



GUÍA DIDÁCTICA

A VIAXE DE ALLIKAY

Comprendendo que a saúde
é un dereito



GUÍA DIDÁCTICA

A VIAXE DE ALLIKAY

Comprendendo que a saúde é un dereito

Esta guía forma parte do material editado por Prosalus e Cruz Vermella Española dentro do proxecto "Comprendendo o dereito humano á saúde: a importancia dos determinantes sociais da saúde", cofinanciado pola Axencia Española de Cooperación para o Desenvolvemento.

Os contidos desta publicación son responsabilidade exclusiva de Prosalus e Cruz Vermella Española e non reflicten necesariamente a opinión da AECID.

Edita e distribúe: Prosalus e Cruz Vermella Española

Deseño e maquetación: estudio blg

Impresión: Advantia

Depósito Legal: M-3417 I-2012



1. Introducción	2
2. Presentación da guía	4
3. Comprendendo que a saúde é un dereito	6
3.1. Os dereitos humanos	6
3.2. A saúde como dereito humano	7
3.3. Desigualdades en saúde	9
4. Determinantes sociais da saúde	13
4.1. Determinantes sociais da saúde	13
4.1. Xénero como determinante social da saúde	16
4.2. Acceso á auga e saneamento como determinante da saúde	18
4.4. Habitabilidade axeitada como determinante da saúde	19
4.5. A educación como determinante da saúde	21
5. Obxectivos de Desenvolvemento do Milenio: unha aposta pola saúde global	22
6. A viaxe de Allikay: comprendendo que a saúde é un dereito	24
6.1. Presentación da exposición	24
6.2. Proposta pedagóxica para dinamizar a exposición	25

I. INTRODUCCIÓN

Na actualidade, grazas aos avances na medicina, a tecnoloxía e o desenvolvemento dos sistemas de protección social, as persoas vivimos máis e mellor en moitos países. O desenvolvemento e mellora doutros condicionantes tamén tiveron moito que ver no aumento da esperanza de vida, como por exemplo, o acceso á auga potable e ao saneamento básico, a educación para a saúde, a mellora dos cuidados materno-infantís, condicións de traballo máis seguras, etc. Porén, aínda hai moitas diferenzas; por exemplo, a esperanza de vida nalgúns países é de 35 anos¹ máis que noutros e as condicións de vida de millóns de persoas non son dignas nin xustas. Isto amósanos que os avances e melloras tiveron un desenvolvemento diferente nos países. As desigualdades son cada vez maiores, tanto se comparamos diferentes países como no interior dos mesmos.

Segundo a Declaración Universal de Dereitos Humanos de Nacións Unidas (1948), “Toda persoa ten dereito a un nivel de vida axeitado que lle asegure tanto a ela como á súa familia, a saúde e o benestar, e en especial a alimentación, o vestido, a vivenda, a asistencia sanitaria, e os servizos sociais necesarios”. A saúde é un dereito humano fundamental que segue sendo vulnerado en moitos países e para moitas persoas. A saúde é moito máis que a ausencia de enfermidade.

Existen factores sociais, políticos, económicos, ambientais e culturais que exercen gran influencia no estado da saúde das persoas e na calidade de vida. Son moitos os compoñentes que determinan a nosa saúde: os niveis de pobreza e exclusión, o desemprego, a educación, o acceso a alimentos, auga potable e instalacións sanitarias, a vivenda, o acceso a información, os graos de protección social, a discriminación por cuestións de xénero, raza ou idade, o investimento en saúde pública, a vulnerabilidade fronte ao cambio climático... Somos conscientes disto? Existen políticas públicas que contemplan a saúde desde un enfoque integral e como dereito humano fundamental?

Esta guía quere dar a coñecer cal é o contido do dereito humano á saúde e a necesidade de actuar sobre todos aqueles factores² que condicionan a nosa vida (determinantes sociais da saúde) e que crean desigualdades *evitables, inxustas e innecesarias*. Para iso, Allikay, a nosa protagonista nesta guía, acompañaranos na viaxe. É promotora de saúde na súa comunidade e convídanos a que nos sumemos ao traballo polo recoñecemento dos dereitos humanos se queremos mellorar a saúde das persoas. A través de diferentes personaxes na exposición preséntansenos casos reais de vulneración do dereito humano á saúde (e outros dereitos) e formúlansenos preguntas que queremos aclarar, debater e comentar para comprender que a saúde é un dereito.

Desde Prosalus e Cruz Vermella Española apostamos pola defensa do dereito humano á saúde, desde un enfoque integral, preventivo e de promoción da saúde, e desde a interdependencia e respecto dos dereitos humanos. Esperamos que este material vos sexa útil.

Apúntaste á viaxe?

-
1. Segundo o Informe PNUD 2011, a esperanza de vida en Serra Leoa é de 47,8 anos e en Xapón 83,4.
 2. Este material traballa explicitamente só algún dos determinantes da saúde (xénero, acceso á auga e saneamento, educación, vivenda...); que non teñen por que ser considerados os máis importantes ou principais. Elixíronse algúns que poden ilustrar mellor a súa incidencia na saúde.

2. PRESENTACIÓN DA GUÍA

A) Que queremos con este material

- Entender a saúde como dereito humano fundamental.
- Aprender a mirar a saúde desde un enfoque multisectorial.
- Coñecer e reflexionar sobre o concepto de determinantes da saúde e desigualdades/inequidades sanitarias.
- Dotar de recursos formativos e informativos sobre o enfoque dos determinantes da saúde.
- Ofrecer recursos formativos e informativos complementarios á exposición “A viaxe de Allikay”.

B) A quen vai dirixido

- Educadores e educadoras da educación formal e non formal
- Persoal e voluntariado de ONGD

C) Como se estrutura a guía

Na guía atoparedes dous tipos de contidos: en primeiro lugar un marco teórico sobre o dereito á saúde, os determinantes sociais da saúde e algunhas estratexias básicas para promover a igualdade en materia de saúde; e en segundo lugar, unha proposta didáctica para reflexionar e dinamizar o traballo con mozos e adultos en relación á importancia de incidir sobre os determinantes sociais, como base para a mellora da saúde e o respecto dos dereitos humanos.

O Plan de Acción do Programa Mundial para a educación en dereitos humanos³ define a educación en dereitos humanos como o conxunto de actividades de aprendizaxe, educación, formación e información orientadas a crear unha cultura universal dos dereitos humanos e contribuír á promoción da igualdade, o desenvolvemento sostible baseado nas persoas e na xustiza social e ao aumento da participación no logro destes obxectivos e respecto dos dereitos humanos.

Desde este mesmo marco defínese a nosa proposta metodolóxica de:

- Coñecementos e técnicas: coñecer o contido do dereito á saúde, os factores que inflúen nel e mecanismos para a súa protección, así como adquirir a capacidade de aplicalos na vida cotiá.
- Promoción de valores, actitudes e comportamentos que aseguren o recoñecemento das desigualdades e o respecto ao dereito a saúde e o que este implica.
- Adopción de medidas ou toma de conciencia individual e colectiva na promoción dos dereitos humanos.



3. Proxecto de plan de acción para a segunda etapa (2010-2014) do Programa Mundial para a educación en dereitos humanos, en cumprimento da Resolución 12/4 do Consello de Dereitos Humanos.

3. COMPRENDENDO QUE A SAÚDE É UN DEREITO

3.1. Os dereitos humanos

Os dereitos humanos son dereitos inherentes a todas as persoas, sen ningunha distinción de nacionalidade, lugar de residencia, sexo, orixe nacional ou étnica, color, relixión, lingua, ou calquera outra condición. Ademais dos principios de universalidade e non discriminación, os dereitos humanos están interrelacionados, son interdependentes e indivisibles; é dicir, non se poden respectar uns si e outros non, aleatoriamente, uns inflúen no gozo dos outros. É importante subliñar que a Declaración Universal dos Dereitos Humanos non é plenamente vinculante para os Estados, xa que se trata dunha simple resolución da Asemblea Xeral das Nacións Unidas e a súa aplicación pode verse limitada por dous factores. Primeiro, porque non establece medidas concretas para a súa posta en práctica; segundo, porque, ante a presión de diferentes Estados, tívose que incluír unha disposición segundo a cal todos os dereitos e actividades recollidos na Declaración debían exercitarse no marco do dereito interno de cada país. Isto supón unha seria limitación ao gozo de estes dereitos. Será a través dos pactos internacionais como se desenvolvan os instrumentos de protección e garantía dos dereitos. Redáctanse dous pactos, un que recolle e regula os dereitos civís e políticos⁴, Pacto Internacional de Dereitos Civís e Políticos (PIDCP) e outro que inclúe os dereitos económicos sociais e culturais⁵, Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que establecen as obrigas que teñen os gobernos de tomar medidas en determinadas situacións, ou de absterse de actuar de determinada forma e noutras, co fin de promover e protexer os dereitos humanos e as liberdades fundamentais dos individuos ou grupos.

