

George A. O. Alleyne
Director, OPS ·
6 de marzo de 2000

EQUIDAD Y SALUD **(Asunción, Paraguay)****

Señor Ministro, distinguidos invitados, permítanme agradecerles la oportunidad de participar en la inauguración de la Biblioteca Virtual en Salud aquí en Asunción y, al mismo tiempo, abordar el tema de la equidad y la salud. Esto me da la oportunidad de referirme a los tres temas que constituyen el núcleo central de las actividades y acciones de la Organización Panamericana de la Salud, a saber: la salud, la información y la equidad. La salud es la materia central de nuestro quehacer: define lo que hacemos y es el punto de mira de todas nuestras actividades e intereses. Nuestra institución fue creada para ayudar a los países de las Américas a reducir la carga de morbilidad y mejorar la salud de sus pueblos.

Desde el principio mismo de nuestra existencia institucional se hizo un gran hincapié en la recopilación de informes por los países miembros y en su distribución entre ellos para prevenir la propagación de enfermedades. El Código Sanitario Panamericano, documento fundamental de la Organización que fue firmado en La Habana en 1924, declara que uno de los objetivos de esta es:

Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.

Es probable que con "sanidad pública" los fundadores de la Organización se refiriesen a las condiciones de saneamiento e higiene en los países de las Américas. Nuestro concepto de la información, su aplicación y el valor que tiene para la salud ha cambiado considerablemente como me propongo mostrar más adelante, cuando me refiera al concepto de compartición de la información en el que se apoya la génesis de la Biblioteca Virtual en Salud. También abordaré la relación que existe entre dicha información y su uso para determinar la equidad en materia de salud.

El área de responsabilidad que me compete es el continente americano, y desde mi primer día en funciones como Director me referí al uso de la información y di a conocer mi preocupación por la equidad. En esa ocasión dije que la Organización "traficaría" con la información, es decir, que la información sería un recurso del que nos ocuparíamos intensamente, procurando que se diseminara ampliamente y se utilizara como instrumento para facilitar el establecimiento del diagnóstico y la adopción de decisiones.

* **Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.**

** **Conferencia Magistral sobre Equidad y Salud presentada en la Inauguración de la Biblioteca Virtual de Salud, en el Instituto Nacional de Salud. 6 de marzo de 2000, Asunción, Paraguay.**

También afirmé dos principios que guiarían nuestra labor: la búsqueda de la equidad y el panamericanismo. Acepto que habrá diferencias en los atributos y características humanos. Habrá diferencias en el estado de salud que estén determinadas por fuerzas que escapan a la voluntad humana. Pero cuando vemos diferencias en la situación sanitaria o los resultados de salud que juzgamos dispares o socialmente injustos, las denominamos inequidades. La equidad implica igualdad de trato y, casi por definición, una situación cuyo logro o denegación se halla dentro de la competencia de la humanidad. Hay muchas condiciones humanas que se distribuyen de manera inequitativa, pero aquí me ocuparé únicamente de la salud.

Los seres humanos siempre han considerado que la salud tiene un valor especial y en inglés, la lengua con la que estoy más familiarizado, la acepción se refiere al concepto de sentirse íntegro o completo. Por desgracia, esa sensación de estar completo principalmente se valora cuando no se la tiene. El reconocimiento del equilibrio de nuestro organismo que va implícito en la salud no suele ser muy grande en el plano individual y lo es menos aun a nivel colectivo, al menos en la época contemporánea. Pero no siempre fue así, ya que en la Antigüedad griegos y romanos reverenciaron la integridad o compleción del ser humano hasta tal punto que participaban en rituales complejos para preservar esa salud. Apenas en época muy reciente la medicina occidental ha empezado a recobrar esa visión de la integridad que va implícita en la salud. Cada día nos importa más que todos los seres humanos tengan la oportunidad de disfrutar de ese estado de integridad o salud, y que cuerpo y mente no se consideren por separado.

Tenemos dificultades para medir el estado de salud, pero quizá se trate de la misma dificultad que encontramos para medir otros atributos humanos importantes. Después de todo, siempre ha sido difícil establecer una escala para medir la felicidad o la libertad. Pero a falta de esos indicadores del estado de salud, utilizamos medidas de los fenómenos de enfermedad o muerte. De lo cual se desprende que, si hay enfermedad, no puede existir la integridad que va implícita en la salud.

