

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad



Día internacional de la enfermera

12 de mayo de 2011

**Resolver la desigualdad:
AUMENTAR EL ACCESO Y LA EQUIDAD**



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2011

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Ninguna parte de la presente publicación puede reproducirse por impresión, medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse de ninguna forma, ni venderse sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras o del Centro internacional para los recursos humanos de enfermería. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2011 Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95094-53-6

Índice

Carta de la Presidenta y del Director general del CIE	1
Introducción	2
Capítulo 1: Comprender el acceso y la equidad	4
Capítulo 2: La carga de la desigualdad	12
Capítulo 3: Medir el acceso y la equidad	28
Capítulo 4: Obstáculos contrarios al acceso y a la equidad	34
Capítulo 5: Aumentar el acceso y la equidad	38
Capítulo 6: Las enfermeras impulsan el acceso y la equidad	46
Anexos	
Anexo 1: Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud: Vigilancia de la equidad. Sistema mínimo de vigilancia de la equidad en la salud. Marco general de vigilancia nacional de la equidad en la salud	56
Anexo 2: Declaraciones de posición del CIE: Pacientes informados	60
Anexo 3: Declaraciones de posición del CIE: Acceso universal al agua potable	62
Anexo 4: Declaraciones de posición del CIE: Servicios de salud asequibles financiados por el sector público	66
Otras lecturas y recursos recomendados	68
Referencias	70



12 de mayo de 2011

Estimadas colegas:

A pesar de los importantes logros conseguidos en la realización de los Objetivos de desarrollo del milenio, hay todavía importantes deficiencias en el estado de salud y en la esperanza de vida entre los países de ingresos altos, medios y bajos, entre hombres y mujeres y entre los residentes rurales y urbanos.

La capacidad para acceder a los servicios de salud es esencial para mejorar la salud, el bienestar y la esperanza de vida de todos. Sin embargo, la consecución de este requisito fundamental sigue estando limitada por el coste, el idioma, la proximidad, las políticas y prácticas y por otros muchos factores.

En tanto que grupo principal y, en algunos casos, único de profesionales que dispensan atención primaria de salud en muchos de los contextos más exigentes, las enfermeras son esenciales para mejorar la equidad y el acceso a los cuidados de salud y para impulsar la calidad del resultado de esos cuidados.

Este conjunto de documentos del DIE de 2011 fortalece nuestra comprensión del acceso y la equidad y el efecto que la desigualdad tiene en la salud. En él se esbozan los obstáculos que existen y la manera en que podemos ampliar el acceso y aumentar la equidad. Asimismo, ilumina la importancia de los factores sociales determinantes de la salud, mostrando la manera en que las enfermeras pueden abordarlos y, al hacerlo, mejorar el acceso y asegurar la equidad en los cuidados que se dispensan.

El Consejo internacional de enfermeras está convencido de que las enfermeras tienen una importante función que desempeñar para conseguir la equidad en la salud y desarrollar una clara comprensión de la manera en que el sector de salud puede actuar para reducir los problemas sanitarios.

Atentos saludos,

Rosemary Bryant
Presidenta

David C. Benton
Director general

INTRODUCCIÓN

En 2001, la comunidad internacional aprobó los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM). El compromiso con los ODM representaba una decisión de conseguir importantes mejoras en el estado de salud de la población del mundo y reconocía que la carga de la enfermedad no se distribuía por igual. Había importantes deficiencias en el estado de salud y en la esperanza de vida entre los ricos y los pobres, entre las naciones desarrolladas y las naciones en desarrollo, entre los hombres y las mujeres y entre los residentes rurales y los metropolitanos.

Durante diez años se han hecho importantes avances, y en el informe de evaluación de 2009 se pusieron de relieve los mejoramientos relacionados con importantes intervenciones de salud, tales como la lucha contra el paludismo y el VIH y la inmunización contra la viruela (Naciones Unidas, 2010). Sin embargo, en el informe también se ponen de relieve las desviaciones entre la salud, el bienestar y la esperanza de vida de los distintos grupos de personas.

La posibilidad de acceso a los servicios es clave. El acceso a los servicios puede estar limitado por el coste, por el idioma, por la proximidad, por las políticas y las prácticas que hacen que un servicio sea culturalmente inadecuado, por su deficiente calidad, o simplemente por su falta de disponibilidad o por políticas concretas de limitación.

También es importante reconocer que la salud no es meramente un producto resultante de los servicios de salud. La salud viene determinada socialmente, además de estar influida por la genética y el entorno. En la capacidad para conseguir una buena salud o, a la inversa, en el riesgo de sufrir una mala salud influyen la situación socioeconómica, la geografía, la participación en el mercado de trabajo, la educación, el género, la preferencia sexual y muchos otros elementos que inciden, directa o indirectamente, en la capacidad de la persona para conseguir y mantener una buena salud.

El nexo esencial entre la salud y el entorno vital fue reconocido en 2005 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión de los Factores sociales determinantes de la salud para "dirigir las pruebas de lo que puede hacerse para fomentar la equidad sanitaria e impulsar un movimiento mundial para conseguirla". (CSDH, 2008).

Como señaló esa Comisión (CSDH, 2008, pág. 188), las enfermeras y demás profesionales de salud tienen una importante función que desempeñar para conseguir la equidad en la salud, y ello es vital para desarrollar una fuerte comprensión de la manera en que el sector de salud puede actuar para reducir las desigualdades de la salud. Las enfermeras también deben entender su propia función en la prestación de cuidados de salud equitativos y accesibles. Este conjunto de instrumentos tiene por objeto ayudar en ese proceso.

CAPÍTULO 1

Comprender el acceso y la equidad

Acceso.

¿Qué es el “acceso”?

El acceso se refiere a la capacidad para obtener un producto o un servicio en el momento en que se precisa. Lo que constituye exactamente un buen acceso es difícil de definir, y variará según el contexto. Sin embargo, como señalan Chapman *et al.*, “el buen acceso existe cuando los pacientes pueden obtener el servicio adecuado en el momento idóneo en el lugar apropiado” (Chapman et al., 2004, pág. 374).

“Acceso (n.) 1. Los medios o la ocasión para acercarse o para entrar en un lugar. El derecho o la oportunidad de utilizar algo o ver a alguien”

(Pearsall, 2002)

Entre los elementos esenciales del acceso se incluyen la disponibilidad, la utilización (uso de los servicios disponibles por la población), la importancia (servicios dispensados a consecuencia de las necesidades de servicios y las preferencias de los grupos de población), eficiencia (si el resultado deseado del tratamiento o del servicio se consigue), y equidad, que se refiere a las diferencias del acceso entre los diferentes grupos, como se expone después en este capítulo (Chapman et al., 2004). Entre los obstáculos contrarios al acceso pueden incluirse los siguientes:

- Falta de capacidad y disponibilidad (incluida la escasez). Entre los ejemplos figuran las largas listas de espera para determinados tipos de tratamiento, la escasez de infraestructura o de personal, de manera que el servicio no puede dispensarse, o la falta de servicios en el lugar o en el momento en que se necesitan.
- Costo. El pago total o parcial por muchos tipos de servicios de salud sigue siendo la norma en muchos países, lo que puede ser un importante obstáculo para los pobres.
- Idioma y cultura. Hacer provisiones para que los miembros de la comunidad accedan a los servicios de salud en el idioma de su comunidad es un elemento importante para que los cuidados de salud sean accesibles y eficaces. Análogamente, si no se cuidan las diferentes normas culturales pueden producirse en la disposición de las personas efectos adversos a la búsqueda de ayuda y a la eficacia del tratamiento.
- Falta de conocimiento e información. El acceso incluye la posibilidad de obtener información sobre la propia salud, sobre las estrategias y los métodos de prevención, y sobre las clases de servicios de que se dispone. Por ejemplo, si los mensajes de salud pública no se transmiten en todos los idiomas de la comunidad se restringe el acceso a la información y así puede haber consecuencias directas para la salud de la persona y para

su capacidad de trabajar activamente para mejorar su salud e identificar los servicios que puede necesitar y acceder a ellos.

- Movilidad y migración. Para las poblaciones móviles puede resultar difícil identificar los servicios y acceder a ellos, en particular si existen obstáculos administrativos (por ejemplo, se precisa un tratamiento de largo plazo para registrarse en una práctica médica). También es un problema asegurar la participación de un buen profesional y la continuidad de los cuidados.
- Empleo. En algunos países, el acceso a los servicios de salud está fuertemente vinculado a la condición del empleo, por ejemplo en los Estados Unidos donde muchas personas dependen de planes de salud patrocinados por el empleador. Así, puede ser que la falta de empleo limite el acceso. A la inversa, basarse en un empleo marginal, variable o de pago inmediato limita la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud sin incurrir en costos importantes por los ingresos perdidos.
- Sensibilidad y preparación del personal. Las normas y la ética profesionales exigen que las enfermeras y los demás profesionales de salud presten los servicios de manera competente y profesional y que traten a los pacientes con respeto y sensibilidad. La formación y la gestión eficaces deben apoyar a las enfermeras en el respeto de esas normas.
- Discriminación. A pesar del compromiso de los servicios y de los profesionales de salud de prestar unos cuidados de salud eficaces, sigue habiendo ejemplos de discriminación sobre la base del género, la raza, la preferencia sexual o la condición socioeconómica. Es importante señalar que la discriminación no siempre es activa –el no abordar las injusticias de manera efectiva o no tratar ni estigmatizar determinados estados también puede representar una forma de discriminación.

Las restricciones del acceso también pueden incidir directamente en la calidad de la atención. Por ejemplo, muchas personas que viven en lugares remotos y rurales, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, tienen menos acceso a la gama de servicios de salud y a las capacidades de profesionales de salud cualificados, como las enfermeras, que las personas radicadas en la ciudad. Esto puede influir directamente en la calidad de los cuidados recibidos. Por ejemplo, el acceso a una atención adecuada durante el parto en las regiones rurales se ha identificado como factor esencial que ha de tratarse para conseguir mejorar la mortalidad materna (Naciones Unidas, 2010).

Mejorar el acceso a los cuidados conlleva también “tener en cuenta los factores sociales que influyen en el acceso” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010, pág. 16). Sin embargo, el mejoramiento del acceso puede entrar en conflicto con otros imperativos de política tales como la contención de los costos (Chapman et al., 2004). La importancia de tratar los factores sociales determinantes de la salud se expone más detalladamente después, en este documento.

El acceso y el derecho de acceso son principios importantes en sí mismos. Sin embargo, como se señala en el reciente documento encargado por la Presidencia Española de la Unión Europea (UE), que lleva por título *Hacer avanzar la equidad en la salud: Vigilar los factores sociales determinantes de la salud y la reducción de las desigualdades de salud*, el acceso es también un modo importante de conseguir resultados más equitativos. Por ejemplo, “el acceso

universal a los servicios de salud y a los cuidados primarios de alta calidad para todos los niños en todas las regiones ha resultado eficaz para reducir las desigualdades de la salud infantil” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010, pág. 36).

Equidad

Si bien la equidad y los conceptos asociados de honradez y justicia son ampliamente aceptados y reconocidos como aspectos esenciales de una política social progresiva, el acuerdo es menos universal acerca de cómo se define la equidad, y cómo ha de conseguirse. Esto es especialmente complejo cuando se habla de los sistemas de atención de salud y de sus resultados, pues entonces las opiniones difieren en cuanto a los aspectos sobre qué es más importante equiparar, y en qué medida (Osterle, 2002).

“Equidad (n)... 1. la cualidad de ser justo e imparcial.

(Pearsall, 2002)

Los objetivos de la equidad generalmente insisten en la justicia del modo en que se distribuyen entre la población los recursos y las cargas y se reducen las injusticias en esa distribución. La noción de equidad también incorpora frecuentemente una consideración de las oportunidades, de manera que el logro de determinados resultados es igualmente accesible a las personas, según las opciones que ellas hacen.

“Un planteamiento de equidad contrasta con un ‘planteamiento de necesidades básicas’ o un ‘planteamiento de pobreza’ que se centra en los pobres y en los desprovistos de poder sin relacionar su condición con los ricos y poderosos. La equidad implica también un planteamiento que da más a quienes tienen poco y menos a los que tienen mucho. Más que asignar partes iguales, la equidad conlleva asignar partes justas” (McCoy, 2003, pág. 8).

La relación entre el acceso y la equidad

“El acceso desigual a los recursos, las capacidades y los derechos conduce a desigualdades de salud”. (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de España, 2010), y el acceso a los sistemas de salud es una parte importante del mejoramiento de los resultados de salud. En la atención de salud hay varios conceptos y supuestos que habitualmente conlleva el término “equidad”. Puede implicar un nivel básico de servicios a los que todas las personas pueden acceder y de los que pueden beneficiarse. En la mayoría de los países desarrollados esto puede incluir la capacidad de ver a un profesional de salud cuando las personas están enfermas, la capacidad de acceder a los medicamentos básicos, la capacidad de conseguir cuidados de urgencia, y la capacidad de recibir cuidados y apoyo en el parto.

El análisis de los resultados y “la medida en que las distribuciones empíricas se corresponden con las interpretaciones específicas de la equidad” es un importante campo de estudio en los cuidados de salud. Entre las consideraciones se incluye la distribución de la salud y de la

propia enfermedad, además de consideraciones sistemáticas tales como la distribución del gasto público, el uso de los servicios, el costo y los resultados. Esto puede incluir niveles relativos de acceso a diferentes tipos de servicios, y los resultados que consiguen los distintos pacientes. En su artículo titulado “Evaluar la equidad en la política social: Un marco para el análisis comparativo”, Osterle (2002) confirma el debate de estas nociones entre diversos autores que las tratan en tres sencillas dimensiones, como se cita después. Su artículo ofrece un debate útil que aplica este marco a la prestación de cuidados de larga duración.

- “LO QUE hay que compartir (por ejemplo, los recursos, las cargas);
- ENTRE QUIENES (los receptores); y
- CÓMO (los principios)”

(Osterle, 2002, pág. 59)

Conseguir la equidad en lo que respecta a “lo que” puede obligar a definir un conjunto mínimo de servicios o un nivel de recursos cuyo acceso sea razonable y aceptable para las personas. Esto puede obligar también a definir las normas de calidad particulares o las expectativas que van a aplicarse. En algunos casos éstas serán tangibles y cuantificables, por ejemplo si se dispone del servicio, cuánto tiene que esperar una persona por el servicio, y si el resultado deseado se consiguió con éxito. En otros casos puede haber más factores intangibles, tales como el nivel de satisfacción con el servicio, la calidad de la relación con el personal, el nivel de participación en la adopción de decisiones, la capacitación o la capacidad de hacer la elección. Estos factores menos tangibles pueden ser medidas de equidad importantes, particularmente cuando se trata con usuarios de un servicio que puede tener antecedentes culturales diversos (Osterle, 2002, págs. 51-52).

El “entre quiénes” del modelo de Osterle se refiere al hecho de que, aun en los países desarrollados, algunas personas pueden estar excluidas de estos servicios por una circunstancia social, ubicación geográfica u otros factores (Osterle, 2002, págs. 52-53). Si bien un planteamiento igualitario de la equidad puede implicar que todas las personas deben tener una participación igual, los esfuerzos para conseguir la equidad en lo que se refiere a resultados pueden conllevar importantes desigualdades del nivel al que se dirigen los recursos de salud. Es aquí donde resulta importante el “cómo” se alcanzan los objetivos de equidad. En estos debates es de gran importancia el concepto de necesidad, y el principio de que la cantidad de los recursos asignados debe reflejarla de alguna manera, de manera que “si las necesidades de A y B son desiguales, ellos deben recibir tratamiento o apoyo en cantidades desiguales. La medida en que deben ser tratados de manera desigual para llegar a una distribución equitativa forma parte del principio de asignación” (Osterle, 2002, pág. 53). Sin

“...los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.”

Declaración Universal de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, 1948

embargo, la “necesidad” puede ser un término relativo en sí mismo, y puede medirse de maneras diversas, tales como la mortalidad, la morbilidad o la calidad de vida.

Si bien el acceso a los servicios puede muchas veces presentarse como un ideal, quizá no produzca resultados iguales, y en ello puede incidir una gama de variables medioambientales y no medioambientales, como el clima o la predisposición genética. Como señala Osterle, “Las políticas sociales destinadas a equiparar el acceso están orientadas a equiparar el uso posible de los servicios, no el servicio actual” (Osterle, 2002, pág. 52). En consecuencia, los dispensadores de servicios pueden dirigirse a grupos o problemas particulares de la población para conseguir unos resultados mejores. Esta “discriminación positiva” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010) o favorable a determinados grupos que históricamente han estado discriminados en contra en programas o en políticas, se considera un medio por el cual los sistemas de atención de salud pueden tratar de conseguir una mejor equidad en los resultados.

También pueden utilizarse diversas formas de limitación para tratar de equilibrar las prioridades, a veces contrarias, de necesidad y equidad. Por ejemplo, una lista de espera para una cirugía optativa puede basarse en un sencillo sistema de “fila de espera”, pero puede modificarse de manera que la fila se divida en distintas categorías de “necesidad” o de urgencia. En muchos países, los tiempos de espera previstos se aplican como medida de calidad a las distintas categorías.

“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, 1948

Ética y derechos humanos

La necesidad de ofrecer servicios, oportunidades y derechos a todas las personas “sin distinción de ninguna clase” está consagrada en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que se cita en otro lugar de esta misma página.

El derecho a la salud, y el derecho a oportunidades de salud iguales es parte de esto. Como señala McCoy (2003, pág. 8).

“La noción de oportunidades iguales de vida sana se basa también en el concepto de los derechos humanos de no discriminación y en la necesidad para los gobiernos (o la representación organizada de la sociedad) de adoptar las medidas necesarias para eliminar las injustas consecuencias de salud que tienen las disparidades sociales.

...Juzgar si un proceso es equitativo depende de la definición de lo que la sociedad acepta como un derecho igual de todos. Algunos ponen de relieve las desigualdades en los resultados de salud, otros ponen de relieve las oportunidades de unos buenos resultados de salud”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también ha reconocido que el concepto de justicia es importante, y que “todas las injusticias son producto de desigualdades injustas”. Esa Organización afirma que “*justo e injusto* están sujetos a diversas interpretaciones. En el contexto de la salud, una de las definiciones más aceptadas de *justo* se refiere a las oportunidades iguales para las personas y los grupos sociales, en lo que respecta a garantizar el acceso a los servicios de salud y la utilización de esos servicios, según las necesidades de los diversos grupos de una población e independientemente de su capacidad de pago” (OPS, 1999). Esto consagra la noción de los cuidados de salud universales y el acceso a ellos como parte de un sistema de salud justo.

Costos y distribución de los cuidados de salud

Inclusive en los países en que los gobiernos tienen un compromiso de política general con la prestación de cuidados de salud para todos, la prestación de los servicios de salud representa una demanda presupuestaria importante y con frecuencia creciente. Los aumentos impulsados por la población, además de crecientes expectativas y el crecimiento de las poblaciones y de los costos relacionados con las nuevas tecnologías y terapias farmacéuticas, elevan los costos. Muchos países en desarrollo también requieren importantes aumentos de los presupuestos nacionales de salud para satisfacer las necesidades básicas de salud de la población, y luchan contra otros sectores para ampliar el “espacio fiscal” para la salud (CIE y OMS, 2009).

Uno de los mecanismos utilizados en el sector de salud para gestionar esta tensión es el racionamiento o limitación. En algunos casos, esa limitación es explícita, con el acceso financiado públicamente a determinados tratamientos o servicios limitados según determinados criterios, como una evaluación de la necesidad clínica relativa, comprobando los medios de manera que el sector público sólo preste el servicio a quienes no pueden pagarlo, o se excluyan del sector público ciertos tratamientos por ser innecesarios o ineficaces para mejorar la salud (por ejemplo, las operaciones quirúrgicas estéticas). Aun cuando puede aducirse que no es ético retirar cualquier tratamiento a una persona (véase, por ejemplo, Wood 2010), también puede argüirse que introducir sistemas transparentes de racionamiento o limitación puede al menos aportar la condición previa necesaria para discutir y debatir en la comunidad sobre las prioridades, cuando los recursos son limitados.

El racionamiento implícito es más común. Con las estrategias de reducción de costos se han elevado los umbrales para las admisiones hospitalarias y se ha acortado la longitud de las estancias. Al mismo tiempo, esas mismas preocupaciones presupuestarias han limitado característicamente el número del personal. La limitación de los cuidados de enfermería “puede ser una consecuencia directamente observable de los bajos niveles de la dotación de personal”, pues las enfermeras utilizan su juicio clínico para “priorizar las evaluaciones y las intervenciones” (Schubert et al 2008 págs. 227-228). Esto puede incidir directamente en la calidad de los cuidados y en los resultados obtenidos en los pacientes. Y ello pone de relieve

que las decisiones -acerca del nivel de los cuidados dispensados y acerca de la persona a quien los cuidados se dispensan- se adoptan diariamente a niveles diversos. Por ello es importante que las cuestiones de equidad se analicen y se consideren en cada uno de estos niveles.

Como Dey y Fraser ponen de relieve en su exposición sobre el racionamiento basado en la edad en el sistema de salud, el deseo de limitar el costo de los cuidados de salud y de desarrollar modos de asignar los recursos disponibles plantea importantes dilemas éticos. Señalan que la edad, igual que otros factores, ha sido frecuentemente un "criterio importante, aunque implícito, para la limitación en el nivel clínico" (Dey y Fraser, 2000, pág. 530) y sugieren que hay una tolerancia para el "racionamiento por motivos de edad según la cual éste no se limitaría por otros motivos, como el género, la clase o el carácter étnico" (Dey y Fraser, 2000, pág. 517).

CAPÍTULO 2

La carga de la desigualdad

Desigualdades internacionales

En todo el mundo hay fuertes disparidades en la salud de la población y en el acceso a los servicios. Como muestra la Figura 1 *infra*, algunos países disfrutaban de una esperanza de vida superior a los 80 años, mientras que esa esperanza es, en otros países, inferior a los 50 años.

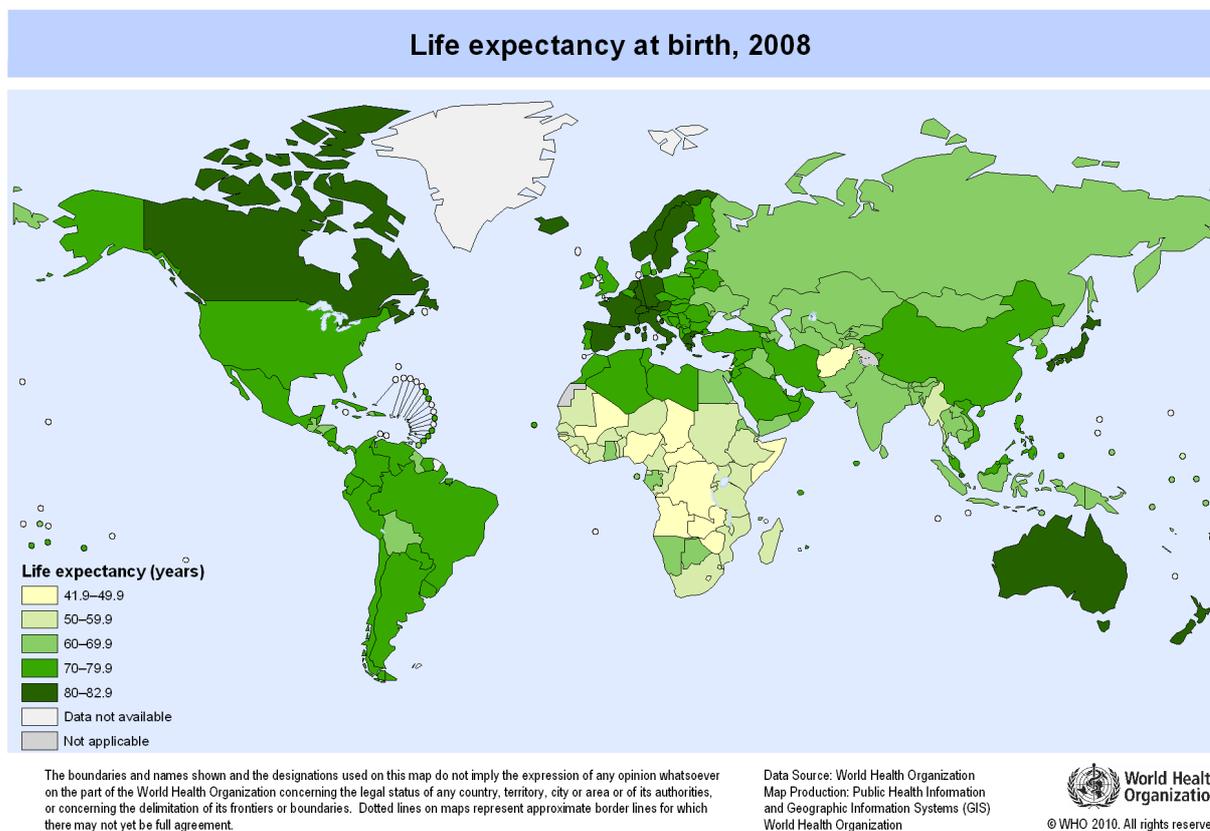
Ejemplos.

- En la Unión Europea hay en la mortalidad infantil una diferencia de diez puntos entre los índices de mortalidad infantil de los países que tienen los índices más altos y los que tienen los índices más bajos.
- Según estimaciones, 17,5 millones de personas murieron de enfermedades cardiovasculares (ECV) en 2005, cifra que representa un 30% del total de las muertes en el mundo. Más del 80% de las muertes por ECV ocurren en países de ingresos bajos o medios (OMS, n.d. citado en CSDH, 2008 pág. 30).
- El riesgo de muerte de la madre a lo largo de su vida es de 1 de cada ocho en Afganistán; y es de 1 de cada 17.400 en Suecia (OMS et al., 2007 citado en CSDH, 2008 pág. 30).
- Más de la mitad de la población mundial carece de toda clase de protección social oficial, y solamente entre el 5% y el 10% de las personas están cubiertas en el África Subsahariana, y en el Asia del Sur, frente a índices de cobertura de entre el 20% y el 60% en los países de renta media (OMS, 2010e pág. 8).
- Mientras que en Estonia un hombre pasa hasta el 71% de su vida en buena salud, en Dinamarca un hombre puede esperar vivir en buena salud el 90% de su vida (DETERMINE 2010, pág. 9)

“A mitad de la cuenta para 2015, fecha objetivo fijada por la Declaración sobre el Milenio, de las Naciones Unidas, hay varios ejemplos de éxito. Sin embargo, existen todavía grandes desigualdades entre los países y dentro de ellos, y las tendencias actuales sugieren que muchos países de rentas bajas no alcanzarán las metas de los Objetivos de desarrollo del milenio”.

Informe de la Secretaría a la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2008a)

Figura 1: Esperanza de vida, 2008 (OMS, 2010)



Esperanza de vida al nacer

Los límites y los nombres que se muestran y las designaciones que se utilizan en este mapa no implican expresión de ninguna opinión de parte de la Organización Mundial de la Salud sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o sector ni de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas del mapa representan líneas fronterizas aproximadas para las que puede no haber pleno acuerdo todavía.

Fuente de datos: Organización Mundial de la Salud

Preparación del mapa: Sistemas públicos de información de salud e información geográfica, Organización Mundial de la Salud

Reservados todos los derechos

Conseguir los Objetivos de desarrollo del milenio

La necesidad de mejorar el acceso y la equidad se sitúa en el centro de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), que acordaron 192 estados miembros en 2001.

En su avance del informe de 2010 sobre los progresos realizados (Naciones Unidas, 2010), el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Ban Ki-Moon, expone que los ODM representan “las necesidades y los derechos básicos humanos que toda persona del mundo debe poder disfrutar –libertad de la pobreza extrema y del hambre, educación de calidad, empleo productivo y decente, buena salud y abrigo; el derecho de la mujer a dar a luz sin poner en peligro su vida; y un mundo en el que la sostenibilidad medioambiental es una prioridad y las mujeres y los hombres viven en igualdad”.

Los Objetivos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Los ODM reflejan la necesidad de planteamientos multisectoriales para mejorar la salud, las condiciones de vida y el bienestar de la población del mundo. Aprovechando la labor de la Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud, en el compromiso internacional de los ODM se reconoce la relación entre la salud y otros indicadores de las situaciones de desventaja: “las iniquidades de salud evitables surgen por las condiciones en que las personas crecen, viven y envejecen, y por los sistemas que se aplican para tratar las enfermedades. Las condiciones en que las personas viven y mueren son, a su vez, conformadas por las fuerzas políticas, sociales y económicas” (CSDH, 2008, pág. i). La relación entre las desigualdades de la educación, los ingresos, el género y la salud se exponen después en este capítulo.

ODM relacionados con la salud

Entre los objetivos de desarrollo del milenio se incluye la reducción, en dos tercios, de las tasas de mortalidad infantil, en tres cuartas partes los coeficientes de mortalidad materna, y reducir a la mitad e invertir la difusión del VIH, la tuberculosis y el paludismo antes de 2015 (Stuckler et al., 2010).

En un examen de los Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud, que se realizó en 2008 (OMS, 2008a) se constató que aun cuando se realizaban progresos, había todavía injusticias importantes. Es improbable que se alcancen para 2015 la mayoría de las metas, y los países de rentas bajas se retrasan de sus metas todavía más, como ilustran los siguientes extractos de ese informe:

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

- La prevalencia mundial de niños con bajo peso había disminuido del 31% al 26% desde 1990, pero el progreso es lento y ha sido nulo en el Asia Occidental, y sigue siendo del 46% en el Asia Meridional, donde más del 25% de los niños tienen escasez de peso al nacer (Naciones Unidas, 2010, pág. 13).
- El África Subsahariana representa ahora la mitad, aproximadamente, de los 8,8 millones de muertes que se produjeron en 2008 entre los niños de menos de cinco años (Naciones Unidas, 2010, pág. 27)

“La disparidad es una realidad violenta de la que no podemos escondernos. Es una injusticia mundial. Es una violación de los derechos humanos a escala mundial”

Nelson Mandela, 2003 (citado en McCoy, 2003)

ODM 5: Mejorar la salud materna

- Más de la mitad de las 500.000 mujeres que murieron por causas relacionadas con la maternidad en 2005 fallecieron en el África Subsahariana, y una tercera parte fallecieron en el Sur de Asia. Los coeficientes de mortalidad materna en el África Subsahariana son de 920 por cada 100.000 nacimientos de niños vivos, siendo de 8 por 100.000 nacidos vivos en los países industrializados (OMS, 2008a)

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

- A pesar de los impresionantes aumentos del tratamiento antirretroviral en los países de renta baja y media, en el África Subsahariana la cuarta parte aproximadamente de quienes necesitan el tratamiento no tienen acceso a él. En el caso de los niños la cobertura es aún menor: sólo el 15% (OMS, 2008a).
- Según estimaciones, en 2008, 243 millones de casos de paludismo en 2008 produjeron 863.000 muertes. El 89% de ellas ocurrieron en África (Naciones Unidas, 2010, pág. 46).
- En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de mujeres embarazadas seropositivas que recibían tratamiento antirretroviral para impedir la transmisión del VIH de madre a hijo era sólo del 11%.
- Solamente una tercera parte de los niños de menos de cinco años que sufren fiebre en África reciben algún tratamiento contra el paludismo (OMS, 2008a).

La OMS ha comunicado que los servicios que pueden prestarse mediante programas de formación, como la inmunización, han mostrado resultados alentadores, “las intervenciones que precisan un sistema de salud funcional... tienen menos efecto” (OMS, 2008a, pág. 2).

Las principales limitaciones identificadas para conseguir estos objetivos son, entre otras, la siguientes:

- Escasez de trabajadores de salud bien formados;
- Respuestas insuficientes de los gobiernos a las necesidades de salud de sus poblaciones, por diversas razones, en los “estados frágiles”; y
- La necesidad de una mayor cooperación entre los sectores: privado, público, voluntario, y de la comunidad y basado en las creencias religiosas.

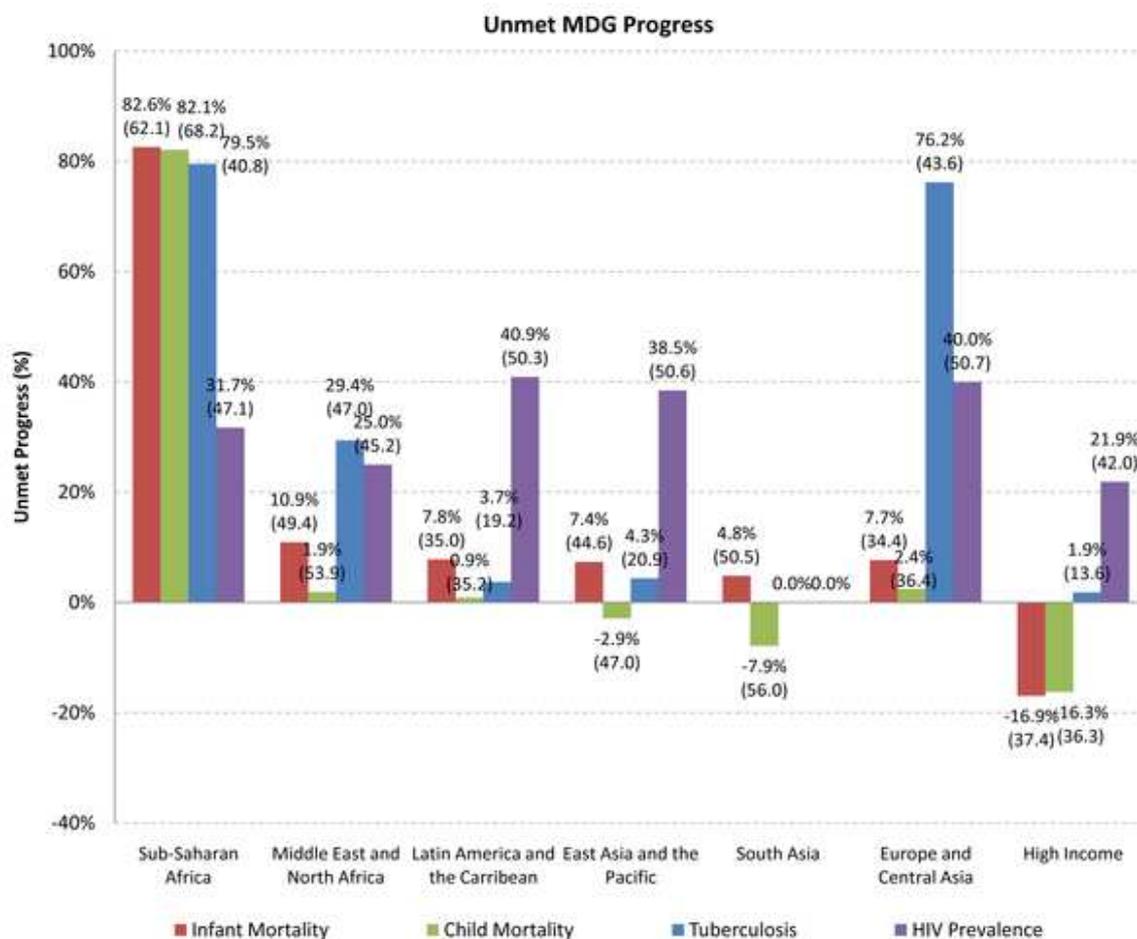
También se señaló la necesidad de una mayor financiación por los donantes y de un gasto mayor del gobierno en la salud. Sin embargo, el análisis estadístico de los datos realizado por Stuckler et al. se centró en variaciones de los índices de cambio en el progreso de los ODM comparándolos con los índices previstos para cada país. Las variaciones se ilustran en el gráfico preparado por los autores, que se incluye en la Figura 2, y en las que se constató que,

“... las cargas más bajas de VIH/SIDA y de ENT¹ se relacionaban con un progreso mucho mayor hacia la consecución de los ODM relacionados con la mortalidad infantil y la tuberculosis, que el progreso relacionado con los aumentos del PIB. Según estimaciones, una prevalencia del VIH un 1% inferior, o un índice de mortalidad un 10% inferior por las ENT tendría un efecto en el avance hacia la tuberculosis multirresistente similar a un aumento del 80% o mayor del PIB, lo que correspondería como mínimo a un decenio de crecimiento económico en los países de renta baja” (Stuckler et al., 2010).

Esta constatación pone de relieve la crucial función que han de desempeñar los sistemas de salud y los dispensadores para promover la salud, prevenir la enfermedad evitable, abordar la morbilidad en las regiones clave para conseguir los ODM y conseguir la salvación de vidas y el impedimento de las enfermedades, que esos objetivos representan.

¹ Enfermedades no transmisibles

Figura 2: Progreso no conseguido de los ODM (Stuckler et al., 2010)



África Subsahariana	África del Medio Este y del Norte	América Latina y Caribe	Asia Oriental y Pacífico	Asia Meridional	Europa y Asia Central	Ingresos elevados
Mortalidad de lactantes		Mortalidad de niños		Tuberculosis		Prevalencia del VIH

Género

Cada año mueren más de 350.000 mujeres por complicaciones, que podrían evitarse, relacionadas con el embarazo y el parto (Ban, 2010). Como señalan las Naciones Unidas en su informe más reciente sobre los ODM, “la igualdad de los géneros y la capacitación de las mujeres son el principal impulso de los ODM y son condiciones previas para superar la pobreza, el hambre y la enfermedad” (Naciones Unidas, 2010, pág. 4)

La Estrategia mundial para la salud de las mujeres y de los niños, de las Naciones Unidas, se inició en 2010 para abordar las muertes y las enfermedades evitables y mejorar el acceso a los servicios para las mujeres, centrándose en “la equidad del acceso y en los resultados, cerciorándose de que llegamos a quienes están especialmente desatendidos y marginalizados”.

Conseguir los ODM es una parte esencial de esto, y equivale a salvar las vidas de cuatro millones de niños y de unas 190.000 mujeres para 2015 (Ban, 2010).

Además, con el establecimiento, en 2010, del Organismo de las Naciones Unidas para la Mujer, que será presidido por la ex Presidenta chilena Michelle Bachelet, se reconoce la importancia de abordar las desigualdades de género. El nuevo organismo trata de promover los derechos de la mujer y su plena participación en los asuntos mundiales.

Abordar las desigualdades de género significa también en realidad reconocer las necesidades de salud y de servicios de los hombres. Algunos países han desarrollado o están desarrollando políticas de salud de los hombres (por ejemplo, el Reino Unido, Irlanda, Australia). Además la OMS ha reconocido la importancia de incluir a hombres y niños en la promoción de la igualdad de los géneros y en el mejoramiento de la salud de los hombres y de las mujeres cuando ha publicado, hace poco tiempo, los *Planteamientos de política general para hacer que hombres y niños participen en la consecución de la igualdad de los géneros y la equidad de la salud*. En el resumen de la política general se esbozan y se fomentan los planteamientos de política general que pueden “acelerar los cambios hacia la igualdad de los géneros en el hogar, reducir los niveles de violencia y de explotación sexual, favorecer prácticas sexuales emergentes más seguras, y reducir un consumo excesivo de alcohol por los hombres” (OMS, 2010a).

Ejemplos

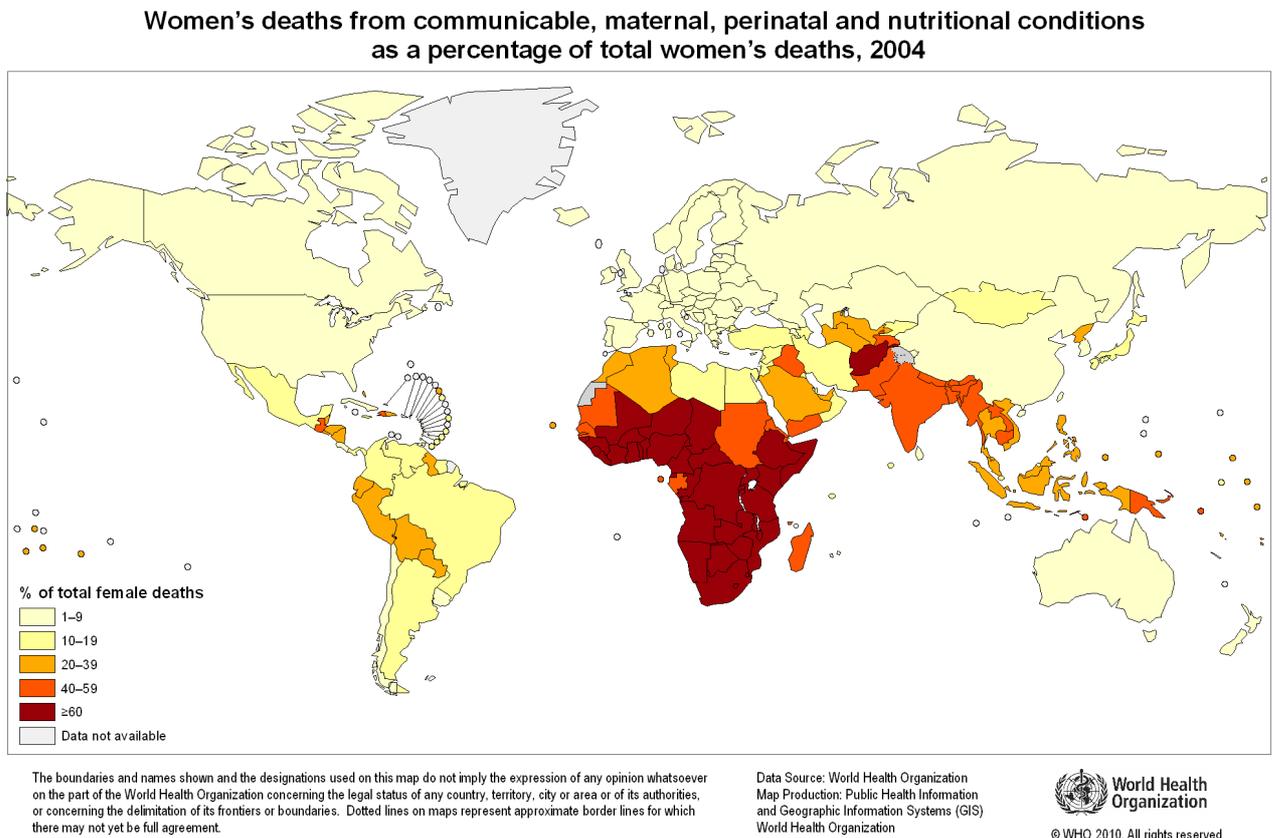
- Pruebas cada vez mayores vinculan la violencia basada en el género con la difusión del VIH (Naciones Unidas, 2010, pág. 44).
- Las mujeres afroamericanas representaron en 2005 el 67% de los nuevos casos de SIDA en los EE.UU. y, sin embargo, su representación en las pruebas clínicas era escasa (Cohn, 2007, pág. 272).

Las enfermeras ayudan a las nuevas madres en peligro.

Como enfermera diplomada de salud pública, en el Programa de Colaboración entre las enfermeras y las familias (CEF), Rita visita los hogares de madres primerizas cuyos ingresos son bajos y muchas de las cuales son todavía adolescentes. Trabaja intensamente con esas madres para mejorar la salud y el bienestar maternos, prenatales y de la primera infancia, con la excepción de que su intervención ayudará a conseguir mejoras de largo plazo en la vida de familias que están en riesgo. Cuando Rita visita a cada familia, se centra en la salud personal de la madre, en la calidad de los cuidados que presta a su hijo, y en el propio desarrollo de los padres. Empieza haciendo sus visitas cuando la madre está todavía embarazada, (antes de la semana 28ª, e idealmente entre las semanas 12ª y 20ª) y continúa durante los dos primeros años de la vida del niño. Rita también investiga y trabaja con el sistema de apoyo a la madre, en el que se incluyen los miembros de la familia, los padres cuando es adecuado, y los amigos, para ayudar a las familias a acceder a otros servicios de salud y humanos que quizá necesitan. Un estudio reciente de los resultados de los programas mostró que por las visitas hechas por Rita y las demás enfermeras se ha reducido el número de niños nacidos antes de tiempo o con peso bajo, ha mejorado la función de los padres y los entornos familiares, se han reducido rápidamente los embarazos recurrentes y no deseados, ha aumentado la participación en los recursos humanos y se ha reducido la incidencia de los desordenes de comportamiento, la participación en delitos, y la delincuencia.

- En un estudio de las desigualdades en la atención de salud para el grupo de las personas mayores de 65 años en la OCDE se constató que las mujeres se enfrentan a gastos directos mayores porque sus ingresos y su participación en el coeficiente laboral son menores y además tienen menos acceso a los cuidados de salud patrocinados por el empleador (Corrieri et al., 2010, pág. 15).
- En Inglaterra, los hombres tienen una probabilidad mayor que las mujeres, en un 14%, de desarrollar un cáncer, principalmente por estilos de vida no sanos, y el 66% de los hombres ingleses tienen exceso de peso, frente al 57% de las mujeres (WCRF, 2010).

Figura 3: Muertes de mujeres por condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, en porcentaje de las muertes totales de mujeres, 2004 (OMS, 2006)



Los límites y los nombres que se muestran y las designaciones que se utilizan en este mapa no implican expresión de ninguna opinión de parte de la Organización Mundial de la Salud sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o sector ni de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas del mapa representan líneas fronterizas aproximadas para las que puede no haber pleno acuerdo todavía.

Fuente de datos: Organización Mundial de la Salud

Preparación del mapa: Sistemas públicos de información de salud e información geográfica, Organización Mundial de la Salud

Reservados todos los derechos

% del total de muertes de mujeres

Datos no disponibles

Carácter étnico y cultura

Hay pruebas generalizadas, procedentes de todo el mundo, de que el carácter étnico y la cultura pueden tener un influjo importante en la accesibilidad de los servicios de salud y en la calidad de los cuidados dispensados por esos servicios (véanse ejemplos a continuación). La capacidad de prestar servicios eficaces a personas de culturas diferentes se denomina muchas veces “competencia cultural”. Como exponen Brach y Fraser (2000), la falta de competencia cultural en la prestación de un servicio puede tener diversas consecuencias, entre ellas las siguientes:

- Oportunidades de detección perdidas por falta de conocimiento de la prevalencia de diferentes condiciones entre distintos grupos;
- Falta de conocimiento de los remedios tradicionales y de las posibles actuaciones perjudiciales; y
- Errores de diagnóstico resultantes de una comunicación deficiente.

La comunicación ineficaz –por dificultades idiomáticas o por interpretaciones o comprensión diferentes– puede conducir a una deficiente experiencia del paciente y reducir la capacidad de la persona para participar eficazmente en la adopción de decisiones acerca de los cuidados y del tratamiento, en la medida en que no puede darse un consentimiento significativo. Al exponer la utilización de los servicios de salud por romanos en el Reino Unido, Van Cleemput señala que “la insensibilidad cultural, proveniente de la ignorancia o de actitudes racistas, era una característica fuerte de los relatos sobre dificultades de la comunicación” (2010, pág. 320).

Asimismo, es importante señalar que los antecedentes culturales pueden influir en el comportamiento de búsqueda de ayuda y, por tanto, pueden influir en medida importante en el hecho de que una persona acceda a la atención de salud en un momento adecuado. Por ejemplo, Van Cleemput señala que una “creencia cultural de que debe observarse que luchan contra la mala salud” y ofrecen “una identidad social de ser fuertes y duros” puede conducir a una persona de una comunidad de Roma (a la que se denomina gitana o “viajera” en el artículo de Van Cleemput) “a sentirse juzgada, si la presentan como deprimida o en un estado deficiente” (Van Cleemput, 2010, pág. 318). Efectivamente, en la prestación del servicio han de buscarse modos de negociar y de superar esos obstáculos culturales contrarios al acceso.

Ejemplos:

- En los EE.UU., las mujeres de raza negra tienen más probabilidades que las de raza blanca de morir de cáncer de mama, a pesar de que la incidencia de la enfermedad es más baja en ellas.
- La esperanza de vida al nacer (EVN) es, entre los indígenas australianos, sustancialmente más baja (59 en el caso de los hombres y 65 en el de las mujeres, en el periodo 1996 - 2001) que en el caso de todos los australianos (77 para los hombres y 82 para las mujeres en el periodo 1998 - 2000) (Comisión Australiana de Derechos Humanos 2008). En los EE.UU., se habrían evitado 886.202 muertes entre los años 1991 y 2000 si se hubieran equiparado los índices de mortalidad entre blancos y negros. Esto contrastaron las 176.633 vidas salvadas por los avances de la medicina (CSDH 2008).
- Un estudio de investigación de la utilización de los servicios de salud por los inmigrantes en los EE.UU. mostró que los pacientes nacidos en el extranjero tenían más probabilidades de comunicar que se sentían discriminados, particularmente los que no eran blancos, no eran ciudadanos estadounidenses y/o tenían un conocimiento bajo del idioma inglés (Derose et al., 2009, pág. 367).

Condición social y económica

Los pobres experimentan obstáculos importantes contrarios a los cuidados de salud, entre ellos un poder adquisitivo limitado, bajos índices de seguros de enfermedad, escasa instrucción sanitaria y, a menudo, viven en suburbios o en sectores rurales alejados que muchas veces están deficientemente atendidos por sistemas de salud y profesionales de salud con escasa experiencia (Bhattacharyya et al., 2010). Las actitudes y comportamientos insalubres también están relacionados con la exclusión social, con índices más elevados de obesidad y de uso del tabaco, y con un riesgo más alto de desarrollar alguna drogadicción (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010, pág. 43). Las condiciones de vida que experimentan muchos de los pobres del mundo, como la falta de agua potable y de servicios sanitarios seguros, las viviendas inadecuadas y la nutrición deficiente también contribuyen a la prevalencia de la enfermedad y a sufrirla. Por ello, la Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud pidió que se reforzara “la función primordial del Estado en la prestación de los servicios básicos esenciales para la salud” (CSDH, 2008, pág. 15). Aun cuando la atención de salud se dispensa gratuitamente, los pobres tienen menos probabilidades de acceder a ella por la pérdida de tiempo de trabajo y los consiguientes costos, como los de transporte. (Birdsall y Hecht, 1995).

Ejemplos:

- En Europa, el excesivo riesgo de morir que se da entre los adultos de mediana edad en los grupos socioeconómicos más bajos oscila generalmente entre el 25% y el 50% y puede llegar hasta el 150% (Mackenbach, 2005 citado en CSDH, 2008).
- En Indonesia, la mortalidad materna en los pobres es entre tres y cuatro veces más elevada que en los ricos (Graham et al., 2004 citado en CSDH, 2008).
- En Escocia en 2006, los hombres podían esperar, en promedio, 67,9 años de una vida sana y las mujeres podían esperar 69 años. En el 15% de las zonas más desfavorecidas de Escocia, los hombres sólo podían esperar 57,3 años de vida sana y las mujeres 59 años.
- En Porto Alegre, Brasil, la mortalidad infantil en las familias pobres se constató en 1980 que era el doble que en las familias más ricas (Birdsall y Hecht, 1995, pág. 2).
- Las mujeres situadas en el 20% más rico de la población tienen una probabilidad hasta 20 veces mayor que las mujeres pobres de que a sus partos asista un trabajador de salud capacitado (OMS 2010e).
- En algunos contextos, la cobertura de la vacuna contra la difteria–tétanos–tosferina (DTP3) entre los pobres puede ser apenas el 10% de la cobertura que tiene para los ricos (OMS 2010e).
- La investigación canadiense ha demostrado que los índices de hospitalización por múltiples indicadores de salud eran constantemente más altos en el caso de las personas que vivían en sectores de baja condición socioeconómica que en el caso de los grupos de condición socioeconómica media y alta que vivían en las áreas metropolitanas censadas.

