



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



TEMAS DE BIOÉTICA

Las otras inequidades en salud: un reto para la bioética



B. Bórquez Polloni

Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 30 de mayo de 2013; aceptado el 6 de agosto de 2013
Disponible en Internet el 28 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Equidad en salud;
Desigualdades en la
salud;
Inequidad social;
Derecho a la salud;
Discriminación social

KEYWORDS

Equity in health;
Health inequalities;
Social inequity;
Right to health;
Social discrimination

Resumen Salud y equidad, al contrario de lo que pueda creerse, no son cuestiones que desde el reconocimiento formal de la primera, a través de la Declaración de Derechos del Hombre (1948), hayan ido siempre de la mano. Es con la Declaración de Alma Ata de 1978 cuando comienza a plantearse seriamente la estrecha vinculación que entre ambas existe, y que llevó en el año 2000 a diversas organizaciones del ámbito internacional a formalizar su preocupación por los factores que determinan que un sistema sanitario sea o no equitativo. Desde entonces la expresión «equidad sanitaria» ha adquirido especial relevancia al momento de valorar la bondad o las deficiencias de un determinado sistema de salud. Sin embargo, con el tiempo la equidad en salud ha pasado a identificarse casi exclusivamente con un asunto económico centrado en la distribución de los recursos sanitarios. Como resultado, en muchas ocasiones, se olvida prestar la debida atención a aquellas otras inequidades que, tanto en el acceso como durante la prestación de atención en salud se continúan presentando, inequidades que no dependen directamente de elementos financieros y cuya superación no exige de inversiones en dinero, sino de consensos y la voluntad sincera de generar cambios. Esto enfrenta a la bioética del siglo XXI a un doble desafío, de un lado alertar sobre estas inequidades y de otro promover iniciativas capaces de generar cambios efectivos.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The other inequities in health care: A challenge for bioethics

Abstract Contrary to what one may think health and equity are not issues that have always gone hand in hand following the formal recognition of the former by the Universal Declaration of Human Rights (1948). It was not until the Alma Ata Declaration in 1978 when the close ties between both began to be seriously considered, and in 2000 this led to several international organizations formalizing their concern for the factors that determine whether a health system is fair or not. Since then, the term «equity in health» has taken on a special meaning when weighing up the strength or weaknesses of certain health systems. However, over the years, equity in health has gradually been identified almost exclusively with a financial issue that focuses on distributing health resources. As a result, one often forgets to provide the necessary

Correo electrónico: blancaborquezp@ub.edu

care for those in other unfair situations, which, as regards access to and providing health care, leads to unfair situations that are not directly related to financial reasons and do not require investments, but consensus and the honest determination to make changes. This leads the Bioethics of the 21st century to face two challenges: to warn of these inequities and to promote initiatives that are able to make effective changes.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Salud y equidad

La vinculación entre salud y equidad comienza a plantearse seriamente en 1978 con la Declaración de Alma Ata, que evidencia la interdependencia entre el desarrollo socioeconómico de los pueblos y la promoción y protección de su salud¹.

En 1986 la Carta de Ottawa para la promoción de la salud introdujo las ideas de justicia social y equidad como condicionantes previas, representándose la *equidad sanitaria* como la exigencia por reducir las diferencias en el estado de salud de la población, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios para desarrollar al máximo su potencial de salud². Desde entonces salud y equidad sanitaria ocupan un espacio destacado en la agenda internacional.

En 2000, 3 instancias internacionales evidenciaron la preocupación existente por obtener mayores niveles de salud en favor del desarrollo:

1. La Declaración del Milenio de Naciones Unidas presentó el consenso alcanzado sobre la relación entre mala salud y pobreza, que supuso asumir que su reducción exige previamente mejorar las condiciones de salud de la población³.
2. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aportó una singular definición del derecho a la salud como el «disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud»⁴.
3. La Organización Mundial de la Salud (OMS), con su Informe sobre la salud en el mundo, inició un trabajo focalizado en la consecución de sistemas sanitarios buenos y equitativos, incorporando una concepción amplia de la salud como multisectorial y multifactorial, que sentó las bases para el tratamiento de los determinantes sociales de la salud (DSS), en los que equidad sanitaria, justicia social y solidaridad desempeñan un papel fundamental⁵.

Expresamente se le reconoce a la equidad sanitaria tanto un cometido técnico —lograr mejoras efectivas en la calidad y duración de la vida de las personas— como ético, para que dichas mejoras alcancen a todos. Este componente ético está marcado por el modo en el que el sistema de salud aborda las desigualdades, responde a las expectativas, respeta la dignidad de las personas, sin discriminar, y atiende sus derechos y libertades.

