

Comentario al documento de trabajo

Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región andina

Carolina Tetelboin Henrion



*Desigualdades sociales en salud.
Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región andina.*

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito UNANUE, 2022

El organismo Andino de Salud Hipólito UNANUE creado en 1971 por el derecho efectivo a la salud por lo ministerios de salud Bolivia, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela, en 2021 resolvieron conformar la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades so-

ciales de salud y la incidencia en políticas públicas, para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: centrada en una salud como derecho con justicia social y ambiental para todas las personas, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ORAS-CONHU, 2021).

En ese marco y bajo la dirección de Ernesto Rodríguez, la Mesa Andina elaboró la primera versión del “Documento de trabajo: Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región Andina”, un primer paso para mejorar la evidencia científica de las desigualdades sociales en salud y el sistema de monitoreo regional con información desagregada basado en el enfoque de desigualdades múltiple y en consulta con los institutos de estadísticas de los países andinos.

El trabajo realiza distintas consideraciones teóricas, metodológicas y técnicas, pero también políticas, al contribuir a avanzar en la cooperación internacional y la integración regional. La caracterización del momento se inspira en las palabras del Secretario General de UN, en la que afirma que la comunidad internacional debe “salir de su letargo marcado por divisiones geopolíticas donde la región de América Latina y el Caribe, se encuentran en medio de esta “tormenta perfecta” caracterizada por crisis económicas, sistemas de protección precarios y democracias frágiles”.

Diría que es una caracterización bastante sintética y realista de la situación de la región, si consideramos que estamos recién saliendo de una ola hegemónica de transformaciones de mercado que arrasaron durante casi cuarenta años con los bienes públicos, las instituciones y las certezas de vida de la población latinoamericana, especialmente desde el consenso de Washington en adelante.

La coyuntura actual está permeada por un proceso de repolitización de las grandes demandas sociales que interpelan a la política, a los partidos y a las instituciones del Estado. En tal sentido, el documento se posiciona en una contribución para

recuperar la multidimensionalidad de los problemas sociales y en salud no resueltos a la vez que retoma el significado de tratarse de la región más desigual del planeta y que la pandemia no ha hecho más que profundizar en sus indicadores epidemiológicos y de bienestar, a contramano del incremento exponencial de la ganancia de las empresas como la industria farmacéutica, las vacunas, los insumos y tecnologías.

En este marco, el ORAS-CONHU trabaja intensamente en la articulación de esfuerzos en el plano regional, para fortalecer la gestión pública en el campo de la salud y avanzar con justicia social y ambiental, en la garantía del derecho a la salud de la población; desafíos para encarar las desigualdades sociales en salud que, “con los efectos devastadores de la COVID-19, se han multiplicado y se han hecho más visibles (e intolerables) que antes.

El resultado en este documento colectivo de la Mesa Andina, fundamenta las bases para un sistema de monitoreo regional para enfrentar las desigualdades sociales en salud caracterizadas como “desigualdades múltiples” y más allá de desigualdades de ingresos -además y fundamentalmente- desigualdades de género, generacionales, étnicas y raciales, territoriales, migratorias en el marco de economías en crisis, sistemas de protección precarios y democracias frágiles.

El trabajo bajo la dirección de ORAS-CONHU y el objetivo de “combatir las desigualdades e inequidades en salud y avanzar en el ejercicio efectivo del derecho a la salud” se alinea a los Objetivos del Milenio, a los objetivos de la CEPAL centrada en una “recuperación transformadora, para la inclusión y la sostenibilidad”, a la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, el Plan Estratégico

de la OPS 2020-2025 “La equidad, el corazón de la salud”.

El documento considera que la crisis asociada al COVID-19 generó posibilidades para que la región inicie un tercer momento de la historia de la protección social en América Latina. En efecto, las condiciones políticas parecieran indicar que estamos actualmente frente a una segunda ola de cambios progresistas en la región que después de sus primeras derrotas recuperan aprendizajes del manejo de sus políticas. Frente a la crisis económica producto del fracaso de las políticas de mercado que dejaron en condiciones precarias a las poblaciones por el endeudamiento, la falta de acceso a servicios y bienes de consumo básico por la desarticulación institucional, la pérdida de la protección del Estado en la salud, la educación, la vivienda, las pensiones, el agua, entre otras. Las políticas de redistribución del ingreso que impulsaron el consumo no sólo básico sino suntuario y que expandieron las capas medias o aspiracionales, hoy se construyen sobre bases de mayor austeridad y con dirección a establecer pisos de ingresos estables a poblaciones vulnerables como adultos mayores, discapacitados, niñas, niños y adolescentes, aunque todavía no se saben sus resultados y no se atisba por el momento sus perspectivas más allá de ir subiendo el ingreso básico, comienzan a generarse aportes de gran valor para encarar estos debates, pero todavía estamos lejos de contar con respuestas pertinentes, que se ubiquen a la altura de los complejos desafíos que se avecinan. En definitiva, la crisis asociada con el COVID-19 puede ser un tercer momento en la historia de la protección social en la región

Hoy, como parte de la crisis económica, política e ideológica creada por el fracaso del mercado y la toma del Estado, el remate producido por la pandemia reposicionó la necesidad de un Estado

capaz de cuidar de su población, reorientar el diseño de la protección social en sentido inverso al desarrollado que provocó la década perdida y hoy nos encontramos en la convicción de “crear y fortalecer sistemas universales y solidaridades de protección social. Sin embargo, como lo advierte el informe, las dificultades políticas se centran en que mientras en el discurso parecieran haber objetivos semejantes producto del uso ambiguo y del doble sentido del discurso, en la práctica surgen las diferencias.

