

LA EQUIDAD Y EL FUTURO POR CONSTRUIR EN EL CAMPO DE LA SALUD (Buenos Aires, Argentina)**

En primer lugar, deseo agradecerles el honor que me hacen. El rango de doctor es el más alto al que cualquier académico puede aspirar, por lo que las instituciones universitarias lo confieren con parsimonia. Todavía es mayor honor para mí, que no soy en este momento académico en ejercicio, en el sentido tradicional de la palabra. Créanme que portaré tal honor con orgullo, y espero que mis acciones futuras contribuyan a realzar la reputación de este gremio de eruditos.

Hubo tiempos en los que se aceptaba, como un hecho normal, que existieran diferencias en el estado de salud, al igual que son naturales las diversas características físicas. Pero con el paso del tiempo ha quedado claro que muchas de las diferencias del estado de salud de las personas, o grupos de personas, de ninguna manera están predeterminadas. Hay diferencias derivadas del entorno en el cual viven, como también hay diferencias en el grado de disponibilidad de recursos para tratar las cuestiones de salud que se plantean.

¿Cómo encaja un concepto moral como la equidad en estas consideraciones? Llamamos inequidades a las diferencias que consideramos injustificadas e injustas.¹ ¿A qué llamamos diferencias injustas en materia de salud? ¿Es injusto que un niño de una familia tenga el síndrome de Down y los otros sean normales? ¿Es injusto que un niño padezca anemia de células falciformes mientras sus hermanos son portadores del rasgo pero no presentan ninguno de los terribles síntomas de la enfermedad? ¿Es justo que mueran menos mujeres de zonas urbanas al dar a luz que sus hermanas de zonas rurales? ¿Es posible crear un indicador de justicia para aplicarlo a la situación sanitaria de las personas o las poblaciones? Hablo de diferencias injustificadas o injustas cuando son evitables y no deseadas, cuando no representan el libre albedrío de la persona ni del grupo afectado. En ese sentido, los dos ejemplos que acabo de mencionar de diferencias

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

** Presentado en el Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (ISALUD) durante la ceremonia de nombramiento Profesor Honoris Causa. 3 de octubre de 2001, Buenos Aires, Argentina.

¹ Challenging inequities in Health—from ethics to action. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A y Wirth M (eds). Oxford University Press, 2001.

en la salud individual de los niños no representan inequidad, mientras que la diferencia entre las mujeres de zonas urbanas y las de zonas rurales probablemente sí lo es. Quizá sea necesario añadir el concepto de responsabilidad, y considerar la equidad en el sentido de que la diferencia puede atribuirse a algún agente responsable. Esto último es de interés en el contexto de los remedios que se pueden aplicar para reducir las inequidades.

El problema de la equidad en todas sus dimensiones está convirtiéndose rápidamente en uno de los temas más ampliamente debatidos en la bibliografía sobre salud, pues va reconociéndose que no basta con mejorar el nivel sanitario medio. Gran parte de la discusión gira sobre la medición de la equidad, o más bien de la inequidad, y hay debate acerca de las diferencias entre la llamada equidad vertical en contraposición con la equidad horizontal.^{2,3} No entraré aquí en una descripción de estas cuestiones de medición, pero sí les invitaré a que estén a la escucha de los más afectados por las condiciones que causan las diferencias. La pobreza y la cultura que la rodea son la causa primordial de las diferencias. Debemos escuchar las voces de los pobres y los marginados para darnos cuenta de que la salud se destaca entre sus inquietudes.⁴ Vale la pena observar que no son sólo los pobres quienes valoran la salud por encima de todo. En la encuesta del milenio realizada para las Naciones Unidas, que incluyó a varios miles de entrevistados de todo el mundo, la salud aparece como la inquietud primordial de todas las personas.⁵ Viene a continuación una vida familiar feliz y, mucho más atrás, lo que podría interpretarse como riqueza material.

La salud fue más valorada que la riqueza, y la explicación de esa distinción quizá sea de interés intrínseco. Se dice que John Stuart Mill afirmó que “la gente no desea ser rica, sino ser más rica que los demás”.⁶ Quizá esto sea así porque los signos externos de riqueza suelen ser obvios. Gran parte de la lucha entre las personas, que puede ser la expresión de un deseo fundamental y básico de ser mejor y parecer mejor, consiste en la ostentación de la riqueza material.⁷

Pero con la salud no ocurre lo mismo. En la mayoría de los casos no hay ninguna manifestación externa que permita la comparación con los demás. Yo observo que las personas, individualmente o en grupo, aspiran a una mejor salud por sí misma y en principio no desean tener mejor salud que los otros. Las mujeres deploran el fallecimiento de sus hijos a causa de una enfermedad por la pérdida que para ellas representa, y generalmente no establecen ninguna comparación entre su propia situación sanitaria y la de quienes tienen mejor situación económica. No cabe duda de que la definición de

² Wagstaff A, Paci P y Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*. 33:545-577; 1991.

