

La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud¹

George A. O. Alleyne

En primer lugar, deseo agradecerles el honor que me confieren. El título de doctor es el más alto al que cualquier académico puede aspirar, por lo que las instituciones universitarias lo confieren con parsimonia. El honor es todavía mayor para mí por no ser 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 que se aceptaba, como un hecho normal, que existieran diferencias en el estado de salud, al igual que en las características físicas de las personas. No obstante, con el paso del tiempo ha quedado claro que muchas de las diferencias en el estado de salud de las personas, en lo individual o colectivo, no están predeterminadas en modo alguno. Hay diferencias derivadas del entorno en el que viven, como también en la disponibilidad de los recursos con que puede hacerse frente a los problemas de salud que se presentan.

¿Cómo encaja un concepto moral como el de la equidad en medio de estas consideraciones? Llamamos inequidades a las diferencias que consideramos injustificadas e injustas (1) ¿Pero qué diferencias en materia de salud pueden considerarse injustas? ¿Es injusto que un niño tenga el síndrome de Down y que otros sean normales? ¿Es injusto que un niño tenga anemia de células falciformes, mientras que sus hermanos son portadores del rasgo pero sin presentar ninguno de los terribles síntomas de la enfermedad? ¿Es justo que en zonas urbanas mueran menos mujeres durante el parto que en zonas rurales? ¿Es posible crear un indicador de justicia aplicable a la salud individual o poblacional? Las diferencias en este campo son, a mi parecer, injustificadas o injustas cuando son evitables e indeseadas, cuando no son consecuencia del libre albedrío de la persona ni del grupo afectado. En ese sentido, los dos ejemplos que acabo de mencionar no representan situaciones de inequidad, mientras que la diferencia en la mortalidad materna de las mujeres de zonas urbanas y rurales sí lo es a todas luces. Quizá debamos tener en cuenta el concepto de responsabilidad, atribuyendo aquellas diferencias que son poco equitativas a algún agente responsable. Esto último cobra especial interés en el contexto de las medidas que se pueden aplicar para reducir las faltas de equidad.

¹ Presentado el 3 de octubre de 2001 en el Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (ISALUD), Buenos Aires, Argentina, durante la ceremonia de nombramiento de Sir George Alleyne como Profesor *Honoris Causa*.

El problema de la equidad en todos sus aspectos está convirtiéndose a paso acelerado en uno de los temas más debatidos en el ámbito de la salud, al reconocerse que para eliminarla no basta con mejorar el nivel sanitario medio. Gran parte de la discusión gira en torno a la medición de la equidad —más bien de la inequidad—, y se debaten las diferencias entre la llamada equidad vertical en contraposición con la equidad horizontal (2, 3).

No entraré aquí a describir estas cuestiones de medición, pero sí a quienes a mi parecer son los más afectados por las causas primordiales de las diferencias: la pobreza y la cultura que la rodea. Si escuchamos las voces de los pobres y los marginados, nos daremos cuenta de que la salud es una de sus mayores inquietudes (4). Vale la pena observar, además, que no solo los pobres valoran la salud por encima de todo. En la encuesta del milenio realizada para las Naciones Unidas, que abarcó a varios miles de entrevistados en el mundo entero, la salud figura como la inquietud primordial en todas partes (5), seguida de una vida familiar feliz y de lo que podría interpretarse como la riqueza material.

Que la salud sea más valorada que la riqueza reviste un interés intrínseco. John Stuart Mill afirmó que “la gente no desea ser rica, sino ser más rica que los demás” (6). Esto se debe, quizá, a que los signos externos de la riqueza suelen ser obvios. Gran parte de la lucha entre personas, producto quizá de un deseo fundamental y básico de ser y parecer superior al prójimo, 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. Según observo, las personas, individualmente o en grupo, aspiran a tener una mejor salud por sí misma y en principio no desean tener mejor salud que el prójimo. Las mujeres deploran el fallecimiento de sus hijos a causa de una enfermedad por la pérdida que para ellas representa, y generalmente en este aspecto no establecen ninguna comparación entre su propia situación y la de quienes tienen más bienes económicos. No cabe duda de que la definición de inequidad —no así la de desigualdad— conlleva un juicio moral acerca de cómo debe funcionar la sociedad y distribuir sus recursos. Algunas personas rehusan emitir juicios morales, que se basan en valores no siempre compartidos.

Gran parte del debate sobre la desigualdad en círculos ajenos al de la salud se centra en la distribución desigual de la riqueza. Esta inquietud se ha silenciado parcialmente, siendo mayor la atención prestada a la pobreza que a la desigualdad de los ingresos. Un ensayo reciente en *The Economist* comenzaba con estas palabras: “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). Señalaba a continuación que se está insistiendo cada vez más, en especial en las instituciones financieras, en reducir la pobreza y mucho menos en reducir la desigualdad. Esto es de gran importancia para América Latina, donde se produjo cierta reducción de la pobreza en los años noventa pero donde sigue habiendo pruebas de que la desigualdad de ingresos va en aumento, a tal extremo que tenemos la triste reputación de poseer la mayor inequidad del mundo. Si las autoridades que formulan las políticas han manifestado poco interés por la desigualdad en materia de ingresos, no es sorprendente que también sea poco su interés por la desigualdad en materia de salud, y quizás incluso menos por la desigualdad que llamamos inequidad.

“Los que estamos preocupados por las diferencias injustificadas e injustas en materia de salud, que son ejemplos de injusticia distributiva, solemos ser quienes clamamos por la equidad. Y lo hacemos, entre otras cosas, porque sabemos que las naciones nunca podrán realizar su pleno potencial mientras haya graves inequidades en materia de salud”.

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 la justicia en la distribución de los principales factores que determinan la salud era, a mi criterio, el mensaje subyacente de la iniciativa “Salud para todos”, a la cual las naciones del mundo enseguida se suscribieron. En segundo lugar, no podemos separar las inequidades en el ámbito del desarrollo humano de las inequidades en otros campos. Hay que conceder la misma importancia a las capacidades o libertades esenciales, como diría Amartya Sen, y una de ellas es la salud (10). La vida mísera que aflige a los pobres es multidimensional y abarca carencias de orden material, físico y social. Las inequidades en cualquiera de estos aspectos son nefastas. Y quizá otra razón sea que, como médicos, podemos ver claramente el nivel de carencia y lo que puede lograrse, por haber

observado a personas que gozan de buena salud quienes nos confirman que esta puede alcanzarse o restablecerse. Esto difiere de lo que ocurre en el caso de la riqueza o la educación, ámbitos cuyos límites superiores no son fáciles de determinar. Los que estamos preocupados por las diferencias injustificadas e injustas en materia de salud, que son ejemplos de injusticia distributiva, solemos ser quienes clamamos por la equidad. Y lo hacemos, entre otras cosas, porque sabemos que las naciones nunca podrán realizar su pleno potencial 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 salud relacionados con la posición social, e incluso en sociedades pobres y con bajos niveles de salud puede haber desfases en función de la jerarquía social (11). Reviste una importancia capital tratar de desentrañar los diversos mecanismos mediante los cuales las condiciones sociales afectan a la salud. Solo después de comprender este concepto podemos intentar implantar mecanismos para reducir las inequidades en ese campo. El análisis más lúcido que he leído al respecto es el de Diderichsen y Hallqvist, quienes 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 todos se interrelacionan en alguna medida (12).

En lo que respecta a la estratificación social, el propio carácter del entorno social puede generar riesgos para la salud. Hay sociedades, o sectores sociales, donde las propias normas culturales son nocivas, como sucede con las zonas urbanas deprimidas donde reina una cultura de violencia. Existen sociedades donde el predominio masculino coloca a las mujeres no solo en riesgo de sufrir actos violentos, sino también de padecer 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 solamente los recursos económicos, sino también otros, como la información, están desigualmente distribuidos en la sociedad y pueden ocasionar la adopción o rechazo de comportamientos perjudiciales para la salud. El grado en que las diferencias en materia de salud derivadas 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 ejemplos de inequidad.

Cabe preguntarse si verdaderamente existe un factor social determinante que, al funcionar como discriminador, no conduzca a la inequidad cuando su distribución no es equitativa.

La exposición diferencial significa que distintos grupos sociales están expuestos a distintos riesgos. Hay pruebas convincentes de que las clases sociales bajas están expuestas a un conjunto de riesgos ambientales que no afectan a las clases altas. Estos riesgos suelen vincularse con 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 viejas y deterioradas. Una sola exposición no conduce al saturnismo; más bien, hay un efecto acumulativo por la gran lentitud del ascenso en la escala social.

“Cada vez estoy más convencido de que son pocas, o ninguna, las posibilidades de resolver las diferencias creadas por estratificación social única y exclusivamente mediante la actuación individual. El Estado tiene que intervenir considerablemente. En las situaciones o los países donde se ha logrado reducir las diferencias en materia de salud siempre ha habido una presencia estatal fuerte”.

La vulnerabilidad diferencial significa que ciertos grupos, en virtud de su clase social, pueden verse más fácilmente afectados por un riesgo determinado, aunque este tenga una distribución homogénea en todas las clases sociales. La vulnerabilidad puede ser tanto biológica como social. La biológica puede provenir de un entorno social donde hay factores, como una nutrición deficiente, por dar un ejemplo, que hacen a las personas más susceptibles de enfermar. Puede haber malnutrición intrauterina, que coloca a la criatura en mayor riesgo de contraer diversas enfermedades crónicas. La vulnerabilidad social puede obedecer a carencias educativas o de recursos espirituales, que según Robert Fogel son aspectos necesarios para el desarrollo humano óptimo (13). Este concepto de vulnerabilidad puede estar relacionado con el de capacidad de adaptación. Resulta evidente que no todos los grupos reaccionan de la misma manera y, ante una si-

tuación 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 estos tienen, por definición, menos recursos, una enfermedad grave puede suponerles no solo 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 encaminadas a 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 ninguna, las posibilidades de resolver las diferencias creadas por 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 logrado reducir las diferencias en materia de salud siempre ha habido una presencia estatal fuerte. Lógicamente, sin embargo, esto no exime a los académicos y otros grupos de comprometerse a presentar datos y pruebas que orienten la acción del Estado. Y al hablar del Estado también me refiero a las organizaciones no gubernamentales, que están desempeñando una función social cada vez más decisiva.

Se ha escrito extensamente sobre la función nueva o transitoria del Estado en América Latina, que pone de manifiesto cómo se ha ido reduciendo el ámbito de sus intervenciones, esperemos que para concentrarse en las funciones que solo él puede cumplir. La educación es un ejemplo clásico de un factor cuya falta contribuye a la vulnerabilidad social, y como mejor puede difundirse es precisamente mediante la acción del Estado. También el sistema estatal de salud cumple una función primordial, especialmente porque reduce las consecuencias sociales de las diferencias en materia de salud. El mecanismo ideal para ello es un sistema de protección mediante un seguro que permita compartir los riesgos entre todos los miembros de una gran población.

Pero una de las características de todos los sistemas de América Latina es su tendencia a ser más pluralistas y mercantiles en su manera de suministrar los bienes y servicios requeridos en el sector de la salud, en comparación con el sistema predominantemente dual que existía hace alrededor de un siglo. Este incremento del pluralismo en lo sanitario

acompaña al pluralismo en otras áreas, conforme el Estado ha ido abandonando algunas de las funciones que anteriormente cumplía. Sin embargo, me atrevo a predecir que en un futuro se producirá de nuevo un mayor control estatal del suministro de los bienes y servicios sanitarios necesarios, o al menos, que el Estado asumirá la responsabilidad de velar por que estos se suministren. Esta será una de las consecuencias de una inquietud renovada del Estado por la seguridad que, después de todo, es una de sus razones de ser primordiales. Pero dicho aumento de su influencia o control se hará sentir más allá de aquellos aspectos de la seguridad que requieren "mano dura" y repercutirán en aquellos que un ministro canadiense de asuntos exteriores denominó de "mano izquierda".

Para construir un futuro sanitario con más equidad, se necesitan ciertos requisitos. 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 diferencias de salud que constituyen inequidad. He recalcado reiteradamente, quizá hasta la saciedad, que antes de poder determinar si hay inequidad es preciso comenzar por establecer dicha diferencia. También hay que subrayar la necesidad de disponer de buenos datos sanitarios. La Organización Panamericana de la Salud ha dedicado grandes esfuerzos a fortalecer la cooperación técnica con sus Estados Miembros, con el fin de ayudarlos a mejorar sus sistemas de información sanitaria. Hemos de tener mejores datos sobre mortalidad y morbilidad y sobre el grado en que nuestros sistemas de salud cumplen sus funciones. Y para poder determinar en qué consisten las diferencias y propugnar políticas para reducirlas, tenemos que disponer de datos desglosados por sexo, zona geográfica y situación social. Nos complace el ritmo al que hemos avanzado 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 para lograr mayor equidad es que los ardientes defensores de la propuesta sean más numerosos. La defensa debe venir del propio sector sanitario y de otros sectores, y los profesionales de la salud debemos no solo defender esta causa, sino también ganar adeptos. La inequidad constituida por la discriminación en función del género solo podrá ser abordada por el conjunto de la sociedad. No obstante, sí podemos lograr más equidad entre hombres y mujeres en materia de salud, que es uno de los principios o valores fundamentales que viene propugnando nuestra Organización. Por último, tendrá que producirse una adecuada intervención estatal para que la distribución de otros

factores determinantes sea más equitativa y por lo tanto contribuya a alcanzar resultados de salud de mayor equidad.

Una vez más les agradezco el honor que me han concedido. Espero haber convencido a algunos

de ustedes de la importancia de ciertas cuestiones y de los pasos que debemos dar para labrar, y tal vez alcanzar, un futuro de mayor equidad en el campo de la salud.

REFERENCIAS

1. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health—from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. Soc Sci Med 1991;33:545–577.
3. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. En: Eulyer AJ, Newhouse JP, eds. North Holly Handbook of Health Economics; 1999.
4. Narayan D, Chambers R, Shah MK, Peterch P. Voices of the poor: crying out for change. Oxford: Oxford University Press para el Banco Mundial; 2000.
5. Spogárd R, 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 Law 1997;22:383–423.
7. Fukujama F. The end of history and the last man. New York: Free Press; 1992.
8. Anónimo. Of rich and poor. The Economist 28 April 2001, p. 80.
9. Daniels N, Kennedy B, 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.
11. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
12. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health in challenging inequities in health. En: From ethics to action. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Oxford: Oxford University Press; 2001.
13. Fogel RW. The fourth great awakening and the future of egalitarianism. Chicago: University of Chicago Press; 2000.

Premio Fred Soper en Salud Interamericana, 2002

Fecha límite: 30 de junio de 2002

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) solicita la presentación de candidatos para este premio, que se otorga anualmente al autor o autores de un trabajo científico que aporte conocimientos originales al campo de la salud pública en América Latina y el Caribe. El premio, que consiste en un diploma y US\$ 2 500, se concede en honor del doctor Fred L. Soper, Director de la OPS de 1947 a 1958 y una de las figuras más destacadas del siglo XX en el área de la salud interamericana. La PAHEF administra el Fondo del Premio y mantiene en una cuenta especial las contribuciones voluntarias que recibe para ese fin. Los trabajos finalistas son propuestos por el Comité del Premio, integrado por representantes nombrados por la OPS y la PAHEF. La selección final está a cargo de la Junta Directiva de la Fundación.

Pueden concursar al premio trabajos presentados por sus autores o en nombre de ellos, siempre que se observen los requisitos siguientes. El trabajo puede ser un informe de investigación, un análisis de datos nuevos obtenidos mediante estudios experimentales o de observación, o una nueva revisión de datos primarios. Interesan sobre todo los estudios multidisciplinarios y los relacionados con las enfermedades infecciosas, que fueron el campo de interés principal del doctor Soper. Los trabajos presentados a concurso deben haberse publicado durante 2001 en revistas científicas que figuren en el *Index Medicus* o en las revistas oficiales de la OPS. Además, los autores deben estar vinculados con instituciones docentes, de investigación o de servicios ubicadas en países de América Latina y el Caribe, incluidos los centros de la OPS. Todas las candidaturas deberán recibirse a más tardar el 30 de junio de 2002.

Dirección para el envío de las candidaturas:

Fred L. Soper Award Committee
c/o Pan American Health and Education Foundation
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Tel.: 202-974-3416
Fax: 202-974-3636
Correo electrónico: pahef@paho.org