

ASIS con enfoque étnico

un abordaje metodológico desde la epidemiología

Análisis de Situación de Salud (ASIS) con enfoque étnico (EE):

*una exploración analítica de la pertenencia étnica
como determinante de los perfiles y las tendencias
de la salud poblacional y sus desigualdades*

Oscar J Mujica, OPS/OMS

Taller de Capacitación sobre el Enfoque Etnico en Salud; Guatemala; septiembre 2009

ASIS con enfoque étnico

un **abordaje** metodológico desde la epidemiología

una exploración analítica de la pertenencia étnica como determinante de los perfiles y las tendencias de la salud poblacional y sus desigualdades

<i>exploración</i>	→	probabilístico, no-determinístico
<i>analítica</i>	→	comparativo
<i>pertenencia étnica</i>	→	<i>proxys</i> operacionalizables
<i>determinante</i>	→	causalidad
<i>perfiles</i>	→	visión estática, coyuntural
<i>tendencias</i>	→	visión dinámica, secular
<i>salud poblacional</i>	→	sujeto colectivo
<i>desigualdades</i>	→	diferencias sistemáticas

el enfoque epidemiológico (la crema y nata...)

- Todo parte de constatar una realidad no deseada y todo apunta a conseguir un cambio social deliberado y sostenido
- El método epidemiológico básico consiste en observar, comparar y proponer (medir, analizar e intervenir)
- La observación debe ser sistemática y protocolizada, es decir, basada en normas y estándares de procedimiento
- El proceso de cuantificación epidemiológica opera en un marco de incertidumbre (ausencia de certeza absoluta)
- La medición debe garantizar validez y confiabilidad
- La comparación debe considerar precisión y variación
- La explicación debe evaluar el azar, los sesgos y la confusión

el modelo de determinantes de la salud

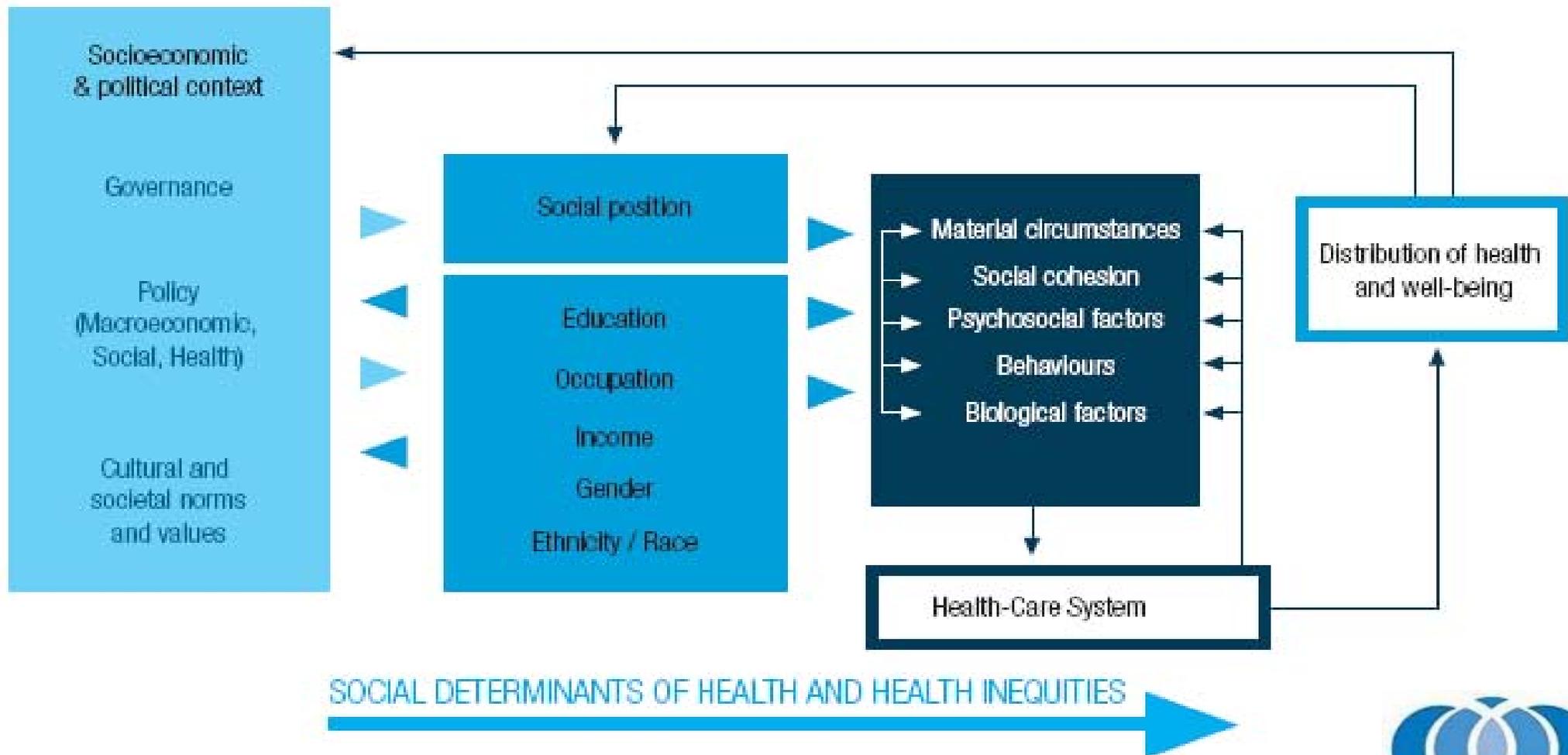
- Los factores determinantes de la salud y enfermedad en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde el nivel microcelular hasta el macropolítico.
- La característica fundamental es la interacción multinivel: el daño a la salud poblacional se atribuye a la compleja interacción multinivel de los determinantes de la salud.
- El modelo se encuentra en franca expansión en sus dos 'polos': en microdeterminantes: la epidemiología molecular y el genoma humano; en macrodeterminantes: la epidemiología social y las desigualdades en salud.

el modelo multinivel de determinantes de la salud



el modelo conceptual de la CDSS

Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



¿porqué ASIS?

¿Cuán saludable es la población?

¿Está mejorando la situación de salud o empeorando?

¿Existen areas o subgrupos más saludables que otros?

¿Cuál es la magnitud de estas desigualdades?

¿Cuáles son los principales determinantes de la situación de salud?

¿Qué riesgos implican estas desigualdades en salud?

¿Qué explica estas desigualdades en salud?

¿Cuáles son las necesidades de salud no satisfechas?

¿En dónde y con qué se puede intervenir?

¿Cómo se podría intervenir con más impacto?

¿En qué areas se maximizaría el valor agregado de la cooperación internacional en salud?

el análisis de la situación de salud (ASIS)
es la primera Función Esencial de la Salud
Pública

ASIS: PRIMERA FESP (Resolución CE126.R17)

- evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud y sus determinantes, con énfasis en las desigualdades en riesgos, daños y acceso a servicios de salud.
- identificación de necesidades de salud de la población, evaluación de riesgos y demanda por servicios de salud.
- manejo de estadísticas vitales y la situación específica de grupos mas vulnerables.
- generación de información útil para evaluación del desempeño de los servicios de salud.

ASIS: PRIMERA FESP (Resolución CE126.R17)

- identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de salud y mejoramiento de la calidad de vida.
- desarrollo de tecnología, experiencia y método para el manejo, interpretación y comunicación de la información a responsables de la salud pública, incluyendo actores extrasectoriales, proveedores y ciudadanos.
- definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

el ASIS es una función esencial de la salud pública...

y debe ser generadora de inteligencia sanitaria...

¿para qué?

para el ejercicio de la Rectoría en Salud

¿porqué?

porque es una cuestión de gobernanza: conducción política

uso gerencial de los ASIS

- ✓ en la formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud;
- ✓ en la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública;
- ✓ en la programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica;
- ✓ en la movilización de recursos;
- ✓ en la disseminación de información técnica y estratégica en salud.

fortalecer la capacidad analítica: retos

- sumar lo cuantitativo a lo cualitativo
(provea evidencia empírica)
- sumar lo sistemático a lo anecdótico
(inyecte método al proceso)
- sumar lo comparativo a lo descriptivo
(analice y discrimine)
- sumar lo secular a lo coyuntural
(revele la dinámica)
- sumar lo prospectivo a lo diagnóstico
(asómese al futuro)
- sumar lo gerencial a lo técnico
(acerque la epidemiología a las decisiones)
- sumar lo estratégico a lo rutinario
(agregue valor político a la práctica epidemiológica)

ASIS: propósitos

- ✓ caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las desigualdades en salud.
- ✓ evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud.
- ✓ generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto.
- ✓ fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud.

una exploración de nuestras motivaciones



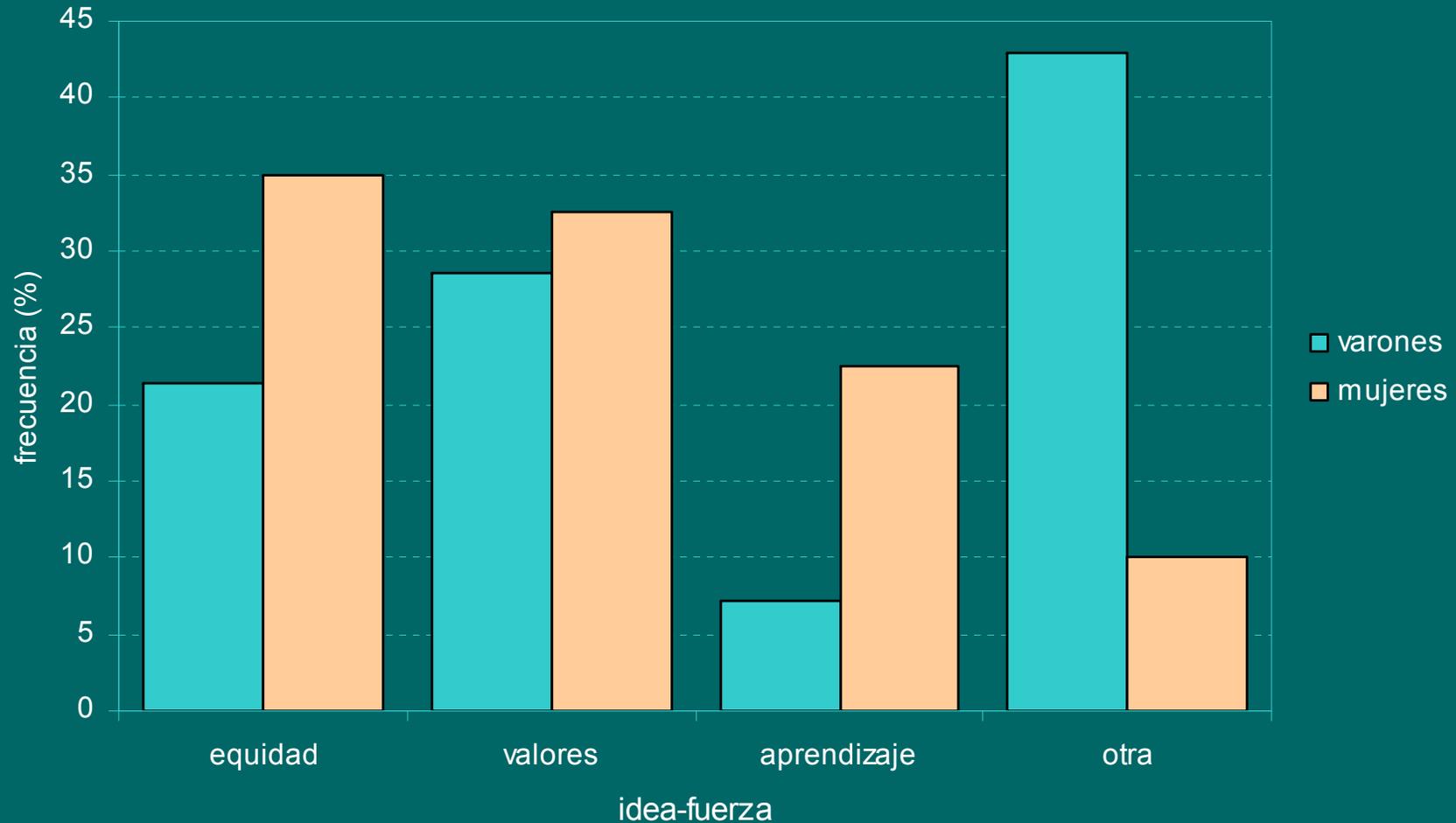
equidad: igualdad, inclusión, identidad, diversidad...

valores: tolerancia, respeto, empatía, armonía...

aprendizaje: aprendizaje, colaboración, construcción...

otra: objetividad, esfuerzo, pertinencia, libertad...

una exploración *diferenciada* de nuestras motivaciones



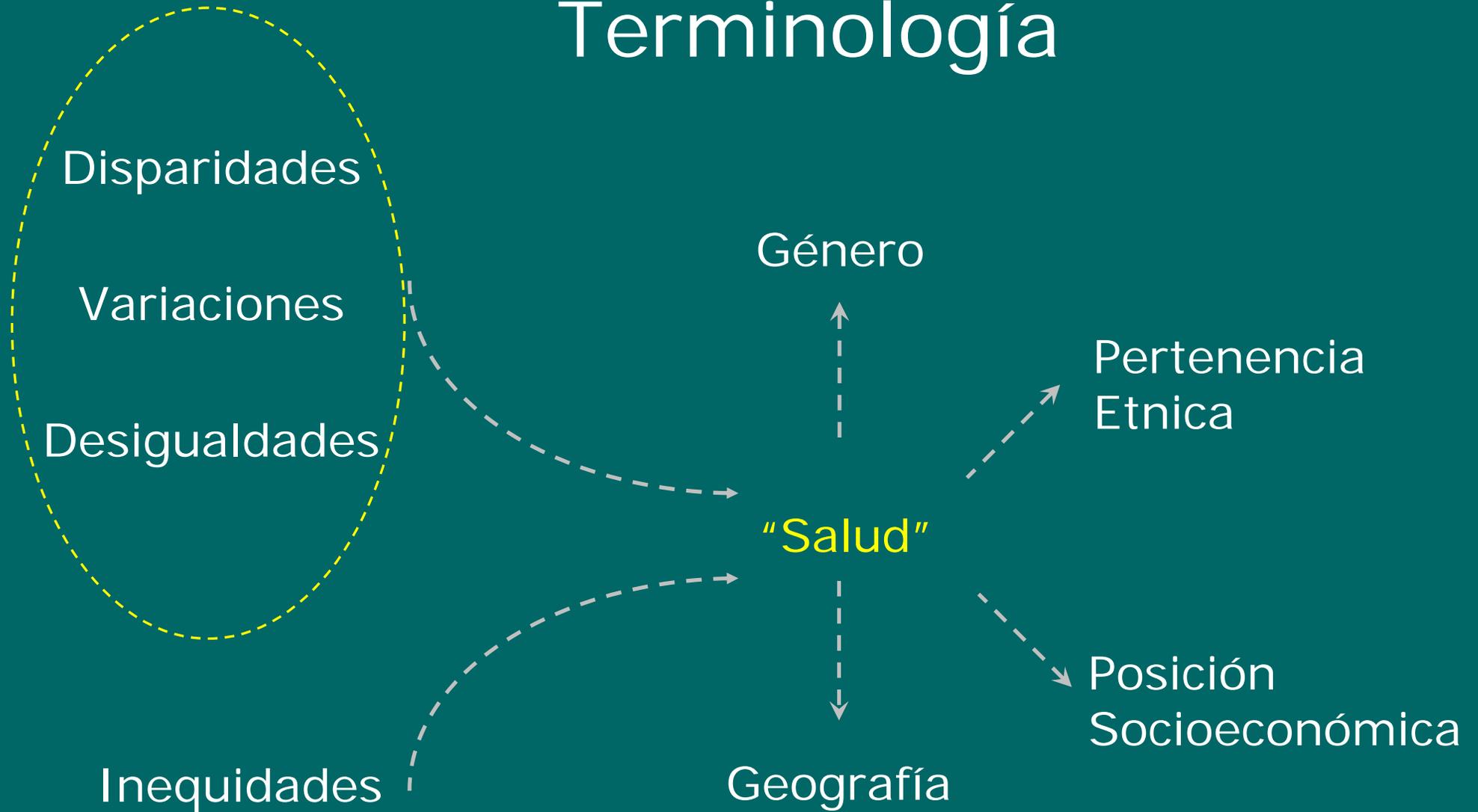
equidad: $X^2_{\gamma} = 0.21$; $p=0.6496$

valores: $X^2_{\gamma} = 0.07$; $p=0.7873$

aprendizaje: $X^2_{\gamma} = 0.45$; $p=0.4999$

otra: $X^2_{\gamma} = 5.40$; $p=0.0204$

Terminología

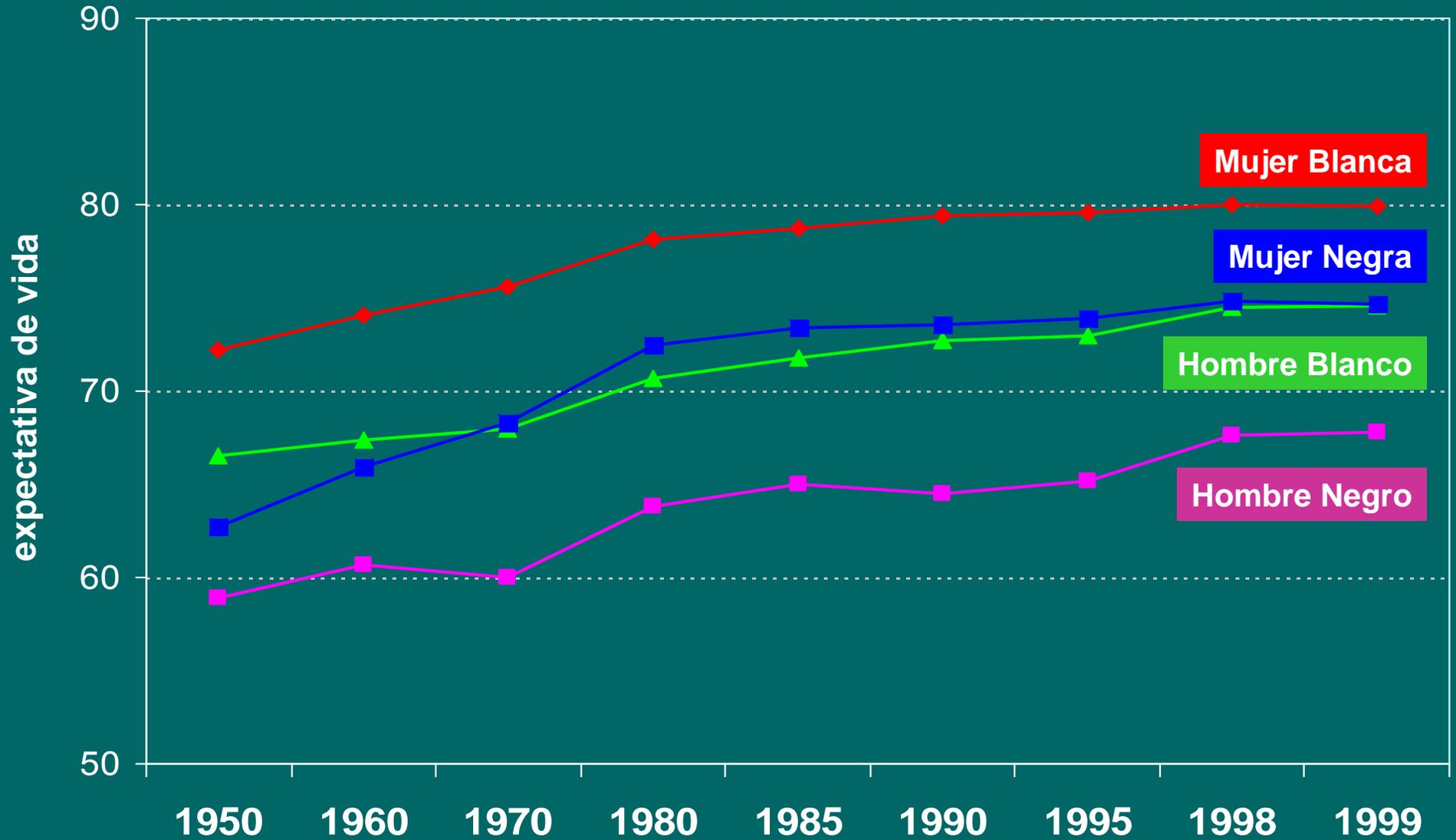


desigualdad = una diferencia

dos cantidades que no son iguales

Tasa A \neq Tasa B

Expectativa de vida al nacer – EUA (1950-1999)



DESIGUALDADES EN SALUD EN CIERTAS CONDICIONES Y EN POBLACIONES SELECCIONADAS

INDICADOR EN POBLACIONES SELECCIONADAS

CONDICIONES DE SALUD	BLANCOS	AFRO-AMERICANOS	HISPANOS O LATINOS	ASIÁTICOS O ISLEÑOS DEL PACIFICO	INDO-AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA
Tasa mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	5,9	13,9	5,8	5,1	9,1
Tasa de mortalidad por cáncer por 100.000	199,3	255,1	123,7	124,2	129,3
Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, ajustada por edad	38,3	46,0	13,6	17,2	25,1
Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, ajustada por edad	18,7	26,1	12,1	9,8	10,3
Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000	206	252	145	123	126
Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por 100.000	58	80	39	51	38
Tasa de diagnóstico de diabetes por 100.000	36	74	61	-	-
Tasa de enfermedad renal terminal por 1.000.000	218	873	-	344	859
Tasa de diagnóstico de SIDA por 100.000					
Mujeres	2	48	13	1	5
Hombres	14	109	43	9	19

Las desigualdades en salud se basan en diferencias observadas

- la gente pobre muere más joven que la gente rica.
- los niños de pueblos indígenas tienen más bajo peso al nacer.
- los fumadores tienen más cáncer de pulmón que los no fumadores.
- las mujeres viven más que los hombres.

Estas afirmaciones pueden ser hechas a partir de la observación simple e inambigua de datos relevantes

Las inequidades en salud se basan en juicios
éticos sobre las diferencias observadas.

- ¿es justo que la gente pobre muera más joven que la gente rica?
- ¿es justo que los niños de pueblos indígenas tengan más bajo peso al nacer?
- ¿es justo que los fumadores tengan más cáncer de pulmón que los no-fumadores?
- ¿es justo que las mujeres vivan más que los hombres?

Las inequidades en salud se basan en juicios éticos sobre las diferencias observadas

¿es justo que la gente pobre muera más joven que la gente rica?

- Es un hecho inevitable de la vida.
- La economía no debería afectar el bienestar físico.
- La gente es responsable de su propio bienestar.
- Si las personas realmente quieren acceso a servicios de salud preventiva y curativa de alta calidad, ellas pueden.

Las inequidades en salud se basan en juicios éticos sobre las diferencias observadas

¿es justo que los niños de pueblos indígenas tengan más bajo peso al nacer?

- Prevenir el bajo peso al nacer entre los niños de pueblos indígenas y minorías debe ser una alta prioridad para la sociedad.
- El bajo peso al nacer es un indicador de paternidad irresponsable.
- Los niños son inocentes; su salud no debería estar determinada por la clase social o la pertenencia étnica de sus padres.
- Le costaría mucho a la sociedad prevenir todos los productos gestacionales indeseables.

Las inequidades en salud se basan en juicios éticos sobre las diferencias observadas

¿es justo que los fumadores tengan más cáncer de pulmón?

- Fumar es una decisión.
- Los fumadores son víctimas de la industria del tabaco.
- Si las personas no estuvieran tan estresadas, no fumarían tanto como lo hacen.
- Los fumadores conocen los riesgos a la salud del tabaquismo y deberían asumir la responsabilidad por su comportamiento.

Las inequidades en salud se basan en juicios éticos sobre las diferencias observadas

en un tono más ligero, ¿es justo que las mujeres vivan más que los hombres?

- Los hombres podrían aprovechar los años extra de vida para madurar.
- Las mujeres merecen vivir más para compensar todas las barreras que tienen que enfrentar para alcanzar su potencial a plenitud.
- Los hombres merecen vivir más por toda la carga emocional que tienen que soportar.
- Los consejos y secretos de las abuelas ayudan a las mujeres a vivir más.

nosotros podemos y debemos medir
las desigualdades étnicas en salud

Sin embargo, necesitaremos algún nivel de procesamiento del discurso socio-político para poder evaluar qué desigualdades son una afrenta a la justicia social y, por tanto, requieren atención prioritaria en términos de políticas.

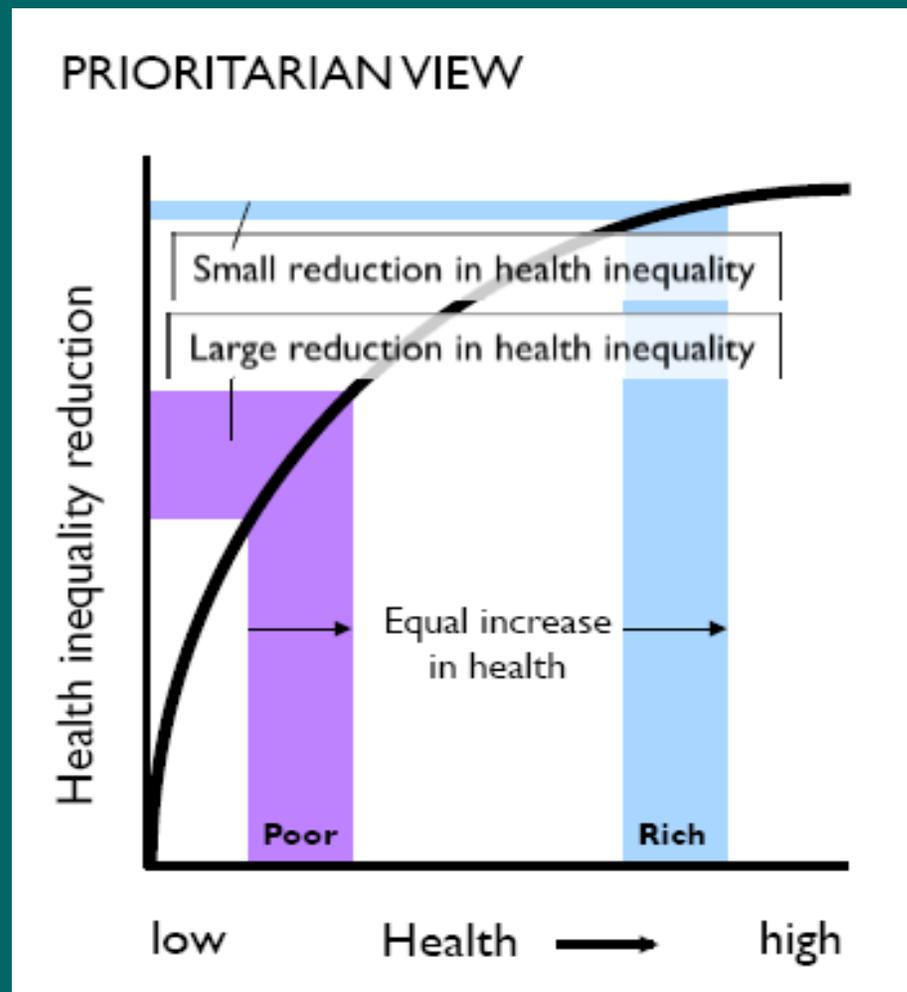
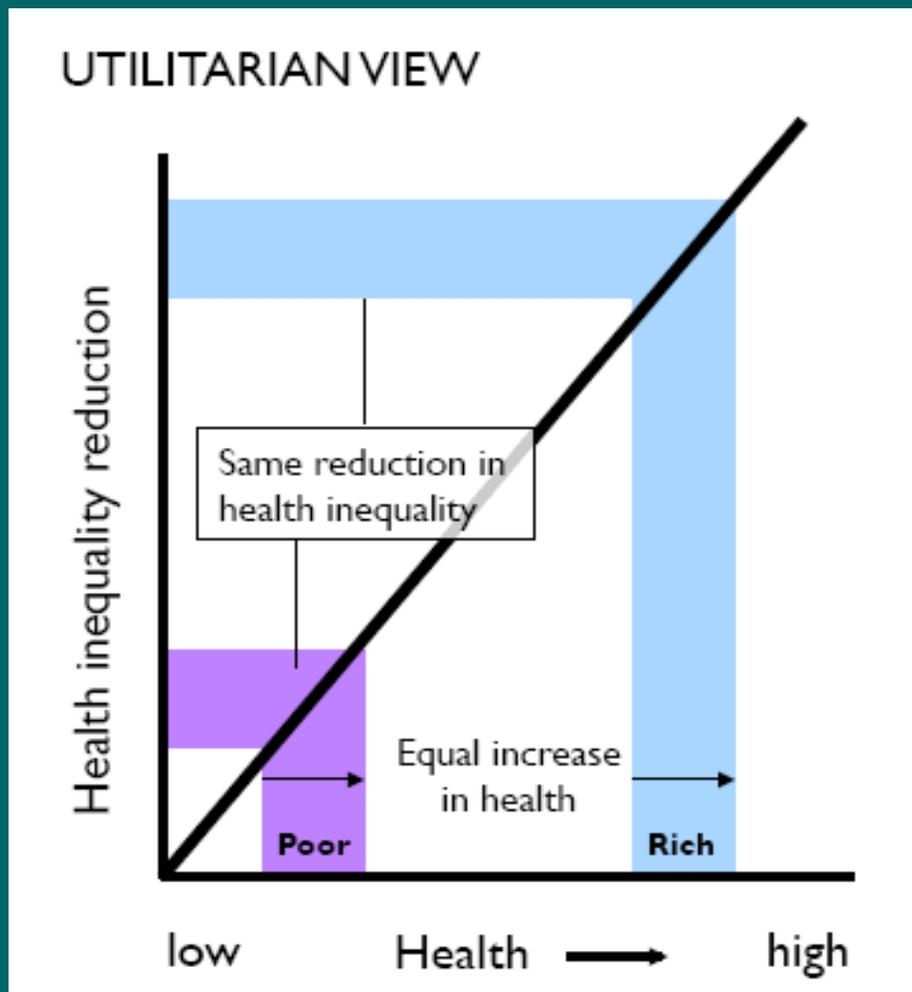
**La inequidad en salud es una desigualdad en salud
injusta y evitable (M. Whitehead; 1997)**

tres dimensiones de las desigualdades (étnicas) en salud

1. en el estado de salud (los resultados en salud)
2. en el acceso y utilización de los servicios de salud
3. en el financiamiento y el impacto distributivo del gasto del gobierno*

* en la perspectiva de las finanzas públicas, se diferencia la equidad vertical (mayor acceso a mayor necesidad) de la equidad horizontal (igual acceso a igual necesidad).

dos visiones para evaluar equidad en salud: *¿nos importa de dónde proviene la mejoría en la salud poblacional...?*



la perspectiva de la Comisión OMS de Determinantes Sociales de la Salud

BOX 16.3: TOWARDS A COMPREHENSIVE NATIONAL HEALTH EQUITY SURVEILLANCE FRAMEWORK

 Closing the gap in a generation

HEALTH INEQUITIES

Include information on:

health outcomes stratified by:

- sex
- at least two socioeconomic stratifiers (education, income/wealth, occupational class);
- ethnic group/race/indigeneity;
- other contextually relevant social stratifiers;
- place of residence (rural/urban and province or other relevant geographical unit);

the distribution of the population across the sub-groups;

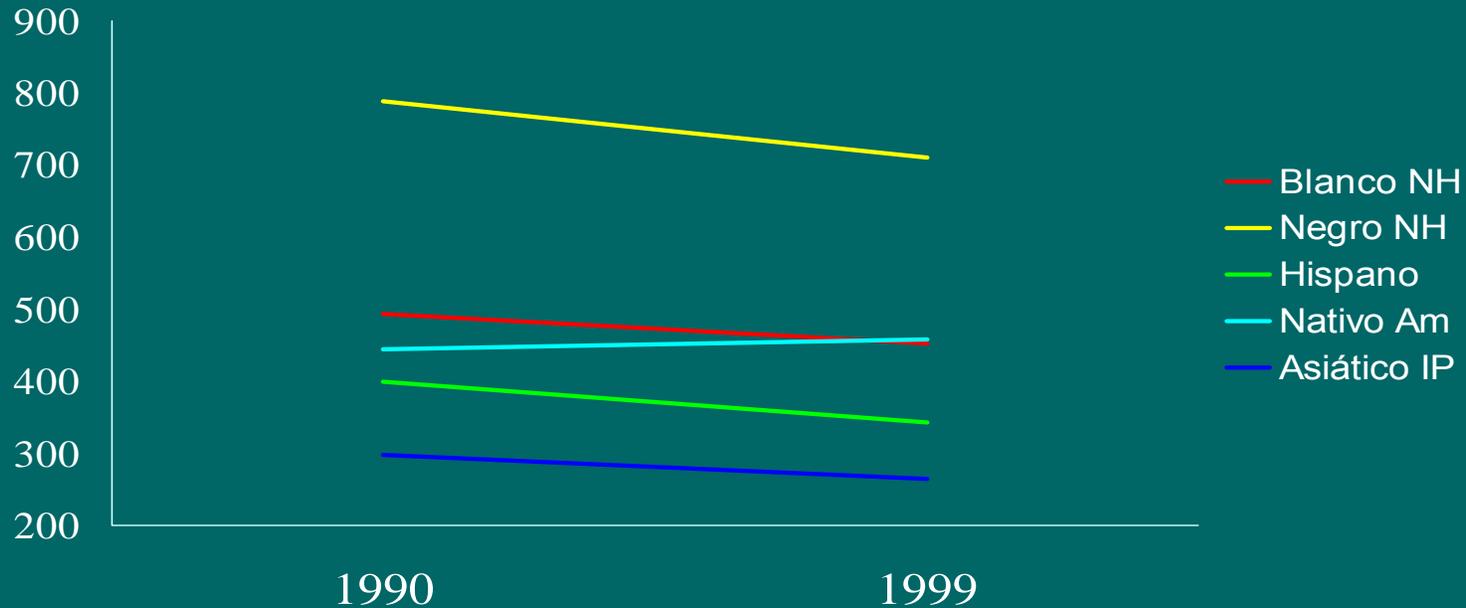
a summary measure of relative health inequity: measures include the rate ratio, the relative index of inequality, the relative version of the population attributable risk, and the concentration index;

a summary measure of absolute health inequity: measures include the rate difference, the slope index of inequality, and the population attributable risk.



Ejercicio: Pensemos en lo siguiente

Tasas de Mortalidad por Raza/Etnia 1990-1999



- 1) ¿cómo luciría este gráfico si elimináramos la desigualdad en la mortalidad entre estos grupos étnicos para el 2010?
- 2) ¿cómo luciría este gráfico si elimináramos las desigualdades en la mortalidad entre las poblaciones mayoría y minoría para el 2010?
- 3) idealmente, ¿cómo quisiéramos que luzca la desigualdad en el 2010?

¿Qué elementos son deseables en los esfuerzos por monitorear y eliminar las desigualdades en salud?

- Una estrategia científicamente rigurosa y transparente para medir las desigualdades en salud
 - a través de múltiples dimensiones de la población
 - a través de múltiples indicadores de salud
 - a través del tiempo
- Fuentes de datos apropiadas

cinco atributos de un indicador de desigualdad en salud

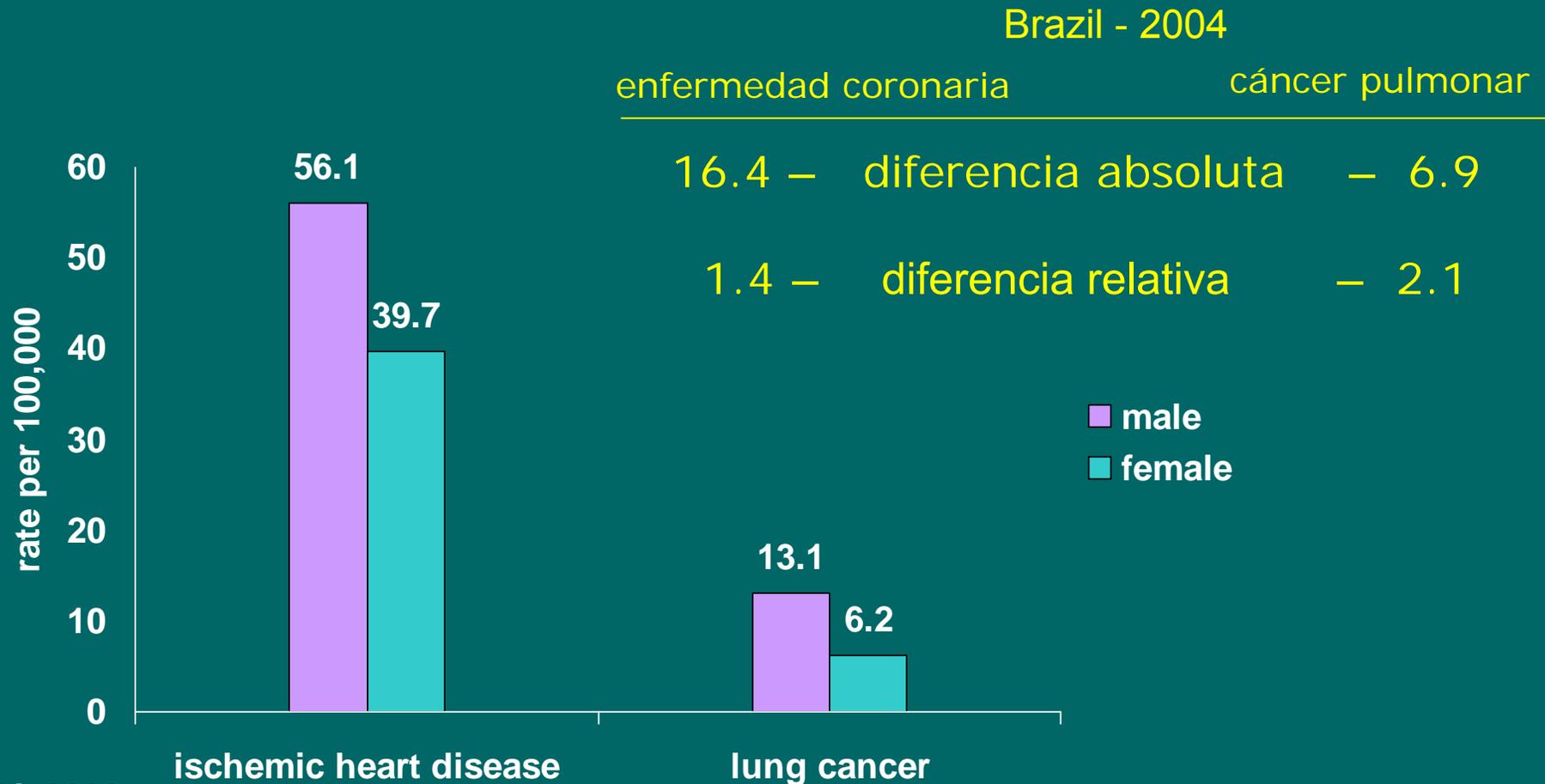
1. que refleje las desigualdades en salud
2. que refleje la dimensión socioeconómica en las desigualdades en salud (i.e., la pertenencia étnica)
3. que refleje la experiencia de la población en su conjunto
4. que sea sensible a los cambios (tamaño) en la distribución de la población a lo largo de la jerarquía socioeconómica
5. que sea sensible al estado de salud promedio de la población

consideraciones metodológicas para la medición de desigualdades en salud

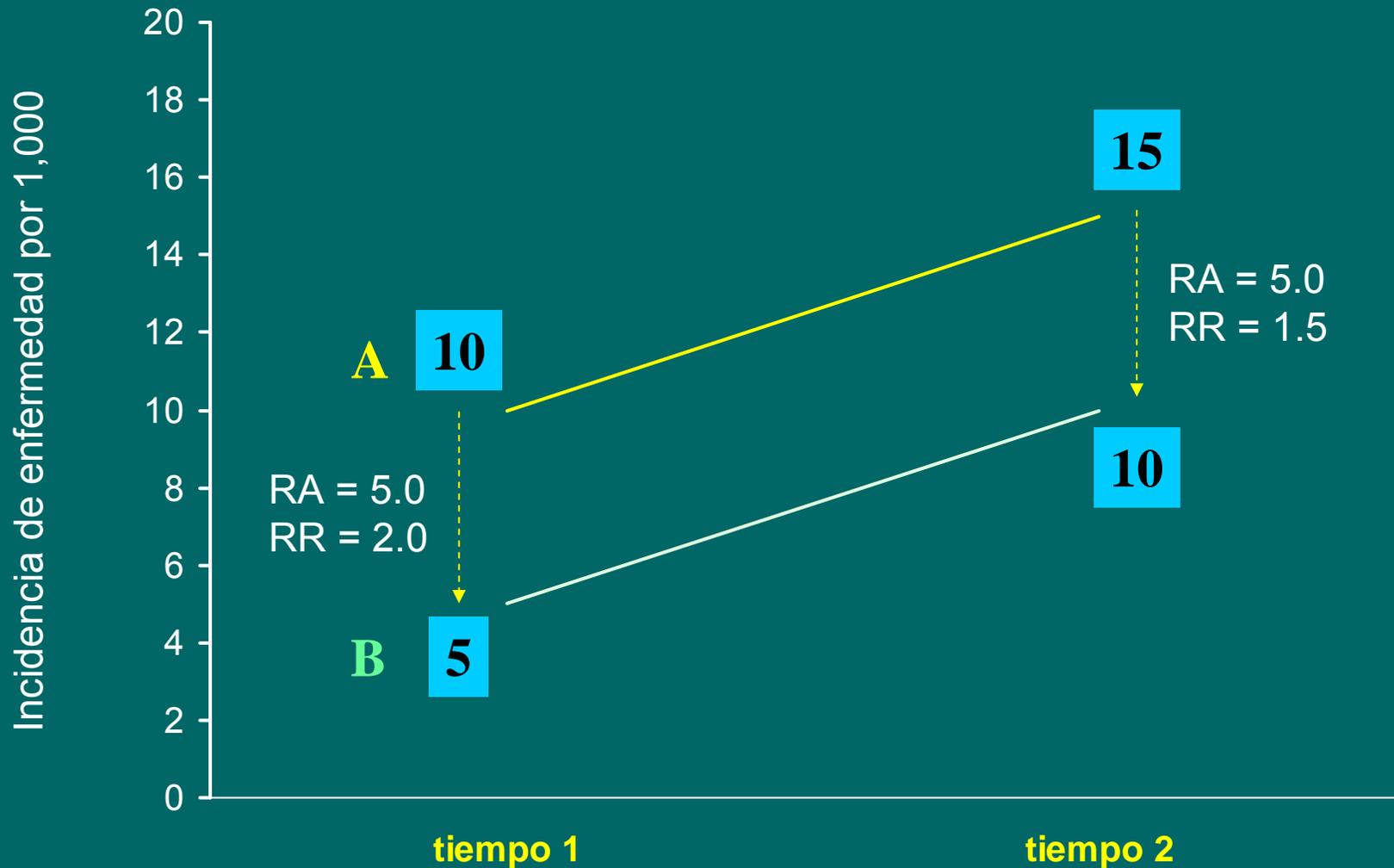
- 1: Diferencia relativa vs absoluta
- 2: Ordenamiento
- 3: Grupo de referencia
- 4: Tamaño poblacional
- 5: Poblaciones en el tiempo
- 6: Múltiples indicadores de salud
- 7: Resultados en salud positivos vs negativos

¿es la desigualdad de género en la enfermedad coronaria más grande que la desigualdad en cáncer de pulmón?

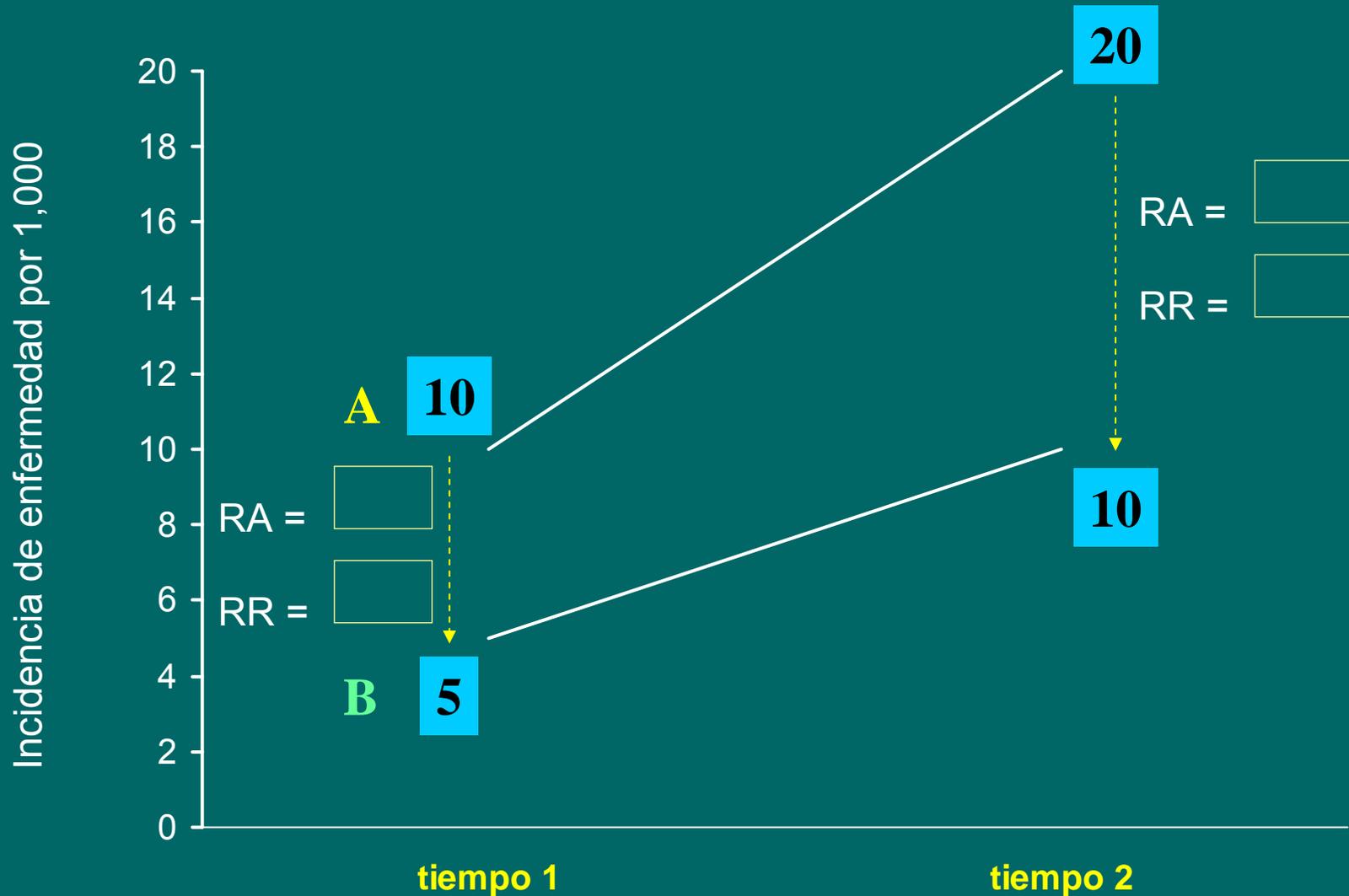
eso depende del tipo de medida



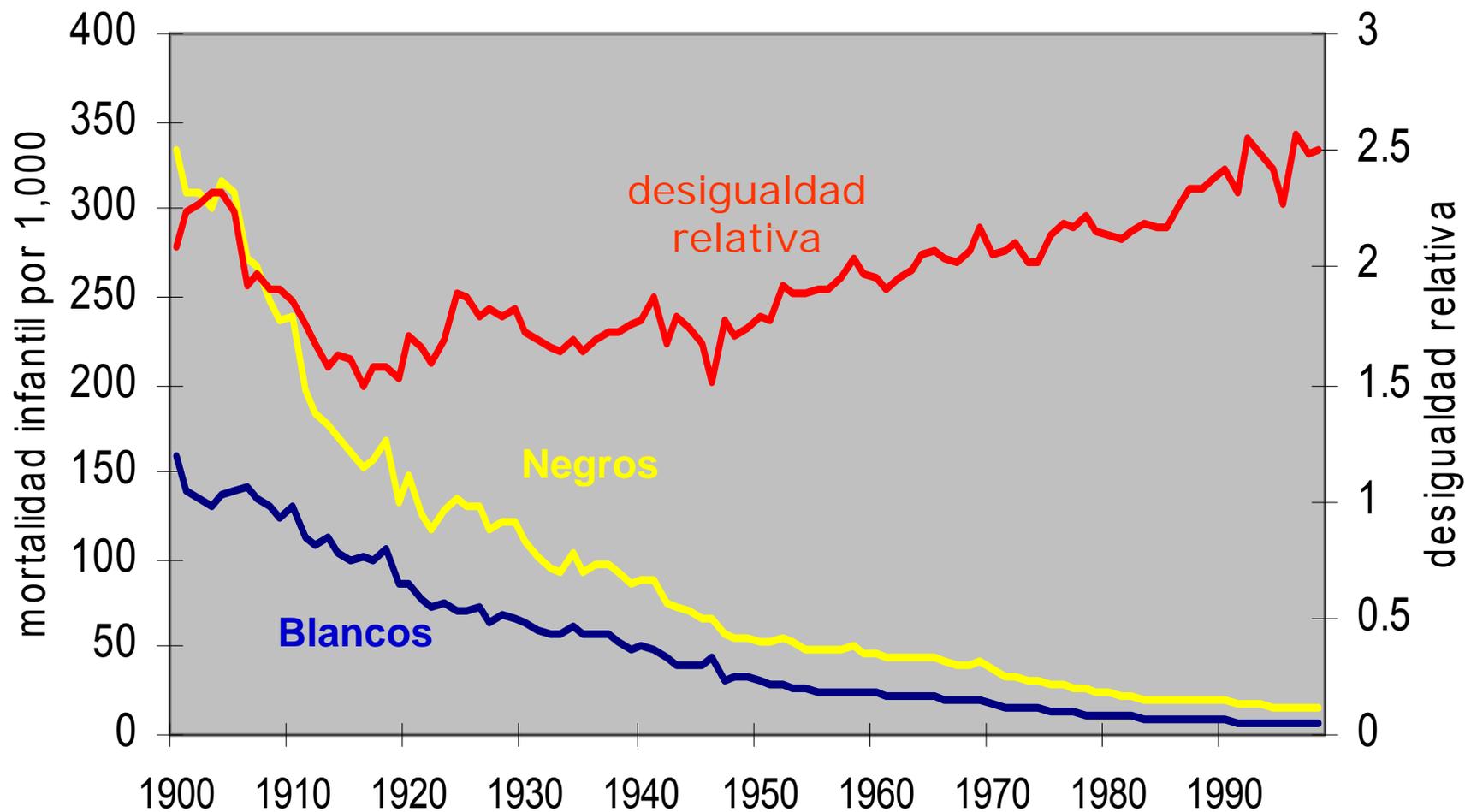
¿es la desigualdad entre los Grupos A y B la misma en el Tiempo 1 que en el Tiempo 2?



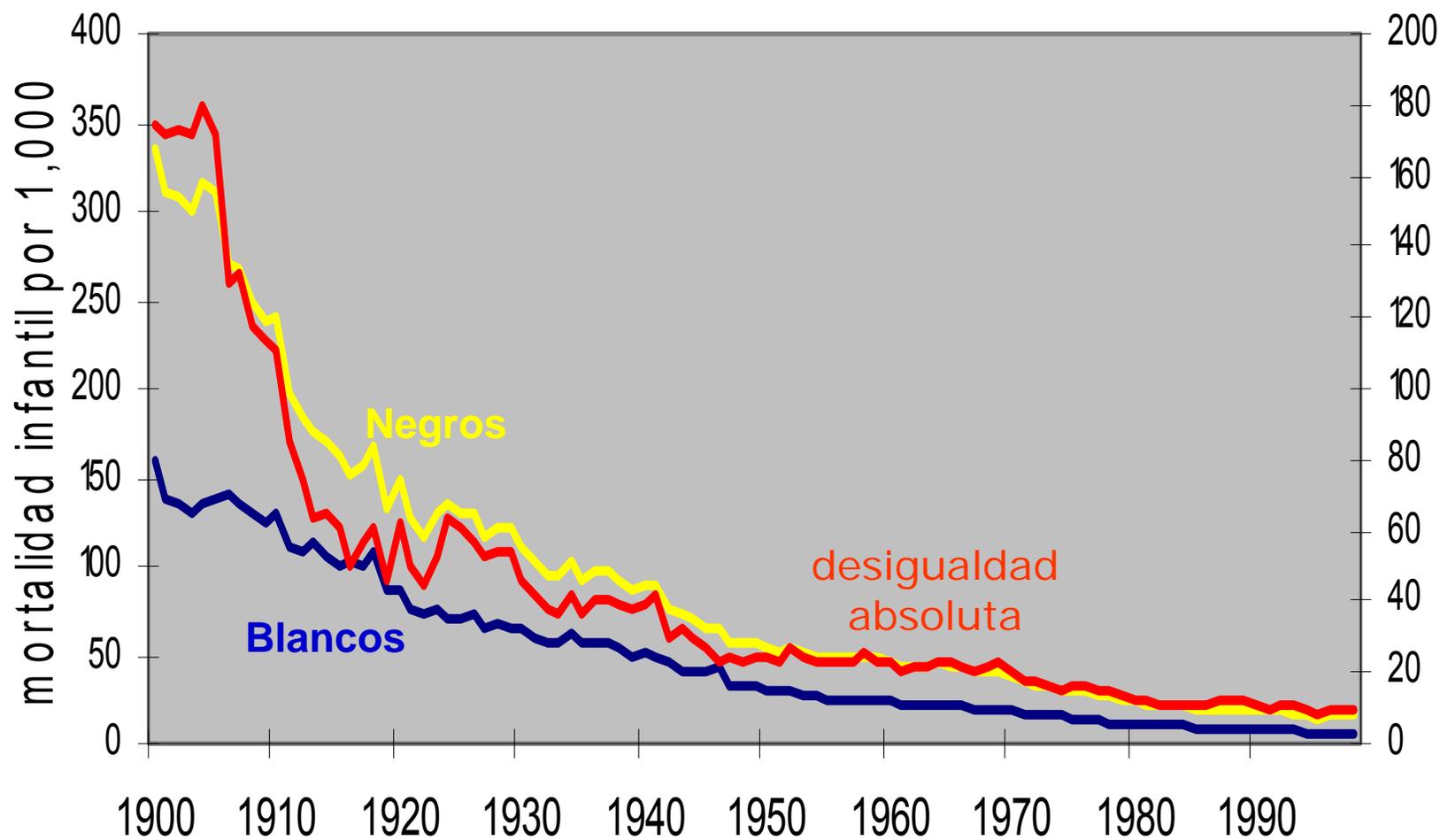
¿es la desigualdad entre los Grupos A y B la misma en el Tiempo 1 que en el Tiempo 2?



Desigualdad en mortalidad infantil entre negros y blancos de EUA en el Siglo XX



Desigualdad en mortalidad infantil entre negros y blancos de EUA en el Siglo XX

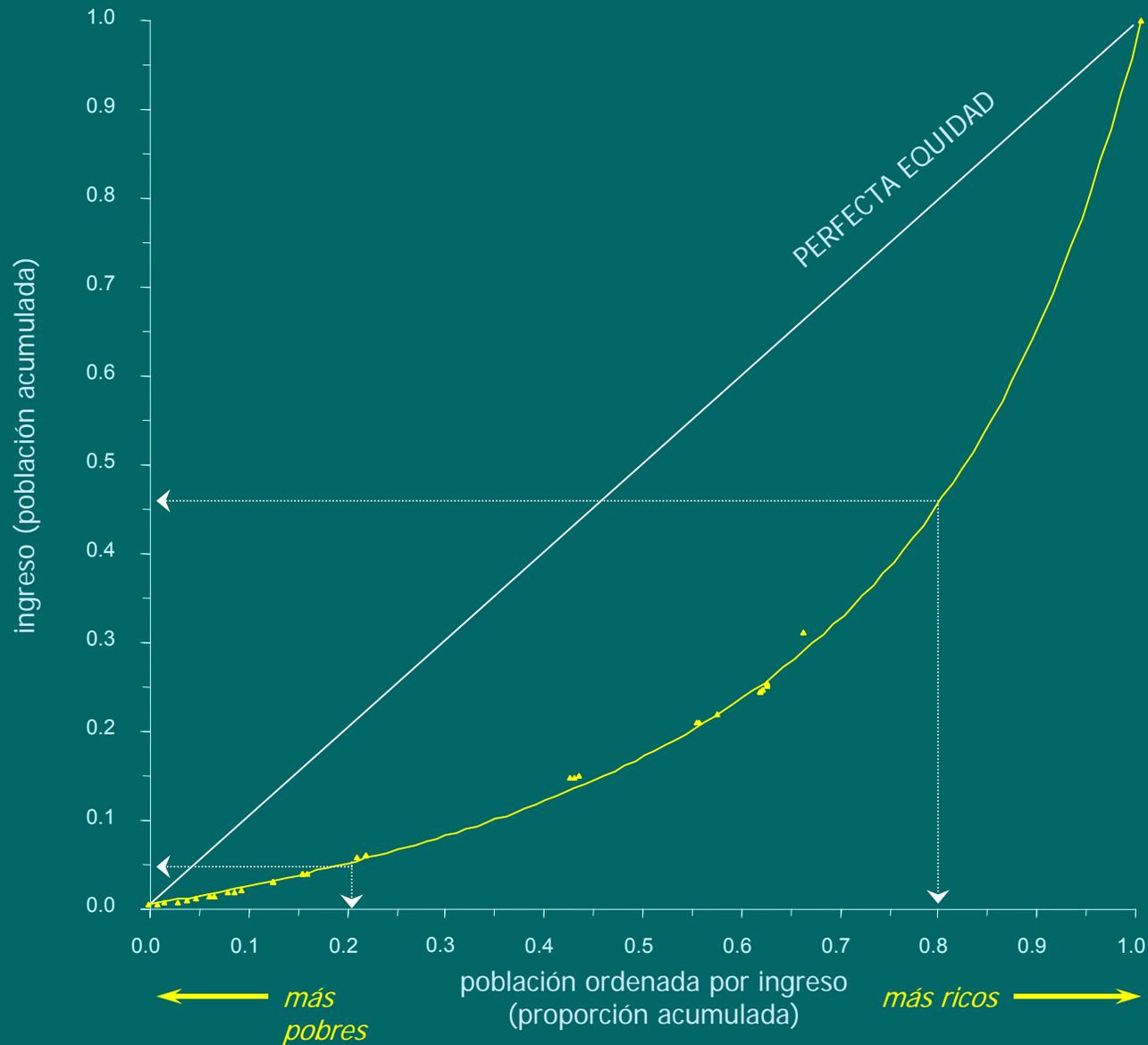


Categorías Sociales

- Categorías nominales (que no pueden ser ordenadas):
 - etnicidad
 - género
 - orientación sexual
 - geografía
 - estado de discapacidad

- Categorías ordinales (que sí pueden ser ordenadas):
 - años de educación
 - ingreso
 - edad
 - clase ocupacional