³ Wagstaff A y Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: North Holly Handbook of Health Economics, 1999. Eulyer AJ y Newhouse JP (eds).

⁴ Narayan D, Chambers R, Shah MK y Peterch P. *Voices of the poor—Crying out for change*. Published by Oxford University Press for the World Bank 2000.

⁵ Spogárd R y James M. Governance and democracy-The people’s view. A global opinion poll. <http://www.unu.edu/millennium/gallup.pdf>

⁶ Rice T. Can markets give us the health system we want? *J. Wealth Politics, Policy y Law*. 22:383-423; 1997.

⁷ Fukujama F. *The end of history and the last man*. The Free Press, New York, 1992.

inequidad, en contraposición con la de desigualdad, conlleva un juicio moral acerca de cómo debe funcionar la sociedad y distribuir sus recursos. Algunas personas recelan hacer juicios morales, que se basan en valores que no siempre son compartidos.

Gran parte del debate sobre la desigualdad en círculos distintos de los sanitarios se centra en la desigualdad en cuanto a la riqueza. Esta inquietud se ha silenciado parcialmente, al prestarse más atención a la pobreza que a la desigualdad de los ingresos. Un ensayo reciente en *The Economist* comenzaba así: “En círculos correctos de formulación de políticas no se menciona la palabra desigualdad. En los últimos años, el igualitarismo ha perdido gran parte del atractivo político que un día tal vez tuvo”.⁸ A continuación señalaba que se está insistiendo más, en especial por las instituciones financieras, en la reducción de la pobreza y mucho menos en la reducción de la desigualdad. Esto es de gran importancia para América Latina, que conoció cierta reducción de la pobreza en los años noventa, aunque en nuestra región sigue habiendo pruebas de que aumenta la desigualdad de ingresos y tenemos la triste reputación de poseer la mayor inequidad del mundo. Si los círculos de formulación de políticas han manifestado poco interés por la desigualdad en un ámbito como los ingresos, no es sorprendente que también sea discreto su interés por la desigualdad en la salud, y quizás incluso menor en cuanto a la desigualdad que llamamos inequidad.

Entonces, ¿por qué debemos preocuparnos por la inequidad en materia de salud? Quizás la razón más importante sea que se trata de una cuestión de justicia.⁹ Este llamamiento a que haya justicia en la distribución de los principales factores determinantes de la salud era, en mi criterio, el mensaje subyacente a la iniciativa “Salud para todos”, a la cual las naciones del mundo enseguida se adhirieron. En segundo lugar, no podemos separar las inequidades en el ámbito del desarrollo humano de las inequidades de los demás ámbitos. Hay que conceder la misma importancia a las capacidades o libertades esenciales, como diría Amartya Sen, una de las cuales es la salud.¹⁰ La vida mísera que aflige a los pobres es multidimensional y abarca carencias de bienestar material, físico y social. Las inequidades en cualquiera de estos aspectos son nefastas. Quizás otra razón sea que, como médicos, podemos ver claramente lo que puede lograrse. Podemos ver el nivel de carencia, porque hemos observado a personas que gozan de buena salud y sabemos que esta puede alcanzarse o restablecerse. Es diferente de lo que ocurre con la riqueza o la educación, ámbitos cuyos límites superiores no es fácil determinar. Los que estamos preocupados por las diferencias injustificadas e injustas en materia de salud, que representan una injusticia distributiva, solemos ser quienes clamamos por la equidad. Y lo hacemos, entre otras cosas, porque sabemos que las naciones nunca pueden hacer realidad su potencial total mientras haya graves inequidades en materia de salud.

Hace mucho que sabemos que la salud es un concepto social, en el sentido de que viene determinada por factores sociales. Son una constante universal los gradientes de

⁸ The Economist. Of Rich and Poor. 28 April 2001, p. 80.

⁹ Daniels N, Kennedy B y Kawachi I. Justice is good for our health. Boston Review, 1998. <http://bostonreview.mit.edu/BR25.1/daniels.html>.

¹⁰ Sen A. Development as Freedom. Alfred A. Knopf Inc. 1999.

salud relacionados con la posición social, e incluso en las sociedades pobres y con bajos niveles sanitarios puede haber desfases en función de la jerarquía social.¹¹ Es de importancia capital tratar de desentrañar los diversos mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan a la salud. Sólo después de comprender esto podemos intentar implantar mecanismos para reducir las inequidades en materia de salud. El análisis más lúcido que he leído al respecto es el de Diderichsen y Hallqvist, que postulan cuatro mecanismos principales por los cuales el entorno social influye en la salud. Se trata de la estratificación social, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales, y es obvio que están hasta cierto punto interrelacionados.¹²

Por lo que respecta a la estratificación social, el propio carácter del entorno social puede generar riesgos para la salud. Hay sociedades, o partes de las mismas, en las que las propias normas culturales son nocivas, como sucede con las zonas urbanas deprimidas en las que reina una cultura de la violencia. Existen sociedades en las cuales el nivel de predominio masculino hace que las mujeres corran no sólo riesgo de violencia, sino también de otros problemas sanitarios. Pero el aspecto más flagrante de la estratificación social es la distribución del poder, el prestigio y los privilegios que estos conllevan para quienes los poseen, en cuanto al acceso a los medios necesarios para proteger su salud. No son únicamente los recursos económicos, sino también otros como la información, los que están desigualmente distribuidos en la sociedad y pueden condicionar que se adopten o rechacen comportamientos perjudiciales para la salud. El grado en que los diferenciales de salud derivados de la estratificación social constituyen inequidad depende mucho del discriminador social. Dadas la mutabilidad y otras características del poder económico, las diferencias en materia de salud así determinadas no pueden sino ser injustas y, por lo tanto, constituir inequidad. Es lícito preguntarse si realmente existe un factor determinante en el contexto social que, al funcionar como discriminador, no conduzca a la inequidad si se distribuye de modo inequitativo.

Exposición diferencial quiere decir que diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes riesgos. Hay pruebas convincentes de que las clases sociales bajas están expuestas a un conjunto de riesgos ambientales que no afectan a las clases sociales altas. Estos riesgos suelen materializarse por medios como la ocupación y la vivienda. Por ejemplo, el saturnismo infantil asociado con la exposición a pinturas que contienen plomo se presenta casi exclusivamente en las clases sociales bajas que residen en viviendas antiguas y en malas condiciones. Una sola exposición no conduce al saturnismo, sino que hay un efecto acumulativo derivado de la gran lentitud de la movilidad a través de las clases sociales.

Vulnerabilidad diferencial significa que, debido a su clase social, ciertos grupos pueden verse más fácilmente afectados por un riesgo determinado, aunque este tenga una

¹¹ Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Evans RG, Barer ML y Marmor TR (eds). Aldine de Gruyter, New York, 1994.

¹² Diderichsen F, Evans T y Whitehead M. The social basis of disparities in health in challenging inequities in health. From ethics to action. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A y Wirth M (eds). Oxford University Press, 2001.

distribución homogénea a través de todas las clases sociales. La vulnerabilidad puede ser tanto biológica como social. La biológica puede provenir de que el entorno social se asocia con factores como una nutrición deficiente, por ejemplo, que hacen a las personas más susceptibles a la enfermedad. Puede haber malnutrición en el útero, que condena a la criatura a un mayor riesgo de contraer diversas enfermedades crónicas. La vulnerabilidad social puede surgir de carencias en ámbitos como la educación o la falta de recursos espirituales, que según Robert Fogel son necesarios para el desarrollo humano óptimo.¹³ Este concepto de vulnerabilidad puede estar relacionado con el de capacidad de adaptación. Está claro que no todos los grupos reaccionan de la misma manera y, ante una situación de vulnerabilidad diferencial, la diferente capacidad de adaptación puede condicionar la aparición de una enfermedad u otra. Es perfectamente posible que esta capacidad de adaptación haga disminuir la vulnerabilidad de un colectivo.

También existen las consecuencias diferenciales, sociales y económicas, de la mala salud, nítidamente observables en los efectos de una enfermedad grave en los pobres. Dado que los pobres tienen, por definición, menos recursos, una enfermedad grave puede suponerles no sólo el consumo de las reservas, sino el de los recursos necesarios para sobrevivir.

Este es el marco que se ha propuesto por su utilidad para determinar las posibles opciones de política para reducir la inequidad en materia de salud. Suele argumentarse que para corregir estos mecanismos no sirven los actos individuales, y que los resortes para el cambio se hallan en gran medida fuera del sector de la salud. Cada vez estoy más convencido de que son pocas, o nulas, las posibilidades de resolver la estratificación social única y exclusivamente mediante la actuación individual. El Estado tiene que intervenir considerablemente. En las situaciones o los países donde se ha alcanzado una reducción de los diferenciales de salud, siempre ha habido una presencia estatal fuerte. Pero, desde luego, esto no exime a grupos como los académicos de comprometerse para presentar datos y pruebas que orienten la acción del Estado. Y cuando digo Estado también me refiero a las organizaciones no gubernamentales, que están desempeñando una función cada vez más decisiva para modelar la sociedad.

Hay abundante bibliografía sobre la función nueva o en transición del Estado en América Latina, que pone de manifiesto cómo se ha ido reducido el ámbito de sus intervenciones, esperemos que para concentrarse en las funciones que sólo él puede cumplir. La educación es un ejemplo clásico de factor que contribuye a la vulnerabilidad social, y precisamente mediante la acción del Estado es como mejor puede difundirse. También el sistema estatal de salud cumple una función primordial, especialmente porque reduce las consecuencias sociales diferenciales de la mala salud. El mecanismo ideal para ello es un sistema de protección mediante un seguro que permite compartir los riesgos entre toda una gran población.

Pero una de las características de todos los sistemas de América Latina es la tendencia hacia una manera más pluralista y mercantil de suministrar los bienes y

¹³ Fogel RW. *The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism*. University of Chicago Press, 2000.

servicios requeridos en el sector de la salud, en comparación con el sistema predominantemente dual que existía hace unos cien años. Este incremento del pluralismo en lo sanitario es paralelo al pluralismo en otras áreas, conforme el Estado ha ido abandonando algunas de las funciones que anteriormente cumplía. Sin embargo, yo me atrevo a predecir que se producirá un regreso a un mayor control estatal del suministro de los bienes y servicios sanitarios necesarios o, al menos, a que el Estado asuma la responsabilidad de velar por que se suministren. Esta será una de las consecuencias de una inquietud renovada del Estado por la seguridad que, después de todo, es una de las razones de ser primordiales de un Estado. Pero dicho aumento de la influencia o el control se harán sentir en áreas que van más allá de las relacionadas con la seguridad basada en la “mano dura” e incluirán una seguridad también basada en lo que un ministro canadiense de Asuntos Exteriores denominó “mano izquierda”.

Para construir un futuro sanitario con más equidad, son necesarios ciertos requisitos previos. En primer lugar, debe existir una comprensión clara de la diferencia que he tratado de establecer entre desigualdad e inequidad, y hay que aceptar una base moral cuando se describen diferenciales de salud que constituyen inequidad. También hay que subrayar la necesidad de disponer de buenos datos sanitarios. He recalcado reiteradamente, quizás hasta la saciedad, que antes de poder determinar la inequidad hay que comenzar por establecer dicha diferencia. La Organización Panamericana de la Salud ha dedicado considerables esfuerzos a fortalecer la cooperación técnica con nuestros Estados Miembros para mejorar sus sistemas de información sanitaria. Hemos de tener mejores datos sobre la mortalidad y la morbilidad y sobre el grado en que nuestros sistemas de salud cumplen las funciones que les son propias. Y para poder determinar en qué residen las diferencias, tenemos que disponer de datos desglosados por sexo, zona geográfica y situación social, antes de poder propugnar políticas para reducir las diferencias. Nos complace cómo hemos ido avanzando hasta ahora, y tanto nuestra publicación de los datos básicos como la publicación por los países de sus propios indicadores básicos representan un progreso real.

Otro requisito previo para lograr más equidad es que haya más ardientes defensores de la propuesta. Esta defensa debe venir tanto del interior del sector sanitario como de fuera de él. Los profesionales de la salud debemos no sólo defender esta causa, sino también ganar adeptos. La inequidad que constituye la discriminación por razón de género sólo podrá ser abordada por el conjunto de la sociedad. Pero sí creo que podemos lograr más equidad entre hombres y mujeres en materia de salud, que es uno de los principios o valores fundamentales que viene guiando nuestra Organización. Por último, tendrá que producirse una adecuada intervención estatal para que haya una distribución equitativa de más factores determinantes, que contribuya a alcanzar resultados de salud más equitativos.

Les agradezco nuevamente el honor que me han concedido. Espero haber convencido a algunos de ustedes de la importancia de algunas de las cuestiones, y de lo que tenemos que hacer para idear y tal vez alcanzar un futuro con más equidad en el campo de la salud.