wilmer Sancho Rojas

Sistematizado por:

MSc. Verónica Gamboa Lizano
Licda. Wendy López Vargas

Revisado por:

Dirección Ejecutiva de la Secretaría Técnica RAES

Agradecemos el apoyo financiero de la Fundación Robert Wood Johnson y la Fundación de Ayuda a Organizaciones Benéficas América (CAF América), para el desarrollo de las actividades científicas reportadas en este documento de sistematización.

Lista de Abreviaturas

RAES Red de las Américas para Equidad en Salud
CD Consejo Directivo
ST Secretaría Técnica
DSS Determinantes Sociales de la Salud

Lista de Figuras

Figura No.1. Modelo de gestión del conocimiento de la Red de las Américas para la Equidad en Salud (página 2).

Lista de Imágenes

Imagen No.2. Equipo de la Secretaría Técnica de la Red de las Américas para la Equidad en Salud (página 4).

Imagen No.3. Consejo Directivo de la Red de las Américas para la Equidad en Salud (página 4).



RAES | HENA
Red de las Américas para la Equidad en Salud Health Equity Network of the Americas

Contenido



1

¿Por qué es relevante la Formación Continua para la RAES?

p. 1

2

¿Cómo lo hicimos?

p. 3

3

Principales aportes teóricos y discusiones entorno a la Equidad en Salud

p. 5

4

¿Cuáles son las principales reflexiones de la RAES sobre la Equidad en Salud?

p. 14

5

Referencias bibliográficas

p. 19

6

Anexos

p. 20

¿Por qué es relevante la Formación Continua para la RAES?

Con base en la experiencia del desarrollo científico generado a partir de los aportes e intervenciones con actores regionales e investigadores de la región, la RAES ha propuesto un modelo de gestión del conocimiento (ver figura N°1) el cual parte de tres componentes fundamentales. A nivel interno, se lleva a cabo un proceso permanente de formación continua en dos niveles: con el equipo de la ST de RAES y con las personas miembros del CD de RAES. En ambos niveles, se desarrollan espacios participativos que buscan generar una serie de reflexiones, posicionamientos y contribuir a la producción científica en torno a la equidad en salud y temas relacionados.

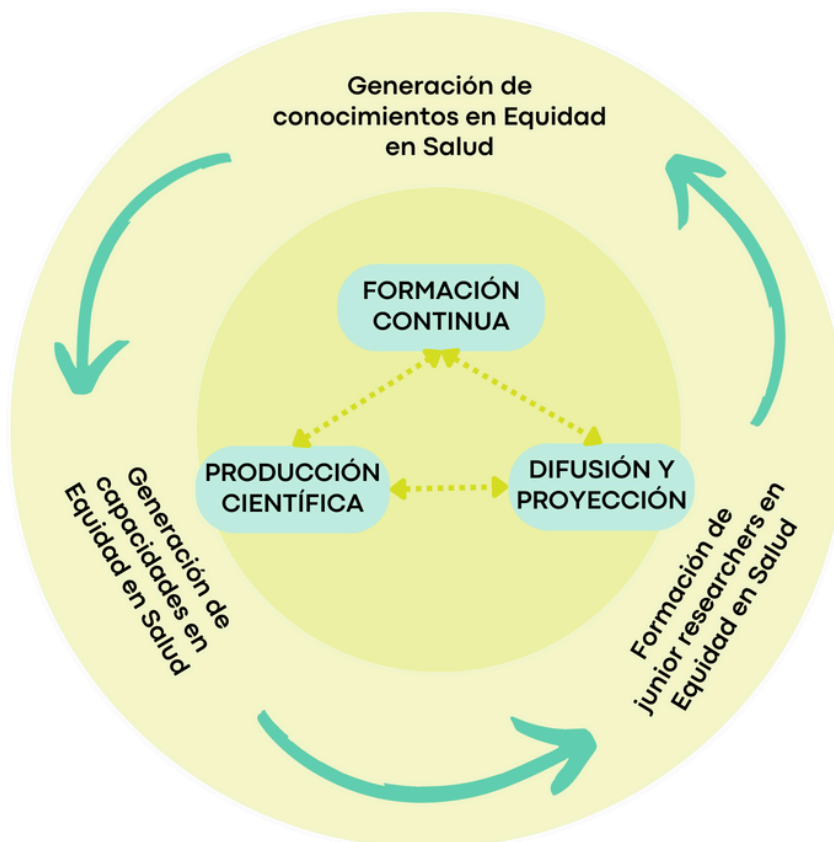
El segundo componente es la producción científica, la cual implica procesos de discusión, investigación y generación de conocimiento en el marco de los objetivos estratégicos de la RAES, así como del proceso de formación continua. Por último, los componentes producción científica y formación continua se articulan con un componente de difusión y proyección que pretende dar a conocer y comunicar dichos productos a través de los diferentes canales y redes sociales, lo cual permita a personas estudiantes, docentes, investigadoras, tomadoras de decisión, representantes de sociedad civil y otros acercarse al tema de Equidad en Salud desde una perspectiva de la región de las Américas.

La interacción permanente de los tres componentes centrales del Modelo de Gestión de Conocimiento de la RAES, pretende impactar de forma positiva en la generación de conocimientos y capacidades en Equidad en Salud así como la formación de junior researchers de la región de las Américas en materia de equidad sanitaria.

A partir del Modelo de Gestión del Conocimiento de la RAES, específicamente en su componente de Formación Continua, entendida esta como “proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente cuyo objetivo es actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales ante el avance del conocimiento dada la evolución científica y tecnológica, las demandas y necesidades de la sociedad” (Marqués. 2011, p.2), se han planificado una serie de jornadas con temáticas relevantes para adentrarse en una definición más amplia de la Equidad en Salud, que oriente el accionar y la producción científica de la Red, y que a su vez permita posicionarla como un referente para la región latinoamericana.

La construcción del conocimiento se realiza a partir de la revisión bibliográfica de textos científicos cuyo contenido contemple la Equidad en Salud desde diferentes enfoques, así como ejemplos de su aplicación y operativización en diferentes países de la Región. A partir de ello, se realiza una discusión en el seno de las sesiones de trabajo de la Secretaría Técnica y del Consejo Directivo de la RAES, que es sistematizada y presentada para obtener retroalimentación final de los miembros de la Red.

Figura No. 1: Modelo de gestión del conocimiento de la Red de las Américas para la Equidad en Salud



Fuente: elaboración propia

El Modelo de Gestión del Conocimiento planteado, busca ser una primera aproximación que dirija el trabajo de la RAES y genere sinergias entre los procesos que se llevan a cabo en el marco de los tres componentes centrales anteriormente descritos. Sin embargo, cabe destacar que dicho proceso es concebido y entendido como dinámico, el cual se espera pueda ser consolidado, fortalecido y ajustado según realimentaciones generadas en el seno de la Secretaría Técnica y del Consejo Directivo de la RAES, así como de personas externas que se sumen al proceso en sus diferentes etapas y según otras miradas y perspectivas.

Finalmente, las interacciones y productos llevado a cabo a nivel interno de la RAES se podrán concatenar en un segundo momento con la generación de procesos de proyección externa que permitan a otras personas de la región de las Américas participar de espacios de Formación Continua, al tiempo que potenciará los componentes centrales del Modelo de Gestión del Conocimiento así como sus impactos, por medio de una articulación regional robusta de diversas redes y actores clave, constituyendo un proceso sinérgico, dinámico y participativo de generación de conocimiento y capacidades en Equidad en Salud.

2

¿Cómo lo hicimos?

Para la Primera Jornada de Formación Continua de la RAES, se realizó una búsqueda no sistemática de publicaciones científicas que abordaran conceptualmente el tema de Equidad en Salud, con la intención de recuperar aquellos textos que sistematizaran o presentaran una síntesis de las nociones básicas vinculadas al concepto, las principales discusiones en torno al tema, las posibles tensiones teóricas y/o filosóficas, así como posicionamientos según diversos autores a lo largo del tiempo. Además, se priorizaron artículos en español, debido al interés particular en recuperar producciones de la región de las Américas. Como resultado de la búsqueda, se pre-seleccionaron nueve artículos científicos, los cuales se leyeron en detalle tomando en consideración los aspectos mencionados, así como la saturación de la información; por ejemplo, priorizando aquellos que presentaban en mayor detalle y profundidad las posturas de diversos autores, o bien, si realizaban reflexiones de carácter comparativo entre dichas posturas.