“La desigualdad de salud es realmente una cuestión de vida y muerte.”

Dra. Margaret Chan,
Directora general, OMS
(OMS, 2008b)

Las enfermeras profesionales mejoran el acceso a los cuidados de las enfermedades crónicas en contextos de la comunidad

Ocupándose de dos programas de enfermería y de nefrología de especialidad diferente, Lesley es una enfermera nefróloga que ejerce su profesión en Australia y gestiona enfermedades renales y enfermedades crónicas anteriores y posteriores a la fase final, que afectan a personas aborígenes o no en contextos urbanos y rurales. Lesley y su equipo hacen largos viajes para dirigir clínicas de enfermedades crónicas, en las que ella mejora la situación mediante servicios de información y divulgación. Lesley y el equipo pueden llegar a los pacientes en contextos convenientes para ellos y emplear ese corto tiempo extra con los pacientes para evaluar de manera completa los efectos físicos, mentales y sociales que las enfermedades crónicas y el tratamiento producen en los pacientes. Lesley dispensa cuidados totales y tiene la ventaja añadida de poseer capacidades clínicas avanzadas. Evalúa a los pacientes para hacer un diagnóstico y aplica un plan de gestión y de tratamiento farmacéutico o no farmacéutico. Lesley ha diagnosticado muchos casos nuevos de hipertensión, de diabetes y de posible enfermedad renal y ha obtenido buenos resultados en los cuidados crónicos, en su comunidad. Por esta eficacia, el programa va a ampliarse para incluir a enfermeras especialistas en diabetes y a una enfermera de cuidados cardiacos, que fortalecerán el modelo de cuidados crónicos.

Ubicación y carácter rural

La geografía es un factor importante en el acceso a los servicios, y frecuentemente coexiste con otros factores sociales de riesgo que se sabe contribuyen a empeorar la salud, como el estado socioeconómico y el saneamiento y las condiciones de vida deficientes. En las regiones en desarrollo, los niños de las zonas rurales tienen más probabilidades de carecer del peso necesario que los niños de las ciudades, y en América Latina, el Caribe y partes de Asia, esta disparidad ha aumentado en los últimos años (Naciones Unidas, 2010, pág. 5).

En un proyecto reciente también se han puesto de relieve las importantes desigualdades existentes en distintas zonas urbanas del mundo, en las que una tercera parte de la población urbana vive en barriadas y en chabolas. El análisis muestra que hay diferencias dentro de las ciudades y entre ellas. En el informe se considera que abordar estas cuestiones dentro de las ciudades es un aspecto importante para conseguir los ODM. (OMS et al., 2010).

Ejemplos:

- La relación rural-urbana de la prevalencia de niños de menos de 5 años con escasez de peso en China es aproximadamente de 4,5 a 1 (aunque es bajo según las normas mundiales). En los países en desarrollo, los niños tienen una probabilidad doble de tener escasez de peso en las zonas rurales (UNICEF 2010).

Abordar las necesidades de salud rurales con un mejor aprovechamiento de la enfermería

En 2007 se estableció la Colville Rural Nursing Ltd (CRNL) para satisfacer las necesidades de las familias en una zona rural de Nueva Zelanda. La CRNL está dirigida totalmente por enfermeras y cuenta con enfermería de distrito y enfermería de salud pública. Cada una de las enfermeras de la CRNL tiene cualificaciones de especialista, como las de asistencia al parto y las de acupuntura, y una de ellas tiene un título de licenciatura clínica en enfermería con capacidad para recetar y es candidata a enfermera de atención directa. La formación y el desarrollo profesional constantes son fundamentales para su práctica profesional.

En enero de 2010, el Comité Nacional de Salud de Nueva Zelanda publicó un importante informe en el que se hacían recomendaciones sobre la manera de abordar el problema de “prestar servicios de salud sostenibles y totales a las comunidades rurales”. Comité Nacional de Salud, de Nueva Zelanda, 2010, pág. v).

En el informe se hacen recomendaciones en los sectores de la prestación de los servicios, los resultados del sistema y la planificación, el acopio de datos y la investigación.

Aprovechar las lecciones dadas por la CRNL y otros, las recomendaciones esenciales para mejorar la prestación de servicios supone fomentar la creación de clínicas dirigidas por las enfermeras.

(Comité nacional de Salud de Nueva Zelanda, 2010)

- Makwiza et al. han comunicado que a pesar de la gratuidad de los servicios de terapia antirretroviral (ART) para el tratamiento del VIH, los pacientes en Malawi “especialmente los pacientes rurales pobres tienen ante sí obstáculos importantes para su acceso y mantenimiento de los servicios” (Makwiza et al., 2009, pág. 8).
- En el África Subsahariana, solo el 18% de las mujeres de las zonas rurales utilizan alguna forma de anticonceptivo, frente al 32% de las mujeres en las ciudades (UNICEF 2010).
- La cobertura de los medios sanitarios en el mundo desarrollado es un 70% más elevada en las zonas urbanas que en las zonas rurales (UNICEF 2010).

Situación formativa

Como ilustran los ejemplos que figuran a continuación, hay una correlación entre el nivel de la formación y el estado de salud, y con los elevados costos de los cuidados de salud. Unos niveles de educación más elevados se han asociado también con una mejor disposición y capacidad para acceder a servicios de atención de salud algunas veces complejos, y para participar en actividades de atención de salud preventivas tales como los programas de detección y pruebas.

Ejemplos:

- En los Países Bajos, las mujeres y los hombres cuya formación es baja tienen una esperanza de vida 7 años inferior a la de aquellos cuya formación es más elevada, y viven 18 años menos en buen estado de salud (DETERMINE, 2010, pág. 6).
- La prevalencia de discapacidades de larga duración entre los hombres europeos de 80 o más años es del 58,8% entre los menos educados, frente al 40,2% entre los de educación superior (Huisman, Kunst y Mackenbach, 2003, citado en CSDH, 2008)
- Un nivel educativo más bajo está relacionado con pagos más elevados por los medicamentos recetados y con una mayor probabilidad de protección insuficiente por el seguro entre las personas de más de 65 años de edad en la OCDE (Corrieri et al., 2010, pág. 6).
- Unas normas de educación más bajas van asociadas a un menor recurso a medidas preventivas, por ejemplo la mamografía (Corrieri et al., 2010, pág. 7)
- El uso de anticonceptivos es cuatro veces mayor entre las mujeres con formación secundaria que entre las que no tienen formación (Naciones Unidas, 2010, pág. 5).

Discapacidad

Aunque las personas con discapacidades suelen tener un alto nivel de contacto con sistemas y servicios de salud, hay pruebas de que muchas personas discapacitadas tienen dificultad en acceder a cuidados adecuados para sus necesidades.

Brown et al. (2010) hacen observar que en dos importantes informes publicados en el Reino Unido se han identificado problemas: En Atención de salud para todos se identificaron

problemas, entre ellos la discriminación sistemática institucional y el fallo del cumplimiento y la aplicación de la Ley sobre Discriminación por discapacidad. En una investigación parlamentaria realizada en 2008 se detallaron los incumplimientos de los derechos humanos en relación con el derecho a la vida, la libertad de todo tratamiento degradante y humillante, y el derecho a la privacidad y a la vida familiar (Brown et al., 2010, pág. 354).

Ejemplos:

- La mortalidad es tres veces mayor en los adultos con discapacidades de aprendizaje que en la población en general, lo que refleja los complejos efectos de morbilidad que experimentan muchas personas con discapacidades de aprendizaje (Brown et al., 2010, pág. 354).
- Aun en los países que están próximos a conseguir la educación primaria para todos, los niños con discapacidad tienen más probabilidades de verse excluidos de la educación (Naciones Unidas, 2010, pág. 5).

Figura 4: Porcentaje de niños de 0-59 meses con escasez de peso
En las regiones en desarrollo la prevalencia de la escasez de peso es mayor en las familias más pobres

Dieta y nutrición

La dieta y la nutrición tienen efectos importantes en la salud y guardan una estrecha relación con la condición socioeconómica tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. En las ciudades, el aumento del consumo de alimentos con alto contenido de grasas y de energía ha dado lugar a la denominada “epidemia mundial de la obesidad” (CSDH, 2008, pág. 62). Al mismo tiempo, en las regiones menos desarrolladas, especialmente en las zonas rurales, la nutrición inadecuada sigue siendo un problema importante, particularmente entre los niños y las mujeres embarazadas, en muchas partes del mundo, en las que la falta de alimentación en los primeros años frena el desarrollo y puede establecer deficiencias de salud que duran toda la vida. Reducir la prevalencia de niños con escasez de peso en el mundo es uno de los objetivos más importantes de los intentos de reducir la mortalidad infantil.

Porcentaje de niños de 0-59 meses con escasez de peso, por riqueza de la familia, en quintilos

Grupo más pobres

Segundo grupo

Grupo medio

Cuarto grupo

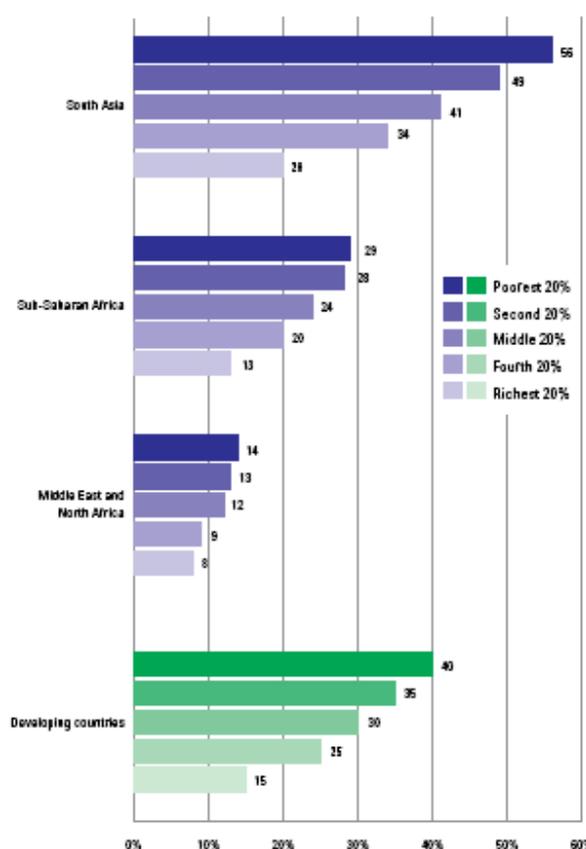
Grupo más rico

Nota: El análisis trata sobre un subconjunto de 61 países para los que las estadísticas por tramos de ingresos están disponibles. La muestra se refiere al 52% de los niños menores de 5 años en el mundo en desarrollo. Las estimaciones de prevalencia se calculan sobre la base de las normas de la OMS de crecimiento del niño, 2003-2009. La CEI, Asia Oriental y la región del Pacífico, América Latina y el Caribe.

Fuente: base de datos mundial UNICEF, 2010

Across developing regions, underweight prevalence is higher in the poorest households

Percentage of children 0–59 months old who are underweight, by household wealth quintile



Note: Analysis is based on a subset of 61 countries with household wealth quintile information, covering 52% of the under-five population in the developing world. Prevalence estimates are calculated according to WHO Child Growth Standards, 2003–2009. CEI/CIS, East Asia and the Pacific, and Latin America and the Caribbean are not included for lack of data. Source: UNICEF global databases, 2010.

Estos dos fenómenos están estrechamente relacionados con la pobreza. En los EE.UU. Drenowski ha señalado que la densidad de los lugares de alimentación rápida es mayor en las zonas más pobres y que los alimentos con alto contenido de grasas y de azúcar son generalmente más baratos que los que tienen un mayor valor nutricional. Este autor aduce que “el creciente desfase del precio entre los alimentos saludables y no saludables... mantiene la relación causal entre la pobreza y la obesidad” (Drenowski 2009, pág. 538). Este sentimiento lo recoge Dowler en Europa; este autor señala que “lo evidente es que cuestiones estructurales y sociales, como la cantidad de tiempo y de dinero que las personas pueden dedicar a conseguir un buen alimento y una vida activa, el coste y la accesibilidad de cada uno de ellos, la región en que están situadas las viviendas, y las circunstancias sociales generales de las vidas de las personas clasificadas como clases más bajas... limitan y rigen la elección en medida considerable” (Dowler, 2001, pág. 702).

Como se pone de relieve en los ejemplos que siguen, los altos niveles de diabetes, relacionados primordialmente con el aumento de la obesidad, son evidentes también en las comunidades indígenas de muchas partes del mundo. En estos casos, las cuestiones planteadas que se relacionan con la dislocación social y la falta de posesión se combinan con otros factores, como el carácter rural y el aislamiento, el acceso deficiente a unos servicios de salud adecuados y un desempleo elevado, para contribuir al problema.

Ejemplos:

- La prevalencia mundial de niños con escasez de peso es del 26%, y sigue siendo del 46% en el sur de Asia, donde más del 25% de los lactantes tienen escaso peso al nacer (Naciones Unidas, 2010, pág. 13).
- En las regiones en desarrollo, la prevalencia de la escasez de peso en los niños de menos de cinco años es mayor en las familias más pobres. (UNICEF, 2010, pág. 16).
- La prevalencia de la escasez de peso en los niños menores de cinco años es más común en las zonas rurales (UNICEF, 2010, pág. 16).
- Índices muy elevados de diabetes mellitus (DM) y las complicaciones con ella relacionadas se han registrado en las poblaciones indígenas de las Américas y de la región Asia-Pacífico: (Hanley, 2006).
 - La prevalencia de la DM de tipo 2 es entre dos y tres veces superior en los estadounidenses nativos que en otros estadounidenses adultos.
 - Un programa de detección basado en la comunidad, en las islas del Estrecho de Torres, indicaba una prevalencia de la diabetes del 26%, seis veces superior al de la población general de Australia.
- Los índices más elevados de obesidad y de diabetes del tipo 2 en los EE.UU. se observa entre las personas con educación y niveles de ingresos más bajos y en las regiones más pobres (Drenowski, 2009).

CAPÍTULO 3

Medir el acceso y la equidad

Utilizar fuentes actuales de datos

La Comisión sobre los Determinantes sociales de la salud ha tratado de mejorar la vigilancia nacional de la equidad sanitaria proponiendo dos conjuntos de indicadores que, en general, se centran en el empleo de datos de amplio nivel sobre la población –que ya se recogen en muchos países– para identificar las desigualdades:

- Un sistema de vigilancia mínima de la equidad sanitaria, y
- Un amplio marco nacional de vigilancia de la equidad sanitaria.

Estos indicadores se muestran detalladamente en el Anexo.

Frecuentemente hay un importante recurso de información no aprovechada, disponible en las fuentes de datos existentes, que puede analizarse recurriendo al acceso o a la equidad. Por ejemplo, el Marco de la calidad y los resultados (MCR), del Reino Unido, se introdujo principalmente como sistema de pago para los profesionales generales pero aportaba a los investigadores “una rica fuente nueva” de datos sobre la atención primaria, en particular porque permitía que la información de salud estuviera vinculada con otras fuentes de información, tales como la información sobre el entorno socioeconómico local. Sigfrid et al. examinaron los “informes de excepciones”, que se hacen cuando se excluye a un paciente de la medida del resultado.² Los investigadores hallaron una correlación entre “informar sobre la excepción” de los pacientes diabéticos y la privación, y los datos más altos correspondieron a las poblaciones con mayor privación. Los autores concluyen que es importante no sólo el “análisis de la comunicación de excepciones” y no simplemente la realización de las tareas, cuando se investiga la desigualdad en la salud (Sigfrid et al., 2006, pág. 224), y aducen que esta información puede ser valiosa para desarrollar estrategias que mejoren los servicios para las poblaciones difíciles de alcanzar.

Este caso pone de relieve un problema importante que se plantea al tratar de medir el acceso, que es intentar llegar no sólo a quien accede al servicio, sino también a quien no lo hace.

² Como esto puede ocurrir por motivos válidos, como la negación del paciente, la inasistencia a los exámenes o la intolerancia a la medicación, los profesionales pueden excluir el registro para que los pacientes no se vean injustamente penalizados.

Principales indicadores de desigualdades

En un documento de trabajo preparado por la OCDE en 2009 (de Looper y Lafortune, 2009) se describe el conjunto de los principales indicadores que pueden utilizarse para medir las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de atención de salud. Entre los indicadores para la medición de las desigualdades del estado de salud se incluyen los siguientes:

- Los relacionados con la esperanza de vida y con la mortalidad,
- Los relacionados con la morbilidad y la enfermedad, e
- Indicadores compuestos que incluyen esos dos tipos de información.

Entre los indicadores del acceso y el uso figuran los siguientes:

- La cobertura del seguro de enfermedad,
- La utilización de los cuidados de salud en relación con servicios diferentes,
- Las medidas de las necesidades de salud no satisfechas, y
- Los gastos propios como parte de los ingresos familiares.

