



El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud*

Ahmad Reza Hosseinpoor,¹ Nicole Bergen,¹ Theadora Koller,² Amit Prasad,³
Anne Schlotheuber,¹ Nicole Valentine,⁴ John Lynch,⁵ and Jeanette Vega⁶

Forma de citar (artículo original)

Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlotheuber A, et al. (2014) Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. PLoS Med 11(9): e1001727. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.

RESUMEN

El monitoreo de las desigualdades en la salud es fundamental para el logro progresivo y equitativo de la cobertura universal de salud. Para que tenga éxito, el monitoreo global de las desigualdades debe ser lo suficientemente intuitivo a fin de que pueda adoptarse ampliamente y debe mantener al mismo tiempo su credibilidad técnica. En este artículo se analizan algunas consideraciones metodológicas para el monitoreo de la cobertura universal de salud orientado a la equidad y se proponen recomendaciones con respecto al monitoreo y el establecimiento de metas. La desigualdad es multidimensional, de modo que el grado de desigualdad puede variar considerablemente entre distintas dimensiones, como la posición económica, la educación, el sexo y la residencia urbana o rural. Por ello, el monitoreo global debe incluir dimensiones complementarias de la desigualdad (como la posición económica y la residencia urbana o rural) y el sexo. Para una dimensión dada de la desigualdad, deben establecerse subgrupos para el monitoreo considerando la aplicabilidad de los criterios entre los países y la heterogeneidad de los subgrupos. En el caso de la desigualdad asociada a la posición económica, recomendamos formar subgrupos utilizando quintiles y para la desigualdad por residencia urbana o rural, recomendamos una categorización binaria. La desigualdad abarca las poblaciones, por lo que los enfoques apropiados para el monitoreo deben basarse en comparaciones entre dos subgrupos (enfoque de brecha) o entre múltiples subgrupos (enfoque de gradiente o espectro completo). Al medirse la desigualdad, las mediciones absolutas y relativas deben comunicarse al mismo tiempo, junto con los datos desagregados; la desigualdad debe informarse junto con el promedio nacional. Recomendamos establecer metas que se basen en reducciones proporcionales de la desigualdad absoluta en los grupos poblacionales. Crear la capacidad de monitorear las desigualdades en la salud es oportuno, pertinente e importante. El desarrollo de sistemas de información de salud de alta calidad, incluidas la recolección, el análisis y la interpretación de los datos y las prácticas de presentación de informes vinculadas a los ciclos de revisión y evaluación en los sistemas de salud, permitirá realizar un monitoreo eficaz de las desigualdades en la salud a escala mundial y nacional. Estas medidas apoyarán el logro progresivo de la cobertura universal de salud orientado a la equidad.

© Organización Panamericana de la Salud, 2015, versión en español. Todos los derechos reservados.

© 2014 Hosseinpoor et al, versión en inglés. Artículo de acceso abierto distribuido conforme a las condiciones de la licencia Creative Commons, que permite uso, distribución y reproducción irrestrictos en cualquier medio, siempre que se reconozca a los autores y fuentes originales.

¹ Departamento de Estadísticas y Sistemas de Información Sanitarios, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Para la correspondencia:

Ahmad Reza Hosseinpoor, hosseinpoora@who.int
² Género, Equidad y Derechos Humanos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

³ Centro para el Desarrollo Sanitario, Organización Mundial de la Salud, Kobe, Japón.

⁴ Departamento de Salud Pública, Determinantes Ambientales y Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

⁵ Escuela de Salud Poblacional, Universidad de Adelaida, Adelaida, Australia.

⁶ Fundación Rockefeller, Nueva York, Estados Unidos de América.

* Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud, con autorización de los autores, del artículo original en inglés publicado en PLoS Medicine, el 22 de septiembre de 2014. En caso de discrepancia entre ambas versiones, prevalecerá la original (en inglés). La versión original de este artículo forma parte de la colección de PLOS sobre la cobertura universal de salud.

Puntos principales

- El logro equitativo de la cobertura universal de salud requiere un enfoque de monitoreo orientado a la equidad; los defensores de la equidad deben aunarse al proponer una plataforma de monitoreo técnicamente sólida que sea fácil de comprender y transmitir.
- El monitoreo global debe incluir dimensiones complementarias de la desigualdad (como la posición económica y la residencia urbana/rural, además del sexo), adoptar un enfoque de brecha o gradiente (espectro completo) y operacionalizar las mediciones asociadas con los aspectos económicos usando quintiles.
- Deben comunicarse las mediciones de las desigualdades tanto absolutas como relativas, así como los datos desagregados; los promedios nacionales deben presentarse junto con el monitoreo de la desigualdad.
- Las metas para el monitoreo global de las desigualdades en la salud deben basarse en la reducción proporcional de la desigualdad absoluta.
- Los países pueden desarrollar capacidad para el monitoreo de las desigualdades en la salud mediante el fortalecimiento de sus sistemas de información de salud para la recolección, el análisis, la presentación de informes y la diseminación de datos.

Antecedentes

En años recientes el monitoreo de las desigualdades en la salud —definidas como las diferencias en la salud que se observan entre subgrupos de una población— ha cobrado impulso a nivel mundial (1–4). El monitoreo de las desigualdades en la salud puede considerarse una plataforma para evaluar la inequidad en la salud, un concepto normativo que designa las diferencias en salud evitables e injustas entre subgrupos de una población derivadas de algún tipo de desventaja social (5). El monitoreo global de las desigualdades en la salud dentro de un país (es decir, comparaciones entre países de las desigualdades que se registran dentro de cada país sobre la base de indicadores y enfoques de medición estandarizados) es una práctica importante para promover la equidad en la salud, ya que facilita las comparaciones a través de las fronteras y a lo largo del tiempo, y permite a los países realizar análisis de puntos de referencia (*benchmarking*) y aprender de las experiencias de los demás (6). El monitoreo concurrente de las desigualdades a nivel nacional es valioso porque, además de contribuir al monitoreo mundial, permite tener en cuenta los factores y las prioridades específicas al contexto.

A medida que se acerca la fecha límite de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los planes para el marco de desarrollo mundial después del 2015 incluyen un atención especial a la cobertura universal de salud (7), un movimiento que constituye una largamente anhelada prioridad cada vez más importante para la Organización Mundial de la Salud y sus Estados Miembros (8), que cuenta con el respaldo de la Asamblea General de las Naciones Unidas (9). El objetivo último de la cobertura universal de salud está directamente vinculado a la eliminación de las inequidades: asegurar

que todas las personas que necesitan servicios de salud puedan recibirlos sin sufrir dificultades financieras indebidas (8, 10). Sin embargo, a menos que se diseñen con un enfoque orientado a la equidad, los movimientos hacia la cobertura universal de salud pueden producir beneficios tempranos o acelerados para los subgrupos favorecidos y dejar atrás a otros (11). Esta implementación “por goteo” (*trickle down*) puede empeorar la situación de las poblaciones desfavorecidas, según la ley de atención inversa (12) y puede exacerbar las desigualdades si la universalidad no se logra plenamente (13). Por ello, el monitoreo de las desigualdades es fundamental para rastrear el impacto de las intervenciones de salud que apuntan a la universalidad, para asegurar que el proceso no deje atrás a ningún grupo desfavorecido y para promover el progreso concurrente o acelerado entre los más desfavorecidos y a lo largo del gradiente social (14).

