

# DESIGUALDAD, SALUD PÚBLICA Y ÉTICA: EL CASO LATINOAMERICANO

*Bernardo Kliksberg*

---

## **I. El contexto Latinoamericano y la salud: una relación compleja**

En el nuevo escenario mundial están emergiendo cambios fundamentales en la visión de cómo saber si las sociedades realmente progresan, y cómo medir el desarrollo. Tienen que ver con las profundas frustraciones experimentadas en las últimas décadas en muchas sociedades, entre ellas varias de las latinoamericanas, que medidas por los criterios usuales de tasas de crecimiento anual, producto bruto per cápita, y reducidos niveles de inflación, parecían tener todos los signos del progreso, y donde, sin embargo, había profundos procesos de deterioro en las bases de su economía, y grupos crecientes de la población estaban siendo excluidos.

América Latina aparece en el pensamiento emergente como ejemplo claro de una región donde, como afirma el Premio Nóbel de Economía Stiglitz (2002), los modos convencionales de enfocar el desarrollo y medirlo han sido desmentidos por la realidad. Reflexiona basándose en su caso:

“Yo argumentaría que debemos reexaminar, rehacer, y ampliar los conocimientos acerca de la economía de desarrollo que se toman como verdad mientras planificamos la próxima serie de reformas”.

La nueva visión que comienza a tener fuerza creciente amplía totalmente las dimensiones que deberían tenerse en cuenta para saber si una sociedad progresa, e incluye junto a indicadores económicos usuales, aspectos que tienen que ver con el desarrollo social, el desarrollo medio ambiental, el acceso a la cultura, las libertades, y la construcción de ciudadanía. Sabemos si hay progreso si en definitiva crece lo que Amartya Sen ha llamado “los grados de libertad” las opciones efectivas para que cada ser humano pueda desenvolver su potencial.

Esa visión revaloriza plenamente el papel de la salud pública. El modo en que una sociedad trata a sus integrantes en este campo esencial es un “indicador de choque”, crucial, de la medida en que realmente avanza. La salud es una meta prioritaria en sí misma, y al mismo tiempo el pilar estratégico para que exista una libertad real.

Al mismo tiempo el nuevo pensamiento sobre el desarrollo está dando otra significación a la convencional, al peso de los recursos humanos de una sociedad en alcanzar metas de productividad, progreso tecnológico, competitividad y crecimiento. Las diferencias centrales de desempeño nacional en el escenario económico mundial presente se basan en la “calidad de la población” de un país. Las dos expresiones fundamentales de esa calidad son los niveles de educación y de salud. La segunda fuertemente influida por la primera, es a la vez la base fundante de la primera. La acumulación de capital en las dimensiones de educación y salud, se ha mostrado como palanca clave del desarrollo en las economías más exitosas de las últimas décadas, como las Nórdicas, y algunas del Sudeste Asiático. El informe de la comisión de notables presidida por Jeffrey Sachs “Macroeconomía y salud” (OMS, 2002) enseña que todos los países exitosos han hecho previamente grandes inversiones en mejoramiento de su salud pública. Las mejoras en salud, han sido en ellos un prerrequisito del desarrollo, y no una mera consecuencia del mismo.

La salud aparece crecientemente como un cartabón esencial para saber si realmente hay progreso, y al mismo tiempo como un medio decisivo para obtenerlo. Ellos son avances de gran trascendencia. Sin embargo, al mismo tiempo crece la visión de que alcanzar las metas deseables en salud, es un desafío de la más alta complejidad porque ellas están fuertemente ligadas a un conjunto amplio de factores que tienen que ver con el funcionamiento global de las sociedades. Las características de los entornos, en dimensiones como pobreza, desigualdades, cobertura y calidad de la infraestructura, situación de las familias, desarrollo de las comunidades, medio ambiente, y otras, son decisivas. Particularmente, ha demostrado ser de extrema complejidad el crucial tema de la inequidad en salud. La experiencia latinoamericana indica que pueden lograrse mejoras importantes en los indicadores promedio, y al mismo tiempo estar ahondándose las distancias al interior de los países con fuertes efectos sobre amplios sectores. Es imprescindible, como lo plantea Mirta Roses

(2003), alejarse de la tiranía de los promedios. Como sugiere, puede ser preferible en cuanto a esperanza de vida y otros parámetros nacer en un país de menor ingreso per cápita, pero mejor equidad, que en otro de mayor per cápita pero mayores brechas de ingresos. Como indican diversos trabajos de investigación, el coeficiente Gini puede ser muy útil para entender las reales problemáticas de salud de una población. Así Erick Messias (2003) estima revisando las diferencias entre los diversos estados del Brasil, uno de los países con mayores niveles de desigualdad en este campo, que cada aumento de 0.01 en el Gini, significa una caída de la esperanza de vida de 0.6 años.

Ello obliga a plantearse una pregunta absolutamente estratégica. ¿Qué implica para la salud pública y sus perspectivas en Latinoamérica, estar inmersa en la región del mundo considerada unánimemente como la más desigual de todas? Este tema crucial puede tener una doble lectura. Las inequidades en salud aparecen fuertemente influidas por las tan profundas desigualdades de las sociedades latinoamericanas. Por otro lado, al mismo tiempo en todo planteo para enfrentar y superar estas desigualdades, el diseño de las estrategias realmente efectivas tendrá que centrarse en alcanzar logros en salud.

En la democratización de los determinantes de la salud pública se halla una de las principales vías para encarar los inaceptables, y regresivos umbrales de desigualdad de la Región. Están en curso en América Latina cambios de envergadura en cuanto a la percepción de los caminos para el desarrollo y los contenidos del mismo, que abren un nuevo entorno a las luchas por la salud pública. Hay un crecimiento democrático de gran significación. Las sociedades civiles participan cada vez más activamente, y exigen pasar de una democracia pasiva a una democracia activa. Crecen las presiones públicas por un Estado más transparente, descentralizado, abierto. Comienza a haber una movilización en ascenso del capital social de la sociedad. Hay una nueva expectativa sobre el rol mismo de las políticas públicas. Las visiones marginadoras de las mismas, perdieron credibilidad por sus pobres resultados, y se espera una nueva rearticulación entre políticas públicas activas, fuerzas productivas, y sociedad civil.

Estos desarrollos tienen como uno de los puntos básicos de su agenda el más absoluto rechazo de los actuales niveles de desigualdad. Organizaciones como el Banco Mundial señalan en un informe reciente (2004) sobre el tema que:

“el alto nivel de desigualdad es rechazado en forma generalizada en casi todos los países, entre el 80 y el 90% de los ciudadanos considera que las tasas de inequidad imperantes son injustas o muy injustas”.

Se están gestando nuevas configuraciones de fuerzas en los espacios democráticos de América Latina, con una clara visión renovadora del modelo de desarrollo y una vigorosa actitud anti-inequidad. Ellas están llevando a programas de cambio de gran envergadura como los mandatos que fueron entregados a los nuevos Presidentes de Brasil, Argentina, Uruguay, Chile y Bolivia, entre otros. El mismo Banco Mundial advierte este proceso señalando (2004) que:

“hay un cambio en marcha, en especial a nivel subnacional, conforme al cual las nuevas alianzas entre la elite progresista, los funcionarios públicos, la clase media y los pobres actualmente están impulsando la creación de instituciones más inclusivas y eficientes”.

Éste es un contexto cargado de cambios de magnitud, en donde aparecen grandes riesgos y desafíos para la salud pública. Este trabajo tiene por finalidad aportar a la búsqueda de políticas renovadoras en salud pública, concentrándose particularmente en contestar la pregunta planteada anteriormente: ¿qué significa para la salud pública estar inmersa en la región más desigual del planeta? Para ello se propone cubrir varios momentos de análisis sucesivos. En primer lugar, presentar un cuadro de las tendencias más recientes en materia de desigualdad en la Región, y de los significados que esa desigualdad tiene para el desarrollo. En segundo lugar, revisar brevemente algunos indicadores sobre las inequidades en salud, y señalar la influencia sobre ellos de algunas de las tendencias observables en materia de desigualdad en general. Por último, sugerir algunas consideraciones estratégicas que pueden ser de utilidad para el debate sobre nuevos cursos de acción en salud pública.

## **II. Tendencias en desigualdad**

### **La brecha de ingresos**

Un informe conjunto de la CEPAL, IPEA del Brasil, y el PNUD (2004) sobre el estado de la Región en relación a las metas del milenio destaca que en todos los países de América Latina, sin excepción, los coeficientes Gini (que miden la desigualdad en la distribución de los ingresos) superan los promedios internacionales

y del OCDE. El Banco Mundial (2004) en su informe sobre desigualdad plantea que:

“América Latina sufre de una enorme desigualdad... Se trata además de un fenómeno invasor que caracteriza a cada aspecto de la vida como el acceso a la educación, la salud y los servicios públicos; el acceso a la tierra y a otros activos; el financiamiento de los mercados de crédito y laborales formales, y la participación e influencia política”.