En canto ás obrigas que se derivan dos pactos, unha diferenza esencial entre un e outro radica nas obrigas que asumen os Estados ao ratificalos, como consecuencia da diferente natureza dos dereitos civís e políticos, por un lado, e dos dereitos económicos, sociais e culturais, por

outro. As obrigas que resultan do PIDCP son obrigas de carácter inmediato, é dicir, desde o momento que un Estado ratifica o devandito tratado internacional ten a obriga de respectar e promover todos os dereitos recoñecidos nel. En cambio, as obrigas que emanan do PIDESC son obrigas de carácter gradual e progresivo; os Estados teñen que ir poñendo todos os medios á súa disposición para, progresivamente, ir permitindo o gozo dos dereitos económicos, sociais e culturais. Outros tratados, como por exemplo sobre a eliminación de todas as formas de discriminación racial, a Convención dos Dereitos do Neno ou o Tratado para a Eliminación de Todas as Formas de Discriminación contra a Muller, foron complementando a protección dalgúns dereitos.

Podes atopar máis información sobre os dereitos humanos en:

<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>

<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/entradas/D>

<http://www.amnesty.org/es/economic-social-and-cultural-rights/what-are-escri>

3.2. A saúde como dereito humano

Art. 25: "Toda persoa ten dereito a un nivel de vida axeitado que lle asegure tanto a ela como á súa familia, a saúde e o benestar, e en especial a alimentación, o vestido, a vivenda, a asistencia médica e os servizos sociais necesarios; ten así mesmo dereito aos seguros en caso de desemprego, enfermidade, invalidez, viuvez, vellez ou outros casos de perda dos seus medios de subsistencia por circunstancias independentes da súa vontade." DECLARACIÓN

DECLARACIÓN UNIVERSAL DOS DEREITOS HUMANOS, 1948

Qué é a saúde? Existe o dereito a estar san? A saúde é moito máis que ausencia de enfermidade ou ter acceso á atención médica; é un dereito fundamental que toca todos os aspectos da vida e por iso é tan importante entender a saúde do modo máis amplo posible. A Organización Mundial da saúde estableceu como definición de saúde o "estado de completo

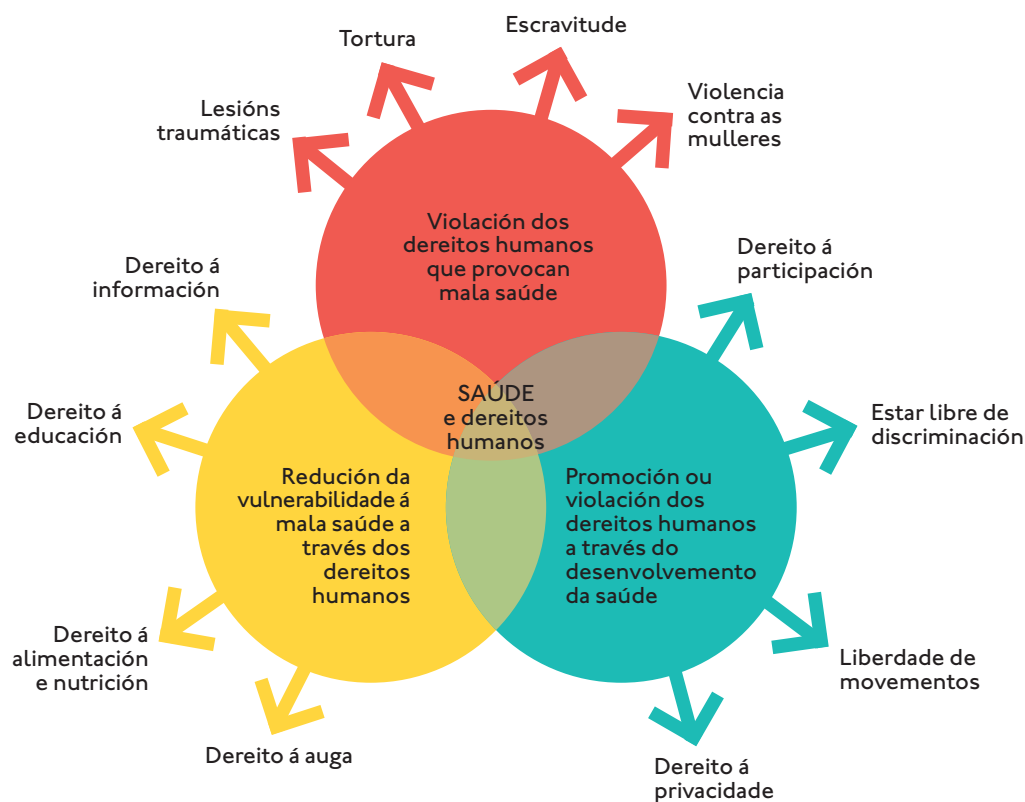
4. Dereito á vida, á liberdade e á seguridade persoal, dereito a non sufrir torturas nin ser sometido á escravitude, dereito a ter unha nacionalidade, igualdade de trato e non discriminación, liberdade de pensamento e relixión, liberdade de expresión, etc.

5. Dereito á elección de emprego, dereito á propiedade, dereito de acceso á educación, dereito a unha alimentación axeitada, dereito á saúde, etc.

benestar físico, mental e social”. A esta definición de saúde fóronse incorporando outras dimensións, como a capacidade de funcionar ou a saúde como un fenómeno continuo e dinámico ao longo do tempo, ata chegar a instaurarse a idea de que a saúde é un fenómeno multidimensional. Así pois, constátase que a noción de saúde foi evolucionando ao longo da historia desde un enfoque médico-biolóxico ata un concepto global e integral que incorpora o paradigma socio-ecolóxico (Frutos e Royo, 2006).

Como vemos no artigo 25 da Declaración Universal de Dereitos Humanos, son moitos os compoñentes que se precisan para lograr o benestar; os dereitos humanos (tanto civís e políticos, como económicos, sociais e culturais) están interrelacionados e son indivisibles. En ningún outro dereito como na saúde se observa a interdependencia entre os dereitos tan claramente como neste; polo tanto, nunha sociedade na que non se respecten os dereitos fundamentais non pode haber benestar físico, mental e social, ou o que é o mesmo, vida saudable, para a maioría da poboación, cidadás e cidadáns titulares dese dereito.

EXEMPLOS DA RELACIÓN ENTRE A SAÚDE E OS DEREITOS HUMANOS



Fonte: adaptado. As relacións entre dereitos humanos e saúde, segundo a OMS

No primeiro círculo agrúpanse os **dereitos que protexen xenericamente contra a violencia** exercida sobre o corpo humano e cuxa conculcación provoca agresións e lesións físicas e psicolóxicas que fan imposible o benestar físico, mental e social da persoa, tal e como sucede coa escravitude, a tortura, a violencia contra as mulleres e as prácticas agresivas tradicionais en determinadas culturas, como a ablación.

No segundo círculo inclúense os **dereitos humanos que protexen e estimulan o desenvolvemento físico, mental e social** da persoa, os que reducen a súa vulnerabilidade ante agresións externas de todo tipo, como son os dereitos a dispoñer de auga e saneamento, unha alimentación segura e nutritiva, dereito á educación e á información, etc.

Por último, no terceiro círculo dispóñense aqueles **outros dereitos humanos que, segundo se promovan ou se quebranten, inflúen, positiva ou negativamente**, no seo dunha sociedade concreta, no desenvolvemento da saúde, como son os dereitos á participación democrática, a non estar suxeito a discriminación por razón de raza, sexo ou xénero, á liberdade de movementos e á privacidade.

