

La equidad y la meta de Salud para todos¹

George A. O. Alleyne

“Teóricamente, puede darse una sociedad en la cual las desigualdades son grandes pero la salud promedio es buena; en la realidad, sin embargo, allí donde hay graves desigualdades sanitarias, la salud promedio de la población es mala.”

En primer lugar, permítanme agradecerles no solo haberme brindado la oportunidad de dirigirme a ustedes aquí en Venezuela, sino la de volver a reflexionar más seriamente sobre el concepto de equidad aplicado a nuestro quehacer. Espero mostrarles que el concepto de equidad está enraizado en la visión de Salud para todos, y la relación de ambos con la lucha de los países de las Américas por lograr una vida mejor para todos sus ciudadanos. Estamos en el centenario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y conviene que quienes trabajamos para la Organización nos tomemos el tiempo de reflexionar sobre algunos de los valores esenciales que subyacen a nuestra labor. Creo que esto ha sido una característica de mis antecesores a lo largo de los años, pues deben haber creído, como creo yo, que ninguna organización puede sobrevivir y prosperar sin una visión clara de lo que puede llegar a ser y de la manera de alcanzarlo. Creo que, explícita o implícitamente, la noble visión de Salud para todos tiene que haber guiado lo que hemos hecho y lo que somos.

Cuando yo estudiaba medicina nos enseñaron que el entorno físico y social tiene efectos sobre la aparición y la progresión de las enfermedades, y podíamos ver ejemplos obvios de ello casi a diario. Pero se insistía predominantemente en el individuo. Cuando me hice internista, mi inquietud principal, si no exclusiva, seguía siendo la salud y el bienestar de cada uno de mis pacientes, como creo que debe ser para quienes trabajan en el campo de la medicina asistencial. El éxito se medía por los resultados del tratamiento que yo había prescrito o por el grado en que podía haber protegido a la persona frente a algún riesgo para su salud. Tengo que confesar que, a veces, cuando veía pacientes que venían a tratarse en etapas avanzadas de su enfermedad, o cuando observaba que su enfermedad se veía afectada por condiciones de privación de las que no eran responsables, no podía sino reflexionar sobre la evidente injusticia social que hacía a unos sanos y a otros no.

Posteriormente, fui tomando mucha más conciencia de la llamada medicina de poblaciones o, mejor dicho, de la salud de poblaciones, lo cual quizás sea una de las razones de que viniera a la Organización Panamericana de la Salud hace 20 años. Hay una diferencia básica entre las causas de las enfermedades de los pacientes y la incidencia de las enfermedades en las poblaciones. Aunque sabemos

¹ Discurso realizado en Caracas, Venezuela, el 15 de febrero de 2002, con motivo de la presentación en ese país de los actos conmemorativos del Centenario de la Organización Panamericana de la Salud.

que el hábito de fumar causa cáncer de pulmón, si cada miembro de una población fumara, algunos contraerían cáncer, pero nunca podríamos identificar el tabaco como factor etiológico. Sin embargo, si procuramos mejorar la salud de las poblaciones, principal foco de interés de la salud pública, tiene que preocuparnos la distribución de los problemas en esas poblaciones y los factores que influyen en esa distribución. A finales de los años setenta, en los países de mi Caribe natal se tenían ideas muy avanzadas sobre cómo hacer frente a las cuestiones de salud de la población, y llegaron a elaborar conceptos muy similares a los que ulteriormente se incluyeron en la llamada atención primaria de salud.

Más adelante descubrí que los países caribeños no estaban solos, sino que en los círculos de la salud pública de América Latina había una considerable inquietud por las causas sociales de las enfermedades y los vínculos entre la salud y las diversas medidas para alcanzar el progreso social. La salud formaba parte de los esfuerzos panamericanos por construir un futuro mejor para las Américas. Así pues, no pudo constituir una gran sorpresa para las autoridades sanitarias de esta parte del mundo que la 30ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en 1977, abogara por la justicia social y adoptara la meta de Salud para todos. No es casual que su proponente y principal defensor, el danés Halfdan Mahler, fuera un hombre con una gran conciencia social, que creía firmemente en la posibilidad de estimular a las naciones del mundo para que vieran las vergonzosas diferencias de salud existentes en cada país y entre unos países y otros. Esa Asamblea Mundial de la Salud recomendó con entusiasmo que los gobiernos debían esforzarse por lograr “que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva”. En la famosa Declaración de Alma-Ata, realizada en 1978 en una conferencia conjunta de la OMS y Unicef, se afirmaba que:

La desigualdad existente en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, pero también dentro de los propios países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

La elaboración de la estrategia de atención primaria de salud, de la cual iba a depender el éxito de Salud para todos, señaló la importancia de la aplicación de la tecnología apropiada, de la participación comunitaria y de la cooperación intersectorial. Impresiona observar, retrospectivamente, que los ministros de salud estaban proponiendo un obje-

tivo que, sin duda, sabían que se situaba más allá de su capacidad de alcanzarlo por sí mismos. Tal objetivo tendría que incluir a todos los sectores del Estado, y debo admirar su confianza al pensar que podrían movilizar a los demás sectores del aparato estatal en pro de la salud.

Por supuesto hubo quienes dudaron, y hubo escépticos que tomaron el llamado en sentido literal, como base para un programa de duración limitada, y no como el enunciado de la aspiración de que el mundo en su conjunto comprendería la necesidad de prestar atención a la salud de todo el mundo. Había que ver el movimiento de Salud para todos como una obra permanente, y no como una meta definida de manera simplista, en la cual el año 2000 sería el momento en que concluiría la historia del progreso médico, aunque este progreso pudiera definirse y medirse con metas intermedias específicas. El análisis posterior de lo que el concepto significaba giró en torno a la necesidad de consagrar tres ideas o criterios básicos. El primero es el criterio de los derechos, que incorpora la salud a los derechos humanos. El segundo es el concepto de ética, especialmente aplicada a los grupos de población y menos a las personas. El tercero, de suma pertinencia para todos los presentes, es la noción de equidad, concebida como justicia. Estoy convencido de que la tesis básica y estos criterios siguen siendo tan válidos hoy como cuando se enunciaron hace 25 años.

El enfoque de los derechos ha adquirido más relevancia todavía al prosperar el llamado a respetar los derechos sociales, culturales y económicos, y a incluir muchas aspiraciones bajo la égida de los derechos humanos. A menudo se ha propuesto que estos derechos tengan la misma dimensión que los más tradicionales derechos civiles y políticos. A veces me ha resultado difícil comprender claramente la naturaleza del derecho a la salud cuando se incluye entre los derechos sociales, pues creo que la salud, a diferencia de los derechos civiles, no puede ser “justificable”. Nadie puede garantizar el derecho a la salud de la misma manera que puede garantizarse el derecho a la libertad de la persona o el derecho de asociación. A mi modo de ver, la formulación más apropiada del derecho a la salud figura en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la 9ª Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en 1948, que, además de reconocer el “derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”, declara: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Es más fácil reconocer estas medidas como justifica-

bles, y cabe teóricamente considerar alguna entidad como el Estado responsable de suministrarlas. Cito a un ético distinguido, Daniel Callahan: “El uso indiscriminado de la retórica de los derechos puede diluir el propio concepto de derechos, haciéndole perder su fuerza”.

El concepto de ética de la salud ha sufrido una transformación fundamental, al considerarse más exhaustivamente la meta de Salud para todos. En una publicación de gran influencia sobre ética, equidad y Salud para todos, Daniel Wikler enunció las cuatro etapas por las que pasó la bioética, aunque no hay que pensar que una etapa sustituye a otra. En la primera etapa, se insistió más en la deontología médica y en moldear un código de interacción profesional entre médicos y pacientes. El debate tuvo lugar entre profesionales. En la segunda etapa se ampliaron el discurso y el debate, englobando a la sociedad civil, que se interesó mucho por la conducta de los profesionales. La tercera etapa representó la incursión del pensamiento ético en áreas como la asignación apropiada de los recursos de salud. La cuarta etapa, tal vez la más directamente relacionada con Salud para todos, consiste en la aplicación a un nivel más fundamental, o en un punto “más río arriba” si se quiere, de los principios éticos, al objeto de tener en cuenta los factores determinantes de la salud y cómo se distribuyen y aplican. El respeto de la opción personal y el principio de la autonomía personal fueron y son todavía importantes, pero ampliar el campo a las necesidades de las poblaciones y a temas como la asignación de los recursos a las poblaciones para garantizar las medidas sanitarias y sociales necesarias representa un paso adelante fundamental. Creo que tal ampliación no está disociada del interés generado por el movimiento de Salud para todos. Los actuales debates éticos sobre las cuestiones vitales acerca de la naturaleza y el carácter sagrado de la vida me parecen de una importancia capital, pero no forman parte de la corriente de la ética relacionada con los temas que giran en torno a las preocupaciones sanitarias de la población.

No es fácil separar el tema de la equidad del de la ética, pues, en un sentido muy real, el concepto de equidad en salud implica algunos de los juicios morales que son la esencia del pensamiento ético sobre la salud de la población. En los últimos veinte años ha habido una explosión de interés por el concepto de equidad aplicado a la salud. Actualmente, suele aceptarse que, en su sentido más básico, la inequidad en salud representa las desigualdades que son inequitativas e injustas. Tengo que admitir que los conceptos de equidad y justicia suscitan muchas interpretaciones diferentes en diversos entornos.

La mayoría de ustedes conoce la filosofía utilitarista derivada principalmente del pensamiento

de Bentham y Mill. Casi todos los médicos jóvenes tienen la tendencia natural a ser utilitaristas. Yo mismo lo fui, de joven. La idea esencial es maximizar los buenos resultados sanitarios. En este sentido, lo importante es el promedio de la salud de la población. Esto, en teoría, no está tan lejos, e incluso quizá derive, de la tradición hipocrática en que el médico buscaba hacer el bien a cada paciente. No había, o era poca, la inquietud por los más débiles; no se valoraban las diferencias entre el débil y el fuerte, siempre que subiera el nivel promedio. En el campo de la salud pública, hemos limitado nuestra atención —y hasta cierto punto todavía lo hacemos— a los promedios. Es decir, medimos el estado de salud por los promedios de los indicadores de mortalidad y morbilidad.

Una cosa que logró el movimiento de Salud para todos fue obligarnos a pensar en lo que se quiere decir con “todos”. Salud para todos implicaba que habría justicia distributiva y que habría algún estado mínimo de salud al cual todos aspirarían, y que habría alguna entidad responsable de velar por el logro de dicho estado. La equidad, aplicada a la salud, se vio como algo más acorde con un enfoque igualitario, y confieso mi sesgo en esa dirección. La mayoría de las personas que han oído hablar de la noción de equidad en salud se habrán percatado de que se aplica al estado en que no hay ninguna desigualdad injusta. En otras palabras, la inequidad representa la existencia de diferencias de salud, entre personas o poblaciones, que son evitables, no deseadas, y a cuya corrección puede procederse de algún modo. A primera vista puede parecer que hay una diferencia fundamental, tanto conceptual como política, entre el enfoque utilitarista o agregador y el enfoque igualitario o más distributivo. Es cierto que el movimiento de Salud para todos surgió principalmente para corregir la injusticia distributiva a nivel mundial. Pero, en la práctica, las diferencias pueden ser menores. Teóricamente, puede darse una sociedad en la cual las desigualdades son grandes pero la salud promedio es buena; en la realidad, sin embargo, allí donde hay graves desigualdades sanitarias, la salud promedio de la población es mala. Como dice Amartya Sen, Premio Nobel de Economía en 1998: “como mejor suele alcanzarse la salud agregadora es concentrándose en los más pobres, pues ahí es donde hay más posibilidad de ganar terreno; pero esa misma política tendrá el efecto de reducir, a su vez, la desigualdad distributiva. Por lo tanto, la pretendida tensión entre ambos objetivos puede ser mucho más tenue de lo que con frecuencia se cree.”

Más recientemente, pensadores como el filósofo Norman Daniels han seguido explorando el tema y han dejado claro que no basta con describir la injusticia distributiva con relación a los resulta-

dos de salud, sino que es indispensable examinar los factores determinantes de la salud que, por la misma naturaleza de su distribución desigual, contribuyen a generar las inequidades en salud. Por lo tanto, la meta de Salud para todos debe incluir la corrección de la desigual distribución de dichos factores determinantes de la salud.

Tienen que apreciarse a nivel político los diferentes enfoques para que la meta de Salud para todos se haga realidad. No cabe duda de que el criterio estrictamente igualitario quizá no sea el más eficaz, lo que tiene graves implicaciones para nosotros en las Américas. Los intentos de elevar el nivel de la salud de los más enfermos o de los más seriamente desfavorecidos quizá no representen el mejor uso de los recursos en todas las sociedades.

“Pensadores como el filósofo Norman Daniels [. . .] han dejado claro que no basta con describir la injusticia distributiva con relación a los resultados de salud, sino que es indispensable examinar los factores determinantes de la salud que, por la misma naturaleza de su distribución desigual, contribuyen a generar las inequidades en salud.”

América tiene la desafortunada reputación de ser la región del mundo con la mayor desigualdad social. Existe una amplia brecha, que sigue ensanchándose, entre ricos y pobres; y el criterio democrático liberal —aparentemente inevitable— que se viene aplicando a la organización social favorece tal ampliación. De resultas de ello, hay en el continente grandes diferencias en materia de resultados de salud entre grupos sociales. Aunque la estratificación social es manifiesta en las diferencias de salud de todas las sociedades y de todos los estratos de la sociedad, parece que las brechas son mayores en América que en otros lugares. Se suelen atribuir las diferencias sanitarias a esta desigualdad social, y varios estudios revelan que tales diferencias entre los países podrían atribuirse en parte a la mala distribución de los ingresos, por ejemplo. Este criterio se está poniendo ahora en tela de juicio con más y mejores datos. Aunque la desigualdad de los ingresos pueda verse reflejada en la desigualdad de la situación sanitaria entre los países, esta relación se debilita al examinar la situación dentro de cada país.

Si nuestro interés consiste en aumentar el máximo bien que la salud representa en un país, son suficientes las estadísticas acumulativas ordinarias. Pero la mortalidad infantil media de un país solo da

una imagen parcial. Hemos visto, por ejemplo, que aunque se ha producido una disminución constante y bienvenida de las tasas de mortalidad infantil en las Américas, en particular durante los cuatro últimos decenios, la brecha entre ricos y pobres ha cambiado poco o nada. He afirmado que, hasta cierto punto, un país es casi un espacio virtual y que una política sanitaria compatible con las exigencias de Salud para todos exige disponer de datos sobre la distribución de la mortalidad y la morbilidad por causas. Sabemos, por ejemplo, que hay diferencias significativas en muchos indicadores de mortalidad y morbilidad entre zonas rurales y urbanas. Por ello, la OPS ha dedicado tanto esfuerzo a alentar a los países a que creen sistemas de información sanitaria que puedan proporcionar datos sobre la situación sanitaria en las unidades geográficas más pequeñas.

Actualmente, está planteándose con cierta seriedad si la comunidad sanitaria internacional ha perdido el entusiasmo por los conceptos básicos de Salud para todos y de atención primaria de salud, adoptados en los años setenta. Sin embargo, en el examen más reciente de la cuestión, en 1997, la Asamblea Mundial de la Salud ratificó la validez del concepto de Salud para todos y recalcó que la equidad es la base del concepto. Se señaló que entre los nuevos retos que resultaban más obvios desde Alma-Ata figuraba el hecho de que más personas viven por debajo del umbral de pobreza y de que las brechas entre ricos y pobres estaban ampliándose en muchos países, comunidades y grupos. Los riesgos ambientales estaban amenazando la equidad intergeneracional y la prisa por la globalización estaba produciendo beneficios desiguales que contribuyen a aumentar las inequidades entre los países.

“América tiene la desafortunada reputación de ser la región del mundo con la mayor desigualdad social. Existe una amplia brecha, que sigue ensanchándose, entre ricos y pobres; y el criterio democrático liberal —aparentemente inevitable— que se viene aplicando a la organización social favorece tal ampliación.”

Además, se está poniendo en tela de juicio el método del control y eliminación de determinadas enfermedades, por ser en cierto modo desfavorable a los principios básicos de Salud para todos y a la estrategia fundamental de atención primaria de salud. Se está expresando la inquietud de que concentrarse en enfermedades particulares y no en la infraestructura básica de los servicios de salud distorsionará por completo la trama de los sistemas de salud.

Desde luego, la respuesta apropiada es que no tiene por qué haber conflicto, y que ambos enfoques deben apoyarse mutuamente. He tenido que plantearme algunas de estas interrogantes al insistir en que el concepto de equidad debe constituir un valor fundamental que guíe la cooperación técnica de la OPS. Cuando examino la situación en los países del continente y veo lo que se ha hecho y lo que hay que hacer para mejorar la situación sanitaria, me parece que debo seguir abogando por el concepto de Salud para todos y la vigencia de la atención primaria de salud, enunciados en Alma-Ata, y por los aspectos filosóficos y de política de la equidad en salud.

Una vez dicho que estos conceptos son pertinentes en las Américas, examinemos la situación sanitaria en Venezuela. Si observamos los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad, no cabe duda de que ha habido progresos. En los últimos sesenta años ha habido una reducción de 80% de la mortalidad infantil y una reducción de 66% de la mortalidad materna. El país presenta el perfil sanitario característico de la mayoría de los países de ingresos medianos de las Américas. El perfil de mortalidad muestra un predominio de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares y las neoplasias malignas. Pero las enfermedades transmisibles siguen planteando problemas. En 1998, hubo 37 586 casos de dengue, y en 2001 esta cifra fue casi el doble, lo que refleja las deficiencias de la atención ambiental primaria. La mayoría de los países americanos han eliminado el sarampión, que todavía existe en Venezuela, aunque sospechamos que el brote reciente se debió a una importación de Europa. El ONUSIDA calcula que había 62 000 casos de infección por VIH/sida a finales de 1999 y, según hemos visto en otros lugares, la enfermedad está afectando principalmente a los adultos jóvenes. Ahora hay pruebas de que la enfermedad se está transmitiendo por vía heterosexual. La malnutrición sigue siendo un problema: una cuarta parte de los niños en edad preescolar de las escuelas públicas presentan signos de carencias nutricionales. En cambio, he observado con placer que Venezuela presenta una disminución significativa del consumo de tabaco, gracias a las enérgicas políticas para controlarlo.

A pesar de los progresos, hay todavía mucho por hacer, y uno de los principales motivos de preocupación es la distribución de los problemas de salud. Los estudios realizados aquí para ver la relación entre la mala salud y el grado en que no están satisfechas las necesidades básicas muestran claramente la excesiva carga de morbilidad que sobrellevan los pobres. Más mujeres pobres son anémicas. El brote de sarampión apareció en uno de los estados más pobres. En 1999, cuando tuvieron lugar las inundaciones y los deslizamientos de tierra, fueron

los pobres quienes más sufrieron. Pero Venezuela no es única en este sentido. Es un fenómeno mundial que los pobres padecen más enfermedad y que la pobreza frecuentemente les impide escapar de la trampa en la que caen cuando la enfermedad les priva, aunque solo sea temporalmente, de sus ingresos. La reducción de la pobreza se ha convertido en la meta social número uno de todas las iniciativas de desarrollo.

Gran parte de la respuesta a estos problemas de salud indudablemente debe venir del Estado, y entiendo que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se ha reestructurado recientemente para proporcionar gran parte de esa respuesta. En 1999, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se fusionó con el Ministerio de la Familia, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, órgano rector del sector de la salud. Tiene a su cargo la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud y desarrollo social; la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud; la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos, y la promoción de la participación ciudadana.

“Es un fenómeno mundial que los pobres padecen más enfermedad y que la pobreza frecuentemente les impide escapar de la trampa en la que caen cuando la enfermedad les priva, aunque solo sea temporalmente, de sus ingresos. La reducción de la pobreza se ha convertido en la meta social número uno de todas las iniciativas de desarrollo.”

Pero las actuaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social tienen lugar en el contexto del clima político. Como en todo país, la práctica de la salud pública en Venezuela debe guardar alguna relación con el lugar que ocupa la salud en los principios fundamentales adoptados por la clase política. Por consiguiente, examiné la nueva constitución para ver lo que dice acerca de la salud y si había cambios previstos en las políticas del sector de la salud en su conjunto.

Permítanme citar el artículo 83 de la nueva constitución:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servi-

cios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

No se puede pedir una afirmación más clara de la importancia de la salud. Incorpora el principio de la universalidad y apunta la importancia de la participación social como complemento necesario de la responsabilidad individual de atender aquellos aspectos de la salud que son de su propia competencia. Significa que el Estado y, en este caso, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, tendrá que asumir la rectoría, un aspecto esencial de la reforma sanitaria que a menudo se olvida, pero que se expresa claramente en el artículo 84:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Más adelante, el Artículo 86 indica que toda persona, contribuyente o no, tiene derecho a la seguridad social, que también incluye atención médica.

Por lo tanto, vemos que la constitución consagra la noción de la equidad en cuanto a los factores que determinan los resultados de salud; además, se

enmarca exactamente en el tipo de lenguaje y hace suyos los principios filosóficos básicos del movimiento de Salud para todos. Quiero creer que esta inquietud por la equidad en salud es un reflejo de la inquietud por una sociedad más justa y equitativa en general. La equidad en salud no puede verse como algo separado de la equidad en otras áreas o dimensiones del desarrollo humano. Amartya Sen, entre otros, afirmó que debemos considerar el desarrollo como el proceso de expansión de las libertades y las capacidades, y que el progreso en una área mejora las capacidades humanas en las demás.

Señor Presidente, estos conceptos de la igualdad no son nuevos en Venezuela ni para los venezolanos. El gran patriota Simón Bolívar, en su famosa Carta de Jamaica de 1815, clamó contra las indignidades del servilismo colonial y evocó alguno de los nobles sentimientos que han persistido en las Américas hasta hoy. En una parte de la carta escribió:

Los meridionales de este continente han manifestado el conato de conseguir instituciones liberales, y aun perfectas; sin duda, por efecto del instinto que tienen todos los hombres de aspirar a su mejor felicidad posible, la que se alcanza infaliblemente en las sociedades civiles, cuando ellas están fundadas sobre las bases de la justicia, de la libertad y de la igualdad.

Espero que estos sentimientos estén tan vivos hoy como en 1815.

Gracias por su atención.