

Finalmente yo invitaría a que en la construcción de este marco conceptual se hiciera algo que no tuviera la crítica que ya hizo el doctor Manuel Urbina: “¿quién entiende este marco conceptual?”

Considero que hay que hacer marcos conceptuales comprensibles para quienes los tengan que utilizar. Hay que mantenerlos simples, orientados hacia los resultados y que además integren todas las dimensiones que se han estado comentando, como el desarrollo humano, que mencionó el doctor Pellegrini y el desarrollo sustentable, a que hizo referencia el doctor Galvao. Asimismo, se puede considerar la seguridad humana y muchas otras. Sin embargo, el reto es lograr un marco integrador pero simple.

La inequidad se manifiesta en las desigualdades en la salud

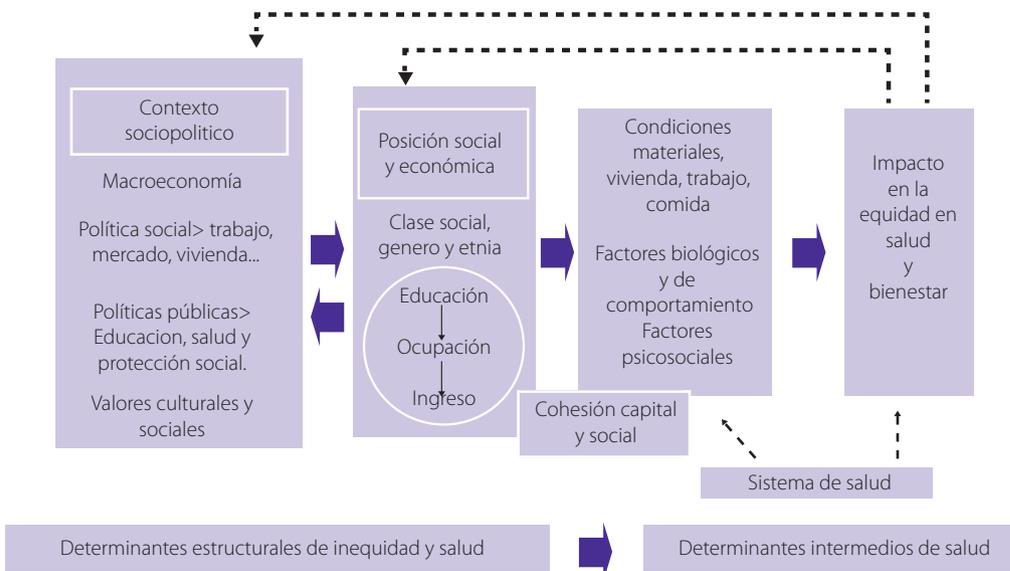
Laura Moreno

La pregunta que se planteó en este panel sobre si se requiere de un marco conceptual de los determinantes sociales y de la salud y la equidad en salud diferente para los países de América Latina, y para México en específico, puede tener respuestas muy concretas: si y no, o más o menos.

A mí el marco me parece muy bien (figura 1). Se trata de un marco integral y que además tiene la virtud de presentar varios niveles. Normalmente los marcos no distinguen categorías para los diferentes aspectos.

El que hayan puesto los determinantes estructurales de inequidad y salud por un lado, y los intermedios y todas estas diferenciaciones, así como la parte de capital humano, me parece un acierto ya que agrega claridad.

Figura 1
Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes



También se contemplan categorías como “clase social”, “género” y “etnia”. Como la etnia incluye a los grupos indígenas, considero que cada quien podría darle la magnitud que requiriera, según el país y el contexto.

Una crítica que sí le haría es que sigue considerando de una forma muy lineal la categoría de “posición social”, tomando en cuenta educación, ocupación e ingreso. Actualmente hay personas con nivel educativo muy alto que no tienen un trabajo o tienen uno que no está bien remunerado o que no es acorde a su formación. Por otro lado, hay personas con muy bajo nivel educativo que tienen empleos, lícitos o ilícitos, que les generan grandes riquezas. Entonces, creo que tendríamos que buscar algunos otros indicadores.

Considero que el marco es integral porque dimensiona los determinantes sociales de la salud en “estructurales” e “intermedios”. Esta diferenciación permite distinguir los niveles y los actores involucrados en procesos sociales, económicos, culturales, individuales (biológicos y de comportamiento) que intervienen en las inequidades sociales y en las grandes desigualdades en salud que están presentes en el mundo.