De este proceso de revisión, se seleccionaron 4 artículos. De la selección realizada se elaboró una síntesis que posteriormente fue socializada con los miembros de la Secretaría Técnica de la RAES en dos de sus sesiones semanales (Ver anexos 1 y 2) y con el Consejo Directivo en una sesión extraordinaria. Los textos seleccionados fueron los siguientes:

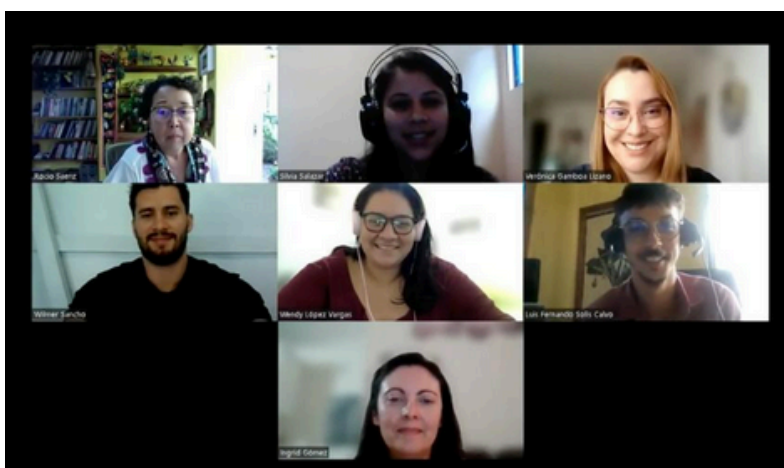
- Sen (2002) ¿Por qué la equidad en salud?
- Linares-Pérez y López-Arellano (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva.
- Tarupi (2019) Equidad en salud: concepciones e implicaciones
- Hernández (2008) El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud

Es preciso mencionar que esta Primera Jornada de Formación Continua se desarrolló en dos fases, la primera se llevó a cabo con la ST en el mes de agosto, tal como se dijo anteriormente durante dos de sus sesiones semanales, y como parte de la metodología, para el proceso reflexivo sobre los contenidos de los artículos presentados, se plantearon 3 preguntas generadoras:

1. ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud que hemos venido usando desde la ST RAES?
2. ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud queremos usar desde la ST RAES?
3. ¿Hay una brecha entre el concepto que estamos usando de referencia y lo que queremos proyectar con RAES? Si la respuesta es sí, ¿Cómo subsanar esa brecha? ¿Cuáles ajustes debemos hacer?
4. ¿Cómo hacemos práctico ese concepto de Equidad en Salud? ¿Qué implicaciones tiene para el desarrollo de los objetivos estratégicos?

A partir de estas preguntas se solicitó a las personas participantes de la primera sesión de la ST leer los textos considerando las preguntas planteadas, siendo ello punto de partida para la discusión en la siguiente sesión, misma que fue desarrollada el 25 de agosto de 2022.

Imagen No.2: Sesión del equipo de la Secretaría Técnica de la Red de las Américas para la Equidad en Salud.



Fuente: Repositorio de imágenes de la Secretaría Técnica, RAES.

El viernes 28 de setiembre se desarrolló la segunda fase de la Primera Jornada de Formación Continua de la RAES, pero en esta ocasión con los miembros del CD. El proceso para la ejecución de esta actividad inició con la sistematización de los aportes de la ST sobre el tema de Equidad en Salud, correspondiente a la primera fase, posteriormente se procedió a realizar ajustes en la propuesta metodológica para la sesión de trabajo con el CD de la RAES y al igual que con la ST se realizó una presentación sobre los principales hallazgos en torno al tema de Equidad en Salud; no obstante en esta oportunidad se adicionaron otros modelos de producción social de la salud y algunos autores de la región reconocidos por sus aportes a la problematización sobre la Equidad en Salud.

La información socializada abrió el espacio de reflexión en torno al tema de Equidad en Salud, entorno a las preguntas de reflexión planteadas. Ahora bien, para recopilar la información que surgió de los espacios de reflexión tanto de la ST como del CD se utilizó una pizarra interactiva de Google -Google Jamboard- (Ver anexo 3), donde se anotaron los aportes y comentarios que surgieron a raíz de las preguntas generadoras; respuestas que se sistematizaron para la elaboración del presente informe.

Imagen No.3: Sesión con el Consejo Directivo de la Red de las Américas para la Equidad en Salud.



Fuente: Repositorio de imágenes de la Secretaría Técnica, RAES.

3

Principales aportes teóricos y discusiones entorno a la Equidad en Salud [1]

Uno de los artículos seleccionados fue el texto de Sen (2002) titulado: ¿Por qué la equidad en salud?, en este el autor plantea que la equidad en salud no debe analizarse de forma aislada, sino desde una perspectiva de imparcialidad y justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. Ya que la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria y tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios (p.302).

Sen agrega que la salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y que no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares. En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional (Sen, 2002.p.303).

Otro de los textos seleccionados corresponde al de Hernández (2008), titulado: El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud, del cual se obtienen las siguientes conclusiones:

1. En primer lugar, la equidad se relaciona con alguna manera de entender lo justo, y la justicia no parece ser un principio unívoco. Segundo, la manera de entender lo justo tiene implicaciones en la acción individual y colectiva, es decir, tiene consecuencias políticas (p.75).
2. La argumentación moral que sustentó la idea de la ampliación de los derechos humanos es la de reconocer que, para ejercer la libertad, es necesario contar con condiciones y medios (p.77).
3. Se debe reconocer que las sociedades latinoamericanas, en su mayoría, no han tenido la experiencia vital de la garantía universal de derechos sociales, económicos y culturales, en función de la condición de ciudadano, y esto se traduce en el predominio de la perspectiva contractualista liberal que conduce al sálvese quien pueda.
4. Se propone una posición pluralista (para el concepto equidad en salud), en el sentido de la construcción democrática, y no del liberalismo político. Tal posición pluralista debe partir de la conciencia de la historicidad de la justicia social y reconocer el malestar que genera la persistencia de las injusticias, innegables en los países desde cualquier posición valorativa. Desde allí, propiciar el debate público sobre lo que se entiende por salud y por equidad, en escenarios legítimos y con reglas acordadas. En tal debate, también se requiere reconocer las desigualdades de poder, a la hora de expresar, identificar, proponer y transformar las condiciones que generan las inequidades. Y contar con referentes de otros contextos, para aportar a la construcción de una justicia global, como ha pretendido ser el enfoque de los derechos humanos interdependientes. Desde la posición democrática es posible asumir el reto de cuestionar los predominios y las hegemonías para transformar, sin caer en el vértigo del salto al vacío (p.81).

[1] Nota explicativa: este apartado de reporte corresponde a una síntesis de los cuatro artículos utilizados para discusión y conceptualización de las nociones básicas sobre la "Equidad en Salud". Los mismos pueden ser consultados en el apartado de "Referencias Bibliográficas".

En tercer lugar, se consultó el artículo de Linares-Pérez y López-Arellano (2008) titulado: La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. De la noción de justicia sanitaria y los enfoques sobre la equidad en salud de este texto, en primer lugar se extraen cuatro concepciones modernas de lo que se entiende por justicia:

Las concepciones liberales: han proclamado que la salud pertenece al ámbito de la vida privada y que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres (p.248).

Las utilitaristas: han fundamentado sus criterios distributivos en el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales. Las contractualistas: enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos (p.248).

Las igualitarias: sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social justo o el resultado de modelos de sociedad, como el propuesto por el marxismo (p.248).

Por otra parte, estos autores mencionan el enfoque de Rawls sobre la equidad en salud, entendiendo que su premisa fundamental es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque son resultado de una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008).

Aunado a esto, dichos autores realizan una comparación de lo dicho por Rawls y lo contraponen con las premisas de Sen sobre el tema de lo justo y afirman que para Sen la salud interactúa como propósito y como herramienta con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. "De esta manera la salud es una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales" (p. 249).

La equidad en salud no trata sólo la distribución de la salud y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria. Por el contrario, debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social.

Linares-Pérez y López-Arellano (2008), brindan una serie de conceptos explicativos en torno a la equidad en salud, haciendo un recorrido histórico sobre los aportes de diferentes autores y concluyen que en la conceptualización de la equidad en salud es posible visualizar la integración de dos campos diferenciados pero estrechamente relacionados: el ámbito de la salud integrado por tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud) y el ámbito societal de la salud, conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que se expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares, en donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia-origen y edad-generación.

Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López-Arellano (2008), también mencionan que Whitehead define la equidad por medio de dos antónimos: desigualdad e inequidad. “El primer término (desigualdad), implica la presencia de diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población” (p.251), mientras que el segundo (inequidad) consiste en la existencia de variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas. Para la OMS la equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad (Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López-Arellano, 2008).

En concordancia con lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que generalmente se confunden los términos de igualdad-equidad y desigualdad- inequidad; para la OPS igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. Al igual que Whitehead, OPS define la equidad como valor, es decir como la lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias. “En otras palabras, equidad significa justicia, significa que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales guían la distribución de oportunidades de bienestar” (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008, p. 251).

En cuanto a la equidad en los servicios de salud Linares-Pérez y López-Arellano (2008), mencionan que Whitehead identifica cuatro tipos de equidad: a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad, b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan), c) igualdad en la calidad de la atención y d) igualdad en el resultado (p.252).

Así mismo, los autores presentan nociones de equidad desde la salud colectiva y mencionan que desde esta “el complejo desigualdad-inequidad se aborda a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social, sus procesos determinantes y mediadores y tiene expresiones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado”. Además, mencionan que desde la salud colectiva no sólo existen “desigualdades-inequidades en términos de resultados finales de salud; sino también en los determinantes de la enfermedad, en su distribución entre poblaciones y grupos sociales; y en las respuestas que brindan los sistemas de atención para combatir la enfermedad y promover la salud” (Linares-Pérez; López-Arellano, 2008, p.254). Finalmente, plantean que el “análisis de las disparidades en salud desde el prisma de la salud colectiva presupone reconocer que bajo ellas subyacen, profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y las relaciones de poder entre los diferentes grupos sociales”. En consecuencia, la equidad en la atención de salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; e igual calidad de atención para todos (p.254).

El cuarto texto consultado corresponde al de Tarupi (2019), titulado: Equidad en salud: concepciones e implicaciones. En este documento, el autor plantea que la concepción de una sociedad justa varía con las condiciones históricas, socioculturales, económicas y políticas. Lo que se entiende como justo está cruzado por los valores y, por lo tanto, es un asunto ético, moral y político, con serias repercusiones sobre la vida en sociedad. La contraposición se realiza con base a dos principios esenciales de la vida social humana que fundamentan las concepciones de justicia, la libertad y la igualdad. Asimismo, Tarupi (2019), plantea la equidad en salud desde dos aristas:

1. **Equidad en salud desde la libertad como principio individual:** según el autor, en este caso siempre existen tres perspectivas:

Contractualista: En primer lugar, está la concepción de justicia desde la perspectiva liberal y neoliberal, esta se sustenta en las propuestas contractualistas de John Locke del siglo XVII y posteriormente reinterpretadas por Robert Nozick en el año 1974, para quienes la vida, la libertad y la posesión de bienes y recursos materiales son los derechos naturales o “dones” asignados por Dios a la especie humana. La justicia, en este sentido, implica un contrato entre seres humanos libres e iguales que ceden su poder al Estado como garante de esos tres derechos. Se trata, en síntesis, de una visión de justicia de tipo individualista, ligada a la propiedad. Desde esta perspectiva, la salud pertenece al ámbito de la vida privada, por lo que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres. Las desigualdades en salud tienden a ser naturalizadas y sin la necesidad de ser transformadas o revertidas, sino únicamente mitigadas mediante actividades filantrópicas (p.48)

Utilitarista: este enfoque dio a la felicidad el estatuto de importancia única en la evaluación del bienestar y la ventaja, considerando de esta manera que el bienestar individual está representado por la utilidad individual (identificada típicamente como la felicidad). Así, la equidad no es más que el mayor grado de bienestar posible para el mayor número de individuos. Argumentar en contra de la felicidad como elemento fundamental en la vida humana no resulta práctico; sin embargo, el utilitarismo propone a la felicidad como único elemento evaluatorio sin importar otros aspectos como la fraternidad, la igualdad o la solidaridad y, por otro lado, tiende a ignorar los problemas de desigualdad en la distribución del bienestar y de la utilidad entre las personas. Para algunos críticos, esta postura puede conducir a extremar las desigualdades ya que las diferencias de los resultados de salud entre los grupos sociales importan solo secundariamente; lo importante son los resultados sanitarios finales y la gravedad de la enfermedad y no quién está enfermo y a través de qué caminos adquirió la enfermedad (p.49).

Liberal: desde la perspectiva del liberalismo social, la equidad se fundamenta en la posición liberal neokantiana de John Rawls, quien propone una teoría de la justicia distributiva como aquel acuerdo social que permite establecer cómo organizar instituciones justas y legítimas que, a su vez, permitan concebir una sociedad equitativa basada en la dignidad humana, y que procura gestar acuerdos para una distribución desigual que favorezca a los menos favorecidos. La justicia se basa en una combinación especial entre la dimensión negativa de la libertad y el principio de igualdad. Por un lado, el papel atribuido a las instituciones y, por otro, el énfasis que hace en la necesidad de condiciones y medios para que las personas tengan las mismas oportunidades de ejercer su libertad (p.49).

2. Equidad en salud desde la igualdad como principio colectivo:

En este caso Tarupi (2019), menciona que las posturas sobre equidad en salud que basan sus planteamientos en la igualdad como fundamento de justicia, sostienen que la generación de acuerdos entre seres humanos libres no es posible, pues la condición de lo humano en el marco de una sociedad capitalista y liberal es la relación asimétrica de poder que genera la dominación de un grupo humano sobre otro, ya sea por su condición socio- económica, de género o de etnia, y por la apropiación indebida de los medios de realización de la vida de las personas. Por tanto, las desigualdades sociales fruto de esa asimetría son necesariamente injustas. (p.50).

Desde estas posturas, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social, así como en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global. Por ello, la participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación (Tarupi, 2019, p.51).

Este autor- Tarupi (2019)- también menciona lo propuesto por Almeida, quien habla sobre un sujeto político capaz de transformar su realidad, con capacidades y prácticas emancipadoras orientadas a superar las múltiples enajenaciones que resultan de las relaciones de poder existentes, enfatizando en la autonomía y empoderamiento del sujeto y la garantía de derechos. Al mismo tiempo, contrasta las premisas de Almeida con lo planteado por Sen en su enfoque de capacidades, haciendo énfasis en que las garantías institucionales no siempre se traducen en libertad real, por lo que se debe considerar qué es lo que los sujetos son realmente capaces de hacer. Tanto Sen como Almeida reconocen la falta de visibilización del sujeto de investigación en la construcción de conocimiento, por eso Tarupi (2019) considera que su diálogo permitiría contar con una perspectiva de equidad en salud plural, construida desde, en y con las cotidianidades de los individuos.

Tarupi (2019) concluye que, desde esta perspectiva conjunta, la equidad en salud requerirá la valoración de las libertades reales de las cuales gozan los sujetos –capacidades–, enmarcadas en un contexto construido históricamente, unir ambos enfoques no solo ayudará a construir un marco interpretativo de las situaciones de inequidad en procesos salud enfermedad específicos, sino también, a diseñar políticas públicas incluyentes para expandir la autonomía de los sujetos afectados (p.51).

Finalmente, al revisar los cuatro documentos fue posible obtener insumos para realizar una tabla resumen donde se sintetizan las principales reflexiones de los autores mencionados en los artículos seleccionados; dicha síntesis se muestra a continuación:

Tabla 1: Propuestas teóricas sobre Equidad en Salud según diversos autores (parte a)

<p>Aristóteles</p>	<p>Propuso entender la justicia en dos niveles: la justicia conmutativa, aplicable a las relaciones entre iguales; y la justicia distributiva, cuando alguien con el poder para hacerlo (el gobernante) debe repartir algún bien entre otros. En este último caso, para Aristóteles la distribución más justa sería aquella que diera a cada quien "lo suyo", esto es, lo que le corresponde en función de su «lugar natural».</p>
---------------------------	--

Tabla 1: Propuestas teóricas sobre Equidad en Salud según diversos autores (parte b)

<p>John Locke</p>	<p>Planteamiento central de justicia como “libertad contractual” en el siglo XVII. Retomando viejas discusiones teológicas, Locke consideraba el libre albedrío como un don divino que fatalmente separa al hombre de la voluntad de Dios. El trabajo para subsistir y la libertad para elegir, serían condiciones innatas, producto de la creación. De allí que Locke propusiera la libertad, la propiedad (producto del trabajo y la transacción) y la integridad personal para trabajar como derechos humanos inalienables. Si se otorga poder al gobernante, a través del “contrato social”, sólo debe ser para garantizar tales derechos. Nada más. Cualquier otra intervención no sólo es injusta sino inmoral. En sentido estricto, estos derechos deberían ser garantizados con el monopolio de la fuerza y algún tipo de justicia conmutativa que hiciera valer los contratos, esto es, las transacciones entre “hombres libres e iguales”, o bien restituyera las apropiaciones injustas, por robo o agresión personal.</p>
<p>Jeremy Bentham</p>	<p>Desarrollada en Economía durante el siglo XX, ocupó un lugar preponderante como fundamento moral de la asignación de los recursos públicos. Para los utilitaristas, cualquier distribución debería demostrar, en sus consecuencias o resultados y frente a una cantidad limitada de recursos, la máxima satisfacción de deseos para el mayor número de individuos y al menor costo posible. De otra forma, la distribución sería injustificable. El criterio de “maximizar las potencialidades individuales”, hasta llegar a la “utilidad marginal”, por encima de la cual no habría mayor impacto (óptimo de Pareto), se convirtió en el foco de la gestión de los recursos públicos. En salud, el cálculo de costo-beneficio y la identificación de prioridades a partir de una valoración de las pérdidas, denominada “carga de la enfermedad” o “años de vida potencialmente perdidos” o “años de vida ajustados a la discapacidad”, se convirtió en la mejor expresión de esta posición.</p>
<p>Karl Marx</p>	<p>El centro de la crítica de Marx a la posición liberal estaba en el reconocimiento de la desigualdad entre los seres humanos. De hecho, la situación de los obreros ingleses en las fábricas de Manchester a mediados del siglo XIX no podría considerarse igual a la del dueño de la fábrica. Tampoco podía entenderse como el producto de la libre elección de los obreros. De manera que la idea de los contratos entre hombres libres e iguales no correspondía a la realidad. La clave de esa desigualdad estaba en la apropiación de los medios de producción. Mientras el propietario tenía la tierra, la máquina y el dinero para comprar la fuerza de trabajo de los trabajadores, estos sólo tenían su cuerpo y sus capacidades. La relación contractual no hacía más que alienar al trabajador y expropiarle su producción. De allí que la relación misma resultara productora de desigualdad. La propuesta del Manifiesto Comunista no es otra que la abolición de la propiedad privada, para hacer valer el trabajo de cada cual como aporte a la riqueza colectiva. El problema de la repartición de esa riqueza tendría que acudir a un principio de justicia distributiva, para lo cual Marx retomó a Louis Blanc, uno de los “socialistas utópicos” franceses, quien propuso la máxima “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”, como orientación para la justa distribución. En salud, la máxima socialista se realizó a través de la implantación de servicios de salud de puertas abiertas, regionalizado y por niveles, para atender a las personas según su necesidad. El componente del aporte según la capacidad se consideraba implícito, dada la condición de trabajador.</p>
<p>Michelle Foucault</p>	<p>Menciona que la lógica de los servicios de salud es la consecuencia de la victoria de las fuerzas que se articulan estratégicamente y se posicionan dentro de los dominios de la técnica, del saber y de las tecnologías y que construyen, escogen o se ven obligadas a apoyar una racionalidad particular, sobre otras que no expresan sus intereses. Es posible visualizar los principios que han regido la distribución de servicios y cuidados referentes a la salud de una población, más como el resultado de la imposición y generalización de concepciones específicas de justicia mediante el recurso de la fuerza de grupos y racionalidades dominantes, que como el resultado de consensos, fundamentados en la verdad universal de una concepción de la sociedad o de una perspectiva moral</p>

Tabla 1: Propuestas teóricas sobre Equidad en Salud según diversos autores (parte c)

<p>John Rawls</p>	<p>Presentó su Teoría de la justicia en 1971: asumió una posición liberal, pero desde un “constructivismo kantiano” (18) según el cual, los seres humanos somos sujetos morales racionales, capaces de concebir la sociedad como un sistema imparcial de cooperación. De allí que proponga una justicia procedimental, más que de igualdad en los resultados. La imparcialidad resultaría entonces de la aplicación de reglas que permitan, primero, contar con ciertas “libertades básicas” o “bienes primarios sociales” para todos y todas, como punto de partida. Y segundo, garantizar que cualquier forma de distribución desigual genere beneficios para los menos aventajados de la sociedad.</p>
<p>Margaret Whitehead</p>	<p>Define Equidad en salud: como “la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables”, cabe preguntarse quién y cómo define lo innecesario, lo injusto y lo evitable. Para esta autora, la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar. Identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud: 1) variaciones biológicas, naturales, 2) conductas que dañan la salud elegidas libremente, 3) ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta conductas promotoras de salud (en tanto otros grupos tengan también los medios para hacerlo) 4) conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido, 5) exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales dañinas 6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos y, 7) selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.</p>
<p>Amartya Sen</p>	<p>Discute con Rawls sobre el concepto de libertades básicas, lo hace para llamar la atención sobre el peligro de convertir tales “libertades” en un conjunto de bienes y servicios tangibles cuyo cálculo terminaría en la perspectiva utilitarista del consumo individual. Por esto, Sen prefiere hablar de “capacidades” humanas y de una justicia distributiva capaz de brindar igualdad de “oportunidades” para desarrollar esas capacidades. Incluso, Sen advierte sobre la necesidad de contar con la “perspectiva interna” o la “percepción” de los grupos humanos involucrados en las demandas por salud y por equidad en salud, lo que hace más complejo el problema de la distribución, pero también, más respetuoso y democrático. Elaboran una propuesta de justicia enfocándose en la libertad de ser, hacer y decidir de una persona, y no en la felicidad o en los bienes materiales. Sen busca, a partir de la teoría de las capacidades y funcionamientos, evaluar el bienestar y la libertad real para hacer las cosas que le resulta valioso hacer a una persona. Esta postura significa un cambio en la forma de pensar la sociedad, en la medida que implica demandas diferentes que debe emprender la sociedad para mejorar la calidad de vida de sus miembros. Sen reconoce que su planteamiento se asienta sobre la idea de que una vida buena es también una vida de libertad, énfasis que lo sitúa dentro de una tradición liberal. Sin embargo, mientras que es un rasgo característico de esta tradición el valorar la libertad negativa, en Sen predomina el valor a la libertad positiva. Esta característica vuelve colectivo al enfoque en el sentido de que la libertad positiva -la posibilidad de elegir la naturaleza de la vida que se tiene razón para atesorar- posibilita la articulación con las obligaciones correlativas para promover y proteger esa libertad en sociedad, vinculándose por tanto con la plausibilidad de los Derechos Humanos. Sen plantea que “la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales”. El conjunto de capacidades de una persona es el conjunto de vectores de funcionamiento que le son accesibles. Estas capacidades reflejan la libertad real que una persona tiene para llevar adelante la vida que tiene razones para valorar. Se identifica además una faceta del sujeto que es importante mencionarla, la faceta de agencia. Esta consiste en la libertad de perseguir como agente responsable cualquier meta o valor que la persona considere importante en su vida, dentro de los cuales el bienestar sería uno.</p>

Tabla 1: Propuestas teóricas sobre Equidad en Salud según diversos autores (parte d)

<p>Martha Nussbaum</p>	<p>Construyó un índice de capacidades humanas básicas que sirva de guía en el diseño y evaluación de políticas globales de desarrollo. Nussbaum, contrario a Sen, considera que si es posible recoger una autocomprensión histórica sobre las necesidades y funciones básicas que hombres y mujeres de cualquier lugar y tiempo consideramos fundamentales para llevar adelante una buena vida humana. En ese sentido, propone una lista de diez capacidades funcionales humanas básicas que las sociedades deberían alcanzar para sus ciudadanos. Este enfoque ha sido acogido por la "Human Development and Capability Association", como aquel que permite expandir las capacidades de las personas y su libertad para promover y lograr aquellos "seres" y "quehaceres" que consideran valiosos</p>
<p>Naomar Almeida-Filho</p>	<p>Contrapone la antropología crítica y la sociología de Bourdieu para construir, no sólo desde el análisis de inequidades sociales estructurales que configuran cuadros de dominación, sino desde el reconocimiento del sujeto, su capacidad de agencia y de las posibles relaciones de solidaridad, cooperación y comunicación; una propuesta plural y participativa de equidad en salud. Almeida comparte la postura de Bibeau y Turner al considerar la forma en que las personas construyen sus propios modelos de salud y enfermedad, "los grupos sociales humanos tienden a encontrar su apertura al futuro en la variedad de sus metáforas para lo que puede ser la buena vida y en el contexto de sus paradigmas", por lo que sugiere que las teorías deben estar integradas en las respuestas que las sociedades desarrollan para producir "la buena vida"</p> <p>Almeida, apoyado en el concepto de Perelman de equidad y en algunos de los argumentos de Heller sobre la justicia y, por otro lado, en la sociología de las prácticas de Bourdieu, sostiene que las diferencias de ocurrencia de enfermedades y eventos relativos a la salud son mediadas social y simbólicamente. Reflejan, de este modo, las interacciones entre diferencias biológicas y distinciones sociales por un lado e iniquidades sociales por otra, teniendo como expresión empírica las desigualdades en salud. Por este motivo, tratar teóricamente el problema de la equidad en salud toma como imperativo examinar las prácticas humanas, su determinación e intencionalidad en lo que se refiere específicamente a situaciones concretas de interacción entre los sujetos sociales</p>
<p>Jaime Breilh</p>	<p>En el debate conceptual sobre equidad, centra su análisis a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en las poblaciones. Plantea que son las relaciones de poder, las que producen los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de los grupos sociales; así como, la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Argumenta que el problema esencial es la inequidad y que esta copa todos los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde se consiguen los bienes para la vida, afecta la cotidianidad, las relaciones entre los grupos e incluso el ámbito de las culturas</p> <p>Breilh el debate conceptual sobre desigualdad-equidad-iniquidad, centra su análisis a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en las poblaciones. Plantea que son las relaciones de poder, las que producen los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de los grupos sociales; así como, la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Argumenta que el problema esencial es la inequidad y que esta copa todos los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde se consiguen los bienes para la vida, afecta la cotidianidad, las relaciones entre los grupos e incluso el ámbito de las culturas.</p>

Tabla 1: Propuestas teóricas sobre Equidad en Salud según diversos autores (parte e)

<p>Edmundo Granda</p>	<p>Este principio moral de justicia en cuanto equidad debe ser la base para la organización y producción de las acciones en salud, su distribución y evaluación (p.123).</p>
<p>Cristina Laurell</p>	<p>Propone a la equidad en salud desde una perspectiva clásica marxista de la producción y el mundo del trabajo, donde se resaltan las categorías proceso de producción y proceso de desgaste-reproducción. Una vasta producción, teórica y empírica, sobre el carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad (PSE), le permite proponer la simultaneidad y la relación entre el PSE colectivo y el individual. Según Laurell, el PSE está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, por medio del proceso de trabajo basado en un específico desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Empíricamente, a través del estudio sobre la industria siderúrgica en México esclarece la determinación compleja de las cargas laborales en su relación con el proceso de desgaste de la colectividad obrera.</p>

Fuente: elaboración propia con base en Hernández, M. (2008), El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. y Granda, E. (2009). La Salud y la Vida. Volumen 2. [Libro Digital]. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55795.pdf>

4

¿Cuáles son las principales reflexiones de la RAES sobre la Equidad en Salud?

