



LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO BÁSICO

Health is a basic human right

Antonio Vergara de Campos

Doctor en Medicina por la Universidad de Cádiz

Coordinador de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Cádiz (España)

E.mail: antvercam@gmail.com

Resumen:

La salud es un derecho no una mercancía. Las instituciones tienen la obligación de procurar el acceso a la salud. La salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino el estado de plenitud física, psíquica y social. Ello condiciona que existan determinantes sociales que influyen de forma decisiva en los niveles de salud. La crisis, los recortes y la austeridad han condicionado un aumento escandaloso de los niveles de desempleo, de pobreza y han disminuido mucho las personas de clase media. Las desigualdades sociales han aumentado de forma notable y ello significa peores niveles de salud. La acción política en el ámbito municipal puede ser una oportunidad para hacer disminuir estas desigualdades sociales y mejorar la salubridad de nuestros barrios y ciudades. Los movimientos sociales y ciudadanos tienen que comprometerse con los ayuntamientos para conseguir estos inexcusables objetivos.

Palabras clave: Salud Pública. Salud Comunitaria. Determinantes sociales de la salud. Desigualdades sociales y Salud.

Abstract:

Health is a right not a commodity. Institutions have an obligation to ensure access to health. Health is not merely the absence of disease but a state of full physical, mental and social. This determines that there are social determinants that influence decisively in health levels. The crisis and austerity cuts have led to a shocking rise in unemployment, poverty and have greatly diminished middle-class people. Social inequalities have increased significantly and this means worse health. Political action at the municipal level can be an opportunity to reduce these inequalities and improve the health of our neighborhoods and cities. Social movements and citizens have to engage with municipalities to achieve these objectives inexcusable.

Key words: Public health. Community health. Social determinants of health. Inequalities and health.

Recibido: 01-10-2016 / Revisado: 03-10-2016 / Aceptado: 15-10-2016 / Publicado: 01-11-2016

Introducción

Existen dos concepciones del término Salud. Una de ellas es aquella que considera que el derecho a la salud es un derecho humano básico y otra que sostiene que la salud, como cualquier otra cuestión, es una materia sujeta al mercado, es una mercancía, es decir, que se puede acceder a ella, según tus disponibilidades socioeconómicas. Nosotros defendemos de forma contundente la primera y las políticas neoliberales procuran alcanzar la segunda. Para lograr estos objetivos de que el acceso a la salud sea universal, gratuita, equitativa y solidaria, no hay sino un solo camino, el sector público. La sanidad pública es la única herramienta, no la mejor sino la única, que tienen los sectores sociales con menor capacidad adquisitiva. Por ello no es cuestión de que los gobiernos concedan de forma magnánima el acceso a la salud sino es que resulta que está dentro de sus estrictas obligaciones. Lo contrario es un fraude a la sociedad democrática: los políticos deben sólo administrar o gestionar el sector público, no trabajar ni tender al sector privado y, mucho menos, beneficiarlo, como, por desgracia, estamos de forma permanente contemplando. Las puertas giratorias son una realidad escandalosa que nos indigna. Los gestores públicos, en sus responsabilidades con los ciudadanos, están trabajando los intereses de macroempresas privadas, porque son allí dónde van a terminar, tras su periplo en el sector público, al que desprecian.

Pero nuestra concepción no se limita a considerar una persona sana a la que no padece enfermedad activa alguna. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), el estado de sentirse sano se refiere al estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Es

decir, existen determinantes sociales que condicionan gravemente la pérdida de salud. Más recientemente, en 2015 (2), en el marco de la Agenda para 2030, consideran que todas las naciones deberían asegurar todos estos conceptos de salud a sus poblaciones. Desgraciadamente, estamos acostumbrados a que las instituciones de cualquier ámbito, conozcan y elaboren documentos perfectos y después no apliquen sus sugerencias. Por lo tanto, no es cuestión de información de nuestros gobernantes sino de voluntad política. Sólo la movilización social masiva y constante hace conseguir logros en este sentido.

Considerando la salud con estas características, no existe solamente una responsabilidad individual en cada ciudadano, que también, sino se añade un compromiso de salud comunitaria. La Salud Pública es la disciplina encargada de la protección y mejora de la salud de la población humana. Tiene como objetivo mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Debería ser, y no lo es, uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud así como una especialidad promocionada e incentivada por la administración y, sin embargo, es una materia relegada cuando no aislada activamente. Por suerte, tenemos unos referentes permanentes que nos informan y nos forman en estas cuestiones. Es la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Sus informes periódicos, son una auténtica *biblia* para los que nos interesa este campo tan fundamental (3).

La salud y desigualdad

Como consecuencia de la crisis económica y las políticas de austeridad las desigualdades sociales se han incrementado en muchos municipios (Escolar Pujolar, 2008). La búsqueda de alternativas que plantean los gobiernos locales más sensibles ante esta situación, abren una nueva oportunidad para mejorar el conocimiento sobre la magnitud, las características y las causas de las desigualdades sociales en salud en el ámbito urbano. La puesta en marcha de planes y programas de intervención para su reducción es una necesidad de salud pública inaplazable. El municipio es un espacio privilegiado de participación, insertado en la vida cotidiana de los vecinos y un lugar de anclaje de algunos de los principales determinantes sociales de la salud. Por otra parte, la acción comunitaria desde los servicios sanitarios es fundamental para el abordaje de las desigualdades sociales en salud. La importancia de los determinantes sociales de la salud debe ser considerada de forma más comprometida en la práctica de la Atención Primaria, que ha sido progresivamente constreñida a la intervención en el espacio de las consultas del Centro de Salud (Hernández Aguado y otros, 2012).

Las desigualdades en salud a nivel urbano son muy pronunciadas y la evidencia científica muestra claramente que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidas tienen peor salud (4). En Barcelona, a través del trabajo de la Agencia de Salud Pública, nos evidencian con estudios científicos, la importancia de los planes locales de Salud en los distintos barrios. Difunden una frase que nos parece la clave: “la equidad en salud empieza en tu localidad” (Borrel y otros, 2012).

La investigación científica ha puesto de manifiesto durante las dos últimas décadas el enorme impacto que tienen sobre la salud determinantes sociales como son la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social, el género, entre otros; manifestándose en desigualdades en salud muy diversas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot y Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996). Existen todo tipo de estudios científicos, con diversos criterios, que evidencian de forma contundente todos estos aspectos, como por ejemplo uno muy relevante sobre determinantes sociales en jóvenes (Moreno, 2012). En ellos se demuestra la importancia decisiva sobre la salud de los hábitos y conductas saludables.

En una organización tan poco sospechosa como Cáritas, han ido comunicando desde el principio de la crisis en 2006-2007, cómo además de una crisis financiera se ha convertido en un auténtico desastre para las clases medias y bajas. Los índices de pobreza han aumentado de forma escandalosa, se ha perdido en gran medida las personas que en clase media sustentaban al país con sus recursos y consumos. En el último informe de la Fundación FOESSA de Cáritas, se nos informa que aunque han disminuido algo las personas atendidas (de 4.300.000 a 4.000.000) sin embargo han aumentado mucho las ayudas económicas, debido a que los que permanecen excluidos de la sociedad, sus necesidades son mayores y más elementales (no sólo necesitan comida sino otros recursos básicos: empleo, vivienda, educación para sus hijos, etc.).

El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción

de las desigualdades sociales en la salud. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud (5).

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja los que presentan peor salud. Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales. Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud, injustas y evitables que aparecen entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Con todo, son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al de la mayo-

ría de factores de riesgo conocidos. Estas evidencias significan que las desigualdades sociales matan y lo hacen en mayor medida que el colesterol, factor de riesgo sobredimensionado por la población, no de forma inocente sino a base de publicidad engañosa para conseguir el objetivo de consumir fármacos hipolipemiantes. Las desigualdades en salud según nivel socioeconómico tienden a aumentar porque las personas de clases sociales más favorecidas mejoran más su salud que el resto de la población.

A modo de final

Muchas de las recomendaciones propuestas para reducir las desigualdades en salud son competencia de la administración local. El gobierno municipal tiene un claro impacto sobre la salud y las desigualdades, ya que decide y actúa sobre factores tan determinantes como la planificación urbana, el transporte, la vivienda, los servicios dirigidos a la infancia y a las personas mayores, los servicios sociales, los servicios medioambientales, los servicios relacionados con la cultura, el deporte, el trabajo, el desempleo y la economía local. Los ayuntamientos, además de ser los encargados de gestionar servicios y desarrollar normativas, actúan como empleadores, y pueden promover el empoderamiento y la participación de la ciudadanía.

España tiene el dudoso honor de ser el segundo país de Europa, tras Chipre, en el que las desigualdades sociales más han aumentado en los últimos años. Es decir, los ricos son cada más y más ricos y los pobres son cada vez más y más pobres (6). En el último informe de Oxfam Intermón (7) se evidencia que la economía mundial está al servicio del 1% de ricos que

acumula la misma riqueza que el 99% de la población. Esta escandalosa realidad no puede acabar bien. Por todas estas razones, en la ciudad de Cádiz, por impulso inicial del equipo de gobierno y aprobación posterior, por unanimidad, del Pleno del Ayuntamiento, estamos desarrollando el Plan de Salud para la ciudad de Cádiz. Para ello se ha firmado un convenio con la Delegación Provincial de Salud. Se ha comenzado como proyecto piloto con el barrio de La viña (sector populoso de la capital de provincia, ubicado en la zona antigua de la ciudad y arraigado a las tradiciones locales). Se ha conseguido la integración de todas las instituciones implicadas en este concepto amplio de barrio saludable: Distrito Sanitario, Centro de Salud, Diputación Provincial, Unidades de Salud Mental, Colegios e Institutos de Educación, Escuelas infantiles, Colegios profesionales, etc. (8). Pero lo más importante, si cabe, es que estamos intentando la participación ciudadana real y efectiva. En el grupo motor que está dinamizando el plan de salud están incorporados movimientos sociales diversos y ya se han celebrado una asamblea y un taller ciudadano, con notable éxito de participación, en el que hemos vivido con emoción y esperanza cómo los ciudadanos son los que nos tienen que orientar sobre cuáles son sus problemas fundamentales en relación con su salud.

Notas

- (1) Official Records of the World Health Organization. Conferencia Sanitaria Internacional, New York, 19-21. Julio 1946. Nº 2, Page 100, 1948.
- (2) Asamblea General de las Naciones Unidas. “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”. A/70/L.1, Septiembre 2015.
- (3) VII Informe SESPAS 2014. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Imma Cortès-Francha,b,c, _ y Beatriz González López-Valcárcel. a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. b CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España. c Institut de Recerca Biomèdica (IIB-Sant Pau), Barcelona, España. d Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. Gac Sanit. 2014; 28(S1):1–6.
- (4) XVI Jornada Desigualdades Sociales y Salud. Cádiz, 28 de mayo de 2016. Disponible en: www.fadsp.org/.../jornadas/1217-xvi-jornada-desigualdades-sociales-y-salud-cadiz-28
- (5) Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Informes, estudios e investigación 2015. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- (6) VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación FOESSA. Fomento de Estudios Sociales y Sociología aplicada. 2014. Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf
- (7) Una economía al servicio del 1%. Acabar con los privilegios y la concentración de poder para frenar la desigualdad extrema. 210 Informe de Oxfam 18 de enero de 2016.
- (8) Universidad de Sevilla. Estudio HBSC. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema6.pdf>

Referencias

Borrell C, y otros. *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyecto Medea e IneqCities; 2012, Disponible en: <http://www.proyectomedea.org/privado/docs/publicaciones/libritoequidadsaludurbana.pdf>

Escolar Pujolar, A. (2008). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

Hernández Aguado y otros (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SES-PAS 2012. *Gaceta Sanitaria*; 26; 6-13.

Moreno C. y otras (2012). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del Estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Sanidad 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.