
Equidad ante la salud

Godfrey Munatilleke, Instituto Marga de Desarrollo en Colombo
(Sri-Lanka)

Al meditar sobre las Discusiones Técnicas celebradas durante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1986, yo elegiría la equidad como concepto unificador de la reunión. Más que cualquier otro, este concepto ayudó a discernir el vínculo esencial que existe entre la salud y el desarrollo, así como a poner nuevamente de relieve alguno de los principios básicos que deben servir de base a las estrategias nacionales de desarrollo en el contexto de «Salud para Todos».

Durante las Discusiones se llegó a dos conclusiones que merecen ser analizadas con mayor detenimiento. Una establece que la salud es, en sí misma, una meta del desarrollo: al constituir un requisito esencial del bienestar económico, la salud debe reconocerse en primer lugar como una prerrogativa humana fundamental y también como un aspecto del bienestar que necesita estar protegido y fomentado por la totalidad del proceso de desarrollo del país. La otra conclusión subraya que la Salud para Todos exige que haya una equidad real ante la salud y que esa equidad se logra mejor mediante una estrategia intersectorial para la salud.

La afirmación de que la salud es una meta del desarrollo fue oportuna en un periodo en que ciertas medidas drásticas de reajuste adoptadas por algunos países, a raíz de la crisis económica, estaban teniendo como consecuencia recortes en los presupuestos sanitarios. Si la salud está justificada solamente como un medio para mejorar la productividad y aumentar la producción económica, es inevitable que pase a un segundo término cuando se vea

amenazado el bienestar económico. No hay duda de que la buena salud es un medio para alcanzar el bienestar económico del individuo, de la familia y de la comunidad; de igual manera el bienestar económico es un medio para que el individuo, la familia y la comunidad gocen de buena salud. Ambas secuencias son importantes y deben impulsarse juntas. Puesto que el individuo y la familia protegen y fomentan su salud para poder mejorar sus ingresos, la protección y el fomento de ésta son factores que siempre se tendrán en cuenta, por constituir uno de los objetivos esenciales y deseados del desarrollo económico individual y familiar.

La constante atención a esta relación recíproca entre la salud y la economía, entre las metas sanitarias y las metas económicas, resulta vital tanto para el logro de objetivos sectoriales como para el objetivo del desarrollo global, es decir el mejoramiento del bienestar de la colectividad. Esa preocupación es también esencial para establecer las políticas adecuadas de desarrollo en cada sector, y tiene que constituir un principio rector de la formulación de estrategias de salud, en particular.

¿Qué significa esto en la estructuración de las políticas de desarrollo? La responsabilidad en materia sanitaria viene compartida por muchos «sectores», entre los cuales el «sector» de la salud es el principal. En efecto, el sector responsable de la prestación de servicios sanitarios es el que está mejor dotado para identificar efectos sanitarios y diagnosticar resultados. Sin embargo otros sectores «producen» efectos nocivos o menoscabos de la salud como consecuencia de embalses cuyos riesgos sanitarios

no se han previsto debidamente, industrias que contaminan el ambiente, sistemas educativos sin la adecuada participación femenina o políticas alimentarias y agrícolas cuyos efectos en la nutrición se ignoran. Las aportaciones a la «producción de salud provienen, pues, de muchos sectores.

Como señalaba en la introducción del documento básico de las Discusiones Técnicas, hay sectores no sanitarios que cuantifican estos vínculos en una matriz de «ingresos-resultados»; no obstante, el sector de salud no se presta con facilidad a estos efectos. En otras palabras, los componentes sanitarios de otros sectores, tanto en lo atinente a políticas como a programas sectoriales, necesitan identificarse e incorporarse como parte integrante de las políticas del sector, y es preciso también definir claramente la «responsabilidad sanitaria» de ese sector. En consecuencia, el grado en que el sector protege y fomenta la salud de la población mediante sus propias estrategias sectoriales constituye una medida importante de su éxito o de su fracaso respecto de sus metas de desarrollo.

No es tarea fácil institucionalizar un proceso rector tal dentro del sistema nacional. La aceptación universal de la estrategia de Salud para Todos por parte de los Estados Miembros brinda a la OMS una oportunidad única para tomar la iniciativa y asumir el liderazgo en su labor.

Ya hay gran cantidad de documentación sobre los efectos sanitarios de proyectos y programas. Como punto de partida cabe sistematizarlos y desarrollarlos en forma de directrices para identificar el componente de política sanitaria existente en otros sectores. Algunos países que cuentan con las condiciones adecuadas podrían seleccionarse para demostrar la factibilidad de la formulación de políticas y la planificación sanitaria intersectoriales, la naturaleza de la capacitación y orientación necesarias, y las modificaciones institucionales que podrían dejar la planificación intersectorial establecida como elemento ordinario de cada sistema nacional.

Preocupación nacional

El mejor punto de partida para esto es una preocupación nacional por la equidad ante la salud. Desde la perspectiva de los países en desarrollo, especialmente los más pobres donde vive la mayor parte de la población del Tercer Mundo, el mejoramiento de la capacidad de supervivencia y el incremento de la expectativa de vida tienen un atractivo humano universal que hace de la «equidad ante la salud» una política enérgica en cualquier nación.

La equidad ante la salud implica varios requisitos. Ante

todo, requiere que se preste atención al grupo que se encuentra en la franja más baja del perfil sanitario nacional. Así como un economista identificaría los «deciles» (unidades de diez) de más bajos ingresos como el sector de indigencia, en el terreno sanitario es preciso identificar los dos o tres (o aún más) deciles más bajos que son los más expuestos a riesgos de salud y los más faltos de recursos para una vida sana. El estado de salud de estos grupos vulnerables revelará cómo y por qué la estrategia sanitaria nacional no llega a las personas que viven en este «margen». Lo que sucede en éste se convierte en uno de los indicadores más elocuentes de la eficiencia y calidad de la estrategia sanitaria.

No obstante, cuando se trata del estado de salud de estos grupos desfavorecidos, el problema sanitario se hace evidente en toda su complejidad multisectorial. La deficiencia o la inaccesibilidad de los servicios de salud es sólo un factor muy pequeño del deficiente nivel sanitario de estos grupos. Su estado de salud es malo porque su nutrición es insuficiente, sus ingresos son bajos, la calidad de su vivienda es muy baja y, además, porque carecen de la instrucción necesaria para tener acceso fácil a nuevos conocimientos e informaciones. En síntesis, tales grupos tienen menos recursos de salud que los necesarios.

La equidad ante la salud es, esencialmente equidad ante el desarrollo. A menos que otros sectores compartan la preocupación de mejorar el bienestar de estos grupos y de aumentar los recursos de salud disponibles, tratar de alcanzar la equidad en materia de salud mediante la mera distribución equitativa de servicios sanitarios puede ser un esfuerzo costoso y a menudo improductivo; su impacto potencialmente positivo puede verse malogrado por los efectos negativos de los otros sectores. Para ser eficaz, la equidad ante la salud tiene que formar parte de una estrategia más amplia de desarrollo equitativo. La política sanitaria tiene que identificar los componentes equitativos de otras estrategias sectoriales, fomentar la incorporación de tales componentes (si no están ya presentes), y convertirse en parte de un movimiento hacia el mejoramiento integrado del bienestar.

Hay muchos ejemplos de países donde se han tomado medidas tendientes al mejoramiento integrado del bienestar: China, Sri Lanka, el estado de Kerala en la India, Costa Rica, Cuba, y recientemente Tailandia. Cabe suponer que si existe una orientación clara hacia la equidad dentro de las estrategias nacionales en general, y siempre que estén reflejadas en las estrategias sectoriales, la acción intersectorial tendrá lugar casi espontáneamente y sin necesidad de un esfuerzo intenso o minucioso.

samente planificado. Por ejemplo, en muchos de los países que tenían estrategias dirigidas a satisfacer necesidades básicas, tales como Sri Lanka, no hay muchos indicios de que los encargados de planificar y de estructurar la correspondiente política hayan explorado cuidadosamente las vinculaciones intersectoriales ni hayan tomado medidas específicas al respecto.

No hay duda, sin embargo, de que las estrategias sectoriales -aunque estén elaboradas hacia la equidad- que se desarrollan en términos de metas sectoriales circunscritas a los límites sectoriales mismos tienen casi siempre un impacto negativo en otros sectores. Esta circunstancia puede darse con mayor frecuencia en relación con la salud; un vasto proyecto de desarrollo concebido claramente con el objetivo de mejorar las condiciones econó-

micas de los sectores menos favorecidos pueden tener consecuencias que menoscaben seriamente el medio ambiente sanitario. Retrospectivamente, queda claro que aun las estrategias que apuntan a la equidad en países como Sri Lanka podrían haberse beneficiado en gran medida, y aun podrían haber sido mucho más eficaces desde el punto de vista del costo si hubiera habido una coordinación intersectorial planificada.

Los ejemplos de estos países y de países similares proporcionan una rica experiencia a través de la cual es posible identificar y estructurar claramente modelos apropiados de actividad sanitaria intersectorial con un objetivo de equidad, que pueden ser aprovechados por otros países para la planificación de sus estrategias y políticas sanitarias.