4.1 ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud que hemos venido usando desde la RAES?

De acuerdo con la discusión sobre el concepto de equidad en salud que utiliza la RAES, al plantearse esta pregunta y en relación con los textos consultados, las respuestas muestran que, si bien a lo interno las definiciones sobre equidad en salud están permeadas por el planteamiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, desde la RAES se consideran ambos enfoques, el de Determinantes Sociales de la Salud y el de la Determinación Social que nació a nivel de América Latina. En este sentido, se considera que desde la RAES debe reconocerse a los autores latinoamericanos y trabajar desde estos acercamientos teóricos, reconociendo el valor que representa la inclusión de las posiciones de las diferentes escuelas y de los organismos internacionales en las futuras discusiones que se generen desde la red.

También se visualiza el entendimiento de las injusticias (causas de las causas), como evitables y sistemáticas, y su relación con la distribución del acceso a la salud, siendo los DSS visualizados como productores de inequidades y la salud como un producto de la interacción de esos determinantes con la justicia social.

Además, se enfoca la relevancia de la equidad en salud en los sistemas de salud y tiene una estrecha relación con el concepto de cómo se está entendiendo la "salud". Por otra parte, se plantea que tradicionalmente la equidad ha sido analizada desde una lógica más vertical, lo que se refleja en resultados en salud abordados desde una lógica predominantemente clínica (indicadores de enfermedad). También, se rescata como a nivel de los servicios de salud, prevalece la dotación y asignación de recursos como aspecto central, más allá la provisión de servicios según las necesidades de las personas, al tiempo que emerge una crítica sobre el por qué los servicios de salud no siempre llegan a todas las poblaciones, para lo cual resulta imprescindible abordar el enfoque de género y la interculturalidad en la búsqueda de mayor equidad.

Por otra parte, hay un mayor enfoque hacia conseguir el logro en salud, que en las posibilidades de logro y las facilidades sociales, según los planteamientos de Sen. Esto se evidencia en que ha habido una tendencia a ver la equidad como un resultado final, no necesariamente como un proceso, sin un análisis a mayor profundidad. Así, se vuelve necesario incidir en la política pública y en los determinantes de la salud, no solamente para tener una mayor comprensión de las desigualdades, sino para generar mayores impactos en los espacios donde las personas viven y se desarrollan.

4.2 ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud queremos posicionar desde la RAES?

Dentro de los conceptos vinculados a Equidad en Salud que fueron analizados, se resalta que la equidad debe verse incluso por encima de la ley puesto que a veces se cometen actos injustos legalmente. También se hace alusión a la máxima capacidad de ser/hacer/sentir, en relación con el desarrollo humano y se visualiza la equidad como un eje transversal en la normativa, legislación y políticas para cambios profundos.

Ello demanda conceptualizar la equidad desde una filosofía que lleve a la acción, entendiendo que estos procesos parten de una convicción que atraviesa lo personal y lo profesional, lo cual permite posicionar a las personas en el centro de la acción, como protagonistas, parte esencial de los procesos (participación).

También, es importante reconocer que el logro en salud es diferente a posibilidades y facilidades de logro, aspectos que van más allá de la prestación de servicios de salud. A partir de esto, surge la inquietud de cómo se resaltan los compromisos políticos y reformas sociales para la Equidad en Salud y Social, y se plantea que es un concepto de proceso y no de resultado, lo que se convierte en un elemento diferenciador de la postura que aspira a posicionar la RAES.

Se señaló además, respecto a los DSS, que son más cercanos a la comprensión del resultado en salud, pero no del proceso, por lo que la salud se ve como un evento final que se entiende desde un marco dicotómico salud-enfermedad. Se comprende también que existe una relación estrecha entre Equidad en Salud y Justicia Social, donde la equidad implica más que un concepto, el desarrollo y puesta en práctica de acciones que permiten operativizarlo.

En este sentido se requiere la comprensión de la salud desde la complejidad, más allá de su concepción vinculada a la corporalidad (cuerpo sano o libre de enfermedad), sino desde los potenciales impulsores de la equidad alrededor del concepto integral de salud, atravesado por la perspectiva de género, la interculturalidad, y otros aspectos que permitan el reconocimiento de las interseccionalidades en la salud de las personas, familias y comunidades, y su acceso a los servicios de salud. Esto se relaciona con el ambiente en el que se desarrollan las poblaciones y el acceso a diferentes servicios que no solo dependen del sector salud, lo que exhorta abordajes desde la intersectorialidad, interinstitucionalidad y articulación de actores sociales, trascendiendo el "utilitarismo" institucional y haciendo diferencia entre el logro en salud vs el logro en bienestar.

4.3 ¿Cómo desarrollar y proyectar desde la RAES un concepto de Equidad en Salud más integral y pertinente para la región de las Américas?

- Construir con las personas, a partir de sus nociones, conceptos, comprensiones, interpretaciones de la salud. Para ello, resulta imperativo cuestionarse, ¿Qué protagonismo estamos cediendo a los grupos y poblaciones con los que estamos trabajando?, ¿las estamos visualizando como personas pasivas o agentes de los procesos que generamos desde la RAES?, ¿estamos considerando las diferencias, diversidades e interseccionalidades de las personas a quienes buscamos aportar/beneficiar?
- Validar a lo interno ¿cuál es el concepto de equidad en salud que se está usando/aplicando? ¿cuál se debería aplicar? Se destaca la importancia de comprender la salud más allá del componente individual e incluir el ámbito familiar y/o comunitario. Desde lo local hacia lo global, se posiciona la relevancia de considerar el ambiente, el uso de los recursos, la huella de carbono, la vinculación de la salud y los sistemas ambientales (ecosistemas), entre otros, todo ellos en un diálogo y construcción entorno al concepto de "Una Salud" o "One Health".

- Incorporar los conceptos de Equidad en Salud en las instituciones, organizaciones y comunidades, haciendo énfasis en cómo pasar de lo teórico a lo práctico, ¿existen programas que se hayan diseñado desde una perspectiva de equidad?, ¿cuál debería ser la oferta para actualización y formación continua de las personas profesionales en salud en materia de equidad?
- Conocer el impacto de los planteamientos que se generan desde RAES, ¿tienen impacto en la acción? ¿qué se está logrando? ¿está moviendo la aguja o planteando más de lo mismo? ¿está proponiendo una acción desde el enfoque de género y la interculturalidad? ¿cómo podemos generar incidencia política que contribuya a mejorar las condiciones de las poblaciones? ¿Qué está fallando para que la equidad no sea una realidad? Esto nos lleva a ser más autocríticos con los procesos vinculados a los perfiles de proyecto para cada uno de los objetivos estratégicos de la RAES.
- CONOCER CUAL ESTÁ SIENDO LA EVALUACIÓN APLICADA A POLÍTICAS/PROGRAMAS, ¿SE ESTÁ APLICANDO UN LENTE DE EQUIDAD EN SALUD? MÁS ALLÁ DE QUE EXISTAN INDICADORES, ¿CÓMO SE ESTÁN APLICANDO?, ¿SON LOS INDICADORES QUE SE HAN UTILIZADO PARA MEDIR ÉXITO EN SALUD SON LOS PERTINENTES O SUFICIENTES PARA MOVER LA AGUJA EN TÉRMINOS DE EQUIDAD?
- A nivel metodológico surgen también algunas interrogantes: ¿es la estratificación por ingreso la mejor forma para intervenir las inequidades?, ¿deberían ser otras las metodologías?, ¿es el determinismo social el mejor mecanismo/aproximación para la búsqueda de la equidad?, ¿cómo podemos emplear la investigación y la evidencia resultante de los procesos investigativos en herramientas que permitan comprender la Equidad en Salud e incidir en la toma de decisiones? A partir de estas preguntas, surge la interrogante respecto a si las respuestas a las inequidades deben ser distintas en los diferentes países y comunidades de América Latina.

4.4 ¿Cómo hacemos práctico ese concepto de Equidad en Salud? ¿Qué implicaciones tiene para el desarrollo de los objetivos estratégicos?

