Métrica de la equidad en salud**9**

Juan Garay, Departamento de Bioética, Universidad Autonoma de Chiapas David Chiriboga, Departamento de Medicina, Universidad de MassachusettsNefer Kelley, Equimov y Adam Garay, Equimov

<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.62>

Publicado en línea:25 De febrero de 2019

**Resumen**

Existe un objetivo común en materia de salud entre todas las naciones, tal como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1947:avanzar hacia el mejor nivel posible de salud para todas las personas.Este objetivo refleja el concepto de equidad en salud:una distribución equitativa de las desigualdades en materia de salud.Sin embargo, 70 años después, este objetivo global común nunca se ha medido.La mayor parte de la literatura disponible se centra en medir las desigualdades en salud, no las desigualdades, y comparar los indicadores de salud (principalmente el acceso a los servicios sanitarios) entre los distintos subgrupos de población.

Se proponeun método para determinar las normas relativas a los mejores niveles viables de salud mediante criterios de modelos saludables, reproducibles y sostenibles (HRS).Una vez identificados los países modelo de HRS, se aplicaron tasas de mortalidad ajustadas a las poblaciones específicas por edad y sexo entre 1950 y 2015, calculando la diferencia neta entre la mortalidad observada y la mortalidad esperada, utilizando como norma los países del sistema HRS.Esta diferencia de mortalidad representa la carga neta de la desigualdad en la salud (NBHiE), medida en muertes evitables.Esta carga se debe a la injusticia sanitaria mundial, es decir, a la desigualdad injusta, debido a la injusticia social.A continuación, calculamos la carga relativa de la desigualdad en materia de salud (RBHiE), que es la proporción de NBHiE en comparación con todas las muertes.El análisis identificó unos 17 millones de muertes evitables al año, lo que representa alrededor de un tercio de todas las muertes durante el período 2010-2015.Este número evitable de mortalidad (NBHiE) y la proporción (RBHiE)no han cambiado mucho desde la década de 1970.Los grupos de edad más jóvenes y las mujeres son los más afectados.Cuando los datos se analizaron utilizando unidades de muestreo más pequeñas (provincias, estados, condados o municipios) en algunos países, aumentó la sensibilidad y podría detectar niveles más elevados de inequidad en salud.

Lamayor parte de la carga de la inequidad en salud se produce en países con niveles de renta per cápita inferiores a la media de los países del RHE, que denominamos «umbral de dignidad». Sobre la base de este umbral, se estima una distribución de los recursos mundiales compatible con el derecho universal a la salud, la «curva de equidad».La curva de renta variable se situaría hipotéticamente entre este umbral de dignidad y un umbral superior simétrico en torno al PIB per cápita medio mundial.Este exceso de ingresos impide que la distribución equitativa esté correlacionada con una huella de carbono que dé lugar a un calentamiento global > 1.5.º (socavando así la salud de las generaciones venideras) y no se traduzca en una mejor salud o bienestar.Este umbral superior se define como el «umbral de exceso de acumulación».

La redistribución internacional necesaria para que todas las naciones puedan tener al menos una renta per cápita media por encima del umbral de dignidad sería de alrededor del 8 % del PIB mundial, muy por encima de los niveles actuales de cooperación internacional.A nivel subnacional,

Página 1 de 16

Impreso DE LA ENCYCLOPEDIA DE INVESTIGACIÓN OXFORD, SANIDAD PÚBLICA GLOBAL (oxfordre.com/publichealth).c) Universidad Oxford

Press USA, 2020.Todos los derechos reservados.Uso personal exclusivamente;el uso comercial está estrictamente prohibido (para más detalles, véase y).

[Política de *privacidad < httns://alobal.oun.com/nrivacv >*](https://global.oup.com/privacy) [Aviso jurídico](https://oxfordre.com/publichealth/page/legal-notice)

la carga de la desigualdad sanitaria puede ser el barómetro más sensible de la justicia socioeconómica entre los territorios y sus poblaciones, que informa y dirige los sistemas de equidad fiscal y territorial y permite a todas las personas dentro de las naciones y entre ellas disfrutar del derecho universal a la salud.

Los modelos tradicionales también pueden inspirar estilos de vida y marcos políticos y económicos de bienestar ético, sin socavar los derechos de los demás en las generaciones actuales y futuras.

Palabras clave:[equidad](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=equity), [sostenibilidad](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=sustainability), [justicia](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=justice), [métrica](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=metrics), [ética](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=ethics),salud [mundial](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=global%20health),cambio [climático](https://oxfordre.com/publichealth/search?btog=chap&f_0=keyword&q_0=climate%20change)

Concepto y compromiso de**equidad en salud**

La equidad es la distribución justa de la desigualdad.La equidad tiene significados diferentes entre culturas,

religiones e ideologías.Pero existe un objetivo mundial común en materia de salud para todas las naciones, ya que

1947:el artículo fundacional de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

destinada a lograr el mejor nivel posible de salud para todas las personas.Esto es común

el objetivo se reafirmó en la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los factores determinantes sociales, en la que se pedía

[1](#bookmark33)

que todos los países midan y actúen contra las desigualdades sanitarias.

Inequity Versus Inequality

Más allá de su propio concepto (inequidades, es decir, desigualdades injustas frente a desigualdades, es decir, diferencias), medir y actuar sobre las desigualdades frente a las desigualdades tiene implicaciones claras.El enfoque de la desigualdad tiene un carácter arbitrario, seleccionando indicadores y desagregando variables para medir las diferencias, lo que ya incorpora un sesgo en la universalidad del derecho a la salud.La medición de las desigualdades produce a menudo pruebas parciales, que pueden dar lugar a interpretaciones arbitrarias o sesgadas y al establecimiento de objetivos (por ejemplo, los antiguos Objetivos de Desarrollo del Milenio mundiales y los objetivos de desarrollo sostenible, que están sesgados hacia modelos de desarrollo no reproducibles).El enfoque basado en la desigualdad conduce a menudo a abordar y abordar las desigualdades extremas a través del concepto de «pobreza». Para aliviar los extremos de necesidad o carga, es necesario cierto nivel de redistribución.Esta visión basada en la desigualdad capacita al «donante» para determinar arbitrariamente el tipo y la magnitud de la «ayuda» necesaria para mitigar los niveles más bajos en la distribución desigual sin comprometer su posición dominante, esperando elogiar su «caritativo», que es de carácter voluntario y sin compromiso (Ottersen et al., [2014](#bookmark27)).Este enfoque refuerza y perpetúa las relaciones verticales entre donantes y receptores ricos y «inteligentes» con necesidades crónicas de apoyo y orientación (Garay, Harris, & Walsh, [2013](#bookmark23)).

En cambio, el enfoque de desigualdad reconoce el derecho universal general (no fragmentado e imparcial) a la salud (por ejemplo, a través de su expresión en la esperanza de vida) y establece los mejores niveles viables como un derecho para todas las personas.Este umbral ético permite detectar niveles inaceptables de mala salud y cuestiona que el sistema vaya más allá del extremo.

Página 2 de 16

Impreso DE LA ENCYCLOPEDIA DE INVESTIGACIÓN OXFORD, SANIDAD PÚBLICA GLOBAL (oxfordre.com/publichealth).c) Oxford University Press USA, 2020.Todos los derechos reservados.Uso personal exclusivamente;el uso comercial está estrictamente prohibido (para más detalles, véase y).

[Política de *privacidad < httns://alobal.oun.com/nrivacv >*](https://global.oup.com/privacy) [Aviso jurídico](https://oxfordre.com/publichealth/page/legal-notice)

Enfoque de desigualdad (pobreza), para lograr unas condiciones de vida dignas y sostenibles por encima del umbral dedignidadpara todos, permitiendo así los mejores niveles viables de salud para todas las personas.Garantizar la dignidad de todos requiere una mayor redistribución de la riqueza.Cuestiona unos niveles de riqueza privilegiados por encima de un umbral de acumulación excesivo.También dirige la distribución de la renta, la riqueza y otros medios hacia unacurva de equidad éticahacia una distribución normal, ya que la mayoría de las variables de la naturaleza se comportan.Este concepto empodera a todas las personas con derechos universales, viables por encima del umbral de dignidad.Cambia el concepto de donante al de «responsabilidad del privilegio» en una relación horizontal y de igualdad de derechos y un deber vinculantede redistribución.

El Neglecto

Ni la OMS ni ningún Gobierno han definido «el mejor nivel posible de salud», por lo que no se pueden medir los avances hacia este objetivo.En cambio, la salud se ha visto a través de la lente de la asistencia sanitaria (cobertura del tratamiento), o desde una perspectiva epidemiológica fragmentada como enfermedad, riesgo o determinados grupos de población, o a través de la comparación con los mejores resultados, independientemente de su viabilidad o reproducibilidad y de su impacto ambiental asociado.

Estos enfoques parciales para prevenir la mala salud compiten entre sí, y se han hecho algunas alegaciones de progreso en comparación con los niveles de referencia estáticos retrospectivos (Chiriboga et al., [2014](#bookmark21)).El Monitor de la Equidad en salud de la OMS y la mayoría de los sistemas nacionales de vigilancia de la equidad en salud existentes y los estudios o informes ad hoc tienden a medir las desigualdades sobre la base de indicadores de salud a menudo seleccionados subjetivamente o impulsados por grupos de presión (de enfermedades, servicios o subgrupos de población).[En](#bookmark34)este contexto, la palabra «equidad» se utiliza como principio y objetivo por parte de iniciativas multilaterales, nacionales y privadas, pero se traduce en la medición y actuación sobre desigualdades sanitarias a menudo aisladas o arbitrarias.

Motivos del Neglecto

Antes de proponer un método para identificar o, al menos, estimar los mejores niveles viables de salud identificados antes, merece la pena reflexionar sobre por qué nunca se ha intentado hacerlo.

La justificaciónpositiva puede ser que «lo mejor» siempre es deseable para todos, y que lo que puede no ser viable para todos hoy puede ser muy pronto.Este pensamiento positivo está detrás de la investigación de primera línea y de los intentos de la humanidad de avanzar en las fronteras del conocimiento.La humanidad aplaude la exploración de Marte, incluso si cientos de millones de personas carecen de acceso a nutrientes básicos o agua.Además de la aspiración de innovación para el bien común (llegando finalmente a todos), estas buenas intenciones también pueden ser un intento de escapar del grima presente al imaginar un futuro más prometedor.Esta mentalidad también está relacionada con el concepto económico de crecimiento continuo que, a través de un efecto de transición, permitiría a los menos privilegiados beneficiarse de los frutos del desarrollo.La desigualdad, sin embargo, es un concepto relacional, y el progreso sin redistribución hacia la dignidad universal no solo perpetúa los niveles de inequidad, sino que, en la mayoría de los casos, recompensa a quienes están mejor, habida cuenta de sus mayores posibilidades de beneficiarse de un progreso constante y un crecimiento económico.

La lógica negativa también ha influido en negar la igualdad de condiciones para todos.Esto es inherente a la mayoría de las sociedades organizadas en estructuras jerárquicas.También está integrado en la economía impulsada por la competencia en el denominado Oeste.Vale la pena la influencia de esta última

Página 3 de 16

Impreso DE LA ENCYCLOPEDIA DE INVESTIGACIÓN OXFORD, SANIDAD PÚBLICA GLOBAL (oxfordre.com/publichealth).c) Oxford University Press USA, 2020.Todos los derechos reservados.Uso personal exclusivamente;el uso comercial está estrictamente prohibido (para más detalles, véase y).

[Política de *privacidad < httns://alobal.oun.com/nrivacv >*](https://global.oup.com/privacy) [Aviso jurídico](https://oxfordre.com/publichealth/page/legal-notice)

algunas precisiones.La revolución industrial tenía por objeto liberar a las personas de sus deseos a través de la producción a escalada.En teoría, basó su individualismo (y su competencia) en los principios europeos de libertad postMedieval, como el libre pensamiento (Galileo), la libertad de creer (Luther), la increencia libre (existencialismo) y la libertad de jerarquía (la Revolución Francesa).A medida que evolucionaron los principios liberalizadores, se interminaron con unas escalas cada vez mayores de producción, mercado y consumo.Mientras que el primero ofrecía espacio para que la singularidad de cada persona desarrollara sus ideas y pensamientos, la segunda permitía aparentemente un espacio paralelo para recompensas individuales basadas en el esfuerzo y acceso colectivo a la seguridad y la comodidad (la libertad básica:libertad frente a los deseos).Sin embargo, el individualismo material generó gradualmente competición y recompensó el feudal, que sustituyó a los antiguos maestros feudales o religiosos.Dado que el éxito (nacional) individual o colectivo de la revolución industrial, es decir, los medios para cubrir las necesidades y el acceso a medios cambiantes de comodidad, se basó inicialmente en la escala de la producción, más tarde en la comercialización y, más recientemente, en la especulación financiera.Esta dinámica se basa en la lógica de que este éxito recompensa el «esfuerzo» en el juego de la competición.Los países que elogian esta dinámica han logrado el juego de la competencia mundial e influyen en la dinámica mundial en consecuencia.En este ámbito, la libertad se asocia principalmente a la propiedad, mientras que los derechos humanos se consideran «aspirativos» y están sujetos a ingresos a través de la competencia.Por este motivo, la definición de niveles viables de salud (o cualquier otro derecho) para todos se enfrentaría a la sociedad impulsada por la competencia, por lo que se ha rechazado o, en el mejor de los casos, ignorado.

**La carga de la desigualdad sanitaria** Identificación de los mejores niveles de Feasible

La siguiente metodología tiene por objeto determinar los mejores niveles viables de salud para permitir avanzar hacia el objetivo común de salud mundial, e intentar medir la brecha existente.La metodología también puede aplicarse a otras dimensiones de los derechos y el bienestar.

Para establecer loscriterios deviabilidad, deben determinarse las variables que influyen en la salud.Casi cualquier variable política, ecológica, social o de estilo de vida puede influir en la salud.Para racionalizar esta selección, los posibles factores que influyen en la salud se agruparon en cuatro ámbitos generales:(1) recursos naturales, (2) medios económicos, (3) conocimientos y su flujo a través de la participación social, y (4) marcos jurídicos.Estos dos últimos son de carácter ilimitado:el conocimiento y la imaginación desestabilizan todos los límites, y los marcos jurídicos tienen por objeto garantizar la igualdad de derechos para todos.

Sin embargo, los dosprimeros tienen una oferta limitada:los recursos naturales están limitados por los límites del planeta, y los medios económicos también están limitados por su tamaño global y su relación con la población.

Unavez identificados los principales factores limitadores que influyen en la salud humana, podrían estimarse los mejores niveles viables que podrían alcanzar las personas.Se denominaron «mejores indicadores de salud», reproducibles (económicamente viables para todos) y sostenibles (preservar las condiciones ecológicas para las generaciones venideras) — criterios de Rockstrom et al., [2009](#bookmark29).

En nuestro análisis inicial (Garay & Chiriboga, [2017](#bookmark24)), que incluía análisis para el período 1960­2010, las variables sustitutivas utilizadas incluían la esperanza de vida constantemente por encima de la media ponderada (H), el PIB per cápita (valor constante 2010) por debajo de la media ponderada del mundo y las emisiones de CO2 por debajo de la capacidad planetaria de reciclado, como media anual fija inferior a 2.5 toneladas métricas per cápita (en este caso para el período 2000-2010 de datos disponibles).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vtjx irtmil | 1.F mrn | IE | TfcjIiK  II | Ifejfeb.  Si | FIDPJfc  currículum vítae | GDPfL —  APP | GM f\ Alln  rii-ihi.il | APP | C02 |
| IMF MS | traje | V5J6 |  |  |  |  | 529 |  | 2.62 |
| Bordillo | 15 24 | W-iS |  | I > 4 |  | j Sj |
| W71 W71 | M I.H | 62.11 | AI | 11 \* 7 |  | 2.11 |
| TTTJ |  |  | \* \* \*• |  |  | 2 47 |
| IMF ws | fileteado | FI? 4S | 25.M | 2 5 \* |  | 2 41 |
| W6 millonesde u.m. |  | ERI \* |  | UIL | IMF |  | 2 U |
| iNimi | 6SIfc |  | ■ U13 | KXV | 4? 1\ | TM | 3.M |
| N \* \* vo |  | wji |  | 7217 | ¿SHL? | VPH | F.R |
| 3 IMS jsp | W = + 1 | B.1W | UFC | \* H > 2 | \* \* \* | WW5 | 1512 \* | au\* I’i7 | 2 01 |
| 2DtV5 2 t 'K1 | \* 739 | rayas |  | | 1791 | 119 \* 9 | 3M9 | I2UI | L91 |
| 2UII-2M5 |  | T5JS | GL2U M 44 | | t > 4 \* l | H |  | U \* Si | LSJ |

Gráfico 1.Criterios utilizados en la identificación internacional de modelos sanos, reproducibles y sostenibles (HRS).

Las variables proxyse ajustaron para tener en cuenta el sesgo de género en la esperanza de vida, la discusión del valor constante del PIB pc (CV) frente a la paridad del poder adquisitivo (PPP) y los nuevos conocimientos sobre la teoría de los billones de toneladas (Raworth, [2009](#bookmark28)).También se utilizaron fuentes de datos actualizadas (nuevo quinquenio 2010-2015 para todos y emisiones de carbono pc a partir [de](#bookmark6) 1960).(1) modelos saludables (H) cuando la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud (para los hombres y las mujeres) eran superiores a la media ponderada del mundo;(2) modelos reproducibles económicamente (R) cuando el PIB pc (tanto por valor constante como por paridad de poder adquisitivo) estaba por debajo de la media ponderada del mundo;Y (3) modelos ecológicamente sostenibles (S) cuando las emisiones per cápita de CO2estaban por debajo del límite planetario (Raworth, [2009](#bookmark28)).

Este últimose estimó en 1.7 toneladas métricas pc (frente a 2.5 mT pc en el modelo anterior).Este nivel evitaría alcanzar 1 billones de emisiones de carbono acumuladas desde la revolución industrial y golpear el calentamiento global de 2.°C en el siglo XXI (billones de toneladas de referencia).Esto se calculó dividiendo las emisiones de CO2restantes hasta los 1 billones de toneladas de emisiones de carbono acumuladas por la población que vivirá hasta 2100 (estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas).

Solo siete países (con una población total de 171 millones de habitantes) cumplieron constantemente los tres criterios de 1960 a 2015.Se trata de Costa Rica, Colombia, Paraguay, Armenia, Sri Lanka, Vietnam (excluida la caída de la esperanza de vida masculina relacionada con el genocidio en 1970-1975) y Tonga.En 2015, su esperanza de vida media era de casi 75 años, más de tres años por encima de la media mundial (dos años para los hombres y más de cuatro años para las mujeres);su PIB pc es inferior a la mitad de la media ponderada del mundo (9,924 $CV);Y sus emisiones de CO2pc son tres veces inferiores a la media mundial (4.3 toneladas métricas pc).

Dado que solo existen datos comparables sobre los criterios y el período de tiempo antes mencionados a partir de medias nacionales, este análisis no pudo ampliarse a niveles subnacionales.Sin embargo, se llevó a cabo un análisis exploratorio de los datos subnacionales de los países más poblados del mundo (China, India, Rusia y Brasil) utilizando datos subnacionales a nivel estatal o provincial sobre la esperanza de vida y el PIB pc, y estimando las emisiones de CO2, mediante la correlación entre el PIB pc y las emisiones de CO2pc a nivel nacional.Los resultados nos permitieron identificar cuatro provincias de China, una en la India, dos en Rusia y siete Estados en Brasil, con una población total de aproximadamente 400 millones de habitantes, que también podrían cumplir los criterios del HRS.El análisis actual de los indicadores medios nacionales es un primer intento de identificar modelos de HRS que puedan establecer los mejores niveles viables (y sostenibles) de salud.Como el tamaño de la muestra se amplía a niveles subnacionales, probablemente se identificarían modelos más saludables (mayor esperanza de vida), más eficientes (PIB más bajo) y más sostenibles (menos emisiones de carbono).

Estimación de la carga de la desigualdad sanitaria en relación con los modelos globales de HRS

Los datos de población y mortalidad se extrajeron de la División de Población de las Naciones Unidas (media quinquenal anual de 1950-2015 años, grupos de edad de cinco años de 0 a 100 años y desglose por sexo) para calcular las tasas medias anuales de mortalidad por edad y sexo.

Se tomaron como referencia las tasas de mortalidad ponderadas (por tamaño de la población) de los siete países de HRS.

Ajustando estas tasas de mortalidad por HRS de referencia a las de la población de cada país por desagregación por edad y sexo, podría estimarse el número previsto de muertes por edad, sexo y período.

La mortalidad observada en exceso de la mortalidad esperada calculada por las tasas de HRS es el exceso de moralidad que puede caracterizarse como muertes evitables debidas a la desigualdad sanitaria mundial;se trata de la carga neta de la desigualdad mundial en materia de salud (NBHiE).A continuación, el NBHiE se divide por el número total de muertes por edad y sexo, y esta proporción se denomina carga relativa de la desigualdad en materia de salud (RBHiE), un indicador comparable entre países, edades, grupos sexuales y períodos con diferentes tamaños de población.Como muestra el cuadro [1](#bookmark8), el número de muertes evitables aumentó en el período posterior a la guerra, alcanzando los 21 millones en el período 1960-1965;disminuyó a partir de entonces a 15 millones en la década de 1970;aumentó gradualmente hasta los 18.5 millones de personas a finales de siglo (principalmente a expensas de las mujeres);y disminuyó a 17 millones (debido principalmente a la disminución de la tasa de mortalidad entre los hombres) en los últimos 10 años.Estas cifras fueron significativamente más elevadas entre las mujeres, con cerca de 10 millones de muertes al año durante el último período registrado, frente a los 7 millones de muertes entre hombres.

**Tabla 1.Carga neta mundial de la desigualdad sanitaria (NBHiE) por sexo y período de tiempo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tiempo | TOTAL 0-100 | Mujeres | Hombres |
| 1950-1955 | 16,681,401 | 8,748,999 | 8,026,735 |
| 1955-1960 | 18,395,604 | 9,541,219 | 8,931,102 |
| 1960-1965 | 21,175,009 | 10,948,638 | 10,288,029 |
| 1965-1970 | 16,709,251 | 9,098,903 | 7,672,956 |
| 1970-1975 | 15,153,867 | 7,689,206 | 7,732,740 |
| 1975-1980 | 15,227,555 | 8,134,781 | 7,143,317 |
| 1980-1985 | 16,445,769 | 8,895,507 | 7,669,058 |
| 1985-1990 | 16,183,740 | 8,902,650 | 7,438,241 |
| 1990-1995 | 16,777,763 | 9,426,281 | 7,670,477 |
| 1995-2000 | 18,573,806 | 10,490,821 | 8,252,536 |
| 2000-2005 | 18,665,933 | 10,629,583 | 8,302,662 |
| 2005-2010 | 17,303,996 | 9,956,272 | 7,455,632 |
| 2010-2015 | 17,191,452 | 9,895,538 | 7,245,701 |

Porlo que se refiere al indicador más comparable de RBHiE, los cuadros [2](#bookmark9) y [2](#bookmark10) muestran cómo estos niveles también aumentaron después de la Segunda Guerra Mundial y han fluctuado entre el 33 % y el 35 % (con máximos a mediados de los años 1970, mediados de la década de 1980 y a lo largo de la década de 1990), disminuyendo en los últimos 10 años hasta alcanzar niveles cercanos al 30 %.Una vez más, estas cifras son aproximadamente un 50 % más altas en el caso de las mujeres (más recientemente, el 37 %) que en el de los hombres (más recientemente, el 24 %).

**Tabla 2.Carga relativa mundial de la desigualdad sanitaria (RBHiE) por sexo y período de tiempo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tiempo | TOTAL 0-100 | Mujeres | Hombres |
| 1950-1955 | 33,13 % | 36,00 % | 30,25 % |
| 1955-1960 | 36,66 % | 39,55 % | 33,77 % |
| 1960-1965 | 41,46 % | 44,59 % | 38,33 % |
| 1965-1970 | 35,60 % | 40,36 % | 30,83 % |
| 1970-1975 | 33,27 % | 34,72 % | 31,82 % |
| 1975-1980 | 33,58 % | 37,46 % | 29,71 % |
| 1980-1985 | 35,73 % | 40,36 % | 31,09 % |
| 1985-1990 | 34,13 % | 38,95 % | 29,31 % |
| 1990-1995 | 34,39 % | 39,93 % | 28,85 % |
| 1995-2000 | 36,61 % | 43,16 % | 30,07 % |
| 2000-2005 | 36,04 % | 42,48 % | 29,59 % |
| 2005-2010 | 32,60 % | 39,25 % | 25,96 % |
| 2010-2015 | 31,11 % | 37,88 % | 24,35 % |

La distribución mundial de la carga relativa de la desigualdad en materia de salud está representada en el siguiente vídeo para el período analizado, 1950-2015:equimo.org.[«Equity in the XXIst century» < https://](https://youtu.be/TdoPJrNYJdU) [youtu.be/TdoPJrNYJdU>](https://youtu.be/TdoPJrNYJdU).

Muestra cómo afectó la mayor carga de desigualdad sanitaria a todo el África subsahariana y Yemen, Pakistán, Afganistán y Papúa Nueva Guinea, con grandes variaciones en África meridional (debido al SIDA) y la antigua Unión Soviética en la década de 1990, y una disminución significativa en China desde la década de 1980.También muestra cómo algunas regiones eran nulas o tenían una carga relativa muy baja de inequidad en salud en comparación con las tasas globales de HRS.Además de los modelos HRS, son las economías prósperas de la región septentrional y del cono sur de América, la mayoría de la Unión Europea, Turquía, Japón, Australia y Nueva Zelanda, es decir, los países de renta alta de la OCDE (excluidas las economías petroleras de Oriente Medio).

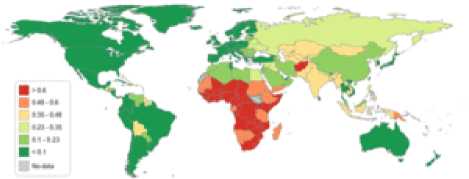


Gráfico 2.Cargarelativa de la desigualdad en materia de salud entre 2010 y 2015 años, todas las edades y sexos.

Como no se dispone de datos sobre las emisiones de carbono pc a nivel subregional (regiones NUTS 2) en la UE y a nivel subnacional (condado) en los Estados Unidos, solo se estimaron modelos saludables y reproducibles (HR).Los análisis preliminares sugieren niveles de RBHiE entre cuatro y seis veces superiores utilizando las referencias subnacionales o regionales que con referencias globales de HRS, tal como se muestra en el gráfico [3](#bookmark11).



Gráfico 3.Carga de la desigualdad sanitaria en la UE y los Estados Unidos por niveles de desagregación 2010-2015.

La NBHiE global cuando se calcula utilizando como referencia las mejores regiones HR de la Unión Europea (13 regiones NUTS2 de la UE) encontró más de 40 millones de muertes evitables al año en la UE.

Esta conclusión indica que cuanto mayor sea el nivel de desagregación (mayor tamaño de la muestra de las regiones y menor tamaño de las unidades regionales), mayor será la sensibilidad de RBHiE.Sin embargo, es importante señalar que las regiones HR UE no son modelos reproducibles a escala mundial, ya que su PIB pc es superior a la media ponderada del mundo y los niveles de emisiones de carbono no son sostenibles.

**Equidad económica y salud**

Distribución de ingresos compatible con el derecho (universal) a la salud

Unavez identificados los modelos de HRS, también podría estimarse el nivel medio de ingresos (d) necesario para permitir la mejor salud viable para todos.Por debajo de este nivel (el PIB pc de los modelos HRS), ningún país (excepto Vietnam y Sri Lanka, los países más eficientes en materia de RHE) entre 1960 y 2015 podría alcanzar dichos niveles de salud (viables y reproducibles) (por aproximación de la esperanza de vida en hombres y mujeres), con un gran tamaño de muestra (unos datos de 11,000), lo que generaría una potencia estadística significativa.El nivel medio de ingresos del sistema de salud pública se denominó umbral de dignidad, ya que permitiría (aunque obviamente no garantizaría, dado que intervienen muchos otros factores) el derecho a la salud (los mejores niveles de salud viables) y posiblemente muchos otros derechos universales.Cuando se tienen en cuenta el umbral de dignidad y el nivel medio del PIB pc, puede estimarse una distribución simétrica normal de los recursos con un umbral de acumulación excesiva en el extremo superior, como se observa en el gráfico [4](#bookmark14).A nivel mundial, el umbral de dignidad (HRS medio) para 2015 fue de 3,762 USD en CV, unos 10/day USD, más de cinco veces el nivel de pobreza propuesto por el Banco Mundial, y 9,285 USD en CPP.Dado que la media ponderada del PIB pc se situaba en torno a los 10,500 USD CV (15,239 USD en PPA), la distribución simétrica normal de los recursos supuso un umbral de acumulación excesivo de unos 17,000 USD (20,659 pc en PPA).Por otra parte, ningún país con PIB pc a ese nivel (comparado con unidades de valor constante) ha podido tener una economía ecológicamente sostenible (lo que ha socavado la salud de las generaciones futuras).Del mismo modo, por encima del nivel de acumulación excesivo, la esperanza de vida no aumenta.

Al desagregar a los niveles subregional y subnacional, puede fundamentarse, como en la UE, que los modelos más saludables, aunque no puedan reproducirse para todos (dado que su PIB pc es superior a la media mundial), puedan ser objeto de una distribución equitativa y normal (PPA inferior a 20,659 USD).Estos datos sugieren que un mundo en el que todas las personas viven por encima del umbral de dignidad y ninguna vive por encima del umbral de acumulación excesiva podría evitar más de 17 millones de muertes al año debido a la injusticia (injusticia) y permitir los mejores niveles de salud (y otros indicadores de bienestar) en la curva de equidad.El aumento de los ingresos (y la acumulación de riqueza) por encima del umbral de exceso mencionado privaría a las personas que se encuentran por debajo del umbral de dignidad de su derecho a la salud y socavaría también este derecho para las generaciones futuras, al tiempo que sería redundante para unos niveles más elevados de salud o bienestar para los privilegiados (Wilkinson & Pickett, [2009](#bookmark30)).

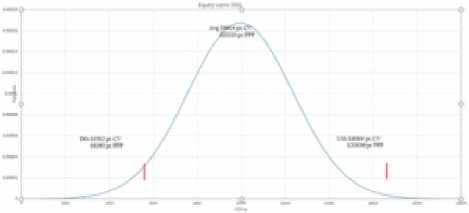


Gráfico 4.Curva de equidadeconómica compatible con el derecho universal a la salud 2010-2015.

Redistribución necesaria para la consecución de la equidad en salud mundial

Teniendo en cuenta la dignidad y los umbrales de acumulación excesiva descritos anteriormente, pueden identificarse los países con PIB medio pc en la zona deficitaria (por debajo del umbral de dignidad y, por tanto, privados del derecho universal a la salud), los que se encuentran en la zona de equidad (entre los umbrales de dignidad y de acumulación excesiva) y los más ricos en la zona excedentaria o excedentaria (por encima del umbral de acumulación excesiva).La proporción de la población mundial y de la renta mundial durante el período 1960-2015 se muestra en la figura.Solo alrededor del 15 % de la población vivía en el espacio de equidad hasta la última década, cuando (debido a la adhesión de China a ese grupo) aumentó hasta el 30 %, mientras que entre el 50 % y el 70 % (y más recientemente el 50 % debido al efecto China) vivía en la zona deficitaria, y una proporción cada vez menor (del 40 % al 15 %) en la zona excedentaria, como muestra el gráfico [5](#bookmark15).La distribución de la renta representa una imagen especulativa, con un 70 % de la renta en manos de los países con un superávit del 15 %, mientras que solo el 10 % de la renta es compartida por la mitad de la población mundial, los que viven en países de la zona deficitaria, como muestra el gráfico [6](#bookmark16).

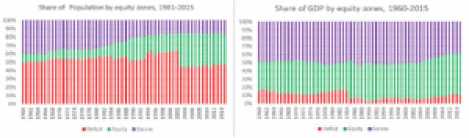


Gráfico 5.Población y PIB por déficit, capital y zonas de acumulación excedentaria 2010-2015.

Cabe señalar que, mientras que más del 70 % del NBHiE se produce en países de la zona deficitaria (con el 50 % de la población mundial), el 10 % de las muertes evitables se producen en países con recursos medios suficientes para emular los niveles de salud de los HRS, pero con una distribución subnacional ineficiente o injusta, lo que tiene en cuenta la carga de la inequidad en salud.

Los gráficos siguientes muestran detalladamente y desagregan la población y la renta por territorios subnacionales en los principales países poblados (China, India, Estados Unidos, Brasil y Rusia), la distribución de la población y la renta por intervalos del PIB pc de la curva de renta variable y la realidad actual.

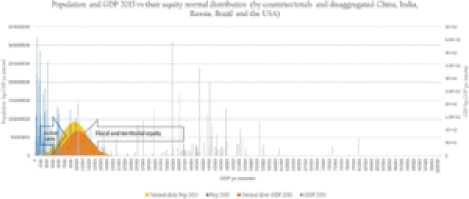


Gráfico 6.Equidad ética de la población y curva del PIB por intervalos del PIB pc frente a la distribución internacional 2015.

Muestra un máximo elevado (agrupar provincias de la India y países de renta similar) de población por debajo (aunque cerca) del umbral de dignidad, y un segundo pico de recursos (agrupando alrededor de muchos de los Estados de Estados Unidos y países de renta similares) muy por encima del umbral de acumulación excesiva.Los recursos deben redistribuirse hacia la curva de capital mediante transferencias de la zona de acumulación excesiva a la zona deficitaria (a través de la equidad fiscal y la cohesión territorial), mientras que la población privada del derecho a la salud (la mitad de la población mundial) necesita mayores ingresos y capacitación para ejercer sus derechos y acceder a una vida digna dentro de la zona de equidad.El nivel de redistribución necesario es del 7,8 % del PIB mundial, alrededor del 10 % del PIB en la zona excedentaria y alrededor del 15 % de los ingresos redundantes en esa zona (por encima del umbral de acumulación excesiva), muy por encima del objetivo del 0,7 % de ayuda oficial al desarrollo (Clemens, Kenny, & Mons, [2007](#bookmark22)) y de manera equitativa en función de las necesidades (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE], [2016](#bookmark26)).El cuadro [3](#bookmark17) compara el actual marco de cooperación internacional con el necesario para avanzar hacia la equidad en salud y el derecho universal a la salud.

Tabla 3.Diferencias entre el actual marco de cooperación internacional y el requisito único para la equidad en salud mundial.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Característica | Cooperación internacional actual (OCDE, [2015](#bookmark25)) | Redistribución x GHE |
| Donantes | OCDE/CAD | Umbral de rebasamiento (2015:> $15,239 pc) |
| Destinatarios | Países en desarrollo (Banco Mundial) | Umbralmínimo de dignidad (2015:3,762 $) |
| Magnitud | 0,208 % del PIB (2015) (objetivo del 0,7 % en el CAD/OCDE) | 8,08 % del PIB |
| Distribución | No correlacionado con el déficit del PIB | Correlacionado con el déficit del PIB para  DTH |
| Previsibilidad | Baja (1-2 años) | Estable y ajustado al PIB  evolución |
| Vinculante  Naturaleza | Voluntario (volátil) | Mecanismo mundial vinculante |

**La carga de la desigualdad sanitaria:Un indicador poderoso de justicia social**

Lainvestigación descrita en este artículo se basa en los principios éticos y los compromisos internacionales desatendidos del derecho universal a la salud a través del objetivo global común de equidad en salud.Este enfoque identifica modelos nacionales de buena salud que son reproducibles (uso de recursos por debajo de la media mundial) y sostenibles (para las emisiones de carbono por debajo del límite del planeta más urgente).Estos modelos saludables, reproducibles y sostenibles (HRS) nos permiten estimar la carga (diferencia con respecto al objetivo) de la inequidad en salud y reflejar su distribución por país, sexo, grupo de edad y tiempo en los últimos 65 años.El análisis muestra que los niveles de inequidad en salud se han mantenido prácticamente estables desde la

mediados de la década de 1970, con más de 17 millones de muertes excesivas al año (NBHiE), lo que significa que más de una de cada tres muertes al año (RBHiE) superan los niveles de salud que podrían ser viables y sostenibles para todas las personas.Estas muertes evitables se producen principalmente en países con ingresos inferiores a los niveles medios de salud pública (umbral de dignidad) y, con mayor frecuencia, entre las mujeres y los grupos de edad más jóvenes.

La carga de la desigualdad en materia de salud puede ser el mejor indicador de la inclusión socioeconómica (justicia) dentro de las generaciones y entre ellas.El establecimiento del umbral de dignidad (dado que no se respetan su dignidad y su derecho a vivir) exige una redistribución equitativa de los recursos mundiales, que defendería el derecho universal y equitativo a la salud.Esto puede lograrse limitando la acumulación excesiva por encima de dicho umbral, ya que impide recursos suficientes que permitan satisfacer necesidades sanitarias básicas para todos.Por otra parte, por encima del umbral superior mencionado, el exceso de emisiones de carbono afecta a los indicadores de salud y bienestar de las generaciones venideras.Por último, los ingresos superiores al umbral de acumulación excesiva no se traducen en una mejora de la salud o el bienestar.

El mundo dispone de recursos naturales y económicos suficientes para garantizar el derecho universal a la salud.Sin embargo, esto requiere una distribución equitativa de los recursos y la inversión en bienes comunes mundiales como aquellos que podrían invertir el carbono acumulado en la atmósfera.Esto supone un reto para la

[4](#bookmark36)

insuficiencia de los objetivos de equidad y sostenibilidad de los 2030 Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Otras lecturas

Garay, J. (2017).Ética de la inequidad en salud:Carga global de la desigualdad en materia de salud:Tendencia a partir de 1950 y perspectivas en el siglo XXI.Ediciones universitaires europennes, Riga (Letonia):SIA OmniScriptum Publishing.

Piketty, T. (2014).Capital en el siglo XXI.Cambridge, MA:El Belknap de la Universidad de Harvard Press.