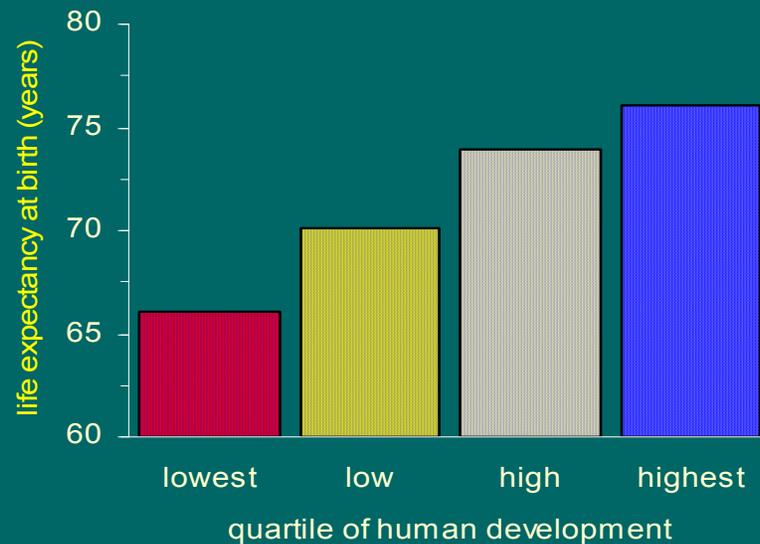
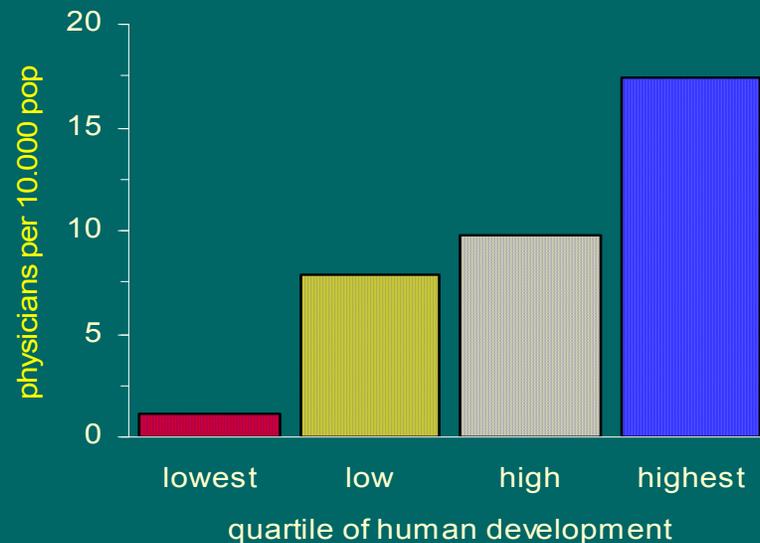
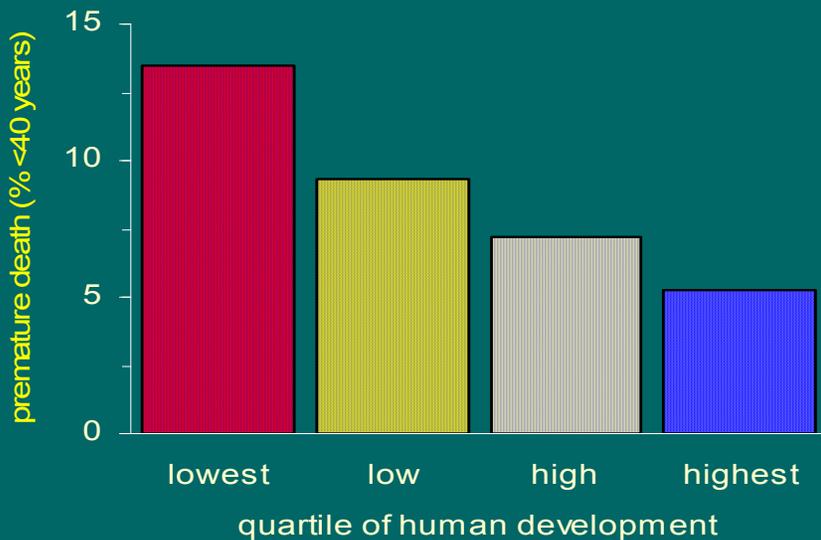
la profundidad de la desigualdad de ingreso en las Américas, 2006



diversidad étnica y exclusión social: el caso de Panamá

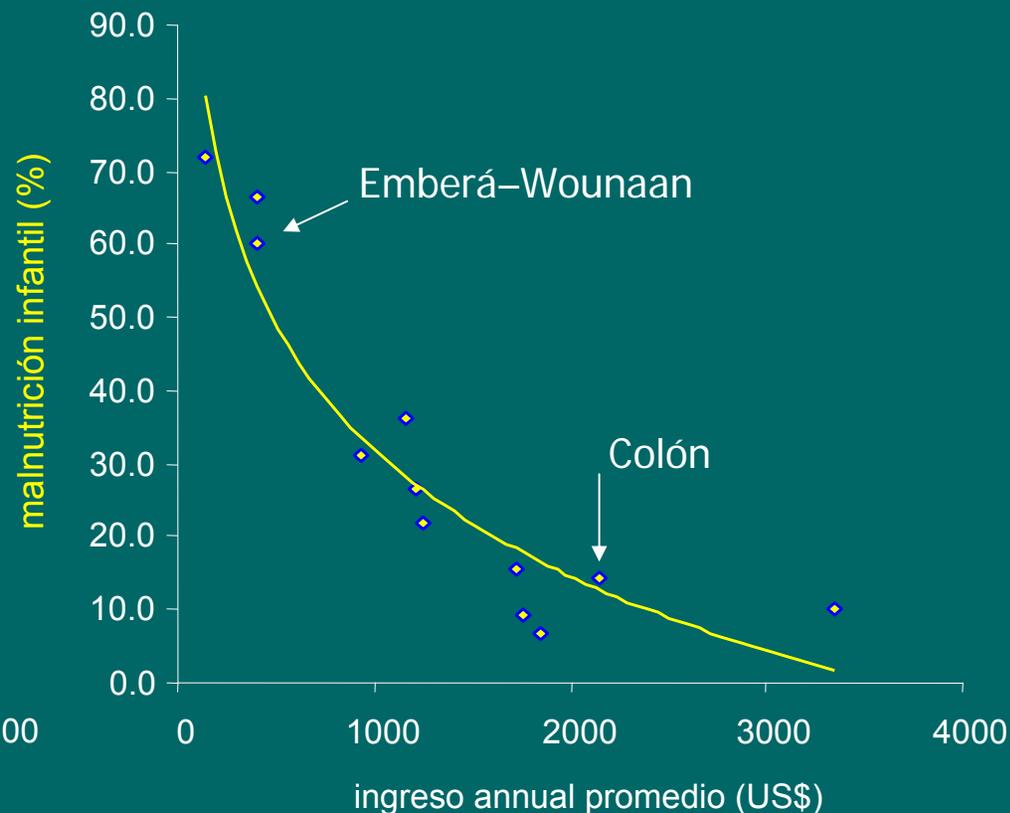
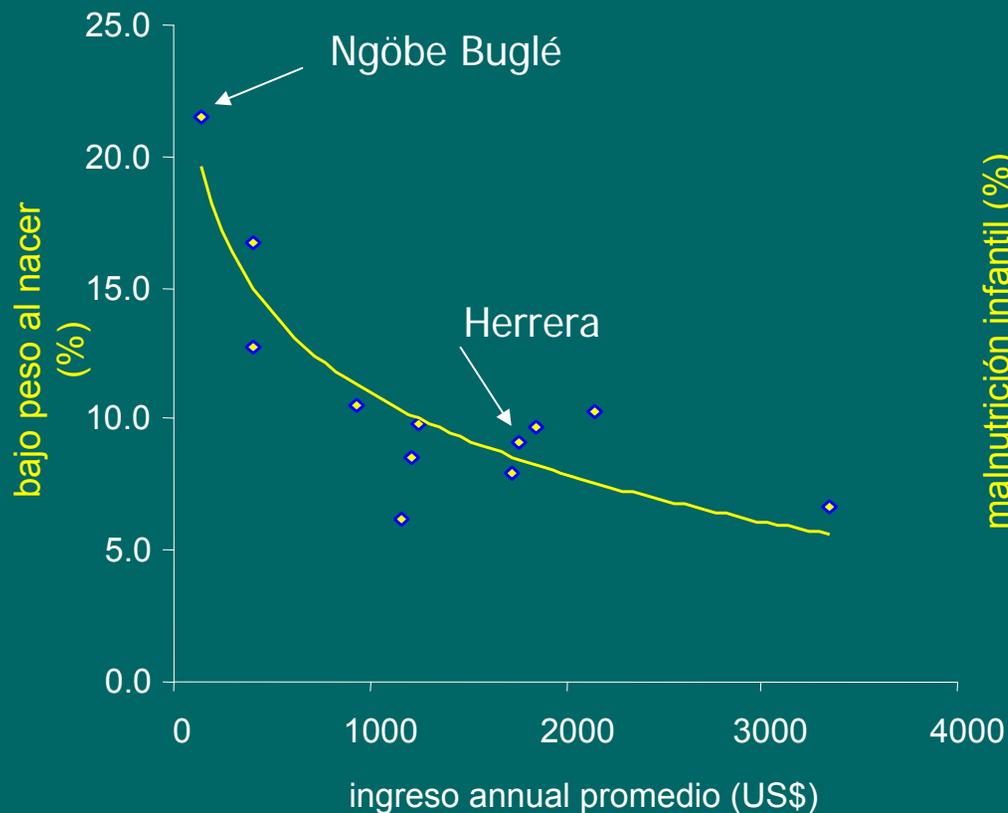
Cuartil de Desarrollo Humano, 2002		Provincia	IDH Panamá
más bajo	wIDH = 0.383	Ngöbe Buglé	0.363
		Emberá Wounaan	0.392
		Kuna Yala	0.448
bajo	wIDH = 0.594	Darién	0.504
		Veraguas	0.600
		Bocas del Toro	0.619
alto	wIDH = 0.679	Coclé	0.650
		Herrera	0.690
		Chiriquí	0.692
más alto	wIDH = 0.755	Los Santos	0.710
		Colón	0.715
		Panamá	0.764

wIDH = weighted Panama's Human Development Index 2002



diversidad étnica y exclusión social: el caso de Panamá

efecto de US\$ 100 de incremento en el ingreso familiar anual

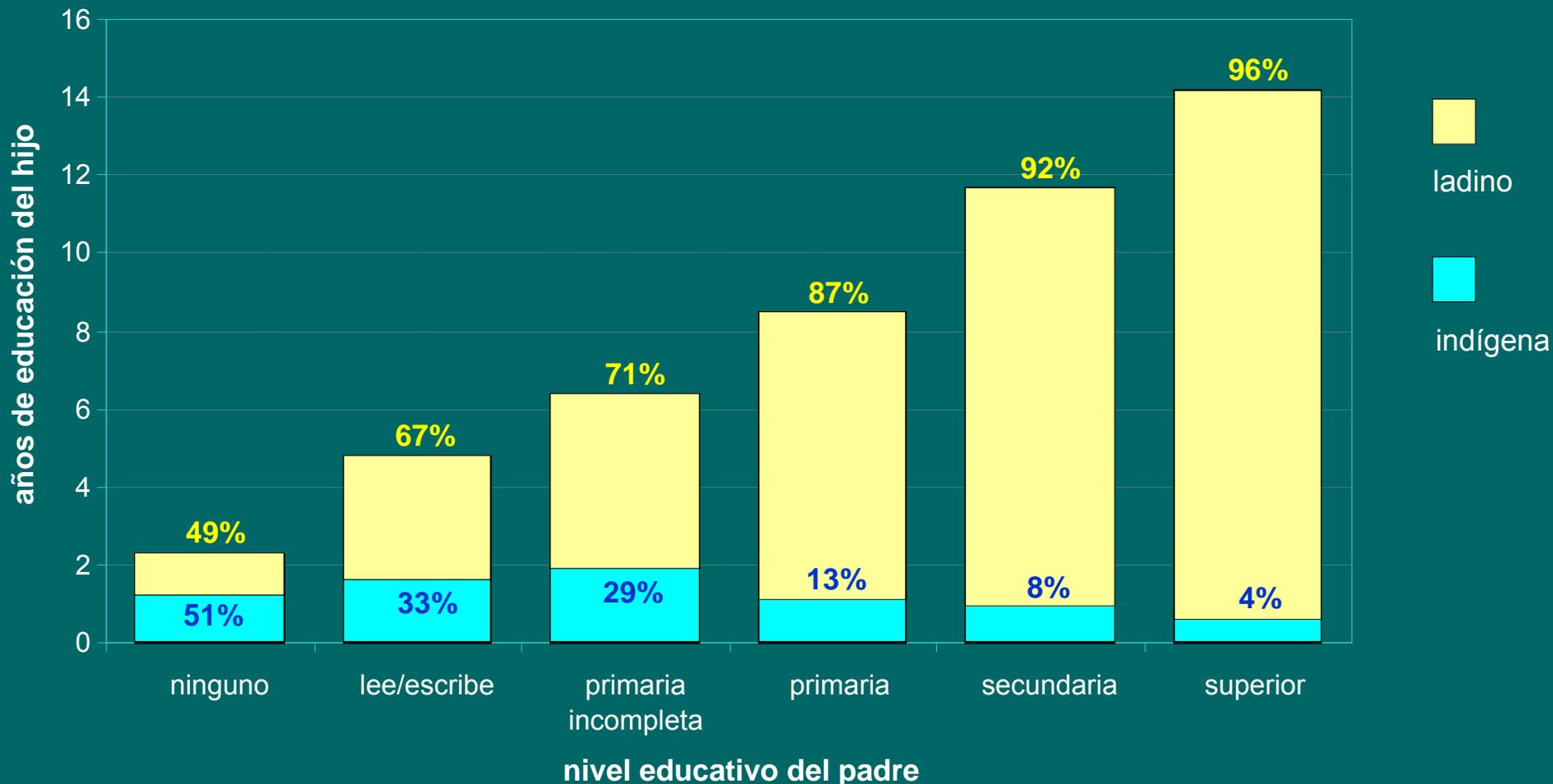


provincia	ingreso	cambio absoluto	cambio relativo
Ngöbe Buglé	\$141	21.5%	17.3%
Herrera	\$1,765	9.2%	8.2%

provincia	ingreso	cambio absoluto	cambio relativo
Emberá Wounaan	\$413	61.1%	48.4%
Colón	\$2,151	14.2%	12.6%

pertenencia étnica y desigualdad educativa: el caso de Guatemala

transmisión intergeneracional de la inequidad social

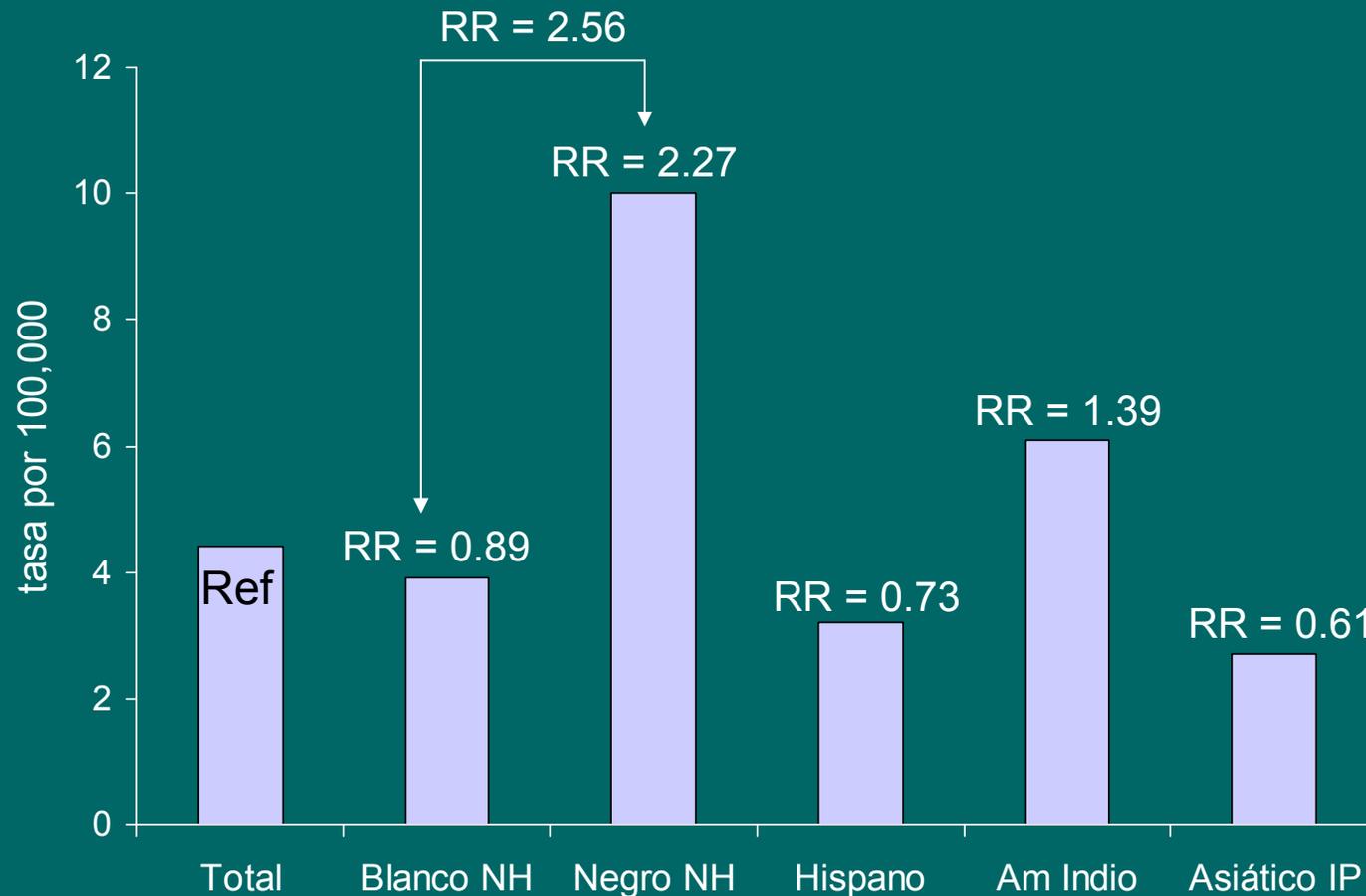


¿diferente de qué?