Cabe hacer notar que aquí se ha estado hablando indistintamente de “inequidades en salud”, “inequidades sanitarias”, “desigualdades en salud” e “inequidades en salud”. Por tanto, hay un problema de conceptos sobre el que vale la pena reflexionar. Asimismo y en referencia con el marco teórico que estamos revisando, sería importante conceptualizar los términos “inequidades sociales” y “grandes desigualdades en salud”.

Como hemos visto, este marco nos ha permitido explicar los rasgos esenciales de las formas de organización social y de su desarrollo. Por ejemplo, se puede identificar una correlación entre las fuerzas sociales y el poder. También permite revisar y abordar los problemas del rezago y los emergentes. El mismo incluye tanto a las sociedades en las que aún existe la pobreza absoluta, como aquellas que están en mejores condiciones de vida, como ocurre en los llamados países desarrollados, mismos que presentan también en su interior diversos grados de desigualdad social.

Cabe aclarar que esta presentación se basa en un trabajo en la UNAM conjuntamente con el doctor Rafael González Guzmán, quien ya ha hecho algunas publicaciones al respecto.

Asimismo, les comparto que hubo una experiencia muy interesante de un grupo de la UAM Xochimilco y el Grupo Latinoamericano de Medicina Social que consistió en la realización de un taller; en él participaron epidemiólogos sociales, como Julio Breil, José Carlos Escudero, entre otros.

Es plausible también que el Informe de la CDSS haga recomendaciones por igual a países ricos y pobres, a diferencia de otros informes que se basan nada más en recetas para los pobres. No obstante, en ocasiones el dar recomendaciones por igual puede traer complicaciones, como ocurrió con el MATA. En ese caso los países europeos, con sistemas de salud mejor organizados, pudieron responder muchísimo mejor a las recomendaciones que países en los que tienen sistemas de salud con problemas serios.

Cabe hacer referencia, asimismo, a algunos comentarios que se han hecho en relación con el informe de la comisión. Navarro aplaude que el informe denuncie los obstáculos para alcanzar el pleno desarrollo de salud; mismos que se encuentran muy claramente expresados en el marco. Considera en ese sentido que es su aproximación teórica, conceptual, metodológica e instrumental, y sobre todo ética y política, la que va a permitir a cada país poner en marcha acciones para subsanar las inequidades sociales y las desigualdades en salud. No obstante, también hace algunas críticas. Aquí voy a comentar únicamente dos aspectos en los que estoy plenamente de acuerdo.

El primer punto es la conceptualización y dimensión que se ha dado a la inequidad y a la desigualdad, que en opinión del mismo autor son distintos conceptos. Dice al respecto que la

cuestión semántica no es lo importante, sino que lo trascendente está en la argumentación ética. Si se parte de la idea de que las desigualdades se miden y las inequidades se juzgan, entonces lo que estamos diciendo es que la inequidad da cuenta de la esencia del problema. Es lo que está en el fondo o en la raíz de este proceso (aquí hago alusión a López Pardo y a Breith). La desigualdad es la evidencia empírica que se hace ostensible con el análisis estadístico. Es decir, para su adecuada comprensión, se hace necesario desentrañar la inequidad que la produce.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute y una disparidad en la calidad de vida. La inequidad es la falta de equidad; es decir, la característica inherente de una sociedad que impide el bien común. Entonces, las inequidades sociales son la distribución asimétrica de las cargas y beneficios implicados en el vivir en sociedad, según la clase social, la etnia, el género o la generación a la que se pertenece.

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y en el acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. Por tanto, considero que es necesario que nos detengamos a reflexionar sobre lo que la está generando y sobre cuáles eran las condiciones imperantes cuando ésta no se presentaba.

Resumo así mi comentario sobre este punto: la inequidad se manifiesta en las desigualdades en salud.

La distinción es importante. Así lo estimó también el grupo abocado a estudiar los determinantes sociales de la salud. Considero que si el análisis se centra en el nivel de las desigualdades, se estará desviando la mirada hacia los efectos más que hacia sus determinantes, o a los determinantes de los determinantes.

Es importante destacar también que el informe de la comisión se enfocó mucho en el concepto de desarrollo social y no así en el papel central que juegan las políticas sociales de cada país. También aquí hay una diferencia que habría que analizar.

El informe dice estar construyendo sobre el legado de Alma Ata de atención primaria a la salud; sin embargo, no se examina el contexto político en el que esta política surgió, ni las circunstancias de su fracaso o poco éxito. Este sería un aspecto esencial para entender en la actualidad dicho informe y para no repetir los mismos errores.

Entonces, un punto importantísimo es la correlación de fuerzas sociales y políticas que dieron origen a avances para mejorar las condiciones de vida. Ha habido muchos cambios que han traído consigo un aumento en la desigualdad y en la inequidad en todo el mundo. Por ello, hay que pensar en esquemas distintos para transformar esta correlación de fuerzas y no conformarnos simplemente con esas recomendaciones a los gobiernos.

Las políticas públicas a partir de 1980, reforzadas por las de 1993 del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, se han basado en lo que se ha llamado “ideología neoliberal”. Es en este contexto en donde el Estado debe reducir sus intervenciones, dice esta propuesta. Así, los mercados laborales y financieros se deben desregular con el objeto de motivar y propiciar su creatividad; el comercio y la inversión deben ser estimulados, etcétera.

Esta orientación es la que ha llevado en muchos países del mundo, y concretamente de América Latina, como sucede en México, a la siguiente situación en salud: la responsabilidad del Estado se ha reducido en cuanto a estos aspectos de salud; el mercado y la comercialización de la medicina y de los servicios médicos se han incrementado; la responsabilidad de la salud es ahora del individuo y la promoción de la salud se entiende como un cambio en el comportamiento de las personas. Es decir, se trata de una orientación muy individualista que tiende al aislamiento.

¿Qué hacer frente a las relaciones de poder que privan en la actualidad y quienes tienen el poder y la fuerza en este momento? Definitivamente el mercado tiene la fuerza. Se mencionó el

ejemplo de los alimentos en las escuelas, y lo dijeron como si hubiera sido un éxito cuando fue casi un fracaso.

Se propuso una lista de alimentos con un tope de 450 calorías y azúcares o kilocalorías, pero antes de que saliera la propuesta la lista desapareció. De 450 calorías permitidas, se bajó a 350; más aún, ya no se hablaba de calorías y azúcares conjuntamente. Se restringieron solamente las calorías y se liberaron el cien por ciento de los dulces, así como todos los alimentos muy ricos en azúcares. Además el programa empezó de forma voluntaria en agosto del 2010 y sólo va a ser obligatorio hasta el 2011, en una primera fase.

La propuesta era limitar los alimentos desde el primer momento de manera obligatoria, porque hay un grave problema: tenemos el primer lugar en obesidad infantil. Sin embargo, pesó más la postura que tenía el mercado en ese momento; logramos algo, pero no lo que debimos haber conseguido.

Entonces, una política nacional de salud debe enfocarse a los determinantes estructurales preponderantemente, desde luego.

Como menciona Navarro, en el informe referido se habla de políticas, pero no de lo político, siendo que la parte política es muy importante para poder pasar a la acción. En el mismo Informe, tal vez anticipándose un poco a la crítica, se dice: “no nos hacemos ilusiones, la construcción política y la capacidad institucional son fundamentales para atender todas las recomendaciones de la CDSS”. Por supuesto, con capacidad institucional y construcción política, la situación sería muy diferente.

Concluyo diciendo que mientras las fuerzas estén como están en nuestro país en este momento, muy poco podemos hacer. No hemos podido contender con la industria alimentaria, como mencioné ahora, pero tampoco con la tabacalera y hay muchos problemas con la farmacéutica. Nuestro compromiso en pro de la salud deberá ser la herramienta con la que podamos revertir, o por lo menos equilibrar las fuerzas del poder para que el sector salud y los otros sectores tomen el liderazgo y las decisiones no se basen en función del mercado.

La ética y la igualdad en la salud, en la integración de México

Miguel Ángel González Block

Sólo haré énfasis en dos puntos en torno a la cuestión de los conceptos: uno es que la propuesta de marcos conceptuales, tal como la OMS la ha hecho, ciertamente tiene un papel fundamental para llevar el diálogo, la discusión, el debate a los países, a los actores, y esto sin duda alguna es muy enriquecedor.

Estoy completamente de acuerdo con lo que presentó la doctora Laura Moreno en cuanto a que los países pobres, sobre todo los de nuestra región, que tienen prácticamente siglos de una organización jerárquica, corporativa, muy desigual en su concepción de la vida y en su relación con los grupos humanos, están en una situación muy diferente a la de los países donde viven quienes hicieron el Informe de la CDSS. Los autores provienen fundamentalmente de culturas nórdicas, como Dri-derixe, de Dinamarca; hay otros del Reino Unido, en donde el valor de la equidad es un valor que se ha trabajado poco. Asimismo, si comparamos con la cultura canadiense, de la que otros autores son originarios, encontramos que ahí la equidad en salud prácticamente es un valor fundamental de carácter nacional que cohesionaba a toda la sociedad. En Canadá el mantener esa equidad en salud