Stiglitz, J. (2013).El precio de la desigualdad:Cómo pone en peligro nuestro futuro la sociedad dividida de hoy.

Nueva York, Reino Unido:W.W. W. Norton & Company.

Referencias

Chiriboga, D., Buss, P., Birn, A.-E., Garay, J., Muntaner, C., & Nervi, L. (2014).Invertir en salud.Lancet, 383 (9921), 949.

Clemens, M. A., Kenny, C. J., & Moss, T. J. (2007).El camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio:Hacer frente a las expectativas de éxito en materia de ayuda y desarrollo.DesarrolloMundial, 35 (5), 735-751.

Garay, J., Harris, L., & Walsh, J. (2013).Salud mundial:Evolución de la definición, uso y uso indebido del término.Se enfrenta a una escalera, 2013.

Garay, J. E., & Chiriboga, D. E. (2017).Un cambio de paradigma para la justicia socioeconómica y la salud:Desde centrarse en las desigualdades hasta aspirar a una equidad sostenible.Salud pública, 149, 149-158.

Norheim, O. F., & ASADA, Y. (2009).[El ideal de igual salud revisitado:Las definiciones y medidas](http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-8-40) [de inequidad en salud deben integrarse mejor con teorías de justicia distributiva < http://](http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-8-40) [dx.doi.org/10.1186/1475-9276-8-40 >](http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-8-40).International Journal for Equity in Health, 8, 40.

OCDE.(2015).La ayuda al desarrollo se mantuvo estable en 2014, pero los flujos hacia los países más pobres siguen disminuyendo.

OCDE.(2016).Historia del objetivo del 0,7 % de AOD.Texto original del DCA Journal 2002, 3 (4), m% 0A-9-m-n.

Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J....Scheel, I. B. (2014).Los orígenes políticos de la desigualdad en materia de salud:Perspectivas de cambio.Lancet, 383 (9917), 630­667.

Raworth, K. (2009).Un espacio seguro y justo para la humanidad:¿Podemos vivir en la dueña?Nature, 461, 472-475.

Rockstrom, J., Steffen, W., Noone, K., Persson, A., Chapin, III, F. S., Lambin, E. F...Jonathan A. (2009).Un espacio operativo seguro para la humanidad.Naturaleza, 461 (7263), 472-475.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991).¿Qué puede hacerse en relación con las desigualdades en materia de salud?Lancet (Londres, Inglaterra), 338 (8774), 1059-1063.

Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009).Elnivel de la bebida espirituosa:Por qué unas sociedades más igualitarias funcionan casi siempre mejor.Londres:Allen Lane.

**Glosario**

|  |  |
| --- | --- |
| Capital: | Distribución equitativa de la desigualdad |
| Lo más viable  salud: | Nivel mínimo de salud (medido aquí en esperanza de vida) que podría ser económicamente viable para todas las personas y ecológicamente sostenible para las generaciones venideras. |
| BHiE: | Carga de la desigualdad en materia de salud:la brecha injusta por debajo de lo viable  niveles de salud para todos |
| NBHiE: | BHiE neto, que mide el exceso de mortalidad a partir de los niveles viables de salud para todos |
| RBHiE: | BHiE relativa, que mide la proporción de todas las muertes por inequidad en salud |
| HORAS: | Referencias saludables (H), reproducibles (R) y sostenibles (S) a nivel nacional o subnacional |

Distribución equitativa de la desigualdad

Dignidad Media de la renta per cápita de RHH por debajo de la cual ningún país (o

**Capital:**

umbral: región subnacional en el análisis subnacional)

niveles viables de salud para todos

Curva de equidad : distribución simétrica normal entre la dignidad

umbral en la parte inferior y renta media en el medio

Exceso de umbral por encima del cual el aumento de la renta per cápita socava

acumular el derecho de los demás a vivir por encima del umbral de dignidad y

umbral: aspirar al nivel viable de salud para todos.Este umbral es el siguiente:

en la actualidad también es incompatible con la sostenibilidad ecológica y no aumenta la esperanza de vida ni el bienestar humano.

**Notas**

1. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y la OMS (CSDH), [Cerrar la brecha en una generación:La](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) [equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud.Informe final de la Comisión sobre Determinantes](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) [Sociales de la Salud *< http://www.who.int/social\_determinants/thecommission/*](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/)[*final report/en/>*](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) (Ginebra, 2008).
2. Who, [Health Equity Monitor Compendium of Indicator Definitions *< http://www.who.int/gho/*](http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/health_equity_compendium.pdf)[*health\_equity/results/health\_equity\_compendium.pdf >*](http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/health_equity_compendium.pdf).
3. Shanxi, Guangxi, Anhui y Sichuan en China;Kerala en la India;Ingushetia y Chechenia en Rusia;y Piaui, Alagoas, Parafba, Ceara, Para, Bahfa, y Rio Grande do Norte en Brasil.
4. Naciones Unidas:DESA, Objetivos de Desarrollo [Sostenible < https://sustainabledevelopment.un.org/?](https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300) [menu = 1300 >](https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300) (2015).

Artículos conexos

[Salud para todos y atención sanitaria primaria, 1978-2018:Una perspectiva histórica sobre políticas y](https://oxfordre.com/publichealth/viewbydoi/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55) [programas a lo largo de 40 años](https://oxfordre.com/publichealth/viewbydoi/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55)

Acceso a la asistencia[sanitaria para los migrantes en Europa](https://oxfordre.com/publichealth/viewbydoi/10.1093/acrefore/9780190632366.013.6)

[El Movimiento de Salud de los Pueblos](https://oxfordre.com/publichealth/viewbydoi/10.1093/acrefore/9780190632366.013.54)