



Salud y equidad

José Manuel Peixoto Caldas^{1,2}, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos³

Como citar este artículo:

Caldas JMP, Santos ZMSA. Health and equity [editorial]. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):544-545. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>

En las revistas nacionales e internacionales aún es reducida la dedicación a la temática de la medicina social y los temas interrelacionados con ella, tales como equidad en salud, determinantes sociales y culturales en la salud y acceso al sistema sanitario. En un escenario de crisis global, Europa y Latinoamérica se enfrentan a un momento de repensar sus respectivos sistemas sanitarios, ya sea el caso del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil o del Servicio Nacional de Salud (SNS) en Portugal, a fin de buscar alternativas a corto, mediano y/o largo plazo para revertir la problemática de la crisis.

Las políticas neoliberales llevadas a cabo los últimos años en Europa, y particularmente en Portugal, parecen conducir los sistemas sanitarios ajenos a la equidad. De esa manera, se espera que la Organización Mundial de Salud (OMS) combata las desigualdades de salud dentro de una generación, asegurándoles una redistribución justa de poder y recursos a los ciudadanos con vistas a la promoción de su salud y bienestar, y la consecuente conquista de la calidad de vida.

El SNS es una estructura por medio de la cual el Estado Portugués les asegura el derecho a la salud a todos los ciudadanos. Su creación se remonta al año de 1979, después de haberse reunido las condiciones políticas y sociales provenientes de la reestructuración política portuguesa de la década de los 70. El objetivo primario del SNS es la persecución, por parte del Estado, de la responsabilidad que le cabe en la protección de la salud individual y colectiva. A tal efecto, este está provisto de cuidados integrados de salud que involucran la promoción y la vigilancia sanitarias, la prevención y/o el control de la enfermedad, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato de los ciudadanos, además de la rehabilitación de la salud para fines de (re)integración laboral y social.

Estos últimos años, el Sector Sanitario ha sufrido cambios significativos, desde la transferencia generalizada de los Hospitales de las Misericordias a la competencia del Estado, la creación del SNS, la publicación de la Ley de Bases Sanitarias, la transformación del estatuto jurídico de los hospitales públicos en Sociedades Anónimas y posteriormente en Entidades Públicas Empresariales.

El SUS en Brasil ha sido, desde su creación, uno de los pilares de la lucha por la equidad, integralidad y universalidad del acceso de los ciudadanos a la atención satisfactoria a sus necesidades sanitarias, lo que proporciona la promoción de la salud, además de la reducción de los costos sociales con agravios a la salud, y aumenta la rentabilidad de los servicios sanitarios disponibles en cantidad adecuada y calidad incuestionable.

Vale resaltar que, en período de crisis político-económica, hay planteamientos favorables a su privatización y la consecuente extinción de una política emanada de la Constitución Federal de 1988 y que está estructurada en los tres principios orientadores o constructores: universalidad, integralidad y equidad.

Universalidad – “La salud es un derecho de todos”, como afirma la Constitución Federal. Naturalmente, se entiende que el Estado tiene la obligación

¹ Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, Portugal.

² Universidade do Minho, Centro de Investigação em Estudos da Criança, Braga, Portugal. E-mail: jmpeixoto@oui-iohe.org

³ Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, Brasil.

de proveer atención sanitaria, es decir, todo ciudadano tiene derecho de acceso a los servicios sanitarios conforme a su necesidad.

Integralidad – La atención sanitaria incluye tanto los medios curativos como los preventivos; tanto los individuales como los colectivos. En otras palabras, se deben tener en cuenta las necesidades sanitarias de las personas (o los grupos) aunque no sean iguales a las de la mayoría, por lo que la atención debe centrarse en el ciudadano y no en su queja o enfermedad.

Equidad – Los ciudadanos deben tener sus necesidades sanitarias atendidas de acuerdo con las prioridades. Brasil contiene disparidades sociales y regionales, las necesidades sanitarias cambian. Por eso, mientras la Ley Orgánica habla de igualdad, tanto el medio académico como el político consideran más importante luchar por la *equidad* del SUS.

En septiembre de 2016, se cumplirán casi cuatro décadas desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (ex URSS). Durante estos cuarenta años, muchas otras conferencias se realizaron, siempre con el fin de reunir a los representantes de naciones de todo el mundo – OMS, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Panamericana de Salud (OPS) – a fin de compartir conocimientos y experiencia, analizar y debatir asuntos internacionales sanitarios, presentar estrategias y recomendaciones bajo la forma de cartas de intención. La Meta común es “Salud para Todos”.

Transcurrido dicho período, cumple hacer algunos balances. Entre las acciones propuestas, se destaca el no alcance de la Meta de “Salud para Todos en el Año 2000”. Por lo tanto, sería oportuno y procedente analizar los hitos más representativos en la evolución teórica y la práctica de la Salud Pública.

Sin embargo, es necesario afirmar que ninguna Conferencia Internacional se asemeja, en progreso e impacto, a las que generaron la *Declaración de Alma Ata*⁽¹⁾ y la *Carta de Ottawa*⁽²⁾.

Principales Conferencias Internacionales de la OMS desde la década de los 70

1977 – “Salud Para Todos en el Año 2000” (30ª Asamblea Mundial de la Salud).

1978 – **Declaración de Alma Ata** (ex URSS) – Salud Para Todos en el Año 2000 (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud).

1986 – **Carta de Ottawa** (Canadá) – Promoción de la Salud en los Países Industrializados (1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

1988 – **Declaración de Adelaida** (Australia) – Promoción de la Salud y Políticas Públicas Sanas (2ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

1991 – **Declaración de Sundsvall** (Suecia) – Promoción de la Salud y Ambientes Favorables a la Salud (3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

1997 – **Declaración de Yakarta** (Indonesia) – Promoción de la Salud en el Siglo XXI (4ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

2000 – **Declaración de México** – Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad (5ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

2005 – **Carta de Bangkok** (Tailandia) – Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud).

Se hace así pertinente recordar el contenido de esos documentos y presentar ejemplos de los cambios e innovaciones en la práctica de la Salud Pública, más concretamente en nuestros dos países, Portugal y Brasil, haciendo que se cumplan **los artículos 21 a 30 de la Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 217 A II) del 10 de diciembre de 1948.

En defensa del SUS y SNS: *Por una Patria Educadora y Cuidadora que conduzca al ciudadano al Ejercicio pleno de la Ciudadanía.*

REFERENCIAS

1. Declaração de Alma-Ata. Saúde para Todos no Ano 2000. In: Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários; 12 set. 1978, Cazaquistão, URSS [Internet]. Cazaquistão; 1978 [citado 2016 ago. 06]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
2. Carta de Ottawa. Promoção da Saúde nos Países Industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 17-21 nov. 1986, Canadá [Internet]. Canadá; 1986 [citado 2016 ago. 06]. Disponível em: www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm