

Equidad y salud

Dr. Abraam Sonis*

Este discurso fue pronunciado por el Dr. Sonis durante la 42ª Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en Washington D.C., EE.UU., el 28 de septiembre de 2000. La Redacción de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* se une al Dr. Sonis en rendir un sentido homenaje a la memoria del Dr. Horwitz.

En enero de 2000 se constituyó en la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, la Comisión de Macroeconomía y Salud¹ presidida por Jeffrey Sachs e integrada por destacados economistas del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y otros organismos internacionales y nacionales. La Comisión tiene por objetivo realizar, en el transcurso de dos años, estudios que demuestren cómo los programas de salud pueden contribuir al desarrollo económico de los países y reducir la pobreza, ya que existen pruebas cada vez más convincentes del vínculo entre la pobreza y la salud.

Después del economicismo a ultranza de las dos últimas décadas, no deja de ser interesante este nuevo enfoque de los economistas y los formuladores de políticas que nos remonta a 1960, cuando Abraham Horwitz, recientemente elegido Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), explicitó sus conceptos sobre el tema, exactamente con el mismo razonamiento: el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza y la importancia de la inversión en la salud como estrategia para el desarrollo,² inspirando la Declaración de Punta del Este de 1961 y toda la política que impulsó a la OPS en las décadas siguientes y la que me llevó a publicar en 1964 "Salud, medicina y desarrollo económico social".

Valga este simple recuerdo como homenaje emocionado al doctor Horwitz, a su

visión de estadista y a su gigantesca labor como realizador, que nos iluminó a todos y que hizo escuela en nuestro continente.

ABRAAM SONIS

Resulta imposible un planteamiento actual, moderno de la atención de la salud sin que aparezca como tema prioritario la equidad. Y donde no aparece es porque sin ninguna duda ha sido soslayado deliberadamente.

Y es que se trata del punto clave de nuestro sector por múltiples factores, suficientemente conocidos y cuya explicitación y dinámica desbordarían el marco de esta presentación. Lejos, pues, de nuestra intención profundizar en el tema en esta instancia; nos limitaremos, por el contrario, a señalar algunos de sus aspectos relevantes, que creemos pueden contribuir al análisis del problema y al refuerzo de los programas que tienen la equidad como objetivo.

Señalemos en primer lugar la gran variedad de definiciones de equidad que circulan en el sector, expresión sin duda de la complejidad del tema y de la dificultad para circunscribirlo, dadas las distintas disciplinas que lo estudian; tenemos así definiciones filosóficas, económicas, epidemiológicas, políticas, centradas cada una de ellas en su propia perspectiva.

Hace ya muchos años, seguramente 30 o 35, un maestro de la salud pública, Herman Hilleboe, decía que resultaría más fácil definir la equidad por su ausencia, por su contrario, por lo que hoy denominamos –utilizando un anglicismo ya aceptado en nuestro idioma– inequidad, y desde este enfoque, eliminando sus características no deseadas, acercarnos paulatinamente a la equidad.

Pero han pasado tres o cuatro dece-

* Publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8 (5):359-362.

nios y resulta imprescindible una definición y, sobre todo, una definición operativa. De hecho, la equidad en el campo de la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica: 1) igual acceso a la atención para igual necesidad; 2) igual utilización de recursos para igual necesidad; 3) atención de igual calidad para todos.

No se nos escapa que estos tres mandamientos no abarcan la totalidad del concepto, pero hablamos de una definición operativa para el sector de la salud a la cual, para acercarnos, sacrificamos amplitud. Pero más adelante volveremos sobre el tema.

Una definición operativa nos resulta importante dada la dificultad que se observa en la práctica para traducir en acción las recomendaciones sobre equidad que inundan el campo de la salud en los últimos años. Una revisión de las resoluciones de múltiples reuniones internacionales y de los programas de gobierno de todos los países muestra claramente el interés que existe en la promoción de la equidad, que figura como objetivo en el discurso político sanitario, pero que sólo alcanza un peso relativo, y a veces muy relativo, a la hora de las decisiones.

Y cabe entonces preguntarse, si la meta es la equidad, si ningún país tiene como programa de gobierno la inequidad ¿por qué es tan persistente y generalizada la inequidad en materia de salud? Y esta duda es válida para todos los países, ya que la inequidad se observa no sólo en los países pobres o de medianos recursos, sino también los desarrollados. Y valga como ejemplo un caso reciente que creemos sumamente ilustrativo, el tan difundido Informe de Acheson,³ en Gran Bretaña, fruto del estudio realizado por un grupo no gubernamental, el Independent Enquirer on the Inequalities in Health,⁴ presidido efectivamente por Donald Acheson, antiguo director del National Health Service.