Utilizaré esos indicadores de enfermedad o muerte para describir algunas características de la situación sanitaria del continente americano y poner de relieve la diferencia en las condiciones que ninguna sociedad buena puede justificar y, por lo tanto, las considero inequidades.

Cuando me refiero a la situación de la salud en las Américas siempre comienzo por afirmar que ha habido y sigue habiendo una mejoría considerable de todos los indicadores corrientes de salud a nivel de la población. La esperanza de vida al nacer está aumentando y las tasas de mortalidad infantil están descendiendo en todo el continente. Las tasas de mortalidad están disminuyendo y las tasas de fecundidad también descienden constantemente. Conforme aumenta la esperanza de vida, crece la proporción de ancianos en la población. Estos fenómenos se observan en todos los países y el Paraguay no es la excepción. En este país, la tasa de mortalidad infantil está bajando y la esperanza de vida, aunque inferior al promedio americano, también está aumentando. La región de las Américas puede presumir de muchos logros notables en el campo del control de las enfermedades. No deja de enorgullecernos el haber eliminado la viruela y la poliomielitis, y saber que el sarampión pronto tendrá el mismo destino. El mal de Chagas va retrocediendo de manera lenta pero segura, y nuestros colegas del Programa de Salud Pública Veterinaria han comprobado los éxitos logrados en la lucha contra la fiebre aftosa, lo

cual trae consigo un mejoramiento de las posibilidades económicas de los países que tienen grandes hatos de ganado.

No hay duda de que existen motivos de satisfacción y es preciso dar crédito a tantos y tantos trabajadores de salud que se afanan, a menudo sin el debido reconocimiento, para aplicar y mantener los programas que darán por resultado las mejoras sanitarias a las que me he referido. Pero debemos evitar el exceso de satisfacción que lleva al descuido. No estamos del todo satisfechos porque, a pesar de los adelantos, aún falta mucho por hacer. No hemos podido derrotar a la tuberculosis, pues cada año se producen un cuarto de millón de casos nuevos. Se calcula que 39 millones de personas viven en zonas maláricas, y muchos niños aún mueren innecesariamente por infecciones respiratorias o enfermedades diarreicas. Nuestro abasto de sangre para usos médicos no es ciento por ciento seguro, pues en muchos países existe el riesgo de transmitir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la hepatitis mediante una transfusión. En el continente americano hay unos 24 millones de personas aquejadas de depresión que podrían beneficiarse de los tratamientos modernos, y cada día mueren aproximadamente 400 personas por afecciones relacionadas con el tabaquismo.

Así pues, un motivo de insatisfacción es nuestra lentitud para aplicar las tecnologías capaces de reducir la carga de morbilidad. Pero otra razón para estar insatisfecho son las inequidades que se producen, es decir, las disparidades socialmente injustas y por lo tanto inadmisibles.

Podemos mencionar diferencias en la salud individual que no deberían ocurrir y, por lo tanto, representan inequidades. La importancia que se concede a la salud individual es un derecho firmemente arraigado en la constitución política de muchos países americanos y varias de las más importantes declaraciones sobre derechos humanos incluyen a la salud como uno de estos derechos. Prefiero, sin embargo, citar las que no mencionan el derecho a la salud como tal, sino más bien el derecho a una serie de medidas cuya presencia brinda al individuo la oportunidad de disfrutar la salud.

Sin embargo, voy a referirme más bien a la salud de la población o de grupos de población y a poner de relieve las características de la distribución de la salud o de los factores que la determinan. Hay diferencias en los resultados de salud que consideramos desiguales o injustos, y esto se puede comprobar si se examinan determinados grupos y se comparan entre sí en relación con el indicador utilizado, o se puede determinar el grado de desigualdad examinando la distribución de algún resultado de salud así como la distribución de algún factor determinante de la salud.

En el debate en torno a la equidad en materia de salud, resulta imprescindible establecer que dichas desigualdades o diferencias inequitativas deben ser evitables. Las diferencias inevitables no pueden ser inequitativas. Además de ser evitables, deben escapar a la voluntad del individuo o grupo considerado. Es decir, las personas por su propia voluntad no pueden evitar las situaciones o condiciones que desembocan en la distribución inequitativa de los resultados de salud. El hecho de que los individuos o los grupos no puedan evitar las condiciones implica que la sociedad o los grupos de la sociedad deben hacer o abstenerse de hacer algo y, como resultado de ello, las personas afectadas son presa de las condiciones inequitativas. Esto nos lleva

naturalmente a las diversas medidas que la sociedad, casi siempre representada por el Estado, puede y debe adoptar para lograr la distribución equitativa de los factores determinantes de la salud o de los resultados de salud y disminuir así las diferencias o desigualdades evitables. No entraremos a debatir aquí si el Estado, al cumplir su papel de evitar las diferencias evitables, debe regirse por el principio utilitario de buscar el bien máximo para el mayor número posible de personas, o el bien máximo para los que tienen las mayores necesidades como lo exige el criterio igualitario. Esto viene a equivaler al antiguo debate entre alcanzar el grado máximo de felicidad o el grado mínimo de infelicidad.

Permítanme volver a nuestra inquietud por la distribución desigual o inequitativa de los factores determinantes de la salud que se traduce en diferencias de los resultados de salud que son desiguales e injustos. Los principales factores determinantes de la salud se pueden dividir en las siguientes categorías: biológicos, ambientales y sociales. Los factores sociales abarcan aspectos tales como los ingresos, el lugar de residencia o trabajo, el género, la edad, la vivienda y el grado de instrucción. Además, no se debe olvidar que los resultados de salud no sólo están determinados por el comportamiento individual sino también por los servicios sanitarios.

Las diferencias en el estado de salud que obedecen a factores biológicos en general no pueden considerarse evitables; no obstante, merced a la capacidad humana cada vez mayor de modificar el curso de los fenómenos biológicos, pronto veremos resultados de salud de origen biológico sujetos a la manipulación externa. En cualquier caso, lo más probable es que estas diferencias tengan un carácter individual y no colectivo. No voy a referirme aquí a las modificaciones del ambiente físico ni al comportamiento individual; para los fines de mi exposición, me concentraré en algunos factores determinantes de índole social y en los servicios de salud.

La distribución de los ingresos es un importante factor determinante de los resultados de salud. Si bien la manera tradicional de abordar la relación entre la riqueza y la salud se ha concentrado en las diferencias absolutas entre los grupos separados de acuerdo con la cuantía de sus ingresos, en la actualidad existe mucho interés en la distribución de los ingresos dentro de una sociedad y sus efectos sobre diversos resultados de salud. Durante siglos se ha sabido que los pobres son menos sanos y mueren más jóvenes, y hay muchas declaraciones elocuentes del papel que desempeña la pobreza en la génesis de las enfermedades. Una de esas afirmaciones que cito a menudo provienen del informe sobre la salud del mundo de 1995, que reza:

El asesino más despiadado del mundo y la causa más importante de sufrimiento sobre la Tierra figura en la más reciente edición de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, compendio alfabetizado de todas las afecciones conocidas de la ciencia médica, bajo la clave Z59.5, que quiere decir *pobreza extrema*.

Y prosigue:

La pobreza ejerce su influencia destructiva en todas las etapas de la vida humana, desde el momento de la concepción hasta la tumba. Se alía a las enfermedades más mortíferas y dolorosas para imponer una existencia desdichada a todos los que la sufren.

Pero actualmente tenemos datos convincentes, provenientes de muchos lugares en el mundo, de que hay una relación clara entre la distribución de los ingresos y la salud. En los

países donde esa distribución favorece a unos pocos que son ricos, hay tasas de mortalidad infantil mayores y una esperanza de vida inferior. Como consecuencia de esa mala distribución, puede surgir el tipo de incongruencia social o insatisfacción entre grupos sociales que se manifiesta en términos físicos. Esto reviste particular importancia en los países de América Latina y el Caribe, región que carga con la tristemente célebre reputación de tener la peor distribución de ingresos en el mundo.

Si aceptamos que, por definición, las diferencias de los resultados de salud relacionadas con la mala distribución de los ingresos son inequitativas, luego entonces deben ser evitables y la sociedad debería tener algún mecanismo para corregirlas. En teoría esto es verdad. La mala distribución de los ingresos no es algo que esté predestinado y sea inmutable, sino que es el resultado de una determinada forma de organización social. En la práctica, la forma predominante actual de organización social estimula o favorece la mala distribución de los ingresos. El impulso inexorable hacia una mayor globalización económica alimentada por la revolución de la información desemboca en un ensanchamiento de la brecha entre los ricos y los pobres. A pesar de que se ha demostrado que la desigualdad de los ingresos no tiene por qué ser una consecuencia del crecimiento económico, no veo en las Américas ninguna tendencia sostenida a adoptar políticas fiscales destinadas a mejorar la distribución de los ingresos. El espíritu predominante es el de dar rienda suelta a los procesos que traen consigo una mala distribución de los ingresos, con sus consecuencias inevitables como la mala salud, y luego proporcionar redes de apoyo social para los más marginados.

Ahora quisiera tocar otro aspecto de la inequidad que nos agobia. Me refiero a la inequidad por género. Entendemos por *género* una serie de ideas socialmente determinadas acerca de la relación entre los sexos. Se trata de un concepto que en fecha relativamente reciente está cada vez más presente en los debates sobre toda forma de organización de las actividades humanas. Evidentemente, hay resultados y necesidades de salud que derivan de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Sin embargo, cada vez resulta más claro que se trata de diferencias relacionadas con la concepción social implicada en el concepto de género. Las inequidades de salud por razón de género, por consiguiente, implicarían aquellas diferencias entre hombres y mujeres que son injustas y evitables y no surgen de sus atributos biológicos sino de la manera como la sociedad concibe y trata dichos atributos.

Es evidente que la carga de morbilidad que sobrellevan las mujeres es mayor debido a sus funciones reproductivas, pero además se ha comprobado que las mujeres en general presentan mayor morbilidad que los hombres. Hay una prevalencia mayor de afecciones agudas y crónicas en las mujeres. La inequidad no se encuentra tanto en esta clase de enfermedades; se encuentra, de manera más sutil y perniciosa, en la mala salud que es el resultado de la violencia en el hogar. La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder en la sociedad que se basan en el concepto de género. La otra manifestación evidente de la inequidad sanitaria por razón de género tiene que ver con el tratamiento que reciben las mujeres en los servicios de salud. Las mujeres reciben un tratamiento inferior al que se brinda a los hombres por episodios de enfermedad similares. Siempre he sostenido que los servicios sanitarios de nuestro continente no son "amables con las mujeres".

¿Es posible disminuir o evitar las inequidades de salud por razón de género? La respuesta debe ser "sí", pero dependerá en gran medida del proceso lento y penoso de hacer que la sociedad aprenda a apreciar y valorar las diferencias entre el papel que desempeña cada sexo. Una parte de la solución también radicará en sacar a la luz esas diferencias que se creían biológicas, y por consiguiente inevitables, pero que en realidad tienen su origen en el concepto de género y son por ello susceptibles de evitarse.

Mencionaré un aspecto más en esta categoría y es el de la edad. A medida que la esperanza de vida aumente, el porcentaje de ancianos en nuestras sociedades crecerá y seremos más conscientes de las inequidades relacionadas con la edad o, más bien, las inequidades entre generaciones. En general, las personas jóvenes y sanas tienen la tendencia a considerar a los ancianos y sus problemas de salud como una carga, pues no hay duda de que la morbilidad es mayor en este segmento de la población, lo cual se traduce en un uso desproporcionadamente mayor de los servicios de salud por parte de ellos. Esto ocurre en el período en que son menos activos desde el punto de vista económico y en que se los considera menos productivos en el sentido convencional. Además, la morbilidad y los resultados de salud adversos pueden relacionarse con la mala distribución de productos sociales tales como la vivienda. Sin embargo, negar a este segmento de la población el acceso a los servicios que requieren dadas sus características de morbilidad se considera algo evitable e inequitativo.

Casi toda la bibliografía sobre la equidad sanitaria está relacionada con la prestación de servicios de salud y el financiamiento de la asistencia sanitaria, aunque hay dudas en cuanto al papel de dichos servicios para lograr o proteger la salud de la población. La mayor parte de las iniciativas de reforma sanitaria que se han dado en nuestros países tienen la equidad como una meta primordial.

A mi parecer, los dos aspectos más importantes son la equidad en función del acceso a la asistencia y la equidad en función de la asignación de los recursos asistenciales. La equidad en función del acceso implica que ninguna persona se enfrenta con barreras evitables al tratar de obtener los servicios. Hay un debate considerable sobre si la accesibilidad es esencialmente una característica de los propios servicios o de la población a la que se proporcionan estos. La dificultad con que siempre tropiezo al hacer esa separación es, sencillamente, que no basta con proporcionar acceso porque el costo de transacción de tener acceso a estos servicios varía extraordinariamente debido a los servicios mismos y a la capacidad de los individuos de sufragar ese costo. Desde el punto de vista filosófico, siempre me he inclinado más hacia la asignación de la asistencia sanitaria según la necesidad. El problema grave es que la necesidad se define mal, y en las sociedades más ricas ciertas demandas que imponen una presión financiera desmesurada en los servicios fácilmente se traducen en necesidades, que a menudo es muy difícil desatender debido a las implicaciones políticas.

Un motivo de preocupación importante en América Latina es la deficiencia en la prestación de atención sanitaria al gran número de personas que trabajan en el llamado sector informal. Este grupo, predominantemente pobre y mayoritariamente femenino, no tiene acceso a la cobertura de los sistemas de seguridad social y a menudo los servicios públicos les ofrecen muy poco. Esta falta de cobertura es evitable y socialmente indeseable, y en la actualidad se están ensayando varias posibles soluciones, entre ellas los sistemas de microseguro arraigados en

las propias comunidades. El objetivo final es lograr que tales sistemas se vinculen para compartir el riesgo y disminuir los costos. Sin embargo, dudo que esta opción pueda ser viable sin alguna aportación estatal que garantice al menos su estabilidad inicial.

Uno de los problemas básicos es que en muchos países el gasto sanitario es bajo, y el gasto público es aún menor que el del sector privado. Los datos más recientes que tenemos para el Paraguay, por ejemplo, muestran que el gasto sanitario representa 5,1% del producto interno bruto, pero como este es tan bajo, esta cantidad es de unos 86 dólares por persona, y dos terceras partes de ella corresponden al sector privado. El seguro social representa 40% del gasto sanitario público, pero solo cubre a cerca de 20% de la población. Esta situación no es rara, y muestra las dificultades que el Estado afronta para proporcionar acceso a los servicios a todos los ciudadanos.

La búsqueda de la equidad en materia de salud debe guiarse en gran medida por datos fidedignos que se transformen en información. Tiene que haber información acerca de la índole y la distribución de los problemas de salud, de tal manera que los países puedan asignar más eficazmente los recursos, especialmente cuando estos son escasos. Pero lo que debe importarnos no es solo la información acerca de los resultados de salud y su distribución. En estos momentos se están realizando importantes esfuerzos para tener acceso a la información disponible en todo el mundo y usarla para la solución de problemas de salud locales. Esto es lo que ofrece la Biblioteca Virtual en Salud: un futuro de acceso ilimitado a los acervos de conocimiento científico en nuestra Región y en el mundo. También supone que la información facilitada en un punto determinado es asequible en todas partes y que hay una interconexión máxima. La información confiere poder, y uno de los temores que muchos albergan ahora que la era digital se nos ha echado encima, es la posibilidad de que exista una línea divisoria que imponga un acceso desigual a la información de importancia crucial. La Biblioteca Virtual en Salud permite allanar esos temores.

Señor Ministro, la Organización Panamericana de la Salud, y yo en mi calidad de Director, estamos comprometidos a propugnar en voz alta que debe haber más equidad en materia de salud en la Región. Y esto lo hacemos no solo porque los aspectos morales de esta postura nos atañen por entero, sino también porque creemos que es bueno para las sociedades en que vivimos. Las diferencias evitables entre las personas generan insatisfacciones que conducen a la inestabilidad social. Las diferencias en los resultados de salud quizá no sean obvias, pero muchos de los factores determinantes de la salud se prestan a comparaciones que no son saludables para nuestras sociedades. Todos los países, ricos y pobres por igual, pueden implantar sistemas para determinar dónde y por qué existen desigualdades evitables, y todos los países pueden dedicar gran parte de sus recursos a reducir las desigualdades que representan inequidades.