

Equidad en Salud: Una Capacidad para las Presentes y Futuras Generaciones

Equity in Health: A Capability for the Present and Future Generations

LILIA MARICELA MENDOZA LONGORIA* | ESTEBAN PICAZZO PALENCIA**

► RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar la noción de equidad en salud como una capacidad detonadora de las oportunidades y libertades relacionadas con el acceso a la salud, la cual permite no sólo un mejor nivel de salud de la población, sino también un mayor desarrollo social en beneficio de las generaciones presentes y futuras. El marco teórico general de análisis es la perspectiva del desarrollo humano sustentable como ámbito de acción para evaluar su avance, considerando el vínculo de la equidad con los derechos humanos y la justicia social (aspectos que la sustentan).

Palabras clave: *Capacidad | Desarrollo humano sustentable | Equidad en salud | Justicia social | Libertad.*

► ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the notion of equity in health as a capacity to trigger opportunities and freedoms related to access to health, which allow not only a better level of health of the population, but also a greater social development for the benefit of present generations and future. From the theoretical perspective of sustainable human development as a field of action to evaluate its progress considering its link with human rights and social justice (aspects that support it).

Keywords: *Capacity | Sustainable human development | Equity in health | Social justice | Freedom.*

* Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias de la Comunicación. Correo electrónico: lilia.mendozaln@uanl.edu.mx

** Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto de Investigaciones Sociales. Correo electrónico: esteban.picazzopl@uanl.edu.mx

Recibido: 14 de febrero de 2019 | Aceptado: 25 de julio de 2019

ISSN 2007-1205 | pp. 49-76

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la falta de equidad entre hombres y mujeres, entre zonas urbanas y rurales y entre ricos y pobres constituye la más grande falta al concepto básico de justicia social, así como una amenaza para el futuro de la humanidad. En el campo de la salud, el estudio de la equidad en la búsqueda de la universalización de los derechos sociales y económicos en los países ha cobrado importancia durante las últimas décadas. No obstante, este término depende mucho del contexto en que se emplee, es decir, de los valores éticos y morales dominantes de la sociedad en que se trate, lo que implica la existencia de múltiples formas de interpretarla y medirla.

En este contexto, el objetivo del presente artículo es examinar la noción de equidad en salud como una capacidad detonadora de las oportunidades y libertades relacionadas con el acceso a la salud, las cuales permiten no sólo un mejor nivel de salud de la población, sino también un mayor desarrollo social en beneficio de las generaciones presentes y futuras. Para ello, se utilizan datos empíricos de las recomendaciones internacionales y las políticas nacionales en salud que impactan la equidad en esta materia.

El trabajo está dividido en varias secciones. Inicia con una revisión crítica de las distintas acepciones de equidad, para después tratar el modo en que se ha abordado el concepto y su operatividad desde organismos mundiales que influyen sobre la agenda en salud. Posteriormente, muestra cómo se ha buscado la equidad en el sistema mexicano de salud en los últimos 30 años y, finalmente, plantea la perspectiva del desarrollo humano sustentable como una propuesta alternativa más holística e integradora de acción, para evaluar y valorar la equidad en salud.

Dicha propuesta considera que en el ámbito de la salud, la equidad radica no sólo en que los individuos gocen de un trato igualitario, sino que además se contemplen sus diferentes condiciones, lo que significa un trato no igualitario, sino equitativo, que permita brindar oportunidades diferentes para que los individuos puedan desarrollar sus distintas libertades y oportunidades en la vida.

En este mismo tenor, Amartya Sen (1985) señala que la equidad en el campo de la salud constituye la presencia de igualdad en las libertades de las personas, es decir, en las libertades reales de hacer y ser lo que la gente esté dispuesta a valorar con su vida, en particular con la salud. Asume también que ninguna concep-

ción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades, ni sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura. Por lo tanto, para Sen (2000), la equidad reside en la realización y distribución de la salud, y constituye una parte integral de un concepto más amplio de la justicia.

De este modo, la equidad en salud es un concepto multidimensional que no radica sólo en la distribución de la atención sanitaria, sino que además engloba aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de contar con buena salud y con la justicia de los procesos sociales para toda la población, y en particular, en beneficio de los grupos más vulnerables (Sen, 2002), permitiendo que se presenten mejores escenarios en la calidad de vida del ser humano.

En el ámbito de los servicios de salud, una distribución igualitaria puede resultar inequitativa desde la perspectiva de la justicia social, mostrando que los sectores más vulnerables de la sociedad necesitan una atención y consideración especial a la hora del diseño de las políticas en salud, y que la distribución de los recursos se dé en una proporción mayor que en el resto de la sociedad.

1. ABORDAJES DE LA EQUIDAD EN SALUD

Con frecuencia se considera que para alcanzar una sociedad más justa, se debe formular el principio de igualdad como el ideal distributivo por excelencia; es decir, por lo general se piensa que un mundo más justo es aquel en donde sus habitantes son más iguales, pero ¿iguales en qué? Pensadores como Sen (2000) han cuestionado la simplicidad que subyace detrás de lo que podría considerarse una posición ingenua sobre la igualdad social. Por ejemplo, bajo el principio de igualdad se condenaría a recibir bienes y servicios iguales a una persona sana y a una con capacidades diferentes, lo que con dificultad se ajustaría a un ideal de justicia equitativa, pues son mayores las necesidades de esta última persona.

Sen (1980) realiza una crítica extensa de tres enfoques que debaten el criterio moral de la igualdad: 1) la igualdad utilitarista, 2) la igualdad de la utilidad total, y 3) la igualdad de bienes sociales pri-

marios de Rawl. Su conclusión revela que las tres posturas tienen fuertes limitaciones que impiden, incluso, crear una nueva teoría combinándolas, por lo que plantea una propuesta alternativa de la igualdad, que denomina *igualdad de capacidad básica*, argumentando que hay necesidades como la no explotación o la no discriminación, las cuales no pueden ser medidas por estos enfoques, pues requieren el uso de información que éstos no pueden percibir.

La igualdad de capacidad básica de Sen (1980) propone un enfoque diferente de evaluar y valorar el bienestar desde la perspectiva de la habilidad de una persona para hacer o alcanzar actos que valoren, infiriendo que “lo que falta [...] es una noción de capacidad básica: que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas”. Por lo tanto, el enfoque de la igualdad de Sen (1985) busca medir el bienestar haciendo referencia a aspectos relacionados con las habilidades, ventajas y oportunidades de las personas, concretamente con los logros del ser humano o su calidad de vida, es decir, con la libertad que tiene el individuo para ser y hacer cosas valiosas, lo cual difiere de la visión economicista del bienestar.

Asimismo, Kadet y Tasca (1993) señalan que existe un gran debate conceptual entre los términos de equidad e igualdad, ya que detrás del concepto de equidad está el de la injusticia, mientras que con respecto a la igualdad se da una fuerte connotación de aspectos morales y políticos. Ellos también contemplan tres posibles situaciones donde se puede presentar una relación entre la equidad y la desigualdad: 1) desigualdad con inequidad (por ejemplo, servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados), 2) inequidad sin desigualdad aparente (esto se presentaría si se diera una buena oferta de servicios, pero sin afectar y llegar a los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la población), y 3) desigualdad aparente sin inequidad (en esta relación, los recursos se asignan de manera desigual, a fin de compensar a los grupos más vulnerables y desfavorecidos).

Para Paganini (2000), la salud y la equidad se deben fusionar a partir de las definiciones de justicia de Aristóteles, es decir, “una acción intencionada de una sociedad sobre la base de una justicia social, distributiva y correctiva”. En el mismo tenor, Sen (2000) menciona que la equidad en salud no puede dejar de ser un atributo central de la justicia de los acuerdos sociales en general, y que su análisis no le concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la impar-

cialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, la relevancia del papel de la salud en la vida y la libertad humanas.

Asimismo, sugiere que la equidad en salud sea percibida como una disciplina bastante amplia que se ajuste a las muy diversas y dispares consideraciones, aunque coincidentes en que ésta es fundamental para entender la justicia social. Sin embargo, es importante subrayar que la salud interactúa en el ámbito de la justicia social de varias formas, percibiendo e interpretando los acuerdos sociales indistintamente, lo que, en consecuencia, determina la multidimensionalidad de la equidad en salud (Sen, 2000).

Por otro lado, a partir de la preocupación por este tema en los últimos años, se fortalece la idea de que la salud no es un problema individual propio de la carga biológica y el comportamiento, sino que también guarda estrecha relación con las circunstancias sociales y las políticas públicas, lo que hace que la equidad en salud tenga un alcance y una relevancia enormemente amplios, pues está enraizada en el orden de pensamientos y reflexiones ético-valorativos, filosóficos y políticos que rodean el discurso de la equidad social, la cual, a su vez, es entendida como el eje central de la estabilidad social y económica de una sociedad (Sen, 2002; Evans, 2002; Arteaga, Thollaug, Nogueira y Darras, 2002).

Se puede considerar entonces que los factores principales que influyen en la manera de entender la equidad en salud son la disciplina que la estudia y la postura filosófica que se asume, por lo que se hace necesario identificar sus umbrales con respecto a la teoría de la justicia social en general y, de manera específica, a la de la justicia sanitaria.

En el ámbito de la salud, se reconocen cuatro enfoques contemporáneos de justicia como la base sobre la cual están fundados los sistemas de salud y las concepciones actuales de equidad en salud: 1) los liberales, quienes pugnan porque la salud sea exclusiva del ámbito privado y de libre mercado, pretendiendo reducir la intervención del Estado a programas básicos para los más pobres; 2) los utilitaristas, que fundamentan sus criterios distributivos en la maximización de la suma de utilidades, las preferencias y los valores individuales; 3) los contractualistas, cuya base se sustenta en un contrato que debe ser acordado a través de procedimientos; y por último, 4) los igualitaristas, quienes fundamentan la justicia sanitaria en modelos propuestos por el marxismo y la filosofía comu-

nitaria, considerando altamente la solidaridad y la unidad social (Vega-Romero, 2001).

Desde otro ángulo, se distingue cierto consenso sobre dos facetas o dimensiones desde las cuales se observa la equidad en salud: la primera es la dimensión societal de la salud, la cual considera en su definición, ya sea implícita o explícitamente, procesos sociohistóricos (tales como la pobreza, el ingreso monetario, la educación, la nutrición, el acceso a agua potable y las condiciones de higiene, entre otros), y está conformada por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud, expresados en condiciones concretas de vida y trabajo de los grupos sociales. La segunda es la dimensión propia de la salud, que considera los procesos propios del sector salud (como el acceso a los cuidados sanitarios básicos y la atención hospitalaria, e incluso diferencias en los resultados de salud de grupos específicos), compuesta por el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención y los resultados de salud (Linares-Pérez y Arellano, 2008).

Bajo esta dinámica, los distintos abordajes tratan de explicar y operacionalizar el concepto de equidad en salud. Entre ellos, según la literatura sobre el tema, se encuentran más frecuentemente la visión de justicia sanitaria de Margaret Whitehead (1991), el enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud, y la perspectiva de los derechos y valores.

Con respecto a la teoría igualitarista de justicia sanitaria, Whitehead hace una marcada distinción entre los términos *desigualdades en salud* e *inequidades en salud*. La autora se refiere al primero como diferencias sistemáticas y significativas de salud entre los miembros o grupos poblacionales; mientras que el segundo, desde una dimensión moral y ética, consiste en las desigualdades que son innecesarias y evitables, pero que además se consideran arbitrarias e injustas. Para calificar una situación dada como inequitativa, Whitehead señala que es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), por su parte, observa la salud desde las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, considerando indirectamente los factores de riesgo individuales. Se asume con ello que la equidad en salud debe estar dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos, las cuales

son el resultado de la estratificación social producida por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios (Peñaranda, 2013).

Desde la óptica de los derechos y los valores, la equidad, tanto a nivel de salud como de acceso a sus servicios, es entendida como el valor principal que, junto con otros (como la solidaridad), sustenta el derecho a la salud. Asimismo, representa el propósito fundamental que sostiene a todo sistema de salud y la posición ética frente a la responsabilidad del Estado de entregar salud para todos (Requena, 1997).

Aunque estos abordajes no son los únicos marcos explicativos de la equidad en salud, lo importante en ellos son sus esfuerzos por reconocer las desigualdades en salud y promover acciones para su reducción desde el marco de la justicia social, cuestionando rigurosamente el modelo de desarrollo prevaleciente y el papel de las instituciones en la salud de las personas.

En el ámbito específico de los servicios de salud, Frenk (1994) ha señalado que para lograr la equidad se debe lograr una mejor distribución de los servicios, de manera que éstos sean proporcionados a las necesidades de salud, independientemente de la contribución previa de la persona; y propone una igualdad de esfuerzos en la búsqueda y obtención de los servicios de salud.

Por otra parte, para Whitehead (1991) la equidad no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno; e identifica cuatro tipos de equidad dentro de los procesos de atención médica: 1) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad, 2) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan), 3) igualdad en la calidad de la atención, y 4) igualdad en el resultado.

Otro punto a destacar es la importancia de la medición y los indicadores. Al respecto, Anand, Diderichsen, Evans *et al.* (2002) mencionan que para poder construir cualquier medida que fundamente la equidad en salud, se deben considerar cinco aspectos importantes: 1) el estado de salud, 2) los grupos de población en los que se describen las diferencias o inequidades en salud, 3) el grupo de referencia o norma con la cual se comparan las diferencias, 4) los intercambios que se puedan realizar entre las mediciones absolutas y relativas, y 5) la magnitud atribuida a la (mala) salud de los

individuos o grupos en los distintos puntos de la distribución de la (mala) salud.

2. LA EQUIDAD DESDE UNA MIRADA INTERNACIONAL

En la salud internacional está documentado que en los últimos 50 años del siglo pasado muchos países lograron que las condiciones de salud mejoraran más que en cualquier otro periodo de su historia. Incluso en algunos de los países más pobres se alcanzaron progresos importantes, con aumentos en la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil, como es el caso de algunos países de la África subsahariana, en donde la edad media de muerte disminuyó entre cinco y dos años en el decenio de 1990 a 2000. Sin embargo, al desagregar los datos para conocer con mayor profundidad los casos de los distintos grupos sociales, aparecen disparidades bastante preocupantes (Evans, 2002).

Estos patrones también son observados en los países más ricos del mundo, según Evans (2002, p. 3): en Estados Unidos, Holanda, Finlandia y Gran Bretaña existen diferencias de entre cinco y hasta 16 años en la esperanza de vida al interior de sus poblaciones entre ricos y pobres. Asimismo, señalan la presencia de desigualdades en salud en países como Canadá y Reino Unido, a pesar de contar con políticas universales de acceso a los servicios de atención a la salud.

Lo anterior reafirma que las diferencias existen en todo el mundo, ya sea entre países o dentro de ellos; y que las oportunidades para gozar de una buena salud son muy desiguales, tanto en los países ricos como en los pobres, independientemente de si sus resultados en salud son altos o bajos. A su vez, también contradice la idea de que la pobreza absoluta es el principal determinante de las inequidades en salud, puesto que existen diferencias en todos los países y en todos los sectores, incluso en las zonas donde la privación material es menor (Diderichsen, Whitehead, Burström y Östlin, 2002).

No obstante, los organismos de las Naciones Unidas sostienen que la causa más grave de enfermedad en el mundo es la pobreza, tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Esto quizá debido a la existencia de evidencias cada vez más convincentes del vínculo entre pobreza y salud, tal como lo revelan las estadísticas que se publican diariamente (Sonis, 2001), demostrando que la po-

breza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Es decir, la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres, pues ésta se asocia con frecuencia a considerables costos de atención sanitaria.

Esta relación también refleja un consenso creciente de que las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas, no porque los pobres sean de algún modo más merecedores que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades corresponden obviamente a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros, y no a una tendencia de los dos grupos a hacer elecciones diferentes (Wagstaff, 2002, p. 316).

En la destacada obra *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción* (Evans, 2002), se conjuntan más de 15 investigaciones realizadas en varios países del mundo, como China, Japón, Estados Unidos de América, Chile, Rusia, Tanzania, Sudáfrica, Kenia, Bangladés, Gran Bretaña, Suecia, México y Vietnam, entre otros. En ellas se abordó, desde una óptica de equidad, el estudio de varios de sus cimientos conceptuales, tales como ética, determinantes sociales, género, mediciones, financiación de la atención de salud, globalización y política. El estudio tuvo la finalidad de medir, controlar e interpretar los progresos de la equidad sanitaria en los ámbitos nacional e internacional, por lo que vale la pena destacar algunos de sus hallazgos clave encaminados a la reducción de la inequidad en salud.

En primer término, esta obra es una prueba de que el centro de la atención mundial ha cambiado para dirigirse hacia las inequidades en salud; en segundo lugar, hace evidente que la respuesta política convencional es insuficiente y, en algunos casos, hasta contraproducente; en tercero, hay convergencia en que la dimensión más importante de la equidad en salud debe estar centrada en los resultados finales de salud, ya que otras dimensiones como la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, aunque también son importantes en sí mismas, pueden entenderse en relación con su impacto sobre el estado de salud; en cuarto, los estudios sobre la equidad en salud utilizan nociones intuitivas sobre lo que es justo e intentan hacerlas más explícitas; en quinto, aunque cada uno de los estudios se enfocó en un aspecto distinto de las disparidades en salud, en la mayoría de ellos se sostiene que las desigualdades examinadas son evitables e injustas; y por último, señalan que es

bastante raro encontrar investigación sobre las inequidades en salud en el mundo en desarrollo (Evans, 2002).

Al mismo tiempo, en concordancia con este orden de ideas, Wagstaff (2002) señala que la investigación sobre las desigualdades e inequidades en salud es más abundante en los países industrializados y de ingresos medios, y que entre los aspectos más relevantes de dicha investigación se sustenta que las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres; que éstas tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como la malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos; que hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades en materia de salud (aunque dichas variaciones en sí mismas también varían, dependiendo los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados); y finalmente agrega este autor que las desigualdades socioeconómicas en salud parecen estar aumentando tanto en el mundo en desarrollo como en el industrializado, en lugar de disminuir.

Por otra parte, el rumbo que ha tomado la comunidad internacional con respecto a la preocupación por las desigualdades sanitarias, la pobreza y el desarrollo, ha sido muy variado en los últimos años. En el campo específico de la salud, su auge se manifestó en la década de los setenta y mediados de los ochenta, con el movimiento Salud para Todos y la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Estos acontecimientos cumplieron su cometido, pues los gobiernos orientaron sus esfuerzos en el desarrollo de servicios de atención sanitaria gratuitos a todas sus poblaciones, favoreciendo a las clases más vulnerables. Sin embargo, este interés fue desplazado rápidamente por la preocupación hacia la eficacia y sustentabilidad de los sistemas de salud, transformando la idea de *salud para todos* hacia lo que hoy conocemos como *reforma del sector de la salud* (Gwatkin, 2000).

Consecuentemente, a mediados de la década de los ochenta y principios de los noventa, los gobiernos de muchos países, incluyendo los latinoamericanos, iniciaron procesos de reforma en sus sistemas de salud (Vargas, Vázquez y Jané, 2002) con dichas tendencias, provocando así una contradicción, pues mientras las desigualdades en salud seguían incrementándose, las estrategias de estas reformas favorecían la eficacia y la sustentabilidad financiera mediante mecanismos de mercado, impactando negativamente en el logro de la equidad (Vega-Romero, 2001). Esto debido a que

los modelos de aseguramiento y financiamiento de la salud son en gran medida los que determinan el grado de equidad en el estado de salud.

De esta manera, las distintas reformas emprendidas en la región desde la década de los ochenta evidenciaron diversos matices de la equidad. Algunos países optaron por el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud a través de diferentes combinaciones público-privadas. En otros, la segmentación y la fragmentación de sus sistemas sanitarios reflejaron (y lo siguen haciendo) esquemas discriminatorios que dificultan el uso eficiente de recursos y el acceso equitativo a la salud (Sojo, 2011).

En lo referente al gasto en salud, desde 1990 las tendencias indican un aumento de manera sostenida, pero moderado, en casi todos los países; sin embargo, en esta tendencia general, la heterogeneidad es evidente. Lo mismo sucede en cuanto al gasto total como porcentaje del producto interno bruto (PIB): el esfuerzo por incrementarlo en términos generales ha sido insuficiente (Sojo, 2011).

No obstante, los primeros indicios de un renovado interés sobre la pobreza y la equidad en salud se enmarcan con el comienzo del tercer milenio. Prueba de ello ha sido la puesta en marcha de un conjunto numeroso de proyectos de investigación multinacionales con estas temáticas, los cuales están siendo financiados con el apoyo de diversos donantes e involucran a más de un centenar de países (Gwatkin, 2000).

Otro importante acontecimiento que respalda el interés en la temática de la equidad fue la creación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, de la Comisión de Macroeconomía y Salud, para evaluar la posición de la salud en el desarrollo económico mundial durante el periodo 2000-2002 y crear estrategias para mejorarla.

Dicha comisión estuvo integrada por destacados economistas del Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros organismos internacionales y nacionales. Su principal encomienda fue realizar estudios que demostraran cómo los programas de salud pueden contribuir al desarrollo económico de los países y reducir la pobreza. Los resultados que se obtuvieron han aportado pruebas contundentes de que la mejora en la salud de la población es fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la

pobreza. Otra de sus conclusiones revela que una elevada proporción de las muertes evitables en los países pobres se debe a un número reducido de problemas de salud, y que la aplicación adecuada de intervenciones, utilizando las tecnologías disponibles en la actualidad, podría evitar cerca de 8 millones de muertes por año y generar beneficios económicos anuales de más de \$360 mil millones de dólares para el periodo 2015-2020.

Este organismo también ha elaborado una serie de recomendaciones que ofrecen un marco para la acción a través del cual los países de ingresos bajos y medios puedan comprometer más recursos financieros nacionales y fortalecer su liderazgo político, y mejorar sus sistemas de transparencia y rendición de cuentas, así como su participación comunitaria en la salud. Sin embargo, a pesar de las reformas y los múltiples esfuerzos y estrategias de cooperación internacionales que han caracterizado al tercer milenio, organismos como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales sostienen que América Latina y el Caribe es la región con mayor inequidad social y con altos niveles de desigualdad en salud.

3. EQUIDAD EN SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN MÉXICO

Lozano, Zurita, Franco *et al.* (2002) señalan que México, en la década de los ochenta, como casi todos los países en el mundo, implementó diversas reformas estructurales que no pudieron reducir la incidencia de la pobreza, ni modificar las desigualdades en la distribución del ingreso. A principios de esa década, el 34% de los hogares mexicanos eran pobres y el crecimiento del empleo formal no correspondía con el aumento de la población activa, por lo que consecuentemente el mercado del trabajo informal comenzó a expandirse.

Para 1998, el porcentaje de pobres aumentó a 38% y las desigualdades en el ingreso seguían creciendo. En este escenario, el 10% de la población más rica del país disponía de 42.9% del ingreso nacional, mientras que el 10% más pobre concentraba sólo el 0.97%. En este mismo año, México expandió su economía y aceptó mayores inversiones extranjeras, inició la desregulación gubernamental

mental, fijó más limitaciones al gasto público e impulsó medidas para reducir la inflación.

Estas medidas estimularon el crecimiento macroeconómico; sin embargo, estos cambios impactaron negativamente en el bienestar de muchos mexicanos. Los ingresos familiares se polarizaron, de modo que la proporción de ingresos totales percibidos por el quintil más bajo de la población disminuyó de 5 a 4%, mientras que los ingresos totales obtenidos por el quintil más alto aumentó de 50 a 55%.

Para el año 2000, el 10% más rico de la población concentraba el 42.4% del ingreso total, mientras que el 10% más pobre disponía apenas del 1.2%. Esta profundización de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas no sólo se reflejó en las condiciones de salud, sino que también colocó a México en la lista de los 12 países donde se concentra el 80% de los pobres del mundo (Lozano *et al.*, 2002, p. 301).

En paralelo, durante el periodo de 1996-2000, el sector salud también echó a andar diversos programas e iniciativas de reforma dirigidos a solventar las necesidades más urgentes de las poblaciones desfavorecidas, causadas por los efectos negativos de estas crisis. Sus objetivos más importantes fueron el aumento de la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema de salud, mediante la ampliación de la cobertura y la descentralización.

Entre las iniciativas más destacadas en dicho periodo, se reconocen la introducción de un nuevo modelo financiero al interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual implicó un incremento importante en el presupuesto gubernamental, de 4 a 39%, con la consecuente reducción de la contribución obrero-patronal de 96 a 61%; la desconcentración del IMSS mediante la creación de 139 áreas médicas, las cuales cuentan con una asignación presupuestal sobre la base de una fórmula ajustada por edad y sexo, y que tienen la responsabilidad de ofrecer (con los recursos recibidos) servicios de primer y segundo nivel de atención a todos sus derechohabientes; la promoción de la afiliación al IMSS de los miembros de la economía informal con capacidad de pago, a través de un nuevo plan financiado con sus contribuciones y un subsidio federal; la finalización del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, lo que implicó la devolución de la responsabilidad de la prestación de los servicios a las 32 entidades federativas; y la creación de un programa de ampliación

de cobertura (PAC), a través del cual se entregaría un paquete de 12 intervenciones a los 10 millones de mexicanos que hasta 1995 no tenían acceso a los servicios básicos de salud (Gómez-Dantés, Gómez-Jáuregui e Inclán, 2004).

En términos generales, hasta el año 2000 estas medidas tuvieron un impacto positivo en el acceso a la salud de los pobres y en la eficiencia financiera del sistema. Sin embargo, poco pudieron hacer por la justicia del financiamiento, la mala distribución de recursos, las barreras de género, la segmentación y la fragmentación de la atención, la concentración en la atención curativa de segundo y tercer nivel, y la rendición de cuentas y la transparencia.

Aunado a lo anterior, en el ámbito intersectorial, el problema de la violencia y la ineficiencia de la seguridad pública siguió creciendo, y prácticamente no se hizo nada por documentar las inequidades en salud. Algunos centros académicos, como El Colegio de México, el Instituto Tecnológico Autónomo de México y algunos centros no gubernamentales, como la Fundación Mexicana para la Salud, fueron quienes estuvieron monitoreando y documentando las desigualdades en salud y sus determinantes (Gómez-Dantés *et al.*, 2004).

En el periodo de 12 años que va de 2000 a 2012, ante esta preocupación manifestada por el gobierno mexicano sobre las desigualdades sociales y la equidad en salud, diversos estudios analizaron el nivel de cobertura de la protección en salud, así como el perfil de la población sin protección en el país.

Gutiérrez y Hernández-Ávila (2013) documentan que en dicho periodo, la población mexicana sin protección en salud pasó de 57.6 a 21.4%, y argumentan que esta reducción está dada principalmente por el crecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), considerándolo como el principal asegurador en el país entre 2000 y 2012, cubriendo al 38.5% de la población hasta 2012. Para 2015, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), esta cobertura representa el 49.9%.

Este incremento (considerando el crecimiento poblacional) significa que, en 12 años, la población con algún mecanismo de aseguramiento ha pasado de menos de 40 millones en 2000 a cerca de 86 millones de mexicanos para 2012. Sin embargo, estas cifras indican que en México todavía hay cerca de 25 millones de mexicanos sin protección social en salud, los cuales recurren para atender sus necesidades de salud a los servicios de la Secretaría de

Salud (ss), a los servicios estatales de salud (Sesa), y en su mayoría (alrededor de siete millones), se atienden en las unidades del programa IMSS Oportunidades (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013).

Knaul, Arreola-Ornelas, Méndez-Carniado *et al.* (2003) señalan que el principal problema del sistema de salud nacional, desde su fundación en 1943 hasta el año 2003, fue la falta de protección financiera, como consecuencia de un modelo fragmentado de financiamiento que ofrecía un acceso más limitado a las prestaciones en salud y a los esquemas de aseguramiento para los pobres y para toda aquella persona que se fuera integrando al sector informal. Esta fragmentación entre asegurados (sector formal, sostenido sobre todo por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el IMSS) y no asegurados (sector informal y los que están fuera del mercado laboral) también agravó la inequidad y el riesgo de padecer gastos catastróficos.

Otra problemática importante de nuestro sistema sanitario advertida en este trabajo, y que incluso prevalece hasta nuestros días, es el alto porcentaje del gasto en salud que afecta directamente el bolsillo de las familias, generando egresos catastróficos, en especial entre los pobres y los no asegurados (Knaul *et al.*, 2003).

Esta problemática trascendió internacionalmente cuando, en el año 2000, México apareció ocupando la posición 61 en el diagnóstico mundial realizado por la OMS sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. Esta evaluación se llevó a cabo durante el periodo 1994-2000, apoyada en un conjunto de indicadores base desde el marco de la OMS, el cual incluía objetivos intrínsecos de los sistemas, tales como salud, capacidad de respuesta y justicia en el financiamiento.

Los resultados arrojaron que el alto nivel de financiamiento a la salud en el gasto de bolsillo de los hogares era el punto más débil del sistema de salud mexicano, evidenciando así un alto grado de inequidad e insuficiencia de los recursos. En cuanto a los objetivos específicos, el país ocupó en el rubro de salud la posición 55, la 53 en capacidad de respuesta, y en justicia financiera (la cual tiene un peso importante en el cálculo global) obtuvo la posición 144, detrás de Argentina, Costa Rica, Venezuela y Uruguay (Soberón-Acevedo y Valdés-Olmedo, 2007).

En su contexto demográfico, México comienza (a principios de 2000) a experimentar también un proceso de urbanización que involucra prácticamente a toda su población. Desde entonces, más

del 70% de la población es urbana y 35% (más de 37 millones de personas) habita en las nueve zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes. La urbanización se asoció además a una dispersión de la población que vivía en comunidades rurales; aproximadamente, de 55 mil localidades con menos de 100 habitantes en 1970, se pasó a casi 140 mil en el año 2000, en donde actualmente habita poco más del 2% de la población nacional (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril *et al.*, 2011).

Paralelamente, en 2001, pese a haber alcanzado una esperanza de vida promedio de 75 años, similar a la de otras naciones más desarrolladas, la OMS clasifica a México, junto con otros países como Bangladés, Brasil, China, India, Indonesia, Japón, Nigeria, Pakistán, Rusia y Estados Unidos de América, bajo el término *megapaíses*, por contar con una población de más de 100 millones de habitantes y representar en su conjunto el 60% de la población mundial.

Según la OMS, los megapaíses se caracterizan por tener una población multiétnica, por concentrar un alto número de pobres, y contar con un sistema de salud y una coordinación intersectorial sumamente complejos. Por estas razones, México y los demás megapaíses son considerados de importancia prioritaria para la salud internacional, ya que en ellos pequeños aumentos en la prevalencia de enfermedades se traducen en millones de personas afectadas, con sus consecuentes costos humano y económico. Otra situación en la que coinciden estos países está relacionada con las enfermedades crónicas, las cuales han dejado de ser exclusivas de los sectores socioeconómicos altos y es cada vez mayor el número de pobres que las padecen (Barquera, 2002).

En 2002, la Secretaría de Salud estimó que el 55% de la población del país carecía de aseguramiento en salud, que el 58% del gasto en salud correspondió al pago de bolsillo de los hogares y que el 3.9% de estos hogares tuvo gasto catastrófico en salud en el último trimestre de ese año. Esto significa que el aseguramiento y el gasto público, y, por ende, la infraestructura y los recursos humanos en salud, se concentraban en los estados más ricos (principalmente en el norte del país), mientras que las entidades más pobres, en donde por lo común se acumula el rezago epidemiológico, tienen menos inversión en la salud y oportunidades limitadas en el acceso a la protección financiera que provee el aseguramiento. En Chiapas y Oaxaca, por ejemplo, sólo 22 y 21% de los hogares (respectivamente) cuentan con aseguramiento en salud (Knaul *et al.*, 2003).

Desde este complejo escenario, México inicia el siglo *xxi* con un sistema de salud marcado por su incapacidad para ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población, como resultado de las desigualdades sociales que ha escenificado el proceso de desarrollo en el país. La segmentación del sistema sanitario y la falta de aseguramiento para una gran parte de la población, junto con las transiciones epidemiológica y demográfica, han sido las principales limitantes que han impedido que el sistema de salud responda a las necesidades de sus habitantes (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés *et al.*, 2007).

Pese a estas limitaciones, para 2003 el país emprende un nuevo proceso de reforma estructural sanitaria para cubrir la falta de protección financiera y la fragmentación del sistema. Esta reforma a la Ley General de Salud da origen al *SPSS*, junto con su mecanismo operativo, el Seguro Popular de Salud (*SP*), con la meta específica de alcanzar la cobertura universal en salud antes de 2010.

Sus ejes rectores están orientados hacia la ampliación de la cobertura de aseguramiento público, la reducción del pago de bolsillo y el fomento de una atención oportuna y equitativa, con la finalidad de poder brindar acceso a los servicios de salud a la población abierta (50 millones de mexicanos, aproximadamente la mitad de la población del país en 2003), mediante un paquete que incluye alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos.

También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, que incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, *VIH/sida* y cataratas. Cubre al asegurado directo, al cónyuge, a los hijos hasta los 18 años de edad y a los padres mayores de 65 años que son dependientes económicos. Se financia con las contribuciones del Estado (una cuota social del 3.92% de un salario mínimo del Distrito Federal, hoy Ciudad de México), las contribuciones solidarias federal y estatal (equivalente a 1.5 y 0.5 veces la cuota social, respectivamente), y la contribución individual del afiliado, la cual es proporcional a su condición socioeconómica, siendo de cero para las personas que se ubican en los deciles *I* y *II* (esta cuota era familiar hasta 2009 y equivalía al 15% de un salario mínimo de la Ciudad de México) (Sojo, 2011).

El *SP* entra en vigor en enero de 2004, con el objetivo de alcanzar una cobertura voluntaria universal en el aseguramiento en salud para el año 2010, a través de un proceso paulatino de extensión

de 14.3% de la población por año. Las estadísticas muestran que, a un año de la puesta en marcha del SP, el sistema de salud logró afiliar a casi 1.6 millones de familias, de las cuales 94% pertenecía a los dos primeros deciles de ingresos, lo que equivale, a su vez, a cerca de 13% de la población que carecía de acceso a la seguridad social. Sin embargo, pese a los éxitos de cobertura alcanzados, los retos que siguió enfrentando el sistema nacional de salud seguían siendo de importante consideración; particularmente, el pago de bolsillo de los hogares, el cual representó para finales de 2004 el 52% del gasto total en salud (Knaul *et al.*, 2003).

Por otro lado, los procesos demográficos y epidemiológicos, como ya se ha señalado, son otro importante desafío para el sistema sanitario mexicano, mismos que han provocado modificaciones significativas en su población. Por ejemplo, en 1960 la tasa de fecundidad era de 6.8 nacidos vivos por mujer, mientras que en 2005 disminuyó a 2.1. La esperanza de vida se incrementó significativamente de 57.5 a 75.4 años. Y en la cuestión epidemiológica, entre 1950 y 2000, la prevalencia de muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones aumentó de 44 a 73%, y se estima que para 2025 se incremente al 78%. En cuanto a las enfermedades transmisibles, se registró una disminución de 50% en 1950 a 14% en 2000, y se espera que siga disminuyendo hasta llegar al 10% en 2025 (Frenk *et al.*, 2007).

Para mediados de 2005, todos los estados, incluyendo el Distrito Federal (actualmente Ciudad de México), ya se habían incorporado al SPSS, y la afiliación seguía avanzando, en concordancia con la meta establecida de incorporar a 1.5 millones de familias en ese año. En 2007, tanto el SPSS como el SP se fortalecieron con una nueva estrategia llamada Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la cual pretendió consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud para aquella población que no está dentro de los esquemas de seguridad social aplicados a los asalariados (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013).

Más recientemente (2008) y a cuatro años de operación del SP, México cuenta ya con 27 millones de afiliados. Y en cuanto a su demografía, se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por mil habitantes en 1930 a 4.9 por mil en 2008), un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y una disminución de la fecundidad (de siete

hijos por mujer en edad reproductiva en 1960 a 2.1 en 2008) (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

Con respecto a las condiciones de salud, el aumento de la esperanza de vida y el predominio de estilos de vida poco saludables han transformado sobremanera el perfil epidemiológico, caracterizado cada vez más por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Está documentado que, a mediados del siglo xx, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados con la desnutrición; actualmente, estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones representan poco menos del 75 y 11% de las muertes a nivel nacional, respectivamente (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

Esto significa que el perfil epidemiológico del país está trasladado, pues aunque las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el estado de salud, las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición prevalecen en las zonas más vulnerables, afectando a las clases más pobres. Evidencia de ello son las marcadas desigualdades prevalecientes al interior del país, por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años que registra el estado de Guerrero (2008), de 25.3 por mil menores de 5 años, con respecto a la de Nuevo León, que es de 13.1; la razón de mortalidad materna en Oaxaca (de 100.2 muertes maternas por 100 mil nacimientos), que es cuatro veces mayor con respecto a la de Tlaxcala (27.2); o la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, que es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100 mil niños menores de 5 años) que la de Nuevo León (0.8). Sobre el gasto en salud, el gasto total como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008 (sin embargo, éste se ubica muy por debajo de lo que dedican a la salud otros países como Argentina, con 9.8%; Colombia, con 7.4%; Costa Rica, con 8.1%; y Uruguay, con 8.2%); en cuanto al gasto per cápita en salud, tuvo el mismo comportamiento: en el año 2000 era de us\$508 y en 2008 se incrementó a us\$890. El gasto público en salud ha ido aumentando lentamente: en 2008 representó 46.7% (equivalente a 330,339 millones de pesos) del gasto total en salud, del cual la mayor parte correspondió a la ss (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%); mientras que en 1990 concentró el 40.4% del gasto total en salud (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

En síntesis, como ya se ha descrito de manera amplia, en todas las reformas que ha experimentado el país, la cobertura universal de protección en salud se propone como el derrotero para alcanzar el propósito de asegurar un adecuado estado de salud a todas las personas, independientemente de sus características demográficas o socioeconómicas. Y se legitima como un elemento necesario para ejercer el derecho a la protección de la salud establecido en 1983, específicamente en el artículo 4 de la Constitución mexicana (Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013).

4. LA EQUIDAD EN SALUD DESDE EL ENFOQUE DEL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

La salud es un tema complejo y de amplia relevancia, pues no sólo determina el progreso socioeconómico y la calidad de vida, sino que además, si es provista en entornos de alta protección, también permite ofrecer oportunidades y libertades para el desarrollo de las personas y los países que luchan por preservar este derecho fundamental. Es decir, la salud se convierte en una aptitud y, a la vez, es una pieza constitutiva para un buen desarrollo (Nussbaum y Sen, 1993).

Por lo tanto, las posibilidades de construir un mundo desarrollado para las generaciones actuales y futuras dependen de manera crucial de que el acceso a los requisitos indispensables para la salud sea equitativo para todos los miembros de la sociedad. En este sentido, el enfoque del desarrollo humano representa un marco teórico y conceptual que permite evaluar y valorar el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos, los acuerdos sociales, la pobreza, la desigualdad y la equidad, así como también el diseño de políticas públicas.

Esta teoría surge a finales de la década de los ochenta como resultado de una convocatoria hecha por el PNUD a un grupo de especialistas en el área de las ciencias sociales (entre los cuales se encontraba Amartya Sen), con el propósito de elaborar una propuesta alternativa al indicador del PIB, es decir, una concepción distinta para medir el desarrollo. En los hechos, este enfoque superó la visión economicista, centrada en tener dinero y mercancías, por una visión más holística, centrada en el ser (bienestar) y las capacidades de los seres humanos, en donde el papel de las instituciones juega

un papel determinante (Sen, 1993). Así, esta perspectiva plantea que una adecuada concepción del desarrollo debe necesariamente trascender la acumulación de riquezas y el crecimiento del producto nacional bruto, para entenderlo y abordarlo como un medio para potenciar las capacidades y libertades del ser humano, sin ignorar la importancia del crecimiento económico.

En 1979, Sen menciona por primera vez el concepto de capacidad (*capability*) en una conferencia que dictó en la Universidad de Stanford con el título “Equality of what?” (Sen, 1980), concepto que una década más tarde daría sustento a la teoría del desarrollo humano. Este concepto fue introducido por Sen con un sentido de la igualdad, el cual determinó *igualdad de capacidad básica*, planteando una forma distinta de evaluar el bienestar desde la perspectiva de la habilidad de una persona para hacer o alcanzar actos que valora.

Se puede entender, entonces, el término de *capacidad* (o *conjunto de capacidades*) como el entorno en el que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas, como la habilidad de moverse, de satisfacer ciertas necesidades alimentarias y de salud, la capacidad de disponer de medios para vestirse y tener alojamiento, o la capacidad de participar en la vida social. De tal forma que el entorno que enfrente la sociedad debe de proveer las condiciones para que las capacidades del ser humano tengan la oportunidad de realizarse en un marco de libertad y justicia social; para ello, las instituciones de orden público deben, en mayor medida, converger en cubrir las necesidades mínimas del ser humano en forma equitativa. Sobre esta premisa, Sen introduce otro aspecto fundamental de su enfoque, el de la libertad, considerando que la igualdad de capacidades es una exigencia que debe ser cubierta si se quiere una sociedad libre.

La perspectiva de la libertad es concebida como el conjunto de capacidades individuales para hacer cosas que una persona tiene razones para valorar. Así, las personas son las portadoras de las capacidades, y estas últimas, el sustento del desarrollo. De este modo, las capacidades se convierten en el fin y el medio del desarrollo; y están fuertemente condicionadas por los entornos económico, político, social, cultural y ambiental en los que se desenvuelven. Por ello, para garantizar su ampliación (capacidades), la definición de las políticas públicas debe incorporar tanto las necesidades individuales como las colectivas, y consecuentemente, alcanzar el desarrollo, el cual no debe medirse con otro indicador que no sea

el aumento de las libertades. Lo que significa que no importa la cantidad de bienes o medios que tiene la persona, sino lo que consigue realizar con lo que tiene a partir del grado de libertad que experimenta (Sen, 1999).

Cabe indicar que, en este marco de ideas, el desarrollo no sólo implica el logro de la libertad, sino además el proceso de procurarla de manera equitativa, participativa y sustentable; así, la equidad y la libertad son características fundamentales del desarrollo. También es importante subrayar que la salud es considerada como una de las libertades básicas de la persona, la cual debe estar estrechamente vinculada con los derechos, con la justicia social y, por ende, con la equidad; lo que permite analizarla desde una visión más integral y colectiva, tanto de los problemas como de las soluciones, haciendo imprescindible el reconocimiento del nexo entre las libertades y las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos.

Dicho de otro modo, una de las libertades más importantes de las cuales puede gozar el ser humano es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de mortalidad evitables. Por lo que las instituciones de orden público deben, en mayor medida, cubrir las necesidades mínimas del ser humano que le provean libertad para potenciar sus capacidades de forma equitativa. Lo cual implica, entonces, que entre las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el entorno de sus libertades, estén los efectos negativos en la salud provocados por las inequidades en el acceso a los servicios de salud, ya sea por la falta de cobertura y/o la deficiencia en la infraestructura y la calidad en el servicio médico y hospitalario (Gutiérrez, Picazzo Palencia y Gálvez Santillán, 2013).

De esta forma, el desarrollo humano fundamentado en el pensamiento de Sen pone a los individuos en el centro de su propuesta teórica, reconociendo y estimando la libertad de éstos para vivir la vida que tienen razones para valorar y para aumentar las alternativas reales entre las que puedan elegir. Y es precisamente este postulado el punto de convergencia con la perspectiva del desarrollo sustentable, que coloca también al ser humano en el centro de la reflexión, lo cual está plasmado en el primer principio de la Declaración de Río (de Janeiro) sobre el Ambiente y Desarrollo (1992), señalando que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tie-

nen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”.

Junto a esta declaración, en el marco de la Conferencia Mundial de Ambiente y Desarrollo, se da a conocer otro documento llamado Agenda 21, el programa global de acción sobre el desarrollo sustentable, en donde se propone un nuevo enfoque para analizar las cuestiones medioambientales y de desarrollo, dando respuesta a las necesidades de las personas; preservando simultáneamente las bases sociales, económicas y medioambientales de las que depende el desarrollo; e incluyendo temas relacionados con el desarrollo de oportunidades y capacidades como la salud, la educación, la alimentación, la vivienda, entre otras.

Este programa representa, hasta nuestros días, un marco importante para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales, que ha guiado los programas subsecuentes, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), agenda post 2015-2030. Bajo esta dinámica, el desarrollo sustentable pasa a ser una tarea del desarrollo humano. Al respecto, Anand y Sen (1994) señalan lo siguiente:

La promoción del desarrollo humano en el mundo de hoy debe complementarse con salvaguardas para que sus frutos estén disponibles en el futuro. A medida que se llega a una mejor comprensión de los temas discutidos en la conferencia sobre el medio ambiente (UNCED) en Río de Janeiro en 1992, la integración del progreso humano y de la conservación del medio ambiente emerge como uno de los desafíos centrales del mundo moderno. [...] El valor moral de sostener lo que tenemos ahora depende de la calidad de lo que tengamos. El enfoque de desarrollo sostenible como un todo apunta hacia la dirección del futuro tanto como hacia la dirección del presente. No existe, de hecho, ninguna dificultad básica en ampliar el concepto de desarrollo humano [...] para que se le integren los derechos de las generaciones futuras y la urgencia de la protección del medio ambiente (pp. 16-17).

Y agregan que “la sostenibilidad es un asunto de equidad distributiva, es decir, de compartir la capacidad de bienestar entre la gente de hoy y la gente del futuro. [...] Por ende, el desarrollo humano debería considerarse como una contribución mayor al logro de la sostenibilidad” (Anand y Sen, 1994).

Mientras tanto, en el seno del PNUD, su administrador, J. Speth,

señala que “el desarrollo, por supuesto, debe ser un proceso integrador, un proceso que reúna el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos ‘desarrollo humano’ y ‘desarrollo sustentable’. Esta fusión debe ocurrir conceptualmente y operativamente, debe tener un nombre [...] ‘desarrollo humano sustentable’, una unión natural de las dos palabras” (PNUD, 1994).

De esta manera, se integran las dos posturas para conformar la perspectiva del *desarrollo humano sustentable*, una nueva visión del desarrollo centrada en la gente, que promueve el crecimiento y la expansión de las libertades y oportunidades del ser humano para un desarrollo con equidad, con integración social y gobernanza. Este nuevo desarrollo fue definido por el PNUD (1994) como:

El desarrollo que no sólo genera crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo; potencializa a las personas en lugar de marginarlas. Da prioridad a los pobres, ampliando sus opciones y oportunidades, y prevé su participación en las decisiones que les afectan. Es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo, a favor de la democracia, a favor de la mujer y a favor de la niñez.

Es decir, esta nueva perspectiva propone un marco de acción para el diseño de políticas públicas justas y equitativas, considerando aspectos sociales, económicos, ambientales, culturales y políticos que den sustento al desarrollo de los más vulnerables. Esta convergencia permite compartir la capacidad de bienestar entre las presentes y futuras generaciones, en donde el desarrollo humano sustentable debe promover la equidad inter e intrageneracional, garantizando a las generaciones futuras oportunidades semejantes y el mismo potencial del que han gozado las generaciones presentes.

Por lo tanto, en materia de salud, el desarrollo humano sustentable plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y la mejora en el acceso y la calidad de la atención de los servicios. Y supone que la equidad en salud permite potencializar las libertades y capacidades del ser humano (para ser y hacer la vida que tiene razones para valorar) a través de la compensación de las desigualdades evitables e injustas que inciden en los entornos institucionales y socioeconómicos, en donde se despliegan las oportunidades reales relacionadas con el acceso a la salud, proporcionando no sólo un mejor nivel de salud de la

población, sino también un mayor desarrollo social, en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se puede señalar que la información planteada en este documento sobre las desigualdades e inequidades en salud, entre países y dentro de ellos, es una evidencia más de la amenaza que la falta de justicia social en el acceso a la salud representa para el bienestar social y el desarrollo de las generaciones presentes y futuras. Por ello, resulta apremiante indagar cada vez más sobre las múltiples causas que afectan la salud, ya que la creación de nuevos conocimientos es la vía más eficaz para la determinación de estrategias cuya capacidad y fortaleza contribuyan en la reducción de las desigualdades sociales de la salud.

El análisis de la equidad en el ámbito de la salud es un asunto complejo, puesto que existen múltiples formas de medirla y definirla, así como distintas disciplinas y posturas filosóficas para su abordaje. Sin embargo, independientemente de ello, estudiar la salud desde una perspectiva de equidad y justicia social constituye un gran avance para la preocupación global por combatir las inequidades sociales que inciden en el acceso y el estado de salud de las poblaciones. Asimismo, amplía la comprensión de las condiciones que las favorecen y permite sentar precedentes para la expansión de su literatura.

A este respecto, como se ha mostrado en este documento, desde la década de los ochenta, los avances que han venido presentando los sistemas de salud en algunos países del mundo están sostenidos en gran medida por la generación de evidencias científicas, que a su vez han permitido contribuir en el diseño de políticas públicas en salud que buscan garantizar un sistema de salud equitativo y eficiente.

En el caso de México, las reformas que ha llevado a cabo desde la fundación de su sistema sanitario, y más recientemente, la puesta en marcha del SP, han sentado ya las bases para la concreción de un acceso a la salud y el desarrollo humano equitativo bajo un modelo normativo de cobertura universal, caracterizado por la equidad, la accesibilidad y la calidad como sus ejes rectores. No obstante, en la realidad no todos los mexicanos han podido ejercer este derecho,

por lo que todavía hay mucho por hacer en beneficio de la salud de las personas en el país.

En este sentido, este artículo ha intentado ofrecer una perspectiva de acción que enmarque el concepto de equidad en salud como una capacidad detonadora de las oportunidades y las libertades relacionadas con el acceso a la salud, que permita a los actores que convergen en la protección social de la población formar las bases para que se presenten los entornos estructurales e institucionales necesarios que provean salud de forma universal y equitativa, optimizando el bienestar humano sin comprometer el bienestar saludable de las generaciones presentes y futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shkolnikov, V. y Wirth, M. (2002). Medición de las disparidades de salud: Métodos e indicadores. En T. Evans (ed.) (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción*. Pan American Health Org.
- Anand, S. y Sen, A. (1994). *Desarrollo humano sostenible: Conceptos y prioridades*. Quinto Informe de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Arteaga, O., Thollaug, S., Nogueira, A. C. y Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).
- Barquera, S. (2002). Respuesta de la Organización Mundial de la Salud al rápido crecimiento de las enfermedades crónicas: Reunión de la red de los megapaíses. *Salud Pública de México*, 44(1), 79-80.
- Diderichsen, F., Whitehead, M., Burström, B. y Östlin, M. Å. Y. P. (2002). Gran Bretaña y Suecia: La influencia del contexto político en la falta de equidad en la salud. En T. Evans (ed.) (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción*. Pan American Health Org.
- Evans, T. (ed.) (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción*. Pan American Health Org.
- Frenk, J. (1994). Hacia un México más saludable. *Nexos*, 17, 23-32. México.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A. y Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49, s23-s36.
- Gómez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J. e Inclán, C. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*, 46(5), 399-416.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk,

- J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- Gutiérrez, G. E., Picazzo Palencia, E. y Gálvez Santillán, E. (2013). Desarrollo humano sustentable y la equidad en salud en México. *Pacarina del Sur*, 4(15) (abril-junio).
- Gutiérrez, J. P. y Hernández-Ávila, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55, s83-s90.
- Gwatkin, D. R. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? *Revista Internacional de Salud Pública. Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 3, 3-17.
- Kadt, E. D. y Tasca, R. (1993). *Promover la equidad: Un nuevo enfoque desde el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Borja, C. y Torres, A. C. (2003). El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*.
- Linares-Pérez, N. y Arellano, O. L. (2008). La equidad en salud: Propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramírez, T. y Torres, P. H. Y. J. L. (2002). México: marginalidad, necesidades y asignación de recursos en el ámbito municipal. *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción*, 585, 301-319. Washington: OPS.
- Nussbaum, M. y Sen, A. (comps.) (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Paganini, J. M. (2000). La salud y la equidad. Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. Trabajo presentado durante la Reunión de Ministros de Salud Iberoamericanos. Panamá, 18-20.
- Peñaranda, F. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes-determinación social de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1994). *Future of the United Nations Development Programme: Initiatives for change* (PNUD-DP/1994/39). Presentado en la sesión anual de la ONU-PNUD (junio de 1994). Ginebra.
- Requena, M. (1997). Focalizando la equidad. *Cuadernos Médicos Sociales*, 38(1), 3-5.
- Sen, A. (1980). Equality of what?. En S. McMurrin (comp.). *Tanner lectures on human values*. Cambridge University Press.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. North-Blackwell: Oxford.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.) (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (1999). *La salud en el desarrollo*. Discurso inaugural pronunciado en la 52

Asamblea Mundial de la Salud-Organización Mundial de la Salud, A52/DIV/9 (18 de mayo de 1999). Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/swd9.pdf

- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 302-309.
- Soberón-Acevedo, G. y Valdés-Olmedo, C. (2007). Evidencias y salud: ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México? *Salud Pública de México*, 49, s5-s7.
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: Derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2673-2685.
- Sonis, A. (2001). Equidad y salud. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 99(3), 253-256.
- Vargas, I., Vázquez, M. L. y Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 927-937.
- Vega-Romero, R. (2001). Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Revista de Salud Pública*, 3(2), 97-126.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 316-326.
- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones, 1.