Se destaca que está pendiente el análisis de políticas y programas hacia la acción, ¿cuáles son las capacidades institucionales para abordar la equidad?, ¿qué se requiere? ¿cuáles son los instrumentos o medios que permiten abordar la equidad desde la acción? Asimismo, surgen reflexiones sobre ¿cuáles son las capacidades, instrumentos, medios para abordar la equidad desde la acción? ¿Cuáles son los actores, las metodologías? Se consideran fundamentales tres aspectos para llevar la Equidad en Salud a la práctica:

- 1) la formación del recurso humano en salud
- 2) la investigación para comprender hacia donde incidir y tener evidencias e indicadores
- 3) las grandes áreas de intervención de acuerdo a los determinantes sociales

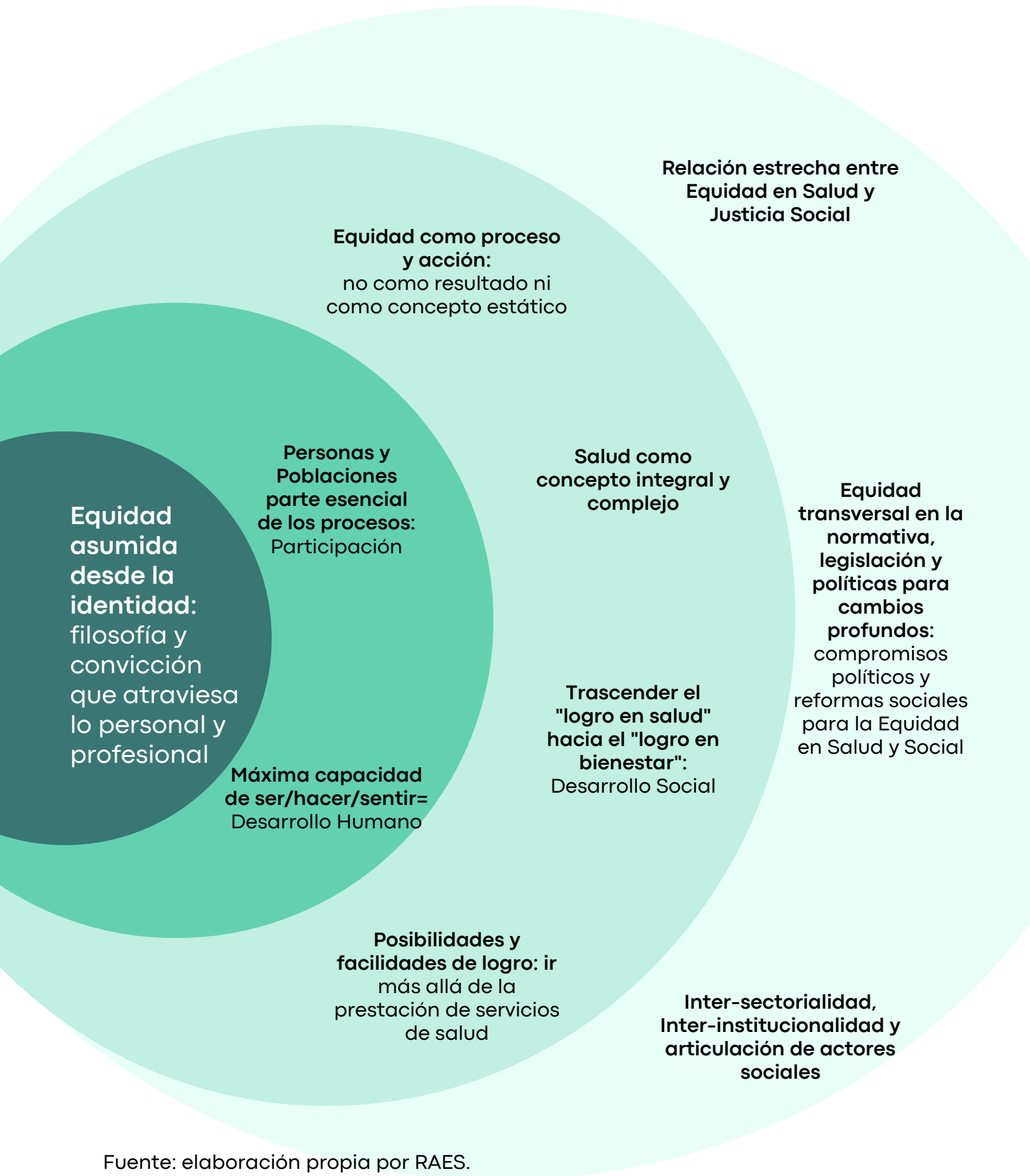
Se deben emplear herramientas para el análisis del acceso a la salud como la equidad de género y la interculturalidad; además, se deben realizar análisis de programas o políticas bajo el lente de la Equidad en Salud. Por otra parte, desde la RAES es importante comprender que el concepto o los principios de Equidad no son monolíticos, están en constante evolución.

Otro aspecto importante sobre la Equidad en Salud es reconocer las diversidades culturales, geográficas, entre otras. Por esta razón se deben orientar las recomendaciones y conclusiones de los Objetivos Estratégicos de la RAES hacia la acción, que posteriormente se traduzcan en aportes o contribuciones para mover la aguja en materia de Equidad en Salud, y no solamente reafirmar las inequidades existentes. Es decir la Equidad debe permear todo el planteamiento, desde el inicio hasta las conclusiones y recomendaciones, relacionado con esto es importante enfocarse en el QUÉ y el CÓMO, pero llevados a la implementación con sostenibilidad. Una parte crítica es ¿cómo incluir esto en una decisión/transformación/acción política con diseño e indicadores?

Ahora bien, en cuanto a los Objetivos Estratégicos de la RAES, surge la inquietud sobre cómo articular las recomendaciones y conclusiones con la incidencia política en la región de las Américas.

A modo de síntesis, sobre los aspectos discutidos a través de las cuatro preguntas anteriormente abordadas, se elaboró la imagen 4, mediante la cual se busca posicionar aquellos elementos medulares de la Equidad en Salud, en una lógica que va desde lo más inmediato al ser -en este caso, visualizando sobre todo la manera en que la equidad en salud debe estar interiorizada por parte de las personas investigadoras, formuladoras de políticas, planes, programas y proyectos, así como tomadores de decisión y otras figuras de liderazgo a nivel territorial-, hasta aquellos elementos más externos (o macro-estructurales) en los cuales también debe estar permeada la equidad en salud como principio orientador.

Imagen No.4: Comprensión de la Equidad en Salud desde la RAES



Fuente: elaboración propia por RAES.

5

Referencias Bibliográficas

Granda, E. (2009). La Salud y la Vida. Volumen 2. [Libro Digital]. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55795.pdf>

Hernández, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista de Salud Pública*. 10(1): p.72-82. [Archivo PDF]. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642008000600007&script=sci_abstract&tIng=es

Linares-Pérez, O y López-Arellano, N. (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Revista de Medicina Social*. 3(3): p.247-259. [Archivo PDF]. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/226/484>

Marqués Andrés, S. (2011). Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enfermería Global*, 10(21) Recuperado en 30 de agosto de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&Ing=es&tIng=es.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana Salud Pública*. 11(5/6): p.302-309. [Archivo PDF]. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>

Tarupi, W. (2019). Equidad en salud: concepciones e implicaciones. *Práctica Familiar Rural*. 4(3): p.47-53. [Archivo PDF]. https://www.researchgate.net/publication/337735503_Equidad_en_salud_concepciones_e_implicaciones

6 Anexos

Anexo 1. Presentación utilizada en la Jornada de Formación Continua



¿Por qué es relevante la Formación Continua para la RAES?

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA RED DE LAS AMÉRICAS PARA LA EQUIDAD EN SALUD



- Proceso de enseñanza-aprendizaje: activo y permanente.
- Objetivo: actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de las personas profesionales en salud.
- Permitirá:
 - Adentrarnos en una definición más amplia que caracterice el accionar y la producción científica la red.
 - Posicionarla como un referente para la región latinoamericana.

Metodología

- Búsqueda preliminar de nueve (9) artículos científicos, de los cuales se seleccionaron cuatro (4) relacionados con las nociones básicas del concepto "Equidad en Salud".
- Se elaboró una síntesis de dichos documentos y se preparó una presentación para el equipo de RAES Costa Rica, que se socializó en dos de sus sesiones semanales.

Sen (2002) ¿Por qué la equidad en salud?	Linares-Pérez y López-Arellano (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva
Tarupi (2019) Equidad en salud: concepciones e implicaciones	Hernández (2008) El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud



Tabla de Contenido

1. ¿Cuáles han sido los aportes de algunos autores en torno a la Equidad en Salud?

Evolución histórica y corrientes de pensamiento

2. ¿Cómo entienden la Equidad en Salud diversos autores?

Nociones elaboradas entorno a la Equidad en Salud a partir de su evolución histórica

3. Modelos teóricos explicativos relacionados a la Equidad en Salud

Modelos emergentes a la luz de la Salud Colectiva

4. Preguntas generadoras para la discusión

Aportes de algunos autores en torno a la Equidad en Salud

Autores y sus aportes en torno a la Equidad en Salud



Aristóteles

Distribución más justa= dar a cada quien "lo suyo".

1

Karl Marx

Justa distribución= exigir según capacidad, y dar según necesidades

3

John Rawls

Justicia procedimental= "libertades básicas" y "bienes primarios sociales".

5

2

John Locke

Justicia= "libertad contractual", cobra importancia la propiedad privada.

4

Jeremy Bentham

Máxima satisfacción de deseos al mayor número de personas y al menor costo posible (carga de la enfermedad).

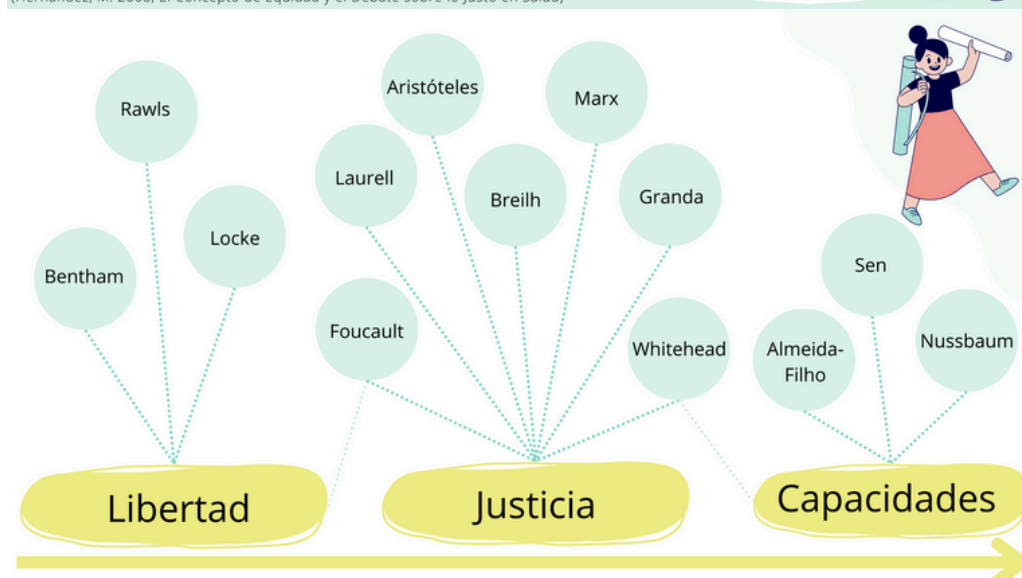
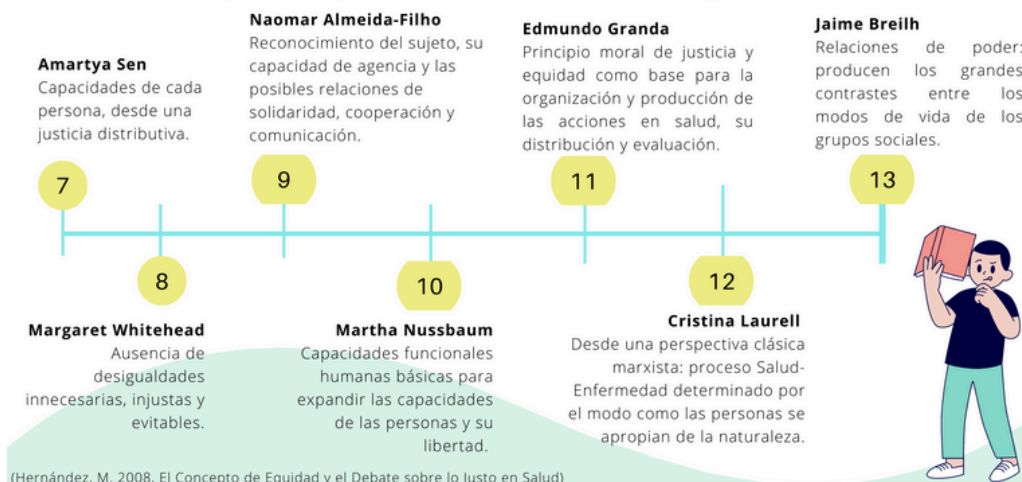
6

Michelle Foucault

Relación de la justicia con el ejercicio del poder.

(Hernández, M. 2008, El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud)

Autores y sus aportes en torno a la Equidad en Salud



Otras nociones de la Equidad en Salud

Según Hernández (2008)

- La manera de **entender lo justo**, con sus implicaciones **individuales y colectivas**. Tiene **consecuencias políticas**.
- Propone una **posición pluralista**, de construcción democrática a partir de la **historicidad de la justicia social** y del reconocimiento del malestar que genera la **persistencia de las injusticias**.



Según Tarupi (2019)

- Requiere la valoración de **las libertades reales de las cuales gozan los sujetos** –capacidades– en un **contexto construido históricamente**.
- Permite la construcción de un **marco interpretativo de las situaciones de inequidad** en procesos salud enfermedad específicos y el **diseño de políticas públicas incluyentes** para expandir la **autonomía de los sujetos**.
- Perspectiva de **equidad en salud plural**, construida desde, en y con las **cotidianidades de los individuos**.

Según Sen (2002)

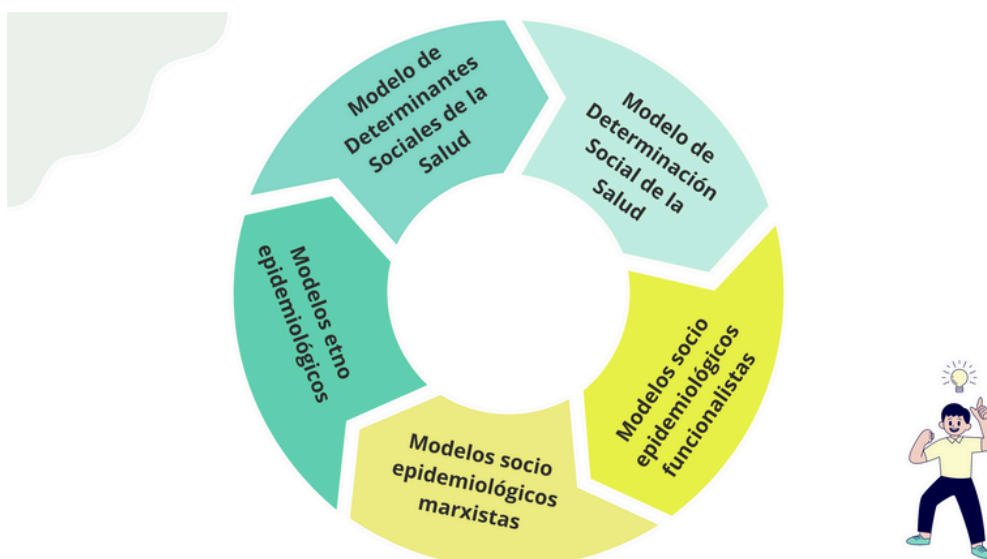
- **Capacidades y justicia distributiva**.
- La Equidad no puede preocuparse únicamente de la **desigualdad en la salud** o en la **atención sanitaria**, sino debe considerar cómo se relaciona la **salud** con otras características, como la **asignación de recursos y los acuerdos sociales**



Según Linares-Pérez, López-Arellano, (2008)

- **No trata sólo la distribución de la salud**, ni debe ser reducida a la **distribución de la asistencia sanitaria**.
- Debe ser entendida desde un **ámbito multidimensional para comprender la justicia social**.
- Desde la salud colectiva, **el complejo desigualdad-inequidad se aborda a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social**, sus procesos **determinantes y mediadores**.
- No sólo existen desigualdades-inequidades en **términos de resultados finales de salud**; sino también en los **determinantes de la enfermedad**.

Modelos explicativos relacionados a la Equidad en Salud



Preguntas orientadoras para la discusión

Preguntas generadoras...




- ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud que hemos venido usando desde RAES?
- ¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud queremos usar desde RAES?
- ¿Hay una brecha entre ambos? ¿Cómo subsanar esa brecha? ¿Cuáles ajustes debemos hacer?
- ¿Cómo hacemos práctico ese concepto de Equidad en Salud? ¿Qué implicaciones tiene para el desarrollo de los objetivos estratégicos?

Evaluar la equidad en salud centrándose únicamente en la desigualdad es exactamente lo mismo que abordar el problema del hambre en el mundo comiendo menos y obviando el hecho de que se puede usar cualquier recurso natural para alimentar mejor a los hambrientos (Sen, 2002).



Anexo 2. Google Jamboard Sesión de Formación Continua de la Secretaría Técnica

¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud que hemos venido usando desde la ST RAES?



Los resultados de salud se siguen abordando desde una lógica predominantemente clínica (indicadores de enfermedad)


- Muy permeados por el planteamiento de la CDSS
- Más enfocado en los sistemas de salud
- Estrecha relación con el concepto de cómo estamos entendiendo "salud"
- Equidad en una lógica más vertical
- Vinculación con los DSS: eje esencial desde el cual se trabaja en Salud Pública
- Distribución de servicios de salud= según necesidades de las personas
- Repartición servicios de salud adecuados a las necesidades de cada personas y basado en sistemas de salud.
- Los DSS como los que producen las inequidades
- Salud (outcome/resultado), Determinantes, equidad y justicia social
- Posición Rawls= injusticias (causas de las causas) y su relación con la distribución del acceso a la salud
- Logro en salud más que en las posibilidades de logro y las facilidades sociales (Sen)
- Prevalece la dotación y asignación de recursos como aspecto central de la equidad

¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud queremos usar desde la ST RAES?



- Equidad por encima de la ley= a veces se comenten actos injustos legalmente
- Equidad transversal en la normativa/ legislación /políticas para cambios profundos
- Logro en salud diferente a posibilidades y facilidades de logro (más allá de la prestación de servicios de salud)
- Filosofía/ Conceptualización que lleva a la acción
- Equidad= convicción, atraviesa lo personal/ profesional
- Equidad en y para la construcción de procesos en salud
- Máxima capacidad de ser/hacer= desarrollo humano
- Compromisos políticos y reformas sociales para la Equidad en Salud y Social
- DSS= más cercanos a la comprensión del resultado en salud, pero no del proceso, salud como evento final porque se entiende desde un marco dicotómico salud-enfermedad
- Equidad= concepto de proceso y no solo de resultado
- Trascender el "utilitarismo" institucional
- Personas: Poblaciones parte esencial de los procesos (participación)
- Relación estrecha entre Equidad en Salud, Justicia Social
- Salud más allá de la corporalidad (libre de enfermedad), equity drivers al rededor del concepto integral de salud
- Abordajes de salud desde la intersectorialidad, interinstitucionalidad, articulación de actores sociales...
- Equidad más que en un concepto
- Logro en salud VS logro en bienestar (desarrollo social)


¿Hay una brecha entre el concepto que estamos usando de referencia y lo que queremos proyectar con RAES? Si la respuesta es sí, ¿Cómo subsanar esa brecha? ¿Cuáles ajustes debemos hacer?



- Construir con las personas, a partir de sus nociones, conceptos, comprensiones, interpretaciones de la salud
- ¿Cómo estamos viendo a los grupos y poblaciones con los que estamos trabajando? ¿Personas pasivas o protagonistas?
- Conocer el impacto de los planteamientos, ¿tiene impacto en la acción? ¿qué estamos logrando?
- Metodológico: ¿es la estratificación por ingreso la mejor forma para intervenir las inequidades? ¿deberían ser otras metodologías?
- Respuestas a las inequidades deben ser distintas en AL
- Autocríticos perfiles de proyecto. ¿cuál es el concepto de equidad en salud que se está usando/aplicando? ¿cuál debería aplicar? ¿está moviendo la aguja o planteando más de lo mismo?
- Salud más allá del componente individual, familiar o comunitario (ambiente, uso de los recursos, huella de carbono...)
- One Health
- Vinculación de salud y sistemas ambientales (ecosistemas)
- ¿Es el determinismo social el mejor mecanismo/aproximación para la búsqueda de la equidad?

Anexo 3. Google Jamboard Sesión de Formación Continua del Consejo Directivo

¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud que hemos venido usando desde la RAES?




DSS y Determinación Social

Inequidad como diferencias injustas y evitables

Ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre grupos de personas

Tendencia a ver la equidad como un resultado final, no necesariamente como un proceso

¿Cuál es el concepto de Equidad en Salud queremos usar desde la RAES?



Equidad: incorporación de la perspectiva de equidad de género y la interculturalidad

Potencial aporte de RAES: reconocimiento de los aportes de autores latinoamericanos (revisión en profundidad)

Formación de RHS con claridad y solidez sobre la Equidad en Salud

Indicadores para la medición de la Equidad en Salud

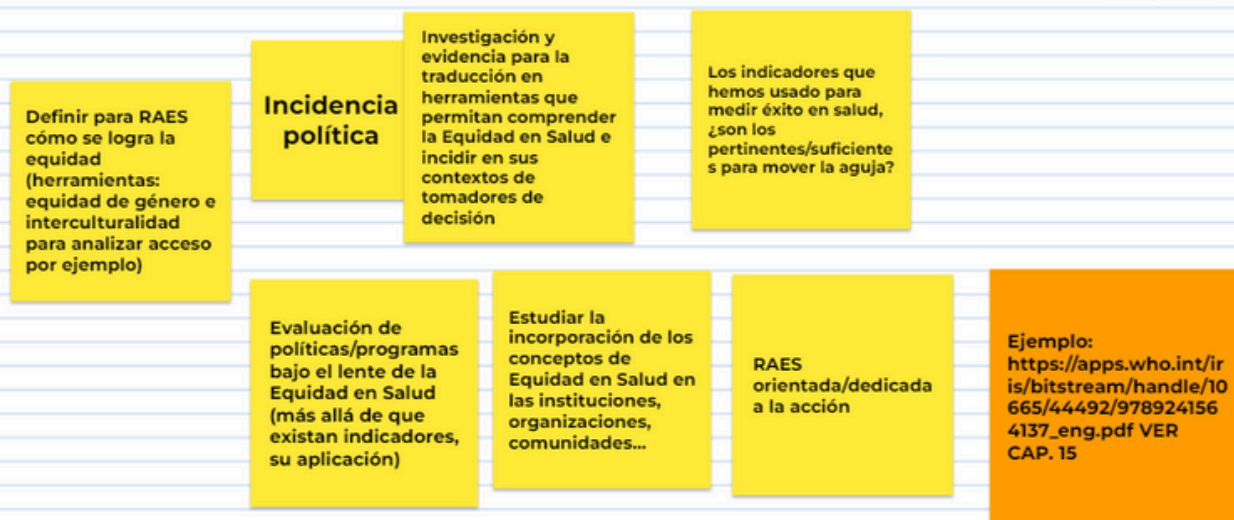
Mover políticas y programas hacia la acción: pendiente el análisis en este sentido, ¿cuáles son las capacidades institucionales para abordar la equidad?, ¿qué se requiere?

Reflexionar sobre ¿cuáles son las capacidades, instrumentos, medios que para abordar la equidad desde la acción?

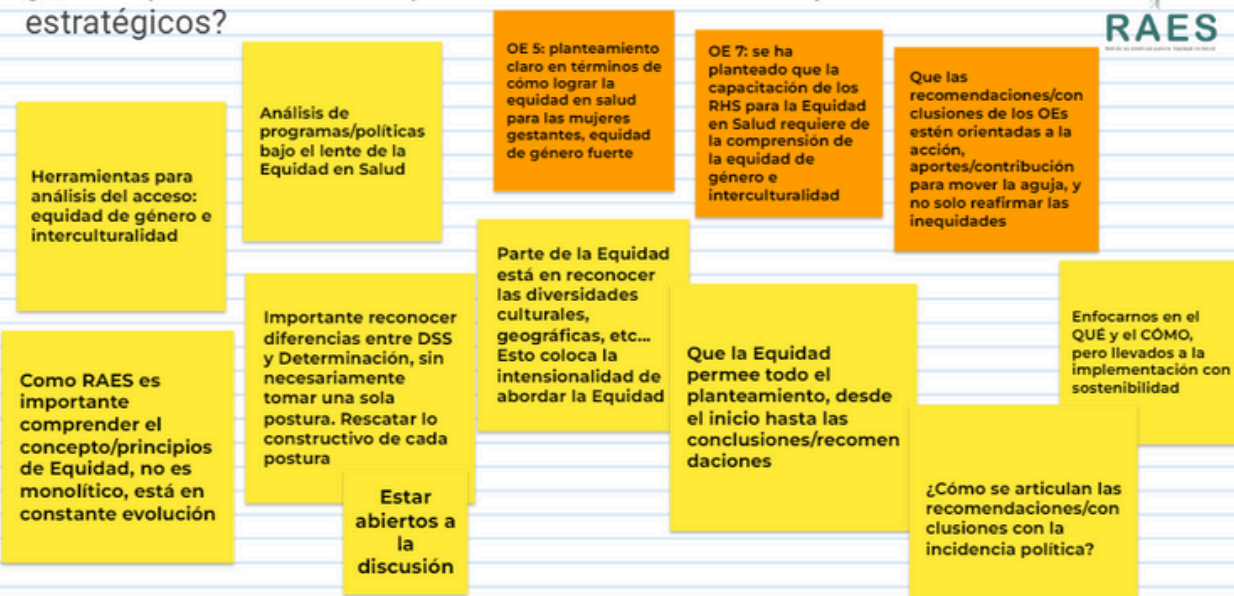
¿Cuáles son los actores, metodologías?

Condiciones en las cuales realizan sus acciones

¿Hay una brecha entre el concepto que estamos usando de referencia y lo que queremos proyectar con RAES? Si la respuesta es sí, ¿Cómo subsanar esa brecha? ¿Cuáles ajustes debemos hacer?



¿Cómo hacemos práctico ese concepto de Equidad en Salud?
¿Qué implicaciones tiene para el desarrollo de los objetivos estratégicos?





RAESHENA
Red de las Américas para la Equidad en Salud | Health Equity Network of the Americas



www.raesequidadsalud.org



red.equidadsalud@gmail.com