En las recomendaciones en torno tanto a la agenda para el desarrollo después del 2015 (7, 15) como a la cobertura universal de salud (8, 16, 17), se ha instado a prestar mayor atención al monitoreo de la reducción de las desigualdades (8, 16, 17). De hecho, el movimiento global emergente hacia la cobertura universal de salud presenta oportunidades para la promoción e incorporación amplias del monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel mundial. Sería conveniente que los defensores de la equidad en la salud adoptaran un frente unido para abogar por indicadores y metas relacionados con la equidad que puedan ser aceptados y utilizados por los diversos interesados directos. El establecimiento de métodos y metas para el monitoreo global facilita que las comparaciones globales sean maneras reveladoras y sustanciales de medir y presentar informes sobre el progreso en torno a un conjunto de indicadores comunes.

El monitoreo global de las desigualdades en la salud requiere un enfoque integral y unificado. El monitoreo global para la cobertura universal de salud debe ser sencillo y fácil de comprender y debe mantener al mismo tiempo suficiente rigor técnico para sustentar la toma de decisiones basada en la evidencia. Además de identificar un conjunto común de indicadores de salud entre países, deben considerarse los siguientes aspectos: seleccionar las dimensiones pertinentes de desigualdad (¿sobre la base de qué dimensión o dimensiones se definirán los subgrupos de población?); establecer los subgrupos (¿cómo deberían definirse las dimensiones de la desigualdad para medir la desigualdad entre los desfavorecidos y favorecidos?); seleccionar enfoques apropiados para el monitoreo (¿cómo se harán comparaciones entre las poblaciones?); medir y comunicar la desigualdad (¿cómo pueden expresarse las situaciones de desigualdad de manera integral?); y establecer las metas (¿cómo se medirá el éxito?).

El propósito de este artículo es examinar las consideraciones metodológicas para el monitoreo de las desigualdades en la salud y proponer recomendaciones para el monitoreo y el establecimiento de metas. Si se adopta y se pone en práctica ampliamente un protocolo bien concebido para el monitoreo global de las desigualdades dentro de cada país esto aunará a los interesados directos tras un propósito claro y común, lo que catalizará el progreso hacia la cobertura universal de salud orientado a la equidad.

Dimensiones pertinentes de la desigualdad

La desigualdad es multidimensional y se ha recomendado ampliamente que el monitoreo de las desigualdades incluya varias dimensiones distintas (6, 18, 19).

RECUADRO 1. Métricas para definir la posición económica y la residencia urbana/rural

La selección de mediciones —que tengan aplicabilidad en todos los países— para definir las dimensiones de la desigualdad está sujeta a limitaciones. Los desafíos surgen cuando se intenta formular una medición común mundialmente aplicable de la posición económica, ya que los constructos de posición económica difieren entre países de ingresos altos y países de ingresos medianos y bajos (22, 34). El ingreso individual o familiar está entre las mediciones preferidas de posición económica en los países de ingresos altos (donde es más probable que la remuneración sea monetaria y se reciba mediante empleo formal), mientras que los índices de bienes activos del hogar (que reflejan la posesión de bienes duraderos y las características del hogar) pueden ser una medición más factible en los países de ingresos medianos y bajos. Los datos sobre el consumo tienen que ver con el uso final de bienes y servicios, y se obtienen principalmente mediante la recolección de datos relativos al gasto (22). Esta es la metodología principal que se utiliza para el monitoreo internacional de la pobreza.

En el caso de la residencia urbana o rural, los criterios usados para diferenciar a los residentes urbanos y rurales no están estandarizados en todos los países. En algunos casos, las clasificaciones de residencia urbana o rural pueden ser objetivas y estar bien definidas, pero en otros puede haber considerable ambigüedad.

El monitoreo de múltiples dimensiones de la desigualdad no solo es importante conceptualmente para capturar distintos ejes de la desigualdad, sino que es relevante a nivel práctico, puesto que diferentes dimensiones de la desigualdad a menudo implican diferentes intervenciones. Por ejemplo, es improbable que las intervenciones que apuntan a mejorar la desigualdad asociada a la posición económica en la cobertura de los servicios de salud sean las mismas que las intervenciones para reducir la desigualdad relacionada con el sexo en la cobertura de los servicios de salud.

Ciertas dimensiones de la desigualdad, como el sexo y la edad, constituyen factores importantes, pero pueden no ser aplicables a todos los indicadores de salud. Por ejemplo, los datos deben desagregarse por sexo siempre que sea posible, teniendo en cuenta que el sexo puede no ser una dimensión de desigualdad pertinente para aquellos indicadores que solo se aplican a uno de los sexos, como los de servicios de salud reproductiva específicos para las mujeres y los servicios de salud materna. La edad solo se considera una dimensión pertinente de la desigualdad cuando la discriminación por razón de edad conlleva una cobertura inequitativa del servicio de salud, como puede ser el caso de la prevalencia del uso de anticonceptivos en las adolescentes en comparación con las mujeres adultas.

La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño anteriormente recomendaba la desagregación de datos sobre salud materna e infantil de acuerdo con seis dimensiones clave (riqueza, sexo, edad, residencia urbana/

rural, zona geográfica y etnicidad) y, donde fuera apropiado, educación, estado civil, número de hijos y estado con respecto a la infección por el VIH (19). En la resolución WHA62.14 de la Asamblea Mundial de la Salud, que respalda las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, se insta a los países a desagregar los datos por edad, sexo, etnicidad, raza, casta, ocupación, educación, ingresos y empleo, donde lo permita la legislación nacional y el contexto (20). Es importante señalar que la relevancia de ciertas dimensiones de la desigualdad (como la raza/etnicidad, casta, condición de aborígen, población migrante, religión y otras condiciones de minoría) puede variar según el entorno. Aunque el monitoreo mundial de estas dimensiones pueda ser impráctico, el monitoreo a nivel nacional debe diseñarse de manera que permita incorporar las dimensiones de la desigualdad pertinentes y específicas al entorno. Al incorporarse la cobertura universal de salud a la agenda de salud mundial, los expertos y grupos de consulta han propuesto recomendaciones para el monitoreo global de las desigualdades sobre la base de las dimensiones de desigualdad que puedan medirse de forma comparable entre países, como la posición socioeconómica, el sexo, la distribución geográfica y otros factores pertinentes (8, 16, 21).

Recomendamos que las actividades de monitoreo global incluyan dimensiones complementarias de la desigualdad, como la posición económica y la residencia urbana o rural; el sexo debería también incluirse.

Desde una perspectiva técnica, el monitoreo global de las desigualdades en la

salud en el marco de la cobertura universal de salud debería incluir idealmente cuatro dimensiones de desigualdad clave: la posición económica, la educación, el sexo y la residencia urbana/rural. De esta manera, se incluye a nivel mundial una gama razonablemente amplia de dimensiones de la desigualdad de alta relevancia y con disponibilidad de datos.

Dado que puede no ser factible cubrir cuatro dimensiones diferentes en el monitoreo global, las más apropiadas para su inclusión son la posición económica y la residencia urbana/rural. La posición económica es una métrica válida aplicada ampliamente para mostrar la distribución de la salud en una población, con sistemas de recolección de datos establecidos y estudio metodológico riguroso en diversos entornos (22). También es oportuno considerar la residencia urbana/rural como una segunda dimensión, ya que las dimensiones de desigualdad basadas en aspectos geográficos ofrecen puntos claros y fácilmente identificables para la intervención con políticas. La posición económica y la residencia urbana/rural pueden aplicarse ampliamente a todos los indicadores de salud. Para indicadores pertinentes, el sexo también debería incluirse en el monitoreo de las desigualdades, dado que la desagregación por sexo es esencial para promover la igualdad de género. La educación es un factor importante en la medida en que los distintos niveles puedan ser comparables entre países.

Formación de subgrupos

Para una dimensión dada de la desigualdad, establecer los criterios, el número y el tamaño de los subgrupos poblacionales es una consideración metodológica importante, que tiene implicaciones para el monitoreo. Aunque pueda parecer que algunas dimensiones de la desigualdad presentan naturalmente subgrupos claros (por ejemplo, la residencia urbana o rural, o el sexo femenino o masculino), un análisis más minucioso puede mostrar considerable ambigüedad; otras dimensiones, como la posición económica, requieren una clasificación más arbitraria, aunque justificada, de los subgrupos (véase el recuadro 1). La formación de los subgrupos para el monitoreo global de las desigualdades debe reflejar clasificaciones que tengan relevancia entre países.

Una consideración esencial cuando se forman subgrupos tiene que ver con la heterogeneidad de subgrupo. Esta cuestión puede surgir cuando los subgrupos son demasiado amplios, lo que enmascara diferencias internas importantes. Por ejemplo, los esfuerzos de monitoreo que se basan en el 40% más pobre de la población pueden ocultar lo que ocurre entre los más pobres de los pobres; una situación en la que el 20% más pobre tiene una cobertura mucho más baja que el siguiente 20% más pobre quedaría oculta si solo se presentaran los datos correspondientes al 40% más pobre combinado. La consecuencia de encubrir la situación del quintil más bajo es que puede detener el progreso hacia la meta de reducir las desigualdades en la salud más extremas. Asimismo, el ritmo acelerado de urbanización, sobre todo dentro de los países de ingresos bajos, ha cambiado la naturaleza de las desigualdades entre y dentro de las zonas urbanas y rurales en muchos países. Con el creciente número de personas que viven en asentamientos informales y barrios marginales (23), las desigualdades en la salud dentro de los entornos urbanos pueden constituir una importante prioridad para el monitoreo en ciertos países (24, 25). No obstante, el grado de heterogeneidad de una dimensión de desigualdad determinada puede variar entre los países y entre los indicadores de salud.

Recomendamos que en el monitoreo global la desigualdad asociada a la posición económica se operacionalice usando quintiles y la residencia urbana/rural se operacionalice como un resultado binario.

Los quintiles de riqueza, que dividen a la población en cinco segmentos sobre la base de la posición económica, pueden ser transmitidos y comprendidos fácilmente por públicos no especializados y han sido ampliamente aplicados en los informes de salud. El uso de quintiles para operacionalizar la desigualdad asociada a lo económico ayuda a mitigar el problema del enmascaramiento.

Si bien las categorías de zona urbana y rural pueden desagregarse aún más en el nivel nacional, la clasificación binaria ofrece una descripción concisa y aceptable del lugar de residencia, y puede aplicarse entre países para el monitoreo global (reconociendo que pueden variar los criterios nacionales para definir el subgrupo urbano y el rural).

Enfoques para el monitoreo de las desigualdades en la salud

Las decisiones sobre cómo enmarcar y medir las desigualdades en la salud tienen implicaciones importantes para el monitoreo (26); las conclusiones sobre las desigualdades en la salud y las interpretaciones de los cambios en las desigualdades en el tiempo pueden diferir según cómo se conceptualiza una situación. Existen tres enfoques que se usan comúnmente para conceptualizar y medir las desigualdades en la salud: peor situación (*worst-off*), brecha (*gap*) o espectro completo (gradiente) (27, 28).

El enfoque de “peor situación” para el monitoreo se centra únicamente en la situación del subgrupo más desfavorecido, que está efectivamente disociado del progreso en otros subgrupos más favorecidos. Por ejemplo, el enfoque de “peor situación” puede informar el progreso hacia la cobertura completa de un servicio de salud en el 40% más pobre de una población donde la cobertura inicial es la más baja. Este enfoque no brinda una indicación de la desigualdad entre los subgrupos dentro de un país, sino más bien una manera de rastrear la situación en el subgrupo más desfavorecido (17). Sin datos sobre otros subgrupos, el enfoque de “peor situación” puede no brindar información importante para las políticas y pertinente para los programas que requieren los ministerios de salud para asegurar el logro progresivo de la cobertura universal de salud orientado a la equidad.

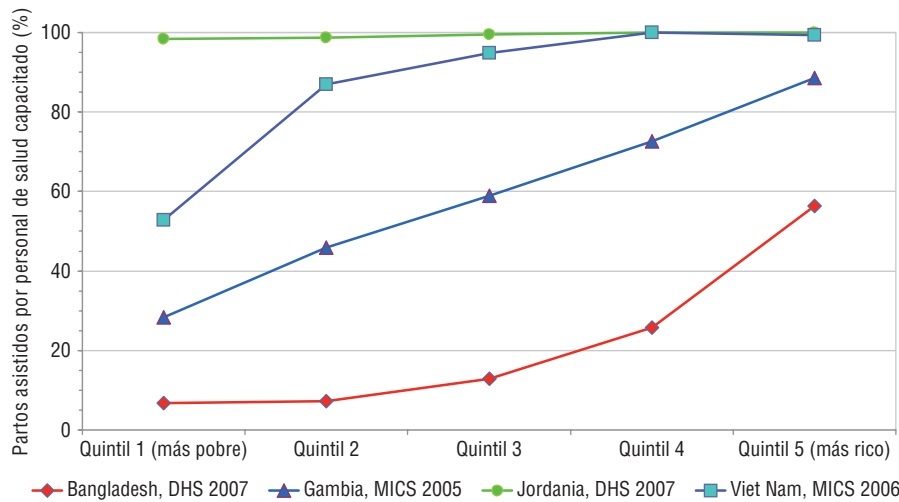
La desigualdad es un concepto relacional; por esta razón, la verdadera desigualdad en la salud se conceptualiza usando enfoques de brecha o de gradiente (espectro completo) que vinculan la situación de un segmento poblacional desfavorecido con la de un subgrupo más favorecido (27, 28). El enfoque de brecha considera las diferencias de salud entre dos subgrupos y puede aplicarse para expresar la desigualdad usando dimensiones de desigualdad que solo tengan dos categorías, pero también para demostrar la disparidad entre grupos extremos (como el 20% más rico frente al 20% más pobre). Para el logro progresivo de la cobertura universal de salud, la situación óptima es la nivelación hasta llegar a la cobertura completa, incrementando la cobertura tanto en el subgrupo más desfavorecido como en el subgrupo más favorecido, acompañada de una brecha cada vez menor

debido a mejoras más rápidas en el grupo más desfavorecido (29).

El enfoque de gradiente o espectro completo se aplica a dimensiones de la desigualdad que contienen múltiples subgrupos y considera la situación de toda la población. Los subgrupos pueden tener un ordenamiento inherente, como en el caso de la posición económica o la educación, o carecer de un ordenamiento natural, como en el caso de la zona geográfica o la raza. Aunque la distinción de si los subgrupos son inherentemente ordenables o no puede implicar métodos diferentes, la desigualdad puede expresarse eficazmente a través de dimensiones de desigualdad que contengan múltiples subgrupos.

En el caso de las dimensiones de desigualdad que pueden ser ordenadas, la desigualdad a lo largo del gradiente social puede demostrarse eficazmente mediante la identificación de patrones de desigualdad en los datos desagregados. Como se ilustra con la cobertura de los partos asistidos por personal de salud capacitado en cuatro países, existen cuatro patrones de desigualdad característicos a través de los gradientes sociales, cada uno de los cuales indica una respuesta distinta de políticas (figura 1). En situaciones de *privación generalizada*, como queda demostrado en Bangladesh, el grupo más desfavorecido abarca un segmento amplio de la población, más allá de 20% o incluso de 40% más pobre. Un patrón de *privación generalizada* puede indicar la necesidad de políticas con un enfoque amplio que abarque toda la población. La *exclusión marginal* que revelan algunos indicadores de salud, como en Viet Nam, donde la desventaja es experimentada en mayor medida por una proporción pequeña de la población, puede ser mejor abordada principalmente por medio de la focalización en los más desfavorecidos. Los patrones de *alineamiento gradual (queuing)*, como en Gambia, requieren una combinación de atención centrada en la población general junto con focalización en los más desfavorecidos. Por último, el patrón de *cobertura completa* en Jordania requiere del monitoreo continuo para asegurar que esta situación favorable se mantenga. Examinar las siluetas de desigualdad a través de un gradiente es un aspecto importante del monitoreo nacional, ya que revela patrones en los datos desagregados y genera evidencia para respaldar políticas y focalización apropiadas

FIGURA 1. Patrones de desigualdad por quintiles de riqueza, ilustrados con la cobertura de partos asistidos por personal de salud capacitado



Se muestran cuatro patrones de desigualdad característicos a través de los quintiles de riqueza de los hogares para la cobertura de partos asistidos por personal de salud capacitado en cuatro países: Bangladesh (privación generalizada), Gambia (alineamiento gradual), Jordania (cobertura completa) y Viet Nam (exclusión marginal). Los datos recolectados forman parte de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), 2005–2007. Los quintiles de riqueza se determinaron usando los índices de bienes activos del hogar. Fuente: [18]. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.g001

para la promoción de la cobertura universal de salud (18).

Recomendamos monitorear las desigualdades en la salud aplicando el enfoque de brecha o, alternativamente, el enfoque de gradiente o espectro completo.

Es importante destacar la necesidad de considerar simultáneamente la situación en al menos dos subgrupos de la población, especialmente cuando se rastrea el progreso en el tiempo. Esta práctica es particularmente importante con respecto

al logro progresivo de la cobertura universal de salud, pues lo óptimo sería que las mejoras sean aceleradas en los grupos desfavorecidos.

Si bien una dimensión binaria de la desigualdad, como la residencia urbana/rural o el sexo, solo puede medirse usando un enfoque de brecha, la desigualdad asociada a la posición económica puede monitorearse tanto con un enfoque de brecha (comparando dos subgrupos, como los quintiles más pobre y más rico) como con un enfoque de espectro completo (a través del gradiente de riqueza). Desde una perspectiva técnica, el enfoque de espectro completo (gradiente) ofrece una representación más matizada y cabal de la desigualdad, que permite una presentación y medición más sofisticadas de la desigualdad (18, 30). El enfoque de espectro completo considera la información en toda la población y, por lo tanto, posibilita una apreciación completa de la forma de la desigualdad en una población, lo que aporta evidencia para iniciativas y políticas de focalización dirigidas a reducir el gradiente social en la salud (18, 27, 28). No obstante, usar uniformemente un enfoque de brecha para las desigualdades asociadas a la posición económica, la residencia urbana/rural y el sexo es ventajoso para comunicar el progreso en el monitoreo global de las desigualdades.

RECUADRO 2. Mediciones de desigualdad

La elección de una medición de desigualdad apropiada depende de la naturaleza de la dimensión de desigualdad (si los subgrupos tienen un ordenamiento o no) y de varias otras consideraciones, como el punto de referencia deseado (como el promedio general frente al subgrupo de mejor desempeño) y si los subgrupos se ponderan o no (teniendo en cuenta el tamaño de la población de cada subgrupo o tratando a los subgrupos como si fueran del mismo tamaño, respectivamente). Mientras que las comparaciones por pares (*pairwise*) generalmente no son ponderadas, las mediciones complejas pueden ser ponderadas o no ponderadas. Aunque la interpretación de las mediciones de desigualdad complejas puede ser menos intuitiva que las meras diferencias o razones, las mediciones complejas ofrecen ciertas ventajas sobre las comparaciones por pares: son útiles para expresar la desigualdad entre subgrupos de distinto tamaño y pueden tomar en cuenta los tamaños cambiantes de los subgrupos poblacionales. Cuando hay múltiples subgrupos, las mediciones complejas muestran la desigualdad en toda la población.

El índice de desigualdad basado en la pendiente y el índice de concentración de la desigualdad son dos ejemplos de mediciones complejas que expresan la desigualdad en un gradiente de subgrupos ordenados, como quintiles de riqueza o niveles de educación (18, 35). El índice de desigualdad basado en la pendiente es una medición absoluta que muestra, para un indicador de salud dado, la magnitud de la diferencia en todo el espectro, tomando en cuenta el valor promedio de la salud y el tamaño de la población en cada subgrupo. El índice de concentración es una medición relativa de la desigualdad que expresa el grado en que se concentra el indicador de salud en los grupos desfavorecidos o favorecidos.

Otras mediciones, como las de tipo varianza o el índice de Theil, pueden aplicarse a dimensiones de la desigualdad que tienen subgrupos que no presentan un ordenamiento natural, como las zonas geográficas o los grupos raciales/étnicos.

El riesgo atribuible poblacional es una medición de impacto basada en el concepto de que podría eliminarse la desigualdad si todos los subgrupos mejorasen hasta alcanzar el mismo nivel de salud que el subgrupo más favorecido o con mejor desempeño. El riesgo atribuible poblacional es una medición útil para mostrar el progreso hacia la cobertura universal de salud (18, 36).

En determinados temas de salud puede ser preferible utilizar mediciones específicas de la desigualdad en lugar de otras para adaptarse a una situación particular (37).

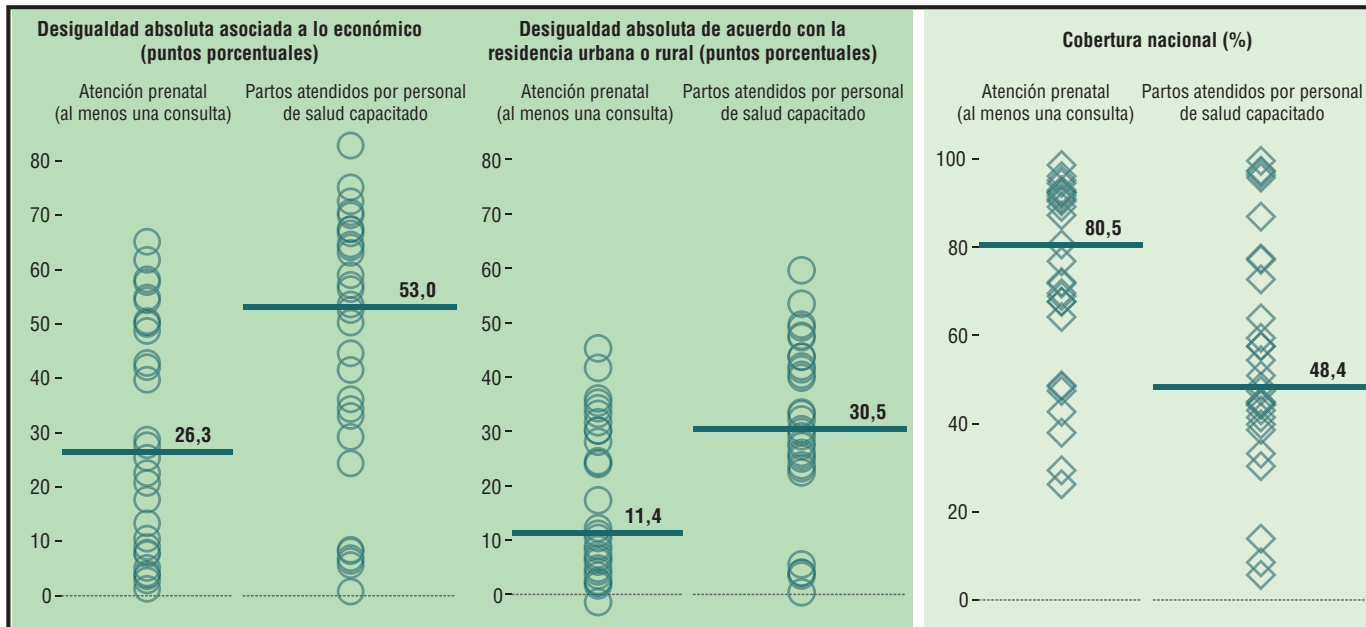
Medición y comunicación de la desigualdad

Las mediciones de la desigualdad en la salud resumen los datos desagregados de los subgrupos y expresan las desigualdades entre subgrupos de una manera concisa. Las mediciones de desigualdad pueden clasificarse de manera rudimentaria en: 1) comparaciones sencillas por pares entre dos subgrupos (*pairwise*), o 2) comparaciones complejas basadas en datos entre múltiples subgrupos, utilizadas cuando se adopta el enfoque de gradiente o cuando se mide la desigualdad entre subgrupos que carecen de un ordenamiento natural (18, 30). En el recuadro 2 se describen algunas mediciones de la desigualdad y las consideraciones para seleccionarlas.

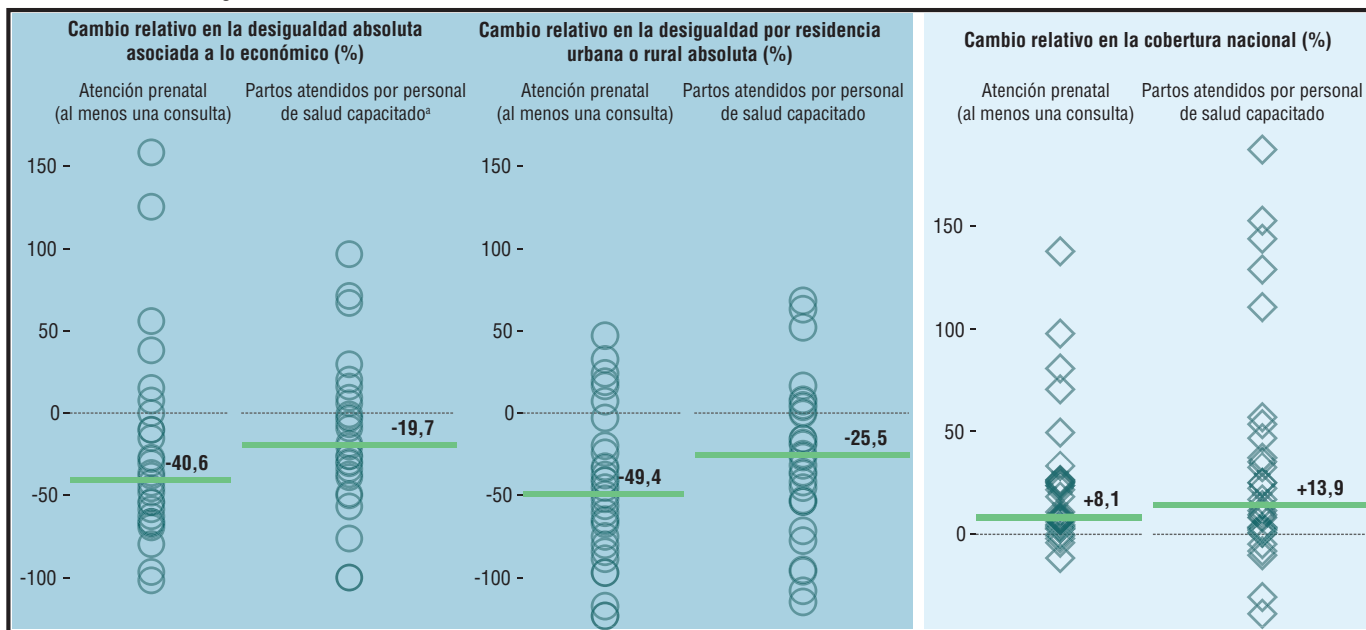
Las mediciones de la desigualdad comunican una desigualdad, ya sea absoluta o relativa. Las mediciones absolutas reflejan la magnitud de la desigualdad y retienen la misma unidad de medida (o similar) del indicador de

FIGURA 2. Visualización de metas modelo para el monitoreo global de la desigualdad en la cobertura de los servicios de salud

a. Línea de base



b. Cambio relativo a lo largo de 10 años



*No se muestran los datos para dos países atípicos.

Visualización de dos metas modelo para el monitoreo global de la cobertura de los servicios de salud (recuadro 3), aplicadas a la atención prenatal (al menos una consulta) y a los partos asistidos por personal de salud capacitado en 30-31 países. a) Línea de base de la desigualdad absoluta entre los quintiles más rico y más pobre (quintiles definidos usando índices de bienes activos del hogar) y entre las zonas urbana y rural, junto con la cobertura nacional general en la línea de base; b) cambio relativo en la desigualdad absoluta en 10 años, junto con el cambio relativo en la cobertura nacional. Las siluetas representan los países; cada país está representado por una silueta en cada panel. Las líneas horizontales indican los valores medianos de todos los países en el panel. Los datos recolectados forman parte de las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Dado que los años de encuesta no fueron los mismos en todos los países, los datos a nivel de país que abarcan intervalos de 9 a 11 años se extrajeron de las encuestas en dos puntos en el tiempo entre 1993 y el 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.g002

salud, lo que hace que la interpretación sea intuitiva. Las mediciones relativas muestran diferencias proporcionales y no retienen la unidad de medida, lo que resulta útil para hacer comparaciones entre indicadores de salud con distintas

unidades de medida. Una limitación importante de las mediciones relativas es la ausencia de información sobre la magnitud de la diferencia. Por ejemplo, una diferencia relativa de dos podría representar coberturas de 100% y 50%, o de 10%

y 5%, que reflejan diferencias absolutas muy diferentes (50 puntos porcentuales en comparación con 5 puntos porcentuales). En conjunto, las mediciones de desigualdad absoluta y desigualdad relativa comunican un entendimiento

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones para el monitoreo global orientado a la equidad

| Recomendación | Fundamento | Consideraciones técnicas y limitaciones |
|---|---|---|
| Las actividades de monitoreo global deben incluir dimensiones complementarias de la desigualdad, como la posición económica y la residencia urbana/rural; debe incluirse el sexo. | La desigualdad es multidimensional. | Idealmente, el monitoreo global debe incluir la posición económica, la educación, el sexo y la residencia urbana/rural. Las dimensiones pueden no ser igualmente aplicables entre países e indicadores de salud. |
| Para el monitoreo global, la desigualdad asociada a lo económico debe operacionalizarse usando quintiles y la residencia urbana/rural como un resultado binario. | Existe heterogeneidad dentro de los subgrupos poblacionales. | La formación de subgrupos por quintiles económicos sigue la convención anterior y ayuda a mitigar los problemas de enmascaramiento. La formación de subgrupos por residencia urbana/rural es intuitiva y puede aplicarse en todos los países. |
| La desigualdad en salud global se debe monitorear aplicando el enfoque de brecha o, alternativamente, el enfoque de gradiente o espectro completo. | La desigualdad abarca las poblaciones. | Para dimensiones de desigualdad basadas en dos subgrupos (como la residencia urbana/rural), el enfoque de brecha es apropiado; para más de dos subgrupos (como quintiles de riqueza), puede emplearse un enfoque de gradiente o espectro completo para expresar la desigualdad entre todos los subgrupos. |
| Debe informarse tanto la desigualdad absoluta como la relativa; si la comunicación debe ser concisa, enfatizar la desigualdad absoluta. | La desigualdad es un concepto tanto absoluto como relativo. | Las medidas absolutas o relativas usadas aisladamente no comunican plenamente la desigualdad y, por lo tanto, deben informarse juntas. La desigualdad absoluta indica magnitud y puede comprenderse más intuitivamente que la desigualdad relativa. |
| El monitoreo de las desigualdades debe informarse junto con una indicación del promedio nacional. | Monitorear desigualdades en la salud junto con el promedio nacional proporciona un contexto más completo. | Cuando se compara un grupo de países, presentar los valores medianos puede ser apropiado tanto para la desigualdad como para el promedio nacional. |
| Las metas deben basarse en la reducción proporcional de la desigualdad absoluta. | El nivel de línea de base de la desigualdad para distintos servicios de salud puede variar sustancialmente. | Idealmente, las metas deben capturar tanto la desigualdad absoluta como la relativa. Al establecer metas para lograr cambios en la desigualdad en el tiempo, las metas deben especificar una reducción proporcional en la desigualdad absoluta. |

integral de las desigualdades en la salud, sobre todo cuando se informan junto con los datos desagregados y el promedio nacional.

Recomendamos informar tanto la desigualdad absoluta como la relativa; si la comunicación debe ser concisa, recomendamos hacer énfasis en la desigualdad absoluta.

En condiciones óptimas, las mediciones de desigualdad absoluta y relativa deben informarse juntas para plasmar una comprensión más completa que cualquiera de las dos por separado. En el enfoque de brecha, la desigualdad se mide comúnmente como una diferencia (medición absoluta de desigualdad) o una razón (medición relativa de desigualdad) entre los dos subgrupos. Estas mediciones pueden aplicarse a estratificadores binarios (al mostrar la desigualdad entre residentes urbanos y rurales, o entre mujeres y hombres, por ejemplo), pero también a dimensiones de la desigualdad con múltiples subgrupos (al mostrar la desigualdad entre el quintil más rico y el más pobre, por ejemplo). Para dimensiones de la desigualdad con múltiples subgrupos, la desigualdad absoluta y relativa puede también medirse usando mediciones complejas de desigualdad, que toman en cuenta la cobertura en todos los subgrupos.

Cuando la comunicación sobre las desigualdades en la salud deba ser concisa, recomendamos centrarse en la desigualdad absoluta, ya que proporciona una indicación de la magnitud de la diferencia entre subgrupos y, por lo tanto, puede ser más simple de conceptualizar.

Recomendamos informar los datos desagregados y los indicadores resumidos de la desigualdad junto con el promedio nacional.

Independientemente de los enfoques y las mediciones elegidas para monitorear la desigualdad, es importante comunicar el progreso hacia la cobertura universal de salud tanto con respecto a los promedios como a la desigualdad (18), lo que proporciona el contexto para valorar la situación mundial de manera más integral. La desigualdad y el promedio nacional informados juntos transmiten una valoración más completa de la situación que cualquiera de ellos aisladamente.

Establecimiento de metas

En último término, la meta de la cobertura universal de salud es lograr 100% de cobertura de los servicios de salud esenciales con 100% de protección financiera y, por extensión, la eliminación de la desigualdad asociada. Dado

que la cobertura universal de salud debe implementarse de manera progresiva, las metas mundiales realistas basadas en la equidad deberían tomar en cuenta diferentes niveles de línea de base de las desigualdades y de los promedios nacionales. Las metas basadas en una reducción proporcional fueron usadas para ciertas metas de los ODM relacionados con la salud, que especificaban una reducción proporcional de la mortalidad materna y en la niñez en el transcurso de 25 años (31) y, por lo tanto, hicieron que los metas fuesen pertinentes para los países con niveles iniciales variables de mortalidad.

Recomendamos establecer metas basadas en la reducción proporcional de la desigualdad absoluta.

A fin de poner de relieve los cambios en la desigualdad en el tiempo y dar cuenta de los diferentes niveles de la línea de base de la desigualdad, recomendamos una meta que especifique una reducción proporcional en la desigualdad absoluta. Dado que los niveles de línea de base de la desigualdad para diferentes indicadores de salud pueden variar considerablemente, este enfoque para el establecimiento de metas ofrece mayor flexibilidad que una meta absoluta fija para todos los indicadores. Además, como el nivel de cobertura

que es factible puede ser diferente para distintos tipos de indicadores de salud, este enfoque atenúa la necesidad de establecer múltiples metas que sean específicas a las categorías de indicadores de salud.

Aunque lo idóneo sería establecer metas separadas y complementarias sobre la base de la desigualdad absoluta y relativa, reconocemos que puede ser más razonable abogar por el monitoreo de la desigualdad centrándose en un tipo de desigualdad. Esta recomendación se basa en la desigualdad absoluta puesto que refleja la magnitud de la diferencia. En el cuadro 1 se resumen las seis recomendaciones para el monitoreo global orientado a la equidad.

Un ejemplo de base empírica utiliza datos de encuestas de hogares de 1993 al 2011 para demostrar la aplicación y la

manera de informar esas seis recomendaciones en países de ingresos medianos y bajos (recuadro 3). La cobertura mediana para seis servicios de salud mostró reducciones en la desigualdad absoluta en el rango de 17,9% a 49,3% para la desigualdad relacionada con la posición económica (al menos cuatro consultas de atención prenatal y vacunación con DTP3, respectivamente) y de 25,5% a 54,7% para la desigualdad urbana/rural (partos asistidos por personal de salud capacitado y vacunación con DTP3, respectivamente) en un período de 10 años (cuadro 2).

Próximos pasos

De cara al futuro después del 2015, construir capacidades para el monitoreo de las desigualdades en la salud

tanto a nivel mundial como nacional es oportuno, pertinente e importante. La capacidad de un país para realizar el monitoreo de las desigualdades en la salud está determinada en gran medida por el desempeño del sistema de información de salud que recolecta y analiza los datos, informa las desigualdades y disemina los resultados. Aunque en el presente artículo se han explorado principalmente algunas consideraciones metodológicas para el monitoreo global de la desigualdad en salud, fortalecer la capacidad de un país para conducir el monitoreo de las desigualdades en la salud facilitará al mismo tiempo la mejora y ampliación de los esfuerzos nacionales de intervención sobre la desigualdad.

Se necesitan iniciativas que mejoren la recolección, calidad y uso de los datos para el monitoreo de las desigualdades en la salud (asegurando que se establezcan los mecanismos necesarios de protección de datos (32)) y que desarrollen las competencias técnicas para conducir regularmente el monitoreo de las desigualdades en salud. La robustez del sistema de información de salud de un país tiene implicaciones para el monitoreo de las desigualdades, dado que estos sistemas suministran los datos para las comparaciones entre subgrupos poblacionales. Es posible que no estén disponibles datos comparables y de buena calidad para un número de países o indicadores de salud, especialmente en lo que respecta a las líneas de base. Por ejemplo, en muchos países de ingresos medianos y bajos no existen encuestas de salud con examen en el hogar que contengan indicadores sobre enfermedades no transmisibles. Aunque el enfoque STEPwise de la OMS ha logrado avances en este sentido (33), se necesitarían inversiones considerables para ampliar y fortalecer las encuestas internacionales con datos y metodologías comparables (para más información sobre las fuentes de datos, véase el recuadro 4).

Una vez se disponga de los datos idóneos para los análisis de desigualdad, se requiere pericia para realizar esos análisis y comunicar los resultados. A fin de tener impacto y atraer el interés de una gama de interesados directos (incluidos quienes formulan políticas y el público en general), el monitoreo global de las desigualdades debe ser lo más sencillo y coherente posible. La tecnología de

RECUADRO 3. Cómo aplicar una meta basada en la reducción proporcional de la desigualdad absoluta e informar sobre el progreso en el tiempo: un ejemplo empírico

Con base en el progreso previo medido en varios indicadores de servicios de salud reproductiva, materna e infantil, especificamos algunas metas modelo para el monitoreo global de las desigualdades en la salud:

- Lograr una reducción de 50% en la diferencia absoluta de cobertura de servicios de salud entre el 20% más pobre y el 20% más rico.
- Lograr una reducción de 50% en la diferencia absoluta de cobertura de servicios de salud entre las zonas urbana y rural.

De conformidad con las recomendaciones propuestas para el monitoreo global de las desigualdades, estas dos metas modelo se aplicaron a datos empíricos procedentes de encuestas de hogares realizadas en el periodo de 1993 al 2011, considerando la cobertura de atención prenatal (al menos una consulta) y de partos asistidos por personal de salud capacitado en 30-31 países de ingresos medianos y bajos. La figura 2 es una representación visual de cómo podría presentarse tal meta, usando valores medianos derivados de los múltiples países de estudio para informar la desigualdad y el promedio nacional en la cobertura de servicios de salud. (Subrayamos que este ejercicio intenta ejemplificar una meta modelo y cómo medir y comunicar su progreso; el proceso de establecer metas para el monitoreo global de la cobertura universal de salud necesitará una exploración más amplia de datos empíricos, así como la consulta con expertos y representantes de país.)

La desigualdad absoluta mediana en la línea de base fue más baja para la atención prenatal que para los partos asistidos por personal de salud capacitado, tanto para la desigualdad asociada a la posición económica (26,3 y 53,0 puntos porcentuales, respectivamente) como para la desigualdad urbana/rural (11,4 y 30,5 puntos porcentuales, respectivamente). La mediana de la cobertura nacional en la línea de base, informada junto con la desigualdad, fue de 80,5% para al menos una consulta prenatal y 48,4% para partos asistidos por personal de salud capacitado (figura 2a).

En la figura 2b se muestra la reducción mediana en la desigualdad a lo largo de 10 años, que comprendió desde un mínimo de 19,7% de reducción para la desigualdad asociada a la posición económica en la cobertura de partos asistidos por personal de salud capacitado hasta un máximo de 49,4% de reducción en la desigualdad urbana/rural en la cobertura de al menos una consulta de atención prenatal. Los incrementos relativos en la cobertura general mediana fueron de 8,1% para al menos una consulta de atención prenatal y 13,9% para los partos asistidos por personal de salud capacitado.

Al considerar estos resultados en el contexto de la meta modelo, que especifica una reducción de 50%, la cobertura de la atención prenatal está más cerca de ser alcanzada que la cobertura de partos asistidos por personal de salud capacitado: a lo largo de 10 años, se ha alcanzado una reducción de 40% a 50% en las dos dimensiones de desigualdad en la cobertura de atención prenatal. Tendría que haber un progreso considerable en la cobertura de partos asistidos por personal de salud capacitado para alcanzar esta meta, dado que las desigualdades en este indicador de salud se redujeron entre 20% y 25% en el período de 10 años.

CUADRO 2. Aplicación de las recomendaciones sobre establecimiento de metas para el monitoreo global de la desigualdad en salud asociada a la posición económica y la residencia urbana/rural

| Indicador de salud | Desigualdad absoluta (más rico/más pobre) Línea de base (puntos porcentuales) | Reducción en desigualdad absoluta (más rico/más pobre) en 10 años | Desigualdad absoluta (urbana/rural) Línea de base (puntos porcentuales) | Reducción en desigualdad absoluta (urbana/rural) en 10 años | Cobertura mediana general Línea de base | Incremento mediano en cobertura en 10 años |
|---|---|---|---|---|---|--|
| Necesidades de planificación familiar satisfechas | 23,0 | 44,0% | 14,7 | 49,5% | 60,9% | 7,6% |
| Atención prenatal (al menos una consulta) | 26,3 | 40,6% | 11,4 | 49,4% | 80,5% | 8,1% |
| Atención prenatal (al menos cuatro consultas) | 32,2 | 17,9% | 22,3 | 34,7% | 51,5% | 22,2% |
| Partos asistidos por personal de salud capacitado | 53,0 | 19,7% | 30,5 | 25,5% | 48,4% | 13,9% |
| Vacunación con DTP3 | 23,2 | 49,3% | 10,8 | 54,7% | 72,1% | 17,3% |
| Vacunación contra el sarampión | 20,8 | 45,2% | 9,9 | 47,8% | 73,9% | 11,7% |

Se muestran datos pertinentes a la aplicación de metas para el monitoreo global de la cobertura de los servicios de salud, aplicados a seis indicadores de los servicios de salud reproductiva, materna e infantil en 26-31 países. La línea de base de la desigualdad absoluta se calculó como la diferencia mediana en la cobertura entre los quintiles más rico y más pobre (quintiles determinados usando los índices de bienes activos en el hogar) o entre las zonas urbana y rural. La reducción en la desigualdad absoluta a lo largo de 10 años se calculó como el cambio relativo mediano en la diferencia absoluta en la cobertura entre los quintiles más rico y más pobre, o entre las zonas urbana y rural en un intervalo de 10 años. La cobertura general mediana y el incremento mediano en la cobertura se presentan al lado. Los datos recolectados forman parte de las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Dado que los años de encuesta no fueron los mismos en todos los países, los datos a nivel de país que abarcan intervalos de 9 a 11 años se extrajeron de las encuestas en dos puntos en el tiempo entre 1993 y el 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.t002

visualización puede facilitar la presentación e interpretación de conjuntos densos de datos sobre la desigualdad, pues se pueden mostrar los resultados interactiva y simultáneamente para muchos países (4). Algunas veces, la comunicación clara y eficaz de múltiples dimensiones de la desigualdad puede requerir una reducción en la cantidad de datos que se presentan. Informar las

desigualdades puede requerir una cuidadosa negociación para encontrar el equilibrio entre presentar un mensaje simple y comprensible y, a la vez, mantener un grado suficiente de riqueza y rigor para asegurar que los datos se transmitan con precisión. Cuando se logra esa precisión, el monitoreo de las desigualdades en la salud puede informar de manera reveladora los esfuerzos

para mejorar tanto la cobertura general como el progreso orientado a la equidad hacia la cobertura universal de salud. En algunos países pueden requerirse inversiones considerables para construir capacidades para el monitoreo de las desigualdades en la salud.

Conclusiones

El debate en torno a la agenda de salud mundial después del 2015, que incluye el debate sobre la cobertura universal de salud, representa una ocasión oportuna y apropiada para incorporar la práctica del monitoreo de las desigualdades en la salud a escala mundial. La promoción del monitoreo global orientado a la equidad de la cobertura universal de salud implica establecer un enfoque unificado para el monitoreo que haga posible las comparaciones entre países a escala mundial (es decir, comparaciones entre países de las desigualdades dentro de cada país). Avanzar en esta prioridad, asegurando precisión conceptual y técnica a la vez que se logra despertar el interés y fomentar su adopción, serán los desafíos clave para establecer un protocolo para el monitoreo global de las desigualdades en la salud.

Contribuciones de los autores. Análisis de los datos: AH, AS y NB. Redacción del primer borrador del manuscrito: NB. Colaboración en la redacción del manuscrito: AH. Lectura y

RECUADRO 4. Fuentes de datos

Las principales fuentes de datos para monitorear la desigualdad en el marco de la cobertura universal de salud son las encuestas de hogares y los registros de los establecimientos. Las encuestas de hogares son la mejor fuente de datos disponible para el monitoreo de la desigualdad a nivel mundial y nacional, y generalmente suministran datos valiosos sobre los dos componentes principales de la cobertura universal de salud (acceso a los servicios de salud y protección contra los riesgos financieros) y muchas dimensiones de la desigualdad (18, 37). Las encuestas de hogares son una fuente de información de base poblacional que contiene datos de una muestra representativa de la población. Los registros de establecimientos incluyen datos recolectados en el curso de las actividades administrativas y operativas, y se limitan a las personas que interactúan con la institución en cuestión. Estas fuentes de información de base institucional pueden proporcionar datos que no están estandarizados entre establecimientos y que están altamente fragmentados en los países que no han hecho esfuerzos hacia la armonización.

El aprovisionamiento de datos fidedignos para el monitoreo de las desigualdades en la salud puede plantear un desafío, sobre todo en muchos países de ingresos medianos y bajos. Los países pueden fortalecer las fuentes de datos —y aumentar así su capacidad para monitorear las desigualdades en la salud— mediante esfuerzos para ampliar y realizar encuestas de hogares de manera regular y recurrente, idealmente cada pocos años en todos los países (37), y armonizar los datos recolectados a partir de los establecimientos por medios como la estandarización de los registros electrónicos de todas las instituciones. Además se podría mejorar la utilidad de las fuentes de datos al incorporar identificadores individuales o de áreas pequeñas (como los números de la seguridad social o los códigos postales) para permitir la vinculación entre fuentes y mejorar la habilidad para desagregar datos. Por ejemplo, los datos censales sobre una dimensión de desigualdad como la posición económica podrían vincularse con datos de establecimientos específicos sobre la cobertura de servicios de salud.

cumplimiento de los criterios de la ICMJE de autoría: AH, NB, TK, AP, NV, AS, JL y JV. Aceptación de los resultados y las conclusiones presentados en el manuscrito: AH, NB, TK, AP, NV, AS, JL y JV. Conceptualización del estudio: AH, con aportes de TK, AP, NV, JL y JV. Crítica, corrección y observaciones de las versiones posteriores: TK, JL, AP, AS, NV y JV.

Financiamiento. Este estudio fue financiado en parte por la Fundación Rockefeller. JV, anterior directora administrativa de la Fundación Rockefeller, contribuyó a la conceptualización del estudio, formuló importantes comentarios sobre el manuscrito y aprobó la versión en inglés que se presentó para publicación. JL recibió una beca del Consejo Nacional de Investigación

Sanitaria y Médica de Australia. Las opiniones expresadas en este artículo son de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Conflicto de intereses. JV se desempeñó como directora administrativa de la Fundación Rockefeller entre abril del 2012 y marzo del 2014.

REFERENCIAS

- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda para el Desarrollo Después de 2015 (2012) El futuro que queremos para todos: Informe para el Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas.
- UNICEF (2010) Progreso para la infancia: lograr los Objetivos de Desarrollo para el Milenio con equidad. Nueva York: UNICEF.
- Organización Mundial de la Salud (2013) Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (2013) Global Health Observatory: Health Equity Monitor. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (2014) Equity. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas para la consulta temática mundial sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 (2013) La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. Informe de la consulta temática mundial sobre la salud.
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2014) Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2012) Proyecto de resolución A/67/L.36. Salud mundial y política exterior. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (2010) Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Victoria CG, Barros AJ, Axelson H, Bhutta ZA, Chopra M, et al. (2012) How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*. 380:1149–56.
- Hart JT (2004) Inverse and positive care laws. *Br J Gen Pract*. 54: 890.
- Gwatkin DR, Ergo A (2011) Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 377:2160–1.
- Brearley L, Marten R, O'Connell T (2013) Universal health coverage: a commitment to close the gap. *Londres: Save the Children*.
- Global thematic consultation on the post-2015 development agenda: addressing inequalities. Synthesis report of global public consultation (2013). UNICEF y ONU Mujeres.
- Marmot M (2013) Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet*. 382:1227–8.
- Vega J, Frenz P (2013) La integración de los determinantes sociales de la salud en el marco de la vigilancia de la cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 34:468–72.
- World Health Organization (2013) Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Commission on information and accountability for women's and children's health (2011) Keeping promises, measuring results. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Asamblea Mundial de la Salud (2009) Resolución WHA 62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2012) Meeting report: measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Disponible en: www.worldwewant2015.org/file/279371/download/302866?. Acceso el 15 de agosto de 2014.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M (2008) Analyzing health equity using household survey data. Washington (DC): Publicaciones del Banco Mundial.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2013) World Urbanization Prospects, the 2011 Revision. Nueva York: Naciones Unidas.
- World Health Organization, United Nations Human Settlements Programme (2010) Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Van de Poel E, O'Donnell O, van Doorslaer E (2007) Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. *Soc Sci Med*. 65:1986–2003.
- Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, et al. (2010) Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Q*. 88: 4–29.
- Graham H (2004) Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy*. 33: 115–31.
- Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM (2012) A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 67: 286–291.
- UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda (2013) Statistics and indicators for the post-2015 development agenda. Nueva York: Naciones Unidas.
- Harper S, Lynch J (2005) Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. Bethesda: National Cancer Institute.
- United Nations Statistics Division (2013) Millennium Development Goals Indicators. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina del Alto Comisionado (de las Naciones Unidas) para los Derechos Humanos (2012) Indicadores de derechos humanos: guía para la medición y la aplicación. Nueva York: Naciones Unidas.
- El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas (STEPS) (2014). Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/es/>. Acceso el 15 de agosto de 2014.
- Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, et al. (2012) Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and

- middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *Int J Epidemiol.* 41:871–86.
35. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E (1991) On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med.* 33:545–57.
36. Hosseinpoor AR, Victora CG, Bergen N, Barros AJ, Boerma T (2011) Towards universal health coverage: the role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ.* 89: 881–90.
37. Saksena P, Hsu J, Evans D (2014) Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med.* 11:1001701.

ABSTRACT**Equity-oriented monitoring
in the context of universal
health coverage**

Monitoring inequalities in health is fundamental to the equitable and progressive realization of universal health coverage (UHC). A successful approach to global inequality monitoring must be intuitive enough for widespread adoption, yet maintain technical credibility. This article discusses methodological considerations for equity-oriented monitoring of UHC, and proposes recommendations for monitoring and target setting. Inequality is multidimensional, such that the extent of inequality may vary considerably across different dimensions such as economic status, education, sex, and urban/rural residence. Hence, global monitoring should include complementary dimensions of inequality (such as economic status and urban/rural residence) as well as sex. For a given dimension of inequality, subgroups for monitoring must be formulated taking into consideration applicability of the criteria across countries and subgroup heterogeneity. For economic-related inequality, we recommend forming subgroups as quintiles, and for urban/rural inequality we recommend a binary categorization. Inequality spans populations, thus appropriate approaches to monitoring should be based on comparisons between two subgroups (gap approach) or across multiple subgroups (whole spectrum approach). When measuring inequality absolute and relative measures should be reported together, along with disaggregated data; inequality should be reported alongside the national average. We recommend targets based on proportional reductions in absolute inequality across populations. Building capacity for health inequality monitoring is timely, relevant, and important. The development of high-quality health information systems, including data collection, analysis, interpretation, and reporting practices that are linked to review and evaluation cycles across health systems, will enable effective global and national health inequality monitoring. These actions will support equity-oriented progressive realization of UHC.