- ¿estamos midiendo diferencias entre dos grupos o diferencias entre más de dos grupos?
- si estamos midiendo diferencias entre tasas de más de dos grupos, ¿a partir de dónde debemos medir la diferencia?
- ¿cuál debiera ser nuestro referente:
 - la tasa global de la población?
 - la tasa objetivo (e.g., la meta ODM 2015)?
 - la tasa en el grupo más saludable?

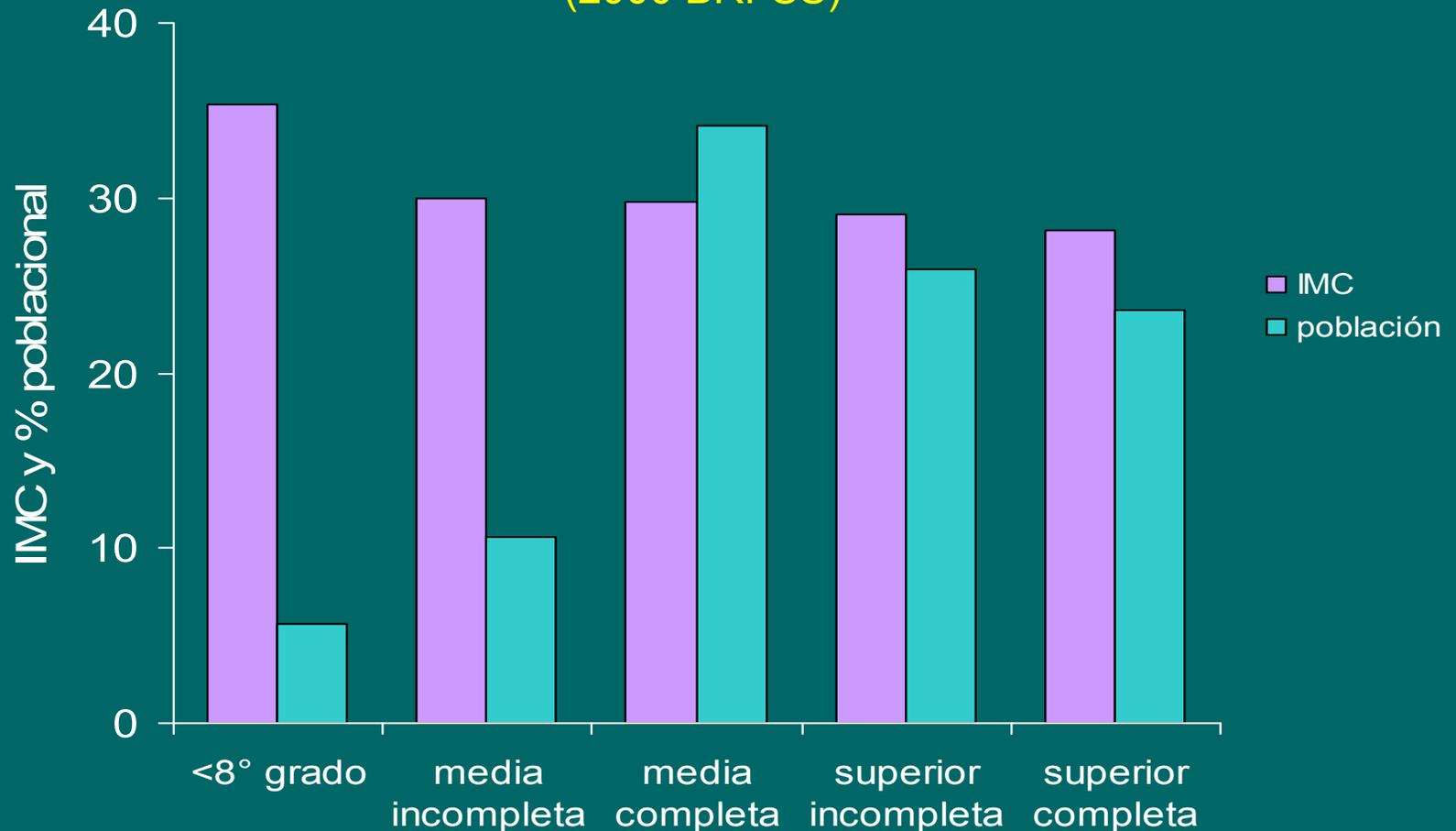
¿cuál es el grupo de referencia correcto?

Tasas de mortalidad por nefritis según raza y origen hispano (1998)



¿cuánto contribuiría a la salud poblacional general la eliminación de las desigualdades en cada grupo?

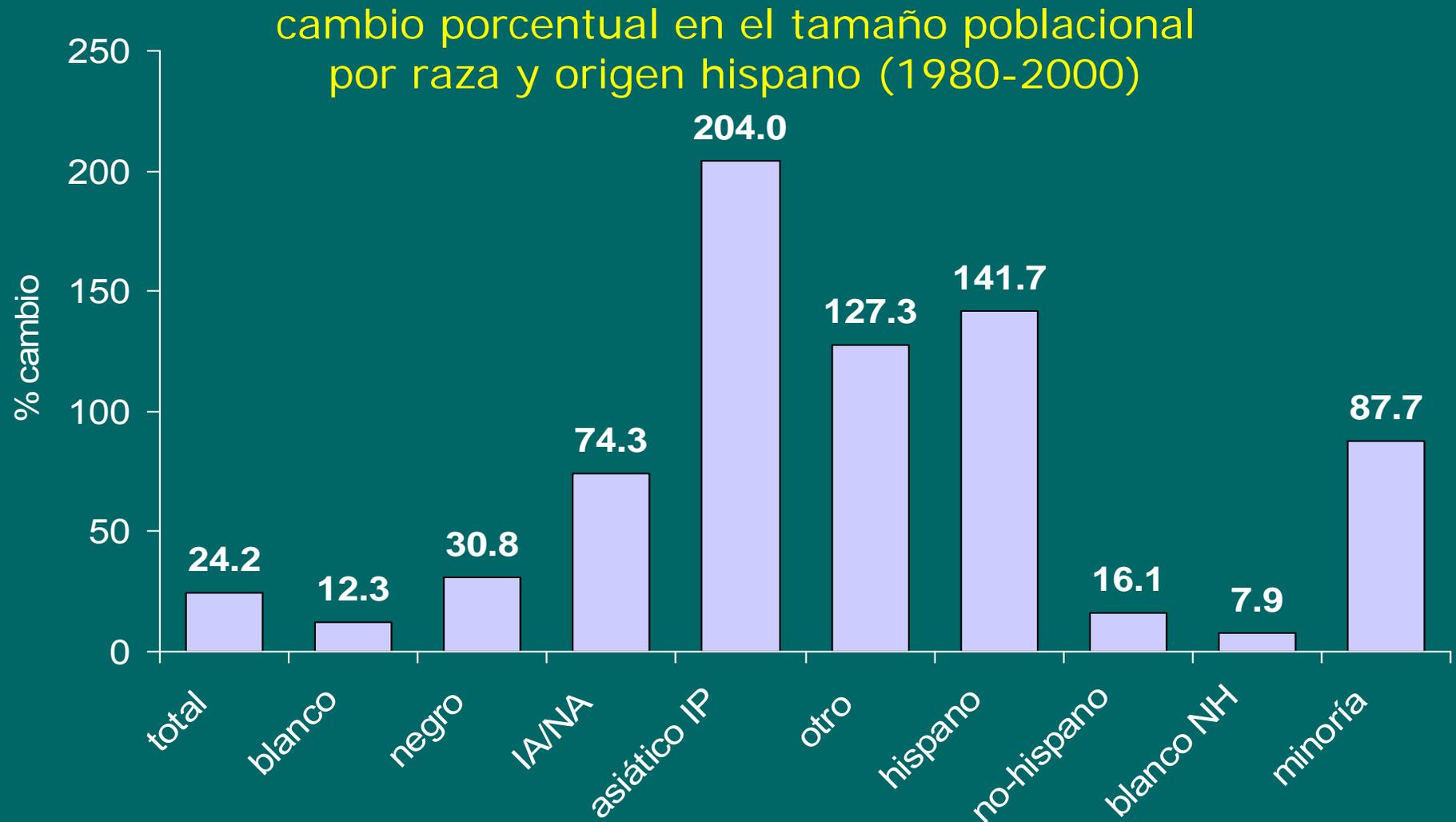
IMC y distribución poblacional de grupos educacionales (2000 BRFSS)



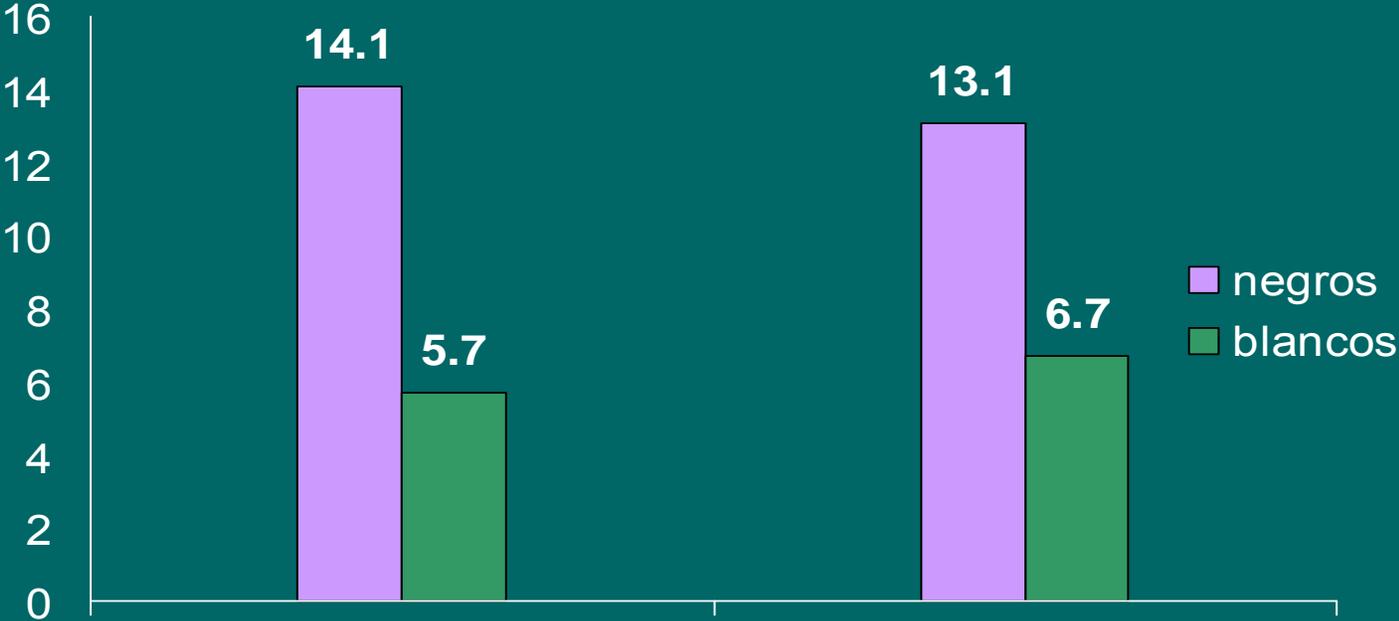
¿qué ocurre con el pasar del tiempo?

- las características demográficas cambian
- el patrón de migración cambia
- las definiciones de los grupos sociales cambian
 - por ejemplo, cambios en la clasificación étnico/racial en el Censo de los Estados Unidos entre 1990 y 2000.
 - ¿podemos comparar las desigualdades en la tasa de mortalidad de blancos no-hispanos y negros-no-hispanos en 1990 con las desigualdades entre blancos no-hispanos de raza única y negros no-hispanos de raza única en el 2000?

reflejando el cambio poblacional en nuestras medidas de desigualdad



Desigualdades entre indicadores de salud



tasa de mortalidad infantil x
1000 nacidos vivos

% bajo peso al nacer

Riesgo Absoluto

Riesgo Relativo

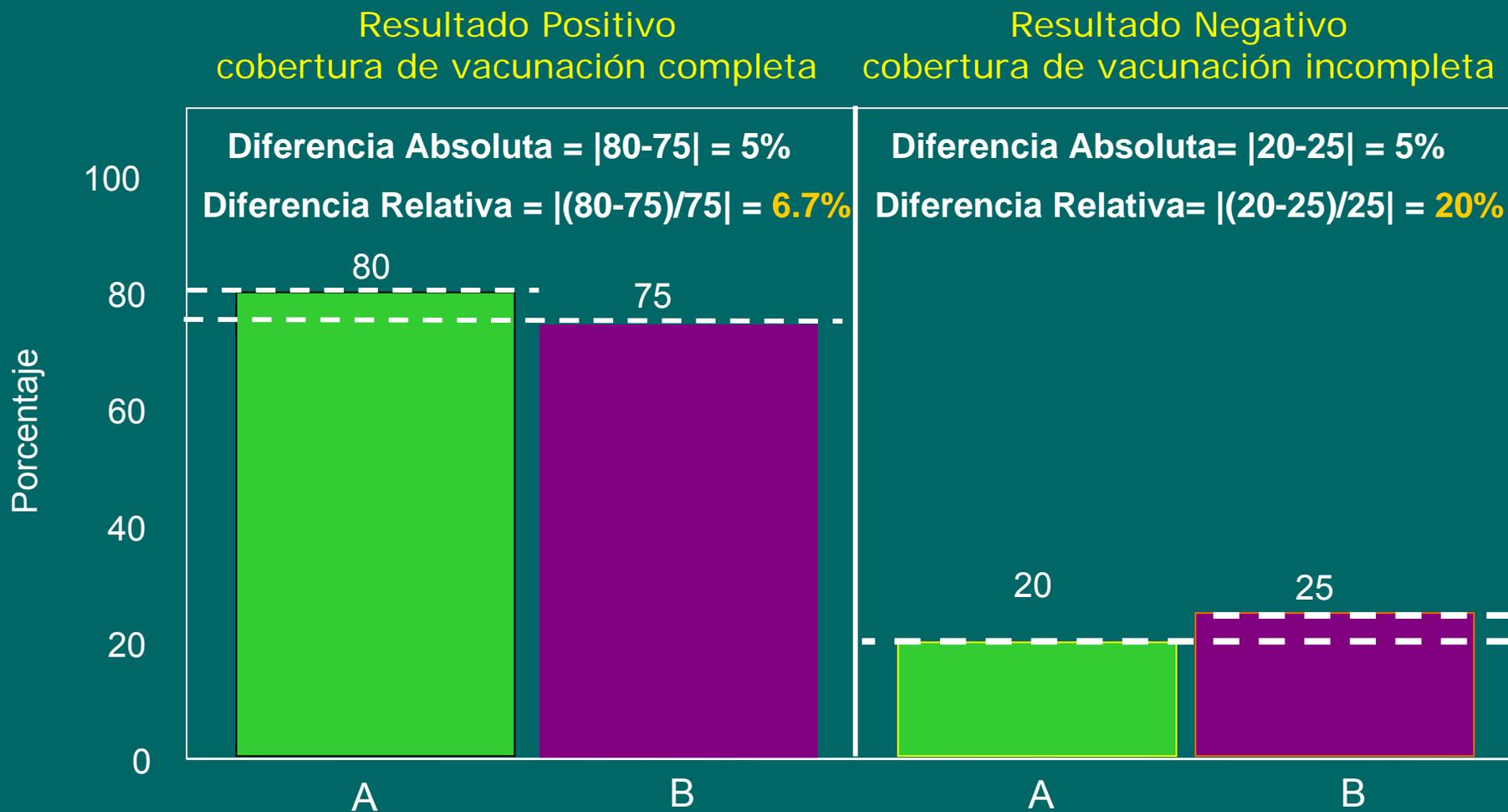
TMI: 8.4 muertes
por 1,000 nacidos vivos

BPN: 6.4%

TMI: 2.5

BPN: 2.0

¿Cuál es la desigualdad en la cobertura de vacunación entre los Grupos A y B?



NOTA: datos simulados

pasos analíticos en la medición de desigualdades en salud

Paso 1: inspeccione los datos desagregados subyacentes

Paso 2: determine la pregunta sobre desigualdad a responder

Paso 3: escoja una medida resumen de desigualdad en salud

Medidas resumen de desigualdad en salud recomendadas

– Grupos sociales nominales (no-ordinales)

- medidas basadas en rango e índice de disparidad
- **Varianza entre Grupos (desigualdad absoluta)**
- **Índice de Theil o Desviación Log-Media (desigualdad relativa)**

– Grupos sociales ordinales

- Índice de concentración en salud (desigualdad relativa)
- Índice relativo de desigualdad (desigualdad relativa)
- Índice de desigualdad de la pendiente (desigualdad absoluta)

Ejemplos de medidas de rango: riesgo relativo (RR), exceso de riesgo (ER)

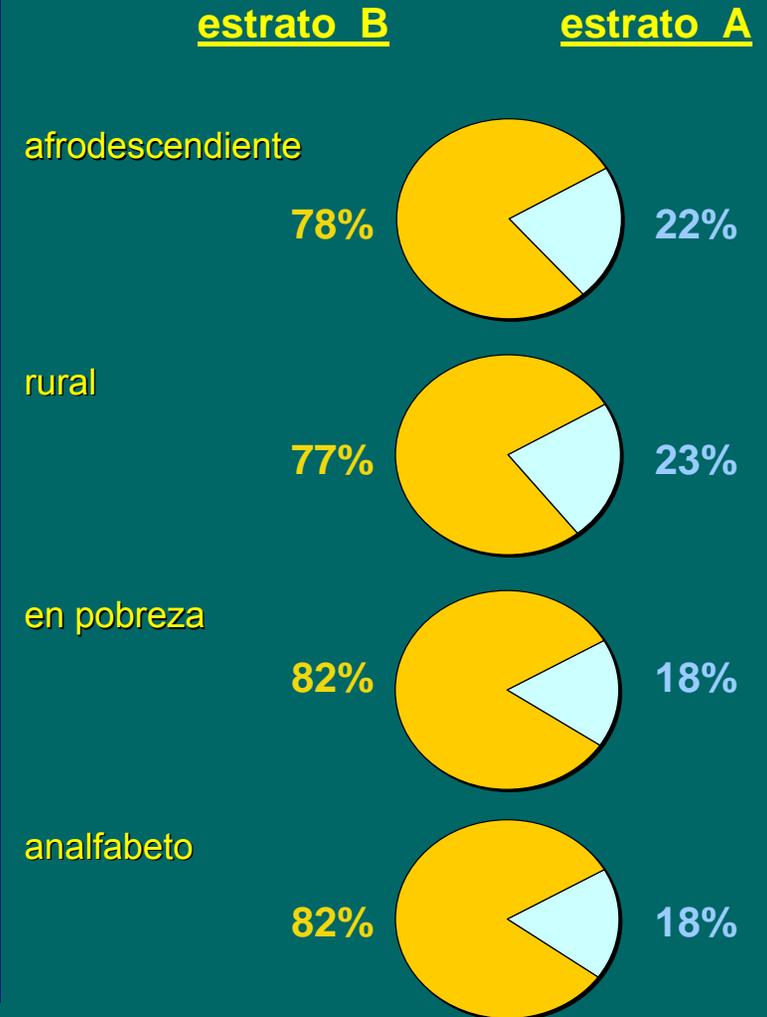
Desigualdades Educativas en IMC (BRFSS 1990)

Nivel Educativo	%	IMC	RR	ER
<8 años	5.66	26.6	1.09	2.2
Media incompleta	10.65	25.7	1.05	1.3
Media completa	34.10	25.1	1.03	0.7
Superior incompleta	25.95	24.6	1.01	0.2
Superior completa	23.63	24.4	1.00	0.0

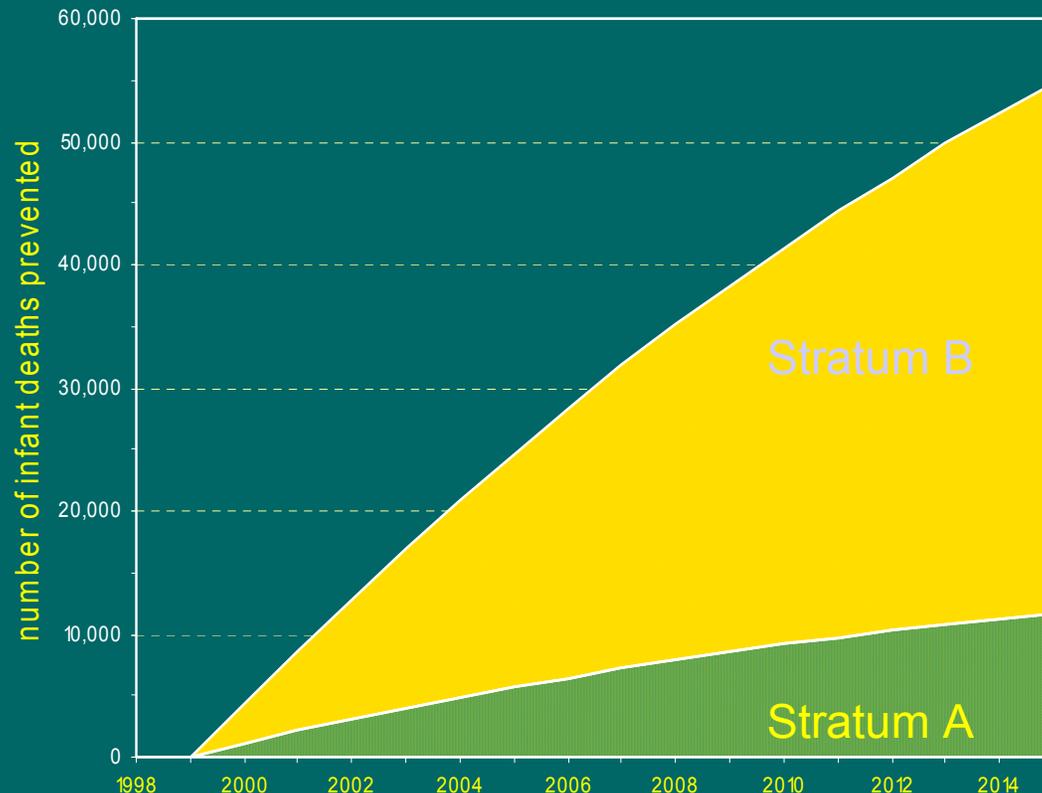
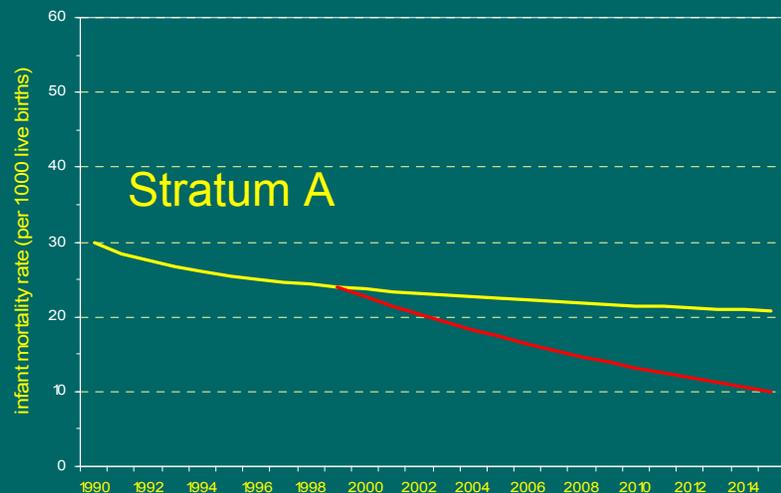
Ventajas y Desventajas de las Medidas de Rango

- Ventajas
 - fáciles de calcular e interpretar
- Desventajas
 - la interpretación depende del grupo de referencia seleccionado
 - son insensibles al tamaño del grupo
 - ignoran la información de los grupos intermedios

alcanzar el ODM4 con equidad: el caso de Brasil



alcanzar el ODM4 con equidad: el caso de Brasil



Brazil: FGA scenario	prevented deaths up to 2015	death incidence pool up to 2015
Stratum A	153,551	304,695
Stratum B	551,452	1,056,314

Brasil: impacto en salud pública de cinco escenarios ODM4



escenario de reducción del riesgo de muerte infantil	tasa de mortalidad infantil (<i>riesgo absoluto al 2015</i>)			brecha media interestrato (<i>RR 2015</i>)
	estrato A	estrato B	país	
riesgo constante ($k=1998$)	24.0	41.1	36.2	1.7
sostenimiento de la tendencia actual	20.8	36.0	29.6	1.7
estrategia 'trickle down'	8.0	36.0	27.2	4.5
alcance proporcional del ODM4	10.1	17.9	16.5	1.8
alcance equitativo del ODM4	16.5	16.5	16.5	1.0

Índice de Disparidad

Mide la **desviación media** de las tasas de los grupos respecto a un punto de referencia (¿la mejor tasa?), expresada como proporción de dicho punto de referencia

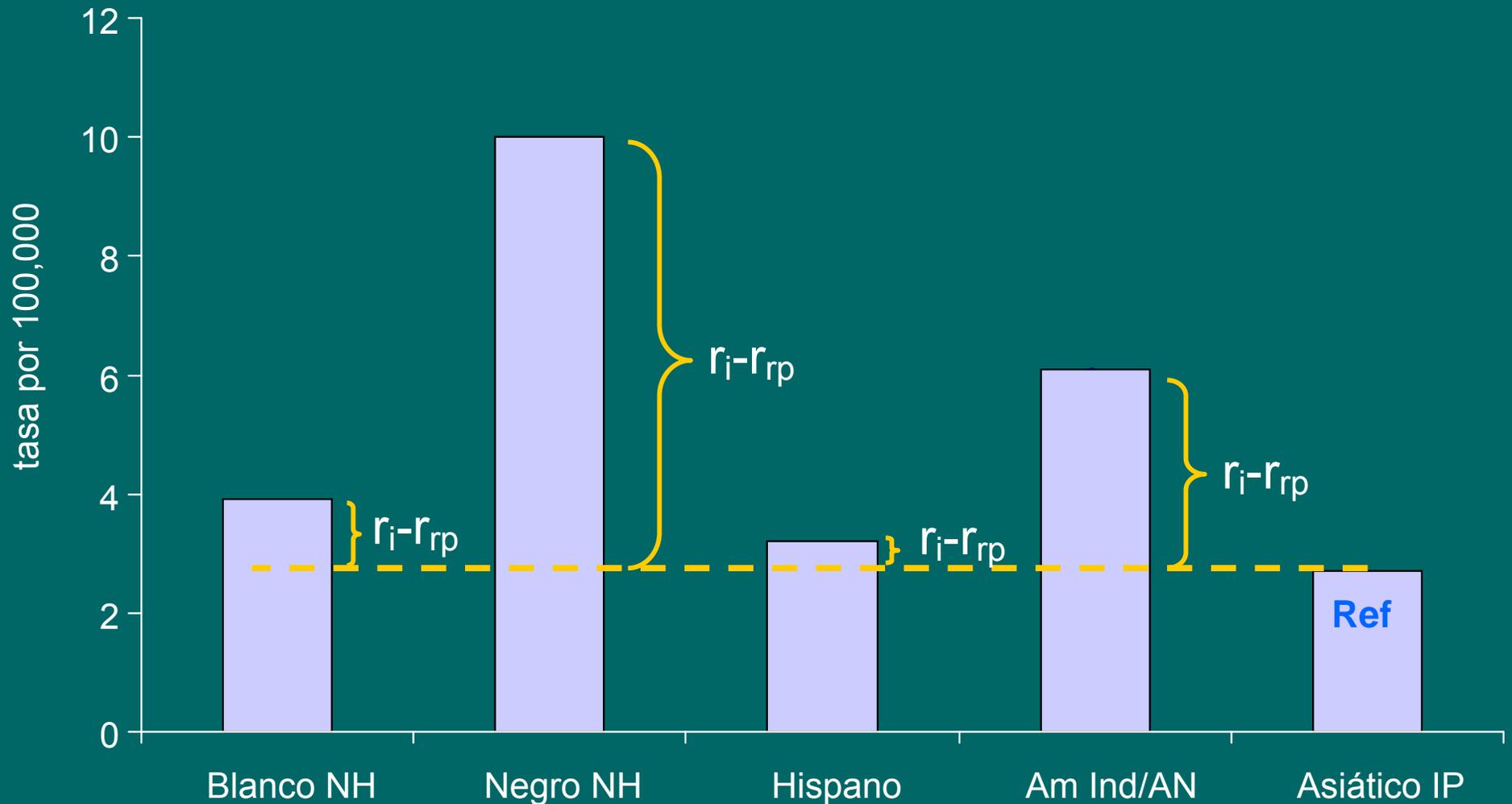
– fórmula:

$$\left(\sum_{i=1}^n |r_i - r_{rp}| / n \right) / r_{rp}$$

– donde:

- r_i es la tasa en el grupo i
- r_{rp} es la tasa para el punto de referencia
- n es el número de grupos o el número de grupos menos 1 si uno de los grupos es el punto de referencia

ejemplo de cálculo del índice de disparidad con datos hipotéticos



índice de disparidad: cálculo

¿Qué tan grande es la desviación media entre las tasas de mortalidad infantil específicas por raza/etnia y la tasa global como proporción de esa tasa global?

raza/etnia de la madre	tasa de mortalidad infantil	$ r_i - r_{rp} $
Blanca no hispana, r_1	6.0	1.2
Negra no hispana, r_2	13.9	6.7
Hispana, r_3	5.8	1.4
Asiática/isleña del Pacífico, r_4	5.5	1.7
Amerindio/nativo de Alaska, r_5	9.3	2.1
tasa global, r_{rp}	7.2	-
suma de las desviaciones = $\sum r_i - r_{rp} $		13.1
desviación media = $\sum r_i - r_{rp} / n$		2.62
Índice de Disparidad = desviación media / punto de referencia = $(\sum r_i - r_{rp} / n) / r_{rp}$		0.36

Índice de Disparidad

—la importancia del grupo de referencia—

La elección del **grupo de referencia** es crucial para interpretar la extensión de la desigualdad en salud.

Grupo Referente	índice
tasa global	0.36
“mejor” grupo (Asiático/isleño del Pacífico)	0.59
promedio de las tasas grupales	0.35
tasa-objetivo	0.37

Ventajas y desventajas del índice de disparidad

- **Ventaja**
 - Sensible a las diferencias en salud entre todos los grupos socioeconómicos
- **Desventaja**
 - No considera el tamaño relativo de cada grupo

¿Qué es la Varianza entre Grupos?

