



La atención sanitaria en los países en desarrollo. Rompiendo la desigualdad

Health Care in Developing Countries. Breaking the
Inequities



Autor

M.ª Pilar Núñez Cubero

Universidad Pontificia Comillas

Universidad Ramon Llull

E-mail: pnunezcubero@gmail.com

 **Resumen**

La atención sanitaria en los países en desarrollo es una realidad que muestra cómo la desigualdad está establecida en nuestro mundo. Las causas son múltiples: falta de progreso, dificultades de acceso geográfico, falta de instituciones sanitarias, de recursos humanos, de recursos materiales y económicos, carencia de seguros médicos, pero se ha olvidado que hay un factor humano clave ligado a las comunidades tradicionales, con una filosofía propia sobre el concepto del hombre y de la enfermedad, que no ha sido tenida en consideración por otras culturas y que han creído que la clave estaba en forzar un proceso de aculturación, sin antes una inculturación para comprender el significado profundo del humano y de la salud. Desde los organismos internacionales, se han hecho múltiples propuestas, redactado documentos, que no han mostrado ser muy eficaces, cuando examinamos y constatamos que las estadísticas anuales sobre salud de las Naciones Unidas no se han visto mejoradas.

 **Abstract**

The access to health care in developing countries cannot be compared with that existing in developed countries. It is evident that inequality is strongly installed in our world. There are several reasons: lack of progress, access difficulties due to geography, lack of health institutions, scarce human, material and economic resources, and absence of medical insurance. But the fact that there is an essential human factor related to traditional communities, with a particular philosophy on the concept of man and about health has been neglected. Their ideologies had not been taken to consideration by other cultures. These cultures have imposed an acculturation process, without practicing their own inculturation to understand the deep local concept of man and health. International institutions have made several proposals and written documents that have not proven to be very efficient, and when examining and verifying the United Nations annual statistics, no improvements can be observed.

 **Key words**

Igualdad y desigualdad; desarrollo; interpretaciones de la salud; medicina tradicional; aculturación e inculturación.

Equity and inequality; development; health; traditional medicine; inculturation & acculturation.

 **Fechas**

Recibido: 23/02/2018. Aceptado: 16/09/2018



1. Introducción

Este artículo tiene como objetivo principal demostrar las múltiples causas de la gran desigualdad que existe en la atención sanitaria entre los diferentes pueblos del mundo, poniendo el énfasis en los efectos que una asistencia sanitaria con pocos recursos tiene sobre el estado de salud de los pueblos en desarrollo y cómo esta situación implica el principio de justicia.

La atención sanitaria en los países en desarrollo no está equiparada en absoluto con la de los países desarrollados o países ricos

Desde hace muchos años (1995), venimos siguiendo el movimiento de las instituciones internacionales en materia de salud, con sus múltiples declaraciones internacionales e informes anuales sobre salud y desarrollo. Constatamos la escasa influencia que estos textos y las proposiciones que presentan tienen sobre la situación, a juzgar por las estadísticas sanitarias que sobre estos temas publican anualmente las Naciones Unidas. Por ello, quisiéramos aportar algunas sugerencias para ayudar a romper el maleficio de las desigualdades en materia de salud. Sobre todo, queremos profundizar sobre la situación

sanitaria de los pueblos indígenas integrados por comunidades originarias o tradicionales, a las que se ha impuesto con frecuencia una aculturación por parte del pueblo que ha ocupado sus tierras, o por organismos extranjeros que ofrecen sus programas sin tener en cuenta la filosofía o ideología sobre el hombre y sobre la salud inherentes a los mismos.

La atención sanitaria en los países en desarrollo no está equiparada en absoluto con la de los países desarrollados o países ricos. Y sabemos que la salud, además de ser un derecho de toda persona humana, es también la piedra angular del desarrollo sostenible y de la seguridad mundial.

La desigualdad no puede negarse, es evidente, y cabe preguntarse cuáles son las verdaderas razones por las que esta situación se mantiene, a pesar de que diferentes declaraciones internacionales afirman que todos los humanos somos iguales y tenemos los mismos derechos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 afirma en su art. 1 que “todos los humanos nacen libres e iguales en DIGNIDAD y derechos y [...] deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” y sigue después: “Toda persona tiene derecho a la salud y a la asistencia médica” (art. 25.1) y “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (art. 25.2).

Debemos conocer sobre qué parámetros nos fundamentamos para definir la igualdad y la desigualdad. El informe de OXFAM en octubre de 2014 afirma que “la Humanidad ha progresado extraordinariamente tanto en África como en el resto del mundo, sin embargo, este progreso se ve amenazado por la lacra que supone el aumento de la desigualdad”¹.

1 Machel, G. Iguales. (2014). *Acabemos con la desigualdad extrema. Es hora de cambiar las reglas*. Gran Bretaña: Ediciones de Oxfam Internacional.



2. Igualdad - desigualdad

“Igualdad” quiere decir mismas oportunidades, mismos derechos, vivir equitativamente y en paz. Ausencia de dominio y de privilegios en la comunidad. Igualdad:

- De género.
- Igualdad entre personas con capacidades diferentes.
- Entre marginados y emigrados con respecto a las oportunidades de empleo.
- Derechos de tránsito, de uso de transportes públicos.
- De acceso a la educación.
- Supone corregir los brotes de ambición y no creerse superior por los bienes adquiridos.

“Desigualdad” quiere decir lo opuesto a igualdad, condición de no tener una misma naturaleza, cantidad, calidad, valor, de diferenciarse del otro en uno o más aspectos. Así las desigualdades sociales, económicas, de oportunidades.

Tiene un significado negativo y no es sinónimo de diversidad, sino más bien delata una falta de equilibrio entre dos o más partes en el acceso al mismo estilo de vida en la sociedad, que conduce al establecimiento de jerarquías sociales, diferencias y distinciones. Un claro ejemplo es la consideración de que un 1% de la población mundial posee más riqueza que el 99% restante y controla el 46% de la riqueza del mundo (Informe Oxfam al Foro de Davos 2016). Sabemos que la desigualdad extrema perjudica a todos, siendo un obstáculo para la reducción de la pobreza y que la desigualdad económica agrava la desigualdad entre hombres y mujeres, causa disparidades en los ámbitos sanitario y educativo y en términos de oportunidades de futuro constituye una amenaza para la sociedad y es un ataque a la justicia.

Sanidad y educación son armas poderosas en la lucha contra la desigualdad ya que esta pone en riesgo las vidas de las personas más pobres en casos de crisis y catástrofes

Sanidad y educación son armas poderosas en la lucha contra la desigualdad ya que esta pone en riesgo las vidas de las personas más pobres en casos de crisis y catástrofes, la debilidad de los sistemas de salud se cobra la vida de estas personas y el coste de la atención sanitaria arruina la vida de los que viven ya en condiciones muy precarias.

3. El desarrollo humano

La desigualdad queda bien manifiesta en la expresión del desarrollo humano, que podemos definir, siguiendo a Amartya Sen como “Proceso que mejora las condiciones de vida de la gente a través de un incremento de bienes con los que cubrir las necesidades básicas y la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de to-



dos ellos". "Proceso que amplía las opciones de la sociedad, aumentando las funciones y las capacidades humanas"².

Tres son los parámetros sobre los que se basa el índice de desarrollo humano (IDH)³:

- Vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.
- Educación, medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria.
- Nivel de vida digno medido por el PIB per cápita en USD.

La falta de desarrollo condiciona la pobreza:

a) Los países "en desarrollo", se conocen también como países pobres, están situados en la franja "intertropical" del mundo. En ellos, la esperanza de vida es corta, las cifras de analfabetos son altas y el nivel de vida muy bajo. Son regiones que han sufrido y sufren del olvido, la negligencia y la exclusión.

b) Las gentes de esos países, desde la perspectiva neoliberal, quedan fuera del circuito económico: son gentes no interesantes y, por tanto, "excluidos". Pertenecen al buen

decir del papa Francisco a la cultura del descarte, lo que los llevaría a entrar en el círculo vicioso de la pobreza. "Los pobres son los que parecen no ofrecer nada a cambio en sociedades basadas en el juego del intercambio, en el juego de la reciprocidad que consiste en dar con tal de poder recibir... ésta es la clave de nuestras sociedades contractualistas"⁴.

La ONG para el desarrollo Anesvad ha lanzado recientemente la alarma sobre el hecho de que un tercio de los hogares africanos se hace pobre debido a los costes de salud que tiene que mantener. Actualmente, cerca de mil millones de personas en el mundo no tienen acceso a ningún servicio sanitario y 100 millones cada

año se hacen pobres, porque los servicios existentes son precarios. Entre estos, la mayoría vive en África, un continente donde las personas siguen muriendo por causas que se pueden prevenir⁵.

Actualmente, cerca de mil millones de personas en el mundo no tienen acceso a ningún servicio sanitario y 100 millones cada año se hacen pobres

4. Desarrollo, salud y atención sanitaria

a) La promoción de la salud y el desarrollo caminan juntos.

- La falta de salud genera falta de capacidad para trabajar y generar ingresos, para ir a la escuela.

2 Amartya, S. (2000). *Desarrollo humano y libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

3 Selim, J. & col. (2015/16). *Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: Ediciones del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo.

4 Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Madrid: Editorial Paidós.

5 Nagore, E., & Seminario, A. (2017). *Información en Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza*. Bilbao: Ed. ANESVAD.



- La falta de ingresos y de otros bienes genera pobreza y hambre.
- La pobreza y el hambre deterioran el sistema inmunológico y favorecen el contagio de las enfermedades.
- La persona contagiada y enferma está indefensa ante sistemas sanitarios de poca calidad con falta de recursos materiales y de personal cualificado.
- A la falta de sistemas sanitarios básicos, se añade la falta de educación sanitaria y promoción de la salud, con lo cual se cerraría un círculo volviendo a la falta de capacidad para trabajar.

b) La higiene del medio es, a todas luces, insuficiente: higiene de la casa y sus alrededores inmediatos, agua potable, lucha contra los artrópodos causantes de enfermedad, tratamiento de los deshechos y basuras. Todo ello hace que las condiciones de vida no sean favorables para la salud, cumpliéndose el principio de que el hombre por sus modos y medios de vida sufre las contrariedades del medio o las modifica. El enfoque de los medios de vida, también conocido como “medios de vida sostenibles”, se utiliza de modo generalizado en el análisis de las políticas y prácticas que buscan atajar la pobreza en los países en desarrollo. Se trata de un enfoque holístico que toca diferentes sectores y ámbitos⁶.

El enfoque de los medios de vida, también conocido como “medios de vida sostenibles”, se utiliza de modo generalizado en el análisis de las políticas y prácticas que buscan atajar la pobreza en los países en desarrollo

c) Un alto grado de morbilidad: epidemias de otro tiempo, enfermedades endémicas nuevas con poco control de su forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad que producen una disminución de fuerzas y energías, con repercusión sobre el

tiempo de trabajo, por lo que la esperanza de vida es muy corta en relación con los países desarrollados y ello debido a una pérdida de años de vida, sea en función de muertes prematuras (aquellas que acaecen antes de la esperanza de vida previsible), sea por la suma de jornadas perdidas por incapacidad⁷. A título de ejemplo:

- 2.500.000 de personas mueren de paludismo al año.
 - 1.000.000 de niños mueren de paludismo al año.
 - SIDA: ha reducido el crecimiento económico en África un 0,8% y sida + paludismo, en un 1,2%.
- d) Dificultad de acceso geográfico al sistema de salud, falta de infraestructuras, carreteras, rutas y pistas en mal estado que lleva a recurrir a todos los medios tradicionales a su alcance (curanderos, hechiceros...) que no siempre son los más adecuados

6 Ashley, C., & Carney, D. (1999). *Sustainable livelihoods: Lessons from early experience*. Londres: Editorial Department for International Development (DFID).

7 López Alan, D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Geneva: Editorial WHO, Harvard School of Public Health. Actualizado en 2004 y 2008.



para un caso particular, antes de ponerse en camino hacia los servicios de salud, llegando a veces demasiado tarde a los mismos.

- e) Dificultad económica al pago por salud. Muchos países no tienen sistemas de seguros sociales que cubran los gastos personales de la atención médica, pero además incluso a nivel internacional solo un 10% del gasto farmacéutico en I+D se destina a enfermedades que afectan al 90% de los pobres de la población mundial, enfermedades que se han denominado “enfermedades descuidadas u olvidadas”, *négligées*. El Informe de la OMS de 2016 sobre la evaluación de las estadísticas sanitarias muestra que, muchos países están lejos aún de conseguir una cobertura sanitaria universal, de acuerdo con un índice que mide el acceso a 16 servicios esenciales especialmente en las regiones de África y del Mediterráneo oriental, un número significativo de personas que hace uso de los servicios se enfrenta a unos gastos sanitarios catastróficos, definidos como gastos corrientes sanitarios que superan el 25% del total del gasto de los hogares⁸.

La salud tiene interpretaciones diferentes dependiendo de las culturas y se ha de intentar responder a esas aspiraciones de salud, que necesitará, en muchos casos, de una gran habilidad y capacidad de persuasión, para cambiar prácticas que no favorecen la salud

- f) La falta de paz. Muchos de estos países no gozan de paz, las guerras en ellos son muchas veces “guerras de carácter económico” luchas por la explotación de recursos mineros o agrícolas, seguidas de un expolio de sus minerales, como la guerra de la República Democrática del Congo, bien bautizada como una guerra económica o la “guerra del Coltan”. Se pasa, como muy bien señala Sebastián Mora, secretario general de Cáritas España, de la explotación a la exclusión y de esta a la expulsión, por la necesidad de huir de la guerra.

5. El concepto de salud

El concepto de salud y su comprensión juega también un papel en la asistencia sanitaria y en el desarrollo. La salud tiene interpretaciones diferentes dependiendo de la cultura y se ha de intentar responder a esas aspiraciones de salud, que necesitará, en muchos casos, de una gran habilidad y capacidad de persuasión, para cambiar prácticas que no favorecen la salud.

Si durante siglos se consideraba la salud como ausencia de enfermedad, la creación de la Organización Mundial de la Salud dentro del Programa de las Naciones Unidas después de la II Guerra Mundial elevaba la concepción de la salud al: “Perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social” y así aparece en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada el 22 de julio de 1946 en Nueva York por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N.º 2, p. 100), que entró en vigor el 7 de abril de 1948 y que no ha sido modificada desde esa fecha.

8 Chan, M. (2016). *Informe sobre Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: Ediciones de la OMS.



Esta definición puede considerarse como una utopía difícil de alcanzar, aunque hay que reconocer que tiene el valor de integrar la dimensión social, o mejor "socioeconómica" en relación con la salud. Pronto se pudo constatar en qué grado esta dimensión socioeconómica iba a marcar el estado de salud de los pueblos de nuestro planeta, al punto que hay que preguntarse si esta definición es válida hoy y si la podemos aceptar "mundialmente" cuando las dos terceras partes de los habitantes de la tierra carecen de los mínimos necesarios para un "aceptable" estado de bienestar físico y a lo mejor psíquico, pero evidentemente no del social. No solo los habitantes de los países pobres, sino que también algunas situaciones derivadas de enfermedades nuevas, accidentes y el mismo proceso de envejecimiento no tendrían cabida en ese perfecto estado de salud, hoy diríamos global, que la Organización Mundial de la Salud nos propuso ambiciosamente al inicio de su creación.

La salud es un poder positivo y la enfermedad un poder negativo... es un poder positivo porque nos posibilita hacer cosas, realizar nuestra vida, en tanto que la enfermedad nos lo impide o imposibilita

Tenemos que admitir hoy, otros conceptos de salud más adaptados a nuestro tiempo. Así:

- Boorse, economista de la salud, en una definición bastante complicada viene a decir que la salud es, dentro de cada grupo de edad y sexo, la aptitud para llevar a cabo las funciones normales con, al menos, una eficiencia aceptable. Para él la enfermedad sería la "incapacidad para llevar a cabo todas las funciones propias de la edad y el sexo con, al menos, un nivel típico de eficiencia" (Boorse, 1977, p. 542)⁹.
- Von Weizsacker define la salud como la amplia capacidad de acometer la empresa de la autorrealización, en la cual la curación es el proceso que posibilita la iniciación o la reintegración del enfermo a esa empresa¹⁰. Laín en la línea de Von Weizsäcker afirma que el médico pretende curar persiguiendo la verdad del enfermo. Sanar significa volver a ser el individuo que uno realmente es: o la empresa en la que participó antes de la enfermedad, la capacitación del paciente para realizar su vocación¹¹.
- Diego Gracia, siguiendo la línea de Laín Entralgo, definirá la salud como la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo... que es lo contrario de esclavitud y servicio. Sano no está quien mayor bienestar siente, sino quien más plenamente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo. La salud es un poder positivo y la enfermedad un poder negativo... es un poder positivo porque nos posibilita hacer cosas, realizar nuestra vida, en tanto que la enfermedad nos lo impide o imposibilita¹².
- En esa misma línea se expresará Adela Cortina, quien concibe la salud como el grado de autoposesión de cuerpo y mente por parte del sujeto. Autoposesión que

9 Boorse, C. (1977). *On the Distinction between Disease and Illness. Philosophy and Public Affairs*, citado por Casado da Rocha, A., & Saborido, C. (2010). *Revista de Filosofía Moral y Política*. País Vasco.

10 Orringer, N. R. (1997). *La aventura de curar. La antropología médica de Laín Entralgo*. Barcelona: Editorial Galaxia. Gutenberg, Círculo de lectores.

11 Orringer, N. R. (1997). *Ibid.*

12 Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. Madrid: Triacastela.



implica: capacidad de desplazamiento, capacidad de autocontrol, conciencia y capacidad de relación personal¹³.

6. Filosofía de la salud y concepto de la enfermedad en el siglo XXI

En este nuevo milenio, sin embargo, no se puede dejar de considerar el concepto de salud global del que se derivaría la necesidad de una atención holística o globalizada a la persona en todas sus dimensiones y circunstancias, y a lo largo de todas las etapas de su vida¹⁴. Y para ello voy a fijarme en lo que el Hasting Center, (1996) denominó *The Goals of Medicine* (Las metas de la medicina)¹⁵:

- 1) La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.
- 2) El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las lesiones.
- 3) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- 4) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

En este nuevo milenio, no se puede dejar de considerar el concepto de salud global del que se derivaría la necesidad de una atención holística o globalizada a la persona en todas sus dimensiones y circunstancias, y a lo largo de todas las etapas de su vida

Pero también han cambiado las interpretaciones que se dan al concepto de salud en nuestros días, que se pueden considerar desde dos posiciones diferentes: normativista y neutralista¹⁶.

La interpretación normativista considera que los juicios de valor son requisitos indispensables para definir la salud, que los criterios dependen de las normas socioculturales establecidas y que ciertos estados son enfermedades porque en la cultura correspondiente son vistos como malos o indeseables (la infertilidad, la epilepsia y otros). Las alteraciones de la fisiología o la psicología son un problema porque impiden la realización de ciertas finalidades humanas particulares, afirma Tristram Engelhardt, queriendo hacerse oír en la actual polémica acerca de cómo los hechos, las teorías y los valores se entremezclan íntimamente en los conceptos de salud y enfermedad¹⁷.

La interpretación neutralista considera que los datos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos... son patológicos *per se* fuera del contexto sociocultural. En esta línea Leon

13 Núñez, M. P. (2011). Medicina de mejora (Enhancement). En C. Alonso Bedate, *Lo natural, lo Artificial y la Cultura* (pp. 97-110). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

14 Bermejo, J. C. (2008). *Hacia una salud holística*. Madrid: Humanizar.

15 Mark, J. H., & Callahan, D. (2000). *The Goals of Medicine, The Forgotten Issues in Health Care Reform*. New York: University Press.

16 Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del Concepto de Salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26), 161-175

17 Engelhardt, T. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Paidós.



Kass define la salud como el buen funcionamiento del organismo como un todo¹⁸, y William Bechtel como el buen funcionamiento del cuerpo de acuerdo con lo que constituye la excelencia de su especie. Las características que hacen al individuo apto para propagarse a sí mismo, contra una variedad de fuerzas de selección y enfermedad¹⁹.

Dada esta variedad en la concepción de la salud tenemos que considerar los objetivos de la misma. Un objetivo será el curativo: la ausencia de enfermedad y conservación de la integridad. Otros buscan un objetivo cultural dentro del sentido que la persona da a su enfermedad, según una determinada cultura. Solo desde ahí pueden ser considerados algunos ritos como la escisión, la iniciación o la defloración practicada en ciertas culturas. Esta consideración de la salud pide una respuesta apropiada por parte de la medicina y nos lleva a reflexionar sobre dos formas diferentes de ejercer la medicina.

7. Medicina científica y medicina tradicional

En nuestro mundo tecnificado, beneficiario de una medicina científica de alta tecnología, basada en conocimientos teóricos sobre el hombre, su enfermar y las peculiaridades del organismo sano o enfermo, se está practicando una medicina basada en la evidencia, pero la medicina del bienestar pide una medicina holística que no reduce al ser humano a la suma de sus partes: físico, psíquico, social, emocional y espiritual, sino que es una unidad donde esas cinco dimensiones están integradas y donde la dimensión espiritual es genuinamente humana, por lo que se debería pasar de una medicina basada en la evidencia a una medicina centrada en la persona.

La medicina del bienestar pide una medicina holística que no reduce al ser humano a la suma de sus partes: físico, psíquico, social, emocional y espiritual, sino que es una unidad donde esas cinco dimensiones están integradas

En otras regiones de nuestro mundo, donde siguen viviendo sociedades tradicionales como las comunidades autóctonas o indígenas, con poca mezcla cultural y alejadas del progreso tecnológico, la percepción de la enfermedad es bien diferente, y se ejerce una medicina tradicional, que depende de cada individuo y, de una manera general, esta está influenciada por la evolución sociocultural y las creencias religiosas. Se aplicaría “la noción de «normatividad biológica» y la preeminencia que da a la experiencia individual de la enfermedad con respecto al conocimiento objetivo de la misma”²⁰. La medicina tradicional, en estas sociedades, responde a la percepción de enfermedad que tiene cada individuo en estos pueblos y utiliza los medios terapéuticos que existen en la región, según la interpretación que dan a su enfermedad:

1. La enfermedad es un maleficio, castigo o maldición, que “alguien” lanza sobre otro porque este no respeta las costumbres (*coutume* más que *costumbre* es la ideolo-

18 Santiago, M. de (2014). Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino. *Cuadernos de Bioética*, XXV(1), 10.

19 Pacheco, V. M. (2016). *Elementos para una propuesta de otro concepto de salud*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.

20 Giroux, E. (2011). *La salud y la enfermedad. Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*. Bogotá: Universidad El Bosque. Reproducida por Arrieta-Valero, J. (2011). *Dilemata*, 9. Bilbao: Universidad País Vasco, 259-265.



gía, la filosofía, una moral y las reglas del clan), por ejemplo, el rechazo a compartir la herencia con sus hermanos, negativa a participar en un duelo en el pueblo continuando tranquilamente sus actividades.

En estas circunstancias, cuidar a un enfermo es ayudarlo a reintegrarse en la sociedad y restablecer las relaciones familiares. Para ello, el enfermo se dirige primero al

Las comunidades indias buscan la curación, en sus tradiciones sobre la salud y la enfermedad, no en la ciencia occidental, sino en la adaptación de cada individuo a la vida

féticheur, hechicero, chaman, vudú... (concepto distinto del curandero) que tiene el poder de detectar lo malo que ha hecho, lo que es malo en él y liberar la persona de ese mal, se trata de una medicina ritual. Por ejemplo, las comunidades indias buscan la curación, en sus tradiciones sobre la salud y la enfermedad, no en la ciencia occidental, sino en la adaptación de cada individuo a la vida. La curación se logra al restituir la persona a la armonía y conexión con los poderes universales. En cierto sentido, puede decirse que es una medicina holística, enfocada en la persona. Se eligen los sanadores y reciben enseñanzas especiales, que van pasando de una generación a otra, a través de las visiones,

historias y sueños. Funcionan de forma diferente en función de la persona a la que ayudan. Usan hierbas, ceremonias y “poderes” adaptados a cada individuo. La curación podría involucrar una fuma ceremonial de una especie de “tabaco” o ritos de los chamanes con los “espíritus animales” o búsqueda de una visión. Sería una medicina ritual. Cada tribu o comunidad usa sus propias técnicas.

2. Otros enfermos piensan que están envenenados por miembros de la familia o amigos que quieren eliminarlos, problemas de envidia por aquellos que no quieren su éxito económico, científico, laboral. Y por ello se dirigen al *guérisseur* o curandero que puede detectar el veneno en su cuerpo y que tiene en su mano el poder de administrar un antídoto contra ese veneno.

Ya no se trataría de una “medicina ritual”, sino de una “medicina tradicional”, que utiliza los medios tradicionales en su cultura, no siempre los más adecuados, por dos razones: porque el antídoto puede no convenir, no estar bien dosificado, o ser tóxico; y porque muchas veces se pierde un tiempo precioso para iniciar el tratamiento científico de la enfermedad.

Estas dos concepciones de enfermedad y salud son ampliamente practicadas en muchas regiones de Iberoamérica, África, Asia y Oceanía, allí donde existen comunidades indígenas o tradicionales.

3. Actualmente son cada vez más las personas de esos países que conciben la enfermedad como una debilidad o una alteración del funcionamiento del organismo que necesita el estudio y el tratamiento por los agentes de salud de las estructuras sanitarias. Y entonces, el enfermo se dirige al centro de salud o al hospital para recibir los cuidados apropiados.



8. Rompiendo las desigualdades

Es evidente que el primer factor para llevar la atención sanitaria a todos los núcleos de población está en fomentar el desarrollo a todos los niveles, la accesibilidad a la educación y a las instituciones sanitarias, la creación o formación de núcleos rurales o urbanos habitables, hoy diríamos resilientes, mediante un saneamiento de los lugares, que aleje a los transmisores de enfermedad. Además, debemos hacer una reflexión seria sobre la filosofía de las poblaciones y sus culturas para salir de esta situación y ello nos lleva a pensar, que no siempre se ha ofrecido un método persuasivo, sino que se ha forzado y se fuerza la aculturación de esas comunidades. Esta aculturación se ha hecho desde una mentalidad extranjera que no ha realizado antes un esfuerzo de inculturación para comprender la esencia de esas culturas tan ricas en valores.

La mayor parte de los colonizadores llegaron a países con otras culturas y no se inculturaron, siguieron viviendo la propia cultura e ignorando, si no descartando, las vivencias de los nativos

“Inculturación”: supone la integración de un individuo en otra cultura, *in culturale* es introducirse dentro de la cultura de un pueblo, en el ambiente donde se expresa el pueblo y que abarca todos los aspectos de la vida humana, la forma de comer, de relacionarse entre personas, como familia, etc., la forma de entender su salud y su interpretación de las enfermedades, respetando, preservando y favoreciendo los valores propios y la rica herencia cultural de los pueblos.

Acoger todo lo que en las tradiciones de los pueblos es significativo y enriquecerse uno mismo con la sabiduría multiforme de las naciones de la tierra. La mayor parte de los colonizadores llegaron a países con otras culturas y no se inculturaron, siguieron viviendo la propia cultura e ignorando, si no descartando, las vivencias de los nativos. Tampoco, digámoslo, la Iglesia ha realizado en algunas de sus misiones un gran esfuerzo de inculturación.

“Aculturación”: proceso en el cual una persona o un grupo adquieren una nueva cultura (o aspectos de la misma). Implica la recepción y asimilación de elementos culturales. La colonización es un ejemplo no bien logrado. En la aculturación intervienen diferentes niveles de destrucción, supervivencia, dominación, resistencia, soporte, modificación y adaptación de las culturas nativas tras el contacto cultural. Este término fue utilizado por primera vez por McGee (Iowa, 1853) y Boas (Nueva York, 1858) ambos antropólogos, que investigaron sobre las diferencias étnicas o raciales²¹. McGee hablaba de transmisión y ajuste de costumbres entre pueblos de “nivel inferior” y “nivel superior”. Boas es más general y habla de proceso inducido de cambio. Los procesos de aculturación piden distintos grados de modificación y adaptación de las culturas nativas una vez producido el acercamiento intercultural. Debe pasar por la interiorización, la valoración y la identificación de los valores culturales. Nunca por imposición.

21 Valdés Gázquez, M. (2006). *El pensamiento antropológico de Franz Boas*. Barcelona: Publicaciones de Antropología Cultural. Ediciones Universidad Autónoma de Bellaterra.



Se trata de conocer la filosofía del desarrollo que pide:

- Nunca imponerse a un pueblo para conseguir su aculturación.
- Llevarle a expresar sus necesidades.
- Buscar con él las soluciones a las mismas, respetando y aceptando que son las gentes de esa cultura las que tienen que llevar a cabo los cambios.

Tabla 1. Principios de la filosofía del desarrollo

| Tabla 1. Principios de la filosofía del desarrollo | |
|--|--|
| Valor tradicional | Valor del desarrollo humano |
| Hombre básicamente malo | Hombre esencialmente bueno |
| Evaluación negativa de las personas | Concepto de los individuos como seres humanos |
| El hombre no puede cambiar | Los seres humanos pueden cambiar y desarrollarse |
| Resistencia y temor a las diferencias individuales | Aprovechamiento de las diferencias individuales |
| Uso de la posición a fines de poder y prestigio | Uso de la posición para fines de la organización |
| Desconfianza básica de las personas | Confianza básica en las personas |
| Evasión a afrontar riesgos | Disposición para aceptar riesgos |

9. Dificultades

Hasta ahora, las medidas propuestas desde las altas instituciones internacionales no han funcionado para conseguir una atención sanitaria justa en los países en desarrollo. A la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y el Programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguió la Declaración de ALMA IATA de 1978, con su programa “La Salud para todos en el año 2000”.

A pesar de que el programa “La salud para todos en el año 2000” no se iba a cumplir al acabar el milenio, en muchas regiones del planeta se había hecho ya un estudio prospectivo de lo que será la salud en el año 2020. Un nuevo documento sobre *The Global Burden of Disease* (GBD), o Carga total de morbilidad y muerte se redactó en 1996²².

Se introducen parámetros nuevos para la valoración del coste de la enfermedad como:

1. La llamada *Quality-Adjusted Life Year* o QALY, que podríamos traducir como “calidad de años de vida”.
2. La *Disability-Adjusted Life Year* o DALY, que expresa la pérdida de años de vida por muerte prematura o por una discapacidad severa o prolongada.

22 Murray, Ch., & López, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors*. Geneva: Editorial WHO, Harvard School of Public Health, World Bank



La valoración de las discapacidades no es un parámetro de valoración precisa, sino un cálculo probabilístico de valoración, pero no en vano la medicina es una ciencia de probabilidad y no de certeza

Ambos conceptos combinan información sobre la duración (cantidad) y la calidad de vida. Un DALY no es sino una modificación de un QALY o un QALY negativo. Además, hay que tener en cuenta que la valoración de las discapacidades no es un parámetro de valoración precisa, sino un cálculo probabilístico de valoración, pero no en vano la medicina es una ciencia de probabilidad y no de certeza.

El Programa del *Global Burden of Diseases* (GBD) ha sido revisado en 2004 y 2010, sin avances significativos.

Este programa muestra que en los países en desarrollo se mantendrán:

- Un movimiento demográfico creciente.
- La mortalidad materno-infantil elevada.
- Y las enfermedades infectocontagiosas.
- Pero además se sumarán enfermedades crónicas, degenerativas y cardiovasculares propias de los países ricos, con lo que aumentará el coste sanitario.

Llegado el año 2000 sin haberse cumplido las propuestas de Alma Ata, la ONU propuso un programa "Milenium" (2000), en el que se marcaban 8 objetivos:

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

Tampoco el programa parecía resolver las desigualdades y, en septiembre de 2015, nace un nuevo proyecto "The Global Goals" que cifra en 17 los objetivos para el año 2030. Sandro Pozzi, presentaba así el proyecto:

La negociación de los Objetivos Globales para el Desarrollo Sostenible comenzó hace tres años y recibirá su bendición en la cumbre especial que se celebrará el próximo 25 de septiembre en Nueva York, que abrirá el papa Francisco y en el que participarán 193 dignatarios. Como los Objetivos del Milenio, el acuerdo servirá para marcar la agenda global de los próximos 15 años para acabar con la pobreza extrema e intensificar los esfuerzos para "curar el planeta".

Una de las críticas hechas contra los nuevos objetivos de la ONU es que son muy complicados, empezando por el propio nombre y se invitó a diversas personalida-



des: deportistas, actores, músicos, activistas y cineastas para difundir sus 17 metas globales dado que la misión de cualquier comunicador es simplificarlos para hacerlos atractivos y presentarlos de tal manera que consigan movilizar a la gente hacia la causa con la que se sientan más identificados. Es una llamada a todo el mundo para que se hagan realidad²³.

10. Conclusiones

A la vista del análisis precedente, no parece que las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria de los países en desarrollo se puedan revertir en un plazo razonablemente aceptable. Hemos de aceptar que el estado de salud de nuestro mundo no

Hemos de aceptar que el estado de salud de nuestro mundo no es bueno y que, en algunos países y regiones, es francamente inaceptable

es bueno y que, en algunos países y regiones, es francamente inaceptable. También tenemos que admitir que la globalización es más virtual que real y que mientras unos países la disfrutan, otros la padecen; que el reto es grande y no excluye de responsabilidad y colaboración a nadie: gobiernos, instituciones y el individuo de la calle, cada uno a su nivel.

A fin de controlar estos procesos, el informe sobre la salud en el mundo para el año 2002 ponía el énfasis en "reducir los riesgos para la salud y promover una vida sana" y advierte de que el mundo

está viviendo peligrosamente, ya sea porque no le queda otro remedio ya sea porque está tomando decisiones equivocadas²⁴.

La reducción de los riesgos para la salud, afirma, es una responsabilidad que no solo incumbe a los gobiernos, sino que sigue siendo, con razón, una preocupación vital para todas las personas en todas las poblaciones²⁵.

Todo ello me sugiere una reflexión:

1. Acortar esas diferencias es un proyecto de tal envergadura que solo puede abordarse con una toma de conciencia de los países ricos a la hora de invertir sus recursos. Se trata de luchar por las mismas condiciones de vida para todos y de romper el viejo adagio, ya mencionado, que dice que "el hombre por sus modos de vida sufre las contrariedades del medio o las modifica", ayudándolos a introducir los cambios adecuados para aumentar los ingresos per cápita; incrementar el capital humano mediante la educación escolar del adulto y de las mujeres; y acortar el tiempo entre el conocimiento y el desarrollo tecnológico y el progreso en el estado de salud de las poblaciones.

23 Pozzi, S. (2015). "La ONU lanza una gran campaña para hacer 'famosos' sus objetivos". *La organización se apoya en deportistas, actores, músicos, activistas y cineastas para difundir sus 17 metas globales*. Nueva York, publicado en El País Internacional el 4 septiembre 2015.

24 Harlem Brundtland, G. (2002). "Informe sobre la salud en el mundo", *Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Ediciones de la OMS, 4.

25 Harlem Brundtland, G. (2002). *Ibid*, 5.



2. Supone el reto a un programa de desarrollo integral que contemplara como líneas de fuerza: salud; educación; relanzamiento de la agricultura y de la ganadería mediante métodos fitotécnicos y zootécnicos; acciones sociales; dispositivos antierosivos para que la tierra no se empobrezca; desarrollo de las infraestructuras: comunica-

Se trataría de empoderar a las personas, mediante unas políticas antipobreza, que no sean solo de protección de las personas, sino de promoción de las mismas

ciones, electricidad, agua; proyectos industriales; organización comercial; y estructuras económicas. Se trataría de empoderar a las personas, mediante unas políticas antipobreza, que no sean solo de protección de las personas, sino de promoción de las mismas²⁶.

En suma, programas que mantengan a las gentes con interés en sus trabajos, les permitan un cierto nivel de vida y que estos países no sufran todavía más del empobrecimiento debido a la emigración de la población obrera (¡un verdadero expolio!), para constituir una mano de obra más barata en los países industrializados, así como la fuga de cerebros a la búsqueda de puestos de trabajo donde poder desarrollar sus conocimientos, porque les resulta imposible en sus propios países.

3. Pero además habría que tomar en cuenta el programa de las Naciones Unidas para el desarrollo de 2014, titulado "Sostener el Progreso: Reducir vulnerabilidades y fomentar la resiliencia"²⁷.

"La vulnerabilidad no es lo mismo que la pobreza". No significa que haya carencias o necesidades, sino indefensión, inseguridad, y exposición a riesgos, crisis y *stress*. La vulnerabilidad con regularidad es confundida con la pobreza, y para Moser (1998) es importante que se clarifiquen los conceptos y establece que la diferencia radica en que los indicadores de pobreza se fijan en el tiempo, convirtiendo a la pobreza en un concepto estático, mientras que la vulnerabilidad es dinámica, pues cambia y se transforma en el tiempo-espacio y, su análisis requiere, según Foschiatti (2012) el examen de las condiciones y factores de riesgo, a la vez que trata de explicar cuáles son las causas de la pobreza, según Fillgueira y Peri (2004) asociándose a la noción de activos y recursos que las personas y hogares disponen para su desempeño social²⁸.

Solo fomentando una resiliencia, el individuo desarrolla la capacidad de afrontar la adversidad, saliendo fortalecido. Desde la neurociencia se afirma que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor las presiones. Esto les permite una sensación de control y mayor capa-

26 Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*. Madrid: Paidós.

27 Khalid, M. & col. (2014). *Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades, y construir resiliencia*. Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York: Communications Development Incorporated.

28 Jiménez García, W. G. (2002). *Pobreza y Vulnerabilidad*. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia.



cidad para afrontar los retos, entre otros el de su propio desarrollo, y a ello ayudará también la resiliencia urbana.

No cabe duda de que estos proyectos solo serán posibles si los países ricos toman conciencia de que su estado de salud, relacionado a su progreso económico, no es solo cuestión de trabajo propio, sino también de un privilegio geográfico que les favorece y que las soluciones pasan por una postura generosa y abierta. Pasar de la limosna a la justicia, sabiendo que el compromiso para acabar con las diferencias entre países pobres y ricos, *construir la aldea global* es tarea de todos, y que será necesaria una aculturación racional, razonable y respetuosa con las otras culturas.

Bibliografía

1. Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Ed. Paidós.
2. Sen, A. K. (2000). *Desarrollo humano y libertad*. Editorial Planeta.
3. Delegazione della Santa Sede a la 68.^a Asamblea Mondiale della Sanità (Ginevra, 20.05.2015) Intervento di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski "Inequities".
4. Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela.
5. GBD 1990 study, volume 1: The global burden of disease (1996).
 The global burden of disease: 2004 update.
 Global burden of disease and risk factors (2006).
6. Informes sobre la salud en el mundo:
 - 1995: Nivelando las diferencias.
 - 1996: Luchando contra la enfermedad, mejorando el desarrollo.
 - 1997: Venciendo el sufrimiento, enriqueciendo la humanidad.
 - 1998: La vida en el siglo XXI.
 - 1999: Marcando diferencias.
 - 2000: Mejorando los sistemas de salud.
 - 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
 - 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.
 - 2003: Forjemos el futuro.
 - 2004: Cambiemos el rumbo de la historia.
 - 2005: Cada madre y cada niño contarán.
 - 2006: Colaboremos por la salud.
 - 2007: Un porvenir más seguro.
 - 2008: La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.



- 2009: Estadísticas sanitarias mundiales.
- 2010: Financiación para la cobertura universal.
- 2011: Un repaso de la salud mundial en el año 2011.
- 2012: Sin investigación no hay salud.
- 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: Desarrollo humano para todos.
- 2014: Impacto negativo del alcohol sobre la salud.
- 2015: La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal.
- 2016: El informe de 2016 de la OMS "Estadísticas Sanitarias Mundiales".
7. Informe sobre Desarrollo Humano 2007: El dilema de la salud en los países de renta baja. Principio de realización progresiva.
8. Informe 2014 Objetivos del desarrollo del Milenio.
9. Papa Francisco. (2015). *Laudato si'*. Madrid: Romana.
10. PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano 2016.
11. Engelhardt, H. T. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Ed. Paidós.
11. UNESCO: Declaration of Ethical Principles in Relation to Climate Change (2017).
12. WHO Publications: Estimating and validating disability-adjusted life years at the global level: a methodological framework for cancer (2012). Recuperado de <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-125>
13. WHO: Estadísticas 2012 – 2014 – 2016.