En efecto, el documento recupera el sentido de los movimientos sociales y la academia crítica de la necesidad de fortalecer la mirada de lo público y lo común en el Estado, refinanciar las soluciones a las necesidades sociales, universalizar los derechos no sólo en el discurso sino también en la elaboración práctica de la universalidad como piso común, suficiente e integral para todos, recuperando las experiencias pasadas y en curso. Los retos son múltiples y diversos y a muchos de ellos apunta este primer paso.

Resolver el tema de la división creada en el siglo XX entre sistemas contributivos y sistemas públicos pero en sentido opuesto de lo que se avanzó en los años de neoliberalismo que fundamentaban la desaparición de la seguridad social como competencia desleal, a fin de captar los fondos de pensiones que fue para desgracia de los trabajadores de la región el mayor de los logros con resultados funestos y después avanzar a la capitalización de empresas en salud o para la vivienda previamente inexistentes. El tránsito puede permitir la convivencia en algunos casos, pero fundamentalmente debiera acercarse los sistemas públicos a los logros de la seguridad social; en otros casos, el rescate de los fondos previsionales traspasados a las empresas privadas como son los casos especialmente de Chile y Colombia debiera ser la con-

dición para a partir de allí, fortalecer los sistemas públicos. Por otro lado, en efecto, se deben incrementar los fondos públicos a través del impuesto a la renta, la propiedad y los daños al medio ambiente como lo sugiere el PNUD (aunque también suspendiendo tales actividades productivas terminando con la falacia de las multas) y como lo hace hoy mismo España, a fin de garantizar las necesidades de la hacienda pública. Pero también con término del dispendio del gasto público en salarios de funcionarios, dispendio y corrupción, privilegios a grandes empresas a costa del IVA para todos.

La intersectorialidad de las políticas no exclusivamente de salud, sino de la participación de las políticas salariales y de ingreso de pensionados y trabajadores, de la alimentación saludable, la vivienda digna, la educación para la salud y para el buen vivir, es decir el fortalecimiento del enfoque intersectorial en las políticas que intervienen en las condiciones de vida, salud, atención y cuidado es decir, desde la determinación social de la salud es una herramienta a nivel macro que permite “reducir las inequidades. Los países que tienden a aumentar el gasto público disminuyen el gasto de bolsillo y contribuyen a la equidad”.

La producción primaria de información que motiva este documento, es una contribución esencial, un punto de partida para conocernos mejor, sí se plantea desde un marco conceptual propio, decolonizado, reconociendo nuestras identidades y necesidades y no de la economía del lucro; sus indicadores pueden permitir pensarnos y medirnos mejor, reconociendo la diversidad y desde un derrotero de derechos universales, integrales. Ello requiere de conceptualizaciones propias, de las que abundan en la región y empiezan a extenderse y se hegemónicas gradualmente; el desa-

rollo del pensamiento crítico ha invadido también a la salud y la salud pública, enriqueciendo y compartiendo con el saber médico biológico, de la enfermedad, curativo, individual, centrado en el médico, iluminando territorios invisibilizados anteriormente como el dolor, las percepciones que producen malestar, el cuidado a la salud desde la familia al decir de Menéndez hasta los primeros servicios solidarios de la comunidad, los públicos de la APS. Para ello se requieren también, así como en las estadísticas o antes de ellas, teorías capaces de interpretar la realidad, la complejidad, también una ciencia integrada de diversas miradas que den completitud al problema de la salud ciudadana y a los particulares; el pensamiento crítico en salud tiene ya un desarrollo en la región de más de 50 años; en función de la realidad y las necesidades de la población, desde un saber decolonizado; de políticas intersectoriales articuladas en torno al país, las regiones, las comunidades; servicios en general y de salud orientados a eso, al servicio público o del público; formación de personal en salud biomédico y social, formar en universidades públicas y gratuitas profesionales al servicio de las necesidades de la sociedad; de una población informada, participativa y respetada. Un primer problema ha sido el vinculado con la dispersión de esfuerzos y la falta de coordinación efectiva de trabajo en estas materias. En segundo lugar, las prioridades de trabajo en este campo han sido fijadas dentro de dicha lógica, y solo han sido sensibles a las fuertes demandas de diferentes sectores sociales, económicos y/o políticos, o a la recepción de recursos económicos para su concreción, especialmente desde la cooperación internacional.

El reto es la política y ya está en la mesa el consenso por la universalidad en la medida que la pandemia demostró que sólo las instituciones pú-

blicas pueden hacerse cargo de procesos tan universales; también las comunidades aportaron su parte en los cuidados.

El tema de las instituciones y su recomposición es otro de los retos que se atisban en el documento. Además de la discusión de la republicación de las instituciones del Estado para cumplir su tarea de cuidado de la vida y la salud, ¿cómo debieran ser las nuevas instituciones hacia las que caminemos desde estas planeaciones estratégicas y participativas de la mano de los ciudadanos en sus territorios?

También el reto pasa por construir una nueva gestión en las instituciones de salud que humanice la atención y la relación entre los trabajadores y la sociedad. Es un tema de la cultura burocrática, de las relaciones sociales y el interior de los servicios de salud, pero también estructural donde media el reposicionamiento de los trabajadores de la salud y sus relaciones en el marco de nuevos contratos sociales y democráticos de las sociedades a la que pertenece. Después de años de disciplina incluso en las experiencias de interculturalidad logradas de sometimiento empresarial a la norma, el cumplimiento de objetivos imposibles, de tareas paralelas, generalmente en el marco de disminución de personal, recursos, insumos y tecnologías en el mundo público y de la seguridad social, el tejido social de las instituciones de salud también se ha roto.

En el terreno de la tecnología, el documento propone mantener los espacios abiertos por la pandemia como la llamada, no se si tan adecuadamente, «cibersalud» y sin lugar a dudas deben ser retomadas pero de la mano de la nueva concepción de la política de salud universal, integral, financiada por el Estado o por los sistemas de la seguridad

social. El criterio otra vez debe centrarse en las necesidades sociales y no en las necesidades de realización de la industrias comprometidas, incluso asumiendo la crítica de la hipermedicalización durante la pandemia. Experiencias que retoma el texto como exámenes médicos, historias clínicas y la gestión administrativa de los centros de salud, pero la utilización generalizada de aplicaciones móviles para detectar y comunicar focos de contagio, organizar e implementar los exámenes correspondientes o los procesos de vacunación, el contacto y capacitación entre profesionales han irrumpido con mucha fuerza en estas esferas y todo indica que, además, llegaron para quedarse aunque con “su lado oscuro sin duda, en la medida en que las desigualdades sociales existentes se han reforzado con el impacto de esta virtualización de la vida cotidiana”.

El referente fundamental es que la salud es un derecho humano fundamental y pone el énfasis en la manera en la que las relaciones sociales y las asimetrías de poder inciden sobre el ejercicio de los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud.

En relación con esta perspectiva, según el enfoque de los determinantes sociales de la salud, las inequidades en salud son el resultado de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por su parte, el documento plantea un abordaje de asumirse la necesidad fundamental de actuar sobre los procesos sociales y las dinámicas de poder de nuestras sociedades, interpretándolas en el contexto del marco histórico en el que se replican y se perpetúan, acentuando las inequidades. De esta forma, la salud está determinada por los procesos sociales y las dinámicas de poder e intrínsecamente relacionada con otras dimensiones de bienestar,

como el acceso a la vivienda y los servicios básicos, a la educación, al trabajo decente, a la protección social y a la participación política, entre otros. Todo esto debe adaptarse, ahora, al nuevo contexto creado por la pandemia del COVID-19, con el objetivo central de renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades, en el contexto de la Agenda 2030.

Desde este ángulo, se asume la crisis actual como una oportunidad, a partir de la constatación de que las desigualdades son tan evidentes como innegables, que el interés por enfrentarlas es cada vez más generalizado, que no se puede enfrentar la pandemia si no se asume el enfoque sobre desigualdades sociales, que la crisis está profundamente asociada a viejos problemas estructurales, que están emergiendo nuevos liderazgos y que, en definitiva, «no es suficiente la atención médica para enfrentar la pandemia». Partir del carácter estructural de la crisis por la que atraviesa la región, centrada en fuertes retrocesos económicos y sociales, sistemas de

protección social precarios y democracias frágiles, que llevan a que dicha crisis impacte más y peor en los sectores excluidos. Fortalecer el trabajo intersectorial y la institucionalización del monitoreo de las desigualdades de salud en los seis países andinos. Revisar y transformar los sistemas de salud actualmente vigentes, con el objetivo de superar sus dos principales limitaciones, para estar en mejores condiciones de asegurar el acceso universal a la salud.

Establecer mecanismos de financiamiento del sector salud más equitativos, que aseguren la misma calidad en la atención a todos sus componentes operativos, superando la actual existencia de modalidades diferentes que refuerzan las desigualdades existentes. Mejorar el desempeño del personal de salud en el enfrentamiento a las desigualdades sociales en salud, para lo cual se requiere estrategias de formación, evaluar y ajustar las propias prácticas y rutinas de trabajo cotidiano y fomentar relaciones más empáticas con los usuarios. Por lo cual, es esencial el abordaje de la interseccionalidad de las desigualdades y el desarrollo de enfoques como «Una Salud».

Consulta el documento en:

https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf