

Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud

Sagrario Lobato Huerta ¹

RESUMEN

En el marco de los determinantes sociales de la salud, las inequidades sanitarias son entendidas como desigualdades injustas y prevenibles. La inequidad se basa en juicios éticos; por ello, se diferencia de la desigualdad, debido a que la primera hace referencia a lo injusto de una desigualdad. Se propone entonces que la igualdad sanitaria remita a la del derecho humano a la salud y la equidad sanitaria a la prestación de servicios de salud, según las necesidades de la población y su perfil patológico, intensificando acciones en los grupos más vulnerables e incidiendo en las causas sociales de esa vulnerabilidad. Por tanto, las políticas de salud deben ser parte de un proceso que cuestione y transforme las relaciones en el sistema económico y político actual.

ABSTRACT

No contexto dos determinantes sociais da saúde, iniquidades em saúde são vistas como desigualdades injustas e evitáveis. A iniquidade é baseada em decisões éticas, assim, difere da desigualdade, como a primeira faz referência à uma desigualdade injusta. Então, propõe-se

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, inequidad, desigualdad, determinantes sociales estructurales de la salud, salud.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde, iniquidade, desigualdade, determinantes estruturais da saúde, saúde.

Recibido: 6 de agosto de 2009, aceptado: 9 de noviembre de 2009

¹ Departamento de Investigación del Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades, investigacioncmuch@gmail.com.

que a igualdade em saúde se refere à igualdade do direito humano à saúde e equidade a prestação de serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e seus patologias, reforçando as ações em grupos mais vulneráveis é importante, e, mais importante, incidindo sobre as causas sociais dessa vulnerabilidade, portanto, a política da saúde deve ser parte de um processo que iria desafiar e transformar as relações dentro do atual sistema político e econômico.

INTRODUCCIÓN

Durante los dos últimos siglos, ha existido una fuerte tensión entre dos paradigmas opuestos de entender la salud, los factores que la condicionan, así como de organizar los saberes y las prácticas relacionadas con su mantenimiento y recuperación, propiciando debates constantemente (Almeida y Paim, 1999).

El primer paradigma corresponde a la salud pública clásica, la cual conceptualiza a la salud como un fenómeno natural-biológico y resalta el estudio de factores causales, esencialmente de carácter natural. Tiene un desarrollo acelerado en los momentos en que las formas de organización social requieren de un control progresivo de la naturaleza y de condiciones mínimas de salubridad para garantizar la producción capitalista, la ampliación de mercados y sus prácticas de aseguramiento (Paim, 2005).

El segundo paradigma concierne a lo que hoy se conoce como **salud colectiva**, misma que define a la salud como un fenómeno histórico-social conformado por una compleja estructura en la que los procesos sociales determinan y subsumen a los procesos biopsíquicos. (Almeida

y Paim, 1999). Tiene mayor visibilidad e impulso en los momentos de crisis y reorganización de las formas de acumulación del capital o en las coyunturas históricas caracterizadas por una amplia movilización popular (Paim, 2005).

Una de las principales discusiones en este debate sanitario se refiere a la inequidad y desigualdad en salud. Si bien, ambos paradigmas coinciden en que las desigualdades drásticas dominan la salud mundial (Organización Mundial de la Salud, 2007a), a pesar de su amplio uso, no queda claro qué conceptos están realmente "detrás" de dichos términos, ya que mientras instituciones nacionales representativas de la salud pública clásica como la Secretaría de Salud (2007) hacen un uso indistinto de inequidad y desigualdad, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2007b) los diferencian de manera estricta.

Desarrollo Determinantes sociales de la salud

Como respuesta al reconocimiento mundial de que las desigualdades en materia de salud involucran tanto a países pobres como ricos, el ex director general de la Organización Mundial de la Salud, Lee Jong-Wook, en el año 2005 creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la cual entre otras funciones, ha realizado una exhaustiva revisión teórica, metodológica y política sobre las causas que motivan los injustos perfiles de salud y enfermedad en los diversos grupos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2007a), retomando la perspectiva de la epidemiología social (Breilh, 2003).

En un sentido general, los determinantes sociales de la salud se pueden definir como procesos sociales que se expresan en los procesos biopsíquicos-humanos (Laurell, 1981). Estos determinantes están conformados por las condiciones de vida, condiciones de trabajo, condiciones psicosociales, estilos de vida, sistema de salud y capital social. (World Health Organization, 2007) (Organización Mundial de la Salud, 2008). De este modo, los determinantes sociales de la salud son las causas de la distribución diferenciada de las enfermedades en la sociedad (Rose, 2001:427). Sin embargo, los procesos sociales tienen diferente jerarquía de acuerdo al grado en que se expresan en el proceso salud-enfermedad, por lo que es importante establecer una distinción conceptual entre los determinantes

sociales de la salud y los estructurales o de las inequidades en salud, conformados por el contexto socioeconómico y político, jerarquía social y posición socio-económica.

Los determinantes sociales estructurales se expresan en la salud y enfermedad a través de los determinantes sociales de la salud, por tal motivo a estos últimos también se les conoce como determinantes sociales intermedios. (World Health Organization, 2007).

Reflexiones críticas sobre inequidad y desigualdad

Los gradientes en salud medidos en estadísticas no pueden ser descritos todos como inequidades (Benach y Muntaner, 2005). El término inequidad tiene dimensiones éticas y morales, y se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero aún más, son también consideradas arbitrarias e injustas. Para poder decir que una situación es inequitativa, la causa debe ser examinada y juzgada como injusta, dentro del contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. La equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa para desarrollar el potencial de salud plena, más pragmáticamente, ninguna persona debe estar en desventaja para alcanzar dicho potencial, cuando puede ser evitada (Whitehead, 2000).

Si bien la inequidad sanitaria es la injusticia prevenible sobre los diferenciales sistemáticos en las condiciones de salud, entonces la inequidad se diferencia de desigualdad, en la medida en que la primera hace referencia a lo justo o injusto de una desigualdad. La inequidad se basa en juicios de valor, en donde hay consideraciones políticas, éticas y morales, y en donde se pretende enunciar un "deber ser" (da Silva y Azevedo, 2002). El problema con la mayoría de sistemas de salud en América Latina, es que tanto inequidad y desigualdad tienden a quedar en un mismo plano de descripción, en donde la inequidad "es apenas" una desigualdad injusta y evitable. No existe entonces una profundización en el por qué de estas injusticias, por lo que no abordan los determinantes sociales estructurales de la salud (Breilh, 2003).

Es necesario señalar que puede hablarse de inequidad y desigualdad en la situación de salud, así como en la atención a la salud (provisión y financiamiento). Los organismos internacionales de salud centran su interés en la medición de

las desigualdades de salud, sin el propósito de entrar a conocer ni transformar el origen de éstas (Feachem, 2000). Posteriormente, sus esfuerzos se orientan a definir cómo prestar y financiar servicios de salud con equidad, y “retroalimentarlos” con el monitoreo de los indicadores de desigualdad. Además, bajo el pretexto de disminuir las brechas de inequidad, se promueven las estrategias de focalización, en donde los servicios se ofrecen, frecuentemente, a los pobres en extremo, dejando de lado las necesidades de la población pobre no extrema y la no pobre (Organización Mundial de la Salud, 2007b).

DISCUSIÓN

La atención en salud debe ser correspondiente al cómo se explica la situación de salud. En este caso, se propone que cuando se hable de igualdad en la atención en salud se remita a la igualdad de derechos. Esto implica, que la salud se comprenda como un derecho social, en donde el Estado se hace responsable del financiamiento y provisión, y la población tiene un acceso universal y gratuito (sin discriminación), por el sólo hecho de ser ciudadanos. Aquí, es válido señalar que las estrategias de focalización (promovida en las reformas neoliberales de salud), para atender a unos y denegándose (o condicionando por pago) a otros, no se admiten, dado que atentan contra el derecho de los ciudadanos de acceder a los servicios sanitarios públicos (Bitrán y Muñoz, 2000).

En congruencia con el derecho a la salud, el financiamiento de ésta debe ser público, con la condición que el presupuesto estatal provenga de un sistema fiscal progresivo, en donde los que tienen más aportan más y los que tienen menos aportan menos; esto también es posible y necesario en la prestación de salud de los sistemas de seguridad social, lo cual permite la solidaridad y equidad en el financiamiento (Organización Mundial de la Salud, 2007b).

La equidad en la atención de salud implica que los servicios se presten de acuerdo con las necesidades existentes en la población y su perfil patológico. Existen grupos que se encuentran en mayor vulnerabilidad, y sobre las cuales deben intensificarse ciertas acciones en el campo de la salud. Pero la equidad no puede limitarse úni-



El Movimiento Mundial para la Salud de los Pueblos se crea con el objetivo de restablecer el derecho a la salud integral y el desarrollo con equidad como principales prioridades en las políticas de salud a nivel local, nacional e internacional. Está conformado por académicos e investigadores críticos, por organizaciones civiles y activistas de la salud de 75 países. Fuente: Universidad Internacional por la Salud de los Pueblos. <http://www.iphu.org/es/>

camente al “dar según la necesidad”, también debe tomar en cuenta la inequidad en el plano social y entender que las desigualdades en salud son determinadas por el modo de producción. Por tanto, las políticas de salud² deben ser parte de un proceso que cuestione y transforme las relaciones que se dan en el sistema económico y político actual. Por ello, el trabajo de promoción en salud tiene una especial importancia, con el cual se fortalece la organización y empoderamiento de la población, que le permita, no sólo participar en la planificación y fiscalización de los servicios públicos, sino también incidir en los determinantes sociales de la salud (Sen, 2002).

CONCLUSIONES

En el marco de los determinantes sociales de la salud, ésta es entendida como un derecho humano y cuyo objetivo es impactar en las desigualdades sanitarias que provocan brechas entre los diferentes grupos humanos. Es decir, se incide en las condiciones de vida, de trabajo, condiciones psicosociales, estilos de vida, sistema de salud y capital social. Se reconoce que en medio de este neoliberalismo voraz, donde la lógica capitalista del mercado predomina y se traslada a todos los sectores sociales posibles, el marco de los determinantes sociales de la salud es un gran esfuerzo y avance político, ideológico y operativo, tanto al interior de la Organización Mundial de la Salud, como en los Estados que

² Entendidas como guías de acción del Sistema de Salud, que es uno de los determinantes sociales de la salud.

forman parte de ella. Sin embargo, quedarse en este plano es no incidir en la inequidad sanitaria, es decir, en las causas estructurales que favorecen que los diferentes grupos humanos tengan gradientes de salud injustos y prevenibles, factor que sería abordado si el eje rector fueran los determinantes sociales estructurales de la salud. Si

lo que se pretende es erradicar la inequidad sanitaria y no sólo combatir las desigualdades en salud, debe reconocerse al marco de los determinantes sociales de la salud no como un fin, sino como un medio que ayude a la construcción del marco de los determinantes sociales estructurales de la salud.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, N y J. PAIM, La crisis de la salud y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30, 1999.
- BENACH, J y C. MUNTANER, "Diferencia no es desigualdad". En: *Aprender a mirar la salud*. España: El Viejo Topo, 15-20, 2005.
- BITRÁN, R. y C. MUÑOZ, *Focalización en la salud: conceptos y análisis de experiencias*. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Documento mimeo. 32 pp, 2000.
- BREILH, J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Lugar Editorial, 320 pp, 2003.
- A SILVA, J. y M. AZEVEDO, Epidemiología e desigualdade: notas sobre a teoria e história. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12 (6), 375-383, 2002.
- FEACHEM, R. Desigualdades en salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 3, 2000.
- LAURELL, C. La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2 (1), 121-130, 1981.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final*. Suiza, 40 pp, 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. "Creación de un movimiento mundial para la equidad en salud". En: *Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos*. Suiza, 4-6, 2007a.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. "Determinantes sociales de la salud y equidad en salud: las causas de las causas". En: *Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos*. Suiza, 14-38, 2007b.
- PAIM, J. *Fundamentos históricos: movimientos sociales en el campo de la salud*. REDET. ISC. Brasil: Universidad Federal de Bahía. Brasil, 2005.
- ROSE, G., La estrategia poblacional de prevención beneficia a los individuos y pretende lograr poblaciones más sanas. *International Journal of Epidemiology*, 30, 427-432, 2001.
- SECRETARÍA DE SALUD (Ed). *Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: 74 pp, 2007.
- SEN, A., ¿Por qué la equidad en salud?, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, (5-6), 302-310, mayo/junio 2002.
- WHITEHEAD, M., *The concepts and principles of equity and health*. Dinamarca: Editorial World Health Organization, Regional Office for Europe, 18 pp, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (Ed). Commission on Social Determinants of Health. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper of the Commission on Social Determinants of Health*. Sweden. 77 pp, 2007.