O dereito á saúde está desenvolvido no Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), cuxo artigo 12 di que os Estados que forman parte do pacto recoñecen o dereito de toda persoa ao gozo do máis alto nivel posible de saúde física e mental; e nun segundo parágrafo describe algunhas das medidas que se deberán adoptar para garantilo. O problema é que a obriga de adoptar medidas é un pouco lasa, como vimos que acontece con estes dereitos; é dicir, deberanse “adoptar medidas” creando condición para facilitar a promoción destes dereitos, de “forma progresiva” e “na medida dos recursos dispoñibles”.

O dereito á saúde débese entender como un dereito ao gozo de toda unha gama de facilidades, bens, servizos e condicións necesarios para acadar o máis alto nivel posible de saúde.

3.3. Desigualdades en saúde

Todos os animais son iguais, pero algúns son máis iguais que outros.

REBELIÓN NA GRANXA. GEORGE ORWELL

A Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Saúde de Alma-Ata, realizada en Casaquistán en 1978, foi o evento de política de saúde internacional máis importante da década dos 70 e aínda segue a ser referente a pesar que o contexto mundial sufriu grandes cambios durante as últimas décadas. Os valores centrais da Declaración de Alma Ata seguen a ser válidos. Esta declaración formulaba que a grave desigualdade existente no estado de saúde da poboación, entre os países así como dentro de cada país, é política, social e economicamente inaceptable. Estableceuse como lema “Saúde para todos no ano 2000”, os alicerces estaban postos pero os

dez puntos que resumen as bases para a construción dun novo sistema de saúde que garanta este dereito, no eran vinculantes para os Estados e este obxectivo non se cumpríu (participaron 134 países e 67 organizacións internacionais). O que si se logrou con esta conferencia foi dirixir a atención internacional cara ao concepto da saúde como un dereito humano e propuxo a atención primaria de saúde como a mellor estratexia para pór a saúde ao alcance de todos os membros da sociedade.

En 1986, celebrouse a primeira Conferencia Internacional sobre Promoción da saúde, organizada pola OMS á que acudiron máis de 200 persoas procedentes de 38 países. Desta conferencia xurdiu a Carta de Ottawa, na que se detallaban as accións que había que realizar para acadar o obxectivo de “Saúde para todos no ano 2000”. Este documento establece unhas condicións o prerequisites que son necesarios para gozar de boa saúde: a paz, a educación, a vivenda, a alimentación, a renda, un ecosistema estable, a xustiza social e a equidade.



Sabemos que isto non é real e que non todas as persoas partimos das mesmas condicións: unha de cada sete persoas segue pasando fame; 69 millóns de nenos e nenas aínda están sen escolarizar e 759 millóns de persoas adultas sen estudos básicos⁶; millóns de persoas carecen dunha vivenda axeitada, os conflitos armados provocan millóns de mortes e persoas desprazadas; o cambio climático está provocando migracións e desprazamentos forzosos, así como o deterioro da seguridade alimentaria⁷...

A que chamamos desigualdades? Poderíamos distinguir varios tipos de desigualdades:

- As aceptables, é dicir, aquelas que proveñen da libre elección dos individuos.
- As inxustas e evitables que resultan dunha desigual distribución dos recursos e condicións de vida que afectan á nosa saúde e escapan, polo xeral, ao control dos individuos.
- As inevitables, as cales son consecuencia da distribución desigual de certos factores, como os xenéticos/biolóxicos. Estas desigualdades non teñen por que causar ningún prexuízo nin discriminación; simplemente existen e haberá que tratalas.

A que desigualdades nos referimos ao falar de desigualdades en saúde?

No marco da Unión Europea, utilizábase o termo “desigualdades” mentres que noutros países, fundamentalmente de América Latina e organismos internacionais como a OMS, empregábase o termo “inequidades”. É importante aclarar que o concepto ao que se refiren ambas, nesta área de traballo, é o mesmo; o termo desigualdades, polo tanto, emprégase como sinónimo de inequidades e refírese ás diferenzas inxustas, sistemáticas e evitables e non a simples diferenzas en saúde.

No ámbito mundial hai definidos algúns indicadores que axudan a medir, visualizar e intervir na redución desas desigualdades.

- A esperanza de vida en Xapón supera os 83 anos, mentres que en Serra Leoa, segundo o informe do PNUD 2011, sitúase en 47,8 anos. Hai 26 países que contan cunha esperanza de vida superior aos 80 anos e noutros 24 a poboación non supera os 55 anos.
- Atención inversa: o 93% da carga de enfermidade dáse nos países en desenvolvemento, que consumen só o 11% do gasto mundial en saúde.
- Preto do 80% das enfermidades non transmisibles rexístranse nos países de ingresos baixos e medios.
- Nalgúns países, só o 10% dos partos son asistidos por persoal médico cualificado.

6. A educación non é un conto: polos dereitos das nenas e as mulleres. Posicionamento campaña SAME 2011.

7. Estímase que os países en desenvolvemento soportarán entre o 75% e 80% dos danos provocados polas alteracións do clima. (“Cambio climático e dereito á alimentación”, campaña “Dereito á alimentación. Urxente”, 2012)

- O Informe Mundial sobre Seguridade Social da OIT, publicado en novembro de 2010, estima que catro de cada cinco persoas no mundo carecen da protección básica que proporciona a seguridade social.
- A mortalidade infantil en Bolivia en 2011 era de 42 por cada 1.000 nacementos; en Mozambique 78,91 por cada mil e en Bangladesh 50,73. Se todo o planeta conseguise acadar o nivel de mortalidade infantil de Islandia ou Suecia (2-3 por cada 1.000 nacementos), cada ano poderíase evitar a morte de máis de 11 millóns de nenos e nenas.
- A comercialización de bens sociais esenciais, tales como a educación, acceso á auga, electricidade e a atención médica, así como a maior circulación de produtos perigosos para a saúde, poden xerar inequidade sanitaria e, de feito, así sucede. Cada ano, segundo a OMS, máis de 100 millóns de persoas caen na pobreza simplemente porque teñen que pagar a atención sanitaria e os medicamentos.
- En todas as sociedades, homes e mulleres teñen un acceso e control desigual aos recursos tanto persoais, sociais como sanitarios. As desigualdades no acceso á información, á atención e ás prácticas sanitarias básicas aumentan aínda máis os riscos para a saúde das mulleres.

A desigualdade en saúde é hoxe maior que hai anos e segue aumentando. Isto non acontece unicamente nos países empobrecidos; tamén atopamos grandes desigualdades no noso país e en calquera país desenvolvido.

O crecemento económico aumenta a riqueza en moitos países, pero isto por si só non necesariamente mellora a situación sanitaria nacional. Se os beneficios non se distribúen equitativamente, o crecemento económico pode incluso agravar as inequidades (e así está a acontecer).

A maior parte dos problemas de saúde e das principais causas de morte prematura está condicionada por factores determinados socialmente, como a educación, a situación laboral, a renda, o medio, o territorio ou a exclusión social, que afectan desigualmente á poboación e que superan ao sector sanitario. Podemos ter moi bos hospitais pero a mellora da saúde debe incluír tamén a redución das desigualdades. Dise que as desigualdades son a maior epidemia na actualidade e non se deben a características ou fallos biolóxicos.

4. OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A nosa maior 'epidemia' non son as enfermidades cardiovasculares, o cancro, o tabaquismo ou as infeccións, senón os determinantes sociais que afectan á saúde pública e producen grandes desigualdades de saúde.

A SANIDADE ESTÁ EN VENDA. . VARIOS AUTORES

4.1. Determinantes sociais de saúde

O estado de saúde dunha persoa está determinado en gran medida pola súa posición socioeconómica. Nos países de ingresos baixos a esperanza de vida está arredor dos 57 anos, por termo medio, mentres que nos de ingresos altos é de 80 anos.

Cando falamos de determinantes da saúde referímonos ás condicións nas que as persoas nacen, medran e viven; condicións que fan posible vivir con saúde, tales como o acceso á auga segura, condicións axeitadas de vivenda, alimentación e traballo seguro e saudable, entre outras.



Fonte: adaptado de Dalghren & Whitehead (1991)

Moitas veces, establecemos como causas da mala saúde comportamentos persoais que realizamos e polo tanto, trasladamos ás persoas a carga ou responsabilidade de protexer a súa saúde. As condutas relacionadas coa saúde ou os “estilos de vida” non sempre proveñen de eleccións estritamente persoais e libres. Tres cuartas partes da humanidade (uns 4.500 millóns de persoas) non dispoñen da opción de elixir libremente factores fundamentais para a saúde como seguir unha alimentación axeitada, vivir nun ambiente saudable ou ter un traballo gratificante que non sexa nocivo para a saúde.

Hai outros elementos, non tan próximos, que tamén afectan á nosa saúde: a distribución dos recursos/posición socioeconómica, as diferenzas de xénero, o acceso á educación e información, etc., son tamén determinantes da saúde. Estes factores están producindo grandes desigualdades na saúde das persoas.

Os determinantes non están necesaria nin directamente relacionados coa atención da saúde, porén, inflúen enormemente e a súa análise axuda a clarificar onde existen barreiras aos dereitos humanos e, en definitiva, cales son as causas da nosa mala saúde (factores sociais, políticos, ambientais e económicos). A raza e a clase social (medida en función do nivel de ingresos, condicións de vida, educación, tipo de traballo, etc.) son, xunto co xénero, os maiores determinantes sociais para a saúde. Polo tanto, é imprescindible que estas diferenzas se teñan en conta para planificar tanto as políticas de saúde como o resto de políticas que poden influír no benestar físico, mental e social dos diferentes grupos de poboación.

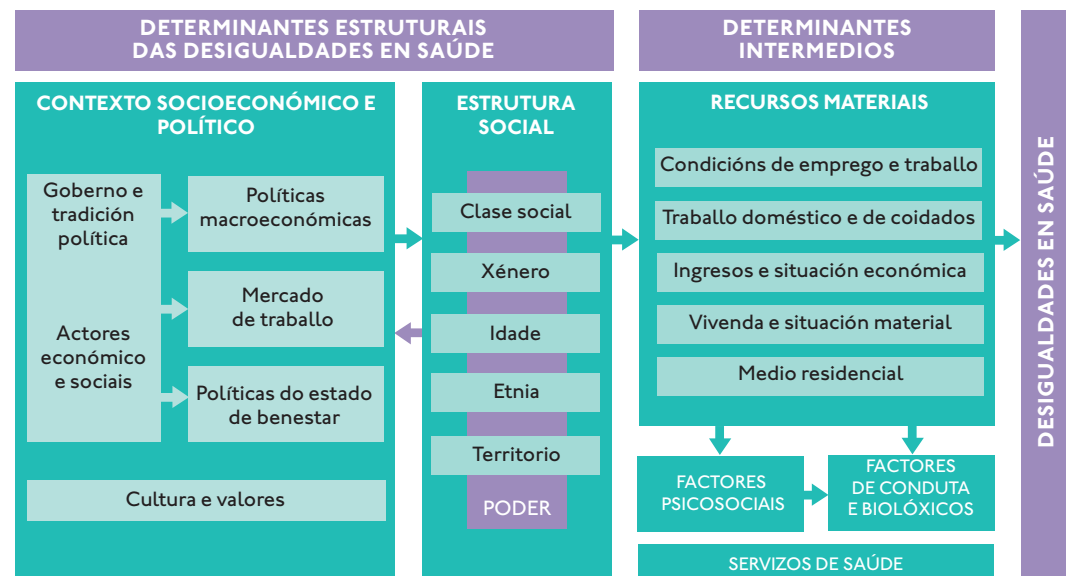
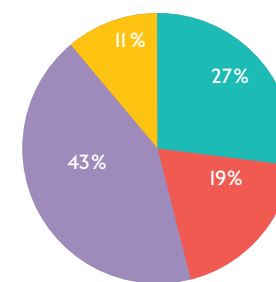


Figura 1. Marco conceptual dos determinantes das desigualdades sociais en saúde. Comisión para reducir as desigualdades en saúde en España, 2010

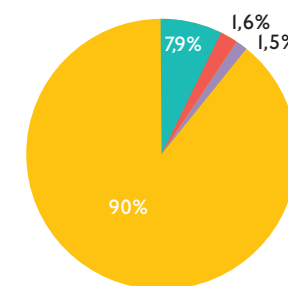
Un pouco de Historia

Comézase a falar dos Determinantes sociais da saúde no informe “Unha nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”, máis coñecido como “Informe Lalonde”, publicado no ano 1974 polo entón Ministro de Saúde Nacional e Benestar de Canadá, Marc Lalonde. Nese documento identificáronse 4 tipos de determinantes da saúde: a bioloxía humana, o ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde. Este informe demostraba que os factores relacionados co ambiente e co estilo de vida son os que máis inflúen na saúde e, contraditoriamente, nos que menos recursos se inviste.

Factores determinantes da saúde



Recursos destinados aos factores



- Bioloxía humana: factores xenéticos, hereditarios, envellecemento
- Ambiente e medio
- Estilo de vida
- Asistencia sanitaria

Fonte: elaboración propia a partir do informe Lalonde

Isto abriu o debate en torno a un enfoque integral da saúde que tomaría maior importancia coa aprobación en 1978 da Declaración de Alma Ata sobre a atención primaria de saúde, na que se lexitima a saúde como dereito humano fundamental e defínese a estratexia “Saúde para todos no ano 2000”.

Durante a primeira década do S. XXI segue predominando o enfoque biomédico da saúde (centrado na bioloxía humana) e en 2005 a OMS crea unha comisión para o traballo específico sobre os determinantes sociais da saúde, ante a necesidade dun cambio do modelo predominante e o incremento das desigualdades. En 2008 editouse un amplo informe sobre o tema, co título: “Emendar as desigualdades nunha xeración. Acadar a equidade sanitaria actuando sobre os determinantes sociais da saúde”. Este traballo fixo que moitos países adoptasen medidas orientadas a reducir as inequidades sanitarias, conseguindo avances importantes, pero en moitos casos as sucesivas crises mundiais están facendo maiores os desafíos e acentuado as inequidades.

Recentemente, na Conferencia Mundial sobre os Determinantes Sociais da saúde, celebrada en outubro de 2011 en Río de Janeiro, representantes de máis de cen países abordaron as causas fundamentais das inequidades sanitarias e comprometéronse a seguir traballando desde un enfoque integral da saúde.

Aínda queda moito traballo por facer, e as políticas non terminan de incluír o enfoque dos determinantes sociais. Somos conscientes de todo o que afecta á nosa saúde?

4.2. Xénero como determinante da saúde

A saúde non a elixe quen quere senón quen pode.

A SANIDADE ESTÁ EN VENDA.VARIOS AUTORES

Xénero non é sinónimo de muller, non é unha categoría biolóxica como o sexo, nin tampouco é unha variable demográfica para dividir á poboación e coñecer as características de mulleres e homes.

Qué é XÉNERO? Por xénero entendemos a construción cultural que fai unha sociedade a partir das diferenzas biolóxicas. Mediante esta construción adscribíense cultural e socialmente aptitudes, roles sociais e actitudes diferenciadas para homes e mulleres atribuídas en función do seu sexo biolóxico. Ao longo do noso proceso de socialización, segundo sexamos home ou muller, aprendemos e poñemos en práctica unha serie de comportamentos aceptados como femininos e/ou masculinos, comportamentos que van ser considerados como apropiados ou non, favorecendo ou dificultando a nosa inserción na sociedade á que pertencemos.

Moitas das causas principais de morbilidade e mortalidade das mulleres, o mesmo nos países ricos que en países en desenvolvemento, teñen a súa orixe nas actitudes da sociedade cara a elas, o que á súa vez se reflicte nas estruturas e os sistemas que establecen as políticas, determinan os servizos e crean as oportunidades. A saúde de mulleres e homes é diferente e desigual⁸. Diferente porque hai factores biolóxicos (xenéticos, hereditarios, fisiolóxicos, etc.) que se manifestan de forma diferente na saúde e nos riscos de enfermidade. Isto non é malo se somos capaces de visibilizar estas diferenzas e actuamos de acordo ás necesidades de cada sexo. Pero é desigual porque hai outros factores que, en parte, son explicados polo xénero, e que inflúen dunha maneira inxusta na saúde das mulleres.

As desigualdades entre os sexos inflúen na saúde de distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra as mulleres, falta de poder de decisión, reparto desigual do traballo, o salario, o tempo libre e as posibilidades de mellorar na vida, por citar algunhas.

8. Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000.

Temos moitos exemplos disto; algúns en países afastados... outros máis próximos, e afecta a todos os grupos e clases sociais. Na maioría das sociedades á muller non se lle recoñece o mesmo estatus social que o home, o que se traduce en relacións de poder desiguais e “brechas de xénero”⁹, que son claramente visibles:

- As mulleres producen máis do 50% dos alimentos que se consumen no mundo e, porén, son as principais vítimas da fame (un 60% son mulleres e nenas); só o 2% son propietarias das terras de cultivo e unicamente o 1% ten acceso a créditos para a produción.
- Na Unión Europea unha muller ten que traballar cada ano 54 días máis que un home para gañar o mesmo. No noso país, as mulleres cobran un 22% menos que os homes.
- En moitos países, as mulleres non teñen dereito a posuír bens, herdar terras ou outros activos. Como resultado disto, négaselles ás mulleres o acceso a recursos esenciais, a menos que estean relacionadas con homes que coiden delas. As viúvas son particularmente vulnerables, por exemplo en India ou en Kenya, acostuman quedar sen fogar e sen recursos económicos.
- 2/3 dos 759 millóns de persoas adultas que carecen de estudos básicos son mulleres.

Resumindo desigualdades de xénero

% MULLERES		% HOMES
50	Poboación	50
52	Horas traballadas	48
10	Diñeiro en propiedade	90
1	Terra en propiedade	99
2	Crédito agrícola	98
67	Pobres	33
70	Persoas adultas analfabetas	30
80	Persoas desnutridas	20
67	Nenez non escolarizada	33
17	Postos parlamentarios	83
16	Postos ministeriais	84
14	Postos dirección económica	86

Fonte: MZC (2010) Manual de formación de axentes. Transversalización do xénero nos procesos de educación para o desenvolvemento.

9. As brechas de xénero constitúen patróns desiguais de acceso, participación e control para homes e mulleres sobre os recursos, servizos, oportunidades e beneficios do desenvolvemento.

4.3. Acceso a auga e saneamento como determinante da saúde

A auga non ten substitutos.

O LIBRO DA AUGA. FRANCISCO GARCÍA OLMEDO

En marzo de 2012 acadouse a meta dos Obxectivos de Desenvolvemento do Milenio de reducir á metade a proporción de persoas sen acceso a auga potable. Isto é unha boa noticia, pero o éxito non é total. Independentemente de terremotos, tsunamis ou furacán, na actualidade hai, polo menos, un 11% da poboación mundial – 783 millóns de persoas – que carece de acceso a auga potable e 2.500 millóns de persoas que carece de acceso ao saneamento apropiado. Se a tendencia actual se mantén, en 2015 haberá 2.700 millóns de persoas sen acceso a saneamento básico.

Segundo a Organización Mundial da saúde, requírense entre 50 e 100 litros de auga por persoa ao día para cubrir as necesidades básicas e evitar a maior parte de problemas de saúde; esa diferenza depende das condicións climáticas, a actividade física que se desempeña, ou o estado de saúde. Así, por exemplo, as nais lactantes ou embarazadas e as persoas enfermas, necesitarán máis auga que unha persoa sa sen persoas ao seu cargo. Nalgúns países nin sequera chegan a ter acceso a 10 litros por persoa e día e isto orixina numerosas enfermidades que poden ocasionar mortes e perdas irreparables. Calcúlase que o 80% das enfermidades en países en vías de desenvolvemento son provocadas polo uso de auga contaminada e a ausencia de servizos de saneamento básico. Esta é, sen dúbida, unha das maiores desigualdades en saúde e vulneración de dereitos humanos.

Dispor de auga potable e instalacións de saneamento é un requisito previo indispensable para a saúde e o éxito na loita contra a pobreza, a fame, a mortalidade infantil e a desigualdade de xénero. É tamén un elemento básico para o cumprimento dos dereitos humanos. A Asemblea Xeral de Nacións Unidas aprobou, o 28 de xullo de 2010, unha resolución que recoñece a auga potable e o saneamento básico como dereito humano esencial para o pleno gozo da vida e de todos os dereitos humanos. Porén, os datos da situación actual son desconcertantes:

- En todo o mundo aproximadamente unha de cada oito persoas non ten auga potable.
- Cada ano máis de 3 millóns e medio de persoas morren por enfermidades transmitidas por auga contaminada.
- A diarrea é a segunda causa de mortalidade de nenos e nenas menores de 5 anos.
- A falta de acceso a auga potable mata máis nenos e nenas que a sida, a malaria e o xarampón xuntos.
- Nun só día, as mulleres e nenas de todo o mundo dedican máis de 200 millóns de horas para recoller e transportar auga para os seus fogares.

O dereito humano á auga outórgalles a todas as persoas o dereito a ter auga en cantidade suficiente, segura, aceptable, accesible e barata para usos persoais e domésticos; e obriga a todos os Estados a cubrir esta necesidade.

Algo tan sinxelo como o lavado das mans con auga e xabón é unha das maneiras máis eficaces e económicas de previr mortes innecesarias e inxustas. Esa práctica hixiénica reduce en máis dun 40% o número de mortes debidas á diarrea e nun 25% o número en casos de infeccións agudas das vías respiratorias. Iso si, debe ser auga segura non contaminada.

4.4. Habitabilidade axeitada como determinante da saúde

O aloxamento é unha necesidade humana prioritaria, como o alimento e a auga, e unha condición esencial da vida civilizada. Cando se comprendan estas verdades, recoñecerase o problema de estar sen fogar como o que verdadeiramente é: unha aldraxe contra a dignidade humana e a denegación dun dereito humano básico.

LORD SCARMAN

As situacións ambientais que nos rodean afectan de maneira directa á nosa saúde. Algúns factores son máis evidentes que outros, por exemplo, sabemos que a contaminación prexudica a nosa saúde e que é necesario ter acceso a servizos hixiénicos de saneamento, pero, sabemos como debe ser unha vivenda saudable? A situación de precariedade da vivenda afecta a saúde de millóns de persoas, en particular, ás poboacións máis pobres e aos máis vulnerables como os nenos e nenas menores de 5 anos, ás persoas que padecen enfermidades crónicas severas ou sofren algún tipo de discapacidade, e aos adultos maiores porque pasan a maior parte do tempo na vivenda.

A vivenda, para que sexa considerada hixiénica e saudable, non só debe reunir requisitos de orde arquitectónica ou estrutural, senón tamén certas condicións para previr accidentes e enfermidades e que garantan as necesidades básicas dos habitantes da mesma. Ademais, deberían analizarse as condicións da vivenda desde un enfoque máis amplo, non só centrándose na casa como ambiente físico, sen tomar en conta tamén o medio e a comunidade (contaminación, tratamento de residuos e lixo, transportes, atención sanitaria e educativa, etc.).

SITUACIÓNS AMBIENTAIS

CONDICIÓNS DE SAÚDE	Auga e saneamento	Refugallos sólidos	Contaminación do aire	Vivenda	Riscos ocupacionais	Riscos químicos	Desastres naturais	Cambios globais no ambiente
Infeccións respiratorias agudas			X	X	X	X		
Diarreas	X	X		X		X	X	
Enfermidades transmitidas por vectores (malaria, dengue)	X	X		X		X	X	X
Intoxicacións por substancias químicas (ex. Pesticidas)	X	X	X	X	X	X		X
Enfermidades de saúde mental				X	X		X	
Cancro	X		X	X	X	X		X
Enfermidades respiratorias crónicas			X	X	X	X		X
Accidentes				X	X			X

Fonte: OPS/OMS

A Axenda Hábitat presentada na Conferencia Hábitat II en Istambul en 1996 (UN-HABITAT, 1996), define as características dunha “vivenda axeitada”:

“Unha vivenda axeitada significa algo máis que ter un teito baixo o que gorecerse. Significa tamén dispor dun lugar privado, espazo suficiente, accesibilidade física, seguridade axeitada, seguridade de tenencia, estabilidade e durabilidade estruturais, iluminación, calefacción e ventilación suficientes, unha infraestrutura básica axeitada que inclúa servizos de abastecemento de auga, saneamento e eliminación de refugallos, factores apropiados de calidade do ambiente e relacionados coa saúde, e un emprazamento axeitado e con acceso ao traballo e aos servizos básicos, todo iso a un custo razoable. A idoneidade de todos eses factores débese determinar xunto coas persoas interesadas, tendo en conta as perspectivas de desenvolvemento gradual. O criterio de idoneidade acostuma variar dun país a outro, pois depende de factores culturais, sociais, ambientais e económicos concretos. Nese contexto, deben considerarse os factores relacionados co sexo e a idade, como o grao de exposición dos nenos e as mulleres ás substancias tóxicas.”

Actualmente moitas persoas están sufrindo pobreza enerxética, é dicir, non se poden custear a enerxía suficiente para satisfacer as necesidades domésticas básicas ou ben destinan unha alta cantidade dos ingresos a cubrilas. As causas que xeran esta precariedade enerxética son diversas: baixos ingresos do fogar, calidade insuficiente da vivenda, prezos elevados da enerxía, prezos elevados da vivenda, etc. As súas consecuencias no benestar son tamén variadas: temperaturas da vivenda inaxeitadas, incidencias sobre a saúde, risco de endebedamento e desconexión da subministración eléctrica, degradación dos edificios, dilapidación de enerxía, emisións, etc.

4.5. A educación como determinante da saúde

A educación é a arma máis poderosa que podes usar para cambiar o mundo .

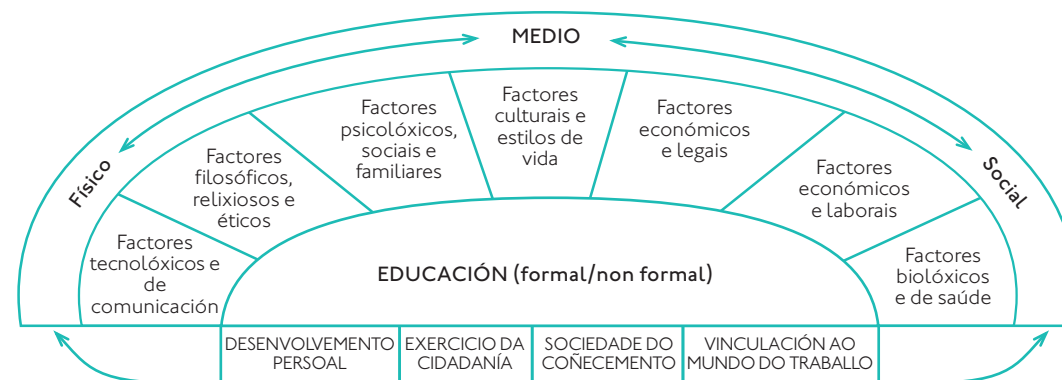
NELSON MANDELA

A educación, tanto a formal como informal, é condición necesaria para acadar un nivel de benestar físico individual, colectivo e de desenvolvemento humano. A educación é tamén un dos mecanismos privilexiados para a superación da pobreza. Ten unha especial importancia para avanzar nos dereitos económicos, sociais e culturais, na medida en que incrementa as opcións para acceder ao traballo, ao coidado da saúde e a nutrición, á consecución de ingresos necesarios para asegurar o benestar das persoas, e ao fortalecemento das capacidades para un mellor exercicio dos seus dereitos humanos.

A educación das nais é un determinante primordial para a supervivencia de nenos e nenas. En todas as rexións en vías de desenvolvemento os nenos de nais con certo grao de educación corren menos risco de morrer. As posibilidades de que un neno sobreviva aumentan se a súa nai ten unha educación secundaria ou superior.

As desigualdades sanitarias son tamén evidentes entre os máis anciáns en función do nivel educativo. Por exemplo, a prevalencia das discapacidades a longo prazo, que rexistran os varóns europeos maiores de 80 anos é de 58,8% entre os que teñen un nivel básico de educación, e de 40,2% entre os que contan cun nivel superior¹⁰.

Na seguinte gráfica podemos ver como inflúe a educación como determinante da saúde, afectando non só á persoa senón tamén á comunidade e ao medio.



Fonte: Adaptado de “A educación como determinante social da saúde en Perú”. Gráfico: “Ecosistema educativo”. Cadernos de promoción da saúde nº 17. Organización Panamericana da saúde. Perú, 2007

10. Informe da Comisión sobre Determinantes de Saúde, OMS.

5. OBXECTIVOS DE DESENVOLVEMENTO DO MILENIO. UNHA APOSTA POLA SAÚDE GLOBAL

Son cousas pequeniñas. Non acaban coa pobreza, non nos sacan do subdesenvolvemento, non socializan os medios de produción e de cambio, non expropian as covas de Alí Babá. Pero quizais desencadeen a alegría de facer, e a traduzan en actos. E ao final, actuar sobre a realidade e cambiala, aínda que sexa un pouquiño, é a única maneira de probar que a realidade é transformable.

EDUARDO GALEANO

No ano 2000 coa sinatura da Declaración do Milenio, 189 países comprometéronse na loita contra a pobreza e no avance por un mundo máis equitativo. Para iso establecéronse 8 Obxectivos de Desenvolvemento do Milenio (ODM).

Para máis información sobre os ODM, podes consultar:
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

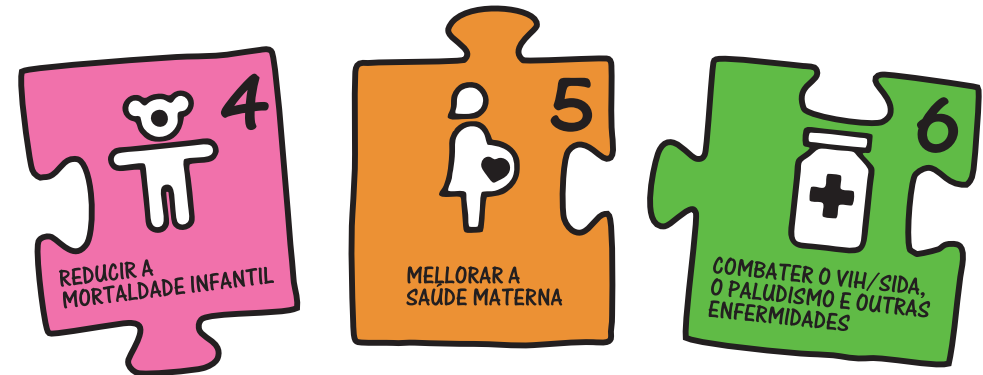
Son varios os determinantes sociais que impactan na saúde e crean unha sinerxía entre os Obxectivos de Desenvolvemento do Milenio directamente relacionados coa saúde e os que están menos claramente relacionados con ela. Por exemplo, as metas 1 a 4 reflicten determinantes sociais da saúde como a pobreza, a malnutrición ou a educación; as metas 9 a 11 corresponden a determinantes ambientais como o acceso a auga e saneamento, ou a pobreza urbana; e as metas 12 a 18 son determinantes globais ou distais, tales como o comercio e o alivio das débedas. Así que non se poderían considerar de forma illada e débense pór en marcha políticas integrais que axuden a cumprir todos eles.

Os obxectivos, metas e indicadores definidos demostran a importancia do sector saúde no desenvolvemento dos pobos. Tres dos obxectivos están directamente dirixidos á saúde. Outros tres teñen metas onde o sector saúde debe intervir; e en xeral, todos os obxectivos repercuten de maneira importante na saúde e o benestar das poboacións.

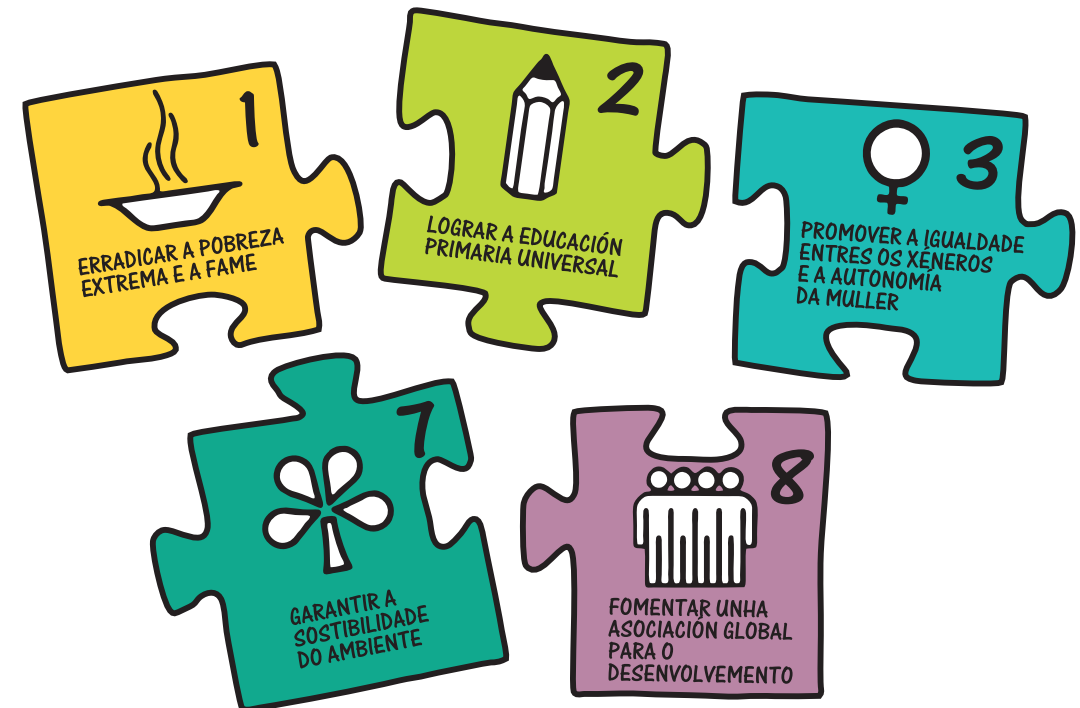
No seguinte esquema podemos ver como se clasificarían os ODM atendendo a esta interrelación cos determinantes da saúde. O traballo en cada un dos ODM é unha peza imprescindible para completar o puzzle e garantir o dereito á saúde.

DEREITO Á SAÚDE

ODM máis relacionados con saúde



ODM que actúan sobre os determinantes



Fonte: elaboración propia

6. A VIAXE DE ALLIKAY: COMPRENDENDO QUE A SAÚDE É UN DEREITO

Para a sociedade en xeral, educadores e educadoras, axentes de cooperación..., a exposición e o material presentado pretenden concienciar sobre o seu papel como cidadáns/cidadás no exercicio dos seus dereitos, desde unha perspectiva local e global.

No informe elaborado pola Comisión sobre Determinantes Sociais da saúde, da OMS, en 2008, formúlanse tres retos para emendar as desigualdades en saúde:

1. Mellorar as condicións de vida: é dicir, as circunstancias nas que a poboación nace, crece, vive, traballa e envellece.
2. Loitar contra a distribución desigual do poder, o diñeiro e os recursos; é dicir, os factores estruturais dos que dependen as condicións de vida.
3. Avaliar as intervencións, dotarse de persoal capacitado en materia de determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinión pública ao respecto.

É neste último reto onde se insire este material e a nosa aposta por comprender que a saúde é un dereito, a través da formación de educadores e educadoras e a sensibilización da opinión pública.

6.1. Presentación da exposición

Como cres que podes colaborar ti? O que che propoñemos é que te subas ao autobús e continúes a viaxe con Allikay, comprendendo que a saúde é un dereito. Agora que viches as desigualdades en saúde e sabes que son os determinantes sociais da saúde, pódenos axudar a sensibilizar e informar a outras persoas.

A proposta que che ofrecemos é a dinamización dunha exposición, á que acompaña esta guía: “A viaxe de Allikay: comprendendo que a saúde é un dereito”. A exposición preséntase como unha viaxe a través de realidades e testemuños sobre “que é a saúde” para diferentes persoas e cales son as carencias, necesidades e inequidades en saúde que se presentan ante a falta de garantía dos dereitos humanos. Xunto a cada testemuño Allikay achérganos datos e preguntas que poden dirixir o debate e traballo co grupo. Neste capítulo facilítase unha pro-

posta didáctica para traballar cada panel e dar a coñecer o marco teórico sobre as desigualdades en saúde e os determinantes sociais.

A exposición conta cun total de 10 paneis que pretenden facer reflexionar sobre a importancia dos determinantes sociais no dereito á saúde:

- Panel 1: Comprendendo que a saúde é un dereito
- Panel 2: Desigualdades en saúde
- Panel 3: Desigualdades en saúde
- Panel 4: Determinantes sociais da saúde
- Panel 5: Xénero como determinante da saúde
- Panel 6: Acceso a auga e saneamento como determinante de saúde
- Panel 7: Habitabilidade e vivenda como determinante da saúde
- Panel 8: Educación como determinante da saúde
- Panel 9: Obxectivos de Desenvolvemento do Milenio e Saúde
- Panel 10: Aparecen todos os personaxes da exposición e unha invitación: sube ao autobús, para que cada persoa se sinta participante e comprometida na defensa dos dereitos humanos. Ao finalizar a viaxe preténdese que cada visitante comprenda que a saúde é un dereito humano e que debemos traballar para que se garanta para todas as persoas.

Como material complementario tamén podes consultar a web www.determinantesdesaude.org con información específica sobre os determinantes da saúde, fotografías, calendario das exposicións, etc.

6.2. Proposta pedagóxica para dinamizar a exposición

En función das características do grupo, pódese traballar cada panel individualmente, coas preguntas que se especifican na seguinte táboa, ou en conxunto ao finalizar a exposición, seleccionando as preguntas dos paneis que máis chamaron a atención. No apartado “comentarios-achegas” inclúense algúns datos e preguntas máis que che poden axudar a debater no grupo.

Panel 1. A saúde como dereito humano

Coñecer as ideas previas dos e das participantes sobre a saúde

Que é para ti a saúde?

O dereito humano á saúde non só inclúe a asistencia sanitaria.

Que entendes por **benestar físico, mental e social**?

5 min

Presentar a exposición explicando o concepto de saúde desde un enfoque integral e de DDHH

Por que unhas persoas enferman máis que outras?

A saúde como dereito humano

Os Dereitos Humanos son para todas as persoas, independentemente da súa raza, relixión, sexo, clase social e posición económica. A saúde é un dereito humano en si mesmo e tamén unha condición para o exercicio e gozo do resto de dereitos

5 min

Panel 2. Desigualdades en saúde

Visualizar os requisitos necesarios para gozar dunha boa saúde

Canto che custa a saúde?

Observando a montaña e requisitos necesarios para chegar ao cumio, debater cales son os nosos obstáculos e ver se o noso camiño é máis sinxelo que o de Afya.

Como vemos no panel da exposición, hai obstáculos e dificultades que fan a montaña cada vez máis grande e pendente.

5 min

Para moitas persoas é difícil chegar ao cumio e gozar dunha boa saúde; outras, porén, non teñen ningunha destas dificultades. Comenta estes datos que amosan algunhas das desigualdades en saúde.

- A esperanza de vida en Xapón supera os 83 anos, mentres que en Serra Leoa, segundo o informe do PNUD 2011, sitúase en 47,8 anos. Hai 26 países que contan cunha esperanza de vida superior aos 80 anos e noutros 24 a poboación non supera os 55 anos. **Ocorréseche algunha causa de por que acontece isto?**

- Atención inversa: o 93% da carga de enfermidade dáse nos países en desenvolvemento, que consumen só o 11% do gasto mundial en saúde. **Non te parece contradictorio?**

- Preto do 80% das enfermidades non transmisibles rexístranse nos países de ingresos baixos e medios.

- Nalgúns países, só o 10% dos partos son asistidos por persoal médico cualificado.

- O Informe Mundial sobre Seguridade Social da OIT, publicado en novembro de 2010, estima catro de cada cinco persoas no mundo carecen da protección básica que proporciona a seguridade social. **Sabes o que che ofrece a seguridade social aquí?**

- En todas as sociedades, dáse a desigualdade de xénero, é dicir, homes e mulleres teñen acceso desigual a recursos persoais, sociais e sanitarios. As desigualdades no acceso á información, a atención e as prácticas sanitarias básicas aumentan aínda máis os riscos para a saúde das mulleres.

Panel 3. Desigualdades en saúde

Ser conscientes das desigualdades en saúde dentro do noso país

Que desigualdades podes ver na túa vila ou cidade que afectan directamente á nosa saúde?

5 min

Os grupos sociais máis vulnerables son as persoas de clases sociais desfavorecidas, as mulleres, e máis recentemente a poboación inmigrada de países pobres, que presentan peores condicións de vida e de traballo, e teñen máis dificultades para acceder a algúns servizos. Ademais existen variacións xeográficas relacionadas cos recursos sociais, económicos e sanitarios que dispón cada rexión.

Por exemplo, o acceso aos servizos médicos nas zonas rurais é moito máis difícil que para medios urbanos.

Algúns datos de desigualdades dentro dun mesmo país:

- En ningún país se garante o acceso inmediato de todas as persoas a todos os servizos que poderían manter ou mellorar a súa saúde. Todos se enfrontan ás limitacións de recursos, o que resulta crítico nos países de ingresos baixos. (Informe OMS 2010).

- O desemprego constitúe un risco moi importante para a saúde, tanto física como mental, incrementando a mortalidade: a infantil, a mortalidade por enfermidades cardiovasculares, así como os suicidios e a autopercepción de mala saúde. Calcúlase que un aumento do 3% da taxa de paro implicaría máis de 10.000 mortes en Europa.

(Informe "Os efectos do desemprego para a saúde" da Federación de Asociacións para a Defensa da Sanidade Pública. Febreiro 2012)

Panel 4. Os determinantes sociais da saúde

Coñecer que son os determinantes da saúde

A ti que te enferma?
Allikay preguntanos que cousas son as que afectan á nosa saúde e se podemos sentirnos mal sen estar enfermos/as, aínda que non precisemos medicamentos.

Na consulta da doutora Ekumi, podes ver un gráfico que resume que son os determinantes sociais da saúde. **Sabías que todos estes factores afectan á túa saúde? Chámoute algún a atención?**

5 min

Panel 5. Xénero como determinante da saúde

Identificar as desigualdades de xénero como determinante da saúde

Xénero como determinante
Observas ao teu arredor algunha diferenza entre homes e mulleres cando falamos de dereitos?
Como afecta isto á saúde das mulleres?

Explicar a diferenza entre sexo e xénero. Se precisas apoio, podes consultar: http://www.mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/Lamitadinvisible_LAntolin.pdf

5 min

A partir da táboa que figura na información da guía, ver como afectan estas desigualdades á saúde das mulleres.

Panel 6. Acceso a auga e saneamento como determinante da saúde

Dar a coñecer o contido do dereito humano á auga e saneamento

Pensa como cambiaría a túa vida se tiveses que dedicar varias horas todos os días para levar auga á túa casa

5 min

No panel da exposición coñecemos a situación de Haití tras o terremoto de 2010; pero a situación do país antes desta catástrofe tamén era extrema. En 2009 a economía de Haití era a máis pobre do continente americano e unha das máis desfavorecidas do mundo; o 58% da poboación non tiña acceso a auga potable; o 40% dos fogares non tiña acceso axeitado a alimentos e o 44% das persoas enfermas ou feridas antes do terremoto non tiñan acceso á sanidade debido aos custos económicos do servizo.

Cantos cubos de auga precisarías para facer todo o que fas normalmente: baño e aseo, bebida, limpeza da casa, preparación da comida...?

Un terremoto, seca ou calquera outra catástrofe complica a situación pero moitas persoas atópanse nesta situación desde hai tempo

Poderíamos establecer unha media recomendada de 80 litros por persoa necesarios para uso persoal: comida, aseo, limpeza, saneamento... **Sabes canto consumimos de media no noso país? Nada máis e nada menos que 150 litros ao día! Sabes cantos cubos de auga precisarías? Dilapidamos ou usamos a auga con responsabilidade?**

No seguinte enlace tes unha iniciativa práctica de camiñar 6km en busca de auga que nos amosa as impresións da experiencia

<http://50litrosdeaugadiarios.wordpress.com/2012/03/20/6-kilometros/>

Panel 7. Habitabilidade e vivenda como determinante da saúde

Identificar as condicións da vivenda como determinante da saúde

Coñeces situacións parecidas preto de ti?

5 min

En España hai máis mortes por "pobreza enerxética" que por accidentes de tráfico. A pobreza enerxética pode ser a causa de entre 2.300 e 9.300 mortes prematuras ao ano, fronte ás case 1.500 dos accidentes de tráfico en 2011.

Pobreza enerxética significa non poder custearse a enerxía suficiente para satisfacer as necesidades domésticas básicas ou ben destinar unha alta cantidade dos ingresos a cubrilas. O 12% dos fogares españois atopábanse nesta situación en 2010.

Como ves no panel, Hugo cóntanos como é a súa casa e cales son as súas dificultades. A casa é pequena, seguramente antiga, e fai moito frío. Non teñen calefacción e utilizan só unha estufa. Isto é moi habitual, xa que non todas as casas teñen calefacción.

Que outras cousas son necesarias na túa casa?

Panel 8. Educación como determinante da saúde

Relacionar a educación con diferentes ámbitos da nosa vida

Como cres que inflúe a educación na saúde?

- Esta pregunta poderíase debater en base ao gráfico que aparece no apartado da guía “A educación como determinante de saúde” A educación inflúe:
- De maneira directa sobre a intelixencia e as habilidades cognitivas.
 - De maneira directa no desenvolvemento de competencias persoais
 - De maneira indirecta a través doutros determinantes da saúde

5 min

Panel 9. ODM e Saúde

Analizar a importancia do logro dos ODM no seu contexto

Sihat cóntanos que vacinou a súa filla contra o xarampón (que é unha das principais causas de morte na infancia, a pesar de que hai unha vacina segura e eficaz para previlo), pero hai outras situacións que lle preocupan e afectan á saúde da súa familia: auga potable, alimentación axeitada, compra de medicamentos...

Que ODM cres que teñen que ver coa saúde e poderían contribuir a reducir a mortalidade infantil?

Os esforzos destinados á vacinación traducíronse nun descenso do 74% da mortalidade mundial a causa do xarampón. Porén, moitos nenos e nenas seguen morrendo por causas que se poden evitar.

Que acontece se.....

se traballa pola redución da pobreza? (ODM nº 1): as familias terían máis posibilidades de ter unha vivenda axeitada, poderían comprar os alimentos necesarios e isto repercutiría no mellor coidado e atención dos e das menores.

...se consegue a educación primaria universal? (ODM nº 2) A educación ten unha especial importancia porque constitúe unha chave mestra para avanzar nos dereitos económicos, sociais e culturais, na medida en que incrementa as opcións para acceder ao traballo, ao coidado da saúde e a nutrición, á consecución de ingresos necesarios para asegurar o benestar das persoas, e a capacidade para un mellor exercicio dos seus dereitos humanos.

...se promove a igualdade entre os sexos? (ODM nº 3) A educación das nenas e mulleres está intimamente relacionada coa mellora da saúde, o nivel social e económico, e os resultados sanitarios positivos para as nais e os seus fillos.

... se mellora a saúde materna? (ODM nº 5) A atención das mulleres durante o embarazo e o parto, así como o acceso universal á saúde reprodutiva repercutiría notablemente na redución da mortalidade infantil

...se combate o VIH/SIDA, paludismo e outras enfermidades? (ODM nº 6) Anualmente, o paludismo mata máis de un millón de persoas, das cales a maior parte son nenos africanos menores de cinco anos. A transmisión materno-infantil de VIH podería evitarse case por completo; porén, cada día, máis de 1.000 nenos e nenas contraen a infección.

...se garante a sostibilidade do ambiente? (ODM nº 7) O acceso a auga potable e servizos de saneamento reduciría as enfermidades diarreicas, que son unha das principais causas de mortalidade infantil.

... se promove unha asociación mundial para o desenvolvemento? (ODM nº 8): unha das metas deste obxectivo é, en cooperación coas empresas farmacéuticas, proporcionar acceso aos medicamentos esenciais nos países en desenvolvemento a prezos accesibles. Isto salvaría a vida de nenos e nenas ao garantir o acceso a medicamentos para doenzas facilmente curables.

5 min

Panel 10. Que podes facer ti?

Animar a participar na difusión da mensaxe da exposición

Sube ao autobús

Que podes facer ti?

Podemos dar a coñecer o que aprendemos tras visitar a exposición. Como? Convidando outras persoas a que a visiten e consulten a páxina web www.determinantesdesaude.org. Tamén se pode convidar a participar no concurso de viñetas gráficas organizado no marco do proxecto.

5 min

Visítanos na web
www.determinantesdesalud.org

