

Entrevista a Sir Michael Marmot¹

Los Editores



Sir Michael Marmot

Fuente: Asociación Demográfica Mundial (WDA)

En agosto de 2008 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud concluyó sus trabajos con la publicación del reporte final, que lleva por título: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. El director de la Comisión, Sir Michael Marmot, amablemente accedió a responder a Medicina Social preguntas acerca de las recomendaciones de la Comisión. Esta entrevista fue realizada por correo electrónico en mayo de este año.

Texto en español del reporte final de la Comisión:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

¹ Para la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluidos los sistemas de salud, contexto altamente responsable de las desigualdades en salud que se observan. Respondiendo a la preocupación generalizada por estas inequidades persistentes, que parecen ampliarse, en 2005 conformó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDSS) para que elaborara propuestas sobre cómo reducirlas:

http://www.who.int/social_determinants/en/

1) Felicitamos a la Comisión por su excelente trabajo en promover la atención sobre los determinantes sociales de la salud, así como su llamado por la equidad en salud. Reconocemos también como correcta la postura de la Comisión de que: “la justicia social es un asunto de vida o muerte”. Asimismo, nos congratulamos de que la Comisión incluyó representantes de la sociedad civil en sus trabajos, esto fue una afirmación de su vocación democrática. Sin embargo, cuando se piensa en las desigualdades en salud frecuentemente se usa la analogía de una escalera para mostrar cómo los gradientes que empeoran los resultados en salud afectan a todos en la sociedad, excepto, quizá, a los que están en el nivel superior. Pensando en esta escalera nos preguntamos ¿Es la reducción de la misma (las desigualdades sociales) la única aproximación posible a las inequidades o es imaginable su desaparición completa?

Todas las sociedades tienen jerarquías. Por lo tanto, una sociedad sin escalas sociales no es concebible. El marco conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud nos lleva a pensar en por lo menos dos modos vinculados entre sí de enfrentar la relación entre la posición en esta escala y la salud: el actuar a nivel social para reducir las inequidades sociales y el romper el vínculo entre la posición en la jerarquía social y la salud.

El primero argumenta a favor de la reducción de la pendiente en los gradientes sociales. Para ejemplificar esto, supongamos por un momento que la escala social está definida sobre la base de años de educación, las personas con una edad de tres años o menos tendrían una expectativa de vida de 50 años, aquéllos con 13 o más una expectativa de 80 y el resto estaría repartido entre estas dos cifras de modo gradual: la pendiente social en la salud. Ahora, si ocurriera un cambio social para que todos tuvieran por lo

menos diez años de educación y un mejor estado de salud fuera la consecuencia, la magnitud de la inequidad social se reduciría porque habríamos reducido las inequidades al hacer la escalera más corta.

El segundo contempla las exposiciones y las vulnerabilidades vinculadas al posicionamiento en la jerarquía, el peldaño en la escalera. Este enfoque dice que, en efecto, incluso sin modificar la escala, deberíamos trabajar para asegurar que en caso de que ocupes un lugar bajo, no tengas mayores posibilidades de no tener acceso a agua corriente, condiciones de salubridad, buena nutrición y un empleo y condiciones laborales decentes.

2) Si el problema es la sola existencia de la escalera y no las posiciones absolutas en ella, ¿Tiene sentido, tanto pragmática como políticamente, promover programas sociales destinados a la gente que ocupa las posiciones más bajas? ¿No deberían estar los esfuerzos enfocados a toda la sociedad?

Divido esta pregunta en dos. Primero, si la posición relativa es importante para la inequidad en salud y no las diferencias absolutas entre las personas, ¿No estamos perdidos? Si siempre hay jerarquías (vean mi respuesta a la pregunta 1), ¿No habrá siempre diferencias relativas y, por lo tanto, inequidades en salud? Una respuesta a esto está basada en los hallazgos de Amartya Sen, quien argumentó que las diferencias relativas en el ingreso se traducen en diferencias absolutas en las capacidades. No es tanto cuánto tienes, sino qué puedes hacer con lo que tienes. En la formulación de Sen, las capacidades están influenciadas por la salud y la discapacidad del individuo, por ejemplo. Las capacidades también están influenciadas fuertemente por la naturaleza de la sociedad, entonces, las condiciones sociales determinarán lo que las capacidades significan en la práctica.

Esto nos lleva a la segunda parte de la pregunta, la salud sigue a la pendiente social, aquéllos en segundo lugar tienen peor salud que los que ocupan la cima, etcétera, así, hasta la parte más baja de la jerarquía social. El centrarse en los pobres parece ser un paso obvio, ya que son los

que tienen los peores problemas de salud, pero, si en verdad queremos enfrentar la inequidad en salud (como es representada por la pendiente social en salud) tiene que haber acciones a lo largo de la sociedad entera.

3) Las recomendaciones de la Comisión: “Mejorar las circunstancias en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, afectando la distribución inequitativa de poder, dinero y recursos (los soportes estructurales de las condiciones de vida), de manera global, nacional y local” implican, nada menos, que una reestructuración completa del sistema económico global. Estas propuestas, si son puestas en marcha por los gobiernos nacionales, afectarían intereses muy poderosos en las arenas económicas, políticas y simbólicas, los mismos que llaman a hacer exactamente lo contrario. ¿Hay alguna evidencia de que estos grupos escucharán el llamado de la Comisión y eliminará las desigualdades globales de salud en una generación? ¿No les están pidiendo que actúen en contra de sus propios intereses?

En “Ética de nuestros padres” encontramos la cita: “No es de tu incumbencia acabar la tarea pero tampoco tienes la libertad de absolverte de ella”. Abraham Lincoln pudo haber estado influenciado por tal enseñanza cuando dijo: “la probabilidad de que fracasemos en el intento no debe disuadirnos de apoyar una causa que creemos justa”. La Comisión señaló las inequidades en poder, dinero y recursos como factores generadores de desigualdades en salud, el hecho de que los poseedores de tal poder no vayan a renunciar a ellos con renuencia, no debe disuadirnos de buscar lo que es justo. La Comisión basó sus conclusiones en la mejor evidencia disponible. Vicente Navarro, entre otros, aplaude los análisis y las conclusiones de la Comisión, pero opina que lo que ahora se necesita es un análisis político y acción. Esto parece ser un paso siguiente importante, el cambio sólo ocurrirá por medio de la acción colectiva.

Cuando empezamos la Comisión cité el discurso de Martin Luther King “Tengo un sueño” y dije que teníamos que tener un sueño y tender los pasos prácticos para alcanzarlo, los derechos

civiles en los Estados Unidos han logrado un gran avance, como resultado de un movimiento social fuerte. Hay mucho más que hacer -si necesitábamos evidencia de tal declaración, ésta fue provista por las desventajas en salud que los afroamericanos enfrentan- y tal progreso tomará acción política, tal como se hará en otros países y en la esfera mundial. Las estadísticas sobre salud son escuchadas, el hecho de que la injusticia social es un asunto de vida o muerte, necesita ser puesto en primera plana, tal como lo dijimos en el reporte de la Comisión.

4) ¿Estas corporaciones y grupos de funcionarios deberían ser remplazados por otros más democráticos? ¿No es el auditorio natural del reporte de la Comisión aquéllos que no están en el poder?

En 1942, en Gran Bretaña, en medio de la Segunda Guerra Mundial, Sir William Beveridge produjo el reporte que sentó las bases para el Estado de Bienestar. En 1944, mientras la guerra todavía estaba embravecida, el acuerdo de Bretton Woods sentó las bases para la arquitectura económica internacional, que dictó las políticas económicas mundiales en todo el período de la postguerra. La crisis económica que ha asaltado al mundo es, sin duda, el momento para decir que no podemos tolerar que el negocio marche como hasta ahora. Un encuentro del G20 es intrínsecamente más democrático que uno del G7 o del G8 pero, en verdad, necesitamos un G193. Todas las voces deben ser escuchadas.

