

La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

Realizado: **Comisión
por delegación
Asamblea**

Aprobado: **Consejo
Ejecutivo**

Fecha: **junio 2013**

La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

Declaración de medicusmundi

- **Introducción.**

La Constitución de la OMS establece que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*. Si bien es cierto que el derecho a la salud incluye el acceso a la atención sanitaria, también lo es que la salud no depende solamente de los servicios sanitarios, es mucho más que esto.

La salud es el resultado final de un conjunto de determinantes sociales que se deben sumar a la atención sanitaria (entendida no solamente como una atención curativa, sino también preventiva y de acompañamiento) y que, en un momento dado, producen un estado concreto de salud que permite el disfrute de la vida, aún con limitaciones e inconvenientes. Nuestra salud depende de la alimentación, el medio ambiente y las desigualdades de género; de las condiciones de vida de nuestra madre durante la gestación y los primeros años de vida; de nuestra educación y de la de nuestros padres, especialmente la madre; de las condiciones de la vivienda, de si tenemos un trabajo digno y, también, de las posibilidades de participación en la sociedad y la política. A todo esto hay que añadir la facilidad o dificultad de acceso a agua limpia y saneamientos y el nivel de pobreza, que está íntimamente relacionada con una justa distribución de la riqueza.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio la comunidad internacional propuso unas metas hasta 2015 para conseguir erradicar, o al menos disminuir, la pobreza en el mundo. De los ocho objetivos, había tres (los números 4, 5 y 6) relacionados directamente con el ámbito sanitario y si algo hemos aprendido es que los objetivos que conciernen a la salud son inseparables y están interrelacionados con el resto de objetivos: nutrición, igualdad de género, agua y saneamiento, desarrollo económico y educación.

El nuevo marco que se está discutiendo para después de 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, definirá la manera en que el mundo percibe el desarrollo. Y es un tema importante ya que los objetivos que se concreten influirán en la configuración de las agendas políticas y en las transferencias de recursos.

La salud es crucial para el desarrollo, además de una condición previa del desarrollo sostenible. En este contexto, la OMS propone actualmente la Cobertura de Salud Universal como el paradigma al que deben dirigirse todas las acciones de desarrollo en salud, con el fin de dar cabida a los muy diversos problemas de salud existentes.

Y es que cada año unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos y 100 millones se ven arrastradas a la pobreza por los pagos directos de los servicios sanitarios. La gente con pocos recursos de los países pobres no solamente están excluidos de estos servicios en gran medida, sino que, cuando reciben la asistencia, es probable que ésta sea de una calidad inferior a la proporcionada a las personas más ricas.

2. La Cobertura de Salud Universal

La **Cobertura de Salud Universal (CSU)** según la OMS significa que todas las personas de un país, incluidas las poblaciones vulnerables, marginadas y estigmatizadas, tienen acceso a la información y a los servicios sanitarios (promoción, prevención, atención sanitaria, tratamiento y rehabilitación), con una calidad suficiente para cubrir la diversidad de necesidades que tengan (incluida una atención suficiente en asuntos políticamente sensibles como la salud y derechos sexuales y reproductivos, la planificación familiar y el VIH). Esta CSU tiene 3 ejes: mayor población cubierta, mayores servicios prestados y menos pago individual por acto médico, aumentando los pagos mancomunados.

En **medicusmundi** creemos que con este planteamiento la CSU no es suficiente ya que, tal y como está planteado en la actualidad, no garantizan la Salud Para Todas las Personas, que debería ser el auténtico Objetivo de Desarrollo Sostenible a nivel mundial en este sector teniendo presente un enfoque de derechos. Estamos completamente de acuerdo en que cualquier estrategia para alcanzar la CSU debe

incluir sistemas de financiación que permitan a la gente usar todo tipo de servicios sanitarios sin incurrir en dificultades financieras, tanto por el pago de los servicios como por la pérdida de oportunidades que produce la enfermedad, pero no puede ser el único foco de interés.

La propuesta que hasta el momento se maneja desde la OMS sobre CSU adolece de algunos vacíos. Siendo la CSU (y sus 3 ejes) un elemento fundamental para que los servicios sanitarios de todos los países puedan priorizar sus grandes objetivos (más personas cubiertas, más servicios prestados, menos pago por acto/más pago mancomunado), tiene un planteamiento “**demasiado sanitarista**”, sin tener hasta el momento en cuenta los demás determinantes sociales que influyen en la salud de las poblaciones. Y aunque parece haber indicios, por lo discutido en las últimas reuniones de la OMS, de que los determinantes sociales pueden incluirse de alguna forma en la propuesta final sobre cobertura universal, existen otros temas que deja sin cubrir como es la relación de las demás políticas (fiscales, macroeconómicas, sociales...) con la salud, cuyas consecuencias para la salud son muy relevantes.

Por otro lado, parece que se repite uno de los principales problemas que tuvieron los ODM en salud; nos referimos a la ausencia de definición de cuáles son los mejores procesos para alcanzar los resultados, ya que los procesos no son neutrales. Desde **medicmundi** consideramos que la propuesta de la OMS se debería plantear de abajo hacia arriba, asegurando la participación de la sociedad civil y de la población a la que va dirigida, elementos claves, sin duda, para asegurar la sostenibilidad, el impacto y la apropiación de las políticas de salud. No debemos obviar, y es tema clave, que si nos atenemos al objetivo final, la cobertura universal, ésta se podría hacer mediante servicios privados de salud, aunque sea una forma menos eficiente y sostenible de actuar, al igual que pasó con las iniciativas verticales en los ODM.

medicmundi comparte con otros miembros de la comunidad internacional una cierta prevención a que una idea positiva, como es la Cobertura Sanitaria Universal, no sea tan universal y se segmente según nivel económico. Si no controlamos los procesos para alcanzar la CSU, se puede llegar a una cobertura “selectiva” con 3 niveles: los ricos, que tendrían prácticamente todas las necesidades cubiertas; la clase media, que

tendrían gran parte de sus necesidades de atención cubiertas y, por último, los más empobrecidos, que tendrían unos paquetes mínimos de salud. Esto mismo ya pasó después de 1978, cuando la comunidad internacional se comprometió en la salud para todos a través de la Atención Primaria de salud (APS), y ésta acabó siendo una APS selectiva de paquetes mínimos, perdiendo su universalidad y equidad.

3. La propuesta de medicusmundi: Cobertura Sanitaria Universal, Global y Pública

La legislación internacional reconoce **la salud como un Derecho** y determina las responsabilidades que los estados deben cumplir garantizando, promoviendo, protegiendo y respetando el derecho de sus ciudadanos y ciudadanas a gozar del máximo estándar de salud posible. El papel de la ciudadanía y organizaciones de la sociedad civil, como es el caso de **medicusmundi**, es el de fiscalizar y apoyar la función pública como órgano rector. Como derecho, ha de ser éste, por lo tanto, universal y no puede fragmentarse en derechos individuales, sean de personas o de países.

Nos encontramos, pues, ante **un derecho nuclear**, fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, algunos de los cuales pueden ser considerados como componentes integrales del derecho a la salud (como, por ejemplo, los derechos a la alimentación, vivienda, trabajo y educación; a la igualdad y no discriminación, la dignidad humana y la vida; a no ser sometido a torturas; a la vida privada, el acceso a la información y la libertad de asociación, reunión y circulación). En este sentido, **medicusmundi** apuesta por una Cobertura de salud universal pero que, necesariamente, debe incorporar ciertos elementos que aseguren un concepto multidimensional de la salud y un refuerzo de los sistemas públicos de salud, elementos imprescindibles para poder mejorar el derecho a la salud de las personas y los pueblos.

Desde hace veinte años se han acumulado pruebas suficientes que demuestran que la APS es esencial para mejorar la salud de los pueblos y que los países que disponen de una APS fuerte consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios.

La atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud, evitando los errores por acción, como invertir de forma desproporcionada en la atención terciaria, u omisión, como no invertir en políticas públicas saludables, además de fomentar la participación comunitaria.

Sin embargo, los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y que no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos.

- ***Los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales:*** ha habido una convergencia hacia una mejora de la salud en gran parte del mundo, pero al mismo tiempo numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno en términos de equidad. Además, ahora existe una amplia evidencia sobre las marcadas y crecientes **desigualdades** sanitarias dentro de los países.

- ***La naturaleza de los problemas sanitarios está cambiando.*** El envejecimiento y las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización aceleran la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementan la carga de **trastornos crónicos y no transmisibles**.

- ***Los sistemas de salud no están al margen del rápido ritmo de cambio y transformación que caracteriza al actual proceso de globalización.*** Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de asegurar las prestaciones y la financiación de los sistemas sanitarios, así como de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, lo que se traduce en demasiados casos en **recortes** de derechos y prestaciones, si bien, al final, estos recortes se deben más a una voluntad política que a una crisis fundamental del sistema, como en el caso de España.

- **La fragmentación de los sistemas de salud por la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud** y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades (programas verticales dirigidos a tratar una o dos enfermedades), impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas, lo que se suma a la **segmentación** de los sistemas de salud diferenciados para pobres y para ricos.

- **Orientación inadecuada de la atención.** La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad.

En consecuencia, los sistemas públicos deben asegurar los principios que les deben caracterizar: **disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud; **accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información; **aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; **calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Este planteamiento debe incluir **políticas de salud pública** y de **redistribución de la riqueza** dirigida a reducir las desigualdades que hacen que la diferencia entre la esperanza de vida de una persona nacida en un barrio marginal respecto a otra nacida en una familia rica sea superior a diez años.

Además, estos sistemas se deben financiar a través de una política fiscal progresiva que garantice las subvenciones cruzadas, solidarias, entre ricos y pobres y entre sanos y enfermos. Como en la actualidad hay muchos gobiernos que no podrán alcanzar los recursos necesarios para garantizar la salud de su población, creemos que la OMS debe propiciar la firma de un tratado vinculante, de obligado cumplimiento para todos los

gobiernos del mundo de aportar los fondos necesarios para que todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento o residencia, alcancen su derecho a una vida sana