

Desigualdad en América Latina . . . . .	61
I. América Latina y el Caribe . . . . .	61
II. Pobreza y desigualdad en América Latina . . . . .	61
III. Invertir en las personas . . . . .	63
IV. Investigación médica en América Latina . . . . .	64
V. Promoción de la equidad y desarrollo de la capaci- dad de monitoreo . . . . .	66
VI. Bioética y salud . . . . .	66

## DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA

### I. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La región de América Latina y el Caribe comprende Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

A más de quinientos años de su incorporación al mundo occidental, en América Latina persisten grandes desigualdades sociales y económicas que se presentan, tanto al interior como entre los diversos países que la conforman; aun en aquellas naciones que ocupan un lugar más o menos privilegiado en la escena mundial, se esconden detrás del telón de “economía sana” y “niveles óptimos de bienestar” grupos sociales, etnias marginadas, en fin, “minorías” que carecen de recursos para la satisfacción de sus más elementales necesidades. Al referirnos a América Latina, debemos tomar en cuenta a más 523 millones de habitantes, que en el año 2005 serán 560 millones.

### II. POBREZA Y DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA

Según el Banco Mundial, en América Latina y el Caribe, tanto la proporción como el número absoluto de pobres, descendieron en la década pasada. El porcentaje de la población que vive con menos de 2 dólares al día descendió en 1998 al 31.7% frente al

## 62 PROBLEMAS SOCIALES DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

38.1% de 1990. No obstante, en la mayor parte de los países de la región persiste una gran desigualdad, y unos 159 millones de personas viven en la pobreza. El número de pobres es casi igual al total de la población de Brasil, o a la población total de todos los demás países en América del Sur.

Parte del problema es la desigualdad de la región, la cual probablemente cuenta con la distribución más desigual de ingresos entre todas las regiones del mundo.

En la actualidad, y desde hace casi dos décadas, prácticamente todos los países de América Latina atraviesan una severa crisis de eficiencia en sus servicios de salud, la que se vio agravada, primero, por la crisis económica mundial de principios de la década de los ochenta y, más tarde, por los apretados ajustes que fue necesario realizar para salvar de la ruina a las deterioradas economías nacionales. Aun en Estados Unidos, el 14% de la población, que equivale a más de 37 millones de habitantes, no tiene acceso a ningún tipo de seguro de salud; ello se hace más grave según raza y grupo de edad. El 45% de los que no tienen cobertura son menores de 25 años. Los servicios, además de caros, son diseñados para *atender* la enfermedad, lo que refleja que de cada dólar gastado en salud por habitante, 38 centavos fueron al pago de hospitales y 19 a honorarios médicos. En este contexto, el surgimiento de los conceptos modernos de calidad y garantía de la atención ha venido a fortalecer los esfuerzos que los distintos países han emprendido para alcanzar un equilibrio estable entre la oferta de servicios que es posible realizar con los recursos disponibles y su creciente demanda, al mismo tiempo que se incrementa su calidad y su eficiencia administrativa, sin aumentar innecesariamente sus costos.

Székely<sup>34</sup> señala que la mejor forma de caracterizar los cambios en la pobreza e inequidad en América Latina durante la década de los noventa es el registro persistente de crecimiento en los niveles de inequidad; aun cuando observa algún discreto cre-

<sup>34</sup> *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Cano Valle, Díaz-Aranda y Lizalde (coords.), México, UNAM, Instituto de Investigaciones jurídicas, 2001.

cimiento económico que ha disminuido modestamente la pobreza en esa década y reclama la conveniencia de diseñar políticas que establezcan un balance entre el crecimiento económico y la inequidad.

### III. INVERTIR EN LAS PERSONAS

En América Latina y el Caribe, el Banco Mundial (BM) trabaja en asociación con los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado para reducir la pobreza, la exclusión y la inseguridad. Estos esfuerzos van de la mano de las seis metas de desarrollo adoptadas por organizaciones multilaterales como el Banco Mundial y las Naciones Unidas:

- Reducir a la mitad, para el año 2015, la proporción de personas que viven en situación de extrema pobreza (con menos de un dólar al día). Un descenso del 30% al 15% haría bajar el número de pobres de 1,300 millones en 1993 a 900 millones en 2015;
- Lograr la educación primaria universal en todos los países para el año 2015;
- Lograr progresos visibles en materia de igualdad de sexos y el empoderamiento de la mujer mediante la eliminación, para el año 2005, de las diferencias por razones de género en la educación primaria y secundaria;
- Reducir, para el año 2015, en dos tercios las tasas de mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años y en tres cuartas partes, la mortalidad materna;
- Proporcionar, para el año 2015, acceso a los servicios de salud reproductiva a todas las personas de los grupos de edad pertinentes;
- Aplicar, para el año 2005, estrategias nacionales de desarrollo sostenible que reviertan (para el año 2015) la actual tendencia de pérdida de recursos ambientales en el mundo y en las naciones.

#### IV. INVESTIGACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

La revisión y análisis de diversos autores sobre la aportación de los investigadores de América Latina señalan que ésta es más bien discreta. Se ha estudiado la producción científica de Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Venezuela. En el periodo de 1973-1992 se encontraron 41,238 artículos. Fue relevante apreciar que las publicaciones en investigación clínica se concentran en Brasil: 60.7%. Al analizar los últimos cinco años, en comparación con los primeros cinco años del periodo mencionado, las publicaciones crecieron 117% a expensas de la investigación biomédica básica y salud pública en detrimento de la investigación clínica.

El número promedio de citas a dichos artículos es de tres, lo cual representa menos de la mitad de citas recibidas en la base de datos de Instituto de Información Científica (ISI).

No hay duda que en América Latina existe una infraestructura científica en medicina que le permite trabajar en este campo con el máximo de competencia; en particular, la práctica clínica de excelencia en algunos países hace que se cumplan cabalmente los patrones internacionales en el diseño, conducción y publicación de estudios. Sabedores de esto y debido a la saturación del campo clínico en Europa y sus altos costos, se generan iniciativas por parte de la industria farmacéutica hacia países en desarrollo, situación que debemos observar con detenimiento.

Aun cuando sabemos que las condiciones de salud de la mayor parte de los habitantes de América Latina se resolverían con medidas sanitarias, adecuada nutrición y agua potable y limpia, la prevalencia de enfermedades infecciosas son, por su frecuencia e impacto, devastadoras, y sin duda la falta de investigación médica se correlaciona con este fenómeno.

La investigación médica en estos países requiere de apoyo; la conformación de cuadros de investigadores, programas académicos formales y la vinculación con los problemas de salud de cada país son inaplazables. Siempre aparece la pregunta, ¿cómo con-

vencer a las grandes economías para favorecer esta situación?, si vemos por ejemplo que Estados Unidos gasta 56 billones de dólares en investigación médica en la comunidad internacional, el 90% del gasto se aplica a las necesidades de salud del 10% de la población mundial más rica, sólo el 10% de este gasto se aplica a las necesidades del 90% de la población mundial más pobre.

Las enfermedades infecciosas causan el 58% de las muertes en el 20% de la población mundial más pobre y sólo el 7% en el 20% más rico. Recientemente la emergencia de la TB y del SIDA han motivado a los países ricos a volver la mirada a esos problemas de salud que los pueden afectar y que son temas de actualidad en la investigación.

Por otro lado, la investigación en América Latina también debe observar que algunas enfermedades, como las cerebro-vasculares y las cardiovasculares, producen el 85% de las muertes en el 20% de los ricos en el mundo y solamente el 23% del 20% más pobre.

El doctor Julio Frenk, en la publicación *Economía y salud*, cita:

El derecho constitucional a la protección de la salud da al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso universal a los servicios, promoviendo así el principio de equidad. Sin embargo, el gasto en salud per cápita es cuatro veces mayor para los asegurados que para los no asegurados, aun cuando estos últimos tienen una mayor carga de enfermedad.

Por equidad entendemos el grado en que los satisfactores se distribuyen de manera proporcional a las necesidades, de tal modo que todas las personas tengan las mismas oportunidades. En el caso de salud, la equidad puede definirse operativamente como el grado en que las oportunidades de acceso a los servicios corresponden con la distribución de la enfermedad y la muerte.

Podemos hablar de equidad en salud cuando los servicios responden en un alto grado a los riegos y daños de grupos específicos de la población y, lograr así, igualar, en un lapso razonable, los indicadores de mortalidad y discapacidad.

## V. PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD Y DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MONITOREO

La conciencia de la equidad en salud como fenómeno internacional ha alcanzado ya el ímpetu suficiente para incitar las acciones de colaboración necesarias para fiscalizar y defender la equidad en salud en todo el mundo.

Los tipos de iniciativas prácticas que habrían de desarrollarse son:

*Ampliación de las políticas comunitarias para la equidad en salud.* Esto puede alcanzarse, creando o reforzando las organizaciones de investigadores y defensores de la equidad.

*Ampliación de la capacidad para monitorear y analizar las políticas desde la perspectiva de la equidad.* Debería reforzarse la colaboración, centrando los esfuerzos en perfeccionar los métodos y el arsenal disponibles de monitoreo y análisis, sobre todo para que puedan ser utilizados por los países de menor nivel de ingreso.

*Estimulación de la promoción global de la equidad.* Son muchas las oportunidades para la acción sinérgica proporcionadas por las organizaciones legales, las aportaciones de fondos multilaterales y las fundaciones caritativas. Siguiendo el ejemplo del *Informe sobre la salud en el mundo 1999* de la Organización Mundial de la Salud, podrían identificarse los informes internacionales sobre aspectos de salud y desarrollo cuando aún estén en fase de preparación, y estimularlos para que insistan de manera sustancial en los aspectos relacionados con la equidad en salud. Pueden hacerse importantes esfuerzos para inyectar consideraciones sobre la equidad en los actuales debates políticos, entre los que se destacan las propuestas para la reforma del sector salud en los países en desarrollo.

## VI. BIOÉTICA Y SALUD

La tendencia actual es la de considerar a la ética como una disciplina que se dedica al estudio, el análisis y la práctica de la

conducta humana, con base en principios y valores que buscan hacer el bien. Se sustenta en un grupo de principios que se suponen universalmente aceptados, y además en las virtudes de los individuos y en los valores, leyes y costumbres prevalecientes en un país o en una región, así como en las condiciones o circunstancias en las que ocurren los actos individuales o de un grupo social.

De la ética aplicada a los actos médicos surgió la bioética, disciplina que se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales.

La bioética encuentra en el derecho a la protección de la salud uno de sus campos de acción más extensos y preocupantes. En la justicia se confunden la bioética y los derechos humanos. Es un hecho que el Estado tiene el deber de asignar con justicia los recursos. La razón de ser del Estado es el hombre mismo, no como individuo sino como ser social que cede parte de su libertad y de su ser individual en aras de la convivencia con sus semejantes, lo que a su vez asegura su propio bienestar. De ahí nace el concepto de la solidaridad que va a permitir el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Según el concepto de solidaridad, los habitantes de una comunidad, de una región o de un estado cooperan de acuerdo con sus posibilidades para que se cubran las necesidades básicas de toda la población y se le presten servicios equitativos.

El desarrollo de la bioética en los tres últimos decenios y el gran interés que ha despertado se debe a numerosos factores, entre los que vale la pena destacar los que se enlistan:

- 1) La expansión de la investigación biomédica y la necesidad de fijar las normas que la dirijan.
- 2) El vertiginoso desarrollo tecnológico en los procedimientos de diagnóstico, algunos de muy alto costo.
- 3) El desarrollo acelerado de métodos terapéuticos que en ocasiones no toman en cuenta la “calidad de vida” que ofrecen al paciente.



68 PROBLEMAS SOCIALES DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

- 4) El deterioro de la imagen del médico a quien se consideraba como un profesional con una firme vocación y una probidad incuestionable. La necesidad de recuperar la fuerza moral y el prestigio de los profesionales de la salud.
- 5) La aparición de nuevas enfermedades como el VIH/SIDA, que obligan a reconsiderar no sólo la protección a la comunidad, sino también el respeto a la dignidad de nuestros pacientes.
- 6) La mayor participación de los pacientes y de la comunidad en las decisiones que atañen a su salud. El más amplio conocimiento de la población general de los hechos de la medicina, de las limitaciones de ésta, de los errores de los médicos que han modificado las relaciones médico-paciente y equipo de salud-paciente.
- 7) El desarrollo del reconocimiento de los derechos humanos y la necesidad de normar los derechos que se refieren a la salud, con
- 8) Las necesidades cada vez más apremiantes de salud de la comunidad y los recursos que el Estado asigna para cubrirlas.

Los países en desarrollo necesitan con urgencia una investigación que les ayude a combatir su elevada tasa de morbilidad. Las desigualdades de recursos entre los países desarrollados y en desarrollo representan un riesgo real de explotación en el marco de la investigación patrocinada desde el exterior.

Si bien reconoce que los patrocinadores externos tienen motivos diferentes para realizar investigaciones en los países en desarrollo, considera que todos los países deberían establecer prioridades nacionales relativas a su prestación de atención sanitaria. Cuando se propone investigación patrocinada desde el exterior que queda fuera de las prioridades nacionales, su pertinencia se debe justificar ante los comités apropiados de ética de la investigación. Con objeto de fomentar la capacidad de los países en desarrollo para realizar investigaciones que sean pertinentes a sus necesidades, el grupo de trabajo recomienda que la promoción

de los conocimientos prácticos locales en la prestación de atención sanitaria sea un componente integrante de cualquier propuesta de investigación.

Recomendamos que los investigadores, los patrocinadores, las autoridades nacionales de atención sanitaria, los organismos internacionales y los comités de ética de la investigación examinen con claridad las siguientes cuestiones como parte de cualquier protocolo de investigación antes de realizar investigaciones relativas a la atención sanitaria en las que se sometan a prueba nuevas intervenciones:

- Necesidad, si procede, de vigilar los posibles resultados perjudiciales a largo plazo derivados de la investigación durante un determinado periodo de tiempo después de concluida ésta;
- Posibilidad de proporcionar a los participantes la intervención que ha demostrado ser la mejor (si todavía pueden beneficiarse de ella) durante un determinado periodo de tiempo;
- Posibilidad de introducir el tratamiento que ha resultado eficaz y mantener la disponibilidad para una comunidad más amplia.