Las cifras comparadas no dejan lugar a dudas sobre la certeza de estas afirmaciones. Véase el cuadro siguiente que compara los coeficientes Gini y las brechas de ingresos entre países de América Latina, Estados Unidos e Italia.

**Cuadro 1**  
**Indicadores de desigualdad para algunos de los países de América Latina, Estados Unidos e Italia**

<i>País</i>	<i>Coefficiente de Gini</i>	<i>Porcentaje del 10% superior en el ingreso total</i>	<i>Porcentaje del 10% inferior en el ingreso total</i>	<i>Relación entre los ingresos del décimo decil y el primer decil</i>
Brasil (2001)	59,0	47,2%	2,6%	54,4
Guatemala (2000)	58,3	46,8%	2,4%	63,3
Colombia (1999)	57,6	46,5%	2,7%	57,8
Chile (2000)	57,1	47,0%	3,4%	40,6
México (2000)	54,6	43,1%	3,1%	45,0
Argentina (2000)	52,2	38,9%	3,1%	39,1
Jamaica (1999)	52,0	40,1%	3,4%	36,5
República Dominicana (1997)	49,7	38,6%	4,0%	28,4
Costa Rica (2000)	46,5	34,8%	4,2%	25,1
Uruguay (2000)	44,6	33,5%	4,8%	18,9
Estados Unidos (1997)	40,8	30,5%	5,2%	16,9
Italia (1998)	36,0	27,4%	6,0%	14,4

Fuente: Banco Mundial (2004). Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia? Washington D.C.

Como se advierte, las brechas latinoamericanas son muy superiores a las de Estados Unidos e Italia. Hay una concentración aguda de los ingresos. En Brasil el 10% más rico tiene el 47% de los ingresos, mientras que en Italia solo alcanza al 27%. A su vez, el 20% más pobre duplica en Italia la participación en los ingresos que tiene en Brasil. Como consecuencia, mientras que en Brasil la distancia entre el 10% más pobre y el 10% más rico es de 54 veces, en Italia es de 14 veces. Es aún considerablemente menor en otros países como Corea, y Hong Kong donde es menor a diez veces, y en Noruega donde el 10 más rico tiene actualmente sólo 1.5 más que el 50% de menores ingresos.

Los Gini latinoamericanos que miden la distribución de los ingresos resultan los peores del mundo en términos internacionales y por otra parte muestran desde los años setenta una tendencia creciente al deterioro. Así lo registra el siguiente cuadro:

**Cuadro 2**  
**Coefficientes Gini de la distribución de ingreso per capita por hogar: promedio simple por década por región**

Región	1970s	1980s	1990s	Promedio General
<i>Niveles</i>				
América Latina y el Caribe	48.4	50.8	52.2	50.5
Asia	40.2	40.4	41.2	40.6
OCDE	32.3	32.5	34.2	33.0
Europa del Este	28.3	29.3	32.8	30.1
<i>Cambios</i>				
		<i>70s-80s</i>	<i>70s-90s</i>	<i>70s-90s</i>
América Latina y el Caribe		2.4	1.3	3.7
Asia		0.2	0.8	1.1
OCDE		0.2	1.7	1.9
Europa del Este		1.0	3.5	4.5
<i>Diferencias en puntos Gini: LAC vs.</i>				
Asia	8.3	10.4	10.9	9.9
OCDE	16.1	18.3	18.0	17.5
Europa del Este	20.2	21.6	19.4	20.4

Fuente: Cálculos basados en WIDER 2000, Smeeding y Grodner 2000, Székely, y aproximaciones para América Latina. Banco Mundial. Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia? Washington D.C.

En la década de los noventa el Gini de América Latina superaba en 19 puntos al de Europa Oriental, en 18 al de los países desarrollados de la OCDE y en más de 10 al de Asia. El cuadro podría ser analizado bajo otra perspectiva si la tendencia fuera positiva. Pero el análisis en el tiempo muestra que ha tendido a empeorar. El Gini latinoamericano creció entre la década de los setenta y la de los noventa. Por otra parte, su distancia con los Gini de Asia y la OECD es superior en la década de los noventa a la que existía en la década de los setenta. El Gini latinoamericano era superior incluso en los noventa a los de una de las regiones más pobres del planeta, el África Subsahariana, que era de 0.47.

### **Las desigualdades múltiples**

La dimensión más difundida de la desigualdad latinoamericana es la que se da en la distribución de los ingresos, pero no es la única, ni la más grave. La desigualdad se halla presente en todas las dimensiones centrales de la vida cotidiana de la Región.

Otra de sus expresiones es la extrema concentración de un activo productivo fundamental como la tierra, que excluye del acceso a la misma a vastos sectores de la población rural. Los Gini comparados de distribución de la tierra son los siguientes según los cálculos de Deninger y Olinto (2002), y del PNUD (1993):

**Cuadro 3**  
**Coefficientes Gini de distribución de la propiedad de la tierra**

Región	D&O (i)	UNDP (ii)
<b>América Latina</b>	0.81	0.74
Medio Oriente y África del Norte	0.67	0.56
Norteamérica	0.64	
África Sub-Sahara	0.61	0.51
Europa Occidental	0.57	
Asia del Sur y del Este	0.56	0.52

Nota: Columna (i) muestra los promedios del periodo 1950-1994; Columna (ii) muestra los valores alrededor del 1981.

Fuentes: Deininger and Olinto (2002) and UNDP (1993). Mencionados por Banco Mundial. Desigualdad en América Latina y el Caribe. Op. Cit.

Puede observarse que la concentración es aun mucho peor que en los ingresos. El Gini de tierra de América Latina, es asimismo mucho peor que el de todas las regiones del mundo.

Una dimensión clave de las desigualdades es el campo de la educación. Ha habido progresos significativos en la Región en áreas como alfabetización, y matrícula en escuela primaria. La gran mayoría de los niños ingresan a la escuela, pero son muy altas las tasas de deserción y repetición. Ello genera bajos índices de escolaridad como puede apreciarse a continuación:

#### **Cuadro 4** **Escolaridad en América Latina. 1999.**

País	Promedio de años de escolaridad
Argentina	9.4
Bolivia	5.6
Brasil	6.0
Chile	9.8
Colombia	5.6
Costa Rica	7.5
República Dominicana	6.9
Ecuador	6.4
El Salvador	6.2
Guatemala	4.1
Honduras	5.3
México	5.9
Nicaragua	5.9
Panamá	5.3
Paraguay	7.6
Perú	7.6
Uruguay	9.3
Venezuela	7.1

Fuente: CEPAL, IPEA y PNUD (2003). Hacia el objetivo del milenio. Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe.

El índice de escolaridad promedio de la Región se calculaba en el 2000 en 5.9 años. Al interior de esta baja escolaridad, hay una aguda estratificación social. Los desertores y los repetidores son masivamente los niños de los sectores más desfavorecidos. Tras su bajo rendimiento se hallan causas muy concretas, como la existencia de 22 millones de niños menores de 14 años que trabajan, la desnutrición, y la proveniencia de familias desarticuladas por el impacto de la pobreza. En países como Bolivia, Ecuador, y Perú trabaja el 20% de los niños de 10 a 14 años. Las distancias de escolaridad son de gran relevancia. En Brasil el 20% más rico tenía en el 2001, 10 años de escolaridad, y el 20% más pobre sólo 3. En México la proporción era similar 11.6 para el quintil superior frente a 3.6 para el inferior.

A las desigualdades anteriores se suman las imperantes en el campo de la salud que serán examinadas en la sección siguiente, y otras que no han tenido investigación estadística detallada pero que son claramente visibles y tienen profundos efectos. Una de ellas es



la operante en el área del acceso a crédito. Así siendo las pequeñas y medianas empresas un factor decisivo en la creación de empleo en la Región, las estimaciones indican que los 60 millones de pequeñas y medianas empresas existentes sólo reciben el 5% del crédito otorgado por las entidades financieras. Hay allí otra fuerte concentración.

Una nueva desigualdad es la del acceso a las tecnologías avanzadas. El número de accesantes a Internet está fuertemente concentrado en los estratos superiores. Sólo el 3% de los latinoamericanos está conectado a Internet frente al 20% en España y el 40% en EEUU. Cuando se discrimina por ingresos en la Argentina, por ejemplo, están en Internet 8 de 10 personas de los sectores altos y sólo uno de cada 10 de los menos pudientes (Clarín, 2004). Se ha advertido permanentemente en la región sobre la silenciosa instalación de una amplia “brecha digital”, y la generación de un amplio sector de “analfabetos cibernéticos”.

Las desigualdades tienen en América Latina expresiones pico en términos étnicos y de color. Se estima así que más del 80% de los 40 millones de indígenas de la región están en pobreza extrema. También son muy contrastantes las disparidades entre los indicadores básicos de la población blanca y la población afroamericana. A todo ello se suma con avances la subsistencia de significativas discriminaciones de género en el mercado de trabajo, y otros campos.

### **Los costos de las desigualdades**

Todas las desigualdades mencionadas, y otras interactúan a diario, reforzándose las unas a las otras. Trazan destinos marcados. Si se nace en una familia desarticulada por la pobreza, las posibilidades de buena salud, y rendimiento educativo son limitadas. La escolaridad será baja, el acceso a un empleo estable, muy difícil, los ingresos esporádicos y muy reducidos, y la posibilidad de conformar una familia con similares problemas. Efectivamente, aun en algunas de las sociedades más avanzadas socialmente de la región, como el Uruguay, los estudios indican que las tasas de escolaridad de los hijos de familias pobres, tienden a no superar las reducidas tasas de sus padres. Se crea un círculo de hierro por la falta de oportunidades.

Pocos años atrás había en el “establishment” economistas que defendían a capa y espada las “funcionalidades” de las desigualdades. Acostumbraban a señalar que éstas contribuyen a acumular capitales en ciertos grupos, que luego los reinvertirán y acelerarán el crecimiento, o que son una etapa obligada del progreso. Hoy, frente a sus evidentes disfuncionalidades, el consenso está girando fuertemente. El Banco

Mundial que fue escenario frecuente de controversias dice recientemente (2004):

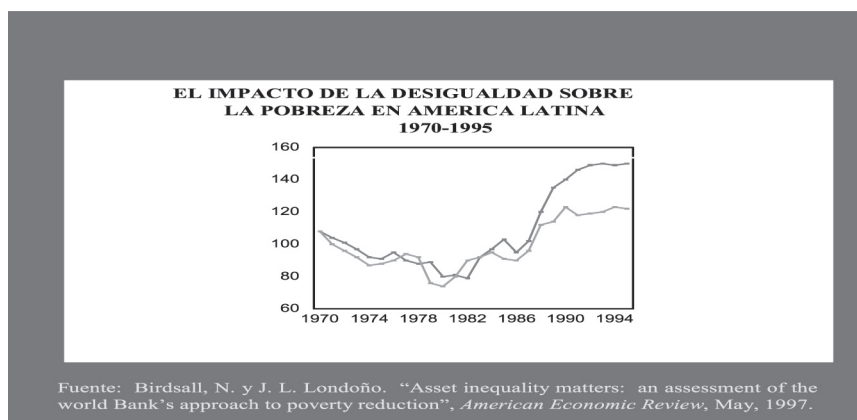
“la mayoría de los economistas (y otros científicos sociales) considera ahora la desigualdad como un posible freno para el desarrollo”.

Efectivamente, numerosas investigaciones dan cuenta de cuánto le están costando a la región estos niveles de desigualdad, y qué impacto profundo tienen en obstaculizar la posibilidad de un crecimiento sostenido. Al analizar América Latina se menciona con frecuencia que hay pobreza y que hay desigualdad. En realidad las investigaciones evidencian una situación diferente. Hay pobreza porque hay desigualdad. Ella es un factor clave para entender porque un Continente con una dotación de recursos naturales privilegiada, y amplias posibilidades en todos los campos, tiene tan importantes porcentajes de pobreza.

Según los análisis de la CEPAL, la pobreza actual es superior a la de 1980 tanto en términos absolutos como relativos. En 1980 era pobre el 40% de la población, la cifra supera actualmente el 44%. Se estima que entre 1997, y el 2002 la población pobre creció en 20 millones. El porcentaje de pobreza extrema subió del 2000 al 2002 del 17.8 al 20%.

Birdsall y Londoño (1997) trataron de determinar econométricamente el impacto de la desigualdad sobre la pobreza. Construyeron la simulación siguiente:

**Gráfico 1**



La primera curva del gráfico muestra la tendencia de la pobreza en la Región, que como se observa, asciende continuamente desde inicios de los ochenta con pequeñas variaciones. La segunda simula

cuál hubiera sido la pobreza si la desigualdad hubiera quedado en los niveles de inicios de los setenta (antes de las dictaduras militares y de las políticas ortodoxas), y no hubiera seguido creciendo. Era considerable, pero aumentó más en las últimas dos décadas. Según sus estimados, la pobreza sería hoy la mitad de lo que efectivamente ha sido. Ha habido un “exceso de pobreza” causado por el aumento de la desigualdad que duplicó la pobreza. En la misma dirección, si se hiciera la comprobación interregionalmente se observaría que si América Latina tuviera el patrón de desigualdad del Sudeste Asiático, la pobreza sería mucho menor.

Albert Berry (1997) llega a similar conclusión en sus trabajos, identificando la existencia en América Latina de un amplio margen de “pobreza innecesaria”, como la llama, causada por la tan reducida participación en el ingreso de los dos quintales más bajos de la población. Tanto Berry como Altimir, y otros investigadores, ven el aumento de la desigualdad estrechamente ligado a las políticas aplicadas en las dos últimas décadas que generan efectos de ese orden. Se ha considerado que el caso argentino ejemplifica claramente las desventajas de dichas políticas. Efectivamente, su aplicación rígidamente ortodoxa en la década de los noventa llevó a una brutal polarización social. Siete millones de personas, el 20% de la población dejaron de ser clase media en dicha década para transformarse en pobres, y el coeficiente Gini pasó de 1992 a 1997 de 0.42 a 0.47.

Chris Patten (2004) Comisario de la Unión Europea dice que:

“si el ingreso en América Latina se encontrase distribuido de la misma manera que en Asia del Este, la pobreza en la región sería apenas un quinto de lo que es hoy en día”.

Destaca que:

“Esto resulta importante no solo desde el punto de vista humanitario, sino también desde una perspectiva práctica políticamente interesada. Si se redujera la pobreza a la mitad se duplicaría el tamaño del mercado”.

Nancy Birdsall (1998) ve en la desigualdad la gran traba para el crecimiento económico de la Región. Resalta...

“Puede afirmarse que es posible que las tasas de crecimiento en América Latina no puedan ser de más del 3 o el 4% a distancia de las necesarias, en tanto no se cuente con la participación y el aporte de la mitad de la población que está comprendida en los percentiles más bajos de ingresos”.

Procurando indagar porqué América Latina está tan distante de poder cumplir con las metas del milenio en términos de reducir la pobreza, CEPAL, IPEA y PNUD (2004) identifican a la desigualdad como la razón central. A través de detalladas simulaciones econométricas, concluyen que el impacto sobre la pobreza de reducir la desigualdad es mucho mayor que el del crecimiento. Se requiere desde ya crecimiento, pero en las condiciones actuales de inequidad éste difícilmente llegará a los pobres. Estiman que si Brasil no modifica su desigualdad, suponiendo que crezca al ritmo de los noventa, tardaría 48 años en lograr reducir en dos puntos la pobreza. México tardaría en las mismas hipótesis, 44 años en lograr reducir la pobreza en 3.2 puntos. Destacan especialmente como resultado de sus proyecciones que:

En la mayoría de los países examinados bastaría que el coeficiente de Gini bajara uno o dos puntos para que la incidencia de la pobreza se redujera en igual medida que en varios años de crecimiento económico positivo. Los resultados de los esfuerzos por reducir la pobreza en América Latina y el Caribe han sido desalentadores en gran medida porque no ha sido posible controlar los elevados niveles de desigualdad de la Región.

Este escenario de desigualdades agudas, persistentes, y de enorme peso en el aumento de la pobreza, en las dificultades para un crecimiento sostenido, y de gran influencia en las carencias que afligen la vida diaria de la mayor parte de la población, es el contexto en que se desenvuelve la salud pública en América Latina. La desigualdad actúa sobre los determinantes de la salud, y es una de las fuerzas más poderosas en la creación de las condiciones propicias para un problema fundamental, la inequidad en salud, que se aborda en la sección siguiente.

### **III. La salud pública en la Región más inequitativa del orbe**

#### **Más allá de los promedios**

La salud pública ha hecho grandes progresos en la Región. Los esfuerzos denodados realizados en este campo por los Gobiernos democráticos y numerosos sectores de la sociedad, en los cuales entidades modelo como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han tenido un rol pionero, y un fuerte liderazgo, han estado en la base de esos avances sostenidos. Sin embargo, la inequidad en salud sigue presentándose como un problema de

amplias proporciones y alta gravedad, una especie de problema casi “irreductible”.

Por lo pronto el tema es “oscuro”. Con frecuencia los análisis sólo enfatizan los avances en los promedios generales de salud de los países. Ello permite establecer una dimensión de inequidad que es la que surge de comparaciones entre países. Pero ella es sólo: “la punta del *iceberg*”. Las inequidades fundamentales son subterráneas a esos promedios. Aparecen cuando se practica la sana recomendación de Roses (2003), y se toma distancia de la “tiranía de los promedios”. Como bien señala refiriéndose al caso de la mortalidad infantil en la Región:

Aunque la reducción de la magnitud general del riesgo de morir en el primer año de vida fue evidente, y se observó constantemente en todos los grupos de países en los últimos decenios las desigualdades de la mortalidad infantil, no cambiaron mucho en el mismo periodo. Los resultados señalan que se pueden alcanzar grandes logros con las medidas de tendencia central (medias y medianas) de un determinado indicador de salud, sin que haya una repercusión correspondiente en la magnitud relativa de las brechas (distribuciones) entre los grupos de población y dentro de ellos.

Como se ha resaltado (Alleyne, 2002) el mismo espíritu de la Declaración de Alma-Ata evoca este problema cuando llama a “salud para todos” en lugar de poner el foco en sólo lograr buenos promedios. Al desagregar las cifras de salud al interior de los países teniendo en cuenta criterios como, entre otros, los estratos socioeconómicos, la localización geográfica, el género, la etnia, el color, las edades, y otros, surge un panorama de muy disímiles accesos a este derecho esencial que hace a la dignidad humana.

### **Las inequidades en salud en acción**

La investigación al respecto que está aumentando significativamente, está dando cuenta de la profundidad del problema. Entre algunos de sus múltiples hallazgos se hallan los siguientes, que resultan altamente ilustrativos. La cifra promedio de niños que fallecen antes de cumplir cinco años de edad en la Región es de 71 de cada 1.000. Supera a la de East Asia-Pacific que es de 57.1. Muestra fuertes diferencias entre los países, ascendiendo en Haití a 140.6 y en Bolivia a 99.1. Son acentuadas las diferencias entre los diversos niveles sociales, como puede observarse en el Cuadro 5.

**Cuadro 5**  
**Tasa de mortalidad de menores de 5 años**

País /región	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (en miles)					
	1	2	3	4	5	Promedio
Bolivia	146.5	114.9	104.0	47.8	32.0	99.1
Brasil	98.9	56.0	39.2	26.7	33.3	56.7
Colombia	52.1	37.1	30.7	34.9	23.6	37.4
República Dominicana	89.9	73.0	60.1	37.3	26.6	61.0
Guatemala	89.1	102.9	82.0	60.7	37.9	79.2
Haití	163.3	150.1	137.1	130.6	105.6	140.6
Nicaragua	68.8	66.6	52.5	48.5	29.7	56.0
Paraguay	57.2	50.0	59.0	39.4	20.1	46.6
Perú	110.0	76.2	48.0	44.1	22.1	68.4
<b>LAC</b>	<b>97.3</b>	<b>80.8</b>	<b>68.1</b>	<b>52.2</b>	<b>38.8</b>	<b>71.7</b>
Asia Oriental, Pacífico	84.0	62.9	53.7	41.1	27.1	57.1
Asia Central	82.5	64.5	69.8	57.5	40.2	64.9
Oriente Medio, África del Norte	140.6	117.8	92.2	80.1	50.4	100.3
Asia del Sur	144.2	152.6	136.1	110.8	71.7	126.6
África Subsahariana	191.7	190.9	174.3	156.6	112.4	168.4
<b>Total Países</b>	<b>148.3</b>	<b>140.8</b>	<b>126.8</b>	<b>110.0</b>	<b>77.4</b>	<b>124.2</b>

Fuente: Banco Mundial (2004). Op.Cit.

En el 20% más rico de la población de Bolivia, mueren 32 de cada 1,000 niños antes de cumplir cinco años. En el 20% más pobre la cifra se quintuplica 146.5 por mil. Esta gravísima realidad tiene un sesgo étnico muy concreto. Recae fundamentalmente sobre población indígena. Lo mismo sucede en Perú, la mortalidad infantil antes de los 5 años del 20% más pobre quintuplica a las del 20% más rico, 111 vs. 22.2, y en Brasil la triplica 98.9 vs. 33.3.

Las cifras de desnutrición infantil crónica muestran asimismo importantes disparidades por etnias, campo/ciudad, y estratos de ingresos. Véase el siguiente cuadro correspondiente a la Región andina:

**Cuadro 6**  
**Ocurrencia de atraso en crecimiento juvenil (%) por país, lugar de residencia, etnicidad, región y status socioeconómico, en cuatro países andinos**

	País			
	Colombia	Ecuador	Perú	Bolivia
<b>Lugar de residencia (1)</b>				
Ciudades grandes	12.7	20.7	13.2	18.5
Ciudades pequeñas	10.9	22.4	20.1	20.3
Pueblos	14.0	28.2	27.2	22.4
Área rural	19.3	35.2	40.8	37.2
<b>Etnicidad</b>				
Población No indígena	(2)	24.2	22.5	23.7
Población Indígenas	...	58.2	47.0	50.5
<b>Región</b>				
Altiplano	...	33.3	38.5	31.2
Otras regiones	...	22.2	18.2	23.9
<b>Deciles de SES (3)</b>				
1 (menor)	26.8	38.5	49.6	42.2
2	24.1	51.8	46.8	39.9
3	17.1	30.6	39.6	38.7
4	14.9	27.6	32.5	32.8
5	16.3	17.9	23.4	31.8
6	15.2	24.4	19.9	25.0
7	11.0	19.0	18.3	22.7
8	11.7	19.1	12.8	18.2
9	6.3	15.8	12.6	13.5
10 (mayor)	5.4	11.9	5.2	9.7
<b>Índice de Concentración (4)</b>	<b>-0.221</b>	<b>-0.223</b>	<b>-0.311</b>	<b>-0.223</b>
<b>Total países</b>	<b>14.9</b>	<b>26.5</b>	<b>26.1</b>	<b>26.9</b>

(1) Según encuestas del DHS (Colombia, Perú, y Bolivia), las ciudades grandes incluyen capitales nacionales y ciudades de más de 1 millón de habitantes, y las ciudades pequeñas tienen un rango de población de 50000 a 1 millón. Según encuestas de LSMS (Ecuador), las ciudades pequeñas tienen un rango de 5000 a 1 millón.

(2) El siguiente símbolo (...) indica que la información no está disponible.

(3) Deciles de SES son tomados para niños, y no corresponden a los deciles de la población, debido a las diferencias socioeconómicas en fertilidad.

(4) El índice de concentración mide la desigualdad social en el atraso en el crecimiento. El índice de concentración es una generalización del coeficiente de Gini, y oscila entre -1 y 0. Los valores cercanos a -1 indican mayor desigualdad social.

Fuente: Larrea, Carlos y Wilme Freire (2002). Social inequality and child malnutrition in four Andean countries. Pan American Journal of Public Health. May-June.

Las tasas de desnutrición infantil andinas son altas, superan en Bolivia, Ecuador y Perú el 21%. Pero muestran asimismo claros gradientes económicos. En general, en los países andinos las tasas de desnutrición crónica son tres veces mayores en los deciles más pobres, que en los más ricos. Así, por ejemplo, en el 10% más rico de Ecuador, sólo el 11% de los niños presenta problemas de desnutrición, en el 10% más pobre la cifra casi se cuadruplica. En la población indígena la cifra llega al 58%.

La mortalidad materna cobra numerosas víctimas en la Región. Según denunció la OPS recientemente (2004) 23.000 mujeres mueren en América Latina y el Caribe durante el embarazo o el parto, en la gran mayoría de los casos, por “causas evitables que son prevenidas en forma rutinaria en los países desarrollados”. El riesgo de fallecer por dar a luz es en América Latina de 1/160 frente al 1/4000 en Europa occidental, 25 veces mayor. Mientras que en Estados Unidos mueren anualmente 17 madres por cada 100.000 niños nacidos vivos, en Haití son 600 y en Colombia 100.

Entre las causales básicas, estas cifras están vinculadas con la inexistencia de asistencia médica institucionalizada. El 24% de las madres no tienen asistencia médica durante el embarazo, y una tercera parte no tiene atención médica en el momento del parto. Las cifras muestran altos sesgos según los gradientes económicos como puede observarse:



**CUADRO 7**  
**Cuidados básicos prenatal y partos asistidos**

País/Región	Tasas de cuidados básicos prenatales (Por personas médicamente entrenadas)										Tasas de partos asistidos (Por personas médicamente entrenadas)											
	1	2	3	4	5	Promedio	CI	1	2	3	4	5	Promedio	CI	1	2	3	4	5	Promedio	CI	
Bolivia	38.8	57.8	70.4	88.6	95.3	65.1	0.17	19.8	44.8	67.7	87.9	97.9	56.7	0.28								
Brasil	67.5	87.7	93.4	96.9	98.1	85.6	0.08	71.6	88.7	95.7	97.7	98.6	87.7	0.07								
Colombia	62.3	81.1	89.8	95.4	95.9	82.5	0.09	60.6	85.2	92.8	98.9	98.1	84.5	0.09								
República Dominicana	96.1	98.2	99.0	99.2	99.9	98.3	0.01	88.6	96.9	97.3	98.4	97.8	95.3	0.02								
Guatemala	34.6	41.1	49.3	72.2	90.0	52.5	0.19	9.3	16.1	31.1	62.8	91.5	34.8	0.42								
Haití	44.3	60.0	72.3	83.7	91.0	67.7	0.14	24.0	37.3	47.4	60.7	78.2	46.3	0.21								
Nicaragua	67.0	80.9	86.9	89.0	96.0	81.5	0.07	32.9	58.8	79.8	86.0	92.3	64.6	0.19								
Paraguay	69.5	79.5	85.6	94.8	98.5	83.9	0.07	41.2	49.9	69.0	87.9	98.1	66.0	0.18								
Perú	37.3	64.8	79.1	87.7	96.0	67.3	0.17	13.7	48.0	75.1	90.3	96.6	56.4	0.31								
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>57.5</b>	<b>72.3</b>	<b>80.6</b>	<b>89.7</b>	<b>95.6</b>	<b>76.0</b>	<b>0.11</b>	<b>40.2</b>	<b>58.4</b>	<b>72.9</b>	<b>85.6</b>	<b>94.3</b>	<b>65.8</b>	<b>0.20</b>								
Asia Oriental, Pacífico	64.9	80.7	86.9	91.4	96.2	81.9	0.08	30.5	53.0	68.4	80.6	93.4	60.8	0.22								
Asia Central	78.2	84.7	86.8	93.3	96.3	86.9	0.05	82.7	92.3	95.1	98.6	99.7	92.8	0.04								
Medio Oriente, África del Norte	13.7	21.1	33.4	49.3	73.0	35.2	0.32	12.8	21.7	37.7	58.6	82.2	38.5	0.36								
Sur de Asia	16.8	23.2	28.8	43.0	70.9	34.6	0.30	5.3	8.1	11.7	21.9	49.3	17.7	0.46								
África Sub Sahariana	61.1	69.5	74.9	84.2	93.6	75.7	0.10	24.6	32.9	41.2	59.2	82.1	46.2	0.26								
<b>TODOS LOS PAISES</b>	<b>55.0</b>	<b>64.8</b>	<b>71.1</b>	<b>80.6</b>	<b>91.0</b>	<b>70.8</b>	<b>0.13</b>	<b>31.2</b>	<b>42.1</b>	<b>51.6</b>	<b>66.2</b>	<b>84.0</b>	<b>52.5</b>	<b>0.25</b>								

Fuente: Banco Mundial (2004). Op. Cit. Investigaciones Demográficas y de Salud (DHS) 2002.

En el 20% más rico de la población las cifras de asistencia institucionalizada superan el 90% tanto en la atención durante el embarazo como en el parto. En el 20% más pobre los déficits son agudísimos. En Bolivia el 60% carece de atención prenatal, y el 80% de asistencia médica durante el parto. En Brasil casi un tercio del quintil más pobre carece de atención institucionalizada en ambos casos. En Perú en el 20% más pobre un 60% no tiene atención durante el embarazo y un 86% no la tiene durante el parto.

La inequidad muestra también significativas expresiones en dos áreas claves para la infancia, como el contar con una cobertura completa de vacunación y la prevalencia de diarreas. Como puede apreciarse a continuación, el 20% más pobre de la Región tiene pronunciados problemas en ambos campos en relación al 20% más rico. En materia de cobertura completa de vacunas, mientras el 56% del quintil más rico cuenta con ella, en el más pobre el porcentaje es un 17% menor, 39%. La prevalencia de diarreas en los niños más que duplica en el 20% más pobre al 20% más rico en países como entre otros Brasil, Bolivia, y Perú.

**CUADRO 8**  
**Cobertura completa de inmunización y ocurrencia de diarrea**

País/región	Alcance de Inmunización										Ocurrencia de diarrea (%)									
	1	2	3	4	5	Promedio	CI	1	2	3	4	5	Promedio	CI						
Bolivia	21.8	24.9	21.0	33.4	30.6	25.5	0.08	21.8	19.8	20.5	17.9	11.7	19.2	-0.07						
Brasil	56.6	74.0	84.9	83.1	73.8	72.5	0.07	18.3	12.9	12.7	9.3	7.4	13.1	-0.16						
Colombia	53.8	66.9	68.2	70.6	74.1	65.5	0.06	18.4	19.8	16.8	14.9	10.0	16.7	-0.09						
República Dominicana	28.0	30.2	46.9	42.6	51.7	38.7	0.12	17.9	16.4	17.8	14.1	10.1	15.7	-0.08						
Guatemala	41.2	43.0	47.2	38.3	42.5	42.6	0.00	22.8	21.5	23.3	17.7	16.0	20.9	-0.06						
Haití	18.8	20.1	35.3	37.9	44.1	30.2	0.17	30.9	27.1	24.4	31.6	20.4	27.4	-0.04						
Nicaragua	61.0	74.6	75.3	85.7	73.1	72.6	0.05	16.1	14.0	14.2	14.4	8.7	14.0	-0.07						
Paraguay	20.2	30.8	36.4	40.7	53.0	34.2	0.18	9.8	8.5	9.2	7.4	4.6	8.1	-0.11						
Perú	55.3	63.8	63.5	71.7	66.0	63.0	0.04	21.4	20.3	18.6	14.1	9.3	17.9	-0.11						
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>39.6</b>	<b>47.6</b>	<b>53.2</b>	<b>56.0</b>	<b>56.5</b>	<b>49.4</b>	<b>0.09</b>	<b>19.7</b>	<b>17.8</b>	<b>17.5</b>	<b>15.7</b>	<b>10.9</b>	<b>17.0</b>	<b>-0.09</b>						
Asia Oriental, Pacífico	48.3	56.8	60.3	64.6	72.9	59.3	0.08	10.5	9.9	9.9	8.6	6.3	9.3	-0.08						
Asia Central	64.2	67.9	71.8	75.7	77.4	70.9	0.04	19.0	15.6	15.0	14.6	13.7	15.8	-0.02						
Medio Oriente, Norte de África	42.2	53.3	62.5	73.2	81.1	61.0	0.17	21.0	20.3	19.1	17.2	14.7	18.7	-0.06						
Sur de Asia	29.8	31.4	41.6	49.8	64.4	42.0	0.17	17.0	14.4	14.3	15.3	12.4	14.9	-0.04						
África Sub Sahariana	33.6	42.0	44.4	53.1	66.9	47.3	0.17	24.5	23.3	22.5	22.6	18.2	22.3	-0.05						
<b>TODOS LOS PAISES</b>	<b>38.3</b>	<b>45.8</b>	<b>50.3</b>	<b>57.2</b>	<b>66.6</b>	<b>50.7</b>	<b>0.14</b>	<b>21.2</b>	<b>19.6</b>	<b>19.1</b>	<b>18.5</b>	<b>14.8</b>	<b>18.9</b>	<b>-0.05</b>						

Fuente: Banco Mundial (2004). Op. Cit. Investigaciones demográficas y de salud (DHS) 2002.

## **Las interrelaciones entre desigualdad económica e inequidad en salud**

Éstas y otras inequidades en salud están profundamente interrelacionadas en “circuitos perversos” que se retroalimentan con las agudas desigualdades socioeconómicas que presenta la Región. Ellas van a influir en que los sectores más desfavorecidos tengan menores posibilidades en términos de salud, lo que a su vez va a reducir fuertemente sus oportunidades de mejorar económicamente.

Las vinculaciones entre el entorno general de desigualdades de la Región, y las inequidades en salud son complejos, y recorren múltiples caminos. En ciertas áreas se manifiestan en forma directa casi brutal, en otras a través de canales mucho más indirectos pero de alto impacto. La investigación al respecto debe avanzar mucho más de los límites actuales para poder llegar a conocer con mayor profundidad sus modos de funcionamiento y poder captar sus expresiones más silenciosas. La presencia de estas dinámicas es un hecho central indisputable. Como lo resalta entre otros Wagstaff (2002):

“Lo que sabemos indica que las desigualdades sanitarias, y muy probablemente también en la utilización de los servicios, reflejan en gran medida las desigualdades con respecto a variables tanto individuales como familiares, tales como la educación, los ingresos, la localización y las características de los hogares”.

Captar los “modos de operación” de las desigualdades puede ser de la más alta relevancia para el diseño de políticas, la estructuración de alianzas en torno a la salud pública, y la precisión de los roles que deberían cumplir los diversos actores en su favor. Veamos con fines básicamente ejemplificativos, dada la amplitud del tema, algunas expresiones de cómo las desigualdades macro impactan los determinantes de la salud.

Un campo clave de desigualdades con impactos de primer orden en salud es el de los niveles de educación. La acumulación de capital educativo tiene incidencia directa de acuerdo a numerosas investigaciones entre otros aspectos en las tasas de mortalidad infantil, el manejo de la alimentación del infante, el peso de los niños, las discapacidades, y la esperanza de vida. Schkolnik (CELADE, 1998) proporciona la siguiente tabla sobre relaciones entre mortalidad infantil y niveles de instrucción en varios países de la Región:

**Cuadro 9**  
**Diferenciales de mortalidad infantil, alrededor de 1990, según**  
**diversos indicadores en países seleccionados**

Indicadores socioeconómicos	Tasa de mortalidad infantil					
	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Perú	Panamá	Chile
Total país	60	64	82	64	31	16
Rural	68	62	98	90	-	19
Urbano	51	43	67	48	-	14
Indígena	64	-	-	-	80	45
No indígena	53	-	-	-	23	-
Pobre	76	68	88	66	-	-
No pobre	53	34	66	37	-	-
	Guatemala	Bolivia	Colombia	Perú	México	R. D.
Sin instrucción	82	124	60	124	83	102
Primario inc.	86	108	40	85	64	76
Primario com.	61	65	-	42	46	57
Secundario y +	41	46	28	22	27	34

Fuente: Schkolnik, Susana (1998). Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. Celade. Santiago de Chile.

Las tasas de mortalidad infantil en los hogares con madres con primaria incompleta, son muy superiores a los hogares con madres con secundaria. Las duplican o más que duplican en Guatemala, Bolivia, México, y República Dominicana, y las cuadruplican en Perú.

Un estudio en Brasil (Universidad de Sao Pablo, 1996) constató estrechas correlaciones entre bajo peso de los niños y nivel educacional de las madres. Las tasas de bajo peso según la edad eran del 19,9% cuando las madres tenían menos de 3 años de educación formal, y descendían al 3.35% cuando tenían 11 años o más. Las tasas de bajo peso según el tamaño iban de 24% con menos de 3 años de educación a 7% con 6 o más años.

Tanto en Chile como en Brasil estudios detallados permiten verificar la robusta correlación entre niveles educativos y esperanza de vida. En Chile, la siguiente tabla (Vega, y otros 2003) da cuenta de ello. Relaciona la esperanza de vida prevista en función de la edad, o esperanza de vida temporaria, entre los 20 y los 69 años de varones y mujeres según su nivel de educación.

**Cuadro 10**  
**Esperanza de vida temporaria de los adultos de 20 a 69 años de edad según nivel educativo: Chile, años seleccionados 1985-1996**

Años de escolarización	1985-1987	1990-1992	1994-1996	Cambio 1985-1996
<i>Varones</i>				
0	41.5	40.7	39.5	-2.0
1-8	44.8	44.7	44.7	-0.1
9-12	45.1	45.4	45.6	0.5
13 o más	47.7	47.8	48.1	0.4
Total	45.1	45.4	45.6	0.5
Diferencia entre los grupos con mayor y menor nivel educativo	6.3	7.2	8.7	2.4
<i>Mujeres</i>				
0	44.9	44.5	44.6	-0.3
1-8	47.3	47.5	47.6	0.3
9-12	47.9	47.9	47.9	0.0
13 o más	48.5	48.7	49.1	0.6
Total	47.4	47.5	47.8	0.4
Diferencia entre los grupos con mayor y menor nivel educativo	3.6	4.2	4.5	0.9

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Vega, Jeannette y otros (2003) en “Desafío a la falta de equidad en salud”. OPS, Fundación Rockefeller. Washington D.C.

Cuanto menor es el nivel educativo, menor es la esperanza de vida. Por otra parte esta brecha va aumentando. La esperanza de vida de los varones sin educación descendió en dos años entre 1980 y 1996, mientras que la de los más educados aumentaba en ese periodo en 0.4. Entre las mujeres sin instrucción descendió en 0.3 años en ese periodo, mientras que aumentaba en las mujeres con educación en 0.6 años.

Analizando comparativamente todos los estados del Brasil, Messias (2003) encuentra una clara correlación entre grados de escolaridad y esperanza de vida promedio del estado. Estima que un aumento de 10 unidades en la tasa de analfabetismo significa, en términos de correlación estadística, 2.2 años menos en esperanza de vida. Las gruesas brechas que América Latina tiene en el campo de la educación, actúan restando o ampliando oportunidades de salud, y juegan un gran rol en que los estratos más desfavorecidos no puedan aprovechar las “ganancias” en salud resultantes de los avances médicos.

Las relaciones entre los niveles de ingresos de los diversos estratos de la población y su situación en salud son amplísimas. Pueden ir desde los aspectos más elementales como la autoexclusión de atención médica por falta de ingresos, hasta los

correlatos que han encontrado algunas investigaciones (Marmot, 2001) entre ingresos y enfermedades coronarias.

En una región tan desigual en ingresos como la latinoamericana las repercusiones de esa situación “invaden” múltiples aspectos de la salud. Así, entre otras expresiones, una investigación de la OPS sobre exclusión en salud en seis países de la Región (OPS, 2003) encontró un patrón consistente de falta de demanda de servicios a pesar de necesidades percibidas, en la que existe un bloqueo central en el reducido nivel de ingresos. Así en Paraguay el 51% de la población que declaró haber estado enferma o accidentada en los últimos tres meses, no consultó ningún establecimiento médico. Cuando ello se estratifica por niveles de ingresos, el porcentaje de personas del 20% más rico que consultaron es dos veces mayor que el del 20% más pobre. Por otra parte, el promedio del gasto en salud por persona en este último es seis veces más bajo que en el más rico, no obstante, que el gasto de bolsillo es mayor en los más pobres. Los ingresos están condicionando severamente las consultas. Ello explica la altísima sensibilidad de los pobres al arancelamiento de servicios médicos públicos. El mismo ha generado en diversos lugares del mundo y en la misma Región descensos “forzados” en la demanda de los más desfavorecidos, aumentando la inequidad en salud.

En otras áreas, investigaciones en Brasil (Messias, 2003) han encontrado correlaciones entre los salarios mínimos y la mortalidad infantil, la distribución de las causas de muerte y los ingresos, las desigualdades sociales y la violencia. Un campo básico como el del acceso a medicamentos esenciales aparece fuertemente incidido por estas desigualdades. Evaluando la situación mundial al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS, Informe sobre la salud en el mundo, 2003) estima que el 91% de la producción mundial de productos farmacéuticos es consumida por un 15% de la población del orbe.

Las gradientes de ingresos y la inserción en la economía como formal o informal actúan agudamente en el acceso a seguros médicos. Esto tiene gran peso en una Región donde los trabajadores informales que significaban en 1980 el 40% de la mano de obra activa no agrícola, pasaron en el 2000 a representar el 60% de la misma. Una de las características centrales de la informalidad es su falta de redes de protección social, y entre ellas de protección en salud.

Las desigualdades de ingresos, tienen expresión muy intensa en la situación de las edades mayores, etapa crucial en términos de necesidad de protección médica. Según estimados recientes, el 40% de los adultos mayores de 65 años de la Región no tienen ningún ingreso jubilatorio, ni de seguridad social, ni de ninguna índole.

Junto a la educación y los ingresos, otro elemento del entorno que juega un rol relevante en salud pública, es la situación del Municipio. Las brechas que pueden observarse al respecto entre municipios en buena situación, mediana, y pobres, pueden ser de gran magnitud y afectan fuertemente a los determinantes de la salud.

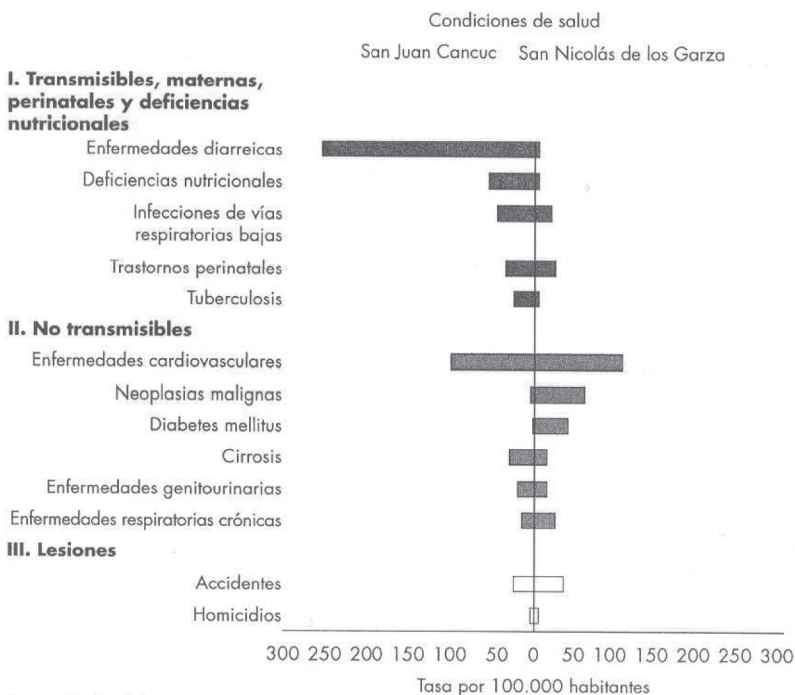
Una investigación en México (Lozano y otros, 2003) permite constatar cómo entornos comunales muy diferentes, llevan a indicadores de salud con brechas de gran consideración. Véase la comparación entre un municipio pobre típico de Chiapas, y otro más rico de Nueva León.



### Gráfico 2

Condiciones sociodemográficas y de salud de dos municipios, México, 1990–1996

Indicador	San Juan Cancuc (Chiapas)	San Nicolás de los Garza (Nuevo León)
<b>Indicadores sociodemográficos</b>		
Marginalidad	Muy alta	Muy baja
Población, 1995	27.750	436.603
Población indígena como porcentaje del total	100	0,1
Tasa de analfabetismo (porcentaje)	67	2
Educación media (años)	4,2	8,2
Hogares con acceso a agua corriente (porcentaje)	4	95
Hogares con acceso a alcantarillado (porcentaje)	45	92
Esperanza de vida (años), 1990–1996	62	71
<b>Indicadores económicos</b>		
PNB per cápita (US\$), 1990	3	43,6
Gasto sanitario per cápita (US\$), 1995	3	79



Fuente: cálculos de los autores.

Fuente: Lozano, Rafael y otros (2003). En “desafío a la falta de equidad en salud”. OPS. Fundación Rockefeller. Washington DC.

Los dos municipios difieren marcadamente en los principales determinantes de salud. Los servicios que reciben los habitantes en agua, alcantarillado, los niveles de educación, los grados de pobreza y otras variables, son muy disímiles. Ello incide en que las tasas de mortalidad sean más altas en San Juan Cancuc que en Nicolás Garza en todas las edades, y que las diferencias en la esperanza de vida era de 13 años (en 1993, 58 años versus 71 años). También difieren totalmente el tipo de enfermedades que se presentan en cada uno. En el más pobre, por ejemplo, tienen una altísima presentación las enfermedades diarreicas en los niños.

Un estudio en Chile (Arteaga y otros, 2002) sobre 198 comunas, encontró variaciones sustanciales en salud según las características del municipio. Entre otros, actuaban aspectos como el nivel de inversión en salud, la cobertura de servicios básicos de agua potable y eliminación de aguas residuales, y la calidad de las viviendas. Entre otras consecuencias del perfil general del entorno comunal, se observó que el uso de servicios de atención médica primaria era mayor en 2.8 en unos que en otros, la atención de urgencia era 3.9 veces mayor, y los egresos hospitalarios dos veces más numerosos.

Una dimensión crucial de las desigualdades en el entorno con todo orden de implicancias, en términos de inequidad en salud, es el acceso al agua potable. Con avances en los promedios aparecen brechas muy importantes cuando ellos se desagregan como puede observarse:

**Cuadro 11**  
**Porcentaje de hogares con agua corriente, por deciles (primero y décimo) de ingresos y área geográfica de asentamiento. Once países de América Latina y el Caribe, alrededor de 1999**

País		Porcentaje de hogares con agua corriente		
		Decil 1	Decil 10	Población Total
Bolivia	Urbano	82.1	998.1	90.6
	Rural	14.3	41.5	23.0
Brasil	Urbano	53.5	97.3	89.6
	Rural	2.6	32.3	19.3
Chile	Urbano	96.8	99.7	98.8
	Rural	27.7	43.1	36.0
Colombia	Urbano	91.1	99.2	97.4
	Rural (a)	71.4	91.8	78.2
	Rural (b)	29.6	41.0	31.2
Ecuador	Urbano	56.2	90.8	75.3
	Rural (a)	42.3	49.4	46.3
	Rural (b)	11.2	26.3	18.5
El Salvador	Urbano	39.3	88.8	70.5
	Rural	16.2	39.6	25.5
Jamaica	kingston	95.7	100.0	97.4
	Urbano	62.7	89.5	79.4
	Rural	23.2	54.8	38.8
Nicaragua	Urbano	58.3	96.4	83.9
	Rural	7.3	53.3	30.5
Panamá	Urbano	84.0	100.0	95.4
	Rural	55.8	92.8	79.9
	Rural (c)	16.7	45.5	24.4
	Indígena	39.0	34.4	37.1
Paraguay	Urbano	35.0	87.7	66.9
	Rural	1.8	30.6	13.3
Perú	Urbano	57.7	97.0	85.0
	Rural	35.0	34.4	41.9

**Fuente:** Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (HEP), 2001.

(a) Pueblos rurales

(b) Poblaciones rurales dispersas

(c) Areas rurales de difícil acceso

El acceso al agua es radicalmente diferente en las áreas rurales y urbanas. Así sólo el 19% de los hogares tiene agua corriente en su casa en las zonas rurales de Brasil, frente al 89% en las urbanas. Formar parte de comunidades rurales significa en todo el Continente la posibilidad de dificultades importantes al respecto. Por otra parte, hay una segmentación socioeconómica nítida en el acceso al agua corriente, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. En el 10% más pobre de Brasil sólo el 53% tiene agua corriente frente al 97% en el 10% más rico. En Perú es el 57% versus el 97%. En Ecuador el 56% vs. el 90%.

Los pobres tienen dificultades para acceder al agua potable, se ven obligados a comprarla pagando en diversos casos precios superiores, y los costos de agua se constituyen en un porcentaje proporcionalmente mayor de su exiguuo presupuesto a lo que sucede con el 20% más rico. El gasto en agua triplica en el 10% más pobre de los centros urbanos de Brasil y Ecuador al que realiza el 10% más rico, y lo cuadruplica en Colombia.

No sólo los pobres ven trabado su acceso al agua, y la pagan más caro, sino que, además, el agua que en definitiva obtienen tiende a ser de menor calidad. Una investigación reciente (Soares y otros, 2002) resume así la “inequidad en agua potable” en la Región:

Las familias que no tienen un sistema de distribución de agua potable dedican mucho tiempo a conseguir el agua, lo cual implica, para las familias pobres, un gasto adicional. Las familias de bajos ingresos que carecen de una fuente de agua potable en el hogar gastan tanto dinero en conseguir agua como las familias de ingresos más altos. El acceso a métodos de desinfección del agua en el domicilio es muy reducido en el caso de las familias pobres, puesto que estos métodos son relativamente caros. El resultado es que las familias de menores ingresos beben agua de inferior calidad.

También la inequidad presenta fuertes expresiones en la disponibilidad de electricidad y de un cuarto de baño en la casa, ambos factores incidentes en la salud.

### **Una anotación de conjunto**

En la región más desigual del orbe, América Latina, los costos que pagan amplios sectores de la población por esos niveles de polarización social son muy duros. Entre ellos, posiblemente uno de los mayores, son los impactos de las disparidades en la inequidad en salud. Roses (2003) llama la atención sobre el peso que ello tiene en cuestiones tan relevantes, como los años de esperanza de vida perdidos en relación a los promedios posibles. En países de la Región con bajo nivel de ingreso, y brechas reducidas son 13.2 pero en países con alto ingreso comparativamente y fuertes brechas suben a 19.1. Enfrentar estas inequidades necesita como primer paso ponerlas en el centro del debate público. Como advierte:

“Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles”.

#### **IV. Una conclusión final**

“El continente tiene la gran necesidad de recuperar una visión ética del desarrollo”.

El último test de si una sociedad está avanzando o retrocediendo lo da la relación entre sus indicadores, y los valores éticos centrales en los que cree. En América Latina hay claros problemas en este campo. Toda la sociedad proclama su más absoluto apoyo a las madres, los niños, las familias, y los ancianos, cuyo bienestar son valores éticos esenciales, y por el otro lado cifras como las de salud informan de gruesas inequidades que perjudican a amplios núcleos de esos sectores. Se hace imprescindible entonces revincular activamente ética, economía y salud. La economía, como lo ha indicado el Papa Juan Pablo II (2000) reiteradamente, debería estar al servicio de la ética y orientada por códigos éticos. Debería asegurar el desarrollo en dignidad del ser humano. La salud es un pilar de ese desarrollo. La discusión sobre cómo configurar una economía realmente ética, debería tener uno de sus ejes centrales en cómo garantizar el acceso universal a la salud pública.

La aceptación de la ética como marco de objetivos, y de evaluación de la economía lleva a consecuencias muy concretas. Los actores sociales deberían asumir las responsabilidades éticas consiguientes. Allí se abren temas como: la responsabilidad ética de las políticas públicas, la antes mencionada responsabilidad ética de la empresa privada, las responsabilidades de los sindicatos, las Universidades, las ONGS, los medios y otros actores. Los desafíos que se abren al respecto en Latinoamérica en el campo de la salud son muy concretos. Así entre ellos Jiménez y Romero (2004) señalaron que los pronósticos anticiparon que en el 2004 habrían en América Latina 400.000 muertes de niños, la gran mayoría de ellas evitables, entre ellas 127.000 en Brasil, y 70.000 en México. Éticamente ello es absolutamente inadmisibile. No puede haber valor más importante que la vida de esos niños. Las sociedades deberían extremar esfuerzos para que ello no suceda.

En este caso como en otros la opción por la salud, no es postergable. Los daños en salud, sino se atienden pueden transformarse en irreversibles. No puede argumentarse esperar a que se produzca tal o cual etapa del modelo del derrame para luego atender a los niños o a la mortalidad materna. Después será tarde. Hay que aplicar en salud lo que nos permitimos llamar una "ética de la urgencia".

Se podrá argumentar, y se ha hecho repetidamente, que faltan recursos. Cuanto mayor sean los recursos mejor. Es deseable y necesario que crezca el producto bruto, que haya estabilidad económica, altos niveles de productividad, progreso tecnológico, competitividad, pero puede suceder todo ello y no mejorar la suerte de los pobres. Así los indican numerosas experiencias cercanas en la Región, como la duplicación del porcentaje de pobres en Chile durante la dictadura militar, a pesar de las altas tasas de crecimiento; o como el avance de la pobreza y la desigualdad en las décadas de los 90 en la Argentina, a pesar de los aparentes progresos macro.

Es necesario el crecimiento, pero siempre habrá un tema de prioridades en la asignación de recursos. Sociedades más pobres logran muchos mejores resultados en salud que otras más ricas, porque ello es una prioridad real para ellos, y ponen en marcha políticas de alto rango para llevarla adelante. Por otra parte, como plantea Amartya Sen (1999), los costos de montar programas importantes en salud en los países pobres, son muchos más reducidos. Los programas requieren uso intensivo de mano de obra profesional y paraprofesional que tiene un costo mucho más reducido que en países ricos. Con inversiones mucho menores puede proporcionarse un nivel de cobertura similar. Según planteó inaugurando la 52 Asamblea Mundial de Salud, el tema es en qué se usan los recursos aun bajo políticas de restricción financiera. Señaló:

“las cuantiosas sumas que actualmente dedican, uno tras otro, los países pobres a financiar su ejército (a menudo muy superiores al gasto público en educación básica o atención de salud)", y advirtió: "Es indicación de que vivimos en un mundo al revés el hecho de que el médico, el maestro de escuela o la enfermera se sientan más amenazados por el conservadurismo financiero que un general de ejército".

La opinión pública latinoamericana está clamando a través de las encuestas, los mandatos electorales, y muy diversas expresiones que la ética vuelva a presidir y orientar la economía. El tema de la salud pública debe ser tratado en el siglo XXI en el Continente como un tema que debe figurar entre los primeros lugares de una revisión ética de las prioridades, debe tener preponderancia efectiva en las asignaciones de recursos, y no admite más postergaciones porque hay una ética de la urgencia que está exigiendo cuenta todos los días por las innumerables muertes y sufrimientos evitables.

## REFERENCIAS

- Alleyne, George A.O. 2002. "Equity and the Goal of Health for All". *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. Mayo-Junio. Washington DC.
- Arteaga, Oscar y otros. 2002. "Información para la equidad en salud en Chile". *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. May-June. Washington DC.
- Banco Mundial. 2004. *Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia?* Washington DC.
- Berry, Albert. 1997. "The Income Distribution Threat in Latin America". *Latin American Research Review*. Vol. 32, num.2.
- Birdsall, Nancy y Londoño, Juan Luis. 1997. "Assets Inequality Matters". *American Economic Review*. May. Washington DC.
- Birdsall, Nancy. 1998. Comentario sobre las enseñanzas del Japón. Incluido en Luis Emerig y José Núñez del Arco (comp.). *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*. BID. Washington, DC.
- Clarín. 2004. Internet: Ahora el 67% de los usuarios es mayor de 25 años. 7 de Mayo.
- Deininger, Klaus and Olinto, Pedro. 2002. "Asset Distribution, Inequality and Growth". World Bank Policy research paper 2375. Washington DC. The World Bank.
- Jiménez, Jorge y María, Intes Romero. 2004. *Supervivencia infantil en América Latina*. Universidad Católica de Chile, Chile.
- Juan Pablo II. 2000. Mensaje para la celebración del Día Mundial de La Paz.
- Lozano, Rafael y otros. 2003. "México: marginalidad, necesidades, y asignación de recursos en el ámbito municipal". En "Desafío a la falta de equidad en salud".
- Marmot, Michael. 2001. "Inequalities in Health". *New England Journal of Medicine*. July. Vol. 345, num. 2.
- Messias, Erick. 2003. "Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil". *American Journal of Public Health*. Vol. 93, No.8. August.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. *Macroeconomía y Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)-CEPAL. 1998. *Health, Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y del Caribe*. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004. *Lanzamiento del acuerdo interagencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. Washington, 20 de Febrero.
- Patten, Chris. 2004. *Declaraciones en la sede de la Comisión Europea*. Bruselas.
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). 1993. *Informe sobre Desarrollo Humano*. New York.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2004. *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*.
- Roses, Mirta. 2003. *Informe anual de la Directora de la OPS. La transición hacia un nuevo siglo de salud en Las Américas*. OPS. Washington DC.

- Schkolnik, Susana. 1998. Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. CELADE. Chile.
- Sen, Amartya. 1999. La salud en el desarrollo. Discurso inaugural ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud. 16 de Mayo.
- Soares, Luiz and Rangel, Carlos. 2002. Inequities in Access to and Use of Drinking Water Services in Latin America and the Caribbean. En Revista Panamericana de la Salud, OPS. May-June. Washington DC.
- Stiglitz, Joseph. 2002. Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. Incluido en B. Kliksberg (comp.). *Ética y Desarrollo*. La relación marginada. El Ateneo, Buenos Aires.
- Universidad de Sao Pablo. 1996. Estudios epidemiológicos en nutrición. Escuela de Salud Pública.
- Vega, Jeannette, y otros. 2003. Chile: diferenciales socioeconómicos y mortalidad en una nación de ingreso medio. En “Desafío a la falta de equidad en la salud”. OPS, Fundación Rockefeller. Washington DC.
- Wagstaff, Adam. 2002. “Pobreza y desigualdades en el sector de salud”. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. OPS. Mayo-Junio. Washington DC.

## **DATOS BIOGRÁFICOS DEL AUTOR**

*Bernardo Kliksberg* es Doctor en Ciencias Económicas y Administrativas, y licenciado en Sociología. Se ha especializado en el estudio de la pobreza en América Latina. Es asesor especial de la ONU, UNESCO, UNICEF, y otros organismos internacionales. Fue durante veinte años Director del Programa Regional de las Naciones Unidas para América Latina de Gerencia Social. Se lo considera el creador de la gerencia social, y pionero de la idea de capital social en la Región. Es autor de más de 30 libros ampliamente utilizados internacionalmente. Entre los últimos: *Más ética, más desarrollo*, *Hacia una Economía con Rostro Humano*, *¿Cómo enfrentar la pobreza?* y *“Toward an Intelligent State”*. Escribe para La Nación y Clarín (Argentina), La República (Uruguay), O Globo, y Valor Económico (Brasil), El Universal (Venezuela), Reforma (México). Actualmente dirige desde Washington la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo patrocinada por el BID.