Al compararse las cifras con las del famoso Black Report del que hizo caso omiso en la década de los setenta el gobierno de la señora Thatcher, se comprobó más de 20 años después, en 1998, que los indicadores sociales y económicos habían mejorado sensiblemente para todos los grupos en

que se analiza a la sociedad británica.

No obstante, lo interesante es que la diferencia entre los grupos I y V se mantenía igual a pesar de los adelantos, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad. Así, 17% de la población de clase I, la de los más ricos, padecía una enfermedad crónica discapacitante, a diferencia de 48% de la clase social V, la de los trabajadores no calificados. Tal parece que aun los programas de promoción de la salud (como el antitabáquico) mejoraron los indicadores, pero no alcanzaron a cerrar la distancia entre las clases sociales porque su impacto fue mayor en las clases más favorecidas. Se explica, entonces, la recomendación de evaluar las políticas de salud teniendo en cuenta su impacto sobre la equidad.

En un discurso pronunciado ante el Congreso Mundial de Psiquiatría en Hamburgo, Alemania, en agosto del año pasado, el Director de la OPS, Sir George Alleyne, señaló que el título de su conferencia era *Equity and Health* y no *Equity in Health*, ya que el primero es más amplio, al no concentrarse exclusivamente en los indicadores de salud y abarcar también la equidad entre los factores condicionantes de la salud. Y este concepto nos introduce de lleno en nuestro tema.

Como sostienen los organismos de las Naciones Unidas, la causa más grave de enfermedad en el mundo es la pobreza, tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Y sabemos también todo lo que implica esta pobreza en términos de la salud, tal como lo revelan las estadísticas que a diario se publican. Es la visión "macroscópica" de la falta de equidad y, con razón, muchos autores insisten en que la solución global de la inequidad se encuentra en este nivel.

En las dos últimas décadas ha predominado la opinión entre muchos economistas de que el crecimiento económico de los países se extendería naturalmente y por desbordamiento, como por vasos comunicantes, a todos los estratos de la población.

El comienzo de este siglo nos demuestra la amarga falsedad de esta noción y la necesidad de adoptar políticas sociales que cumplan verdaderamente los objetivos enunciados en los programas de gobierno.

Y hacia esta etapa tenemos la impresión

de estar encaminados después de las décadas perdidas que acabamos de atravesar. Así parecerían haberlo entendido los dirigentes políticos y económicos actuales, a juzgar por los documentos que hoy deciden el destino de los países y de los hombres.

Y es que la pobreza y la inequidad no sólo se convierten en el largo plazo en factores que estrangulan el desarrollo de las sociedades, sino que distorsionan su funcionamiento, ya que obstruyen la gobernabilidad.

La inequidad, se ha repetido insistentemente en los últimos tiempos y numerosos estudios así lo confirman, no sólo acarrea consecuencias visibles o materiales, demostrables por medio de indicadores socioeconómicos y sanitarios, sino también psicológicas. Así, en el plano individual la percepción de la inequidad generaría depresión y hostilidad, mientras que en el nivel colectivo poblacional, las diferencias entre países o entre áreas y sectores de un mismo país llevan a una falta de cohesión social y a una pobreza en la formación del capital social que tornan difícil el progreso de un país. Más aún, ciertos estudios apuntan a la asociación perversa entre la falta de equidad y la proliferación de los medios de comunicación, que coloca frente al individuo, diaria e insistentemente, la diferencia entre la estrechez en que vive y la oferta de bienes y servicios que están al alcance de otros sectores de la sociedad.

Asimismo, algunos estudios recientes demuestran que la falta de equidad ejerce una fuerte influencia en la salud de una población, independientemente del grado de pobreza. Así, destacados economistas de la salud afirman que la inequidad ejerce tanta influencia en las condiciones de salud como el nivel de ingreso.

Quizás debemos aceptar, sin embargo, que nuestro papel como trabajadores del campo de la salud se asemeja mucho al de los astrónomos: podemos estudiar y predecir los fenómenos, pero carecemos del poder para alterar su curso. Aunque las situaciones no son del todo equiparables, el ejemplo ilustra nuestra capacidad para influir con nuestras acciones médicas y sanitarias en la corrección de la inequidad global que aqueja a nuestras sociedades.

No obstante, esta aceptación de la realidad no nos deprime ni nos conduce a la resignación. Más bien, debemos proseguir incansablemente en nuestra determinación de propiciar una sociedad más justa y de convertirnos en agentes de este cambio, siguiendo la tradición de los grandes pioneros de la salud pública. Y tenemos, por otro lado, un frente de batalla que sí es nuestra responsabilidad y que podríamos llamar la equidad en el nivel “microscópico”, es decir, el de la inequidad en la atención de la salud, ya que somos conscientes de que en nuestro propio territorio se producen y hasta se agravan muchas de las inequidades generadas por los factores que condicionan la salud. Y esto sí es responsabilidad del sector, como se observa a diario en los servicios de atención preventivos, asistenciales y de rehabilitación.

Abundan los estudios que demuestran que la falta de equidad en materia de salud y enfermedad tiene consecuencias importantes que se manifiestan en ingresos insuficientes, desocupación, un nivel de vida precario, diferencias en función del género, origen étnico y grupo de edad. Por otro lado, escasean los estudios, que recién en los últimos años han generado interés, cuyo objetivo es analizar la equidad en los servicios de atención, y el panorama no es menos desolador que en el nivel “macroscópico”, ya que resalta a simple vista la gran disparidad en la eficiencia y aun en la calidad de la atención, según las posibilidades financieras de cada individuo y de cada grupo social.

La gravedad del problema ha llevado a algunos autores del campo de la salud a reflexiones pesimistas, hasta el punto de afirmar que el objetivo del sector de la salud debería limitarse a lo mínimo: no agravar, al proveer atención, las inequidades que se dan en la sociedad. Y esta inequidad en la atención se observa diariamente. Obedece a deficiencias del servicio; vacíos en la cobertura de la población; la desorganización del sistema de atención; la falta de conocimientos adecuados en los profesionales de la salud; la deshumanización de la atención; la burocracia y la corrupción, por citar algunas causas que se dan en diferentes medidas en muchos países.

Este objetivo mínimo se cumplimenta con claros objetivos en la política de salud, con una programación adecuada; servicios bien organizados; la cobertura total de la población; un uso apropiado de la tecnología; una utilización racional de los medicamentos; la buena preparación de los recursos humanos, un desarrollo profesional permanente, una medicina y atención de la salud y la enfermedad basadas en pruebas confirmatorias (*evidence-based medicine*) y, por supuesto, la participación de la población en todo el proceso y en todos los niveles de la atención. Sólo así la determinación de prioridades y la racionalidad cobran sentido y se podrán impulsar sistemas de atención integrales, equitativos, eficaces, eficientes, humanizados y democráticos, con una distribución uniforme de los conocimientos y de los recursos orientados hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la asistencia y la rehabilitación. Y en esto consisten nuestro trabajo diario y nuestra responsabilidad ineludible en la búsqueda de la equidad.

Cabe recalcar dos conceptos finales. El primero se refiere a la investigación. Si coincidimos en que el futuro de la atención se gesta a partir de la investigación, el panorama tampoco es alentador, tal como lo demuestra la puesta en marcha en Ginebra del "10/90 Global Forum in Health Research",⁵ cuyo nombre significa que 10% de la inversión en la investigación está dedicada a las afecciones de 90% de la población mundial, en tanto 90% de la inversión está dirigida a investigar los trastornos que aquejan al otro 10%, es decir, el que goza del más elevado nivel económico.

Por último, un maestro de la salud pú-

blica, Kerr White, escribió hace unos años que los cambios sociales se producen cuando una situación determinada se torna intolerable para una sociedad, y que las sucesivas definiciones de la intolerancia social a lo largo del tiempo constituían prácticamente la historia de la salud pública.

A principios del siglo XXI, transcurridas dos décadas de crudo economicismo, falta de solidaridad, mercantilismo agresivo y crisis de la atención de la salud, ¿estaremos en el umbral de la intolerancia social que permitirá a nuestras sociedades concretar una atención de salud equitativa? Este es el verdadero desafío que enfrentamos y al que debemos responder.

BIBLIOGRAFIA

1. Commission on Macroeconomics and Health. [enero 2001] Citado [agosto 2001] Disponible en línea: URL <http://www.cmhealth.org>
2. Davies HTO, Marchall M. UK and US health-care systems: divided by more than a common language. *Lancet* 2000;355:336
3. Kumar S. Economists advocate health improvement to reduce poverty. *Lancet* 2000;355:1438 // Protests as IMF and World Bank reveal trends in development goals. *Lancet* 2000;355:1438
4. Lowdell C, Bordsky M, Morgan D. Acheson report. The Inquiry into inequalities in health. Implications for London. A discussion paper. Abril, 1999. Citado [agosto 2001] en <http://www.holp.org/reports/acheson4.pdf> Disponible: URL <http://www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>
5. Acheson D. Report of the Independent Inquiry into Inequalities in health. [en línea] 1998. Citado [agosto 2001] Disponible: URL <http://www.doh.gov.uk/ih/ih.htm>
6. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2000 [en línea 2000] Citado [agosto 2001] Disponible: URL: <http://www.globalforumhealth.org/report.htm>