Una medida de la desviación de la tasa de cada grupo respecto al promedio poblacional que pondera cada grupo por su tamaño poblacional.

– fórmula:

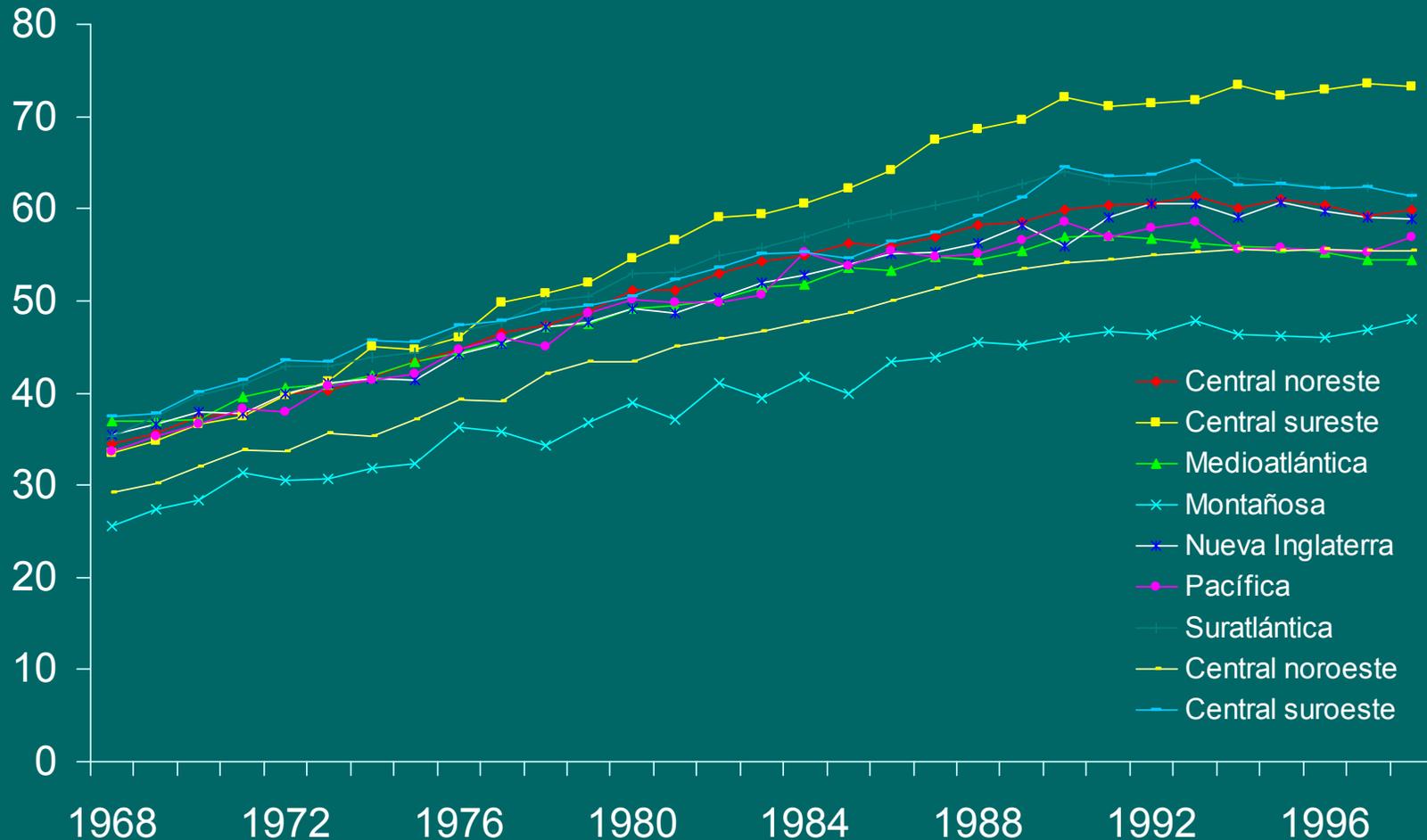
$$\sum_{j=1}^J p_j (y_j - \mu)^2$$

– donde:

- y_j es la tasa en el grupo j
- μ es la tasa promedio poblacional
- p_j es la fracción grupal de la población total

Varianza entre Grupos — un ejemplo

Mortalidad por cáncer pulmonar, divisiones geográficas EUA (1968-98)



Varianza entre Grupos (VeG): cálculo

$$\sum_{j=1}^J p_j (y_j - \mu)^2$$

Región	% pob	1968		1998		
		tasa	VeG	% pob	tasa	VeG
Nueva Inglaterra	5.9	35.0	0.0	5.0	56.3	0.0
Medioatlántica	18.5	37.0	0.9	14.2	54.0	1.3
Central noreste	20.0	34.5	0.0	16.2	59.6	1.0
Central noroeste	8.1	29.2	2.5	6.9	54.8	0.4
Suratlántica	14.8	35.3	0.1	18.2	60.0	1.7
Central sureste	6.3	32.6	0.3	6.1	70.1	10.4
Central suroeste	9.4	36.8	0.4	11.1	62.1	2.9
Montañosa	3.9	27.5	2.1	6.3	46.2	7.4
Pacífica	13.0	36.1	0.3	15.9	50.7	6.4
Total	100.0	34.7	6.5	100.0	57.0	31.5

Ventajas y desventajas de la varianza entre grupos

- **Ventajas**
 - relativamente fácil de calcular; interpretación directa
 - usa información de todos los grupos sociales
 - no exige que los grupos sociales sean ordinales
 - pondera por el tamaño de los grupos sociales
 - más sensible a los desvíos más alejados respecto del promedio poblacional
- **Desventajas**
 - exige que el valor de referencia sea la tasa global poblacional
 - es insensible a cambios en la distribución socioeconómica de las desigualdades en salud

consideraciones finales

1. Es improbable que con un sólo número podamos expresar adecuadamente la extensión y los cambios en las desigualdades en salud.

Necesitamos un “paquete” de indicadores, especialmente al comparar grupos que no tienen un orden natural (por ejemplo, las comparaciones por pertenencia étnica).

consideraciones finales

2. Las medidas simples, como por ejemplo los riesgos relativos, son más transparentes e intuitivas, pero proporcionan información menos precisa.
3. ¿Cuál es la mejor medida para comunicarse con las autoridades políticas?

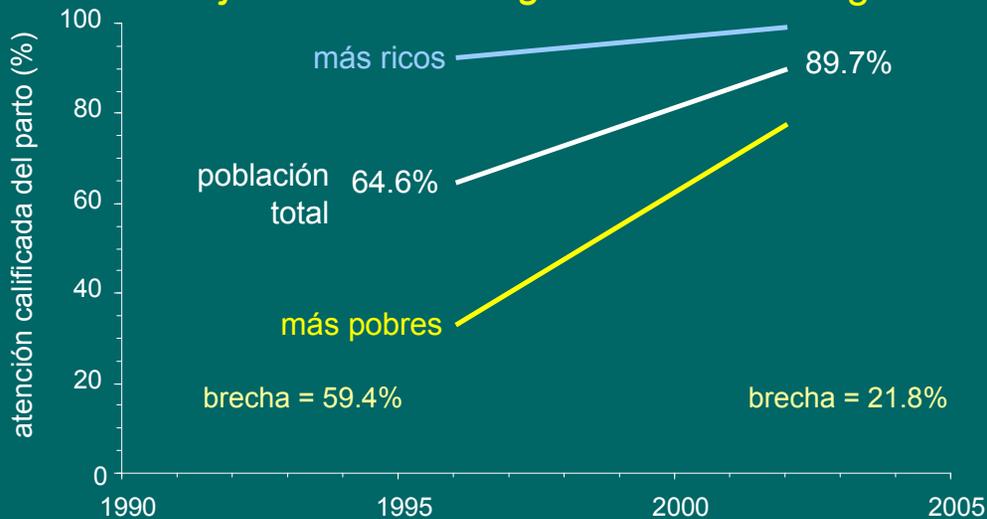
marco conceptual para evaluar cambios en la desigualdad en salud

BRECHA SOCIAL RELATIVA

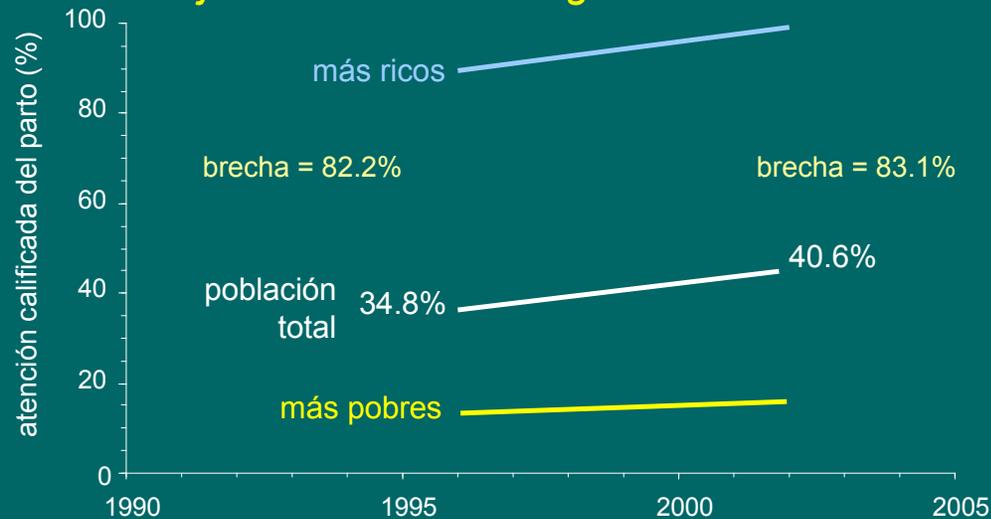
		estrechándose	ensanchándose
TENDENCIA POBLACIONAL PROMEDIO	mejorando	EL MEJOR RESULTADO	MEJORAMIENTO CON DESIGUALDAD mejoría para los más privilegiados, pero no para los menos privilegiados
	empeorando	EMPEORAMIENTO CON PROTECCION deterioro con un elemento de protección social hacia los menos privilegiados	EL PEOR RESULTADO

tendencias subnacionales de la desigualdad socioeconómica en la atención calificada del parto; América Latina, 1996-2002 (DHS)

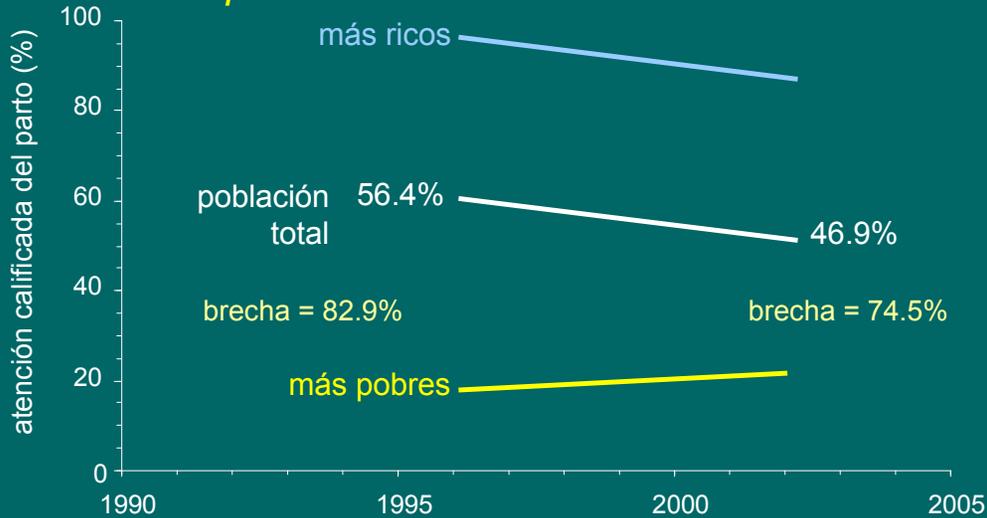
“Mejoramiento con Igualdad” – Nicaragua



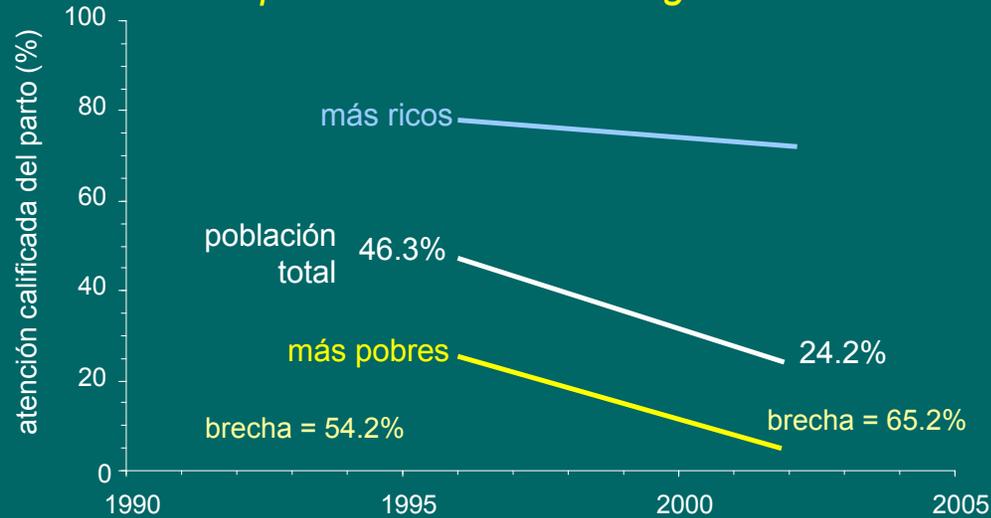
“Mejoramiento con Desigualdad” – Guatemala



“Empeoramiento con Protección” – Perú



“Empeoramiento con Desigualdad” – Haití



puntos de acceso para la política y las intervenciones

- disminución de la **estratificación social** en sí, reduciendo las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a una jerarquía social.
- disminución de la **exposición específica** a factores perjudiciales para la salud que sufre la gente en situación de desventaja.
- reducción de la **vulnerabilidad** de las personas desfavorecidas a la situación perjudicial para la salud en que se encuentran.
- intervención por medio de la **atención de salud** para reducir las consecuencias desiguales de los problemas de salud y prevenir una mayor degradación socioeconómica de los sectores desfavorecidos que se enferman.



“Aún si adoptamos la desigualdad como una noción objetiva, nuestro interés en su medición debe estar a la par con nuestra preocupación normativa sobre ella y, al juzgar los méritos relativos de diferentes medidas objetivas de desigualdad, sería ciertamente relevante introducir consideraciones normativas. Al mismo tiempo, aún si adoptamos una visión normativa de las medidas de desigualdad [de ingreso] esto no necesariamente significa que capturamos la totalidad de nuestra evaluación ética.”

Amartya Sen; *On Economic Inequality*, 1973.

muy pronto: curso autoinstruccional gratuito



Universidad de Michigan

Ministerio de Salud de
Brasil

Universidade Federal de
Rio Grande do Sul

Universidad Peruana
Cayetano Heredia

OPS/OMS

*Así, pues, no habrá camino
que no recorramos juntos:
tratamos el mismo asunto
orientales y argentinos;
ecuatorianos, fueguinos,
venezolanos, cusqueños,
blancos, negros y trigueños
forjados en el trabajo,
nacimos del mismo gajo
del árbol de nuestros sueños.*

Alfredo Zitarrosa



SANCHO IS FIRED :: CUBA :: VARADERO :: © SERGE DANYSHESKY 2003

Gracias!!

mujicaos@paho.org