La OMS establece una relación indisoluble entre equidad sanitaria y DSS, donde la primera solo es realizable en la

medida en que se atiendan factores que, más allá de las aptitudes físicas de las personas, condicionan su salud. La cobertura universal sienta bases para avanzar, pero no es suficiente para garantizar la salud para todos y la equidad sanitaria, pues desigualdades existen aún en sistemas sanitarios universales y de calidad⁶. El principio «salud para todos» es complementado con «todos por la equidad»⁷.

Una limitada comprensión de la equidad sanitaria

Entendiendo que los DSS constituyen las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y los factores estructurales de esas condiciones (distribución del poder, el dinero y los recursos), y que la *inequidad sanitaria* se expresa en la injusticia de que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando se pueden evitar a través de medidas razonables⁸, tiene sentido que la lucha contra las desigualdades sanitarias que generan injusticia social se transforme en un *imperativo ético*, que debe ocupar un lugar privilegiado en la agenda política y legislativa⁹.

No obstante, tiende a realizarse una asociación automática entre las expresiones «equidad en salud» o «acceso a los sistemas de salud» con «distribución de recursos sanitarios». La propia OMS, en su Informe del año 2000, circunscribe la equidad del sistema a la *equidad de las contribuciones financieras*, o dedica su Informe del año 2010 a la financiación de los sistemas de salud¹⁰.

La mayor o menor equidad de un sistema de salud tiende a juzgarse por la mejor o peor distribución que este logre de los recursos sanitarios disponibles. Esta percepción si bien no es errónea, es limitada, pues la equidad es una *cuestión ética* que trasciende la sola dimensión económica. Existen inequidades, tanto en el acceso al sistema como en la atención personal, que no tienen su origen directa o necesariamente en una deficiente distribución económica.

Otras inequidades en salud

Muchas de las desigualdades sanitarias están influidas por factores de exclusión social, discriminación y estigmatización. Usos sociales, condicionantes estructurales orientados por el género, o la no aceptación de la diversidad como rasgo básico de igualdad, siguen imperando en el interior de los países y guiando culturalmente sus actuaciones.

Es alarmante que, en muchos casos, las causas de exclusión o discriminación encuentren amparo en el propio ordenamiento jurídico, incluso en países signatarios de

tratados que componen el sistema internacional de protección de los derechos humanos, en abierta oposición a sus directrices y orientaciones.

Cuestión no privativa de países menos desarrollados, pues naciones con elevado ingreso per cápita o destacado desempeño en mediciones de desarrollo ocultan tras sus promedios profundas desigualdades en el espacio sanitario, muchas de las cuales se sustentan en un marco normativo propicio¹¹.

La edad, la pertenencia a un grupo étnico, el género, la orientación sexual, la condición de inmigrante o desplazado, la privación de libertad, la discapacidad, continúan siendo rasgos de exclusión.

Aun cuando con la catalogación de ciertos grupos de individuos como *vulnerables* se ha perseguido un fin altruista, por la pretensión encomiable de brindar protección al vulnerable, en la práctica siguen ellos estando sujetos a los mayores niveles de inequidad. En no pocas ocasiones dicha protección ha llevado a su negación, al entregar el ejercicio de sus derechos fundamentales a terceros, considerando que estos podrán ejercerlos en mejor forma, siempre en beneficio e interés del vulnerable. Ello ha llevado a desconocer al vulnerable como sujeto en sí, capaz de ejercer sus derechos conforme a sus propias convicciones y aspiraciones de *vida buena*. Habría que comprobar si las medidas de discriminación positiva, aun cuando puedan ser necesarias, no terminan siendo un modo políticamente correcto y socialmente laudable que perpetúa la diferencia del vulnerable desde la no aceptación sincera del diferente.

Retos para la bioética

La preocupación por la *equidad sanitaria* como expresión que abarca problemáticas de exclusión y discriminación que trascienden a la sola valoración económica, de la que participan diversos actores y en la que intervienen múltiples factores, incluyendo la subsistencia de marcos normativos y/o prácticas sociales que contribuyen a perpetuar las diferencias, enfrentan a la bioética a un complejo desafío. De un lado, llamar la atención de la sociedad sobre estas otras inequidades en salud por momentos olvidadas, alentando que las mismas no exigen para su superación inversiones en dinero, sino consensos y una auténtica voluntad de generar cambios en las estructuras sociales. De otro, promover iniciativas que movilicen cambios de efectivo impacto. En este sentido, 3 son las propuestas a potenciar:

1. El fortalecimiento de los instrumentos del derecho internacional que, con independencia de su fuerza jurídica, buscan poner en valor principios comunes mínimos como guía de la práctica asistencial. El trabajo del Consejo de Europa con el Convenio sobre Derecho Humanos y Biomedicina (1997) y de la UNESCO con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) exigen de una difusión que extienda su alcance hacia países en los que continúan siendo desconocidos. Las aportaciones que su conocimiento puede reportar hacia la generación de estructuras normativas respetuosas de la dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la equidad pueden ser sustantivas. Así, la consagración que hace el instrumento de UNESCO del principio de

responsabilidad social enlazado al espacio sanitario permítete trasladar una noción propia de la esfera privada empresarial hacia el dominio público, en la convicción de que para alcanzar mejoras en las condiciones de salud global de la población debe la bioética contribuir a trasladar los valores morales comunes y mínimos que guían el comportamiento de los individuos y las comunidades hacia los valores morales, y las prioridades que deben orientar las leyes y políticas públicas que se encarguen de estas cuestiones¹². La Declaración pretende abrir camino a una bioética que, trascendiendo al individuo, sea capaz de promover una reflexión abierta al mundo político y social. El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, la atención a los DSS y su reflejo en las políticas económicas y sociales que se adopten, debe verse como una responsabilidad que el Estado asume también para con los otros, como un compromiso de solidaridad y cooperación¹³.

2. El empoderamiento de los comités de ética como instancias de denuncia de situaciones que generen inequidad. Frecuentemente se infravaloran sus funciones y se pasa por alto que los comités nacionales, de investigación y hospitalarios, toman conocimiento de circunstancias en las que práctica asistencial y norma se encuentran y enfrentan. Dar cuenta de estas situaciones ante quien tenga la potestad para superar obstáculos que generan discriminación o exclusión es fundamental para promover cambios hacia sistemas de salud más equitativos. Conforme advierte la UNESCO, la específica vulnerabilidad que puede afectar a ciertas personas como consecuencia de la discapacidad personal, por cargas ambientales o injusticia social, en los contextos de la atención de la salud, la investigación o la aplicación de las nuevas tecnologías y que enfrentan al sujeto al riesgo de verse perjudicado en su desarrollo e integridad física y mental, exige estar vigilantes en la necesidad de brindarles adecuada protección denunciando las situaciones de discriminación política, económica o cultural¹⁴. En lo que respecta a este deber de denuncia pueden los comités de ética en general, pero particularmente los de carácter nacional, en tanto que independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, contribuir a alertar acerca de aquellas situaciones que determinan o imponen un especial grado de vulnerabilidad a ciertos individuos o grupos.
3. La promoción de una educación en valores universales desde la infancia. Tradicionalmente, la enseñanza en bioética ha centrado sus esfuerzos en la formación de posgrado como guía del quehacer de profesionales vinculados directa o indirectamente al espacio sanitario. Son incipientes los esfuerzos realizados en la formación de pregrado y casi nulos en la educación previa a la enseñanza superior. La formación de ciudadanos empoderados de su rol social, empáticos con el diferente, puede ser fruto de una tarea de largo aliento donde la bioética, desde su experiencia, tiene mucho que aportar contribuyendo a cambios efectivos en prácticas sociales discriminatorias o de exclusión.

Por todo lo dicho, resulta más interesante y más útil ligar la búsqueda y promoción de la *equidad sanitaria* no solo con factores económicos y DSS, sino también con la labor cotidiana de las diversas instancias bioéticas existentes. La

preocupación por el trasfondo social, político y económico que condiciona el acceso a la salud es, sin duda alguna, el reto primordial para la bioética del siglo XXI.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

La autora agradece las sugerencias y comentarios que durante la elaboración de este trabajo le hicieron la Dra. María Casado, el Dr. Albert Royes y la Dra. Itziar de Lecuona.

Bibliografía

1. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata [edición electrónica]. Alama-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
2. Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [edición electrónica]. 1986, 21 de noviembre de 1986 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
3. Naciones Unidas. Declaración del Milenio. A/RES/55/2 [edición electrónica]. 2000, 13 de septiembre de 2000 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
4. Naciones Unidas. Documento E/C.12/2000/4 Observación general n.º 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). CESCR [edición electrónica] 11 de agosto de 2000 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud OMS [edición electrónica]. 2000 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00.es.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca OMS [edición electrónica]. 2008 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report.es.pdf
7. Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [edición electrónica]. Río de Janeiro, Brasil. 2011, 21 de octubre de 2011 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.Spanish.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS [edición electrónica]. 2009 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
9. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013;368:936-42.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud El camino hacia la cobertura universal OMS [edición electrónica]. 2010 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
11. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano. El ascenso del Sur: progreso humano en un mundo diverso PNUD [edición electrónica] 2010. 2013 [consultado 20 May 2013] Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_ES.Complete%20REV.pdf
12. Martínez-Palomo A. Chapter 16. Article 14: Social responsibility and health. En: Have H, Jean M, editores. *The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, background, principles and application*. France: UNESCO; 2009. p. 219-30.
13. UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on social responsibility and health. UNESCO [edición electrónica] 2010. 2010 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf>
14. UNESCO. The principle of respect for human vulnerability and personal integrity. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) UNESCO [edición electrónica]. 2013 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf>