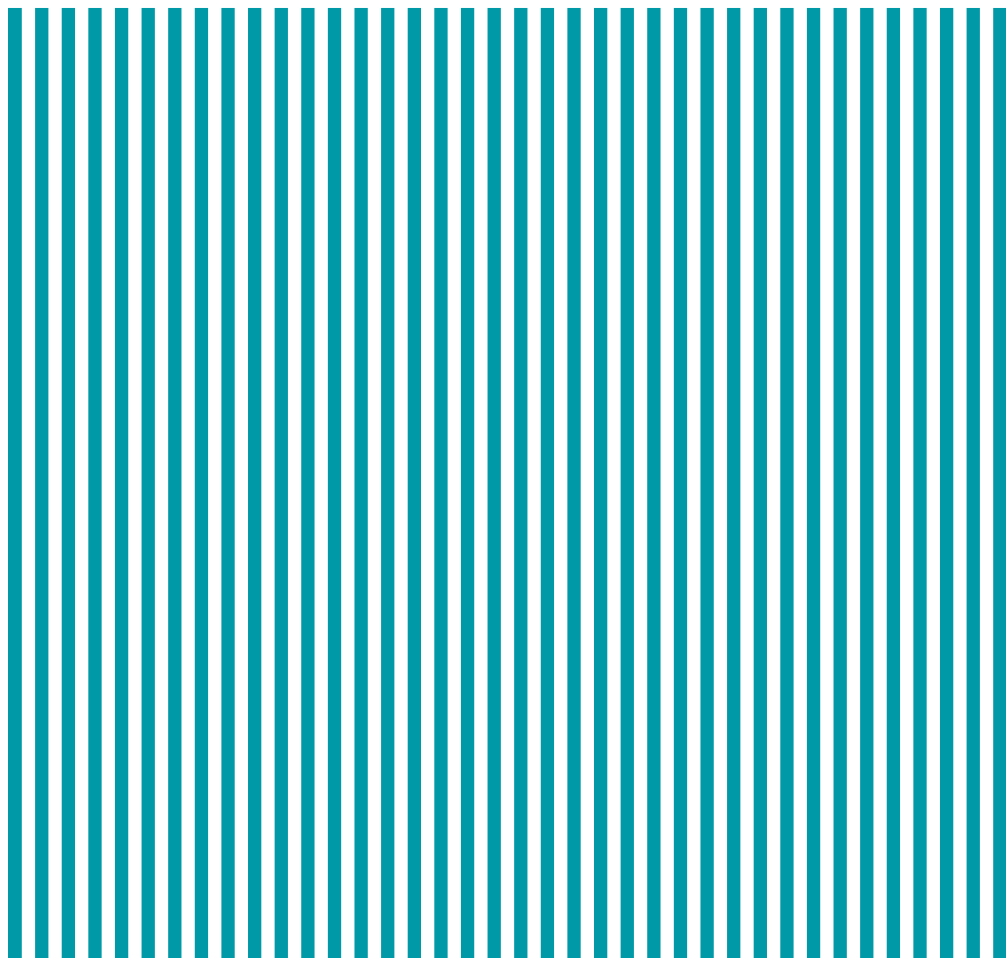
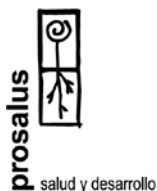


COMPRENDIENDO EL DERECHO HUMANO A LA SALUD



COMPRENDIENDO EL DERECHO HUMANO A LA SALUD



Con la financiación de:



Esta publicación forma parte del material editado por Prosalus y Cruz Roja Española dentro del proyecto “Comprendiendo el derecho humano a la salud: la importancia de los determinantes sociales de la salud”, cofinanciado por la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Los contenidos son responsabilidad exclusiva de Prosalus, Cruz Roja y los autores y autoras que han colaborado en ella y no reflejan necesariamente la opinión de la AECID.

Edita y distribuye: Prosalus y Cruz Roja Española

Diseño y maquetación: estudio blg

Impresión: Advantia

Depósito legal: M-1 2990-2014

ÍNDICE

- 5** Comprendiendo el derecho humano a la salud
- 19** La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?
JOAN BENACH
- 31** Evolución del enfoque del sector salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Hacia una mayor equidad en salud mediante el trabajo con los determinantes de la salud
SERGIO GALÁN
- 41** La equidad de género en salud: un camino por recorrer
IDOIA APARICIO
- 51** Hacia modelos de salud pública nacional y mundial basados en la ética de la equidad: siete pasos para un cambio transformador
JUAN GARAY
- 63** Reformas de salud: ¿hacia la cobertura universal en salud o hacia los sistemas de salud universales?
OSCAR LANZA
- 75** Teoría y práctica de la equidad en la consulta de atención primaria
JUAN GÉRVAS

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million (12.5% of the population).

There are a number of reasons for this increase. One is that the public sector has become a more important part of the economy. Another is that the public sector has become more efficient. A third is that the public sector has become more attractive to workers. A fourth is that the public sector has become more diverse.

The public sector has become a more important part of the economy. In 1990, the public sector accounted for 10.5% of the UK's GDP. By 2000, it had increased to 12.5%.

The public sector has become more efficient. In 1990, the public sector spent 10.5% of the UK's GDP. By 2000, it had increased to 12.5%.

The public sector has become more attractive to workers. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

The public sector has become more diverse. In 1990, the public sector employed 10.5 million people. By 2000, it had increased to 12.5 million.

Comprendiendo el derecho humano a la salud

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, gracias a los avances en la medicina, la tecnología y el desarrollo de los sistemas de protección social, las personas vivimos más, a veces mejor, en muchos países. El desarrollo y mejora de diversos condicionantes también han tenido mucho que ver en el aumento de la esperanza de vida, tales como el acceso al agua potable y al saneamiento básico, la educación para la salud, la mejora de los cuidados materno-infantiles, las condiciones de trabajo seguras, etc. Sin embargo, todavía existen muchas diferencias; por ejemplo, en la esperanza de vida que en algunos países se sitúa en 47 años o en las condiciones de vida de millones de personas que no son dignas ni justas, lo cual nos muestra que los avances y mejoras han tenido un desarrollo muy dispar, traduciéndose en grandes desigualdades entre los países y al interior de los mismos.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”. La salud es un derecho humano fundamental que sigue sin ser reconocido en muchos países. La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad.

Existen factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de la salud de las personas y en la calidad de vida. Son muchos los componentes que determinan nuestra salud: los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a información, los grados de protección social, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la inversión en salud pública, la vulnerabilidad frente al cambio climático...

Estos y otros temas se recogen en la presente publicación, algunos de ellos fueron expuestos en la jornada “Comprendiendo el derecho humano a la salud. La importancia de los determinantes sociales de la salud” que se celebró en el Centro Universitario San Rafael-Nebrija de Madrid, el 9 de octubre de 2013. La jornada se realizó en el contexto de la campaña de sensibilización impulsada por Prosalus y Cruz Roja cuyo objetivo era dar a conocer el contenido del derecho humano a la salud y la necesidad de actuar sobre todos aquellos factores

que condicionan nuestra vida (determinantes sociales de la salud) y que crean desigualdades evitables, injustas e innecesarias.

“Comprendiendo el derecho humano a la salud. La importancia de los determinantes sociales de la salud”, además de dar nombre a la citada jornada, fue el lema que adoptó la campaña de sensibilización, llevada a cabo entre los años 2011 y 2014, con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). La campaña contó con un personaje, Allikay, una promotora de salud, que invitaba a realizar un viaje por diversas partes del mundo para explicar el contenido del derecho humano a la salud y qué son los determinantes de la salud. Se trataba de una exposición que con el título “El viaje de Allikay”, en 10 paneles se plasmaban otras tantas realidades con personajes que daban a conocer su situación. La exposición ha recorrido la mayor parte de las comunidades autónomas. Se pudo ver en centros culturales, universidades, institutos, colegios profesionales..., acompañada de charlas, visitas guiadas y encuentros con públicos muy diversos. “El viaje de Allikay” se pudo seguir desde la página web de la campaña (www.determinantesdesalud.org), página que también recabó información relativa al derecho humano a la salud en general y a los determinantes sociales de la salud, en particular.



Como se puso de manifiesto en la campaña de sensibilización, en Prosalus y en Cruz Roja Española apostamos por la defensa del derecho humano a la salud, desde un enfoque integral, preventivo y de promoción de la salud, desde la interdependencia y el respeto de los derechos humanos.



I. LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO

I.I. Los derechos humanos

Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Además de los principios de universalidad y no discriminación, los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se pueden respetar unos sí y otros no, aleatoriamente, porque unos influyen en el disfrute de otros. Es importante subrayar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es plenamente vinculante para los Estados, dado que se trata de una mera resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas y su aplicación puede verse limitada por dos factores. Primero, porque dicha resolución no establece medidas concretas para su puesta en práctica. Segundo, porque, ante la presión de diferentes Estados, se incluyó una disposición según la cual todos los derechos y actividades contemplados en la declaración debían ejercitarse en el marco del derecho interno de cada país, lo que suponía una seria limitación para el disfrute de los derechos.

Este escollo se superó mediante dos pactos internacionales que desarrollaron los instrumentos de protección y garantía de los derechos: uno recoge y regula los derechos civiles y políticos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y otro incluye los derechos económicos sociales y culturales, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Ambos pactos obligan a los Estados parte a respetar, proteger y garantizar tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales porque todos los derechos humanos están interrelacionados y son indivisibles.

La diferencia esencial entre uno y otro pacto radica en las obligaciones que asumen los Estados al ratificarlos, como consecuencia de la diferente naturaleza de los derechos civiles y políticos, por un lado, y de los derechos económicos, sociales y culturales, por otro. Las obligaciones que resultan del PIDCP son obligaciones de carácter inmediato, es decir, desde el momento en que un Estado ratifica dicho tratado internacional tiene la obligación de respetar y promover todos los derechos reconocidos en él. En cambio, las obligaciones que emanan

del PIDESC son de carácter gradual y progresivo, es decir, los Estados tienen que poner todos los medios a su disposición para, progresivamente, permitir el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Otros tratados, como por ejemplo el Tratado sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, la Convención de los Derechos del Niño o el Tratado para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, han complementado la protección de algunos derechos.

I.2. La salud como derecho humano

La salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el “estado de completo bienestar físico, mental y social”. A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un enfoque médico-biológico hasta un concepto global e integral que incorpora el paradigma socio-ecológico (Frutos y Royo, 2006).

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

Como vemos en el artículo 25, son muchos los componentes necesarios para lograr el bienestar. En el derecho a la salud, como en otros derechos humanos, se observa la interdependencia entre los derechos, por lo tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho.

El derecho a la salud está desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 establece que los Estados partes en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en el segundo párrafo describe algunas de las medidas que se deberán adoptar para garantizarlo. El problema es que la obligación de adoptar medidas es laxa, es decir, se deberán “adoptar medidas” creando condiciones para facilitar la promoción de esos derechos de “forma progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”.

El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

2. LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Al hablar de las desigualdades en salud debemos hacer referencia a la conferencia internacional sobre atención primaria en salud celebrada en Alma-Ata (Kazajistán, 1978), un hito en política de salud en la década de los 70 y sigue siendo un referente aunque el contexto mundial haya sufrido grandes cambios en los últimos años. La Declaración de Alma-Ata planteaba que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, entre los países así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable. Uno de los logros fue atraer la atención internacional hacia el concepto de la salud como un derecho humano y se propuso la atención primaria de salud como la mejor estrategia para poner la salud al alcance de todos los miembros de la sociedad.

¿A qué llamamos desigualdades? Sabemos que no todas las personas partimos de las mismas condiciones: una de cada siete personas sigue pasando hambre; 69 millones de niños y niñas aún están sin escolarizar y 759 millones de personas adultas sin estudios básicos¹; millones de personas carecen de una vivienda adecuada, los conflictos armados provocan millones de muertes y personas

1. La educación no es un cuento: por los derechos de las niñas y las mujeres. Posicionamiento campaña SAME 2011.

desplazadas; el cambio climático está provocando migraciones y desplazamientos forzosos, así como el deterioro de la seguridad alimentaria²...

Se pueden distinguir varios tipos de desigualdades:

- Las aceptables, es decir, aquellas que provienen de la libre elección de los individuos.
- Las injustas y evitables que resultan de la desigual distribución de los recursos y condiciones de vida que afectan a nuestra salud y escapan, por lo general, al control de los individuos.
- Las inevitables, las cuales son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los genéticos/biológicos. Estas desigualdades no tienen por qué causar ningún perjuicio ni discriminación; simplemente existen y habrá que tratarlas.

¿A qué desigualdades nos referimos al hablar de desigualdades en salud?

En el marco de la Unión Europea, se utiliza el término “desigualdades” mientras que en otros países, fundamentalmente de América Latina y organismos internacionales como la OMS, se emplea el término “inequidades”. Es importante aclarar que el concepto al que se refieren ambas, en esta área de trabajo, es el mismo; el término desigualdades, por tanto, se utiliza como sinónimo de inequidades y se refiere a las diferencias injustas, sistemáticas y evitables y no a meras diferencias en salud.

En el ámbito mundial hay definidos algunos indicadores que ayudan a medir, visualizar e intervenir en la reducción de las desigualdades:

- La esperanza de vida en Japón supera los 83 años, mientras que en Sierra Leona, según el informe del PNUD 2011, se sitúa en 47,8 años. Hay 26 países que cuentan con una esperanza de vida superior a los 80 años y en otros 24 la población no supera los 55 años.
- Atención inversa. El 93% de la carga de enfermedad se da en los países en desarrollo, que consumen solo el 11% del gasto mundial en salud.

2. Se estima que los países en desarrollo soportarán entre el 75% y 80% de los daños provocados por las alteraciones del clima. (“Cambio climático y derecho a la alimentación”, campaña “Derecho a la alimentación. Urgente”, 2012).

- Cerca del 80% de las enfermedades no transmisibles se registran en los países de ingresos bajos y medios.
- En algunos países, solo el 10% de los partos son asistidos por personal médico cualificado.
- La mortalidad infantil en Bolivia en 2012 era de 42 muertes por cada 1.000 nacimientos; en Mozambique 78,91 por cada mil y en Bangladesh 50,73.
- La comercialización de bienes sociales esenciales, tales como la educación, el acceso al agua, la energía y la atención médica, así como la mayor circulación de productos peligrosos para la salud, pueden generar inequidad sanitaria y, de hecho, así sucede. Cada año, según la OMS, más de 100 millones de personas caen en la pobreza, simplemente, porque tienen que pagar la atención sanitaria y los medicamentos.
- En todas las sociedades, hombres y mujeres tienen acceso y control desigual a los recursos tanto personales, como sociales y sanitarios. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas aumentan aún más los riesgos para la salud de las mujeres.

La desigualdad en salud es, en la actualidad, mayor que hace años y sigue aumentando. Hoy encontramos grandes desigualdades en todos los países del mundo y, paulatinamente, se van ampliando. España es una buena prueba de ello.

El crecimiento económico aumenta la riqueza en muchos países pero, por sí solo, no mejora la situación sanitaria nacional. Si los beneficios no se distribuyen equitativamente, el crecimiento económico puede incluso agravar las inequidades, como está ocurriendo.

La mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura están condicionadas por factores determinados socialmente, como la educación, la situación laboral, la renta, el entorno, el territorio o la exclusión social, que afectan de forma desigual a la población y superan al sector sanitario. Podemos tener muy buenos hospitales, pero la mejora de la salud debe incluir también la reducción de las desigualdades. Actualmente, las desigualdades constituyen “la mayor epidemia” y no se debe a características o fallos biológicos.

3. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El estado de salud de una persona viene determinado en gran medida por su posición socioeconómica. En los países de ingresos bajos la esperanza de vida está en torno a 57 años, por término medio, mientras que en los de ingresos altos es de 80 años.

Cuando hablamos de determinantes de la salud nos referimos a las condiciones en las que las personas nacen, crecen y viven; condiciones que hacen posible vivir con salud, tales como el acceso al agua segura, condiciones adecuadas de vivienda, alimentación, trabajo seguro y saludable, entre otras.

Muchas veces, establecemos como causas de la mala salud comportamientos personales que realizamos y, por tanto, trasladamos a las personas la carga o responsabilidad de proteger su salud. Las conductas relacionadas con la salud o los “estilos de vida” no siempre provienen de elecciones estrictamente personales y libres. Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de personas) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud.

Hay otros elementos que también afectan a nuestra salud, tales como la distribución de los recursos, la posición socioeconómica, las diferencias de género, el acceso a la educación e información... , tales elementos son también determinantes de la salud y producen grandes desigualdades en la salud de las personas.

Los determinantes no están ni necesaria ni directamente relacionados con la atención de la salud, sin embargo, su influencia es muy notoria y su análisis ayuda a clarificar dónde existen barreras a los derechos humanos y, en definitiva, cuáles son “las causas de las causas” de nuestra mala salud (factores sociales, políticos, ambientales y económicos). La raza y la clase social (medida en función del nivel de ingresos, condiciones de vida, educación, tipo de trabajo, etc.) son, junto con el género, los mayores determinantes sociales para la salud. Por lo tanto, es imprescindible que estas diferencias se tengan en cuenta para planificar tanto las políticas de salud como el resto de políticas que pueden influir en el bienestar físico, mental y social de los diferentes grupos de población.

Se comienza a hablar de los determinantes sociales de la salud en el informe “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses”, más conocido como Informe Lalonde, publicado en el año 1974 por el entonces ministro de Salud Nacional y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde. En ese documento se identificaron cuatro tipos de determinantes de la salud: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de salud. Este informe demostraba que los factores relacionados con el medio ambiente y con el estilo de vida son los que más influyen en la salud y, contradictoriamente, en los que menos recursos se invierte.

Con el mencionado informe se inició el debate en torno a un enfoque integral de la salud que tomaría relevancia con la aprobación, en 1978, de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud, en la que se legitima la salud como derecho humano fundamental y se define la estrategia “Salud para todos en el año 2000”.

Durante la primera década del siglo XXI sigue predominando el enfoque biomédico de la salud (centrado en la biología humana) y en 2005 la OMS crea una comisión para el trabajo específico sobre los determinantes sociales de la salud, ante la necesidad de un cambio del modelo predominante y el incremento de las desigualdades. En 2008 se editó un amplio informe sobre el tema, con el título: “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. A partir de tal informe, diversos países adoptaron medidas orientadas a reducir las inequidades sanitarias, consiguiendo avances importantes, pero, en muchos casos, las sucesivas crisis mundiales suponen mayores desafíos y acentúan las inequidades.

En la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud, celebrada en octubre de 2011 en Río de Janeiro, representantes de más de cien países abordaron las causas fundamentales de las inequidades sanitarias y se comprometieron a seguir trabajando desde un enfoque integral de la salud.

4. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA AGENDA PARA EL DESARROLLO POST 2015

Desde que en el año 2000 se firmara la Declaración del Milenio, 189 países se comprometieron a cumplir los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para luchar contra la pobreza y avanzar por un mundo más equitativo. El año 2015 es el horizonte para el cumplimiento de dichos objetivos y, cuando falta menos de dos años, auspiciados por las Naciones Unidas, muchos grupos de trabajo en todo el mundo están evaluando los resultados de los ODM al tiempo que se está preparando la agenda del desarrollo para después de 2015.

En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución que lleva por título el “Futuro que queremos”. En dicha resolución los jefes de Estado, después de la cumbre de Río+20, se comprometen a acelerar el cumplimiento de los ODM y ponen las bases para erradicar la pobreza y el hambre del mundo haciendo hincapié en el desarrollo sostenible en todas sus dimensiones: económicas, sociales y ambientales. En la resolución se afirma explícitamente que las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud son muy importantes para la población mundial “a fin de crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas. Pedimos que se haga plenamente efectivo el derecho de todos a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”.³

Asimismo, en el ámbito de la OMS se está debatiendo qué lugar debe ocupar la salud en dicha agenda porque la salud es crucial para el desarrollo integral de todas las personas y se observa la necesidad de centrar la atención en contemplar la salud como derecho humano, tomar en consideración la equidad sanitaria, la igualdad de oportunidades, los instrumentos mundiales que refuerzan la seguridad sanitaria, sistemas de salud fuertes, análisis de los determinantes sociales y ambientales de la salud, respuestas multisectoriales que perciben la salud como resultado de todas las políticas. Según la OMS, “la agenda sanitaria se ha ampliado y hay que reflejar las cuestiones nuevas, como las enfermedades no

3. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/66/288.

transmisibles, los sistemas de salud, los determinantes y la seguridad sanitaria en forma de objetivos o metas”.⁴

Las reuniones para elaborar la agenda para el desarrollo post 2015, en el momento de cerrar este informe, siguen celebrándose en todos los continentes. Se trata de un proceso en el que se trabajan consultas temáticas nacionales y globales que cuenta con la participación de organizaciones de la sociedad civil, así como organizaciones internacionales, dentro y fuera del ámbito de las Naciones Unidas.

4. El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015: Documento de debate de la OMS. Octubre de 2012.

DERECHO A LA SALUD

EQUIDAD

JUSTICIA SOCIAL

INGRESOS

ECOSISTEMA ESTABLE

ALIMENTACIÓN

VIVIENDA ADECUADA

EDUCACIÓN

PAZ



La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?

Joan Benach

GRUP DE RECERCA DESIGUALTATS EN SALUT,
EMPLOYMENT CONDITIONS NETWORK (GREDS-EMCONET),
UNIVERSITAT POMPEU FABRA,
PROFESOR DE SALUD GLOBAL EN UC BERKELEY Y EASP GRANADA.

Artículo publicado previamente en la revista Mientras Tanto.
Observatorio de Salud.
<http://www.mientrastanto.org/boletin-99/notas/observatorio-de-salud-I>

SALUD PÚBLICA QUIERE DECIR LA “SALUD DE TODAS LAS PERSONAS”

Todos debemos tener derecho a la salud, a alcanzar el máximo nivel de salud posible. La salud es importante, y la gente lo sabe. Por ejemplo, según la segunda encuesta europea sobre calidad de vida, cuatro de cada cinco personas señalan que la salud es un factor clave para tener buena calidad de vida [\[Eurofound, 2009\]](#). Y es que si no tenemos salud, ¿cómo vamos a poder estudiar o trabajar en buenas condiciones? Y si uno no puede formarse o ganarse la vida, ¿qué tipo de vida va a poder tener para sí mismo o para sus hijos? Así pues, la salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas y de los grupos sociales que viven en una sociedad determinada (Sen, 1999). Desafortunadamente, como hemos visto, la mayoría de personas sigue sin poseer una situación vital, laboral y ambiental adecuada con la que poder disfrutar y compartir una vida saludable, autónoma, solidaria y gozosa.¹

La salud o la enfermedad no es, sin embargo, un asunto exclusivo de los individuos. En realidad, debemos también considerar a ciertos grupos de poblaciones o territorios como “sanos” o como “enfermos” (pensemos por ejemplo en el grupo de personas que en un país determinado conforman las mujeres, que a la vez son inmigrantes y de clase trabajadora), ya que estos acumulan los factores que aumentarán la probabilidad de tener buena o mala salud, aumentando o reduciendo el riesgo de enfermar o de morir [\[Benach y Muntaner, 2005\]](#). Cuando tenemos en cuenta la salud del conjunto de una colectividad, ya sean estos grupos de personas o territorios, hablamos de “salud pública”, de salud colectiva, de la salud de todos. La salud pública puede, por tanto, definirse como aquella disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas mediante la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico. Así pues, es importante no confundir la “salud pública” con la propiedad pública

1. Según la definición del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de Perpinyà (1976) inspirada por Jordi Gol, la salud es una “manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa.” La salud es autónoma si existen los recursos, la educación y el mínimo número de limitaciones y el máximo de libertad. Es solidaria, es decir, se produce socialmente ya que no es concebible vivir sanamente en forma aislada. Y la salud es gozosa, proviene de un sentimiento profundo de satisfacción personal. Salud es por tanto la plenitud de la realización de cada cual, en circunstancias favorables o adversas. En: Gol J. Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: La Llar del Llibre, 1986:60-62.

de los servicios de salud o “sanidad pública”, que habitualmente contraponemos a la sanidad privada.

Para entender mejor las múltiples facetas que conforman la salud de la población, los epidemiólogos suelen utilizar la metáfora del “iceberg de la enfermedad”. En él se observa cómo la salud de una población no solo representa la parte visible, externa, del iceberg, es decir, todo lo que tiene que ver con las enfermedades y problemas de salud visibles que aquejan a los individuos, sino también su parte sumergida, invisible, donde hay que tener en cuenta la enfermedad no registrada, la enfermedad “silenciosa” que aún no se ha expresado en forma de síntomas, y también la población que se halla en una situación vulnerable o expuesta a factores de riesgo que pueden dañar su salud [\[Last, 1963\]](#).

LAS “CAUSAS CERCANAS” DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD

Las causas de la producción de la enfermedad y salud colectiva son, como es bien conocido, múltiples, muy diversas. Las más conocidas son los factores genéticos y biológicos, los “estilos de vida” relacionados con la salud (como los hábitos alimentarios, el abuso de alcohol o la adicción al hábito de fumar), el acceso y la calidad de la atención médica y sanitaria (incluyendo la hospitalaria y la atención primaria), y un amplio conjunto de factores que hoy día se conocen como “determinantes sociales” de la salud, los cuales incluyen una larga lista de causas asociadas al empleo, la economía, el medio ambiente, las políticas sociales, entre otras. Los especialistas en temas de salud y la sociedad, sin embargo, no otorgan igual peso a cada una de esas causas. Así, en la mayoría de la población predomina la visión que se conoce como “ideología biomédica dominante”, según la cual las principales causas que producen los problemas de salud colectiva deben tener que ver con “causas cercanas” de la enfermedad como son las causas de origen genético y hereditario, las “elecciones personales” o los servicios sanitarios. Sin embargo, aún y siendo importantes, esas tres causas no permiten explicar ni la situación de salud colectiva ni las desigualdades en salud existentes en una determinada sociedad [\[Benach y Muntaner, 2005; CSDH, 2008\]](#). Veamos brevemente por qué.

A pesar de los notables avances alcanzados en los últimos años, el conocimiento sobre la genética y su impacto en las enfermedades es aún muy limitado. Hay muy pocas enfermedades “puramente” genéticas y estas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. En segundo lugar, los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede o no ser compensada mediante un cambio social. Y tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables y muchas causas de enfermedad y muerte cambian su patrón social a lo largo de los años debido a causas de origen social e histórico [Benach y Muntaner, 2005].

En cuanto a los llamados “estilos de vida” puede decirse que hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud como llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante no nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede [Benach y Muntaner, 2005; [Benach y Muntaner, Sin permiso 2011](#)]. Sin embargo, los gobiernos de la gran mayoría de países continúan “inundando” a sus poblaciones con recomendaciones relativas a los “estilos de vida”. Algunos de los ejemplos que podemos seleccionar entre las recomendaciones que se hacen en la mayoría de países son las siguientes:

“No fumes y, si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; practica sexo en forma segura...”

Hace una década, David Gordon, un epidemiólogo social crítico, redactó una lista de recomendaciones alternativas a las anteriores. Algunos ejemplos de su lista alternativa son los siguientes:

“No seas pobre pero, si lo eres, deja de serlo y, si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre pero, si vives en ella, ve a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona “sin techo”...”

Con esa lista, Gordon quiso reivindicar el contenido “culpabilizador de la víctima” que tienen las recomendaciones centradas en los “estilos de vida” así como la

necesidad de enfatizar la importancia de los determinantes sociales de la salud, ya que estos influyen decisivamente en la producción de estilos de vida saludables que, a su vez, producirán buena salud [Gordon, 1999].

Por otra parte, tras la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo en varios países europeos de sistemas de salud públicos que atendían a la población según sus necesidades de salud y no según sus ingresos puso de relieve la importancia de la atención sanitaria pública. No obstante, tres décadas más tarde, la observación realizada en Inglaterra de que, pese a tener el mejor sistema sanitario del mundo, seguían persistiendo e incluso aumentando las desigualdades en salud [Black, 1980], puso de relieve la necesidad de entender que había otros factores sociales de tipo estructural que aún eran más importantes para determinar la salud pública y la equidad en salud. En definitiva, que el hecho de disponer de una excelente atención sanitaria, universal y de calidad no se traduzca necesariamente en la mejora de la salud y la equidad no quiere decir que las intervenciones médicas sean innecesarias, irrelevantes, o poco efectivas sino tan sólo que su efecto global en la salud pública es menor de lo que habíamos pensado [Benach y Muntaner, 2005; Benach y Muntaner, *Sin permiso*, 2011].

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Además de “causas cercanas” de producción de la salud como las antes apuntadas, debemos también considerar el impacto de otras causas, más generales o globales, a las que se ha llamado las “causas de las causas” [Rose, 1992]. Estas causas constituyen un conjunto de factores sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de las “causas cercanas”, determinando la exposición a la generación de infecciones, una dieta inadecuada, o conductas poco saludables [CSDH, 2008]. Los estudios científicos que muestran cómo los factores más importantes relacionados con la salud colectiva tienen que ver sobre todo con los “determinantes sociales de la salud” son hoy muy numerosos.

La desigual distribución de los problemas de salud no es, por tanto, en ningún sentido un fenómeno natural ni el producto de las “causas cercanas” ya aludidas, sino sobre todo el resultado de la combinación de las políticas sociales y eco-

nómicas existentes en un determinado país. Concretamente, señala la [Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS](#), es la combinación “tóxica” de esos determinantes sociales la que daña la salud y crea desigualdades. Estos incluyen factores como la seguridad y calidad del agua y alimentos, la precariedad y la calidad de las condiciones de empleo y trabajo, las condiciones medio ambientales, la calidad de la vivienda, la existencia o no de protección y servicios sociales, u otros factores sociales de enorme importancia para determinar la salud y la equidad en salud de la población [CSDH, 2008]. En comparación con las personas con más riqueza, educación y poder, son las clases sociales más pobres, con menos recursos y más explotadas, las que tienen los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales y de acceso a servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud. De hecho, son los individuos y grupos sociales más explotados u oprimidos quienes tienen una mayor probabilidad de alimentarse inadecuadamente, tener niveles elevados de colesterol, fumar, hacer poco ejercicio físico, beber alcohol en exceso, con mayor frecuencia debido a su estrés. Las causas más importantes de ello no son ni genéticas, ni “personales” por la “libre elección” individual. Todo ello daña la biología humana, genera enfermedad y aumenta el riesgo de morir [Benach y Muntaner, 2005].

Si bien conocer la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud es fundamental para entender cómo se genera la salud pública y la inequidad en salud, cabe también preguntarse por el desigual origen y distribución social de esos determinantes sociales que finalmente producirán desigualdades sociales en la salud y en la calidad de vida [Muntaner y Lynch, 1999]. Las causas de los determinantes sociales se producen por las distintas elecciones y prioridades políticas de los gobiernos, las empresas, los sindicatos y las diversas fuerzas sociales que tienen algún tipo de poder político. Así pues, la desigual distribución en el poder económico y social existentes, entre y dentro de los países, es la que condiciona las políticas sociales elegidas que, a su vez, influirán en la salud de las personas [Muntaner y Lynch 1999; Navarro y Shi, 2001]. Todo ello se “expresa” en forma de mala salud en aquellos grupos sociales más oprimidos o explotados por razón de su clase social, género, etnia, estatus migratorio, edad o ámbito geográfico de origen. Esas causas, a las que podemos llamar “causas de las causas de las causas”, son los determinantes políticos que generan los determinantes sociales de la salud. Hoy en día, hay evidencias que muestran cómo los países que han tenido tradiciones políticas con mayor capacidad de

negociación colectiva y redistribución social [Muntaner et al., 2010], son también aquellos que tienen más éxito en la mejora de indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil. Esos países también tienen una mayor cobertura sanitaria, dedican un mayor gasto en salud y tienen menores niveles de pobreza [Navarro y Shi, 2001].

LAS DESIGUALDADES DE LA SALUD

La mayoría de personas que habitan el planeta no viven actualmente con los determinantes sociales adecuados para generar el mínimo bienestar material y social con el que poder disfrutar y compartir una situación de salud que, como señalaba Jordi Gol, sea autónoma, solidaria y gozosa. Algunos ejemplos permiten ilustrarlo. Pensemos en los más de 200 millones de personas desempleadas, que con la actual depresión económica pueden haber alcanzado los 250. Pensemos en los más de 300 millones de niños que trabajan, muchos de ellos en situación de extrema precariedad laboral o situaciones cercanas a la esclavitud. Pensemos también en la desigualdad económica entre continentes como África que, con el 14 por ciento de población, solo tiene el 2 por ciento del PIB, a pesar de ser enormemente rico en recursos y riquezas naturales, o bien en una desigualdad entre países que no ha dejado de aumentar entre 1980 (60 a 1) y 2005 (122 a 1). Pensemos también en el hecho de la brutal desigualdad por la cual tres familias tienen la misma riqueza que 48 países pobres o en el hecho de que una quinta parte de la población del mundo tiene más del 80 por ciento de toda la riqueza.

Unas desigualdades sociales tan enormes afectan también a la salud de forma brutalmente desigual. Hoy en día mueren en el mundo unos 12 millones de niños al año antes de alcanzar el quinto año de vida. Pues bien, casi todas esas muertes ocurren en países de renta media y baja. La mortalidad infantil mundial es 81 muertes por 1.000 niños, pero solo 7 por 1.000 en los países ricos y entre 170 y 260 por 1.000 en los países del centro de África. En estos momentos una niña sueca recién nacida tiene una probabilidad de vivir 43 años más que una nacida en Sierra Leona. En los adultos ocurre otro tanto, la desigualdad es muy grande. La esperanza de vida mundial es de 67 años, pero es de 78 en los países ricos y sólo 46 en diversos países africanos, mientras que en Zambia o Zimbabue

ni tan solo alcanza los 40. Se ha estimado que si la tasa de mortalidad infantil de Islandia se generalizase al mundo entero morirían 6,6 millones de niños menos cada año. La mortalidad materna afecta a una de cada siete madres en Afganistán mientras solo a una de cada 17.400 madres en Suecia.

Todos esos datos ilustran suficientemente bien las brutales desigualdades sociales y de salud que afectan al planeta globalmente y entre países. No obstante, el problema de la desigualdad en salud va mucho más allá que las diferencias existentes entre países. Y ello por razones muy comprensibles. La desigualdad en salud aqueja especialmente a las clases sociales más oprimidas y explotadas de la sociedad: los trabajadores y trabajadoras pobres en situación de precariedad laboral y sistemáticamente explotados, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los inmigrantes en situación de ilegalidad, discriminados y sin recursos, las personas excluidas, “sin techo”, o en situación de grave marginación social. Todos esos grupos sociales son objeto de diversas formas de discriminación y explotación (según su clase social, género, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, religión, nacionalidad, edad, enfermedad mental y su ideología política) que afecta, directa o indirectamente, a su salud.

La desigualdad tiene también un importante componente geográfico ya que las clases sociales más empobrecidas viven muchas veces en barrios “marginados” y sufren explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales y están más expuestos a factores de riesgo dañinos para la salud, ya sean de tipo social, laboral, o ambiental. Uno de los más clamorosos ejemplos es el de Estados Unidos, uno de los países más ricos y a la vez más desiguales del mundo, donde el 10% más rico acapara la mitad de la renta de los hogares. En Estados Unidos, la diferencia en la esperanza de vida entre condados se acerca a los 20 años. Algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah. Otro ejemplo lo hallamos en Calton, un barrio muy pobre de Glasgow, que tiene una esperanza de vida de 54 años, 8 años menos que en la India. Sin embargo, apenas una docena de kilómetros al norte de Calton, en la rica zona de Lenzie, la esperanza de vida asciende a los 82 años, una de las más altas de Europa.

En las últimas décadas, el gran crecimiento en el conocimiento descriptivo sobre la desigualdad en salud ha permitido constatar dos rasgos generales: su *ubicuidad*, ya que la desigualdad está presente en todos los países y circunstancias donde hay información y ha sido analizada, lo cual ha permitido señalar que nos hallamos ante la mayor epidemia sanitaria y social del planeta; y la *consistencia* de los estudios realizados, ya que la mayoría de ellos han hallado desigualdades con características similares.² Además, los resultados obtenidos han permitido identificar cuatro rasgos generales de gran interés.³ En primer lugar, su *gran magnitud*, ya que el impacto de la desigualdad es enorme. Por ejemplo, en los años 90 se estimaba que si las tasas de mortalidad de la población afroamericana de los EE UU hubieran sido iguales a las de los blancos, se hubieran evitado cerca de 900.000 muertes entre 1991 y el año 2000. Durante el mismo período de tiempo, los avances médicos solo consiguieron evitar 176.000 muertes. La mortalidad infantil de los hijos de madre de clase trabajadora en Bolivia es de 100 por 1.000 mientras que la de los hijos de madre de clase media es de 40 por 1.000. Otro ejemplo de desigualdad social lo tenemos bien cerca, en el reino de España, donde cada hora mueren cuatro personas (35.000 muertes anuales) relacionadas con la desigualdad social.

Segundo, su *gradualidad*, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud sino que la desigualdad se extiende a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación, también empeora progresivamente la salud de los ciudadanos. No se trata, por tanto, de que los más pobres, marginados o “excluidos” tienen peor salud sino de que existe un “gradiente” de salud según el cual cuanto peor es la situación social peor es la situación de salud. Así, pues, la mortalidad del quintil más bajo de ingresos tiende a ser mayor que la del cuarto quintil que, a su vez, es mayor que la del tercer quintil.

Tercero, la *no reducción* de la desigualdad, ya que en la gran mayoría de casos las desigualdades en salud no solo no se reducen sino que, de hecho, se mantienen o aumentan. Es decir, aunque en numerosos países y regiones del mundo muchos indicadores de salud, y en especial los de mortalidad, tienden a mejorar, no

2. En este texto se han obviado los aspectos más técnicos, científicos y académicos relativos al debate sobre las características, causas e impacto de las desigualdades en salud.

3. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta Sanitaria 1997; II:255-258.

ocurre así con los indicadores de la desigualdad en salud, ya que se mantiene o aumenta la distancia relativa entre las clases o grupos sociales.

Cuarto, su *adaptabilidad* social e histórica, ya que, bien sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de “estilos de vida” que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son los que se benefician antes, y en mayor proporción, de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Y ello tiene que ver con complejas causas sociales relativas a los procesos históricos que determinan la distribución de información, oportunidades, recursos y poder en cada sociedad.

REFERENCIAS

- Benach J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo, 2005. http://www.elviejotopo.com/web/libros_detalle.php?idLibro=143
- Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M. *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global*. Barcelona: Icaria, 2010.
- Benach J, Muntaner C. *Paro, emergencia de salud pública*. "El periódico", 29-03-II. Ver en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/opinion/paro-emergencia-salud-publica/955598.shtml>
- Benach J, Muntaner C. *La equidad en salud es un indicador clave para valorar la justicia social*. Entrevista. Sin Permiso, 18-06-II. Ver: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=4249>
- Commission Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Commission Social Determinants of Health (CSDH). *The Commission calls for closing the health gap in a generation*. Geneva: WHO, 2008. Ver en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- Department of Health and Social Security (DHSS). *Inequalities in health: report of a research working group*. London: DHSS, 1980 (Black report).
- Eurofound. *Second European Quality of Life Survey (2EQLS)*, 2009. Consultado en <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0902.htm>
- European Comission, Competition DG. *Pharmaceutical sector inquiry. Final report*, 2009.
- Gordon, D. *An alternative ten tips for staying healthy*. October 10, 1999. <http://www.bristol.ac.uk/poverty/healthinequalities.html>
- Last, JM. *The iceberg: Completing the clinical picture in general practice*. *Lancet* 1963;6:28-31. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(63\)92546-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(63)92546-7/fulltext)
- Muntaner C, Lynch J. *Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program*. *Int. J. Health Serv.* 1999; 29(1):59-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10079398>
- Naciones Unidas. *Declaración Universal de derechos humanos*. Artículo 25, 1948. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org> accessed 7 March 2008).
- Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. *Politics and health outcomes*. *Lancet* 2006; 368 (9540): 1033-1037.
- Navarro V, Shi L. *The political context of social inequalities and health*. *Soc Sci Med* 2001;52(3):481-491. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330781>
- Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.



Evolución del enfoque del sector salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Hacia una mayor equidad en salud mediante el trabajo con los determinantes de la salud

Sergio Galán Cuenda

JEFE DEL ÁREA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE COOPERACIÓN SECTORIAL.
DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN MULTILATERAL, HORIZONTAL Y FINANCIERA.
AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO (AECID).
MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN.

Este artículo está basado en la ponencia que presentó en el "Encuentro de salud global en América Latina" en la celebración del 25 aniversario de la AECID que tuvo lugar en el Centro de Formación de la Cooperación Española, en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), del 3 al 5 de diciembre de 2013.

Antes de aproximarnos al concepto de equidad en salud, conviene tener presente algunos datos:

- La carga de inequidad en la salud global es constante en las últimas dos décadas: entre 18 y 19 millones de muertes en el mundo son evitables. Una de cada tres muertes es evitable.
- Más de 1.000 millones de personas no pueden utilizar los servicios sanitarios por falta de disponibilidad o accesibilidad económica.
- 100 millones de personas caen en la pobreza cada año por tener que pagar de su bolsillo los servicios sanitarios en el momento de la enfermedad.
- Existe grandes e injustas diferencias entre países y dentro de un mismo país respecto al estado de salud de la población.

Aproximarnos al concepto de equidad en salud, puede parecer sencillo entendiéndola como la oportunidad para que “la población reciba la atención de acuerdo a sus necesidades” (José María Paganini, OMS, junio 2013). El problema radica, en el “cómo” ¿Cómo poner en práctica en nuestras “estructuralmente injustas” sociedades ese concepto de equidad para que toda la población cubra verdaderamente sus necesidades?

En primer lugar, para asegurar la equidad en salud, además de tener un sistema sanitario que pueda responder a la demanda y ciudadanos conscientes de sus derechos y responsabilidades, se debería asegurar el establecimiento de un Estado capaz de poner en marcha medidas que den respuesta a los determinantes sociales de la salud, es decir, “aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos mundiales, nacionales y locales que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es: las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud, 2009). En definitiva, el desarrollo de una sociedad, rica o pobre, debe juzgarse no por la cantidad sino por la calidad de la salud de su población; por cuán justa es, finalmente, la distribución de la salud en la sociedad y qué grado de protección existe en ella. (Comisión sobre los Determinantes de la Salud, 2008, OMS).

En segundo lugar, al ser muchas las causas básicas de la mala salud, deberá abordarse un enfoque amplio y equitativo que abarque a toda la sociedad: “la atención

primaria de calidad, que no es otra cosa que la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, [...] puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” (Alma-Ata, 1978). Es necesario situar a la persona como elemento central de la prestación, teniendo en cuenta principios de equidad, solidaridad, justicia social, acceso universal, acción multisectorial, descentralización y participación comunitaria y de las mujeres, principios que son la base del fortalecimiento de los sistemas de salud. Cabe destacar que se trata de un enfoque de atención integral/renovada y no una atención primaria “selectiva”, como sería si se centrara de forma exclusiva en la provisión de servicios: el tratamiento, rehabilitación y atención médica primaria.

COMPROMISOS E INICIATIVAS NACIONALES Y GLOBALES QUE ASEGURAN CIERTO ENFOQUE DE EQUIDAD

Este es el enfoque que la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) establece para su cooperación en salud, en el marco internacional de las declaraciones de Alma-Ata de 1978 sobre atención primaria de calidad, la Resolución 62.12 de la OMS de 2009, las conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre el papel de la Unión Europea en la salud global de 2010 y la Declaración de Río sobre determinantes de la salud de 2011.

En esta línea, cabe hacer especial hincapié en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010, fecha en la que España se adhirió a la Alianza Global de Salud (International Health Partnership, IHP) y firmó el acuerdo global comprometiéndose a poner en práctica los principios de eficacia en el sector salud. Básicamente, la Alianza Global promueve: (i) el apoyo a los procesos de planificación nacionales en el sector; (ii) mayor confianza en los planes nacionales a través de la promoción de evaluaciones conjuntas de sus fortalezas y debilidades; (iii) la armonización del apoyo financiero y de asistencia técnica de todos los socios de desarrollo; (iv) un marco único para el control y seguimiento de la implementación de los planes y (v) mayor rendición de cuentas mutua. Desde entonces, España también

ha promovido dos evaluaciones del sector salud y la firma de acuerdos IHP en países como Etiopía, Mozambique, Malí, Níger, Mauritania y El Salvador.

El III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012 ya recogía la salud como un derecho básico y bien público, además de ser un objetivo prioritario y fundamental de desarrollo (sin salud no hay desarrollo) y animaba al refuerzo de los sistemas de salud, a la utilización de instrumentos programáticos y a la firma del IHP, pero no fue hasta la presidencia de España de la Unión Europea cuando se impulsó el enfoque de equidad, definitivamente, en el sector salud de la cooperación española. Durante el primer semestre de 2010 se impulsó y aprobó una nueva política para mejorar el papel de la Unión Europea en la salud mundial y acompañar de forma eficaz a los países para el logro de los ODM: “El rol de la Unión Europea en salud global” con cuatro enfoques prioritarios: (i) creación de un sistema de gobernanza global; (ii) impulso al esfuerzo colectivo para promover la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud para todos (equidad); (iii) mayor coherencia entre las políticas comunitarias relativas a salud y (iv) mejorar la coordinación de la Unión Europea en investigación sobre salud mundial y fomento del acceso de los países en desarrollo a nuevos conocimientos y tratamientos. Las conclusiones sobre salud global fueron aprobadas por el Consejo de Ministros de la Comisión Europea en mayo de 2010.

En el IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016 se vuelve a hacer hincapié y se refuerza la salud global como derecho humano fundamental y como elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza. Para asegurar ahora más que nunca el enfoque de equidad se priorizará, entre otras cosas, el enfoque programático sectorial en salud y se apoyarán los programas de formación y capacitación de recursos humanos destinados a la mejora de la gobernanza, de la gestión y de la eficiencia de los sistemas de salud, con participación democrática, transparencia y rendición de cuentas. Asimismo, se promoverán las políticas públicas necesarias para una mayor protección en servicios sociales de las personas mayores, discapacitados y en situación de dependencia.

El Plan de Actuación Sectorial (PAS) 2011-2013 que, en el momento de escribir este artículo está en proceso de evaluación, se rige por los principios de equidad trabajando sobre pilares de coherencia, gobernanza y conocimiento e innovación y enmarca todas las acciones en los principios de eficacia de la ayuda (Declaración

de París, Agenda de Acción de Accra; Bussan e IHP+). De esta forma, para poder alcanzar mayores niveles de equidad y coherencia en todas las acciones de la AECID en salud se establecieron distintas líneas estratégicas de concentración. Cabe destacar la línea estratégica 1 “Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos”. Aquí la AECID quiso centrar sus esfuerzos en el fortalecimiento de capacidades, la previsibilidad, equidad y sostenibilidad de la financiación de los sistemas de salud, el apoyo al enfoque de atención primaria integral y el apoyo a la gestión del conocimiento e investigación.

Además, en la línea estratégica 2 “Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud” se enfatizó el apoyo al acceso a los servicios integrales de salud (enfoque de integración en la atención primaria) y la mejora de la salud infantil a través de la atención integrada, teniendo en cuenta factores como la nutrición, las crisis alimentarias y el acceso al agua y saneamiento (determinantes sociales de la salud). EL PAS se fundamenta en una concepción incluyente del proceso de salud-enfermedad y lleva a la práctica el enfoque de atención primaria integral mediante mecanismos como:

- Investigaciones participativas sobre experiencias de atención en el primer nivel y diagnóstico de salud comunitario.
- Transformación de programas verticales en horizontales e integración de enfoques (promoción, prevención, curación y rehabilitación) en tres ámbitos de análisis-acción (comunitario, familiar e individual).
- Coordinación horizontal, respetuosa y de aprendizaje recíproco entre los modelos de medicina tradicional-popular y el biomédico dominante, constatando tanto la vigencia de sus saberes y prácticas, como su importante contribución a la resolución de problemas de salud.
- Ciclo de la vigilancia sociocultural de la salud (recolección, análisis, acción y evaluación) que rompe el paradigma dominante (biomédico y curativo) y avanza hacia un nuevo accionar en el campo de la salud.
- Perspectivas del derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente.

El PAS fue un documento no solo estratégico sino también con vocación operativa, para poner en práctica los lineamientos estratégicos de forma adecuada para el logro de resultados de desarrollo. Para su elaboración, se llevó a cabo un diagnóstico y establecimiento de línea de base previa sobre las actuaciones de

la AECID y se establecieron metas y compromisos concretos con indicadores y fechas precisas, por ejemplo, en el uso de modalidades de cooperación (60% vía ayuda programática), en el porcentaje de la ayuda oficial al desarrollo española que debía destinarse a salud (40%), o en el fortalecimiento de capacidades en los países prioritarios (80% en los países en donde la salud es prioritaria).

Otro de los ejemplos de la evolución y aplicación del enfoque de equidad en el trabajo en el sector salud de la AECID subyace en la apuesta por la concentración de la ayuda ya impulsada por el Plan de Actuación de Salud (PAS 2011-2013) con el fin de mejorar el impacto de la misma, contemplando criterios de equidad en la preselección del sector en las programaciones con los países prioritarios. Se destaca la necesidad de priorizar y aumentar el apoyo a los países que se encuentran en situación precaria, ayudar a los países con pocos donantes («países huérfanos») y a los que se encuentran más lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Para aplicar este planteamiento, en principio, resulta coherente priorizar los países menos adelantados (PMA) y mantener la apuesta por África subsahariana (sea de forma directa o delegada), a la par que parece razonable seguir cooperando en América Latina; aunque en el caso de los países de renta media sería necesario replantear estratégicamente la intervención.

En el mencionado documento se hace una revisión de los países atendiendo a los criterios NAWP (Need, Willingness, Aid, Performance) clasificando a los países, eventualmente socios de cooperación en salud, según las siguientes variables:

1. Necesidades económicas y sanitarias.

- Cálculo de la brecha potencial en financiación pública para la salud en caso de que se asignara el 15% del presupuesto nacional al sector salud.
- Análisis de indicadores de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, adultos, mortalidad materna, esperanza de vida y años de vida perdida por discapacidad (AVAD).

2. Predisposición a destinar recursos financieros para la salud: cálculo del gasto destinado a la salud respecto al porcentaje total de gasto del gobierno en 2007.

3. Ayuda. Monto de la ayuda en salud per cápita respecto a la brecha potencial en financiación pública para la salud.

- Ejecución mediante la medición de varios indicadores respecto a la financiación pública del sector salud: (a) atención al parto por personal cualificado, (b) mortalidad evitada en niños y niñas menores de 5 años, (c) mortalidad materna evitada, (d) progreso en el ODM 4 (reducir la mortalidad infantil).

PERSPECTIVAS DE FUTURO HACIA UNA AGENDA DE SALUD GLOBAL POST 2015

Desafortunadamente, no parece que España haya cumplido todas las metas y objetivos establecidos en el Plan Sectorial de Salud ni en los planes directores de la cooperación española, por lo que es importante evaluar este hecho antes de enfrentarse a una actualización programática que cubra el siguiente ciclo de políticas hasta el año 2017. Mientras se encuentra en preparación la actualización del PAS y con la agenda de desarrollo sostenible post 2015 en el horizonte, es necesario impulsar con fuerza la salud global e ir más allá de los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud, en pro de la equidad. Para lograrlo, desde la AECID y la cooperación española se deberían establecer algunas premisas en la hoja de ruta para llegar con buen pie a la siguiente década, tales como:

1. La aplicación efectiva del enfoque multisectorial y comprehensivo para atender la salud global y sus determinantes sociales, enfatizando los valores de equidad, fortalecimiento de sistemas nacionales, protección social y coherencia de políticas.
2. El diseño de las intervenciones de cooperación debería tener en cuenta las necesidades conjuntamente establecidas en el contexto de cada grupo, de cada sociedad, de cada país y de cada región, teniendo en cuenta la coherencia de políticas externas e internas que influyen en la justicia social y el desarrollo mutuo como una sociedad globalizada. Deben estar centradas, por lo tanto, en el paciente, en la persona y en el grupo social y no en la enfermedad para evitar el mantenimiento de sistemas de salud estructuralmente injustos e insostenibles, deformados, fragmentados e hipertróficos, muchas veces con las mejores intenciones.

3. Los sistemas de información deben fortalecerse para disponer de datos fiables y desagregados que permitan una “toma de decisiones informada y participada” con control social que dirija de forma efectiva la lucha contra la injusticia y la inequidad local, nacional e internacional.

En definitiva, la equidad en la salud global debe convertirse en el indicador del desarrollo humano en términos económicos, sociales y ecológicos. Para ello, debe establecerse un marco de actuación global, bajo el enfoque de derechos humanos, que incluya dos pilares fundamentales: la cobertura sanitaria universal de servicios de salud de calidad y la gobernanza sanitaria global basada en el derecho a la salud.



La equidad de género en salud: un camino por recorrer

Idoia Aparicio Goñi

DOCTORA, ANTROPÓLOGA Y DIPLOMADA EN ENFERMERÍA.
PROFESORA DE CIENCIAS DE LA SALUD DEL CENTRO
UNIVERSITARIO SAN RAFAEL-NEBRIJA (MADRID) .

La equidad en salud implica alcanzar el desarrollo máximo de la potencialidad de la salud de todas las personas en aquellos campos donde el ser humano puede significarse. Margareth Whitehead define la equidad como la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables, considerando necesario la planificación de políticas internacionales y nacionales que respalden estos fines.

Por ser humano entendemos el conjunto de todos los humanos que pueblan la tierra, en todas sus franjas etarias, con todas las etnias, con ambos sexos y con todas las construcciones posibles del género. El día 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de la ONU aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la que se integran los 30 derechos fundamentales y, supuestamente, inalienables de los seres humanos. Así se establece en el artículo 25 de la mencionada declaración.

La salud no tiene únicamente una perspectiva biológica. No se está sano o enfermo únicamente por un malfuncionamiento orgánico o por una desviación de los parámetros que indican el buen funcionamiento del organismo. Lo biológico no es el único indicador de la salud, incluso cuando la enfermedad se expresa específicamente en la biología, esta es solo una parte del problema.

Las condiciones de vida de la población, la pobreza, la ausencia de agua potable, la falta de vivienda digna, la falta de alimentos, el paro o el trabajo precario, la ausencia de la capacidad de mantener la dignidad humana son determinantes llamados sociales y universalmente reconocidos como condicionantes de la salud y hace algunos años que se ha añadido el condicionante de género. Las diferencias en salud que se instauran por pertenecer a uno u otro sexo se fundamentan en el género como construcción cultural y social del determinante biológico sexo.

Desde el género se construye y reconstruye a las mujeres y a los hombres, ya que no hay una construcción de género femenino, sino un sistema de género donde lo femenino y lo masculino se van articulando y reformulando, siendo la construcción de la identidad de género, siempre, de uno en función del otro. En consecuencia, se están considerando y priorizando cuestiones sociales sobre condiciones biológicas, como causa de las diferencias en salud dependiendo de la construcción de género, pero la cuestión no puede ser tratada por separado. ¿Determinantes sociales y culturales o determinantes biológicos?

En las últimas décadas se están realizando estudios cuyos resultados confirman que las mujeres y los hombres están expuestos de manera diferente y que reaccionan también de diferente modo a los determinantes sociales de la salud. La salud de las mujeres se expresa en problemas biológicos, con afectación de su nivel de salud, aunque la causa de la mala salud tenga su origen en las malas condiciones de vida que sufren. Hombres y mujeres tienen vidas diferentes y diferentes maneras de enfermar.

La posibilidad de acceso a la educación, a la vida laboral, a la atención sanitaria, a la propiedad y a la libre toma de decisiones en facetas fundamentales, como el matrimonio y la maternidad, son aspectos que influyen positiva o negativamente en la salud de las mujeres. Asimismo, el interés de cada Estado por conseguir una situación de igualdad o, en los casos necesarios, de protección de la salud de las mujeres, se puede considerar como factor positivo que ayudará a incrementar la salud de la población femenina. En aquellos países en los que legislación y el modelo social se acercan a la equiparación entre hombres y mujeres, la situación respecto a las diferencias en salud en función del género se está abordando y revisando a través del *mainstreaming*¹ de género en las políticas de salud, para conseguir terminar con los sesgos de género.

Como en todos los campos de la investigación, también la biomedicina está condicionada por la mirada androcéntrica², por lo que se considera que todo lo que se investiga, descubre y trata en el varón es extrapolable a la mujer.

Esta rigidez de pensamiento tiene como resultado que se considere que hombres y mujeres tienen los mismos síntomas para un problema, enferman igual y responden igual a los tratamientos o, por el contrario, lleva a considerar que, como biológicamente tienen diferencias, no pueden tener los mismos problemas de salud (Ruiz M.T., Verbrugge L., 1997).

-
1. El Consejo de Europa, en 1988, definió el *mainstreaming* como "La organización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos de modo que la perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores involucrados en la adopción de medidas políticas".
 2. Androcentrismo es la identificación de la mirada del hombre, varón, como la única posible, relegando lo femenino a la invisibilidad. El varón es el centro del universo y se generaliza a la mujer todo lo que se refiere al ser humano, aunque no se haya estudiado ni comprobado con las mujeres.

En otras ocasiones, lo que se olvida en relación a las mujeres es que, además de estar condicionadas por entornos sociales y culturales desfavorables, también sufren trastornos biológicos, enfermedades por un malfuncionamiento orgánico que, con frecuencia, se esconden detrás de otras explicaciones, solo porque no se han estudiado, ya que afectan mayoritariamente a mujeres. Por todo ello, mujeres médicas investigadoras acuñan el término morbilidad diferencial “como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar estos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino” (Valls Llobet, C., Banqué, M., Fuentes, M., Ojuel, J., 2008).

La morbilidad diferencial es la vía para la equidad dentro de la biomedicina, la posibilidad de investigar, identificar, diagnosticar y tratar las enfermedades que afectan a las mujeres, como específicas y no como la vertiente femenina de los problemas de los hombres. No hay que considerar solamente que las únicas especificidades que tienen las mujeres son las cuestiones reproductivas, sino investigar cómo son las enfermedades comunes a hombres y mujeres, en las mujeres. Hasta este momento, a pesar de algunos esfuerzos aislados, es una asignatura pendiente.

Sabemos que los hombres tienen una esperanza de vida inferior a las mujeres, a pesar de que los determinantes sociales están a su favor. Tienen mayor incidencia de problemas cardiovasculares, diabetes, cáncer de pulmón y alcoholismo, pero las mujeres sufren más problemas depresivos, alimentarios o enfermedades degenerativas osteoarticulares (Kraemer, S., 2000). Esta situación es la llamada “paradoja de género”, ya que es una contradicción que los determinantes favorezcan, en general a los hombres, mientras que la esperanza de vida de las mujeres sigue aumentando, a pesar de que los años de diferencia se caracterizan por una mayor morbilidad incapacitante y dolorosa. Es una prueba más de la escasez de investigación con respecto a los diferentes factores de riesgo en la morbilidad femenina y masculina.

La construcción de género masculino, o como la define Luis Bonino, el modelo de masculinidad tradicional hegemónica, puede representar un factor de riesgo sesgado en contra de la salud de la población masculina que hace suyos los valores tradicionales. La autosuficiencia, la belicosidad, la autoridad jerárquica, el riesgo como estilo de vida, interiorizados como ideales y obligaciones, tienen

como consecuencia la asunción de prácticas y hábitos no saludables (Bonino, L., 2004). Las causas de muertes prematuras en varones son, en gran medida, el efecto de la interiorización de estos valores que construyen el género masculino: accidentes de tráfico, alcoholismo, drogas, sobre todo en las edades más jóvenes, cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, relacionadas con hábitos tóxicos arrastrados durante años, en la edad adulta.

Con respecto a la salud de las mujeres, hay un número importante de estudios que comparan la salud de las mujeres con ocupación remunerada y la de las amas de casa, encontrando resultados que indican que las primeras tienen mejor salud. De estos estudios se podría concluir que la asunción de nuevos roles (profesionales, laborales) es un factor de protección respecto a la enfermedad. Sin embargo, no se tienen en cuenta las situaciones, ampliamente difundidas, de las dobles jornadas (mujeres con horario laboral completo, asalariadas con dedicación de tres o más horas al trabajo doméstico). Los estudios que contemplan estas posibilidades demuestran que la doble jornada es un factor de riesgo respecto al deterioro de la salud. En los estudios en los que se relacionan mujeres con hijos y cargas familiares a jornada completa frente a amas de casas, la salud de las primeras es peor y se percibe como tal.

Los estudios no suelen tener en cuenta quiénes son las mujeres asalariadas; muchas de ellas jóvenes solteras, sin cargas familiares, sin dobles jornadas, cuando realizan las muestras para los estudios. Generalmente, tampoco se especifica el tipo de trabajo que realizan, ya que trabajos en los que se puede tener iniciativa y creatividad son más saludables que aquellos con rutinas de repetición y sin posibilidades creativas. Tampoco se tienen en cuenta los salarios y el nivel profesional: no tiene la misma capacidad de potenciar la salud el trabajo de arquitecta que el de limpiadora de un colegio.

Según el modelo de estrés del esfuerzo de Marianne Frankenhauser (Frankenhauser, M. y Johansson, G., 1986), cuando se realizan trabajos repetitivos con ritmo marcado (por ejemplo una cajera en un supermercado) los niveles de adrenalina y cortisol que se detectan en un análisis de orina aumentan. En el caso de un trabajo con un ritmo libre y creativo, los niveles de adrenalina aumentan, pero disminuyen los de cortisol. Según este modelo, las mujeres cuyos trabajos asalariados son rutinarios y marcados por un ritmo fijo y que además tienen cargas familiares, es decir una segunda jornada, otra vez con tareas repetitivas

y también sujetas a ritmos temporales marcados, mantendrán unos niveles de cortisol alto durante muchas más horas. Mientras que un hombre, con el mismo trabajo repetitivo productor de cortisol, estará un número de horas al día, durante cinco días a la semana, la mujer duplicará esas horas de trabajo, lo mismo que duplicará la producción de cortisol.

Las dobles jornadas afectan a aquellas mujeres que tienen el rol de cuidadoras principales de otra persona, generalmente un familiar cercano. Según un estudio de la OCDE, en 2008, más del 89% de los cuidados informales son asumidos por mujeres, representando una sobrecarga añadida si son trabajadoras y madres de familia (triple jornada).

Hay estudios que concluyen que las mujeres con dobles y triples jornadas tienen niveles altos de cortisol en sangre mantenidos en el tiempo, y esta elevación hormonal también se relaciona con otras situaciones estresantes como son el maltrato y la violencia de género.

Si nos preguntamos qué efectos pueden tener los altos niveles de cortisol durante largos periodos de tiempo, vemos que el cortisol afecta al sistema inmunitario, al metabolismo de las grasas, a los huesos y a la labilidad de los estados de ánimo y que, en múltiples estudios, su incremento se relaciona con el aumento del estrés. Muchos de los males que afectan más a mujeres que a hombres podrían estar relacionados con esta hormona. Sin embargo, de nuevo, chocamos con la visión androcéntrica cuando hablamos de la investigación, ya que la mayoría de los estudios y ensayos clínicos siguen realizándose con hombres. En una revisión realizada en 2008, analizando Medline durante los últimos tres años, solo se encuentran 54 estudios sobre la salud de las mujeres y el trabajo, y en la Cochrane Library solo se referencian tres ensayos clínicos al respecto. La investigación sigue sin interesarse por la morbilidad específica de las mujeres, por las enfermedades cuando afectan a las mujeres, incluso lo conocido y estudiado no se difunde exhaustivamente, o no se implementa.

La enfermedad cardiovascular se considera un problema mayoritariamente masculino, pero es también la primera causa de muerte de las mujeres en España a partir de los 70 años. Los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular han sido ampliamente estudiados en hombres y mujeres. Los factores de riesgo en mujeres son la diabetes, la obesidad y la anemia, pero en las recomendaciones

generales que se hacen para prevenir estos problemas, se aconseja controlar la hipertensión arterial, el colesterol sérico o el tabaquismo, todos ellos factores de riesgo masculinos.

Asimismo, la respuesta a los fármacos no es la misma. Durante años se utilizó la aspirina para prevenir un segundo infarto en personas que ya habían sufrido uno, pero cuando se revisaron los resultados, se vio que, mientras en los hombres era una terapia efectiva (los ensayos clínicos previos a la comercialización para esta indicación se habían hecho con hombres), en las mujeres solo se consiguió aumentar la incidencia de sangrado gástrico, sin que fuese efectiva en la prevención de un segundo infarto. También aparecen diferentes resultados respecto a la digoxina, medicamento ampliamente utilizado en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. En algunos estudios se ha encontrado mayor mortalidad en mujeres tratadas con digoxina frente a las que fueron tratadas con un placebo (Rathore et al., 2002), mientras que la eficacia en varones se ha comprobado ampliamente en los estudios de cohortes.

Respecto al acceso a los servicios sanitarios, en los países occidentales están garantizados con equidad, al menos jurídicamente. Sin embargo, cuando se realizan estudios en los que se comparan tiempos de espera hasta ser atendidos, pruebas diagnósticas realizadas, las terapias y fármacos utilizados, deberíamos obtener resultados muy parecidos para ambos sexos. La realidad, según estudios realizados en países occidentales, es otra.

Todo el proceso para obtener buenos resultados en el pronóstico y la evolución de la enfermedad se basa en un correcto diagnóstico, pero los diagnósticos están muchas veces sesgados en función de ideas preconcebidas acerca la morbilidad femenina; por ejemplo, las mujeres tienen menos enfermedades pulmonares porque no fuman (al menos las de mayor edad), o se confunden los infartos de miocardio de las mujeres con crisis de ansiedad e incluso con problemas estomacales, debido a que las mujeres presentan, en un número importante de casos, síntomas muy diferentes a los hombres.

Las mujeres llegan al sistema de salud pero, desgraciadamente, también las construcciones sesgadas de sus enfermedades. Un ejemplo de ello es el estudio acerca del esfuerzo terapéutico en el infarto de miocardio. Se ha estudiado respecto al uso de la fibrinólisis, el ingreso en UCI, realización de angioplastia y de

cateterismos. En un estudio realizado en Guipúzcoa (Larrañaga N., Baterretxea M., 2002), se evidencia el ingreso en UCI de un 90% en hombres, frente a un 75% en mujeres. La trombolisis se aplicó a hombres en un 33% frente a un 24% a mujeres, las angioplastias se realizaron a hombres en un 48% frente a un 29% en mujeres y el cateterismo en un 10% en hombres y un 6% en mujeres. Estos datos son de pacientes con infartos, de los cuales el 14% de los hombres y el 28% de las mujeres eran de pronóstico muy grave.

Los datos de tiempos de espera para consultas o intervenciones, en la mayoría de los estudios, son también favorables en los varones, para patologías iguales y de similar gravedad (Brugulat P., Séculi E., Fusté J., 2001; Esteban MJ., Gómez RJ., 2002).

Estas son algunas pinceladas del gran lienzo de desigualdad en nuestros sistemas de salud occidentales y podemos concluir que se siguen investigando poco las enfermedades en mujeres, no las enfermedades de mujeres. Las mujeres padecen infartos de miocardio, EPOC, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y otras muchas patologías, pero no basta con realizar estudios sobre varones y extrapolar los resultados de su sintomatología, evolución y tratamiento en mujeres.

La construcción de género puede estar influyendo en la atención que reciben las mujeres, quizá se las considere más demandantes o quejasas que los hombres, que sus dolencias no merezcan la misma credibilidad o, peor aún, que se considere prioritario atender a los hombres antes que a las mujeres. ¿Cómo si no explicar las diferencias en las actuaciones, en las pruebas diagnósticas, en el esfuerzo terapéutico, en los tiempos en las listas de espera?

No se tienen en cuenta las vidas de las mujeres, las situaciones de dobles jornadas (trabajadora asalariada, trabajadora en el hogar), o la sobrecarga que representa el rol de cuidadora de personas dependientes (jornadas de 24 horas, siete días a la semana, mes tras mes) a la hora de buscar explicaciones a múltiples dolencias de las que casi nada se conoce. No se investiga o se investiga poco acerca de las enfermedades incapacitantes y dolorosas que sufren muchas mujeres cuando alcanzan la vejez.

Es cierto que los determinantes sociales afectan más negativamente a las mujeres. La pobreza, el paro, la diferencia de oportunidades respecto a alcanzar mejoras

laborales y sociales, las cargas familiares tienen mayor incidencia en las mujeres, pero en el ámbito de la ciencia, de la investigación, en los planes de estudios universitarios, en las carreras de ciencias de la salud, en la medicina en general y en los servicios de salud se debería hacer una profunda reflexión acerca de cómo acabar con la inequidad dentro de un sistema, en teoría igualitario. Quiero creer que estamos en marcha, pero todavía nos queda un largo camino que recorrer.

REFERENCIAS

Ruiz M.Teresa, Verbrugge Lois, (1997) A two way view of gender bias in medicine. *J-Epidemiol-Community-Health*. 51: 106-109.

Valls Llobet, Carme, Banqué, Marta, Fuentes, Mercé, Ojuel, Julia. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, abril, 9-22.

Frankenhaeuser, M. y Johansson, G. (1986), El estrés en el trabajo: aspectos psicobiológicos y psicosociales. *Aplicado Psicología: Una Revisión Internacional*, 35: 287-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.1986.tb00928.x.

Kraemer, Sebastian. (2000) The fragile male. *British Medical Journal*, Diciembre, 609-1612.

Bonino, Luis. (2004). Masculinidad, Salud y Sistema Sanitario. Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Instituto de la Mujer/España/OMS. En Ruiz Jarabo y Blanco (Comp) La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid. Diaz de Santos.

Sorensen, Gloria; Verbrugge, Lois. (1987) Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, vol 8, 235-251.

Rathore, Saif S.; Wang, Yongfei & Krumholz, Harlan M. (2002). Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. *New England Journal of Medicine*, 347 (18), 1403-11.

Larrañaga N, Batteredretxea M. (2002) Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Guipúzcoa. *Gac Sanit* 16(Supl 1):60.

Brugulat P, Séculi E, Fusté J. (2001) Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información. *Gac Sanit*, 5:54-60.



Hacia modelos de salud pública nacional y mundial basados en la ética de la equidad: siete pasos para un cambio transformador

Juan Garay

JEFE DE COOPERACIÓN DE LA UNIÓN
EUROPEA EN MÉXICO.
PROFESOR DE SALUD GLOBAL
EN UC BERKELEY Y EASP GRANADA.



INTRODUCCIÓN

El panorama actual de la salud mundial carece de gobernanza democrática (para todos), de rendición de cuentas del objetivo común (mejor salud para todos), de estrategias nacionales y mundiales que no influyen en las causas (en todas las políticas) y permanece fragmentado en cuanto al acceso y uso de servicios de salud de calidad. Tal situación se traduce en inequidad sanitaria en todo el mundo que causa cerca de 20 millones de muertes cada año, una de cada tres muertes es injusta y evitable, cantidad y porcentaje que han permanecido estancados en los últimos 20 años.

Este trabajo propone siete pasos para un cambio transformador que incluye la definición internacional (actualizada) y el objetivo de la salud, la puesta en marcha del derecho universal a la salud (con un compromiso pendiente con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC–), los principios de las iniciativas de salud global (a menudo inexistentes), las causas sociales y los factores ecológicos que influyen en la salud (complejo y carente de análisis jerárquico), el compromiso internacional y de la OMS para vigilar la equidad en salud, la cooperación al desarrollo (insuficiente, no vinculante no ligada, no equitativa), las políticas y programas y la necesidad (basada en la ética de la equidad) para revisar las políticas mundiales y nacionales de la salud.

SIETE PASOS PARA UN CAMBIO TRANSFORMADOR

I. Poner en valor y actualizar el objetivo de salud global: revisión del artículo uno de la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y definición de la salud

El artículo I de la constitución de la OMS establece: “La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. Curiosamente, cada año se publican, como promedio, más de 30 resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y se celebran unas doce conferencias internacionales al más alto nivel, aparecen unas 150 iniciativas en salud global, miles de indicadores de salud comparando información sobre salud entre países y al interior de los mismos, un informe anual sobre estadísticas de salud con cientos de indicadores para cada país y, recientemente, el análisis de la carga global de la enfermedad que permite consultar por Internet unos seis millones de datos sobre salud nacional. Todo ello referido a situaciones de salud, tendencias, servicios, financiación, riesgos e incluso evaluaciones complejas de la carga de la falta de salud.

Hace poco, y como consecuencia del llamamiento de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, algunos países (menos de un tercio de todos los países y ninguno de los países de altos ingresos) informaron a la OMS sobre la equidad en salud y la información se limitó a la comparación de ciertas variables (nivel de educación de las madres, quintil de ingresos en el ámbito rural y urbano), el acceso a algunos servicios (vacunas y partos seguros) y la salud de determinados grupos (mortalidad de menores de 5 años). Quizá la pregunta más adecuada sea: ¿por qué nadie mide los avances del artículo uno de la constitución de la OMS? Si así se hiciese, sería necesario dar dos pasos: definir o, por lo menos, hacer una estimación del “grado más alto posible de salud” y si se ha alcanzado, o no, para todas las personas.

Cuando se constituyó la OMS, la salud se definía como “un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se aceptó tal definición y así se difundió durante los pasados 60 años, pero, paradójicamente, las dimensiones del bienestar psicológico y social no se habían definido y no había indicadores al respecto, por lo que no existen datos

estadísticos ni metas acordadas en las miles de resoluciones de salud global ni en los acuerdos internacionales. A pesar de este olvido global, la definición debe revisarse y poner al día. En primer lugar, el “completo” bienestar. Pocas veces las personas sienten el bienestar “completo”, más bien todos tenemos más o menos problemas de salud que asumimos con el fin de disfrutar de la vida personal y social y con la naturaleza. En segundo lugar, nuestro bienestar no debería depender de la salud de otros ni basarse en la destrucción de la naturaleza, de la que dependen las futuras generaciones. Por lo tanto, la salud individual debería basarse en la equidad (enlazando con el objetivo de la constitución de la OMS) y la sostenibilidad (ajustando este concepto y el objetivo de la OMS al actual reto que supone la destrucción de la naturaleza y la contaminación atmosférica). En consecuencia, se propone una puesta al día de la definición de salud ligada al objetivo de salud global, en estos términos:

“Un estado de bienestar adaptado a los retos físicos, sociales y mentales de manera equitativa y sostenible, de tal modo que permita alcanzar el grado más alto posible de salud para todas las personas”.

2. Reconocimiento y puesta en práctica del derecho a la salud: un llamamiento para la firma y ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y del protocolo facultativo

La salud es un derecho humano que muchas personas no tienen reconocido. El papel de los Estados y de la sociedad civil difiere en términos de reconocimiento de los derechos, establecimiento de marcos legales, regulación de mercados y estrategias de salud nacional y global.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) reconoce el derecho a la salud y sus determinantes. Cuando se fundó la OMS (1948) se estableció como objetivo alcanzar el grado más alto posible de salud para todas las personas. Se tardaron unos 40 años en trasladar este objetivo al PIDESC cuyo artículo 12, al establecer el grado más alto posible de salud, reconoce al Estado como titular de la obligación de garantizar ese derecho, pero al darse cuenta de tal responsabilidad, muchos Gobiernos se abstuvieron de firmarlo. Transcurrieron otros 30 años para lograr que 10 países firmaran el protocolo

adicional al PIDESC y que se obligaran a la rendición de cuentas relativas a los derechos económicos, sociales y culturales.

Sin embargo, el derecho a la salud sigue siendo en muchos países una hermosa declaración y la mayor parte de la ciudadanía no puede informar, ni en el ámbito nacional ni internacional, acerca de la falta de reconocimiento de sus necesidades básicas o la falta de acceso a adecuados servicios de salud.

Curiosamente, los acuerdos globales o las iniciativas relativas a algunos problemas de salud o de determinadas poblaciones tuvieron más visibilidad y más atención política y social. Tal es el caso, a comienzos de este siglo, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud frente a la Observación general 14 relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Probablemente, tomar en consideración los resultados de iniciativas específicas, en períodos cortos, proporciona mejores créditos durante los mandatos de los políticos y es más susceptible de resultados concretos y titulares para la prensa que un enfoque a largo plazo estableciendo marcos adecuados de salud y servicios de salud universales e integrales que no dejen a nadie sin condiciones adecuadas de salud.

El primer tema que debería debatirse en el ámbito internacional relativo a la salud debería ser el reconocimiento del derecho a la salud. Existe una gran contradicción en el hecho de que conocidos países que lideran la causa de la salud global todavía no han reconocido el derecho a la salud en su propio país. Antes de hacer más declaraciones de compromisos con respecto a la mejora de la salud para todas las personas, repetidos durante los últimos 65 años, de organizar costosas conferencias internacionales y grandes declaraciones, todos los Estados deberían reconocer el derecho a la salud.

3. Principios para diseñar estrategias locales, nacionales y globales: desde la filosofía de la atención primaria de salud a los principios de salud global

En 1978 se celebró la conferencia de Alma-Ata en la que se acordaron los principios para avanzar en la salud para todos, haciendo hincapié en la democratización de la salud a través del reconocimiento de que se debe lograr la salud para todas las personas. Al cabo de unos años, la Carta de Ottawa reconoció la

estrecha relación de la salud con todas las políticas y que se debía contemplar en todas las políticas. En los años noventa, en todo el mundo, se fue considerando, paulatinamente, la salud global como referente a los desafíos en salud, reemplazando poco a poco el término de salud internacional y reconociendo la creciente diversidad de factores y actores que influyen en la salud de todas las naciones y de todas las personas.

Los principales principios referidos a la salud, acordados en las conferencias internacionales más importantes en los últimos 30 años, pueden resumirse en “salud para todas las personas” (constitución de la OMS), “salud con todas las personas” (Alma-Ata) y “salud en todas las políticas” (Ottawa). Estos principios, sin embargo, no se reflejan en muchas de las iniciativas en salud reivindicando lo global, al tiempo que solo tienen en cuenta algunos grupos de población o enfermedades, como ocurre en los ODM en salud, con decisiones importantes tomadas verticalmente lejos de las comunidades objetivo, en la capital, incluso en Ginebra o en Nueva York o centradas en intervenciones médicas y desligadas de los cambios estructurales de las políticas socioeconómicas. Muchas de estas iniciativas, que no son realmente globales, absorben gran cantidad de recursos internacionales para la salud y ejercen influencia en los acuerdos y compromisos internacionales.

La complejidad de factores y actores que influyen en la salud mundial, junto con intereses por determinados temas o de determinados grupos, a menudo priorizados de forma arbitraria e influenciados más por los lobbys que por la evidencia, demuestra la existencia, actualmente, de una débil gobernanza democrática internacional en el ámbito de la salud. Sería deseable que la gobernanza democrática en la salud siguiera las normas de los gobiernos de los países democráticos. Además, una OMS democrática requiere un presupuesto con contribuciones obligatorias y regulares según la capacidad financiera de cada país miembro (como en un sistema tributario equitativo), decidiendo democráticamente (según el peso de la población) las resoluciones para convertirse en programas destinados a la salud para todas las personas, con todas las personas y en todas las políticas.

4. Identificar las causas estructurales de la equidad en salud: convergencia y estructura de los enlaces de la salud con los determinantes sociales y ambientales

Un estudio realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud establece una larga lista de áreas de acción relacionadas con la salud y con la equidad en salud (desarrollo infantil temprano, ciudades sanas y seguras, desarrollo agrícola, financiación internacional para la equidad en salud, equidad de género y un largo etcétera) pero dicha lista carece de un análisis de los riesgos atribuibles a la salud mundial o nacional o a la equidad en salud. Por lo tanto, las recomendaciones no van acompañadas de un análisis estructural y racional para la selección de áreas prioritarias. Se han sucedido otros estudios, sin embargo, en un intento de estructurar las causas de la mala salud y las inequidades en salud, hemos utilizado la lógica de la pirámide de Maslow de necesidades de salud y agrupar las causas que influyen en tales necesidades:



Este esquema puede servir como una forma de racionalizar de alguna manera la caótica (cuando no influenciada) selección y categorización de las causas que influyen en la salud, desde las causas de la satisfacción de las necesidades básicas de salud (agua, nutrición), las necesidades de seguridad (física, química, biológica o radio magnética todavía ausentes en los análisis de riesgos) y las condiciones para maximizar nuestro potencial de salud físico –incluyendo el

potencial sexual– y psicosocial (todavía sin ser considerados en ningún informe mundial sobre la salud y la salud mental).

Las causas de cómo las sociedades y las personas son capaces de disfrutar de su potencial de salud tienen que ver con cuatro áreas principales: marcos jurídicos y reglamentarios que garanticen la igualdad de derechos en relación con las necesidades mencionadas anteriormente, un ambiente ecológico donde las personas pueden disfrutar de su relación saludable con la naturaleza, un flujo equilibrado de conocimiento y participación en la sociedad y una distribución equitativa de los recursos económicos (incluyendo el acceso a bienes y servicios).

5. Medición de la equidad en salud global y nacional: desde los ratios a los objetivos, mínimos y estimaciones de la carga de la inequidad en salud

Para calcular el peso de la inequidad en salud es necesario ponernos de acuerdo en el significado de equidad. Equidad no es igualdad. Una situación de inequidad es aquella con niveles de desigualdad injustos. En una estrategia equitativa se establecen objetivos y recursos según las necesidades, no en igualdad de condiciones para todos, permitiendo la discriminación positiva para aquellas personas en mayor riesgo o necesidad. Por lo tanto, la equidad en salud es la justa distribución de las desigualdades en salud. Whitehead (1992) añadió a la dimensión injusta la característica de “evitable”, que curiosamente refleja el objetivo constitucional de la OMS de mejores niveles “factibles” de salud para todos.

Al respecto surgen muchas preguntas: ¿cuáles son los niveles justos de desigualdad? ¿Cómo se pueden distribuir de manera justa en salud? ¿Qué parámetro de desviación es aceptable? ¿Cuál debería ser el umbral mínimo? El enfoque estadístico solo puede elegirse mediante acuerdo y, además, no tendría una relación directa con las causas subyacentes a las desigualdades en salud. Identificar los justos límites de la desigualdad a través de la distribución de la variable más influyente en la distribución de la salud añade un componente ético. En 2006, Paula Braveman propuso la siguiente definición de inequidad en salud: “Diferencias sistemáticas en salud entre grupos socialmente favorecidos y desfavorecidos”.

Si combinamos las características de las definiciones de Whitehead y de Braveman, apuntamos hacia un umbral de equidad en salud basado en las diferencias sociales que son injustas y evitables.

Cualquier información relativa a los avances o retrocesos en equidad en salud en un país o globalmente debe ser accesible y fácil de interpretar, tanto para los profesionales como para la sociedad civil en general. Sería deseable que la OMS desarrollara el monitoreo del enfoque de equidad en salud en todos los países, para todos los grupos de edad y objetivos, estableciendo mejores objetivos en salud, midiendo la carga de equidad en salud, el exceso de mortalidad y la carga de enfermedad. Los países deberían establecer sistemas nacionales y globales de seguimiento de la equidad en salud.

Dado que la carga de inequidad en salud está influenciada por el contexto legal, los conocimientos, los recursos y por cada una de las política sectoriales, resulta ser el mejor indicador de la cohesión social.

6. Elaborar un convenio internacional sobre el derecho a la salud y la equidad en salud: hacia un marco suficiente, equitativo, alineado y vinculante basado en la responsabilidad y la ética globales

Las inequidades en salud global están relacionadas con la injusta distribución de los recursos económicos. La única forma de mitigar la injusta distribución de recursos, que está causando tantas muertes al año, es la cooperación internacional. Hace más de 40 años, se estableció la meta de dedicar a la cooperación el 0,7% del PIB de los países desarrollados. Tal objetivo no se basó en análisis de necesidades. Quizá sería el momento de hacerlo.

Por otro lado, la aplicación progresiva de la contribución solidaria según rentas supone que los países de rentas más altas del planeta deberían multiplicar por diez el objetivo del 0,7% y la mayoría del resto de los países de la OCDE por tres o cinco veces. Dicho aumento de la contribución solidaria y el hecho de regularla mediante un sistema contributivo universal vinculante y no voluntario, arbitrario y volátil encontraría todas las resistencias del egoísmo que, siempre en la humanidad, ha generado el privilegio.

7. Estrategia de salud pública basada en la ética de la equidad: de la mitigación a la transformación

Tanto en el ámbito nacional como en el global se hace necesaria una nueva estrategia de salud pública que verdaderamente incluya los principios de salud por y para todas las personas, en todas las políticas, de una manera transformadora.

Actualmente, muchas políticas, estrategias y servicios de salud se centran en la provisión de servicios de salud universales y equitativos. La equidad en el acceso y uso de los servicios de salud, en muchas ocasiones, no existe o se encuentra muy debilitado dada la fragmentación predominante en los servicios de salud, tanto en su financiación como en la provisión, según la naturaleza de los ingresos y el trabajo de los ciudadanos. Además hay que tomar en consideración el protagonismo de los seguros privados y de los proveedores para capturar una parte creciente de la clase media con estilos de vida que provocan altos costos en salud, al tiempo que son poco sostenibles ecológicamente.

Las estrategias de “salud en todas las políticas” han progresado en muchos países a través de la evaluación de impacto en la salud de los sectores que influyen en los resultados de salud. Sin embargo, hasta dónde ha influido la salud en políticas críticas en cuanto a los niveles de salud y su distribución ha sido, por ser muy diplomático, limitada.

Una nueva filosofía y estrategia en salud pública basada en la ética de la equidad requiere algunas condiciones previas: basarse en marcos legales que aseguren iguales derechos para todos, incluyendo el acceso en igualdad de condiciones a los servicios de prevención y atención en salud con equidad en todas las políticas, que aseguren mecanismos de participación para que todas las personas tengan acceso a la información sobre la salud, su dinámica y las políticas públicas y mecanismos de financiación tendentes a una mayor equidad, para que la salud sea para todas las personas.

El peso de la desigualdad en la salud debe ser el indicador o uno de los indicadores claves en la medición de la inclusión de una sociedad y sus estrategias y políticas socioeconómicas. Es el mejor indicador de la cohesión social porque, prácticamente, ningún otro incorpora la dinámica de todos los factores ecológicos y sociales, así como las políticas.

La equidad también debería ser el principio rector de todos los sistemas de información de salud por desagregación de datos en cuanto a las causas (ingresos, educación, ubicación) y los determinantes, tales como sexo, edad y origen étnico. La recopilación de datos desglosados y el análisis de la información relacionada con la salud (incluidos los estilos de vida, los riesgos, la incidencia de enfermedades y acceso, uso y calidad de los servicios de prevención y cuidados de la salud) permitirá centrar la equidad en la salud y en todas las demás políticas.



Reformas de salud: ¿hacia la cobertura universal en salud o hacia los sistemas de salud universales?

Oscar Lanza V. (MD,MPH)

MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS
PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT (PHM BOLIVIA)
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
LA PAZ (BOLIVIA).

INTRODUCCIÓN

Si bien hoy se debate con inusitado dinamismo la cobertura universal de salud, lo cierto es que muchos de los activistas por los derechos humanos y el derecho a la salud hacen notar la falta de una definición más clara, pues según el criterio del *Movimiento por la Salud de los Pueblos*, hay una distancia importante sobre la definición desde su perspectiva del derecho a la salud, en relación a la que maneja el Banco Mundial y otros actores, interesados en obtener mayores ganancias en el mercado de la salud, antes que promover el *derecho a la salud*. Si bien ahora el Banco Mundial parece plantear un punto de inflexión en cuanto a *inclusión y equidad*, los líderes del mundo deben analizar cuidadosamente las propuestas hacia la cobertura universal de salud con equidad y su posición en las negociaciones sobre la Agenda de desarrollo post 2015, cuidando que se respete, genuinamente, el derecho a la salud.

La cobertura universal de salud, según la Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo “asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”. Para que una comunidad o un país puedan alcanzar la cobertura universal de salud se deben cumplir varios requisitos, a saber:

1. Existencia de un sistema nacional de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias con atención centrada en las personas, proporcionando información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades, así como detectar enfermedades tempranamente, disponer de medios para tratarlas y ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
2. Asequibilidad. Un sistema de financiación de servicios de salud en el que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento.
4. Dotación suficiente de personal de salud bien capacitado y motivado para prestar servicios que respondan a las necesidades de los pacientes, basadas en evidencia científica.

EL BANCO MUNDIAL: PROPUESTAS HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Desde que el Banco Mundial, a través de su presidente, Jim Yong Kim, anunció públicamente, en mayo de 2013, durante la Asamblea Mundial de la Salud, que el tema de la cobertura universal de salud, junto a la educación, serían sus nuevas prioridades, los no pocos críticos del Banco Mundial manifestaron sus temores de que se trate de una estrategia orientada a aumentar el apoyo a empresas privadas en la extensión de su oferta de servicios como parte del mercado.

Si bien Yong Kim fue bastante sincero en su análisis del historial del desarrollo global en salud desde la visión del Banco Mundial, afirmando que “la fragmentación de la acción sanitaria mundial ha dado lugar a ineficiencias, a estructuras de ejecución paralelas, a la multiplicación de sistemas de control y exigencias burocráticas de informes, donde los funcionarios de los ministerios de salud se ven obligados a emplear, al menos, una cuarta parte de su tiempo en gestión de solicitudes y en una suerte de desfile de buenas intenciones con sus socios internacionales, mientras hay gente que, literalmente, muere a causa de tales ineficiencias,” destacando, en contraste, como positivos los esfuerzos hacia la cobertura universal de salud y las medidas adoptadas por países como Ruanda (en cuanto a financiamiento basado en resultados, por acuerdo entre financiadores y proveedores de servicios) y México (con su estrategia de oportunidades de transferencia de efectivo para programas de salud). Ambos modelos, por cierto, fuertemente dependientes de donantes y/o ayuda externa, lo que llamó la atención de los promotores del enfoque que deben ser los Estados los que asuman responsabilidades por la salud de sus poblaciones.

LA COBERTURA DE SALUD EN BOLIVIA

En Bolivia, buena parte de la cobertura en salud es dependiente de la ayuda internacional y de la acción humanitaria, por ejemplo los programas de control de la tuberculosis, VIH/sida, malaria, entre otros. En Bolivia el 10% más pobre concentra apenas el 0,3% del ingreso nacional, mientras el 10% más rico se be-

neficia del 47,2% del ingreso nacional. El índice de Gini (expresión del coeficiente de Gini manifestado en porcentaje) es del orden de 0,5, que refleja no solo una más que preocupante desigualdad e injusticia en la distribución de ingresos, sino en el acceso a la salud y en el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud, cuyos resultados, entre otros, son las enfermedades antes citadas.

Algunos datos disponibles estiman que en Bolivia, el 70% de la población no goza de un seguro de salud y se encuentra, en diferentes grados, excluida de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente por razones económicas (UDAPE-OPS). Tan solo el 30% de la población tiene acceso al seguro a corto plazo (Cajas de Seguro de Salud). Adicionalmente, el 12,5% está protegida por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que cubre a madres y niños hasta los 5 años y el Seguro de Protección de Salud del Adulto Mayor (SPAM) (que cubre a mayores de 60 años). Así, el 57,5% de los habitantes no tiene ningún tipo de seguro y al enfermar recurre a sus propios recursos para la atención médica (MSD Bolivia, septiembre 2010 – J. Gemio) y si no tiene recursos ¿su derecho a la salud y a la atención en salud y al auxilio sanitario no resulta bajo cuestionamiento? Es importante diferenciar, sin embargo, la cobertura real de la cobertura formal.



¿COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD O SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES?

Los datos precedentes invitan al análisis y al debate, no solo en Bolivia sino en el escenario internacional, sobre si las reformas de salud planteadas deben estar orientadas a la cobertura universal o a construir sistemas de salud universales. El tema no solo es apasionante, sino que exige respuestas claras por la responsabilidad ética y pública que representa.

El profesor David McCoy de la Universidad Queen Mary (Londres), el Movimiento para la Salud de los Pueblos, y otras instituciones, detectaron, sobre este tema, cierta ambigüedad en la posición del Banco Mundial, ya que la propuesta de cobertura universal de salud, inicialmente bien intencionada, podría estar orientada a asegurar continuidad a la conocida alineación histórica del Banco Mundial hacia la

privatización y comercialización de servicios de salud. Hacemos votos para que no sea así. Sin embargo, el énfasis que Jim Yom Kim otorga a la “financiación basada en el rendimiento” ejemplificando el caso de Ruanda, resulta una preocupante señal del Banco Mundial en la intención de adoptar un enfoque limitado de la salud, propuesta por algunos influyentes donantes, con el riesgo, en tal caso, de dificultar el genuino desarrollo de los sistemas nacionales de salud.

Por ello, los activistas de derechos humanos, las acciones de lucha contra la pobreza en el Reino Unido y otros movimientos internacionales (GCAP – Global Call Against Poverty) llaman la atención de que hay diferencias sustanciales entre la perspectiva del Banco Mundial y las de la OMS. Para la OMS está claro que la cobertura universal de salud no significa “paquetes de prestaciones mínimas”, mientras que las estrategias del Banco Mundial han estado promoviéndolas como modelo, desde hace más de 20 años, a pesar de las críticas de estas organizaciones que demandan un enfoque integral de la salud.

LA SALUD: ¿ABRIENDO PUERTAS AL SECTOR PRIVADO?

Algunos expertos sostienen que en el presente escenario donde se cuida más “la salud del mercado” que la salud humana, ya no hay remedio y que “el futuro está en la sanidad privada”. Se arguye que “los recursos son finitos, especialmente en los países pobres, donde los escasos recursos disponibles no permitirían llegar a la cobertura universal de salud a corto plazo”, remarcando la necesidad de modelos de financiación de la salud basados en más estrictos “análisis de costo efectividad” para evaluar los costos de las intervenciones médicas, proponiendo seleccionar solo “paquetes de costo/beneficio específico” que serían financiados públicamente.

En tal caso, los pacientes que requieren acciones o intervenciones que estén por fuera del “paquete mínimo” tendrían que pagar de su bolsillo los mismos, o bien resignarse a no beneficiarse de tales intervenciones, por más que tengan probado respaldo médico científico. Este enfoque resulta muy “atractivo” para el sector privado, siempre dispuesto a ofertar en el mercado nuevas prestaciones, aun sin

fundamento científico suficiente y mejor si no están previstas como “paquete mínimo”. Así, en nombre de la salud se expanden los negocios.

Hay que tomar en cuenta que los proveedores privados de salud no siempre cuentan con los mejores recursos humanos, mientras, normalmente el sector público sí los tiene por su vasta experiencia y experticia, auxiliando a la mayoría de la población que no puede acceder a los prohibitivos servicios privados y que busca masivamente auxilio en el sistema público, debido a sus modestos presupuestos. Los proveedores privados por ello se concentran en las ciudades, donde tienen más clientes y están ausentes en zonas rurales, remotas y de difícil acceso, donde los pobres no resultan atractivos para sus inversiones y donde, normalmente, los servicios básicos y esenciales de primera línea están ausentes.

NUEVO ENFOQUE DEL BANCO MUNDIAL: ¿COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD?

En una reunión de alto nivel celebrada en Tokio a principios de diciembre de 2013, según Global Health Check, en un artículo de Ceri Averill, consejera de Oxfam (Gran Bretaña), titulado “Cobertura universal de salud, por qué los esquemas de aseguramiento en salud dejan a los pobres postergados”, se afirma que el presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim, inequívocamente sostuvo **“el logro de la cobertura universal de la salud con equidad, en materia de salud, es fundamental para alcanzar los objetivos globales del Banco Mundial para acabar con la pobreza extrema hasta el año 2030 e impulsar una prosperidad compartida”**. Ciertamente, la inclusión del criterio de equidad resultaría una nueva perspectiva y un avance significativo en la nueva orientación del Banco Mundial. El énfasis de Yom Kim en cuanto a **equidad** y la necesidad de priorizar las políticas que redistribuyan activamente los recursos y reducir las disparidades en cuanto a cobertura de salud **marca un punto de inflexión crucial y bienvenido** por parte del Banco Mundial.

En un artículo reciente de Oxfam Gran Bretaña, se argumenta claramente que las reformas hacia la cobertura universal de salud deben ser explícitas sobre la importancia de reducir la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de

salud, para que todos tengan la misma protección social y financiera y el acceso a la misma gama de servicios de salud de alta calidad, sin discriminación, de acuerdo a la necesidad de cada persona y no solo según su capacidad de pago. El principio de **equidad** debe ser planteado de manera firme y decidida en todas las reformas de salud y de los sistemas nacionales de salud, como un punto vital, no solo como un compromiso por parte de los gobiernos, sino también de los donantes, filántropos y nuevos actores en el sector salud, para asegurar genuinamente que las personas menos favorecidas, vulnerables y pobres se beneficien de pasos concretos en el camino para alcanzar la cobertura universal de salud, con equidad y mayor justicia social, en el ejercicio pleno del derecho a la salud, siendo necesario fortalecer los sistemas de salud.

El resultado más importante de la conferencia en Tokio (2013) fue el lanzamiento de un marco propuesto de forma conjunta por la OMS y el Banco Mundial para dar seguimiento a los avances hacia la cobertura universal de salud, estableciendo compromisos claros para medir, por ejemplo, la reducción de pagos del propio bolsillo de los usuarios (gasto catastrófico) en el momento de buscar y recibir atención sanitaria y para medir el impacto de las medidas tendentes a mejorar el acceso a servicios de salud para los pobres, con dos nuevos objetivos globales:

- a. Reducir a la mitad el número de personas empobrecidas por los pagos de atención médica de 100 millones de personas a 50 millones para el año 2020 y eliminar este problema para el año 2030.
- b. Duplicar el número de personas pobres (el 40% más pobre) para que tengan acceso a servicios de salud para el año 2020, aumentando su acceso del 40% al 80%.

Estos objetivos y plazos claros resultan medidas alentadoras por parte del Banco Mundial, pero surge la pregunta ¿por qué establecer un 80% como objetivo, en lugar del 100%? Si el Banco Mundial toma en serio tales objetivos, deben ser monitoreados anualmente según el nuevo marco de su mandato que, actualmente, se encuentra en fase de negociación, debiendo indicar qué medidas adoptará el Banco Mundial para la rendición *de cuentas a los beneficiarios y hacia la sociedad civil*. Actualmente, los pagos de los usuarios del sistema nacional de salud parecen plantearse como el “método más equitativo” de financiación de los servicios de salud que continúan vigentes en la mayoría de los países pobres,

pero ¿qué pasa si no pueden pagarlos? Tres personas cada segundo resultan víctimas, sumidas en la pobreza a causa de los gastos de bolsillo o catastróficos provocados por dichos pagos.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: FORTALECIENDO LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO O DEBILITÁNDOLA?

Es cierto que el apoyo de los donantes y/o filántropos para la financiación de la salud, en ciertos países, resulta crucial por la pobreza en que se encuentran, así como su aporte para la eliminación del pago de bolsillo. También es cierto que las contribuciones de los donantes se han mantenido inaceptablemente bajas, particularmente en los últimos años debido a la crisis financiera internacional y, aun si no fuera este el caso, ¿no son los Estados los que debería asumir más responsabilidad para reducir estos pagos buscando disminuir las injusticia en salud y lograr más equidad en el auxilio sanitario? Si bien para ciertos países este planteamiento resulta muy difícil, lo contrario llevaría a la reflexión de si no existe el riesgo de que los donantes terminen reemplazando las obligaciones que corresponden al Estado y así perpetuar la dependencia y el paternalismo, que depende del contexto de cada país, pues hay países tan empobrecidos que, si los donantes no intervienen, el acceso a la salud, sencillamente, no sería posible. Sin embargo, ese no es el caso de todos los países en vías de desarrollo como Bolivia, donde el Estado está en condiciones de hacerlo debido a la bonanza actual de sus finanzas, que le ha permitido, por ejemplo, disponer que en 2013 se pague un “doble aguinaldo” (con una inversión superior a los 1.000 millones de dólares, cifra muy cercana a la inversión y/o al presupuesto anual destinado por Bolivia a las acciones de salud). Esta medida ha favorecido, ciertamente, a los empleos formales, mientras que el 70% de la población que vive del trabajo informal no se benefició del segundo aguinaldo, que ha contribuido de alguna manera a agudizar la inequidad.

CONCLUSIONES

¿La cobertura universal en salud o hacia los sistemas de salud universales?

- La cobertura universal en salud requiere un enfoque de mayor justicia social, equidad e integralidad.
- Es muy incierto lograr cobertura universal si no se fortalecen los sistemas nacionales de salud para que resulten universales.
- La ansiada cobertura universal y el ejercicio del derecho a la salud se pueden alcanzar mediante sistemas nacionales de salud sólidos, con enfoque de derechos, con equidad, con visión humanista y eficiencia racional; que inspiren confianza en su buen funcionamiento y estén dotados de personal con suficiente formación cuya trayectoria profesional, sensibilidad y responsabilidad social respondan oportunamente a las necesidades de salud de la comunidad. Asimismo, se deben identificar aquellas prestaciones centradas en las personas antes que en el rendimiento y las exigencias del mercado, proporcionando información independiente para empoderarlas con el fin de que se mantengan sanas, promoviendo la salud, la prevención de riesgos y/o enfermedades. Además, se deben considerar los determinantes sociales de la salud antes que encarar solo acciones de diagnóstico y/o curativas, reparatoras o asistenciales. Los sistemas nacionales de salud deben asegurar la accesibilidad y asequibilidad racional de las personas para que no sean víctimas de la injusticia o la discriminación y no padezcan penurias financieras al buscar auxilio sanitario.
- En el contexto de la Agenda de desarrollo post 2015 y los objetivos planteados por el Banco Mundial para acabar con la pobreza extrema en el año 2030 e impulsar una prosperidad compartida, las declaraciones de Yong Kim en cuanto a salud y equidad y la necesidad de priorizar las políticas que redistribuyan activamente los recursos y reducir las disparidades en cuanto a cobertura de salud, ciertamente, resultan esperanzadoras y pueden marcar **un punto de inflexión crucial por parte del Banco Mundial**.

- Si el Banco Mundial decidiera romper con esquemas tradicionales y jugar en adelante un papel activo en ayudar a los gobiernos a eliminar las tasas de pago de parte de los usuarios (pacientes) y buscar formas de recaudar y distribuir los ingresos destinados a salud de manera equitativa y con mayor justicia social contribuiría significativamente al ejercicio del derecho a la salud, a la salud global y a los esfuerzos para desarrollar la **Convención Marco de Salud Global**.
- Sería deseable que el Banco Mundial fuese mucho más claro sobre sus propuestas en cuanto a los pagos, contribuciones y cuotas de los usuarios, que no deberían ser sustituidos por “esquemas de seguros de salud preferenciales o privados” que han demostrado que priorizan a las clases más favorecidas y/o aventajadas, para que tengan más “fácil acceso”, mientras las personas pobres no los pueden pagar.
- Oxfam demuestra que los países que más progresos han hecho hacia la cobertura universal de salud han priorizado el gasto o, más bien, la inversión en salud, basándose en impuestos generales o bien combinando con los impuestos de nóminas (planillas de pago) en el sector formal, además del aporte de la ayuda internacional.
- La cobertura de salud para todas las personas debe rescatar la filosofía, el contenido y la estrategia de la **atención primaria integral de salud**. Esto se interpondría en el marcado contraste con su anterior énfasis histórico en intervenciones “básicas”, “selectivas”, o “mínimas” o paquetes selectivos de atención en salud.
- Como mencionamos inicialmente, si bien ahora el Banco Mundial parece plantear un punto de inflexión en cuanto a inclusión y equidad, los líderes del mundo deben analizar muy cuidadosamente las propuestas del Banco Mundial y de la OMS sobre la cobertura universal de salud con equidad y su posición en las negociaciones de la Agenda de desarrollo post 2015, proponiendo una fuerte perspectiva de derechos humanos y el respeto al derecho a la salud.

REFERENCIAS

Global Health Check, PHM- Ceri Averill (OXFAM (GB) - , New World Bank and WHO targets announced on health coverage for the poorest 40% – globalhealthcheckblog@gmail.com – UK December 18, 2013

Breton Woods Project - Critical Voices on the WB and the IMF – “A Healthy Step forward? WB outlines vision for Health Care - <http://www.brettonwoodsproject.org/2013/06/art-572644/> - 26 June 2013

E.Aillon Teran - “Bases técnicas y financieras del sistema único de salud en Bolivia” OPS (Bolivia), 2013.



Teoría y práctica de la equidad en la consulta de atención primaria

Juan Gérvas

MÉDICO GENERAL JUBILADO.
MIEMBRO DEL EQUIPO CESCA, MADRID.
DOCTOR EN MEDICINA Y PROFESOR HONORARIO DE SALUD
PÚBLICA EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
PROFESOR VISITANTE EN SALUD INTERNACIONAL
DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (MADRID).
PROFESOR EN LA MAESTRÍA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN
SANITARIA DE LA FUNDACIÓN GASPAR CASAL (MADRID)
Y DE LA UNIVERSIDAD POMPEU FABRA (BARCELONA).

Este artículo es un resumen de la presentación del autor en el Seminario de Innovación en Atención Primaria, titulada: "Innovación en mejoras de la equidad en la prestación de servicios clínicos". Dicho seminario se celebró en Barcelona, del 28 de febrero al 1 de marzo de 2014.

<http://equipocesca.org/innovacion-en-mejoras-de-la-equidad-en-la-prestacion-de-servicios-clinicos/>

INTRODUCCIÓN

¿Qué mueve y conmueve a los profesionales sanitarios? Lo que mueve y conmueve a los profesionales es el sufrimiento del paciente y de las poblaciones. Por ello, el profesional encuentra su mayor recompensa en la evitación, resolución o paliación del sufrimiento del paciente, en su contexto familiar y social¹. Así, de un buen médico que tenga reputación profesional y social se espera:

1. Capacidad para realizar diagnósticos certeros y oportunos.
2. Uso prudente de los recursos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores para maximizar beneficios y minimizar daños.
3. Habilidad para responder apropiadamente a las necesidades de pacientes complejos en situaciones reales de limitaciones múltiples²⁻³.

Es decir, el buen profesional pone en contexto la necesidad del paciente y aprovecha juiciosamente los recursos disponibles para responder a la misma y evitar-resolver-paliar el sufrimiento consiguiente. El profesional tiene, pues, una enorme responsabilidad social ya que pone en práctica la solidaridad (lo que sostiene el contrato que justifica un sistema sanitario de cobertura universal) para lograr equidad en la consulta.

-
1. http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/12/eL-buen-gobierno_venal.pdf
 2. Gervas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A, Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 2007; 128(14):540-4. <http://equipocesca.org/capacidad-de-respuesta-de-la-atencion-primaria-y-buena-reputacion-profesional/>
 3. Berenson RA, Kaye DH. Grading a physician's value. The misapplication of performance measurement. N Engl J Med. 2013;369:DOI: 10.1056/NEJMp1312287. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1312287>

ATENCIÓN PRIMARIA

En atención primaria el profesional se caracteriza por:

1. Gran accesibilidad-flexibilidad.
2. Enorme polivalencia.
3. Prestación de servicios variados y múltiples a lo largo de la vida a personas y comunidades bien conocidas (longitudinalidad, un compromiso personal a largo plazo frente al sufrimiento).
4. Su capacidad para coordinar el conjunto de servicios necesarios para la atención a los problemas de salud⁴.

Si se cumplen estas condiciones en la práctica, el profesional obtiene un reconocimiento social que facilita a su vez el trabajo pues establece “confianza” con el paciente y su familia (y con la comunidad), clave en una relación profesional en que se comparten respuestas alternativas a dolores, temores y sufrimientos que hacen frágil al paciente y a sus familiares. El reconocimiento social es imprescindible para que el profesional sanitario pueda “distribuir” los recursos de acuerdo a necesidad, y especialmente su tiempo.

La sociedad también establece un contrato implícito de “confianza” con los profesionales sanitarios de forma que espera equidad en la prestación de servicios, en el consumo de los inmensos y preciosos recursos que pone a su disposición, siendo el principal el tiempo del propio profesional.

4. http://www.upf.edu/catedragnunenthalsemg/pdf/3.Cap_3_Propuesta_prxctica_de_renovacixn_clxnica.pdf

EQUIDAD FUERA DE LA CONSULTA

La equidad es un objetivo central del sistema sanitario público de cobertura universal pues se espera que consuma recursos quien más los precisa, y en cantidad y calidad apropiada a la situación concreta del sufrimiento al que se pretende dar respuesta. Hay una equidad vertical (prestar más servicios a quien más los precisa) y una equidad horizontal (prestar los mismos servicios a quienes tienen la misma necesidad). Lamentablemente, en todos los casos se cumple la Ley de Cuidados Inversos: “Reciben más servicios sanitarios quienes menos los necesitan y esto se cumple más cuanto más se orienta a lo privado el sistema sanitario”⁵⁻⁶.

Los estudios sobre equidad en el sistema sanitario se han centrado especialmente en los problemas del acceso, aspecto de difícil solución que exige, por ejemplo, políticas decididas de distribución geográfica planificada de los recursos (centros de salud, hospitales, centros de rehabilitación, farmacias, centros de día, recursos de salud mental, odontología, etc.).

Un sistema sanitario se orienta hacia a la equidad (la mejor expresión de la solidaridad) si:

1. Ofrece cobertura universal con financiación pública.
2. Existe un fuerte control público, social y transparente del uso de los recursos sanitarios.
3. Se distribuyen tales recursos en proporción directa al mapa de necesidades.
4. Se basa en la atención primaria como “tecnología sanitaria dispersa y cercana a los domicilios de los pacientes” capaz de ofrecer servicios muy variados por profesionales comprometidos (son servicios la interacción entre los recursos sanitarios y los pacientes-familias-comunidades).

5. http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_cuidados_inversos

6. Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2009. p.359-80. <http://equipocesca.org/atencion-primaria-de-salud-politica-sanitaria-y-exclusion-social-2/>

5. Se imponen escasos o nulos copagos en el momento de la prestación de los servicios⁷.

Tales principios se incumplen casi sistemáticamente. Así, por ejemplo, suele ser típico que la “densidad” de recursos sanitarios coincida con la “densidad” de recursos bancarios (oficinas de los bancos) lo que indica que los recursos “siguen al dinero” y “no siguen la necesidad”. Es decir, que son más abundantes donde hay mayor riqueza, lo que por ende significa mayor nivel educativo formal y mayor desenvolvimiento sociocultural y, por tanto, menor necesidad de servicios sanitarios.

Además, supuesta una planificación geográfica sanitaria prudente, las cuestiones de organización pueden lesionar también gravemente la equidad, por ejemplo con horarios que “convienen” a los profesionales y no a los pacientes y sus familias. Así, son marginados tanto individuos pertenecientes a grupos no marginales (trabajadores, por ejemplo) como a grupos marginados (prostitutas, por ejemplo) que tienen grave dificultad para contar con un seguimiento apropiado, tanto por el acceso horario como para tener un profesional “de cabecera”.

En otro ejemplo, la organización sanitaria también suele ir en contra de grupos como pacientes recluidos en el domicilio si los “avisos a domicilio” se ven como actividad secundaria y molesta, que se degrada con “turnos”. En otro caso, las “colas” para ver al profesional de cabecera también pueden lesionar la equidad pues serán los pacientes estables y “obedientes” los que aprendan a manejar la complejidad de las citaciones, y esos suelen ser los pacientes que menos precisan la atención de los profesionales.

7. Gervas J. Primary health care oriented systems, for whom, why and how. In: A symposium celebrating the scientific and policy legacy of Bárbara Starfield. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. May 10th 2012. <http://equipocesca.org/primary-health-care-oriented-systems-for-whom-why-and-how/>

EQUIDAD DENTRO DE LA CONSULTA

Superados todos estos obstáculos, cuando el paciente accede al servicio que precisa, los usos y costumbres pueden ir en su contra. Por ejemplo, en la recepción, por falta de instrucciones en su idioma (si es extranjero) o por defectuosa atención por el personal administrativo en un centro sanitario público, o por diferencias culturales que le hagan incomprendible la organización que a los profesionales y lugareños les parece “habitual”.

Ya en el encuentro con el profesional, hay estudios repetidos que demuestran que se margina a todos los pacientes que no son “normales” que no se “normalizan”; es decir, que no aprenden en cierta forma a manejar a los profesionales y a la organización. Finalmente “los pacientes se convierten en el combustible del sistema sanitario” y “ruedan” alrededor de los profesionales y su organización.

La existencia de programas y protocolos, con sus incentivos añadidos, también fuerzan la prestación de servicios lejos de la equidad, pues lo que importa es tener una enfermedad que “cuadre”, y lograr los objetivos que se miden⁸. Así, por ejemplo, la tiranía de la hemoglobina glucosilada que convierte en “indeseables” a los diabéticos que no “cumplen” y no logran el objetivo. En otro ejemplo, también se ven como indeseables los que rechazan la vacuna de la gripe (convenientemente incentivada para el logro de coberturas determinadas).

Los pacientes “indeseables” forman un conjunto rechazado por los profesionales y gestores sanitarios ya que “estropean” las estadísticas y los cumplimientos de indicadores basados en general en lo biológico. Los indicadores con los que se miden a los profesionales y gestores sanitarios suelen ignorar los condicionantes sociales, como pobreza, marginación, analfabetismo, desempleo, viviendas insalubres, familias desestructuradas y otros. En muchos casos los pacientes “indeseables” son los llamados “insignificantes” por el peruano Gustavo Gutiérrez Merino⁹.

8. Starfield B, Gérvás J, Mangin D. Clinical care and health disparities.. Annu Rev Public Health. 2012; 33: 89-106. <http://equipocesca.org/?s=starfield&submit=>

9. http://es.wikipedia.org/wiki/Gustavo_Guti%C3%A9rrez_Merino

En consecuencia, son múltiples los pacientes a los que se margina casi sistemáticamente. Entre ellos:

1. Los de clase social baja, especialmente ancianos y analfabetos, o jóvenes y drogadictos, o si pertenecen a grupos étnicos como gitanos y otros.
2. Los que tiene orientación sexual “distinta” y más si se dan circunstancias que “complican” la atención (sida, embarazo, adopción, etc.).
3. Quienes padecen minusvalías físicas y psíquicas (esquizofrenia, sordera, síndrome de Down, ceguera, dificultad para el desplazamiento con uso de silla de ruedas, autismo, etc.).
4. Aquellos en quienes la situación administrativa es “irregular” o poco clara, o indeterminada (inmigrantes sin documentación en regla, desplazados, y otros).
5. Los obesos, especialmente si no adelgazan o padecen obesidad mórbida.
6. Los pacientes que no se adaptan a las normas y rutinas del sistema y de los profesionales sanitarios.

¿CÓMO MEJORAR LA EQUIDAD DENTRO DE LA CONSULTA?

El profesional suele ignorar su actividad discriminatoria en la consulta, y hasta le resulta insultante que se pretenda demostrar tal discriminación en su propia práctica. Pero hay que hacerle consciente de su falta de equidad en el trabajo clínico diario. Por ejemplo, mediante la demostración del aumento de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres que precisan de la silla de ruedas (no porque la silla de ruedas sea cancerígena, sino porque los médicos exploran mal y tarde a dichas mujeres)¹⁰.

10. Gérvás J. La silla de ruedas es un factor de riesgo para morir por cáncer de mama. <http://www.actasanitaria.com/la-silla-de-ruedas-es-un-factor-de-riesgo-para-morir-por-cancer-de-mama/>

Este es el paso crucial, pues sin identificar el problema es imposible resolverlo. Por ello, lo primero es hacer consciente al profesional de la falta de equidad, lo que es relativamente sencillo con el simple indicador de “duración de la consulta ajustada por necesidad”. Es fácil medir el tiempo dedicado a cada paciente y valorarlo según clase social y necesidad sanitaria. El propio profesional puede hacer este ejercicio para convencerse del injusto uso del tiempo durante el encuentro con el paciente. El autor lo hizo en su día, y la auto-demostración de falta de equidad en el uso del tiempo clínico cambió para siempre su forma de trabajo¹¹.

Cabe, también, valorar la atención a pacientes concretos en los que es esperable la falta de equidad, como en sordos, esquizofrénicos y analfabetos. Se trata del análisis de “casos clínicos”, considerando el proceso completo de la atención en sus múltiples contactos con el sistema sanitario. A veces no es la ausencia de atención lo que reciben los marginados sino más bien una atención inapropiada, como consecuencia de la cual mueren. Los determinantes sociales se convierten así en determinantes mortales, con visitas repetidas en las que no se identifican realmente sus necesidades y por ello no se les da respuesta (“unvoiced agendas”¹² problemas “pegajosos”¹³).

Por último, conviene el estudio global de la repercusión en salud de la defectuosa atención por falta de equidad, por discriminación. A los profesionales sanitarios les impresiona que sus acciones descuidadas terminen provocando muertes evitables, como en las pacientes en silla de ruedas por cáncer de mama. El sufrimiento es lo que mueve y conmueve al profesional sanitario y enfrentarle al que no evita (o provoca) es duro, pero conlleva cambios a mejor, casi inevitablemente.

Ofrecer atención clínica sin discriminación es parte del contrato de los profesionales sanitarios con los pacientes, familias, comunidades y la sociedad. Sin buscar la equidad se pierde la confianza, y sin confianza es imposible ofrecer calidad.

11. <http://www.videosysalud.es/ley-de-cuidados-inversos/>

12. Barry CA, Bradley CP, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246 <http://www.bmj.com/content/320/7244/1246>

13. Gervas J. La pegajosidad de los problemas de salud pegajosos de los pobres. <http://www.actasanitaria.com/pegajosidad-de-los-problemas-de-salud-pegajosos-los-de-los-pobre/>



Con la financiación de:

