

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

El acceso universal a los sistemas sanitarios: defendamos los derechos y desmontemos las pirámides

Valéry Ridde

Global Health Promotion 2010 17: 95

DOI: 10.1177/1757975910375181

The online version of this article can be found at:

<http://ped.sagepub.com/content/17/3/95>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



[International Union for Health Promotion and Education](http://www.ihpe.org)

Additional services and information for *Global Health Promotion* can be found at:

Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ped.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Citations: <http://ped.sagepub.com/content/17/3/95.refs.html>

El acceso universal a los sistemas sanitarios: defendamos los derechos y desmontemos las pirámides

Valéry Ridde¹

Los pedagogos insisten en que a veces para transmitir un mensaje vale más una imagen que mil palabras. La historia de la salud pública está cuajada de esta forma de hacer las cosas. Una de sus consignas fue la Salud para Todos en el año 2000. Pero hay que reconocer que nos hallamos muy lejos de haberla alcanzado. Aunque el sistema sanitario no es más que uno de los determinantes de la salud de las poblaciones, la imposibilidad de la mayor parte de los habitantes del planeta de recurrir a los sistemas de salud, supuestamente modernos, para recibir atención cuando están enfermos, contribuye sin duda a las desigualdades sociales en materia de salud. Y en los casos en que la persona logra acceder al sistema, suele ser a costa de un endeudamiento o de un aumento de su pobreza (1). De ahí que la salud pública quiera adoptar una nueva consigna: el acceso universal a la atención sanitaria. El informe 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tratará este tema, el primer foro mundial sobre investigación de los sistemas sanitarios también lo ha elegido para abordarlo en noviembre de 2010 y la Asociación africana de economía y políticas de salud organiza su segunda conferencia, que se celebrará en marzo de 2010 en Senegal, en torno a este mismo tema en África.

Como subraya UNICEF en su informe de 2009, sabemos que el 80% de los fallecimientos maternos podrían evitarse si se respetara el derecho de las mujeres a acceder a los servicios de maternidad y de atención primaria (2). Asimismo, entre 40% y 70% de los fallecimientos de recién nacidos podrían evitarse mediante intervenciones de salud pública (3). El concepto de derecho me parece aquí fundamental, pues con demasiada frecuencia los actores de la promoción de la salud lo olvidan, dado que raramente reciben formación sobre este aspecto, por mucho que las declaraciones de Bangkok o de Yakarta, por ejemplo, se refieran a los derechos humanos. Por otro lado, también habría que subrayar que las organizaciones de defensa de los

derechos humanos se aventuran aun muy pocas veces a defender el derecho a la salud, aunque éste se halle presente en todas las constituciones del mundo. Sin embargo, mejorar el sistema de salud haciendo hincapié en los derechos es un enfoque que puede dar sus frutos, como acaban de descubrir muchas ONG apoyadas por la campaña que ha llevado a cabo *Amnistía Internacional* (4) en Burkina Faso. Así pues el Presidente de la República ha acabado declarando en febrero de 2010 que iba a hacer todo lo que estuviese en su mano para derribar las barreras que impiden el acceso a la atención obstétrica. En Burundi, un informe de *Human Rights Watch*, que denuncia a los hospitales por retener a los enfermos que no pueden pagar la atención que se les ha dispensado, parece que también ha contribuido a convencer al Presidente de la República de suprimir el pago directo de la prestación de salud (5). El obstáculo más conocido y sin duda menos difícil de superar para el acceso universal al sistema de salud es el económico. El debate de estos últimos meses en los Estados Unidos de América en torno a la reforma del sistema sanitario muestra igualmente, en otro continente, lo importante que es la posibilidad de acceder a la atención de salud desde el punto de vista económico, si bien los desafíos y los grupos de presión son diferentes en África. Suprimiendo el pago directo de la atención sanitaria a mujeres y niños, como han reclamado en un llamamiento reciente todos los organismos de Naciones Unidas, la Comisión Europea y numerosos jefes de estado (6), se da respuesta a necesidades hasta ahora desatendidas (7). Sin embargo, lo que es sorprendente es ver cuántos jefes de estado predicando consejos para los países de ingresos bajos que ellos mismos no se molestan en aplicar en sus propios países. En estos últimos años, varios signatarios de este llamamiento, como Francia por ejemplo, han aumentado sensiblemente la parte que abona directamente el

Correspondencia a: Valéry Ridde, Redactor adjunt francófono, *Global Health Promotion*, Valery.ridde@umontreal.ca

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 17(3): 95-98; 375181 Copyright © The Author(s) 2010, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975910375181 <http://ghp.sagepub.com>

usuario por el servicio, lo que contradice los principios de la financiación equitativa y del acceso universal a la atención sanitaria (8). El ministro de finanzas de Quebec acaba de afirmar : “*puesto que todo el mundo se beneficia del sistema sanitario, todo el mundo debería pagarlo*”.

Pero es evidente que la supresión de la barrera económica en el momento de la prestación no basta para alcanzar el acceso universal al sistema de salud, puesto que la enfermedad genera muchos otros costes y los determinantes de este acceso son numerosos y están relacionados entre sí. La accesibilidad geográfica, social y cultural (3,9), así como el concepto de enfermedad que tiene el hombre de la calle (10) se citan a menudo como elementos que muestran la complejidad de este concepto que no puedo abordar en toda su profundidad en estas breves líneas. Andersen ha desvelado tres parámetros básicos del acceso a la atención de salud, que son los factores medioambientales (entre ellos, el propio sistema de salud), los determinantes demográficos (entre ellos, la organización social) y las conductas de salud (entre ellas, la utilización de los servicios y el estado de salud) (11). La interrelación de estos tres determinantes es fundamental para comprender que el acceso universal es un objetivo complejo y todavía lejos de ser una realidad en muchos países. La introducción de este editorial subrayaba la importancia de recurrir a las imágenes. Cuando examinamos la mayoría de sistemas sanitarios y escuchamos a los expertos explicarnos cómo funcionan, la imagen que más utilizan es la de la pirámide.¹ Todo el mundo habla de la pirámide sanitaria, también en África (12) ya sean unos cooperantes en materia de salud (13), unos antropólogos críticos (14) o los autores de un manual reciente de salud pública (15). Cuando los estudiantes africanos de salud pública quieren presentar su sistema sanitario todos emplean de modo prácticamente sistemático el triángulo, con los hospitales universitarios y nacionales en la cúspide y los centros de atención primaria en la base. Unos investigadores de Kenia, afirman en efecto que ‘en los sistemas de salud de muchos países de ingresos bajos los hospitales se sitúan en el vértice superior de la pirámide de la atención primaria’ (16); aunque sabemos que casi todos los problemas de salud se pueden solucionar en el nivel de la atención primaria (17), se entiende siempre que la cúspide del sistema está constituida por los hospitales universitarios y

nacionales. El hospitalocentrismo denunciado en Alma-Ata sigue siendo la norma, a pesar de que su reducción dio sus frutos en la década de los 80 en África (18). Pero esta visión piramidal que no se circunscribe, claro está, a África, no debería de extrañarnos porque casi siempre constituye el reflejo de las sociedades ya de por sí jerárquicas, si bien unas más que otras. Un sociólogo que analizó las desigualdades sociales en materia de salud en Francia confirma mi punto de vista : ‘los sistemas de atención sanitaria se organizan sobre las mismas bases que las sociedades que los generan’ (19). La pirámide sanitaria, ¿no será acaso la imagen de la pirámide social puesto que ‘la imagen supone un modo de pensar y una manera de ver que afectan a la manera de comprender el mundo?’ (20). La Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud ha puesto de relieve que la equidad en materia de salud (y por lo tanto la reducción del gradiente de salud) era un indicador, por utilizar la terminología de Marmot, del progreso social y que, a este fin, debíamos combatir las desigualdades existentes en la distribución del poder y de los recursos (8). La organización por jerarquías o por estratos propia de las sociedades ha impregnado también el microcosmos de las formaciones sanitarias en las que el médico o el enfermero jefe de servicio se halla en lo alto de la micropirámide. Raramente se trabaja en equipo y las reuniones de los profesionales de la salud son sobre todo ‘momentos de reafirmación de las jerarquías estatutarias’ (14). Y cada quien desea desempeñar el papel que la sociedad le ha asignado. Puesto que los hospitales están en lo alto, los agentes de salud de los centros de primera línea desean llegar allá arriba. ¿Quién puede reprocharles que deseen ascender la pirámide sanitaria, del mismo modo que otros desean ascender la pirámide social? Ambos procesos son a menudo simultáneos. Sin embargo, ascender la pirámide es agotador y peligroso para aquellos que no respetan las consignas de los educadores de salud que aconsejan 30 minutos de marcha al día. ¿Acaso no se habla de ascensor social como si algunos estuvieran arriba y otros abajo? A menudo los alpinistas son más valorados que los espeleólogos. No falta el médico, empapado de esta imagen contraproducente de la pirámide sanitaria, que afirma ‘están los que piensan y los que no piensan’. Cuando uno piensa que está arriba, se cree superior a los que cree que están abajo. Así, la labor de los agentes de salud situados en la base es

infravalorada y todo el mundo desea abandonarla lo antes posible para subir los escalones, a pesar de que es precisamente en este primer nivel donde las poblaciones desean ser atendidas y donde los costes son menores.

Sin duda este punto de vista sería calificado de comunista en los Estados Unidos de América, como lo han sido las veleidades del Presidente Obama de reformar el sistema sanitario. Naturalmente, mi propósito se aleja de estas consideraciones políticas y del resurgimiento de la lucha de clases. Más allá de los aspectos técnicos del acceso universal a la salud que ya se han abordado (17) y seguirán presentes en el informe 2010 de la OMS, se trata de mostrar hasta qué punto el sistema sanitario es un sistema social de pleno derecho (21). Así, me parece que el acceso universal a la atención sanitaria no es solo una cuestión técnica de elección de la forma de financiación, pongamos por caso. Necesitamos una visión más transformadora para que la pirámide sanitaria (a la espera de abordar la pirámide social) sea cuestionada. No se trata de destruir nada o de “hacer la revolución”, sino de que la pirámide pase de una posición vertical a una disposición horizontal. En 1986, los autores de la Carta de Ottawa lo denominaron reorientación de los sistemas sanitarios. En algunos países se habla de una coordinación del sistema de salud en red, y no jerárquica (17); se han creado especialidades de medicina general y algunas personas ya no hablan de pirámide sanitaria, pero sus comportamientos y modos de pensar están imbuidos por el orden jerárquico. Ahora bien, con ocasión de la 8ª Conferencia internacional de educación para la salud celebrada en 1973, el historiador, Joseph Ki-Zerbo dijo :

el hombre es un animal vertical. En él, esta verticalidad es ya la señal del reinado y de la prioridad del encéfalo sobre todo lo demás

(22). Si esto es así y si esta verticalidad morfológica nos permite pensar en una horizontalidad de las organizaciones sociales, seguramente habrá que dar menos verticalidad a los sistemas de salud y más horizontalidad, para encaminarnos al cumplimiento del derecho al acceso universal a la atención sanitaria.

Agradecimientos

Agradezco a Frédéric Tissot el inicio de esta reflexión con ocasión de una misión en Haití en 2006.

Referencias

1. Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jul–Ag; 28(4): 1056–66.
2. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009 : salud materna y neonatal. Nueva York : UNICEF; 2009.
3. Rutherford ME, Mulholland K, Philip CH. How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa : systematic review. *Trop Med Int Health*. 2010; in press.
4. Amnesty International. Giving life, risking death : maternal mortality in Burkina Faso. London; 2009.
5. Human Rights Watch. A high price to pay : detention of poor patients in Burundian hospitals. Human Rights Watch and The Association for the Promotion of Human Rights and Detained Persons. <http://hrw.org/reports/2006/burundi09062006>
6. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. Leading by example : protecting the most vulnerable during the economic crisis. Oslo : Office of the Prime Minister of Norway; 2009.
7. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy Plan*. accepted.
8. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. INFORME FINAL. Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2008.
9. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In : McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. Cambridge : Cambridge University Press; 2007.
10. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : Presses Universitaires de France; 1999.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1): 1–10.
12. Arevshatian D. Draft Report on country experiences in revitalizing primary health care in the WHO African region: WHO AFRO2008.
13. Gobbers D, Pichard E. L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest. *Actualité et dossier en santé publique*. 2000; mars: 35–40.
14. Gruénais M-E, Ouattara F. Usages de la santé et des structures de soins. In : Bierschenk T, Blundo G, Jaffré Y, Tidjani Alou M, editors. *Une anthropologie entre rigueur et engagement Essais autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*. Paris : APAD-Khartala; 2007.
15. Carrin G, Buse K, Heggenhougen K, Quah SR, editors. *Health systems policy, finance, and organization*. Elsevier; 2009.
16. English M et al. Health systems research in a low-income country : easier said than done. *Arch Dis Child*. 2008; 93: 540–4.

17. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud : más necesaria que nunca. Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2008.
18. Dugbatey K. National health policies : sub-saharan African case studies (1980–1990). *Soc Sci Med.* 1999; 49: 223–39.
19. Aiach P. Les inégalités sociales de santé. *Écrits.* Paris : Economica. Anthropos; 2010.
20. Morgan G. Images de l'organisation. Nouv. éd. ed. Sainte-Foy, Québec. Bruxelles: Presses de l'Université Laval ; De Boeck; 1999.
21. Dufour Y, Lamothe L. Les approches au changement dans les systèmes de santé. In : Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, editors. *Le système de santé québécois, Un modèle en transformation.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 1999.
22. Ki Zerbo J. L'homme au coeur du développement. 1973, Paris Conference. En : Modolo M-A, Mamon J, editors. *A long way to health promotion through IUHPE Conferences 1951–2001.* Perugia : University of Perugia, IUHPE; 2001.