(de Looper y Lafortune, 2009, pág. 12)

Los autores señalan que medidas más sencillas –como medir la diferencia entre los grupos socioeconómicos más bajos y los más altos– ponen de relieve la diferencia de la situación de los menos aventajados y son las más frecuentemente utilizadas para las recopilaciones de datos rutinarias y de largo plazo. Las medidas más complejas utilizan técnicas basadas en la regresión para medir las desigualdades entre todos los grupos de población. Entre los ejemplos figuran el “índice relativo de desigualdad” y el “índice de concentración”. Sin embargo, los datos requeridos, la complejidad del cálculo y la más difícil interpretación son desventajas (de Looper y Lafortune, 2009, pág. 14).

Con la investigación se ha constatado que indicadores distintos pueden a veces llevar a conclusiones diferentes. Como señalan Wagstaff et al (1991), un estudio sobre la relación entre las enfermedades crónicas y la clase social en Suecia comparado con otro

Las enfermeras a domicilio de Moldavia son para muchas un modelo de vida

En tanto que enfermera a domicilio, Irine dedica su tiempo al trabajo en las casas de personas mayores y personas discapacitadas. Su país Moldavia, es un estado recientemente independiente, de la Europa Oriental, que ha experimentado un grave declive económico y un fuerte aumento de la pobreza en el periodo postsoviético. La mayoría de la población vive por debajo del umbral de pobreza, pero las más afectadas han sido las personas retiradas y las discapacitadas. El Programa de enfermeras a domicilio fue establecido por la Sociedad de la Cruz Roja Moldava para dispensar asistencia médica y social a estos grupos, cuyos ingresos son demasiado reducidos para cubrir aun las necesidades básicas, incluidos los medicamentos y el tratamiento. Aun los salarios de las enfermeras son muy bajos. Irine gana solamente 23 dólares EE.UU. al mes pero, a pesar de esto, ella y sus compañeras enfermeras están muy dedicadas a las personas a las que cuidan. El programa sigue buscando financiación para mantener las actividades de sus 30 enfermeras a domicilio principales pero como sigue siendo evidente esa gran necesidad, espera ampliar a 100 el número de enfermeras para poder prestar asistencia a los 2.000 beneficiarios. Irine y las demás enfermeras aprecian el hecho de que su apoyo es el único modo de vida de estas personas solitarias y empobrecidas.

realizado en Inglaterra y Gales mostró que “se llegaba a conclusiones opuestas” cuando se utilizaban indicadores diferentes (Schneider, et al., 2005, pág. 1). La evaluación concluye que la mayoría de los instrumentos tienen una capacidad limitada para evaluar la equidad como parte del análisis, aunque hace observar que muchos de los instrumentos de la evaluación económica incorporan diversos supuestos sobre la equidad o se incluyen implícita o explícitamente en el análisis (WHOCC para la Evaluación de la tecnología de la salud, 2008).

Esto sugiere que queda todavía algún camino por recorrer para conseguir que las consideraciones de equidad sean integradas para el desarrollo del programa y de la política general. Como señalan Looper y Lafortune “una consideración importante para elegir una medida adecuada de la desigualdad de la salud es la facilidad con que permite la actualización de datos habituales y la vigilancia constante” (de Looper y Lafortune, 2009, pág. 14). Esto es especialmente cierto en los países o regiones que quizá disponen de datos limitados y de una capacidad limitada para desarrollar y aplicar acopios de datos complejos.

Debe señalarse también que las medidas utilizadas para evaluar la equidad y el acceso pueden ser discriminatorias. Como señalan Dey y Fraser, “toda medida que se basa en los años de vida puede discriminar por edad, igual que cualquier medida que incluya la calidad de vida puede discriminar por discapacidad” (Dey y Fraser, 2000, págs. 521/22). Esto implica que el indicador también debe ser adecuado para el uso al que se dedica. Por ejemplo, una medida como Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY) puede dar una idea útil del estado de salud de personas de distintos grupos profesionales, y puede contribuir a una evaluación del impacto que tienen en la salud diferentes funciones de trabajo. Sin embargo, si se utilizan (al margen de otras consideraciones) para evaluar dónde se asignan con más eficiencia los recursos de salud (por ejemplo, en una priorización del acceso a una cirugía de sustitución) ello puede impedir el acceso a quienes tienen una discapacidad anterior.

Instrumentos para evaluar la equidad

La disponibilidad de los instrumentos adecuados para medir y evaluar el acceso y la equidad es esencial para las iniciativas destinadas a mejorar la prestación de servicios de salud (Sigfrid et al., 2006) y los resultados de salud.

El Centro de colaboración para evaluar la tecnología de la salud, de la OMS, radicado en la Universidad de Ottawa proporciona un Conjunto de instrumentos orientados a la equidad³ para “la evaluación de la tecnología sobre la base de las necesidades” que tiene por objeto promover la sana adopción de decisiones y la asignación de los recursos. En ese Centro se facilitan ejemplos de una gama de instrumentos, de todo el mundo, para evaluar la carga de la enfermedad, la eficacia de la comunidad, la evaluación económica y la transferencia y la aplicación del conocimiento. Estos instrumentos pueden ser métodos analíticos específicos tales como Los años de vida ajustados en función de la discapacidad, relaciones tales como la

³ Véase www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm

Lista para la Selección de las consecuencias de salud, programas de material informático como el Harvard Policy Maker, o bases de datos tales como La Biblioteca Cochrane. etc.

En cada uno de los conjuntos de instrumentos se incluye una comparación de cada uno y su capacidad para calibrar la equidad, evaluada en términos de:

- Medición/vigilancia
- Participación de la comunidad, y
- Defensa.

Medir las desigualdades de los recursos humanos de salud

Comparar la densidad de los recursos humanos de salud es un instrumento sencillo que puede utilizarse para ilustrar las desigualdades de la distribución de los recursos humanos de salud en el mundo. Es éste un conjunto de datos especialmente potente pues varios estudios han establecido fuertes correlaciones entre la densidad de los recursos humanos de salud y los resultados de salud. Esto facilita un análisis amplio y no toma en cuenta la distribución de los trabajadores en determinados sectores, ni la comparación entre esta distribución y las necesidades de salud de la población. Sin embargo, las disparidades entre los países son fuertes, y demuestran la importante desigualdad en el acceso para los trabajadores de salud como se muestra en la Figura 6, pág. 36.

El *Atlas mundial de los recursos humanos de salud* elaborado por la OMS pone ampliamente a disposición este nivel básico de datos sobre los recursos humanos de salud, y permite a los usuarios examinar un conjunto de cuestiones de esos recursos humanos, tales como la distribución por edades, y compara los números existentes en las zonas rurales y no rurales. Se produce para dar forma a la política general, los programas y la adopción de decisiones e incluye datos sobre diversos tipos de trabajadores, entre ellos las enfermeras y las matronas. Los datos que aparecen en la Figura 6 (pág. 36) proceden del Atlas.

Sin embargo, en 2006 el Informe sobre la Salud Mundial describía la información disponible sobre la medida y la naturaleza del problema de los recursos humanos de salud como “fragmentaria en el mejor de los casos” (OMS 2006, pág. 126). Para muchos países es sumamente difícil recoger datos de base sobre los números de trabajadores de salud en el país, su situación de empleo y su ubicación. Éste no es un problema que se limite a quienes disponen de menos recursos: las bases de datos incompletas, la falta de coordinación entre diferentes organismos y jurisdicciones, la desconexión entre conjuntos de datos (por ejemplo, los registros de empleo frente a los registros de inmigración y emigración) pueden significar que la información básica sobre la distribución de las enfermeras y otros profesionales de salud es difícil de identificar.

Enfermeras para las personas sin hogar: Una lección en el mundo real

Las estudiantes de enfermería Kate y Jennifer viajan por el Rio Spokane en una fría mañana de octubre. Martha, de Outreach, es su guía y llama a Gypsy, que descansa bajo una cortina de ducha cerca de unos matorrales. Gypsy lucha contra un enfisema y últimamente su respiración ha sido deficiente. Al permitir a las enfermeras que le examinen, Gypsy se quita su abrigo y se desabotona su camisa de franela, con lo que aparecen costras en su pecho. "Creo que sería mejor que me tomara el pulso. Me han puesto un triple *bypass* en el corazón, en Montana," dice. Kate ve que el pulso es alto: 160 sobre 100 y le dice que debe ir a la clínica al día siguiente para conseguir mejor medicación contra la presión sanguínea. Le dan zumo y unas barras energéticas, al observar que medio cartón de huevos parece ser el único alimento disponible. Le prometen volver a comprobar la semana próxima y le piden que traiga las mantas que necesita.

Cada uno de los estudiantes de la Washington State University que se titula con un bachillerato de enfermería debe seguir un semestre de enfermería de salud de la comunidad. Para algunos estudiantes de Spokane, esto significa un semestre de trabajo con una población de suburbios necesitada -en ella hay personas pobres, sin hogar, mentalmente enfermas, drogadictas, alcohólicas y que son objeto de abusos. El programa consigue hacer a las personas más conscientes de la relación entre salud y pobreza. Jennifer admite que se sintió sorprendida por esta parte de su formación: "No sabía que hubiera tantas personas sin hogar en Spokane, ni tenía idea de dónde estaban. Se podía ir por un sendero a donde dormían y nunca saberlo. Ahora reconozco a las personas. En vez de decir ¡Oh ahí hay una persona sin hogar! lo que digo es algo así como "Ahí está Gary". Ahora tienen nombres."

CAPÍTULO 4

Obstáculos contrarios al acceso y la equidad

Gastos en salud

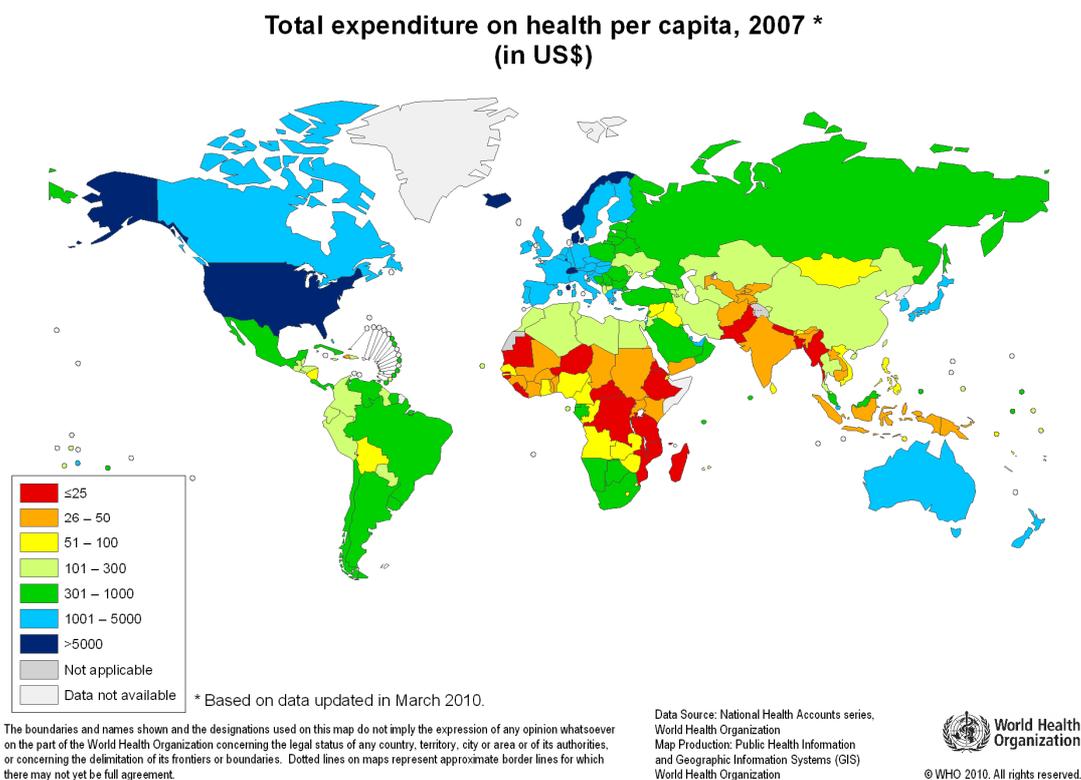
El gasto en servicios de salud es muy diferente en el mundo, como ilustra la configuración hecha por la OMS, de los gastos *per cápita* en salud (Véase la Figura 5, pág. 35). Esto influye directamente en la prestación de servicios en todo el espectro de los cuidados y en la capacidad de los países para formar, contratar y retener a los trabajadores de salud. Las Administraciones son los principales empleadores de los trabajadores de salud capacitados en los países de ingresos bajos y medios, y sus niveles de gasto ayudan a establecer los niveles de la dotación de personal (CIE y OMS, 2009).

La manera en que se distribuyen los fondos disponibles también desempeña una función crucial en la medida en que se accede a ellos y se utilizan. Los derechos que se pagan por los servicios de salud, inclusive por costes incidentales tales como el transporte y la pérdida de ingresos también “conforman la capacidad del paciente para recibir un tratamiento completo” (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2010).

El análisis del gasto público, incluido el gasto en los cuidados de salud, aplicando una “lente” de equidad, puede arrojar una luz reveladora sobre el modo en que los mecanismos de dotación de fondos y de financiación mejoran o refuerzan la falta de equidad. Por ejemplo, un análisis del gasto público habido en Indonesia en 1990 mostró que el 20% más bajo de los hogares recibía sólo el 2% del gasto público en salud, mientras que el 20% más alto obtenía el 30%. (Birdsall y Hecht, 1995, pág. 4). Birdsall y Hecht señalan también que, cuando los pobres de la población rural tienen frecuentemente un acceso limitado a los servicios de salud postbásicos (por ejemplo, en Kenia, Pakistán y Perú), “una elevada proporción de los recursos públicos que van a los hospitales urbanos indicaría que se plantea un problema de falta de equidad”. (Birdsall y Hecht, 1995, pág. 7).

En un examen de los estudios del acceso a los servicios de atención de salud para inmigrantes en los EE.UU. se identificaron solamente cuatro estudios en que se examinaban los costos de tales servicios, pero se hallaron disparidades importantes y sorprendentes: “En el plano nacional, los gastos en atención de salud eran un 55% más bajos en el caso de los inmigrantes adultos y un 74% más bajos, en el caso de los niños inmigrantes, que en el de los adultos y niños nacidos en los Estados Unidos, respectivamente, inclusive después de realizar ajustes por los conceptos de edad, ingresos, seguros y estado de salud” (Derose et al., 2009, pág. 368).

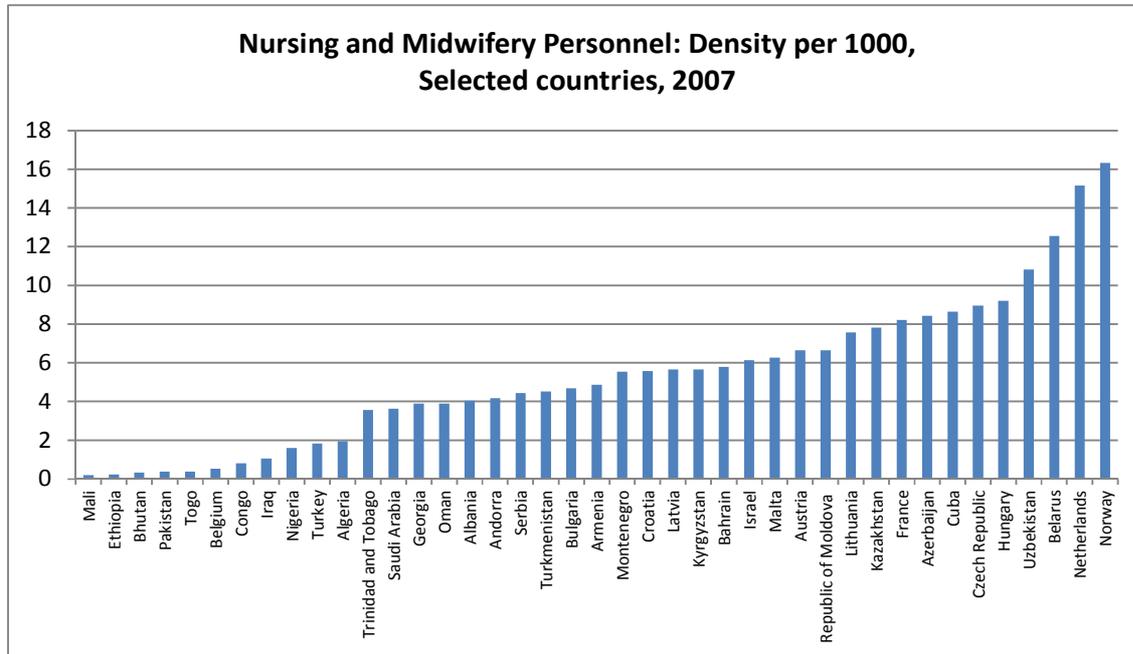
Figura 5: Gasto total en salud, por habitante, 2006 (en dólares EE.UU.) (OMS, 2006)



Recursos humanos

Los profesionales de salud están desigualmente distribuidos en el mundo. La densidad de los recursos humanos de salud varía, en las regiones y entre ellas, en un factor de hasta diez, y hay también grandes variaciones en la combinación de capacidades de los dispensadores de salud. En 2007, el número de enfermeras y matronas por 1.000 habitantes era solamente de 0,2 en Malí, mientras que en Noruega era de 16,33. El coeficiente de enfermeras por médicos oscila ampliamente desde casi 8 a 1 en la región africana hasta 1,5 a 1 en la Región del Pacífico Occidental (CIE y OMS, 2009).

Figura 6: Enfermeras y matronas por 1.000 habitantes (países seleccionados), 2007



Fuente: Datos obtenidos del “Atlas mundial de los recursos humanos de salud” (OMS, 2010b)

La escasez de enfermeras y otros recursos humanos de salud sigue siendo una barrera muy fuerte que frena el acceso adecuado a los servicios de salud en muchas partes del mundo. Por ejemplo, en un estudio en el que se examinaba el acceso a las pruebas, al asesoramiento y a la terapia antirretroviral en Malawi se constató que la escasez de recursos humanos de salud planteaba “graves problemas para la prestación equitativa y sostenible de la terapia antirretroviral en Malawi” y mencionaba un índice de vacantes en torno al 50% en el caso de todos los puestos de trabajadores de salud profesionales en el sector (Makwiza et al., 2009, pág. 8).

Allí donde hay trabajadores de salud, su distribución es una cuestión importante. Muchas zonas rurales de los países desarrollados y de los países en desarrollo experimentan escasez de profesionales de salud, entre ellos las enfermeras. Por ejemplo, Ghana experimenta “graves diferencias de distribución en lo que se refiere a su geografía y entre los lugares de atención terciaria y primaria” (Dovlo, 1998). Análogamente, en un examen de los diarios publicados en inglés se constató que la escasez de profesionales formados frenaba en las zonas rurales el acceso a los servicios de cuidados paliativos del VIH/SIDA (Harding et al., 2005, pág. 252). Además, las oportunidades, más limitadas, de formación y desarrollo profesional para el personal radicado en zonas rurales también pueden afectar a la calidad de los cuidados. Esto puede inducir a resistirse a cambios que conducirían a una distinta financiación pública de la atención básica, pues exigiría que el personal profesional se desplegara de las zonas urbanas a las zonas rurales en las que las condiciones de vida y de trabajo son difíciles en muchos casos, y el acceso a oportunidades de desarrollo profesional es limitado (Birdsall y Hecht, 1995).

La OMS ha publicado recientemente recomendaciones de política general para *Incrementar el acceso a los trabajadores de salud en las zonas alejadas y rurales mejorando la retención* (OMS, 2010c). Se expone a continuación una serie de recomendaciones en los sectores de la formación, la regulación, los incentivos financieros y el apoyo personal y profesional. Además, en el documento se pone de relieve que “la adhesión al principio de equidad de la salud ayudará a asignar los recursos disponibles de manera que contribuyan a reducir las desigualdades en la salud” (OMS, 2010c, pág. 3).

Mejor acceso mediante las recetas de las enfermeras.

En Suecia, las enfermeras de distrito con una formación adicional están autorizadas para recetar. El Organismo Sueco de Productos Médicos estableció una lista de los productos que las enfermeras pueden recetar. Esa lista tiene más de 230 marcas de medicamentos que las enfermeras de la comunidad cualificadas pueden recetar en 60 casos. La evaluación de las recetas de las enfermeras obtuvo resultados positivos en lo de mejoramiento del acceso para los pacientes, las personas mayores y las discapacitadas.

CAPÍTULO 5

Aumentar el acceso y la equidad

Tratar los factores sociales determinantes de la salud

El vínculo esencial entre la salud y el entorno de vida se reconoció en 2005 cuando la OMS estableció la Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud para “exponer la evidencia de lo que puede hacerse para promover la equidad en la salud y fomentar un movimiento mundial para conseguirla” (CSDH, 2008).

Como señalan Reutter y Duncan, las enfermeras tienen una larga historia de reconocimiento del vínculo entre la salud y los entornos en que las personas viven y trabajan, y una dedicación ya antigua a la defensa, el activismo y la política para mejorar los principales factores determinantes de la salud, como la vivienda, el bienestar de los niños y el voto de la mujer. Ya en 1861 Florence Nightingale citaba “la conexión entre la salud y la vivienda de la población” como “una de los más importantes que hay” (Reutter y Duncan, 2002, pág. 294).

La Comisión aduce que, aun cuando tradicionalmente la sociedad ha mirado al sector de salud para resolver los problemas relacionados con la enfermedad, el hecho de que la mortalidad y la morbilidad proceden de las condiciones de vida y de trabajo de las personas, “la acción de los factores sociales determinantes de la salud debe implicar a todo el gobierno, la sociedad civil y las comunidades locales, las empresas, los foros mundiales y los organismos internacionales” (CSDH, 2008, pág. 1).

En consecuencia, las recomendaciones generales de la Comisión son:

- Mejorar las condiciones de la vida diaria;
- Abordar la injusta distribución del poder, el dinero y los recursos; y
- Medir y comprender el problema y evaluar las consecuencias de la actuación.

“Es más probable que las personas que viven en la pobreza y están socialmente excluidas no tengan acceso a una información precisa y a cuidados de buena calidad, y tampoco a otros recursos básicos de poder político y social. La enfermedad y una protección social débil pueden agravar más el riesgo de pobreza y de exclusión social. Las minorías étnicas y los migrantes, los desempleados o subempleados, los pobres, las mujeres, los niños, los enfermos y los ancianos son especialmente propensos a caer en esta trampa de la pobreza y en el círculo vicioso de la impotencia”.

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de España (2010, pág. 41)

En el informe final completo de la Comisión, titulado *Resolver la desigualdad en una generación: La equidad de salud mediante la actuación en los factores sociales determinantes de ellas* (2008)⁴, se establecen los principales sectores en que es preciso actuar, se analizan los factores sociales determinantes de la salud y se dan ejemplos concretos de los tipos de actuación que han resultado eficaces para mejorar la salud y la equidad sanitaria en países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico.

La OPS y la OMS han preparado un curso autónomo sobre los factores sociales determinantes de la salud y la formulación de la política general. Si bien el módulo está dirigido principalmente a los miembros del personal de la OMS/OPS, es también un útil recurso para las enfermeras y otros profesionales de salud que participan en el diseño de programas y de la política general y todos cuantos desean ampliar su conocimiento y desarrollar sus capacidades para “aplicar un planteamiento de los factores sociales determinantes de la salud para las políticas públicas y otras estrategias mediante la creación de capacidades personales e institucionales” (OPS/OMS, 2009).

Para el Módulo introductorio se enumeran los objetivos generales siguientes:

- Entender la equidad de la salud como valor que refleja la teoría de la justicia social y constituye un factor básico para el derecho a la salud.
- Reconocer las posibilidades de identificar las desigualdades de salud como elemento estratégico para diseñar políticas públicas más equitativas.
- Reconocer políticas intersectoriales y las estrategias de acción concertada desde la perspectiva de los factores sociales determinantes de la salud.
- Analizar las recomendaciones procedentes de los informes redactados por la Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud y sus nueve redes de conocimiento, y fomentar su debate y adopción, teniendo en cuenta las condiciones y las prioridades en cada país.

Para obtener más información véase <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/>.

La función de los sistemas de salud

Aun cuando tratar las desigualdades sanitarias no es función de los servicios de salud únicamente, esos servicios pueden incidir en esas desigualdades. La OMS ha definido un sistema “de fomento de la equidad de salud” como un sistema que “a) disminuirá las desigualdades de salud mediante la prestación de servicios de fomento de la equidad; y b) dirigirá acciones más amplias sobre los factores sociales determinantes de la salud” (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2010, pág. v).

La Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud, de la OMS, identificó las siguientes características principales de un sistema de salud que aborda la desigualdad, en su informe titulado *Resolver la desigualdad mediante la actuación en los sistemas de salud* (2007):

⁴ http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

- “El liderazgo, los procesos y mecanismos que pueden impulsar la acción intersectorial en los departamentos gubernamentales para promover la salud de la población;
- Los acuerdos y prácticas organizativas que implican a las poblaciones, los grupos y la organización de la sociedad civil, en particular los que trabajan con grupos socialmente desfavorecidos y marginalizados, en las decisiones y actuaciones que identifican, abordan y asignan recursos a las necesidades de salud;
- La financiación de la atención de salud y los acuerdos de prestación que buscan una cobertura universal y ofrecen beneficios particulares a los grupos socialmente desfavorecidos y marginalizados (en concreto, mejor acceso a los cuidados de salud; mejor protección contra los empobrecedores costos de la enfermedad; y la redistribución de los recursos para grupos más pobres con mayores necesidades de salud); y
- La revitalización de unos cuidados primarios de salud amplios, como estrategia que refuerza e integra los otros aspectos que fomentan la equidad de salud, antes identificados”.

Las enfermeras pediátricas mejoran el acceso en el Estado de Nueva York

En el Estado de Nueva York, EE.UU., las enfermeras pediátricas dispensan servicios de atención primaria de salud. Promueven y mantienen el bienestar mediante exámenes físicos periódicos, vigilan el crecimiento y desarrollo y las inmunizaciones, y gestionan enfermedades de la infancia tales como las infecciones respiratorias y auditivas, y la diarrea. Estas enfermeras siguen a los pacientes en contextos ambulatorios y hospitalarios y gestionan los cuidados del niño y de la familia en el hospital. Por los servicios de estas enfermeras han mejorado el acceso, la calidad y los costos de los cuidados.

(Gilson et al., 2007, pág. v)

En el informe se pone de relieve que para ofrecer un sistema que tenga estas características y pueda tratar la desigualdad se precisan “un análisis técnico y un compromiso político” (Gilson et al., 2007, pág. xvii).

Desarrollo y prestación de los servicios

En el plano de la prestación local de los servicios, el acceso puede mejorarse ampliando la capacidad general para prestarlos, siempre que sea posible, cerciorándose de que se consiguen los máximos resultados posibles con el nivel existente de recursos, orientando los recursos hacia los sectores con servicios escasos y mejorando determinados aspectos de los cuidados, como la continuidad de la atención (Chapman et al. 2004). Cuando la demanda de los servicios supera al suministro, pueden utilizarse las listas de espera y otros mecanismos de limitación. Sin embargo, cuando esto ocurre, es importante que los criterios para asignar los recursos sean a la vez transparentes y abiertos al escrutinio y al debate públicos. (Dey y Fraser, 2000). Esto ayudará a conseguir que las políticas de limitación no sean discriminatorias ni injustas. Después de revisar los planteamientos innovadores para mejorar el acceso a los servicios de atención primaria, importante conjunto de iniciativas para mejorar la salud e impedir la enfermedad, Chapman et al. concluyen lo siguiente:

“el acceso a la atención primaria puede mejorarse diversificando los modos de prestación, impulsando las funciones del personal y aplicando los servicios de manera más flexible. Para reducir las desigualdades en el acceso la clave puede consistir en dar prioridad a la asignación de unos recursos limitados en unos servicios bien orientados y prestando servicio previamente a las necesidades evaluadas en los cuidados y en las comunidades” (Chapman et al., 2004, pág. 380)

En un examen realizado por Bhattacharyya se identificaron innovaciones en la prestación de servicios de salud que tenían la capacidad de mejorar los servicios para los pobres. En el examen se llega a la conclusión de que las mejores prácticas en la prestación de los servicios incluyen “estrategias orientadas a la experiencia del paciente, tales como preparar diseños y servicios para satisfacer las necesidades de los pobres”, la subvención, las estrategias de eficiencia (por ejemplo, la especialización), y los planteamientos amplios que reducen el costo unitario, además de métodos operativos para incrementar la disponibilidad de servicios tales como los servicios de formación y telemedicina (Bhattacharyya et al., 2010, pág. 8). Otros ejemplos de estrategias eficaces para ampliar el acceso para grupos marginalizados son el desarrollo de servicios móviles, como las caravanas que dispensan servicios básicos de exploración en los centros comerciales u otros lugares públicos, servicios de formación especialmente orientados a grupos de población difíciles de alcanzar, y a introducir mecanismos para reducir los tiempos de espera.

En el examen se identifican diez estudios de casos de ejemplos, entre ellos el de Bhagwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti (BMVSS) organización india que ha desarrollado una pierna ortopédica para satisfacer las necesidades de personas amputadas en países en desarrollo.

Las enfermeras prestan servicios de ampliación de capacidades ganadores de un premio

En 1988, el Centro BC para el control de las enfermedades, del Canadá, inició un programa de formación para enfermeras ambulatorias con el fin de llegar a quienes corrían un mayor riesgo de infecciones por VIH. El programa presta servicios de prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual para las personas que no tienen acceso a los principales cuidados de salud. Esos servicios incluyen los cuidados clínicos, la formación y la capacitación, el desarrollo y aplicación de proyectos y la investigación.

Las enfermeras se han “comprometido a llegar a las poblaciones que característicamente encuentran obstáculos para llegar a los servicios de salud y sufren el estigma y la discriminación en complejos problemas de salud y sociales” y “se basan en valores de respeto, equidad sanitaria y justicia social”.

El programa también participó en la producción de un instrumento documental de enseñanza ganador del premio, Bevel Up: Drugs, Users y Outreach Nursing, que se utiliza ampliamente en la formación, en la práctica y en la política de salud en los planos nacional e internacional.

El programa recibió en 2010 un premio de derechos humanos del Centro internacional de ética de la enfermería.

(Centro BC para el control de las enfermedades, 2010)

Además de preparar una prótesis innovadora, la BMVSS ha aplicado diversas medidas para hacer que el servicio sea más accesible y atractivo para los pobres:

- Permite a los pacientes llegar en cualquier momento del día o de la noche;
- Concede a los pacientes estancia gratuita si han de permanecer durante la noche y concede también a las familias comidas gratuitas en la clínica;
- Asegura que los ajustes se completan en una sesión reduciendo así el número de visitas y el tiempo fuera del trabajo (Bhattacharyya et al., 2010, págs. 4-5).

Otros ejemplos de planteamientos innovadores de la prestación de servicios pueden hallarse en el Portal europeo para actuar a favor de la equidad en la salud, recurso basado en la web y establecido por un consorcio de la UE sobre los Factores socioeconómicos determinantes de la salud. Incluye un directorio de la buena práctica en el que se dan detalles de diversos proyectos aplicados con éxito para resolver la desigualdad mediante métodos innovadores y orientados a la prestación y el desarrollo de los servicios (DETERMINE, 2009).

Financiación y mecanismos financieros

Desarrollar mecanismos de financiación y financieros que traten de resolver las desigualdades en la salud y promover el acceso para los pobres o personas desfavorecidas de otra manera puede constituir una parte importante al abordar el tratamiento de la desigualdad y la promoción de la salud. Entre las estrategias identificadas se incluyen las siguientes:

- “Reducir los pagos directos disminuyendo los gastos de recurso al sector público y desarrollando modos innovadores de limitar otros costos de la atención de salud (como los costos de los medicamentos y del transporte)”
- “Ampliar el acceso geográfico a servicios completos invirtiendo en servicios públicos primarios y secundarios en los sectores actualmente desatendidos y fortaleciendo vínculos de referencia”
- “Reasignar los recursos estatales entre las zonas geográficas teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población y todas las fuentes de financiación disponibles”
- “Financiar adecuadamente el nivel local y la atención primaria de salud en el marco de una cobertura universal”.

(Gilson et al., 2007, págs. xii-xvi)

Los autores señalan además que también puede ser útil “comprobar” otras estrategias tales como “el seguro de enfermedad basado en la comunidad (o asegurar planes dedicados a determinados grupos de la población) como mecanismos para proteger a los grupos más pobres contra niveles de pagos por desastres, aprendiendo de la experiencia nacional e internacional actual sobre cómo evitar los numerosos inconvenientes de esos esquemas y ampliar la cobertura, especialmente a los más desfavorecidos” (Gilson et al., 2007, pág. xiii)

Empleo de los datos para vigilar el acceso y la equidad

Seguimiento y vigilancia habitual

La Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud, de la OMS, ha demostrado que el establecimiento de “sistemas habituales para la equidad de la salud y los factores determinantes de la salud se aplican en los planos local, nacional e internacional” como sector esencial para actuar (CSDH, 2008, pág. 206). En concreto, la Comisión recomienda que:

- “Los gobiernos se cercioren de que todos los niños quedan registrados a su nacimiento sin costos financieros para la familia. Esto debe formar parte de un mejoramiento del registro civil de los nacimientos y las muertes”.
- “Los gobiernos nacionales establecen un sistema nacional de vigilancia de la equidad sanitaria, con acopio habitual de datos sobre los factores sociales determinantes de la salud y de la desigualdad de salud”.
- “La OMS favorece la creación de un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria como parte de una estructura de gobernanza mundial más amplia”.

(CSDH, 2008, pág. 206)

La identidad: Derecho de todo niño

Entre 48 y 50 millones de niños se unirán cada año a quienes van a pasar sus vidas sin una identidad o ciudadanía oficial. A un niño no registrado pueden denegársele derechos básicos tales como el acceso a la educación y a la salud que incluye, por ejemplo la vacunación esencial. Los niños no registrados e indocumentados son sumamente vulnerables a la explotación.

En respuesta, el CIE y la Confederación internacional de matronas unieron sus esfuerzos en 2007 para preparar un conjunto de instrumentos para el registro de nacimientos, destinado a hacer a las enfermeras y matronas más conscientes de la importancia de ese registro y para orientar a los grupos y asociaciones de enfermeras y matronas para explorar y abordar el problema en su país.

Pueden obtenerse ejemplares en la dirección:
www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/birth_registration_toolkit.pdf

(CIE y CIM 2007)

El establecimiento de mecanismos habituales de vigilancia y observación de la salud es un primer paso importante para evaluar el estado de salud de la población y la manera en que los servicios de salud y de acceso a la salud están distribuidos en una comunidad. Idealmente, dice la Comisión, “todos los países deberían disponer, como mínimo, de datos sobre la equidad sanitaria que sean en el plano nacional representativos y comparables a lo largo del tiempo” (CSDH, 2008, pág. 181).

El amplio Informe final de la Comisión, titulado *Resolver la desigualdad en una generación: La equidad de salud mediante la actuación en los factores sociales determinantes de ellas* (2008) expone los requisitos mínimos para un sistema de vigilancia de la equidad y para un marco de vigilancia amplio. Detalles de éstos se facilitan en el Anexo.

Mejorar el acceso a las “barriadas” sudafricanas

En Sudáfrica las enfermeras trabajan como gestoras clínicas y profesionales en las clínicas de las “barriadas” a las que acuden diariamente entre 200 y 300 pacientes. Supervisan al personal, entre él las enfermeras jóvenes, los practicantes y voluntarios. Las enfermeras redactan expedientes y hacen exámenes físicos y, si no hay un médico, dispensan cuidados amplios e inclusive recetan medicamentos. En determinados días las enfermeras viajan en una furgoneta equipada especialmente para dispensar cuidados de salud a las personas, con lo que aumenta el acceso para las poblaciones.

CAPÍTULO 6

Las enfermeras impulsan el acceso y la equidad

Profesionalismo y ética

El Consejo internacional de enfermeras tiene los principios de derechos humanos y de equidad como parte integrante de la ética de enfermería. Así se afirma en el preámbulo del *Código deontológico del CIE para las enfermeras* (2006) en el que se establece que:

“Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.” (CIE, 2006, pág. 1).

Muchos de los elementos del Código tratan directamente cuestiones de equidad y acceso, como las siguientes:

- La enfermera fomenta un entorno en el que se respetan los derechos humanos, los valores, las costumbres y las creencias espirituales de cada familia y comunidad (CIE, 2006, pág. 2).
- La enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y favorecer la actuación para satisfacer la necesidad de salud y social del público, en particular las de las poblaciones vulnerables (CIE, 2006, pág. 2).
- La enfermera, al actuar a través de la organización profesional participa en la creación y el mantenimiento de condiciones de trabajo seguras, socialmente equitativas y económicas en la enfermería.

En el Código se da también orientación sobre cómo el mismo puede aplicarse para las enfermeras en distintos contextos. Se facilitan a continuación algunos ejemplos. Ejemplares del Código del CIE se encuentran disponibles en la dirección

www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Cuadro 1: Extracto del Código deontológico del CIE para las enfermeras (CIE, 2006, pág. 5)

Elemento del Código nº 1: LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS		
Enfermeras en ejercicio y gestoras	Docentes e investigadoras	Asociaciones nacionales de enfermeras
Dispensar cuidados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de todos los pueblos.	Incluir en el plan de estudios referencias a los derechos humanos, la equidad, la justicia y la solidaridad como base para acceder a los cuidados.	Elaborar declaraciones de posición y directrices que favorezcan los derechos humanos y las normas éticas.
Desarrollar y vigilar la seguridad medioambiental en el lugar de trabajo.	Sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la acción social en los problemas actuales.	Abogar a favor de un medioambiente sano y seguro.

En su artículo sobre la ética de enfermería, Nancy Crigger expone el desarrollo de una ética de enfermería en un marco de globalización. Identifica cinco elementos que pueden “facilitar una ética mundial más adecuada y equitativa” (Crigger, 2008, pág. 21):

- Inclusión y equilibrio: incluir las opiniones de los marginalizados y tener presentes las perspectivas que ofrece la ciencia, la religión y la antropología, etc.
- Equilibrio entre comunidad e individuo: de manera que se tienen en cuenta el bien común y el beneficio individual.
- Utilizar la reflexión, o la capacidad de pensar de manera crítica y realista en la práctica de cada uno y ver los problemas desde un punto de vista diferente.
- Apertura a nuevos enfoques de los derechos humanos, en particular centrarse en las “libertades” más bien que en los derechos, lo que a su vez brinda oportunidades y capacidades de desarrollo.
- Actividades económicas y tecnología considerados de manera que reconocen su capacidad para relacionar y para abordar las desigualdades.

Estas directrices éticas ayudan a las enfermeras a conseguir que su prestación de cuidados sea justa y equitativa, mejore la experiencia del paciente y la calidad de los cuidados, y asegure que el estigma y la discriminación se eliminan por completo de la enfermería.

Formación y desarrollo de capacidades

También es necesaria una formación eficaz y el desarrollo de capacidades, con una dedicación al constante desarrollo del aprendizaje, para que las enfermeras puedan dispensar cuidados accesibles que fomenten la equidad y estén libres de discriminación.

Brown et al. identifican los inconvenientes de la atención de enfermería para los discapacitados; entre esos inconvenientes se incluyen las opiniones negativas y la falta de capacidad y conocimiento de las necesidades de este grupo de clientes. Sin embargo, hacen observar también que son muchas las enfermeras que no han recibido una formación suficiente que les permita dispensar cuidados de calidad y citan un estudio de enfermeras profesionales que constató que sólo el 8% de los que respondieron recibían formación sobre cuestiones relacionadas con discapacidades de aprendizaje.

También es importante que los directores, incluidas las enfermeras dirigentes, y los empleadores se cercioren de que dan a sus empleados la información y el aprendizaje adecuados a las necesidades y las preferencias de la comunidad local. Tratar activamente de contratar personas que son miembros de grupos minoritarios locales, y de prestar apoyo a ese personal en el lugar de trabajo es también un paso importante para que los servicios sean más accesibles a los clientes y para conseguir que esos clientes reciban la misma calidad de los cuidados que la recibida por la mayoría.

Competencia cultural

Conseguir que los recursos humanos sean culturalmente competentes es una parte importante para aumentar el uso de los servicios de salud para todos los miembros de la comunidad, pero también ayuda a mejorar la calidad de los servicios al mejorar la experiencia que tiene el paciente y la comunicación entre los dispensadores de los servicios de salud y los usuarios de esos servicios.

Brach y Fraser (2000) han identificado las siguientes técnicas esenciales para mejorar la competencia cultural:

- Uso de servicios de intérpretes.
- Contratación y retención de personal perteneciente a grupos minoritarios.
- Formación para impulsar la conciencia, el conocimiento y las capacidades culturales.
- Relacionarse con curanderos tradicionales.
- Recurrir a trabajadores de salud de la comunidad.
- Promoción de la salud culturalmente adecuada.
- Incluir a miembros de la familia y de la comunidad.
- Inmersión en otra cultura.
- Adaptaciones administrativas y organizativas, entre ellas la ubicación de los servicios, cambios de los entornos físicos y de las horas de actividad.

Enfermeras culturalmente sensibles en la frontera

En la frontera entre los EE.UU. y México, donde viven 9 millones de personas, están quebrantándose registros de salud inadecuados de todas clases. En ellos se incluyen el más alto índice de embarazo de adolescentes, el más alto índice de obesidad, el más alto índice de diabetes y el más alto índice de lesiones por accidentes de coches causados por no utilizar los cinturones.

Unos 3,4 millones de personas se incluyen aquí en el 200% del nivel de pobreza. Más de una tercera a parte tienen condiciones de vida inferiores a las normales, que requieren asistencia especial. La gran mayoría no puede permitirse un seguro de enfermedad y por ello no buscan cuidados médicos preventivos y entienden con dificultad por qué necesitan cuidar su presión sanguínea o sus niveles de colesterol cuando no se sienten enfermos. Para complicar más aún las cosas la disparidad económica entre México y los EE.UU. obliga a más de 800.000 personas a cruzar cada día una frontera de más de 2.000 millas.

Rudy es uno de los enfermeros cultural y lingüísticamente competentes que desempeña una función clave en la reducción de las graves desigualdades de salud a que se enfrentan las poblaciones de la frontera entre los EE.UU. y México. Enfermero profesional de familia, con un centro médico en la frontera entre México y Arizona, Rudy es también presidente del grupo local de la asociación hispánica de enfermeras. “En tanto que profesionales de salud -explica Rudy- asistimos a sus problemas de salud cada día: agotamiento por calor, hipotermia y envenenamiento. Al cruzar el desierto llegan a sentirse tan sedientos que beben cualquier cosa, hasta anticongelantes. Si llegan al ER, les enviamos para diálisis”.

“La peor enfermedad en la frontera es la pobreza”, dice Rudy. “Produce desempleo, embarazos de adolescentes, alojamientos sin calidad, violencia doméstica, diabetes, cáncer y otras enfermedades”.

Nuevas funciones y flexibilidad

La instauración de nuevas funciones para las enfermeras ha sido también investigada como medio importante para mejorar el acceso a muchos servicios.

Se ha demostrado que ampliar la función y el despliegue de la enfermera clínica especializada y de las enfermeras profesionales mejora la calidad de los cuidados y reduce los costos de organización. Chapman et al. hicieron un examen de las estrategias empleadas para mejorar el acceso a la atención primaria en el Reino Unido y constataron que la atención primaria dirigida por enfermeras se ha utilizado para “combatir el acceso deficiente a los servicios en sectores que tienen dificultades para contratar y retener a los médicos”, y que la selección y las consultas telefónicas dirigidas por enfermeras pueden ahorrar tiempo y mejorar el acceso sin afectar a la calidad de los cuidados (aunque señalan también que el acceso telefónico puede dificultar el acceso de las personas con capacidades deficientes de idioma, de impedimentos de audición o de habla o sin acceso al teléfono) (Chapman et al., 2004).

Las enfermeras como “enlaces de los cuidados”

En Ontario, Canadá, unas 780.000 personas carecen de acceso a un dispensador de cuidados de salud para la familia. Una provincia trata de resolver esta falta de acceso nombrando a dos enfermeras a tiempo completo en cada una de las 14 redes locales de salud integradas de la provincia para relacionarse con los pacientes y los dispensadores de cuidados de salud. Las enfermeras, llamadas “enlaces de los cuidados” identifican a enfermeras profesionales y a médicos que aceptan a pacientes, y se los envían. Las remisiones se ordenan según las respuestas de los pacientes a un cuestionario de necesidades sanitarias.

En septiembre de 2010 se habían registrado para este servicio 76.000 pacientes. De ellos, 5.600 tenían fuertes necesidades, y el 75% de ellos han sido trasladados. Además el 75% de los pacientes remitidos, inclusive los de comunidades del norte y rurales, han sido remitidos a un dispensador situado a menos de 10 km. de su casa.

(Fundación canadiense de Investigación de los servicios de salud, 2010)

Introducir en algunos sectores mandos adecuados también ha sido un modo eficaz de reducir los costos sin afectar perjudicialmente la satisfacción de los pacientes (CIE, 2010), y se ha utilizado con éxito en sectores con grave escasez de recursos humanos.

Investigación

Las pruebas demuestran que en el sector de la investigación surgen disparidades, como en otros sectores de prestación de los servicios de salud. Un artículo reciente sobre las enfermeras investigadoras en el sector del VIH constataba que la investigación clínica no siempre representa adecuadamente a la población de que se trata. Por ejemplo, en los EE.UU. se vio que, aun cuando las mujeres de raza negra representaban el 67% de los nuevos casos de SIDA en 2005, estaban infrarrepresentadas en todas las pruebas clínicas. El autor señala que esto es no solamente una práctica deficiente en lo que se refiere a investigación clínica, sino que también “impide aprender sobre los factores políticos, sociales e individuales que influyen en la difusión de la enfermedad” (Cohn, 2007).

Cohn aduce que las enfermeras, con su experiencia de la atención y la comunicación directas con los pacientes y por los elevados grados de confianza que comparten con el público en general en muchos países “ocupan una posición única” para conseguir que los pacientes estén bien informados y que se elaboren protocolos de investigación de manera que asegure la participación y representación adecuadas de todos los grupos de la población. “En concreto, las enfermeras reconocen la importancia de la colaboración con la población marginalizada para gestionar y tratar la enfermedad” (Cohn, 2007, pág. 274).

El Grupo Campbell y Cochrane Equity Methods ha desarrollado un instrumento para ayudar a las enfermeras que se ocupan de la investigación a abordar los problemas de equidad en su trabajo. En la Equity Checklist for Systematic Review Authors se expone una serie de cuestiones de investigación para orientar a los investigadores a incorporar una perspectiva de equidad en todos los aspectos de cualquier examen, inclusive en las estrategias y métodos de investigación, la descripción y metodología de los estudios considerados y el análisis de los resultados (Ueffing et al., 2009). Los autores fomentan el uso y la distribución de la lista, que se encuentra disponible en la dirección <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Ejercicio de influencia, defensa y desarrollo de la política general

Las enfermeras desempeñan una importante función en el desarrollo de la política general al hacer que su voz se incluya en el análisis, la defensa y la investigación, especialmente en los sectores de la prestación y la reestructuración de los servicios de salud. Sin embargo, según afirman autores como Ruetter y Duncan, la necesidad de tratar los factores sociales determinantes de la salud significa que también es necesaria una fuerte defensa en el ámbito de una política pública más amplia que “se extiende más allá de los organismos de salud tradicionales y los departamentos sanitarios de la Administración para reunir sectores tales como las finanzas, la agricultura, la educación, el transporte, la energía y la vivienda” (Reutter y Duncan, 2002, pág. 295).

Las asociaciones nacionales de enfermería constituyen un medio por el que pueden articularse los intereses de las enfermeras y proporcionan un primer punto de contacto con los principales interesados de la administración y de la sociedad civil, y son esenciales para una contribución eficaz a los debates de política general sobre la manera en que el sistema de salud está orientado, estructurado y gestionado, pero también sobre cuestiones de política más amplias que abordan los factores sociales determinantes de la salud. En una publicación conjunta del CIE y de la OMS sobre macroeconomía se sugieren sectores para que la comunidad de enfermería continúe tratando de favorecer el desarrollo de los recursos humanos y el mejoramiento de la salud, y participando en los debates nacionales y locales sobre la financiación y la aportación de fondos a los sistemas de salud, y sobre la importancia que tienen para conseguir esos resultados unos trabajadores de salud capacitados (CIE y OMS, 2009, pág. 34).

El ejercicio de influencia y la defensa son pues partes esencial de la función que desempeña la enfermería al abordar asuntos tales como la equidad y el acceso, y conllevan el desarrollo de un diferente conjunto de capacidades y una distinta base de conocimiento. La formación de la enfermera empieza a reflejar esta necesidad al incluir cursos de titulación que tratan de crear las capacidades necesarias para que las enfermeras participen eficazmente en la elaboración de la política general pública. (Reutter y Duncan, 2002).

Las enfermeras en el Parlamento. En el Palacio de Westminster, en Londres, una enfermera forma parte de un moderno servicio profesional de salud. La mayor parte de su tiempo se dedica a prestar un servicio a los parlamentarios, los “pares” y los otros miles de empleados y de visitantes del palacio. La enfermera trata con “casi todo lo que puede verse en un edificio de cirugía GP y de AyE combinados”. Su trabajo va desde dispensar medicamentos contra los dolores de cabeza hasta responder en casos de urgencia tales como los paros cardiacos o tratar lesiones deportivas. La enfermera se encarga también de realizar análisis para los empleados actuales y futuros y actividades de promoción de la salud, como actividades de mantenimiento de la forma física y de hacer más conscientes de su salud a los parlamentarios que viajan para actividades en otros países. La enfermera asegura su tratamiento médico y de enfermería en actos ceremoniales, tales como la apertura del parlamento, en las que participa un médico y se dispone de una ambulancia y de numerosos ayudantes. Los políticos trabajan en horarios extraños en los que frecuentemente discuten hasta las primeras horas de la mañana y ello significa que quizá olvidan su salud porque no tienen tiempo para cuidarse. La enfermera ve muchas caras famosas, pero siendo fiel a su carácter profesional trata a todos de la misma manera.

ANEXOS



Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud: vigilancia de la equidad

Sistema mínimo de vigilancia de la equidad en la salud (CSDH, 2008, pág. 181)

Resultados de salud

- Mortalidad: mortalidad infantil y/o mortalidad de niños menores de 5 años, mortalidad materna, mortalidad de adultos, y LEB;
- Morbilidad: al menos tres indicadores de morbilidad pertinentes en el plano nacional, que variarán con el contexto del país y pueden incluir la prevalencia de la obesidad, la diabetes, la subalimentación y el VIH;
- Salud mental autocalificada.

Medidas de la desigualdad:

- Además de los promedios de las poblaciones, los datos sobre los resultados de salud deben facilitarse de manera estratificada por
 - Sexo
 - Al menos dos marcadores sociales (por ejemplo, educación, ingresos/riqueza, clase profesional, etnia/raza
 - Al menos un marcador regional (por ejemplo, rural, urbano, provincia);
- Incluir al menos una medida resumida sobre las desigualdades de salud absolutas entre grupos sociales, y una medida resumida de las desigualdades relativas de salud entre los grupos sociales.
- Cuando sean útiles, debe disponerse de datos de buena calidad sobre la salud.

Marco global nacional para la vigilancia de la equidad de la salud (CSDH, 2008, pág. 182)

Desigualdades de salud

Incluir información sobre:

- Resultados de salud estratificados por
 - Sexo
 - Al menos dos categorías socioeconómicas (educación, ingresos/salud, clase funcional);
 - Grupo étnico/raza/origen social;
 - Otros estratos sociales pertinentes en el contexto;
 - Lugar de residencia (rural/urbana y provincial u otra unidad geográfica pertinente);
- La distribución de la población entre los subgrupos;
- Una medida resumida de la relativa desigualdad de salud: la medida incluye la distribución del tipo, el índice relativo de desigualdad, la versión relativa del riesgo que puede atribuirse a la población, y el índice de concentración;
- Una medida resumida de la desigualdad absoluta de salud: las medidas incluyen la diferencia del tipo, el índice de desigualdad y el riesgo atribuible a la población.

Resultados de salud

- Mortalidad (todas las causas, específica por causas, específica por edades);
- ECD;
- Salud mental;
- Morbilidad y discapacidad;
- Salud física y mental autoevaluada;
- Resultados específicos de las causas.

Factores determinantes, cuando se apliquen, con inclusión de los datos por estratos

Condiciones de la vida diaria

- Comportamientos de salud
 - Fumar;
 - Alcohol;
 - Actividad física;

- Dieta y nutrición;
- Entorno físico y social;
 - Agua y saneamiento;
 - Condiciones de vivienda;
 - Infraestructura, transporte y diseño urbano;
 - Calidad del aire;
 - Capital social;
- Condiciones de trabajo:
 - Riesgos materiales del trabajo
 - Estrés

Cuidados de salud

- Cobertura;
- Infraestructura del sistema de atención de salud;

Protección Social

- Cobertura;
- Generosidad

Impulsores estructurales de la desigualdad de salud

- Genero
 - Normas y valores
 - Participación económica
 - Salud sexual y de la reproducción
- Desigualdades sociales
 - Exclusión social
 - Distribución de los ingresos y de la riqueza
 - Educación
- Contexto sociopolítico
 - Derechos civiles
 - Condiciones de empleo
 - Prioridades del gobierno interno y del gasto
 - Condiciones macroeconómicas

Consecuencias de la mala salud

- Consecuencias económicas
- Consecuencias sociales



Pacientes informados

Declaración de posición del CIE:

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) está firmemente convencido de que toda persona tiene derecho a una información actualizada sobre la promoción y el mantenimiento de la salud y sobre la prevención y tratamiento de la enfermedad. Esta información da salud ha de ser fácilmente accesible, oportuna, precisa, comprensible, pertinente, fiable y basada en las pruebas o en las mejores prácticas. Además, toda persona debe tener acceso a una información precisa, fiable y transparente sobre la investigación científica, los cuidados farmacéuticos y las innovaciones tecnológicas aplicados en la promoción de la salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Las personas tienen derecho al secreto y confidencialidad de la información sobre su salud. Compartir adecuadamente la información es un requisito previo para que las enfermeras y demás profesionales de salud establezcan relaciones sinceras y de colaboración con los pacientes y sus familias o con quienes les dispensen cuidados.

Toda persona tiene derecho a acceder a la información en un formato adecuado y según el nivel de comprensión que les permita hacer elecciones y adoptar decisiones informadas sobre su salud. La información dada al paciente y al dispensador ha de responder a sus necesidades y circunstancias, inclusive sus necesidades espirituales, religiosas, étnicas, culturales, y a sus capacidades de lenguaje a su nivel de comprensión⁵. Los riesgos y beneficios de las intervenciones y opciones de atención de salud deben explicarse a los pacientes y, cuando sea necesario, a sus familias y a quienes les cuidan.

Las enfermeras y demás profesionales de salud han de colaborar con las organizaciones de pacientes, los grupos de autoatención y otras partes interesadas para conseguir que los pacientes y el público tengan acceso a una información adecuada sobre la salud y los servicios de salud. Se puede esperar que las enfermeras sean involucradas en el acceso a la información, y favorezcan la investigación sobre la naturaleza y la calidad de la información y sobre los efectos de ésta en la atención de salud y en la práctica de enfermería.

Antecedentes

Las personas que se ocupan activamente de su salud, toman decisiones más informadas para tratarse ellas mismas y llevar estilos de vida más saludables, y tienen más probabilidades de sentirse satisfechas con los cuidados que reciben y con los resultados de salud que obtienen.⁶

⁵ Por capacidad de comprensión de la información de salud se entiende la capacidad de entender, asimilar y utilizar eficazmente la información de salud en la vida diaria.

⁶ Departamento de salud. Gestión de las enfermedades crónicas y la automedicación. Marco de servicios nacionales (2002). *A practical aid to implementation in primary care. Programa "Competencia del paciente"*. Informe intermedio, 6 de febrero de 2003. www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm.

Las enfermeras y los demás profesionales de salud deben reconocer los derechos de las personas a adoptar decisiones y hacer opciones informadas sobre la manera de ocuparse de su salud y de aceptar o rechazar los cuidados de salud y los tratamientos. Deben responder a las necesidades de información identificadas por el propio paciente y a la evaluación de las necesidades del paciente, y no limitarse únicamente a sus conocimientos profesionales o ideas preconcebidas.

Las enfermeras y demás profesionales de salud han de tener los conocimientos y capacidades necesarios para gestionar la información, ayudar a los pacientes a acceder a la información, gestionarla y utilizarla; y a contribuir y evaluar la base de pruebas sobre los efectos que los pacientes informados tienen en los resultados de salud.

La información ha de facilitarse utilizando diversas tecnologías de la información y de la comunicación y ha de presentarse de conformidad con unas normas de calidad reconocidas o acordadas.

La formación y capacitación inicial y continua de las enfermeras y los demás profesionales de salud debe dotarles de las competencias necesarias para conseguir que los pacientes y el público estén bien informados y para trabajar en colaboración con ellos con el fin de satisfacer mejor sus necesidades de salud.

El CIE reconoce que es muy importante que los pacientes estén informados para garantizar la seguridad de éstos, y que deben participar en las iniciativas para mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud.

Adoptada en 2003

Examinada y revisada en 2008

Declaraciones de posición relacionadas:

- Seguridad de los pacientes
- Información de salud: Protección de los derechos del paciente

Publicaciones del CIE:

- Patient Talk! El proyecto del de Pacientes informados del CIE (2003)

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Acceso universal al agua potable

Declaración de posición del CIE:

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) considera que el derecho al agua potable no es negociable. El acceso seguro al agua potable es una necesidad universal y un derecho humano fundamental; un recurso esencial para satisfacer necesidades humanas básicas y para mantener la vida y el desarrollo. El agua es un bien público y el CIE se opone a la privatización de los servicios hidráulicos y de los recursos hídricos.

El CIE está también convencido de que con dedicación y voluntad política de parte de los gobiernos y otras personas y empleando la tecnología adecuada puede ponerse al alcance de todos, y a bajo costo, agua potable y segura.

El CIE apoya el objetivo, establecido en las Metas de desarrollo para el milenio, de las Naciones Unidas, que tienden a reducir a la mitad, en 2015, la proporción de las personas que no tengan acceso sostenible al agua potable segura⁷. El acceso es uno de los aspectos más importantes de las estrategias eficaces para aliviar la pobreza.

El CIE hace un llamamiento a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) para que:

- colaboren con los representantes de otros sectores, como los de las administraciones locales y de los recursos hídricos, para influir a favor de un abastecimiento de agua potable y segura.
- insten a sus gobiernos a que provean de agua segura y accesible a toda la población.
- influyan por un planteamiento favorable a los pobres, sensible al género y basado en la comprensión de las funciones de la mujer y del hombre en la gestión del agua, para que las mujeres y los hombres participen por igual en la consecución de un mayor acceso al agua potable.

El CIE pide además a las enfermeras y a las ANE que colaboren con los órganos nacionales e internacionales que se ocupan del suministro de agua, para:

- reforzar la vigilancia y conseguir que los suministros de agua se vean libres de ataques intencionados, mediante agentes biológicos, químicos u otros agentes dañinos,
- influir a favor de políticas de reglamentación sensatas que aseguren el acceso de todos al agua potable, y
- vigilar las consecuencias de salud pública que tiene la desreglamentación y la privatización del suministro de agua, especialmente para las poblaciones vulnerables.

⁷ Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Sept. 2000.



El CIE se siente preocupado porque el cambio climático y el calentamiento global, que frecuentemente se relacionan con sequías, inundaciones y perturbaciones del suministro de agua, amenazarán la salud pública.

Antecedentes

Las enfermeras trabajan con las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento⁸. La misión de la enfermería, que consiste en alcanzar estas metas, se vería frustrada sin el acceso de la población a un suministro de agua potable y segura.

El rápido crecimiento demográfico, unido a la industrialización, la urbanización, la intensificación de la agricultura, el cambio climático y los estilos de vida que precisan de gran cantidad de agua, está produciendo una crisis mundial de agua. Aproximadamente el 20% de la población carece de acceso al agua potable segura, mientras que el 50% no tiene acceso a un sistema seguro de saneamiento⁹.

Más de 3 millones de personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el agua, como la diarrea¹⁰; y millones de personas sufren enfermedades, como la disentería y el tracoma. Las enfermedades causadas por unos saneamientos e higiene deficientes provocan la muerte de 2 millones de niños cada año¹¹.

Por la degradación y la contaminación medioambiental, cada vez mayores, las fuentes de suministros de agua se ven amenazadas de contaminación con aguas sucias, bacterias dañinas, productos químicos como los nitratos; metales pesados como el plomo y el mercurio; arsénico y compuestos orgánicos duraderos.

La falta de suministro de agua potable es una grave amenaza para la salud pública. Además viene a añadirse a la pesada carga que en algunos países soportan las mujeres, quienes muchas veces recorren grandes distancias para buscar el agua, que transportan a sus espaldas, con graves consecuencias para su salud. A pesar de lo abrumador de la tarea de traerla, esa agua está muchas veces contaminada con desechos animales, humanos o industriales y otros contaminantes, lo que tiene graves consecuencias para la salud.

⁸ Consejo Internacional de Enfermeras (2000), Código deontológico para la profesión de enfermería. Ginebra, CIE.

⁹ www.unep.org

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Agua y salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 79 (5), 486.

¹¹ WSSCC/OMS/UNICEF Informe de evaluación global, 2000

Es causa de creciente preocupación la posibilidad de que las fuentes de suministro de agua sean el objetivo de ataques mediante agentes bacteriológicos, químicos y otros con la intención de causar daño a grandes poblaciones.

Las tendencias mundiales hacia la desreglamentación y la privatización del suministro de agua son obstáculos graves que se oponen al acceso universal al agua potable y segura.

Las consecuencias del cambio climático y del calentamiento global son una amenaza para la disponibilidad de agua potable.

Adoptada en 1995

Examinada y revisada en 2008

Declaraciones de posición relacionadas:

- Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida
- Hacia la supresión de las armas de guerra y conflicto
- Las enfermeras y la atención primaria de salud
- Las enfermeras y los derechos humanos

Publicaciones del CIE:

- La enfermería importa: Agua pura en los hogares: prevenir enfermedades y salvar vidas

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Servicios de salud asequibles financiados por el sector público

Declaración de posición del CIE:

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus asociaciones nacionales de enfermeras miembros abogan por el desarrollo de sistemas nacionales de atención de salud que proporcionen una gama de servicios esenciales de salud accesibles a toda la población, que determina cada país, tanto en los cuidados preventivos como en los cuidados curativos.

El CIE está convencido de que, si esos servicios no están financiados por el sector público, los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar unos servicios de salud accesibles para los grupos vulnerables.

Los servicios de salud esenciales y accesibles deben determinarse según las necesidades de salud de cada país. Ha de haber en ellos un equilibrio entre la eficiencia, la efectividad de los costos y la calidad y ha de procurarse conseguir ese equilibrio con los recursos disponibles.

El CIE apoya los esfuerzos que hacen las asociaciones nacionales de enfermeras para influir en las políticas de salud y pública que se basan en las prioridades nacionales de salud, equidad, accesibilidad de los servicios esenciales, eficiencia (incluida la productividad), efectividad de los costos y calidad de los cuidados.

El CIE promueve la formación para el mejoramiento de la gestión y el liderazgo, que prepara a las enfermeras para una amplia diversidad de funciones y responsabilidades. El CIE apoya las iniciativas de las asociaciones nacionales de enfermeras para conseguir que la política oficial de unos servicios de salud con financiación pública no deteriore el nivel de la formación de enfermería que hacen necesario las complejas demandas de esos servicios.

El CIE y sus asociaciones miembros apoyan y promueven los principios de atención primaria de salud como medio de ayudar a incrementar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud esenciales a un costo que las comunidades y naciones puedan pagar.

Para conseguir unos servicios accesibles, eficientes en costos y de calidad, han de establecerse principios de reglamentación, normas y mecanismos adecuados, y han de aplicarse por igual en los servicios de salud privados y públicos.

Los sistemas de formación de enfermería han de garantizar que los planes de estudios se actualizan regularmente para satisfacer las necesidades del entorno cambiante, que se aplican adecuadamente y que se abordan las necesidades de formación constante.



Una población sana es un recurso nacional vital. Uno de los objetivos primordiales de toda nación ha de ser el de conseguir para la población el mejor estado de salud posible con los recursos disponibles.

El CIE y las asociaciones miembros han de mantener redes eficaces de contactos con los grupos interesados que corresponda, para conseguir que la asignación de los recursos y disponibilidad de los servicios se basen en las necesidades y prioridades, y promuevan la atención primaria de salud y tengan en cuenta consideraciones de calidad, además de los costos.

Este objetivo se hace más difícil por:

- el aumento de la demanda de servicios de salud (por factores tales como el carácter cambiante y el número de los problemas de salud, el envejecimiento de las poblaciones y las crecientes expectativas del público);
- el aumento de los costos de la atención de salud a menudo relacionado con la insuficiencia de los recursos y con el hecho de que se da mayor importancia a costosas aplicaciones de tecnología avanzada.
- la utilización inadecuada de los recursos disponibles por las ineficiencias en la planificación y en el establecimiento de prioridades, y en el empleo y la gestión de los sistemas de atención de salud.

En numerosos países la reforma del sistema de salud trata de abordar estos problemas. Ello tiene repercusiones en los componentes privado y público de los sistemas de salud.

Adoptada en 1995

Examinada y reafirmada en 2001

Declaración de posición relacionada:

- Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería

Publicaciones del CIE:

- **La rentabilidad de los servicios de atención de salud**, Ginebra, CIE, 1993
- **Costo de los servicios de enfermería**, Ginebra, CIE, 1993

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Otras lecturas y recursos recomendados

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health

www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (CSDH, 2008) whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)

www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

The European Portal for Action on Health Equity

www.health-inequalities.eu

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009)

<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursos/cursoseng/contexto.html>

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)

www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

REFERENCIAS

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalization and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008) Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Available at: www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4 [Accessed 7 December 2010]
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.
- BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Available at: www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm. [Accessed 18 November 2010]
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper . Report 14567. Vol. 1. World Bank. Available at: www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234 [Accessed 12 October 2010].
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. Medical Care Research & Review November 1, 2000 57: 181-217. Available at: http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181. [Accessed 3 September 2010]
- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 351-361.
- Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.
- Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalization disparities by socio-economic status for males and females. Available at http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_e.pdf [Accessed 7 December 2010]
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004 54(502): 374–381.

- Cohn, E. G. (2007). Including marginalized Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & Konig, H.-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-26.
- de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Available at: www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2 [Accessed: 12 October 2010]:
- Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.
- Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Available at: www.hrresourcecenter.org/node/181. [Accessed 11 October 2010]
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4:701-709.
- Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1) 536-539.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Available at: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [Accessed 18 November 2010].
- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19;251-258.

- Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses & World Health Organization (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Available at: www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursing-macroeco.pdf
- International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf [Accessed October 13, 2010].
- International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit - Identity: Every Child's Right*. Geneva: International Council of Nurses.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* June 5 2008 558(23) pp. 2468-2481.
- Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi - an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, p. 8:13.
- McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.
- McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.
- Ministry of Health and Social Policy of Spain. (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.
- National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.
- Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59.
- Pan American Health Organization (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Available at: www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm [Accessed October 1, 2010],
- Pan American Health Organization/World Health Organization (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Available at: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> [Accessed October 10, 2010]
- Pearsall, J. (Ed.). (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.
- Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organization . Available at: http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-en-desigualdades_3.htm. [Accessed October 2010].
- Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp.227-237.
- Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp.221-225.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Available at: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1 [Accessed October 13, 2010].
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Available at: www.human-resources-health.com/content/4/1/5 [Accessed October 1, 2010].
- Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Available at: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [Accessed November 18, 2010].
- United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml [Accessed September 27, 2010]
- United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 315-327.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, pp. 33:545-557.
- Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Available at: www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html [Accessed November 17, 2010]
- World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Available at: www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133 [Accessed November 17, 2010]
- World Health Organization (2006). *Global Health Atlas*. Available at: <http://gamapserver.who.int/maplibrary/default.aspx> [Accessed 6 December 2010].

- World Health Organization (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf [Accessed October 13, 2010]
- World Health Organization (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Available at: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html [Retrieved September 27, 2010].
- World Health Organization (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Available at: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [Accessed November 18, 2010].
- World Health Organization (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Available at: www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf [Accessed October 14, 2010].
- World Health Organization (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Available at: www.who.int/social_determinants/tools/en/ [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization (2010f) *World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage*. WHO: Geneva.
- World Health Organization Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization Collaborating Centre for Health Technology Assessment. (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*.