

Equidad y Riesgo

<equidad> <riesgo> <teoría de los factores de riesgo> <concepciones de salud>

Graciela Laplacette glaplacette@hotmail.com

Melisa Paolino melisapaolino@hotmail.com

Natalia Suárez nataliasuarez0801@yahoo.com.ar

Integrantes del **Grupo de Trabajo sobre Equidad y Salud***

Una revisión histórica del concepto de equidad muestra cómo éste estuvo ligado históricamente a las ciencias de la salud ⁽¹⁾. Las discusiones sobre el término y su utilización giran en torno a su relación no poco conflictiva con los conceptos de igualdad, diferencia, justicia social y necesidad ⁽¹⁻²⁾.

Una de las definiciones más utilizadas en el campo de la salud pública es la acuñada por Whitehead quien la define como: “las diferencias en salud evitables e injustas” ⁽³⁾. Desde esta perspectiva la inequidad en salud se refiere a “las diferencias sistemáticas en el estado de salud y en la atención de la salud recibidas por grupos de población debidas a factores sociales, económicos, culturales y / o por el diferente acceso, utilización, calidad y financiamiento de los servicios de atención de la salud” ⁽⁴⁾.

Por su parte Jaime Breilh¹ complejiza la mirada y propone una diferenciación de los conceptos de diferencia, desigualdad e inequidad. Para el autor la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y en el acceso sino al proceso intrínseco que la genera.

* En el marco del Instituto de Investigaciones en Salud Pública se ha creado el Grupo de Trabajo sobre Equidad y Salud. Lo integran la Lic. Graciela Laplacette (Coordinadora), Lic. Olga Pisani, Lic. Victoria Barreda, Dra. Verónica Curras, Lic. Natalia Suárez, Lic. Melisa Paolino. Los artículos son producto de las lecturas y reflexiones colectivas y constituyen un punto de partida y un posicionamiento teórico respecto de la cuestión.

¹ Epidemiólogo ecuatoriano participante del movimiento de salud colectiva.

La inequidad como categoría analítica alude “al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desigual que es su consecuencia”. De esta forma, la desigualdad social se constituye en la evidencia observable de la inequidad y la diferencia o diversidad corresponde a las variaciones en las características de una población que no necesariamente son negativas.

La inequidad condena a las personas y grupos que la padecen a perfiles diferenciales de salud evitables, innecesarios, incorrectos e injustos ⁽⁴⁾. La inequidad social se manifiesta en las diferencias de las oportunidades educacionales, de inserción ocupacional, de ingresos suficientes, de acceso a la atención y cuidado de la salud, a las redes sociales y familiares de apoyo y a un entorno saludable.

Existe evidencia suficiente para afirmar que las condiciones de inequidad en el acceso a bienes y servicios determinan perfiles diferenciales de salud y enfermedad para las poblaciones. Esta situación conlleva una violación del derecho universal a la salud.

Algunas notas sobre el carácter histórico del concepto de riesgo

El concepto de riesgo, presente en la mayoría de los estudios epidemiológicos, ha tenido diferentes alcances y significados. Breilh afirma que en el marco de la epidemiología el concepto de riesgo ha ido variando según los momentos históricos en los que fue utilizado ⁽⁵⁾.

No obstante, las disciplinas que lo utilizan (economía, meteorología, epidemiología) tienen en común que parte de su campo de estudio esta referido a la *predicción del futuro*. Es así que el concepto de riesgo se constituye en una forma presente de describir el futuro bajo el supuesto de que se puede decidir cuál sería el futuro deseable ⁽⁶⁾.

Durante el siglo XIX, en el campo de la epidemiología pueden reconocerse tres corrientes principales: la ambientalista (Universidad de Harvard) preocupada

por el saneamiento del medio externo; la sociopolítica (Universidad de Columbia) cuyo representante Winslow², se preocupa por la reforma legislativa y la modificación de modos de vida y la biomédica (Universidad John Hopkins). De todas ellas, solo esta última comienza a trabajar con el concepto de riesgo ligándolo a la noción de amenaza o peligro antes que a la de probabilidad y considerando el medio ambiente como condicionante de enfermedad.

En el período 1930-1945 surge la *epidemiología de la "exposición"* en la que el concepto de riesgo adquiere una dimensión analítica y hace referencia a las *condiciones de susceptibilidad individual* como determinantes del comportamiento epidémico de las enfermedades infecciosas. En este caso hay un deslizamiento conceptual en tanto el riesgo ya no hace referencia a una condición poblacional sino a factores individuales vinculados con la aparición de enfermedades.

Después de la segunda guerra mundial y hasta 1965, se asiste a la profundización y consolidación de esta perspectiva a través de la Epidemiología del Riesgo que responde a una concepción tecnicista y de cuantificación. Es así como el riesgo se define a partir de las probabilidades de ocurrencia de un evento (patología) que se produce a partir de la susceptibilidad atribuible a un individuo cualquiera, de un grupo particularizado (población de riesgo), de acuerdo con su grado de exposición a agentes (factores de riesgo).

Se resignifica, entonces, el concepto de riesgo en el marco de una nueva racionalidad que responde a una causación de base biológica y en la que la noción naturalista de los fenómenos epidémicos es sustituida por la noción probabilística de la causalidad en la que la probabilidad es tomada como un concepto objetivo, racional, precisa y técnicamente determinado (*incertidumbre mensurable*)⁽⁶⁾.

² Propulsor del modelo Agente, Huésped y Medio Ambiente.

De esta manera, la conceptualización del riesgo va a estar incluida dentro del paradigma de causación positivista ⁽⁵⁾ y es equivalente a la idea de efecto, de probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado a través del indicador emblemático de *incidencia* que reconoce la presencia de tres elementos:

1. ocurrencia de casos de óbito-enfermedad-salud (numerador);
2. base de referencia poblacional (denominador);
3. base de referencia temporal (período).

En este marco teórico conceptual subyace la idea de que en cada sociedad existen comunidades, familias o individuos con más probabilidades de sufrir un trastorno, enfermedad o problema y que, por tanto, son más vulnerables. Dicha vulnerabilidad esta basada en características individuales (biológicas, genéticas, ambientales psicosociales, etc.) que interactúan entre sí. Para esta teoría los factores de riesgo son *marcadores* que apuntan a la predicción de morbi mortalidad futura.

Los tres supuestos epistemológicos básicos sobre los que se apoya esta conceptualización son ⁽⁶⁾:

- La identidad entre lo posible y lo probable, es decir, que la posibilidad de un evento puede ser reconocida en su probabilidad de ocurrencia. Esa probabilidad se constituye como unidimensional, variable, y por extensión, cuantificable.
- Principio de homogeneidad en la naturaleza de la morbilidad. Las diferencias expresadas en la singularidad de los procesos concretos salud/enfermedad, desaparecen en el concepto unidimensional de riesgo y sus propiedades.

- Supuesto de la recurrencia de los eventos en serie, lo que implica la expectativa de estabilidad de los patrones de ocurrencia seriada de los hechos epidemiológicos.³

Limitaciones implícitas en el enfoque de la teoría de los factores de riesgo

Esta conceptualización positivista del riesgo parte de determinados supuestos que terminan limitando, fuertemente, su alcance explicativo. Los supuestos son:

- *La regularidad de los efectos empíricos*: no pueden haber alteraciones en las relaciones entre los marcadores de riesgo y los eventos de interés. Es esencial la estabilidad de las condiciones de "existencia" del objeto. Ni el objeto de estudio puede variar en sus características, atributos, propiedades ni sus interrelaciones con el medio circundante en términos espacio-temporales.
- *La definición del estatuto de los factores de riesgo específicos*: es fundamental saber si el factor es determinante o predisponente con relación a aquellos que son tan solo contribuyentes o están incidentalmente asociados, lo que no es fácilmente discernible.
- *Los factores de riesgo pertenecientes a distintos niveles de organización (social vs. natural)*: hay dificultades para establecer precisamente los mecanismos y mediaciones entre variables consideradas sociales (por ejemplo: desempleo, analfabetismo, pobreza) y aquellas llamadas biológicas (edad, estado inmunológico, características genéticas)
- *El período de tiempo considerado válido para la predicción*: es problemático trabajar con exposiciones ocurridas en cantidades

³Almeida Filho señala que por un lado habría métodos que parten de considerar el riesgo como medida (teórica) de probabilidad individual de ocurrencia del daño "A" y por otro aquellos que dimensionan la "fuerza de la morbilidad" en poblaciones –razones de densidad de incidencia. En esta última perspectiva, las técnicas de medición del riesgo para el diagnóstico o pronóstico de un individuo en particular no son pertinentes desde el momento que el concepto de riesgo se refiere, en este caso, al grupo como un todo

reducidas y/o en el transcurso de largos intervalos cronológicos de modo tal que no es posible garantizar la relación causal en el caso de ocurrencia del daño. Esto es especialmente relevante en exposiciones ocupacionales en las cuales no llegan a generarse daños inmediatos y que solo ocurren, eventualmente, luego de muchos años.

Entre las limitaciones explicativas a las que conlleva los supuestos enunciados pueden señalarse las siguientes:

Descontextualización y atomización de la realidad social. Los hechos (factores) aparecen descontextualizados. Este modelo reifica en los factores de riesgos las "causas" de los problemas de salud que hay que combatir. El factor de riesgo es la característica individual que esta asociada a sufrir un proceso cualquiera. (Breihl). Instituye una entidad, el factor de riesgo tendría una "existencia" autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas.

Fracaso para enfrentar la protección ecológica

La lógica de este enfoque de riesgo consistiría en enfrentar uno a uno a los factores, y en considerar que es admisible su descarga siempre que no exceda un "nivel aceptable" de contaminación. Se parte de la falsa premisa de que los organismos pueden asimilar sin problemas un cierto "grado o nivel del factor" con efectos supuestamente mínimos. Esta teoría trabaja con conceptos cuantitativos de umbrales o niveles de seguridad. Sin embargo, los conceptos de capacidad de asimilación y descarga aceptable pierden validez frente a factores químicos que persisten o se bioacumulan.

No es pertinente para sistemas complejos como son los organismos que viven en ecosistemas porque: a) no se dispone de la mayor parte de la información para la acción preventiva, b) las técnicas de medición son poco precisas de tal forma que la inocuidad de un umbral establecido es dudosa c) se conoce muy poco sobre el funcionamiento de los organismos en un ecosistema de tal forma que es poco lo que se puede predecir sobre el impacto de un tóxico en ese contexto, d) se han observado sustancias que fueron

declaradas “seguras” para un efecto pero luego se descubrió procesos dañinos para otro.

El Paradigma de Riesgo fue concebido para manejar factores bien definidos, localizados, de corto tiempo de acción: este enfoque impide el análisis y control de procesos acumulativos generalizados. De allí que cuando ocurren impactos generalizados, los sistemas no están capacitados para enfrentarlos.

El riesgo se limita a la probabilidad de adquirir una enfermedad. Hay situaciones que pueden ser no saludables sin llegar a ser una enfermedad (una pre-enfermedad, un envejecimiento precoz por condiciones de vida destructivas, etc.)

Por último, según cómo se defina el concepto de riesgo varían las prácticas a él asociadas. Almeida Filho, plantea que tanto las diferentes conceptualizaciones como las prácticas pueden ser agrupadas en tres grupos ⁽⁷⁾:

Riesgo como indicador de causalidad (o residuo de la probabilidad). Este concepto particular de riesgo subsidia modelos de prevención de enfermedades o eventos mórbidos con las siguientes dos variantes: modelos de prevención individual (concepto clínico de riesgo); modelos de prevención poblacional.

Riesgo como peligro estructurado. Subsidia modelos de intervención en los campos de la salud ambiental y ocupacional.

Riesgo como emergencia. Se trata de explicitar la base filosófica de la contingencia como procesos de emergencia en modelos de complejidad. Este concepto subsidia modelos de Vigilancia en Salud y modelos de Promoción de la Salud.

Riesgo y concepciones de salud

Interrogarse sobre qué es lo que produce salud (y debe ser promovido), en lugar de lo que produce enfermedad, (y debe ser evitado), exige definir qué es el efecto salud. En tanto condición compleja requiere un movimiento de síntesis y se resiste a las descomposiciones analíticas en factores aislados y descontextualizados.

Es difícil atribuir valores cuantitativos a variables cuya identidad es en tan alto grado dependiente de las circunstancias y de los sujetos que las formulan. Asimismo, es cuestionable el concepto de *exposición* ⁽⁵⁾ ya que no contempla todas las situaciones.

El concepto de riesgo centrado en la idea de contingencia (posibilidad de que algo suceda o no suceda) de los eventos causales a los que se los considera como esencialmente “probables” no permite distinguir que algunos procesos operan de modo permanente y otros son de carácter eventual. Distinguir los patrones de exposición eventual, de exposición crónica y de exposición permanente o invariable requiere hablar de *imposición* ⁽⁵⁾.

Dado que en la conceptualización de factores de riesgo, estos serían apenas “probablemente” destructivos, su nocividad sería contingente. Breilh propone reemplazar el concepto de factores de riesgo por el de *procesos destructores de la salud y procesos protectores de la misma* incorporando la idea de movimiento. Es decir, los procesos ni son totalmente destructivos ni totalmente protectores. En un proceso destructor o en el que predominan procesos que atentan contra la salud del grupo pueden coexistir dialécticamente procesos saludables.

¿Qué relación existe entre la teoría de factores de riesgo y la inequidad?

La prevención del riesgo tiene sus ambivalencias. Si bien ha permitido identificar situaciones o prácticas vinculadas a efectos nocivos para la salud y promover acciones de prevención también ha dado pie a un uso cuestionable de la teoría o al menos con consecuencias no deseadas para la calidad de vida de las personas.

El principio de prevención o precaución puede ser manipulado de acuerdo a las circunstancias y en base a los intereses involucrados. Tal es el caso en que las diferencias observadas en determinados grupos en lugar de ser utilizadas para acciones de prevención o promoción de la salud han sido utilizadas para reforzar contenidos morales y conservadores y potenciar un discurso y prácticas estigmatizantes. Valga como ejemplo los llamados grupos de riesgo que pasan de ser considerados como grupos en situaciones de riesgo prevenibles y/o controlables a ser grupos discriminados cuando no criminalizados.

En una sociedad equitativa lo diverso (producto de la diversidad de atributos humanos, naturales y sociales) fructifica como característica enriquecedora y se constituye en potencia favorable en relaciones intergénero, interétnicas y entre edades, solidarias y cooperativas porque no hay una estructura que las rompa y que se alimente de su ruptura. Cuando determinadas clases, género o etnias concentran el poder la diversidad pasa a ser un vehículo de inequidad.

Como señaláramos anteriormente, la desigualdad es la expresión observable de la inequidad. La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir, la característica inherente a una sociedad que impide el bien común e instituye la inviabilidad de una distribución social que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad.

La teoría de los factores de riesgo que define la vulnerabilidad de ciertos grupos, familias o individuos basándose exclusivamente en características individuales (biológicas, genéticas, ambientales psicosociales, etc.) y descontextualizadas contribuye a perpetuar situaciones de inequidad ya que invisibiliza los determinantes sociales y estructurales del proceso salud/enfermedad/cuidado, la mayoría de los cuales son “impuestos” a los grupos menos favorecidos de la sociedad.

Referencias

- (1) **Spinelli H., Urquía M., Bargalló M., Alazraqui M.** Equidad en salud: teoría y praxis en Spinelli H editor. Salud Colectiva. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2004. p. 247-77.
- (2). **Vieira da Silva L., Almeida Filho N.** Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. Cadernos Saúde Pública 2009; 25: S217-26.
- (3) **Whitehead M.** The Concepts and Principles of Equity in Health. Washington: OPS-OMS 1991.
- (4) **Paganini, JM.** La Salud y la Equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. Publicación Científica Nº 1. La Plata. Centro INUS. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. 2001. p. 10.
- (5) **Breilh, J.** Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e intercultural. . Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
- (6) **Almeida Filho N., Castiel L., Ayres J.** Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva 2009; 5:323-44.
- (7) **Almeida Filho N, Coutinho, D.** Causalidade, contingência, complexidade: O futuro do conceito de risco. Physis-Revista de Saúde Coletiva.2007; 17:95-138.