Dentro de los países, así como a nivel mundial, algunos gobiernos no están dispuestos a o no pueden actuar, la sociedad civil tiene un papel importante que jugar, ya sea haciendo lo que los gobiernos no harán o complementar sus acciones. Nuestros colegas de Tailandia hablan sobre “el triángulo que mueve a la montaña”: conocimiento/academia, sociedad civil y gobierno, todos son necesarios y cada uno es un auditorio natural del reporte. Este triángulo, obviamente, no menciona al sector privado. Es fácil señalar múltiples modos en los que el sector privado ha sido parte del problema, especialmente en la generación de la crisis financiera, en los efectos ambientales adversos,

en las condiciones de empleo y laborales, pero, ¿Puede ser parte de la solución?

5) Dadas las profundas raíces históricas y sociales de estas inequidades. ¿Fue realista pedir su eliminación en una generación?

Dijimos de manera bastante explícita que el logro de la equidad en salud en una generación no era una predicción, intentamos transmitir dos mensajes: el primero empieza ahora con los niños y niñas que han de convertirse en padres y madres y con las circunstancias en las que estos niños nacen y florecen o no, en su caso. Hay que poner énfasis no nada más en la sobrevivencia infantil, sino en su desarrollo físico, cognitivo/lingüístico, social y emocional. Como resultado, habrá en una cohorte, adultos más sanos. Segundo (y está relacionado), consideramos que no hay una razón biológica que justifique que la expectativa de vida en algunos países sea de menos de 40 años y en otros más de ochenta, la Comisión llegó a la conclusión de que tenemos los conocimientos y los medios necesarios para realizar un cambio en estas inequidades, dentro y entre países. No hay que desmoralizarse por la resistencia contra el logro de la equidad en salud, sino motivados para aplicar el conocimiento que tenemos, como ya hemos dicho, la sociedad civil tiene un papel crucial que jugar en este aspecto.

6) En 1978, Alma Ata hizo el llamado de “Salud para Todos”. ¿Qué nos impidió a nivel mundial, nacional y subnacional el aprovechamiento de la evidencia que teníamos entonces para el establecimiento de una estrategia integral para mejorar la salud? ¿Es ahora el contexto político más o menos favorable que en 1978?

Primeramente, no todo lo que ha sucedido a partir del 1978 ha sido un desastre, a salud, medida por la expectativa de vida o la mortalidad infantil, ha mejorado dramáticamente a lo largo de las últimas tres décadas, en cada región del mundo (excepto en África Subsahariana). No es cierto que todo se va al infierno. Un aumento de 12.5 años en la expectativa de vida en el Sur de Asia en sólo treinta años es tan bienvenido como dramático. Segundo, hay un “pero” significativo: la expectativa de vida para las mujeres en la

India es de 63 años, ¿Por qué no ha de ser de 86, como en Japón? De manera más pertinente: ¿Por qué ha disminuido la expectativa de vida de las mujeres en algunos países africanos? Además, lo que a algunos nos toca de cerca, ¿Porqué existen inequidades en salud crecientes en tantos de nuestros países?

Las respuestas de la Comisión fueron elaboradas en términos de las condiciones de vida cotidiana y de los motivadores estructurales de tales condiciones: una combinación tóxica de políticas y programas pobres, arreglos económicos injustos y un mal gobierno. ¿Es la configuración de estos aspectos más favorable ahora que hace treinta años? Hace treinta años, aquéllos en el poder, no reconocían el “triángulo que mueve a la montaña”. El análisis del Reporte de la Sociedad Civil a la Comisión sugiere que no hay triángulo, sino sólo un ángulo: sector privado, bien, sector público, mal ¿Y el tercer sector, la sociedad civil? ¡Vaya Ud. a saber! La Comisión se basó en voces importantes que sugerían que este ángulo solitario (el consenso de Washington) estaba profundamente errado de manera pragmática y era cuestionable de manera ética. En cierto sentido, la experiencia de los años 80s y los 90s, el vaciamiento del sector público, el rápido crecimiento de las inequidades económicas, la falta de atención a los determinantes sociales de la salud, fue un experimento macabro que ha demostrado su ineficacia o, puesto en los mejores términos, ha mostrado su funcionamiento desigual.

No cabe duda de que la evidencia es ahora más contundente que en 1978. Además, empiezan a surgir en lugares poco esperados manifestaciones de intolerancia en contra de la magnitud de las inequidades económicas. En el Reino Unido los banqueros han quitado el lugar de figuras odiadas a los políticos y a los periodistas de tabloides, en los Estados Unidos se habla de *Main Street* vs. *Wall Street*. Conforme el sector público ahora tiene que pagar por las pretensiones de los banqueros y de los inversionistas en ruleta financiera, los antiguos amos del universo que se pensaba habían sido los arquitectos de nuestras fortunas económicas, es difícil, incluso para los verdaderos creyentes, sostener que lo que más necesitamos es más

liberalización y debilitamiento del sector público. La mano invisible no proveerá bienes públicos y, para la creación de riqueza, necesitamos tanto un sector privado regulado, como un sector privado sano.

En el pasado había economistas destacados que estaban tan convencidos de sus propios modelos, que afirmaban que la sola discusión de John Maynard Keynes no era intelectualmente respetable. Ahora, las discusiones son algo distintas, el fracaso de una economía desregulada para brindar estabilidad económica y la urgente necesidad de un cambio climático, significan que necesitamos pensar en nuestros arreglos económicos de manera distinta.

Si aquéllos que se preocupan por la equidad sanitaria pueden hacer que sus voces sean escuchadas (y aquí el tema de la importancia del análisis y la acción política es altamente relevante) entonces, hay una oportunidad de hacer las cosas de manera distinta.

7) La década de los años 80s, inspirada en el Banco Mundial, vio la erosión de los servicios públicos, universales y gratuitos, un movimiento que parece sólo haber agravado las inequidades en salud. ¿Favorece usted tales programas universales y gratuitos en salud?

Alguien tiene que costear los servicios en salud, pero, ¿Porqué han de tener que hacerlo los pobres y los enfermos? La pobreza genera enfermedad, la enfermedad puede generar pobreza. Entonces, ¿Porqué cobrarles a las personas atrapadas en este círculo vicioso? Toda la evidencia señala que no la pueden pagar, la consecuencia es que se abstendrán de recibir atención en salud o serán conducidos a la pobreza. El reporte de la Comisión enfatizó que 100 millones de personas son anualmente orilladas a la pobreza debido a los gastos generados por el pago de la atención médica. ¿Cuál fue el argumento para cobrarles al momento de uso? ¿Que si son suficientemente descuidados como para enfermarse, han de estar preparados para pagar por su estupidez? ¿Que a menos que pagaran dinero que no tenían, no serían capaces de apreciar lo que estaban recibiendo? En Gran Bretaña, la gente no paga

por la visita al médico general, pero sí por sus medicinas, ¿Aprecian por eso más a sus pastillas que a su doctor? Lo dudo.

No sólo no entiendo el argumento a favor del pago por servicios de salud que ha sido realizado por los pobres del mundo, sino que la evidencia señala que, a nivel de países, entre más alta la parte privada del gasto en salud, la expectativa de vida ajustada a la salud es peor. Algunos

colegas de Suiza argumentan que siempre que haya cobertura universal del seguro médico, la provisión de servicios de salud puede ser privada, quizá. En Gran Bretaña, Julian Tudor Hart ha dicho que el Sistema Nacional de Salud, gratis al momento de uso, es una expresión del capital social. No sólo ofrece un acceso casi universal sin importar la capacidad de pago, sino que es una manifestación de cohesión social.



Medicina Social

Salud Para Todos