

La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas

Manuel Urbina Fuentes
Miguel Ángel González Block



Instituto Nacional
de Salud Pública



La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas

La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas

Manuel Urbina Fuentes
Miguel Ángel González Block



Instituto Nacional
de Salud Pública



La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas

Primera edición, 2012

DR © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-081-3

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Presentación	11
Manuel Urbina Fuentes	
Palabras preliminares	
La Academia Nacional de Medicina ante los determinantes sociales de la salud	15
Manuel Ruiz de Chávez	
El compromiso mundial para actuar sobre los determinantes sociales de la salud	17
Philippe Lamy	
Programa del simposio sobre los determinantes sociales de la salud	19
Manuel Urbina Fuentes	
Conferencias magistrales	
Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la región de la América	25
Eugenio Villar Montesinos	
Los determinantes sociales de la salud en el contexto de la medicina y la salud pública	33
Jay Glasser	
La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud	37
Jacques Girard / Philippe Lamy	
Los determinantes sociales de la salud y el desarrollo sostenible en América	43
Luiz Augusto Galvao	
Los determinantes sociales de la salud y el gradiente social en salud	47
Luis Durán Arenas	
La utilización de evidencias sobre los programas de salud y desarrollo: el caso de México	53
Miguel Ángel González Block	
Los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la reducción del gradiente social en la práctica de la salud	59
Carlos Santos Burgoa	
Retos para la difusión, comunicación y posicionamiento de los determinantes sociales de la salud	61
Olivia López Arellano / Sergio López	
La medición y evaluación de los determinantes sociales de la salud	65
Eva Arceo Gómez	

Desempeño económico, determinantes sociales de la salud	69
Giota Panopoulou / Eduardo González Pier	

Experiencias y lecciones aprendidas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud	73
Jeannette Vega	

La importancia del apoyo político y el papel de la academia para la integración de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud	81
Alberto Pellegrini Filho	

La población y los determinantes sociales de la salud, su importancia en las política de desarrollo social	89
Félix Vélez Fernández Varela	

La importancia de la intersectorialidad en los determinantes sociales de la salud	95
Enrique Ruelas Barajas	

Los elementos y bases para la integración de la política de salud en los determinantes sociales de la salud	99
Juan Antonio Salinas Castañón	

Paneles

¿Se requiere de un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud diferente para los países de Latinoamérica y México?	
Manuel Urbina Fuentes	105
Carlos Santos Burgoa	111
Laura Moreno	112
Miguel Ángel González Block	115
Javier Jiménez Bolón	117
Alberto Pellegrini Filho	119
Jeannette Vega	120

¿Cómo lograr la vinculación en el ámbito local de los programas de salud con los determinantes sociales de la salud?	
Pablo Kuri Morales	121
Luis Felipe Graham Zapata	121
Eugenio Flores Villasuso	124
María Teresa Galicia	127
Gustavo Jasso	129

Presentación

Presentación

Manuel Urbina Fuentes

La Comisión sobre Determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recabó datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promovió un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Sobre esta base, la OMS hizo un llamado a todos los gobiernos para que tomaran la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y exhortó a los gobiernos, a las academias, a la sociedad civil, a la propia OMS y otras organizaciones internacionales para lograr la equidad sanitaria.

La OMS describe los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen” éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Los DSS establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente.

La mayor parte de los problemas de salud están vinculados de una u otra manera a las condiciones socio económicas de la población que los padece. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como acciones sobre el entorno social. La mala salud de las personas más pobres, el gradiente social de salud en el país y las grandes desigualdades sanitarias son provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios así como por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural.

El nivel de salud de una población no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponga, sino también de factores sociales que lo determinan, como la clase social a la que se pertenece, el trabajo desempeñado, el entorno en el que se habita, si se es hombre o mujer o indígena, si se vive en una zona rural o urbana con alta marginación y carente de los servicios básicos tales como agua, drenaje, luz, pavimentación y transporte público. Para conseguir el más alto nivel de salud para la población, la visión economicista de la salud y la derivación de mayores recursos hacia los servicios curativos debe replantearse nuevamente. Es preciso que las políticas públicas presten mayor atención al entorno y a los estilos de vida. Tal como lo recomienda la OMS en la resolución adoptada por todos los ministros de salud, es necesario incorporarlas en la planificación y formulación de las políticas, en las estrategias y el trabajo técnico. Sólo así será posible consolidar los conocimientos y pasar a la acción para mejorar la salud y reducir las inequidades.

La Academia Nacional de Medicina de México y el Instituto Nacional de Salud Pública han planteado que las intervenciones enfocadas en los DSS funcionarán mejor mediante un proceso consultivo amplio que pueda producir orientaciones estratégicas en dos ámbitos. El primero es el de las evidencias científicas como fundamento para la acción, con prioridad en el aprendizaje en el país, y el segundo tiene que ver con la atención centrada en un número limitado de determinantes.

Dentro de su programa académico, el Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes sociales de la salud en México programó un seminario internacional sobre el tema que se llevó a cabo los días 21 y 22 de octubre de 2010.

En este seminario académico se planteó el propósito de destacar la importancia y presentar la perspectiva de los DSS atrayendo el conocimiento internacional, nacional y regional, así como la experiencia de diversos actores en este campo. Asimismo, se propuso difundir el compromiso de México –como integrante de la OMS– a fin de analizar cómo han impactado los DSS en la capacidad de respuesta para mejorar las condiciones de salud de la población y reducir la brecha de la inequidad social.

En esta publicación se presentan los planteamientos de los participantes en el seminario, tanto en el ámbito internacional como nacional, a fin de delimitar las líneas estratégicas para el diseño de políticas que aborden a los DSS como base de las intervenciones de salud en los tres niveles de gobierno, el municipal, el estatal y el nacional.

En las conferencias magistrales se analizaron las recomendaciones de la OMS y el compromiso de todos los países miembros para lograr la equidad en salud en la región de América, así como la importancia de los DSS en el contexto de la medicina y la salud pública, la atención primaria de la salud, el desarrollo sostenible, el gradiente social en salud y la utilización de la evidencia en la equidad y la salud.

Las conferencias destacan experiencias y lecciones aprendidas en el abordaje de los DSS, la importancia del apoyo político y el papel de la academia, su impacto en la población, la importancia de la intersectorialidad y los elementos y bases para la integración de las políticas de salud en los determinantes sociales de la salud.

Con la participación de especialistas se realizaron análisis sobre el posicionamiento de los DSS para la modificación de la práctica de la salud y los programas, los retos para la difusión, la comunicación y el posicionamiento de los DSS, la medición y evaluación, y el desempeño económico de los mismos.

En este contexto se tuvo la oportunidad de conocer la opinión de los expertos frente a las siguientes preguntas: ¿Se requiere de un marco conceptual de los DSS y la equidad en salud diferente para los países de Latinoamérica y México? y ¿Cómo lograr la vinculación en el ámbito local de los programas de salud con los determinantes sociales en salud?

La presencia de calificados profesionales de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, del Consejo Nacional de Población, de la Sociedad Americana de Salud Pública, de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, de La Fundación Oswaldo Cruz de Brasil, de la Universidad del Desarrollo de Chile, de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la Universidad Autónoma Metropolitana, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Centro de Investigación y Docencia Económicas AC, y del Centro de Investigación en Salud y Demografía SC, hicieron posible contar con los contenidos que aportan elementos para la implantación de políticas y programas que aborden los determinantes sociales de la salud en México.

Palabras preliminares

La Academia Nacional de Medicina ante los determinantes sociales de la salud

Manuel Ruiz de Chávez*

El propósito de este simposio es darnos a la tarea de analizar el impacto de los determinantes sociales de la salud (DSS) y su expresión en la capacidad de respuesta gubernamental y social para contender con daños y riesgos y mejorar las condiciones de salud de la población.

En más de una ocasión, la Academia Nacional de Medicina de México, a través de un número importante de sus miembros, ha externado la importancia del papel que juegan los determinantes sociales, llámense ingreso, empleo, equidad de género, entorno ambiental y social, servicios públicos y urbanización, alimentación y nutrición, o bien cultura, educación y estilos de vida, en la situación de la salud individual y colectiva, local y estatal, nacional e incluso mundial.

Se ha reiterado, de distintas maneras y desde diferentes perspectivas, que la compleja interacción de muchos de estos determinantes y de otros más, que son el basamento de todos los anteriores –como la paz, la justicia social y la equidad–, rebasan con mucho la acción centrada únicamente en la atención a la salud, en el arreglo institucional o exclusivamente en la práctica médica, aun cuando ésta sea de excelencia y de la mayor calidad, situación a la que por supuesto todos aspiramos.

El concepto de determinantes sociales de la salud surge hace más de dos décadas. De hecho, es un ámbito de acción que la Organización Mundial de la Salud ha hecho suyo, al establecer desde 2005 una comisión dedicada ex profeso a su estudio y al diseño de intervenciones convergentes entre los diferentes sectores de la economía y la sociedad. Desde su creación, México se ha sumado a esta comisión.

Las estructuras, el desempeño institucional y los patrones y redes que las sociedades crean, constituyen y orientan las oportunidades de los individuos y colectividades para ser saludables. En ello insiste la Academia Nacional de Medicina, que tiene una crucial responsabilidad con la salud de la población mexicana, con el estudio y difusión de los avances en los conocimientos de las ciencias médicas y de la salud y, por supuesto, con su aplicación.

Los elementos que permiten a las personas mantener y mejorar su salud dependen más de las modalidades e impacto que tienen los determinantes sociales en su vida, que de los servicios a los que acceden cuando se enferman.

* Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México.

En el centro de todo ello, la cultura y la educación son, desde mi perspectiva, los dos factores torales que no siempre ponemos de relieve los médicos y los diferentes profesionales de la salud. Cuando los determinantes sociales son realmente objeto de la configuración de políticas públicas y éstas responden a las necesidades de la población de una manera incluyente, los efectos favorables sobre la salud se dejan ver de una manera gradual, si se quiere, pero contundente.

Entre mayor es el nivel cultural y mejores son las condiciones económicas y sociales de vida, son mayores las posibilidades de acotar las desigualdades, las insuficiencias sanitarias, las posibilidades de corresponsabilidad y de acción social en salud. Asimismo, es mayor la capacidad de las personas de obtener la información que requieren para tomar medidas orientadas a su auto-cuidado y para comprometerse con la configuración de entornos saludables.

Decía René Dubos, el gran pensador, que la salud era un espejismo y que hablar de ella era hablar de algo inasible, pues los factores externos e internos que la hacen posible siempre están en continuo movimiento y cambio.

Quizá esta aseveración sea correcta e inobjetable. Lo cierto es que hoy más que nunca tenemos evidencias científicas de que la salud es el resultado de una historia presente, de una trama y de un tejido social que desde el contexto macro hasta el micro está indisolublemente ligada a nuestra forma de vida, a nuestros conocimientos, creencias, saberes y costumbres. En una palabra, a nuestra cultura y visión de futuro.

El compromiso mundial para actuar sobre los determinantes sociales de la salud

Philippe Lamy*

En marzo de 2005 el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una Comisión Internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de orientar a los Estados miembros y a los programas de la OMS, para lo cual se deberían reunir datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de remediar las inequidades sanitarias. El informe final de esta Comisión fue presentado durante la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2009.

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales, las causas de las causas y las condiciones de vida, que son motivo de gran parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada uno de ellos.

Se trata en particular de la distribución del poder, de los ingresos y de los bienes y servicios, así como de las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, a la educación, sus condiciones de trabajo y ocio, y el estado de su vivienda y entorno físico, entre otras.

La expresión “determinantes sociales” resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. Las inequidades en salud entre los países, y dentro de cada país son, lamentablemente, cada vez más agudas.

El informe indica que entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida. Independientemente de su nivel de ingresos, también hay grandes inequidades entre distintos grupos de población.

Por lo que respecta al estado de salud, en los países de ingresos altos se observan diferencias de más de diez años en la esperanza de vida de distintos grupos, en función de factores como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica; y en los países de ingresos bajos de todas las regiones del mundo, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de riqueza de cada hogar.

Por ello, la Comisión formuló tres recomendaciones principales: la primera, mejorar las condiciones de vida; la segunda, luchar contra la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos; y la tercera, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Las recomendaciones de la Comisión que están en el informe, que puede encontrarse en la página web de la organización y que es recomendable consultar y revisar con mucho detalle, vienen

* Representante de la OMS/OPS.

a completar el llamado a la acción formulado en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. En ambos informes se insiste en la necesidad de trascender el sector sanitario para trabajar en pro de la salud en todas las políticas, mediante la aplicación de medidas multisectoriales, como parte de un proceso de revitalización de la atención primaria de salud.

Por lo que respecta al propio sector salud, la Comisión recomienda que los sistemas de salud se basen en los principios de la atención primaria de salud y en particular proporcionen cobertura universal.

Se señala también que el hecho de abordar los determinantes sociales dentro del sector salud puede generar sistemas más integradores, accesibles y adaptados a las comunidades desfavorecidas, y conferir mayor eficacia a la promoción de la salud.

Ahora resulta más importante que nunca revitalizar la atención primaria de salud e incidir en los determinantes sociales para avanzar más rápidamente hacia la reducción de las inequidades en salud y el cumplimiento de objetivos sanitarios, como los que forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Con base en lo anterior, en mayo de 2008 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución 62.14 mediante la cual se insta en primera instancia a los Estados miembros a luchar contra las inequidades en salud en los países y entre ellos, a desarrollar y aplicar objetivos y estrategias para mejorar la salud pública y a incorporar la equidad en salud en todas las políticas nacionales. Asimismo, se les insta a velar por el diálogo y la cooperación entre los sectores pertinentes, aumentando la acción intersectorial. Para ello se requiere aumentar la sensibilización de todos los prestadores de servicios de salud en torno a los determinantes de la salud. Por este motivo se les invita a contribuir a mejorar las condiciones de vida cotidianas que favorecen a la salud y al bienestar, a contribuir al empoderamiento de personas y grupos, y a generar métodos y datos nuevos y utilizar los existentes al abordar los determinantes y las inequidades en salud. Por último, se les señala la necesidad de crear capacidad de investigación para seguir y medir el impacto de las políticas sobre la equidad en salud.

En la misma Resolución 62.14 se pide a la directora general de la OMS colaborar en lo anterior y velar por los progresos realizados en el interior de los países y en el ámbito internacional, y se solicita a los organismos internacionales tomar en consideración el informe presentado.

Para abordar con determinación las crecientes inequidades en salud, especialmente en el marco de las crisis medioambientales financieras, tanto la atención primaria en salud como los determinantes sociales de la salud constituyen dos pilares fundamentales de lo que debe ser la estrategia para el desarrollo de la salud pública en este siglo. Sin ellos no puede haber equidad en salud. No puede haber atención primaria sin determinantes sociales, ni a la inversa.

Los enormes desafíos que se presentan todavía para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio también llaman en el ámbito global a considerar ambas estrategias con el fin de asegurar su cumplimiento con un enfoque de equidad y no solamente a cumplir con metas promediales, aun cuando estas mismas no estén aseguradas todavía en buena parte del mundo.

Está demostrado que para América Latina, la región con mayores desigualdades en el mundo, el enfoque de los determinantes sociales en salud, y el de atención primaria, son los únicos efectivos.

Los países que han logrado reducir la desigualdad del ingreso son aquellos que han desarrollado políticas públicas redistributivas que abordan la salud universal, así como los determinantes sociales en salud.

Programa del simposio sobre los determinantes sociales de la salud

Manuel Urbina Fuentes*

Los conferencistas del presente simposio fueron seleccionados por un comité. Éste propuso el siguiente formato: conferencias magistrales y paneles, denominados “paneles de áreas de oportunidad”, para desarrollar 24 temas.

El formato que se ha planteado para el desarrollo del simposio tiene como finalidad presentar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y destacar su importancia, atrayendo el conocimiento internacional y nacional, así como las experiencias de diversos actores en este campo.

Asimismo, se pretende difundir el compromiso de México como integrante de la OMS en la utilización de las recomendaciones que el doctor Lamy ha presentado, elaboradas por la comisión que se creó ex profeso, para que se incorporen en la formulación de políticas nacionales, para que se consoliden los conocimientos y se allanen las desigualdades, para pasar a la acción y para mejorar la salud y reducir la brecha de las inequidades sociales.

Queremos delimitar los pasos que debemos seguir y definir hacia dónde debemos ir, para hacer propuestas sustentables que integren los determinantes sociales en las políticas de salud. Habrá que ponderar su valor, los principales aspectos a que se enfrenta su implementación y las políticas en el ámbito intersectorial y en los ámbitos estatal y municipal.

Los determinantes sociales se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y a las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y pueden alterar las medidas fundamentales que las áreas de salud llevan a cabo para evitar la exacerbación de los procesos de salud-enfermedad.

Los determinantes son las condiciones socioeconómicas que influyen en la salud de los individuos. Entonces, tienen doble impacto: individual y de la comunidad en su conjunto; asimismo, establecen también aquellos elementos que permiten identificar las aspiraciones, la satisfacción de las necesidades de salud, las demandas de educación, los aspectos de alimentación, empleo y, muy especialmente en nuestros días, la adaptación al medio ambiente. Incluso hay quienes, como René Dubos, sostienen que el hombre es más resultado de su medio ambiente que de su dotación genética. En México tenemos el caso de Tabasco, donde el medio ambiente está afectando seriamente la salud de muchos mexicanos.

* Academia Nacional de Medicina de México.

La OMS describe los determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen; sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, que no incorporan adecuadamente las intervenciones sobre las causas de las causas, como se ha señalado.

Tales acciones tienen que ver con el entorno social, la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro del país. Las grandes desigualdades sanitarias entre los estados, municipios, localidades, familias y personas, son provocadas por una distribución desigual tanto en el ámbito mundial como regional. Ya mencionó el doctor Lamy el poder de los ingresos, los bienes y los servicios, con las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población en forma inédita y visible.

Algunos autores consideran que en el análisis debemos distinguir entre las causas cercanas, que son los problemas de salud, las causas de las causas, que son los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud, y las causas de las causas de las causas, que son las políticas, los marcos jurídicos, los derechos y las obligaciones.

La visión de un mundo diferente supone que los determinantes sociales de la salud se incorporen en la planificación, las políticas, las estrategias y el trabajo técnico, como lo ha recomendado la OMS, para que se adopten soluciones que permitan a los ministerios de salud y a los miembros de la sociedad, tomar iniciativas al respecto. Sin embargo, quedan algunas preguntas por contestar. ¿Por qué hay una relación graduada entre la condición social y el estado de salud que afecta a las personas en todos los niveles de la jerarquía social? ¿Los factores determinan la salud? ¿Está realmente mejorándose la salud? ¿Es igual para todos? ¿Dónde y para quién está empeorando más? ¿Cuál será el costo económico para modificar esta situación de desigualdad?

El panorama de la salud en México es complejo. Ciertamente ha habido avances importantes. Algunas de las características y tendencias exigen el desarrollo basado en resultados. La expresión de los sistemas locales de salud, sobre todo en los programas predominantemente verticales enfocados hacia la intervención en enfermedades, hablan de una preocupación general por el desempeño insatisfactorio del modelo de salud, debido a que intervienen, entre otras condiciones, las siguientes que menciono.

La forma de enfermar y enfrentar la enfermedad, resultado de la transición demográfica y epidemiológica; el impacto del medio ambiente y sus secuelas: Tabasco, Veracruz, Oaxaca y Chiapas son un claro ejemplo; la capacidad de las instituciones responsables de los programas; los indicadores y la evaluación del impacto de las políticas públicas implantadas, que constituyen un rubro importante.

Aún más, las intervenciones seguras y comprobadas económica y financieramente todavía no han llegado a quienes las necesitan; las personas con necesidades insatisfechas son desproporcionadamente las que menos recursos tienen; la situación de un gran número de personas empeora al interactuar con el sistema de salud y son muchas las que pasan por tragedias financieras y empobrecimiento debido a gastos catastróficos para atender su salud.

Por ello, las intervenciones en los determinantes sociales funcionan mediante un proceso consultivo amplio, como el realizado en este simposio. Así, se obtienen orientaciones estratégicas en dos ámbitos: el primero, el de las evidencias y pruebas científicas como conocimiento para la acción, con prioridad en el aprendizaje basado en la experiencia en otros países y en el nuestro, para centrar la atención en un número limitado de determinantes; como lo recomienda la propia OMS son demasiados, por lo que habrá que priorizar.

El segundo ámbito es el de liderazgo y la promoción mediante la captación de experiencias reales de diferentes actores, como los participantes en este foro.

Los desafíos en materia de salud pública surgen de exigencias de carácter político, económico y social. Es en estos mismos ámbitos en donde se encuentran los instrumentos y los apoyos para enfrentarlos. En el ámbito social están los instrumentos de apoyo más valiosos, en nuestra juventud, en las mujeres, en la experiencia de los mayores, en las agrupaciones sindicales y empresariales, en la sociedad civil organizada, en las universidades, en las academias, en las instituciones de salud y educativas que a lo largo de estos últimos cien años han mantenido su compromiso de aportar al país lo mejor de su continuo quehacer y han mantenido una renovada sensibilidad hacia los problemas de salud que nos afectan.

Conferencias magistrales

Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la región de América

Eugenio Villar Montesinos*

Comenzaremos con algunas cifras que posiblemente los lectores ya conozcan. Al referirnos a los determinantes sociales de la salud (DSS) no estamos hablando solamente de la causalidad o determinación estructural de la salud y la enfermedad; se trata de un tema importante que ha sido discutido durante más de un siglo. Actualmente, cuando hablamos de determinantes sociales de la salud lo hacemos en relación con el impacto que estos tienen en la equidad en salud, vale decir en la disparidad, en los resultados de salud entre los seres humanos.

La distinción que hacemos de los determinantes en relación con la equidad de la salud es algo relativamente nuevo. La introducción de los DSS como una forma de explicar las causas de las causas de la inequidad en salud es uno de los aportes más importantes que ha hecho la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Al examinar los determinantes, nuestro único interés es el de observar su impacto sobre las disparidades de salud.

En el cuadro 1 se aprecia la expectativa de vida de los hombres al nacer, en diferentes ciudades y países del mundo, comenzando por una zona pobre en un país rico, donde es de 54 años, y vemos que en diferentes países en desarrollo la esperanza de vida promedio es más alta.

Lo anterior nos ilustra que las disparidades en salud no son, como tradicionalmente se ha creído, un asunto entre países ricos y países pobres, sino que existen en todas las sociedades, ricas o pobres. Las disparidades y la creciente inequidad en salud constituyen cuestiones universales en el mundo moderno. No se trata sólo de que los países pobres tengan tasas bajas y que los países ricos tengan mejores tasas. La disparidad al interior de los países ricos también existe, como sucede al interior de los países pobres, porque es parte de la forma en que la sociedad está estructurada.

Esto lo podemos ver fácilmente cuando observamos la esperanza de vida de los hombres en la zona pobre de Escocia y la comparamos con la que se presenta en una zona de la ciudad escocesa de Glasgow. Hay una diferencia de 28 años en ciudades posiblemente separadas unos cuantos kilómetros; incluso, la disparidad es significativa en una sola ciudad, en un país tan rico como el Reino Unido.

Comparando, de igual manera, las esperanzas de vida en diferentes regiones del mundo, se aprecia claramente que son altas en todas las diferentes regiones, pero también que han ido disminuyendo en la mayoría de ellas. Por ejemplo, en los países árabes, entre 1970 y 2000 la esperanza de vida aumentó. Esto es válido en la mayoría de las regiones; pero vemos, por ejemplo, en cuarto lugar

* Coordinador DSS/OMS.

Cuadro 1

Expectativa de vida al nacer en hombres

Glasgow, Escocia (zona pobre)	54
India	61
Filipinas	65
Corea del Sur	65
Lituania	66
Polonia	71
México	72
Cuba	75
Estados Unidos	75
Reino Unido	76
Glasgow, Escocia (zona afluente)	82

Fuente: WHO World Health Report 2006; Hanlon, P, Walsh, D. & Whyte, B., 2006

el caso de África Subsahariana, en la cual, lejos de mejorar, la esperanza de vida ha disminuido. Esto se debe a varios factores, fundamentalmente al impacto del VIH/sida en esa región, pero también al hecho de que el progreso social, es decir las condiciones de vida de las poblaciones, no han mejorado como posiblemente sí lo han hecho en otras regiones que han tenido procesos económicos y sociales redistributivos, procesos que han conducido a una mejor condición de vida de la población. Ello se debe a que la esperanza de vida es, indudablemente, el resultado de la forma de vida de las personas.

De la misma manera, cuando hablamos de DSS y de su impacto en las inequidades en salud, vemos cómo éste es válido en todo el mundo, en diferentes países, ricos y pobres. Se trata de un impacto en función directa de la mejora en las condiciones de vida de las personas. Por ejemplo, el mismo patrón se presenta en países africanos como Mali, asiáticos como la India, del Medio Oriente como Marruecos, latinoamericanos como Perú, o en la República de Kurdistán. Esto se debe a que mientras más pobre es la población, la mortalidad es mayor, y cuanto menos pobre o más rica es la población, la mortalidad es menor. Una vez más, esto es válido en todos los países, así sean pobres o ricos.

En Inglaterra, por ejemplo, el doctor Michael Marmot ha realizado estudios que muestran un patrón muy semejante en función no sólo de la condición social, sino también de la profesión, como en uno de los clásicos estudios Whitehall, en los servidores públicos del Reino Unido.

Lo mismo ocurre en países que tienen diversidad étnica, como los de América Latina. Tanto en México como en Perú se observa una enorme disparidad en la expectativa de vida y, en general, en los indicadores de resultados en la salud en el grupo más marginado, que es habitualmente indígena, en relación con los otros sectores étnicos de la población, como pueden ser los mestizos.

Los determinantes sociales de la salud, entonces, explican en gran medida la inequidad en salud y son sumamente poderosos para comprenderlas. En la figura 1, por ejemplo, se separa a la población de acuerdo con el nivel educativo. Las columnas que están hacia la izquierda se refieren a madres sin ninguna educación formal y hacia el lado derecho se ubican las que representan a madres con mayor educación. Como podemos observar, hay una enorme relación entre el nivel de educación de la madre y la mortalidad infantil. Asimismo vemos que a pesar de que se han

uniformado en relación con el indicador social, que en este caso es la educación, los diferentes grupos raciales influyen también en los resultados de la mortalidad infantil.

Con esto simplemente se enfatiza la importancia de la determinación social. El indicador, en este caso raza, puede estar representando una serie de determinantes sociales, como el nivel socioeconómico, el nivel de marginación o de exclusión social. Igualmente hay diferencias al explicar los resultados de un indicador tan sensible como es la tasa de mortalidad infantil.

Sin embargo, los retos que tenemos no son solamente los retos de la equidad, ni siquiera en el campo de la salud, sino otros como el cambio climático, que actualmente es una de las amenazas o los desafíos más importantes que estamos teniendo.

Hay países, como los europeos o los Estados Unidos y China (que ya supera a Estados Unidos en la emisión de bióxido de carbono), que tienen una enorme producción de bióxido de carbono en relación con países como los nuestros. Así, en América Latina; y en África, con excepción de Sudáfrica, la producción es bastante baja. Sin embargo, el impacto en el cambio climático de la producción per cápita de bióxido de carbono tiene un correlato inverso en lo que se refiere al impacto del cambio climático en la salud y en la mortalidad.

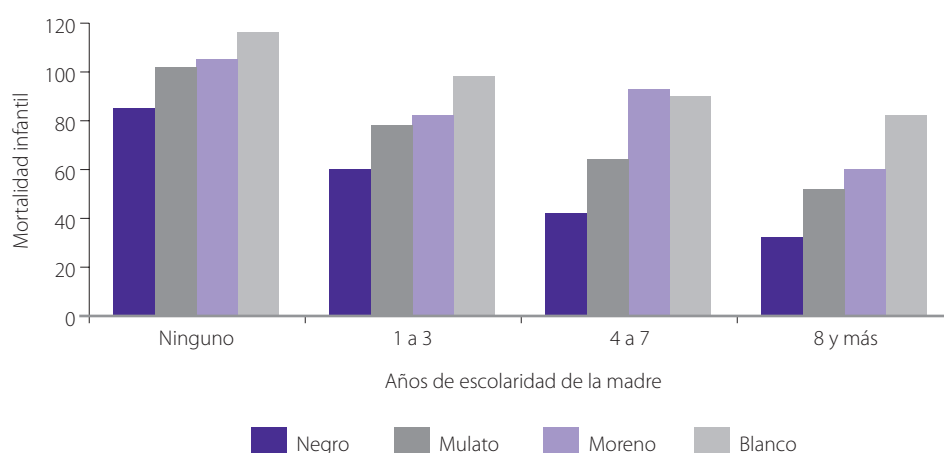
Vale decir que los países de África Subsahariana, así como los de América Latina y la parte sur de Asia, sufren un impacto mucho mayor en la mortalidad por efecto del cambio climático, de acuerdo con proyecciones que se han hecho en la OMS. La razón de esta disparidad, de este desafío que confronta la humanidad, es básicamente que el cambio climático y el impacto de éste en la salud también están mediados por los determinantes sociales.

De hecho, el cambio climático agrava en muchos casos los DSS, sobre todo en las poblaciones más marginadas; por tanto, el cambio climático agudiza los determinantes, y éstos a su vez pueden profundizar las inequidades en salud.

Un ejemplo de ello es lo que está ocurriendo particularmente en África Subsahariana: se han incrementado las hambrunas, las inundaciones, las sequías, la migración forzada de población. Todo ello agrava las condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones más marginadas, lo que a la vez amplía las disparidades en salud.

Figura 1

Tasa de mortalidad infantil en Brasil por raza y nivel educativo de la madre, 1990



De manera que desafíos como el cambio climático, que parecería no estar tan vinculado con los determinantes sociales de la salud, tiene una relación muy directa. Nosotros creemos que la mediación más importante para el impacto en la inequidad en salud que tendrá el cambio climático va a ser a través de acciones con un mayor énfasis en los determinantes sociales de la salud.

Trayectoria del tema de los determinantes sociales

El tema de los determinantes sociales de la salud no es nuevo en lo absoluto, es un asunto muy antiguo. El médico alemán Rudolf Virchow, que vivió hace más de ciento cincuenta años, es un claro ejemplo; fue un gran político, considerado padre de la patología celular y de la medicina social, y el autor de esta famosa frase: “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”.

Rudolf Virchow fue uno de los primeros en abordar de manera formal los DSS en el marco de las disciplinas científicas. Sin embargo, este tema es incluso muchísimo más antiguo. Nuestras mismas poblaciones indígenas, hace miles y miles de años, tenían ya una concepción de la determinación social, de la determinación holística de la salud bastante completa: vinculaban la salud con el medio ambiente, con cuestiones espirituales, con la producción, con la vida, entre otros temas. De hecho, la salud prácticamente nace con la humanidad, de manera que en esto no hay mucho de nuevo. Sin embargo, Rudolf Virchow tuvo el acierto de darle un tratamiento estructurado. La figura 2 ilustra la evolución más reciente del enfoque de los determinantes sociales, a partir de la creación de la OMS, en 1948.

La OMS nació con nuestra constitución, misma que reflejó lo más avanzado del pensamiento social médico de esa época, aunque éste no era el único punto de vista. Los estudios históricos demuestran claramente que había también entonces un enfoque biologicista de la salud, encabezado por el Instituto Pasteur, así como un enfoque más social de la salud, derivado de las discusiones de la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones Unidas, que precedió a la Organización Mundial de la Salud.

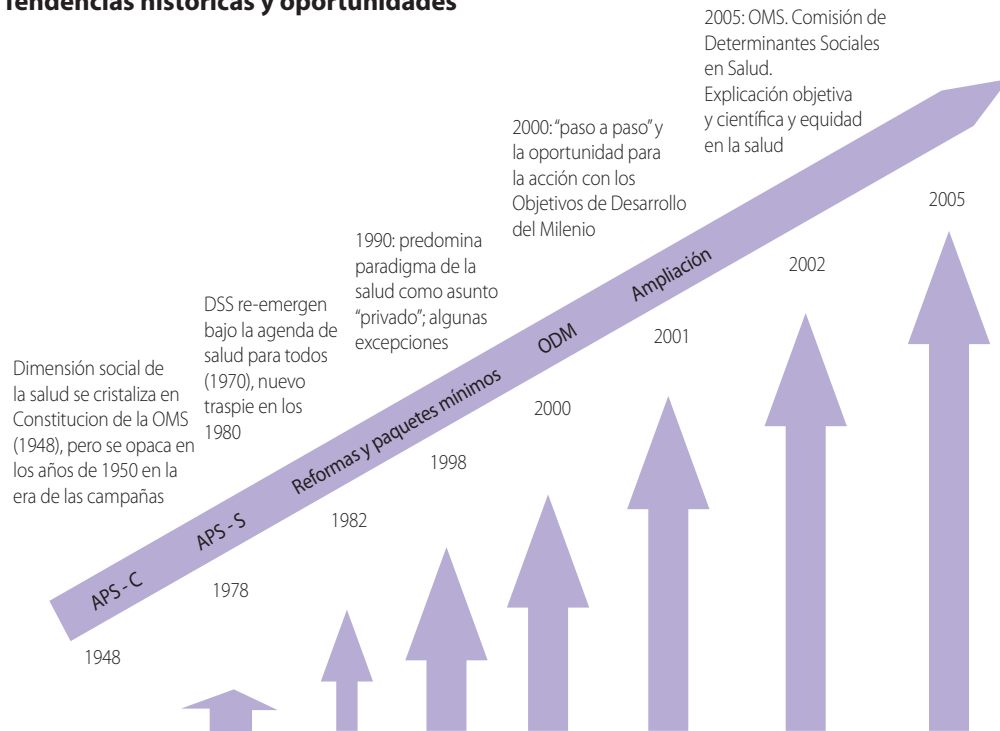
En la posguerra, el trauma en el ámbito global que provocó el conflicto armado inspiró a quienes trabajaron en la constitución de la OMS para que la misma reflejara lo más avanzado del pensamiento en la medicina social de aquella época. La misma definición de salud que tenemos en la constitución de la OMS, como “el completo estado de bienestar biológico-social”, es en sí una definición que refleja los determinantes sociales y la determinación social de la salud.

De manera que la OMS nace con una constitución, con un enfoque de medicina social y de determinantes sociales. Sin embargo, este enfoque no se ha mantenido constante en los últimos años porque el pensamiento también ha evolucionado. No sólo el pensamiento social, sino particularmente el pensamiento económico y el político han hecho variar los enfoques y la ideología sanitaria.

En esta figura se muestra que el pensamiento de medicina social, que nace con la OMS, se consolida con la declaración de Alma Ata en 1978. Fue entonces cuando se enunció y se lanzó la estrategia de atención primaria en salud y se estableció la meta social de alcanzar la salud para todos. Asimismo, se concibió la salud como una determinación social y se enunció la atención primaria en salud, basada en la acción intersectorial. Es entonces también cuando se forja el concepto de la salud como un derecho humano y se enfatiza la equidad en salud.

Este pensamiento de medicina social se consolida en Alma Ata. Sin embargo, entre la fundación de la OMS y Alma Ata, que han sido quizás nuestras dos más importantes conferencias, estuvo la época del control de las enfermedades transmisibles y de la erradicación de la malaria

Figura 2

Tendencias históricas y oportunidades

y la viruela. Los éxitos obtenidos en esos casos hicieron que el énfasis social fluctuara hacia un enfoque un tanto biologicista y de control de enfermedades.

De manera que en esos años, incluso entre la creación de la OMS y la aprobación de la constitución, y la conferencia de Alma Ata, también hubo una evolución del énfasis de los factores sociales en la determinación del proceso de salud-enfermedad.

Así ha ocurrido también en los años más recientes. Poco tiempo después del enunciado de atención primaria en salud, la atención primaria en salud integral, como fue concebida en Alma Ata, fue desvirtuada en el sentido de ser considerada como una atención a la salud más selectiva, de programas verticales que no contemplaban los aspectos sociales o incluso la articulación con los sistemas de salud. Esa ha sido la ideología predominante.

En la década de los ochenta y los noventa, al influjo de nuevos pensamientos en los campos económico, social y político, llamados por algunos "ideologías neoliberales" (la época de Milton Friedman), se dio a la concepción de la salud un mayor énfasis, fuera de lo social, en cuestiones como el financiamiento y la búsqueda de una solución individual a la salud.

Fue en 1993, con el Informe Mundial del Desarrollo, del Banco Mundial, cuando se consagraron muchos de los enfoques de salud relacionados con el mercado, la compra de servicios, que predominaron hasta hace poco tiempo.

Sin embargo, alrededor del año 2000 y probablemente ante el agotamiento de estas explicaciones no sociales del campo de la salud, se empieza a considerar de nuevo el tema de la equidad en salud. En ese sentido, los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un gran logro. Aunque con algunas restricciones, los mismos establecen, por primera vez y como prioridad global, metas para alcanzar mejoras no sólo en las condiciones de salud, sino también en otras áreas sociales.

En el marco de esos mismos enfoques, que comenzaban nuevamente a privilegiar el tema de la equidad en salud, el director general de la OMS creó en 2005, como ya se mencionó, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para buscar una explicación objetiva y científica de las inequidades de salud. Asimismo, a través de los determinantes sociales se pretendía lograr un mayor impacto en el abatimiento de esas mismas inequidades en salud. El resultado se vierte precisamente en el referido informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, publicado en 2008.

Es así como han ido evolucionando los enfoques en relación con la medicina social y los determinantes sociales de la salud.

Aportes de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

Un aporte fundamental sobre el que es importante reflexionar es el marco conceptual que ofrece en su informe la CDSS. Este coloca como tema central la inequidad en salud y nos permite entender las causas de las causas, como ya ha sido dicho, o las causas de las causas de las causas, para poder explicar y actuar sobre dicha inequidad en salud.

La comisión propone esencialmente dos grandes rubros de determinantes sociales. En primer lugar están los llamados determinantes estructurales, que aluden al contexto sociopolítico y a las políticas socioeconómicas vinculadas con cuestiones de género y etnicidad, que estructuran a la sociedad en clases y en sectores sociales y determinan en última instancia los niveles educativo, ocupacional y de riqueza relativa de las poblaciones. La CDSS les llama determinantes estructurales, porque tienen que ver con la estructura de la sociedad.

Los determinantes estructurales influyen a su vez en los llamados determinantes intermedios, que son los que están más cercanos al proceso de salud-enfermedad, lugar en el que se ubican las condiciones más directamente relacionadas con la vida de la población: la alimentación, el ingreso, los factores psicológicos, los llamados factores de riesgo en la promoción de la salud tradicional.

Otro aporte de la CDSS es que, por primera vez, ubica a los sistemas de salud como un determinante social en sí y también como un determinante intermedio. Esto es muy importante porque, efectivamente, los sistemas de salud no son sino el reflejo de la forma en que la sociedad en su conjunto aborda el tema de salud curativa. Las diferentes formas en que las sociedades estructuran sus sistemas de salud tienen distintas repercusiones; por tanto, se trata de un determinante social. Por ejemplo, en sistemas regresivos de servicios de salud, la población tiene que pagar para poder recuperar su salud. En muchos casos ese pago significa empobrecimiento y éste a su vez implica mayor deterioro de la salud; se establece así un círculo vicioso.

También los sistemas de salud son determinantes sociales en la medida en que en muchos casos contribuyen al deterioro de la propia salud. Éste ha sido tema de un muy importante debate en el marco de la reforma de la salud en los Estados Unidos. Por ejemplo, se ha llegado a saber que una de las principales causas de bancarrota familiar en ese país es el gasto en salud. Por tanto, ésta es una demostración más de esa determinación social del sistema de salud, cuya finalidad debería ser la de mejorar o recuperar la salud.

El informe de la CDSS también dice, de manera bastante cruda, que “la injusticia está matando gente en gran escala, como resultado de una combinación tóxica de mala economía y mala política”. Asegura también que “reducir las inequidades en salud es un imperativo ético y, por tanto, impostergable”.

Refiere, asimismo, que la inclusión en la sociedad donde uno vive es vital para el empoderamiento material, psicosocial y político, lo cual es la base para el bienestar social y para la equidad en salud.

Las recomendaciones centrales del informe, que ya han sido mencionadas, se inscriben básicamente en tres esferas: 1) la mejora de las condiciones de vida, 2) el abordaje de los determinantes estructurales (vale decir, la distribución inequitativa del poder, del dinero y de los recursos) y 3) la necesidad de medir, monitorear y analizar desagregadamente, para poder cuantificar la inequidad en salud como una forma de determinar si las acciones que desarrollemos para disminuir esa inequidad tienen el resultado esperado.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud tiene alrededor de 60 recomendaciones muy específicas, que invito a leer en detalle. Son recomendaciones generales en el plano global, no específicas para cada país, que están estructuradas en dos grandes rubros. Por un lado, el rubro que está representado en la parte periférica, que alude a las áreas de acción para el abordaje de los determinantes estructurales. Éstos tienen que ver con la equidad en salud en todas las políticas y no solamente en las políticas del sector, como la buena gobernanza global, la equidad de género, el financiamiento justo, los mercados responsables, el empoderamiento político; es decir, la voz y la inclusión social, para hablar de acciones en el campo de los determinantes estructurales. Por otro lado tenemos el rubro de las acciones más específicas en los determinantes intermedios, como son las mejoras en los programas de desarrollo infantil inicial, los programas de educación, la promoción de ambientes saludables, el empleo adecuado, la protección social y el acceso universal a los servicios de salud.

En 2009, un año después de la publicación del informe de la CDSS, los Estados miembros de la OMS en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, aprobaron una resolución referida específicamente a los determinantes sociales de la salud. La OMS asumió el informe y las recomendaciones de la comisión. Asimismo, los Estados miembros dieron al Secretariado de la OMS el mandato de trabajar en forma prioritaria el tema de los determinantes sociales de la salud.

En esa histórica asamblea no solamente se abordaron los determinantes sociales de la salud, sino que también se volvieron a tratar los asuntos de Alma Ata, a treinta años; se habló de la renovación de la estrategia de la atención primaria en salud.

Como ha expuesto el doctor Phillipe Lamy, la atención primaria en salud y los determinantes sociales de la salud son en realidad dos caras de una misma moneda. No puede haber abordaje de DSS para impactar la equidad en salud si no se trabaja en la atención primaria, y no puede haber atención primaria en salud sin una acción intersectorial.

Los dos enfoques, según nuestro criterio, constituyen la ideología sanitaria de este siglo, porque el desafío actual para la salud pública es el logro de la equidad en salud, y me atrevo a decir que ésta constituye también el desafío ético de este siglo para la medicina. Como resultado y en forma histórica, la Asamblea Mundial de la Salud formuló dos resoluciones por parte de sus Estados miembros: una en relación con la atención primaria a la salud, y otra sobre los determinantes sociales de la salud, con intercomunicación entre ambas.

Así, la Asamblea Mundial de la Salud recibió, como Secretariado de la OMS, un mandato para trabajar los dos temas de manera articulada y simultánea, tal como tiene que ser.

Los determinantes sociales de la salud en el contexto de la medicina y la salud pública

Jay Glasser*

Este es un momento importantísimo para la humanidad, pues el aumento de la esperanza de vida es impresionante. En tiempos de los romanos, la expectativa de vida no alcanzaba los 25 años. En 1900, cuando se crean la Asociación Norteamericana de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), este indicador había aumentado apenas 20 años; sin embargo, en el último siglo este indicador casi se duplicó. Por primera vez en la historia de la humanidad, un niño que nazca hoy, casi en cualquier parte del mundo, va a conocer cinco generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos. Nunca antes había ocurrido esto. Este es un logro compartido por todo los países del continente americano, México en particular, donde el incremento continuo en la esperanza de vida es evidente.

En esta época de cambios sorprendentes, la globalización abarca prácticamente todos los aspectos de la vida del hombre, incluidos los determinantes sociales de la salud (DSS) y, por supuesto, el surgimiento de los factores de riesgo. Uno de ellos es, el problema de la obesidad, que muestra grandes disparidades entre la población con bajo peso y la población con sobrepeso. Conforme avanzamos en la escala de transición socioeconómica de menor a mayor desarrollo económico, el bajo peso disminuye y la obesidad aumenta casi exponencialmente.

Hay una relación directa del incremento del ingreso con las dietas de alto contenido de grasas y, por ende, con la obesidad. Estos cambios se presentan aceleradamente en todos los países del mundo; cada vez hay más dietas con base en la energía proveniente de las grasas de alimentos procesados.

Los DSS se inscriben en un entorno mundial, como se hace evidente cuando ocurre una pandemia. Hay incertidumbre sobre cómo reaccionar para detener las enfermedades infecciosas y evitar que las infecciones endémicas, como el VIH/sida, se reafirmen. Cuando la reacción no es suficiente, cuando algo sale mal, la salud pública se hace muy visible; en cambio cuando todo va bien, la salud pública es invisible. Es aquí donde se nos presenta un reto sin precedentes.

De las diez causas principales de muerte proyectadas para 2030, siete son enfermedades crónicas. Estamos viendo, asimismo, que dado el tratamiento actual, el VIH/sida está pasando de ser una enfermedad infecciosa a ser una enfermedad crónica.

* The University of Texas School of Public Health, EUA.

A estos retos, debemos sumar el del tabaquismo, que si bien es la principal causa de mortalidad que puede prevenirse, tiene un fuerte impacto por su interacción con otros factores de riesgo, enfermedades isquémicas del corazón o cardiovasculares.

Sabemos, además, que todos estos retos van en aumento, a pesar del conocimiento que tenemos para enfrentarlos. Y esto es así porque hay una gran brecha entre lo que sabemos que se podría hacer y lo que realmente podemos hacer. Lo que se suma a otra gran barrera: la relativa a la difusión del conocimiento. Queremos cerrar las disparidades sociales y, una vez más, sabemos que tenemos un gran conocimiento al respecto. Tenemos la necesidad de movilizarnos realmente. En los foros regionales se manifiesta la demanda de emprender acciones intersectoriales y crear espacios para dialogar, no únicamente en el plano nacional, sino también en el comunitario. Esto es lo que nos ha llevado a acercar la medicina y la salud pública.

Hoy en día la especialización médica ha llegado muy lejos; sin embargo, la medicina se encuentra por un lado y la salud pública por el otro. Lo que esperamos con la Iniciativa Medicina y Salud Pública (MPHI, por sus siglas en inglés: Medicine and Public Health Initiative) es precisamente acercar la una a la otra, cerrar la brecha no sólo en Estados Unidos, sino en China, en Asia, y esperamos que también en América.

¿En qué consiste la MPHI? ¿Qué he aprendido al tratar de establecer este tipo de importantes colaboraciones, que si bien son regionales y nacionales, tienen que estar presentes también en las comunidades?

Los problemas son demasiado grandes para un solo grupo, de ahí la conveniencia de buscar la colaboración de varias organizaciones. No obstante, cada una de ellas tiene su propio programa de trabajo, por lo que no siempre tienen el tiempo o el espacio para trabajar juntas. La buena noticia es que hay áreas de colaboración continua que ya son históricas y han dado lugar a un movimiento creciente que busca la comunicación mundial. Quizá se podría considerar la conformación de un grupo de trabajo que contribuyera a integrar las actividades y a impulsarlas.

Uno de los problemas que seguramente todos hemos enfrentado es que éstos se expanden de acuerdo con lo que llamo “la teoría del Big Bang de la salud”. Lo que se convierte en un fenómeno abrumador cuando intentamos explicárselo a un grupo local de interlocutores que pueden no estar familiarizados ni con la medicina ni con la salud pública ni con la atención médica. Es justamente aquí donde nuestra iniciativa ha sido muy útil en América y en China, pues nos ha permitido comunicarnos con la gente y hablarles de lo que tenemos que decirles, para que puedan reconocerlo y relacionarse con ello.

Por otro lado, hay que reconocer que si bien el ser humano es colaborador, también es competitivo; esto debe ser tomado en cuenta a la hora de planear una relación de colaboración entre distintas organizaciones. Hemos aprendido que la colaboración no es tan sólo un concepto, implica tecnología, implica contar con los recursos necesarios para aplicar el conocimiento sobre cómo estructurarla o sobre qué técnicas funcionan y cuáles no. Tenemos algunos ejemplos al respecto, como la de buscar la manera de aprovechar el ciberespacio en las “casas de compensación”, que son lugares a los que las personas pueden acudir a dialogar y a obtener rápidamente conocimiento –en Wikipedia– sobre cómo podrían colaborar en cuestiones de medicina, salud pública y los determinantes sociales de la salud.

Otro factor importante en relación con la colaboración es el de la educación. Debemos saber cómo influir en los especialistas y los profesionales de la salud –desde que son estudiantes de medicina y de salud pública– para que aprendan más sobre la colaboración y lleven ese conocimiento a la práctica. Es fundamental, por consiguiente, reformular los planes de estudios.

Sirven asimismo de ejemplo algunos temas y proyectos muy específicos, como el de la seguridad de los pacientes, especialmente pertinente en relación con los DSS, y el de la comunicación con los pacientes; debemos estudiar cómo establecer esos vínculos. Otro ejemplo es el proyecto de colaboración contra las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares y la diabetes. Tenemos, igualmente, la inquietud de elaborar guías sobre las enfermedades infecciosas, en especial las relacionadas con las pandemias.

En suma, tenemos una importante cartera de sólidos proyectos para quienes estén interesados en emprenderlos. Tenemos el concepto de brand, o marca, con pasos bien definidos para que estos proyectos puedan desarrollarse, sobre todo en el ámbito local, por grupos de médicos, políticos y ciudadanos. Uno de estos pasos es el de la “alfabetización en la salud”, que trata de llevar el conocimiento a las comunidades para que se puedan entender los problemas y las barreras, además del potencial de éxito. Se trata de programas inter-generacionales. Hemos tratado, asimismo, de instalar la “administración del conocimiento” en la red. Aristóteles fue la última persona que supo todo lo que había que saber del mundo. Desde entonces, la información crece de tal manera que se duplica cada tres años; se trata de un asunto de enormes proporciones. Por ello, una de las funciones de la MPHI es la de clasificar la información para hacerla llegar a nuestros miembros.

Otro aspecto importante es el de la comunicación con el público. Hoy en día más de 200 millones de estadounidenses entran a la red para obtener información. Si nos movilizamos a través de las redes sociales y logramos comunicarnos con las personas interesadas, habremos dado un gran paso para cerrar una brecha de información que sin duda se relaciona con los DSS. Ya tenemos ejemplos de colaboración en red, como el proyecto mencionado más arriba contra las cardiopatías, los accidentes vasculares y la diabetes, donde procuramos enganchar a los médicos locales para que participen en una investigación y sepan que ellos también pueden dar orientación y hacer aportaciones. El uso de las redes sociales puede ser de interés para México. Por su gran experiencia, ustedes podrían unirse para propiciar la reducción de las cardiopatías, los accidentes vasculares y la diabetes, combatiendo los que la MPHI considera como factores de riesgo. Si logramos demostrar que contamos con una noción, una visión y objetivos realistas, podemos lograr la colaboración. En China tenemos, por ejemplo, una red con la que estamos desarrollando pequeños proyectos piloto en diversas comunidades. Quisiéramos que se sumaran otros países – como Canadá – en una investigación en colaboración para reducir los factores de riesgo en estas tres patologías primarias y secundarias. Se trata de una labor nacional a la que pueden unirse las localidades, lo que resulta atractivo tanto para ellas como para nosotros.

Hace poco empezamos a hablar de equilibrio en el trabajo, es decir de lograr que la población traslade su atención de las enfermedades, que tanto consumen de nuestro presupuesto, hacia el conocimiento de la prevención y la promoción de la salud. Esta es otra política de gran importancia para la Iniciativa Medicina y Salud Pública.

Algo que nos ha sorprendido mucho es la cantidad de normas mundiales que nos rigen. Están, por supuesto, las normas de la Organización Mundial de la Salud y de la OPS, así como las de diversas asociaciones, pero hay muchas más que nos llegan en forma aislada.

Otra práctica que quisiera sugerir, dada la utilidad que ha tenido para esta iniciativa, especialmente en China, es la de describir –para quienes hacen las políticas– la relación entre la salud y el mercado, o la salud como potencial de empleo en el ámbito profesional. Hemos tratado los problemas de salud en el contexto del mercado laboral y hemos planteado positivamente el argumento de que los gastos en salud siempre van a ocurrir y van a elevarse con la población que envejece, de modo que el campo de la salud ofrece oportunidades para los jóvenes (para su carrera

y su trabajo). Al asociar estos elementos, consideramos también los aspectos económicos de la planeación laboral.

Los resultados de los cambios ambientales en la sociedad global son evidentes. Una enfermedad que surge en una parte del mundo puede brotar en cualquiera otra. Quisiera señalar que Estados Unidos está trabajando con Canadá y también en Europa se han emprendido algunas actividades asociadas a los DSS. En China, por ejemplo, los ingenieros y los arquitectos empiezan a considerar esta noción (particularmente en relación con el agua y las rutas de planeación urbana y de transporte). De esta manera, estamos estableciendo conexiones para avanzar en la constitución de una sociedad sostenible. Debemos retomar algunos viejos recursos, como el de la tierra vista desde el espacio; un planeta azul flotando en el sistema solar. Se trata, en efecto, de un lugar estable, aunque a la vez inseguro.

Otro tema importante es el de los valores transculturales. Este es un problema que une a la gente porque está preocupada por la conservación de sus sociedades y sus culturas, y por la transmisión de sus valores. Esto nos brinda, nuevamente, una oportunidad.

Considero que hay seis razones prácticas para emplear algunas de las herramientas de la MPHI aplicables a la medicina interdisciplinaria. En primer lugar, éstas fomentan los métodos basados en la evidencia. En segundo lugar, –y esto quizá no sea tan evidente– la MPHI brinda la oportunidad de que las personas discutan libremente sobre las deficiencias y las oportunidades. En la MPHI no le pedimos a nadie que represente alguna institución oficial; les pedimos que se reúnan para hablar, de colega a colega, sobre sus experiencias, lo que facilita que compartan no sólo sus éxitos, sino también sus problemas, y permite que se discuta también la forma de superarlos o de minimizarlos.

La tercera razón es que creamos oportunidades naturales de educación y capacitación: las personas se reúnen para tratar los problemas que ellos mismos han identificado y que les son propios, lo cual es importante desde la perspectiva persona-persona, y también desde la perspectiva de las instituciones locales o de las asociaciones médicas o de salud pública.

Si bien la MPHI trabaja con un presupuesto muy modesto, no podemos dejar de apoyar la reproducción de estos proyectos piloto. Al respecto, el CDSS debería estar considerando cómo empezar a llevar al campo la demostración de algunos proyectos colaborativos sostenibles, importantes para las localidades. La experiencia replicable de estos proyectos es la cuarta razón que ha de considerarse. Las dos últimas razones se refieren a la provisión de mecanismos de apoyo y de intercambio, aprovechando el ciberespacio y el trabajo grupal, puesto que esto aumenta la eficiencia y la efectividad de las organizaciones.

Para cerrar, quiero destacar la importancia de fortalecer la colaboración con las organizaciones voluntarias. Como ya se ha dicho, “revisar el desarrollo de la OMS y de la OPS es como volver al futuro”. Esto es así porque si bien en 1915 la medicina y la salud pública trabajaban de la mano, con el desarrollo de la ciencia y la proliferación de especializaciones tomaron diferentes direcciones. Necesitamos recuperar esa colaboración histórica con

La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud

Jacques Girard/Philippe Lamy*

Panorama socioeconómico de la región en comparación con el resto del mundo

Luces y sombras en América Latina y El Caribe

Nuestra región tiene mucho que ofrecer al mundo, pero tiene también sus luces y sus sombras. La crisis económica del año 2009 fue terrible; tuvimos la impresión de que perdimos algo, pero también hubo avances. Existen algunos retos pendientes; uno de ellos, precisamente para la región, consiste en abordar los determinantes sociales de la salud (DSS), que tienen un sabor particular debido a los niveles de pobreza e indigencia, resultado de las desigualdades sociales. Según las últimas cifras que estamos manejando, la pobreza en general está disminuyendo; sin embargo, millones de personas realmente no tienen acceso a una vida plena.

América Latina en 1996 y 2005 tuvo más del 8 por ciento de personas que viven con menos de 1.25 dólares por día. Obviamente hay otras regiones aún más pobres como el sudeste asiático y el África subsahariana.

El lado positivo es que hay riqueza en nuestra región; sin embargo, esta riqueza no está distribuida adecuadamente. De modo que, si bien hay un potencial, éste depende de las políticas públicas.

Si observamos el impacto distributivo del gasto público según el tipo de sistemas de salud percibiremos que Chile logró distribuir más recursos públicos a los más pobres del país. La tendencia también se puede ver en otros países, en particular Brasil y Uruguay, pero Chile es realmente el ejemplo más emblemático de la región.

México se ubica en último lugar según la relación entre gasto público en salud y producto interno bruto, y es que no sólo es una manera de redistribuir la riqueza en el sector salud, que es un sector de importancia vital; se trata finalmente de la visión social en su conjunto.

Corregir esta situación representa un gran desafío. ¿Por qué es importante corregirla? Entre Estados Unidos y México existe una brecha de esperanza de vida de entre 6 y 7 años. Esto indica el potencial que se puede recuperar designando políticas sociales y enfrentando precisamente los determinantes que definen la carga de mortalidad y de morbilidad.

* Organización Panamericana de la Salud, OPS.

México tiene ahora la esperanza de vida que tenía Estados Unidos a finales de la década de los setenta, es decir hace unos 30 años. Haití es obviamente el país más pobre de nuestra región y tiene la cifra de esperanza de vida de 1930, es decir que hay un potencial increíble para mejorar esta situación; si bien ha habido mejoras con el tiempo, aún nos falta mucho.

La salud, un reto social para los sistemas de salud

La salud no pertenece sólo al orden bionatural sino que es una cuestión social compleja, puesto que se relaciona específicamente con las condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político.

La consideramos así desde el enfoque de los DSS: enfermamos y morimos en función de la forma cómo vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos, desarrollamos nuestras capacidades y enfrentamos nuestras limitaciones.

El sistema de salud tiene la capacidad de aportar una gran cantidad de elementos para el logro de los objetivos, ya que es una manera diferente de percibir el marco conceptual presentado anteriormente.

Elementos de respuesta

Desde el enfoque de los esquemas de protección social, y como pediatra, creo que es para los niños que estamos tratando de mejorar la situación.

¿Por qué tenemos que reflexionar sobre la protección social en salud y por qué nosotros, como OPS, impulsamos estos esquemas? Porque los mecanismos existentes, en términos de asistencia o seguridad social, son generalmente insuficientes en la mayoría de los países, y en muchos de éstos las declaraciones del acceso universal a la atención de la salud son un enunciado sin apego a la realidad. Finalmente, las agendas de reforma sectorial en salud, en los sistemas de salud, no han ofrecido en la mayoría de los casos una respuesta satisfactoria a las carencias en materia de acceso.

La definición de la protección social es esta garantía. La palabra garantía es muy importante: cuando hablamos de garantizar, subrayamos la responsabilidad que tenemos como personal de salud, como tomadores de decisiones, como académicos que pretendemos y podemos mejorar esta situación.

¿Cómo garantizar a todos los ciudadanos un nivel básico de protección en salud? Lo que nos interesa es precisamente eliminar las inequidades en el acceso a servicios de salud y estar también al alcance de los grupos sociales que hasta ahora han sido excluidos de la oportunidad de contar con servicios de salud básicos.

También en Canadá, pese al hecho que tiene un sistema universal gratuito, las personas menos adineradas, con menos recursos económicos, enfrentan dificultades para acudir a un servicio de salud. ¿Cómo se puede explicar eso? Intervienen los determinantes sociales. No es sólo una cuestión de ofrecer un sistema universal que funciona bien, porque el de Canadá es un sistema que, sin ser el mejor del mundo, es uno de los más interesantes.

En el marco de la proyección social en salud se tiene que lograr que esta garantía que deseamos ofrecer sea para los excluidos. Y no estamos hablando necesariamente de focalizar los gastos o los programas, sino de estrategias que se pueden abordar, que se pueden enfocar precisamente en esos grupos que necesitan mejorar sus oportunidades.

Las estrategias existentes deben transformarse, ser rediseñadas. Son un paquete de intervenciones que permiten precisamente vislumbrar cambios profundos en la estructura de un sistema segmentado o fraccionado, como el que encontramos en muchos países.

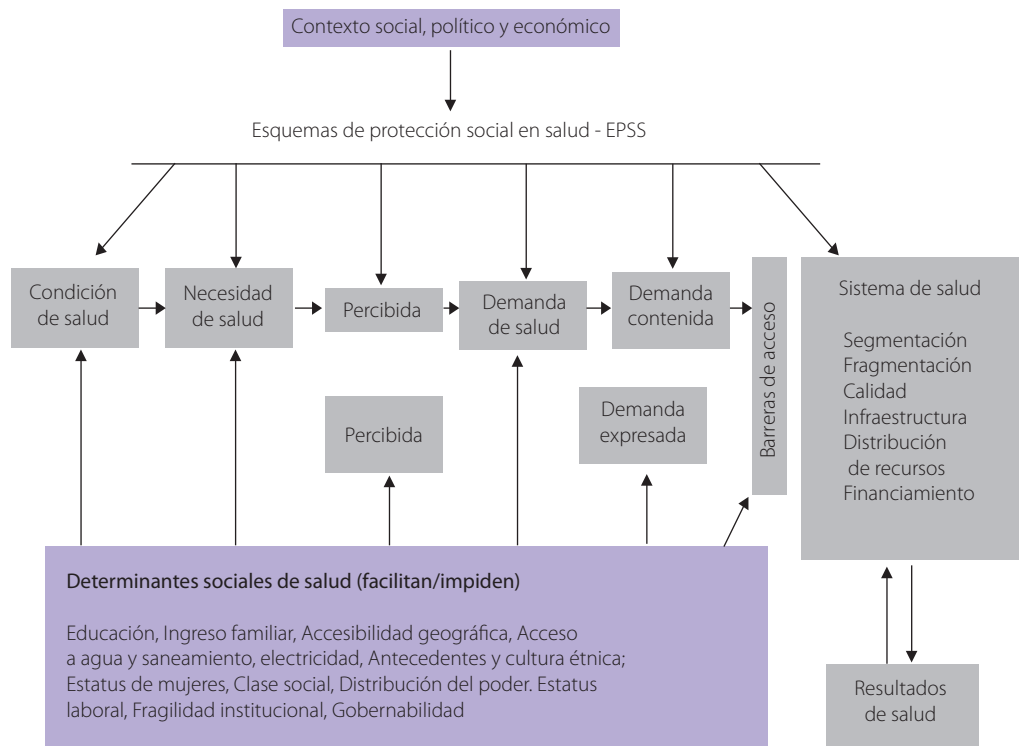
Existen múltiples barreras, en las que no insistiré puesto que son bastante conocidas. Me enfocaré en cambio en la figura 1 que muestra que los esquemas de salud tienen de hecho la capacidad de mejorar este proceso de salud-enfermedad. Siempre habrá barreras de acceso, y es nuestra responsabilidad trabajar en eso en el sector salud. Sin embargo, también los determinantes sociales tienen mucho que ver con todo lo que está apareciendo en este ámbito: si no estamos considerando los determinantes sociales en el diseño de nuestro sistema de salud, obviamente no obtendremos los resultados de salud esperados.

Me referiré muy brevemente a rostros, voces, lugares, como una manera de expresar el gran desafío de los Objetivos de Salud del Milenio. ¿De qué se trata este desafío? Se trata realmente de empoderamiento social y eso es muy importante ¿Cómo se puede llevar a cabo el empoderamiento social en el ámbito de las comunidades, de los grupos, de los barrios? Un sistema de salud que no se basa en la atención primaria no puede realmente alcanzar esta mirada.

Entonces, un sistema de salud basado en la atención primaria a la salud también nos permite trabajar junto con otras agencias de la Organización de las Naciones Unidas. La figura 1 incluye todos los Objetivos de Salud del Milenio, y los DSS son realmente la parte que se puede tocar de manera más directa.

Figura 1

Desafíos para el 2015: logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud y otras agendas prioritarias



Sin negar el apoyo al fortalecimiento de los servicios de salud en primer nivel, la OPS también tiene una perspectiva e interfaces muy importantes con otras dimensiones, tales como salud ambiental, promoción de la salud, protección social y otros temas sociales. Un ejemplo de ello es la declaración de Alma Ata, en 1978.

¿Cuál es el legado de Alma Ata? Creo que es la influencia sobre las políticas públicas, el diseño del sistema de salud, las mejoras y también la participación de los trabajadores de la salud. Pero el legado de Alma Ata consiste sobre todo en la manera de promover la salud, la relación entre la salud y el desarrollo económico y social y la participación de los ciudadanos.

El rol central del Estado, su liderazgo, es también un legado, y opinamos que el hecho de que se tomen en cuenta los determinantes sociales es realmente una de sus consecuencias; este legado de la OPS nos permite hoy día hablar de determinantes sociales; gracias a ello en 2007 hicimos esta publicación, junto con los colegas de todos los Estados miembros. Se está renovando así la atención primaria.

Finalmente, ¿de qué se trata? Opinamos que la renovación de la OPS fue esencial para lograr objetivos desarrollados en el ámbito internacional y nos permite ahora abordar las cuestiones fundamentales de la salud.

Creo que también es importante el tema de la salud como un derecho humano, como el derecho de alcanzar el mayor nivel de salud posible y la equidad en la solidaridad. Este derecho ocupa un lugar clave.

Se trata así de los tres valores que mencioné y que tenemos como principios: dar respuesta a las necesidades, orientar hacia la calidad y rendir cuentas a la sociedad. Tal es la justicia social a la que nos hemos referido. Todo esto tiene que ver con los determinantes sociales, la sostenibilidad, la participación social y la intersectorialidad, cuyos elementos se ilustran en la figura 2.

Interfase entre los sistemas de salud actuales, basados en la OPS, y estos determinantes sociales

¿Cuál es esta interfase entre los sistemas de salud actuales, basados en la OPS, y estos determinantes sociales, que puede permitirnos alcanzar los Objetivos de Salud del Milenio?

En primer lugar, la capacidad de desarrollar políticas públicas saludables, es decir, integradas entre múltiples sectores, con énfasis en la equidad. Este concepto de la salud debería formar parte de todas las políticas de un Estado (figura 3).

En cuanto a la intersectorialidad, opinamos que hay un espacio para liderar y conducir procesos intersectoriales en el sector salud. Este desafío es un elemento pendiente que vamos a tener que enfrentar. Otros retos son hacer efectiva la promoción de la salud con la participación del Estado y de la sociedad por medio de acciones, así como garantizar mecanismos universales de protección social en materia de salud.

Derechos humanos, derecho a hacer efectivo el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, género, etnicidad, interculturalidad, forman parte de los determinantes estructurales, y hay en ellos materia vasta para mejorar nuestros enfoques.

Conclusiones

Tenemos un sistema de salud. Entonces, ¿qué tenemos que hacer? Necesitamos hacer que se base en la atención primaria, porque de esta manera articularemos mejor esta vinculación esencial con

Figura 2

Interfase entre los sistemas de salud y los determinantes sociales

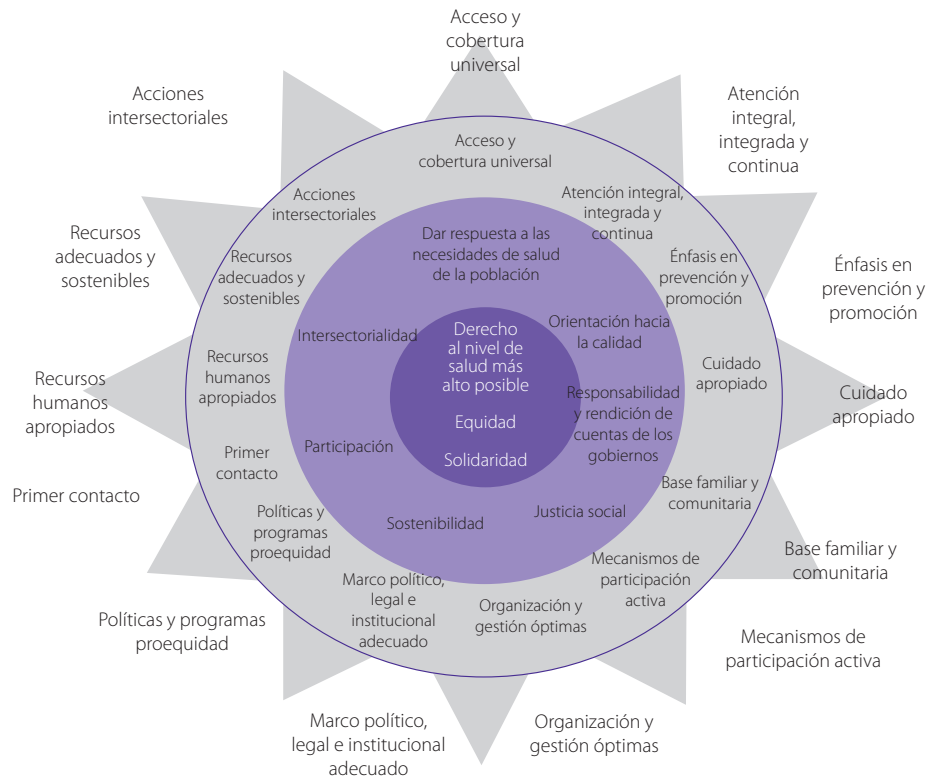
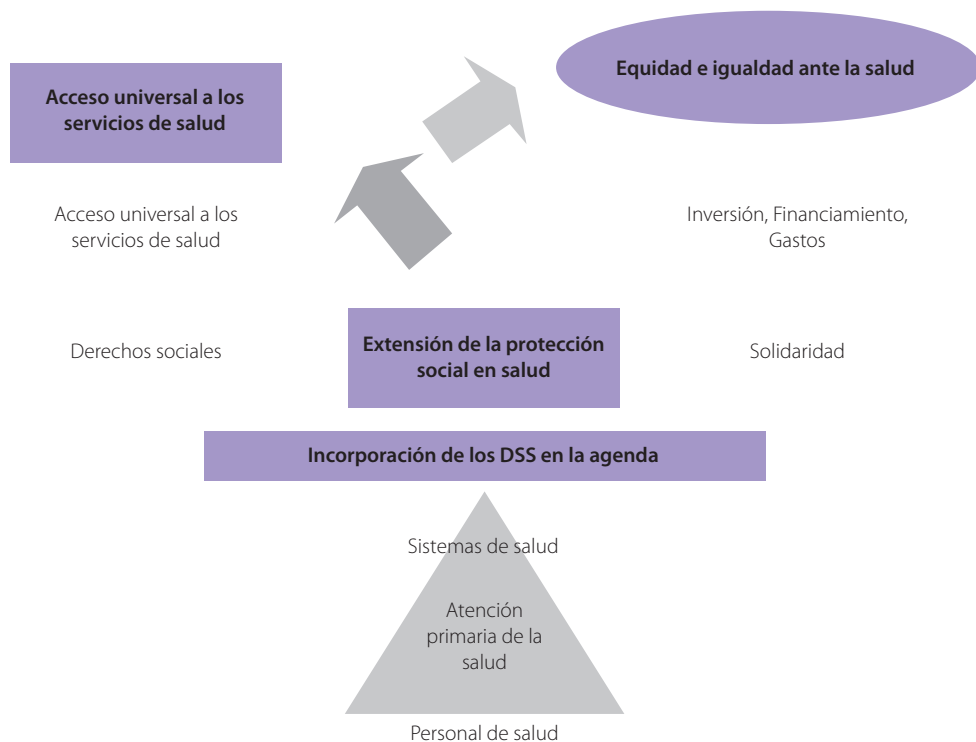


Figura 3

La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales de la salud



la población, con la sociedad civil y con aquellos grupos de nuestra sociedad que no tienen las mismas posibilidades de mantener su salud.

El personal de salud aquí no es una variable de ajuste sino un actor fundamental para que estos cambios se puedan operar. Así, podemos pensar en extender la proyección social en salud a los países en los que falta esta garantía tan importante.

Esto nos lleva al acceso universal a los servicios de salud que, como mencioné, es insuficiente; aún en aquellos países de la OCDE que tienen acceso universal hay brechas.

Por ello es necesario que pongamos nuestra energía y nuestro esfuerzo en incorporar a la agenda los determinantes sociales en salud. Esto nos permitirá diseñar políticas, leyes o regulaciones enfocadas en estos temas, así como actualizar los términos “derechos sociales” y “derecho a la salud”.

Por otra parte, tenemos que repensar la manera en que estamos utilizando o invirtiendo nuestros recursos de los Estados y de diversificación, financiamiento y gastos.

Hablamos aquí de la necesidad de establecer sistemas solidarios. Probablemente podríamos lograr así esa equidad e igualdad ante la salud que todos buscamos de una manera cada vez más importante, y que es ya un imperativo ético.

Por último no debemos olvidar que, obviamente, las prácticas de salud tienen que responder a los determinantes sociales como primer paso para influir en nuestro sistema de salud. Esto significa que tenemos que cambiar nuestra mirada y ser más permeables a lo que viven aquellos que no tienen la posibilidad de vivir como los demás. Este enfoque, válido tanto para la profesión médica como para las profesiones de la salud, es un nuevo reto que sin duda será un desafío en los próximos años.

Los determinantes sociales de la salud y el desarrollo sostenible en América

Luiz Augusto Galvao*

En los años ochenta, el estado del mundo empezó a preocupar a todos: no sabíamos qué podíamos hacer, y teníamos claro que, de seguir por ese camino, muy pronto ya no habría mundo.

Se estableció la Comisión Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, cuya presidenta fue la doctora Brooklyn. Después se le llamó Comisión Brooklyn, y de ella surgió un informe que sentó las bases del concepto de desarrollo en el mundo y que se tituló “Nuestro futuro común”.

Básicamente surgió de ahí el concepto de desarrollo sostenible, cuyo sentido era diferente de lo que hasta los años ochenta se entendía por desarrollo económico: un desarrollo que fuera suficiente para satisfacer las necesidades de una generación sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de atender igualmente sus necesidades.

Según el informe y según lo que quedó después acordado en la gran reunión de Río 1992, a la que asistieron 180 jefes de Estado, el desarrollo sostenible se basa en tres grandes pilares: el desarrollo económico, el desarrollo ambiental y el desarrollo social.

A partir de los años noventa, el desarrollo económico, que incluye todo lo que es comercio, la parte financiera, la inversión y el desarrollo tecnológico, ha sido revisado, reorganizado y alineado con el concepto de sostenibilidad. Las crisis económicas que hemos vivido en los últimos años nos dejan bastante claro que este desarrollo fue un pilar que se organizó dentro de sí mismo y que está mucho más avanzado ahora que hace veinte o treinta años.

Lo mismo puede decirse del desarrollo ambiental: la conciencia ambiental ha crecido enormemente y continúa creciendo cada vez más; los países, los gobiernos, la población, están conscientes de la fragilidad del ambiente físico y de la necesidad de actuar sobre éste de una forma positiva o preventiva. Por tanto, la biodiversidad y el clima hoy son parte de las grandes agendas mundiales.

Lamentablemente no ocurre lo mismo con el pilar de desarrollo social; éste no ha tenido el mismo desarrollo, la misma relevancia ni la misma prominencia en las agendas de desarrollo en la región. Tampoco se hace un vínculo claro entre el pilar de desarrollo social y el pilar económico y el pilar ambiental. ¿Cómo es posible, pues, que tengamos realmente una economía sólida y sostenible, y cómo podríamos preservar el medio ambiente si la sociedad es frágil?

Las agendas del pilar social no incluyen la salud ni la educación. La inclusión de estos aspectos ha sido un gran desafío en la búsqueda de un desarrollo sostenible. En este ámbito la salud repre-

* Organización Panamericana de la Salud, OPS.

senta un marco importante de trabajo, ya que en el capítulo 6 la Agenda 21, la cual consolidó el compromiso de los jefes de Estado en Río, se señalan cuatro temas cruciales relacionados con la salud: contaminación ambiental, sistemas de salud, control de enfermedades y salud urbana.

De forma lineal, a partir de este concepto y a partir de la Agenda 21, las políticas públicas en materia de salud, de abogacía y participación social, pueden reducir los riesgos ambientales e incrementar la promoción de la salud. A través de estas dos medidas podemos generar una expectativa de vida más saludable y con ello contribuir al desarrollo sostenido.

Como se sabe, cuanto más saludables son las poblaciones, menor es la necesidad de atención, más bajos son los costos y mayor es la productividad. Sin embargo, en los últimos años la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud ha propuesto un nuevo concepto que permite comprender mejor la complejidad de las aportaciones del campo de la salud al desarrollo y los efectos que los diversos aspectos pueden tener sobre la salud.

Los DSS según consta en el informe, son aquellos factores que determinan el nivel de salud de una persona como consecuencia de las circunstancias en que nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo el acceso al sistema de salud, así como la distribución del dinero, del poder y de los recursos en el ámbito mundial, nacional y local; estos factores dependen de las políticas adoptadas.

El concepto de desarrollo sostenible, agregado al concepto de determinantes de la salud, nos ha traído una nueva forma de entender la interacción de las fuerzas dentro del pilar social y conjuntamente con los otros dos pilares, el económico y el ambiental. Es la mejor contribución que se ha hecho para la comprensión del pilar social del desarrollo sostenible desde los años noventa.

Además, agrega un tema central que no queda muy claro cuando se habla de desarrollo sostenible: el tema de la inequidad. La inequidad en salud es tal vez el mayor desafío que tenemos en mente todos nosotros, ya seamos científicos, funcionarios o parte de la población en general. La equidad en salud es tan importante que es uno de los valores de la organización: equidad, excelencia, solidaridad, integridad, respeto. Es un desafío muy grande en particular en América, porque es la región más desigual del mundo. Las personas más pobres del mundo se encuentren muy probablemente en las periferias de las ciudades de esa región, pero en la misma región también están algunas de las personas más ricas del mundo, y tenemos allí empresas muy ricas y empresas muy pobres y gobiernos muy ricos y gobiernos muy pobres. Es una región llena de contrastes y de desigualdades, ese ha sido nuestro gran reto. Por mencionar sólo un ejemplo, el estudio que hizo el Banco Mundial en 2009 comprueba que cerca de 25 por ciento de la población vive con menos de dos dólares diarios.

Además, la disfunción social que causa toda esa situación de inequidad es un obstáculo para las estrategias de reducción de pobreza e interfiere directamente con las condiciones de salud en la región.

Esto no solamente está expresado en términos científicos en algunos trabajos publicados, e incluso en los trabajos de las redes de conocimiento de la CDSS y otros, sino también recientemente por el Instituto Gallup de Opinión Pública, que lleva un conteo de los índices de bienestar en el mundo y particularmente en Estados Unidos. Y se trata de opinión pública; no es una cuestión de epidemiología, no estoy hablando de incidencia ni de prevalencia, sino de una encuesta de 200 mil personas que se hizo en Estados Unidos y que está publicada en la página web de Gallup.

La respuesta de la población demuestra que sí hay una comprensión del problema de salud y una preocupación por éste, porque es una respuesta muy alta que coincide básicamente con lo que señalan los artículos científicos.

En general las personas más pobres, es decir aquellas que ganan menos de 24 mil dólares al año, tienen una mayor carga de problemas de salud que las que ganan más de 90 mil dólares al año, esto es las más ricas del estudio. Llama la atención, por ejemplo, el tema de la depresión, padecida por el 30 por ciento de las personas más pobres, contra el 10 por ciento de las más ricas.

Hoy en día la salud no es solamente un tema de discusión de las altas esferas de la salud pública: ha alcanzado la opinión pública. En muchos países, como por ejemplo en Brasil, el tema de salud es uno de los más importantes para la población frente al gobierno.

Con respecto a este complejo tema viene a colación el del desarrollo sostenible. El diálogo se facilita cuando relacionamos la salud. Por ejemplo, sabemos que la cuestión de salud está asociada al clima, pero también sabemos que éste afectará más a la salud de las poblaciones más pobres. La salud está asociada asimismo a los determinantes y al tema de las inequidades.

De igual manera, la transferencia tecnológica está asociada a la salud, puesto que permite tener acceso a determinadas medicinas para tratar enfermedades, pero dicho acceso está asociado a la cuestión de disponibilidad financiera. Sabemos que las empresas farmacéuticas, por sus propios modelos de negocios, desarrollan fármacos para los mercados que pueden comprarlos, y no hay un interés tan ávido, tan importante. Asimismo, las grandes fundaciones del mundo no muestran igual avidez o interés en desarrollar fármacos adecuados para tratar las enfermedades que todavía se padecen en los países pobres, esto es las llamadas enfermedades de la pobreza.

Todo esto representa también un gran desafío debido a que hay muchas agendas; hay agenda de Naciones Unidas, de la OMS, de la OPS. Hay asimismo agendas de otras agencias de cooperación y financiamiento, como son los bancos y la Organismo Internacional de Energía Atómica, y está además la agenda de los propios ministerios de salud. Existe por tanto la necesidad de una convergencia y articulación de las agendas institucionales para poder conectar esos varios principios, establecer programas de trabajo, resoluciones y planes estratégicos y contar con la cooperación y las acciones que son necesarias en los ámbitos más diversos, desde el comunitario hasta el nacional, regional o incluso global.

Finalmente, para llegar a donde queremos –es decir, a que cambie este cuadro de inequidades, a que cambien los determinantes sociales para el desarrollo sostenible y para la mejora de la salud de las personas y las familias– necesitamos objetivos muy concretos, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el concepto de “Salud para todos” que son tal vez los grandes motores de la acción de los gobiernos. Hay medidas, indicadores y un diálogo bastante objetivo sobre qué está avanzando y qué no, como en Nueva York durante la gran Asamblea sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Es importante mencionar también la articulación de los determinantes con otros temas de la salud que tienen que ver con el desarrollo. Algunos ejemplos son la articulación de los determinantes y los sistemas de salud basados en atención primaria de la salud. Estos sistemas están pensados en función de la rectoría, el financiamiento, la prestación de servicios y los recursos humanos, mientras que los determinantes están pensados en función de las acciones intersectoriales para mejorar la situación socioeconómica, política y ambiental, el estilo de vida y la biología, entre otros.

¿Qué tienen los dos, pues, en común?, ¿qué los une? Los unen las acciones de políticas públicas que ambos tienen que generar, y al mismo tiempo los retos comunes en materia de seguridad humana, urbanismo, salud de los trabajadores, promoción de la salud, cuestiones de género y derechos humanos.

Para llevar a cabo acciones es necesario el empoderamiento local, a través de nuestro trabajo en una organización, de la iniciativa Rostro, Voces y Lugares, y de planes nacionales de intervención, todo esto con el objeto de lograr un avance del desarrollo que se refleje en un avance de los indicadores, de las metas, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El gran lema “Salud para todos” cubre todos estos aspectos, sigue vigente y sigue siendo nuestro marco de organización.

Otra cuestión que llama la atención en la región de Las Américas y que es parte de estos temas de desarrollo, de los determinantes y de la inequidad, es la urbanización. De hecho, tal vez el mayor ecualizador o “inecualizador” que tenemos en la región sea la rápida urbanización que se ha dado aquí. Esta región se ha urbanizado de forma muy rápida; entre los años setenta y la primera década de este siglo, presenciamos un crecimiento de 240 por ciento de la población urbana, mientras que la rural solamente aumentó 6.5 por ciento.

También sabemos que es la región que tiene el mayor índice de urbanización del mundo. Tenemos en ella a 433 millones de personas, es decir más del 77 por ciento de la población, viviendo en ciudades.

Lógicamente la ciudad brinda acceso a muchos servicios, no sólo de salud, sino en general a empleos, escuelas, transporte y energía. Pero también es un desecualizador en la medida en que las periferias urbanas carecen de acceso a muchos de estos mismos servicios que la ciudad debería ofrecer.

Así, el tema de la salud urbana es un gran desafío; es interesante, porque es tal vez el mejor ejemplo de cómo confluyen los determinantes sociales y la agenda de desarrollo sostenible.

El tema de la salud urbana se examina en el capítulo 6 de la Agenda 21, que es el documento marco de la reunión de Río de 1992, por encargo de los jefes de gobierno a la Organización Mundial de la Salud.

Al mismo tiempo, la Comisión de Determinantes sociales de la salud aborda, dentro de una de las redes de conocimiento que establece, el tema de urbanización y la vida saludable. Asimismo desarrolla un documento de la mayor relevancia sobre esta cuestión y sobre todo lo que pasa adentro de las ciudades, sus inequidades y a la vez sus oportunidades de promover la equidad.

La OPS se ha comprometido a proponer con firmeza la equidad en la salud; nosotros nos hemos dedicado a elaborar publicaciones, al intercambio de información, a desarrollar iniciativas para participar en la mayoría de los sectores, para promover y diseminar ejemplos de lo que se está haciendo en la región, de lo que se conoce en ella sobre el tema de desarrollo sostenible, de los determinantes de la salud y sobre cómo esas dos agendas contribuyen finalmente a promover la equidad en salud.

Finalmente, daremos algunos ejemplos prácticos de estas agendas, que en la práctica pueden cumplirse de forma organizada y conjunta. En primer lugar, está la iniciativa de Municipios saludables, que por cierto en México es bastante expresiva, y cuyo objetivo principal es la mejora de las condiciones de las poblaciones más vulnerables al fomentar la sostenibilidad en el ámbito municipal a través de la participación de la comunidad, de una planificación conjunta y de diversas iniciativas. Sabemos que ésta ha sido una práctica común en la región y que en muchos casos se ha logrado implementarla y darle seguimiento.

Rostros, Voces y Lugares es una iniciativa de las agencias de Naciones Unidas bajo el liderazgo de la organización; tiene el objetivo de focalizar acciones en las comunidades más pobres de la región y, con los recursos disponibles de los mismos gobiernos, promover el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en estas poblaciones, tratando de llevarlas de un estado de rezago total a una situación de por lo menos poder dar alguna esperanza en términos de futuro. Del mismo modo, han sido relevantes en América Central y en toda la región las iniciativas sobre la salud en el trabajo, la necesidad de trabajo digno y de la no precarización del trabajo. Este es otro objetivo de la promoción de las agendas de desarrollo sostenible y los determinantes de la salud.

Los determinantes sociales de la salud y el gradiente social en salud

Luis Durán Arenas*

Los determinantes sociales de la salud tienen que ver con muchísimos aspectos, y dichos determinantes muestran la característica multifactorial de lo que es la salud. De hecho, la salud tiene que ver con la educación, con la vivienda, con el trabajo y con los servicios de salud.

Cabe hacer notar que la perspectiva de análisis de los determinantes sociales de la salud varía de acuerdo con quiénes somos y de dónde partimos, y con nuestras propias posibilidades de análisis; esto es algo que sucede con mucha frecuencia en los análisis internacionales de los sistemas de salud.

Por ejemplo, en el caso de Canadá existe actualmente un gran debate entre dos grupos sobre si debería de haber más plazas de médicos. Uno de estos grupos dice que las que hay son suficientes para atender las demandas de salud y considera que lo que hace falta es trabajar más en el ámbito de los determinantes sociales de la salud. El otro grupo, por su parte, busca mantener el estándar que ha tenido el sistema canadiense de atención a la salud.

El caso México es diferente. A continuación presento mis argumentos para demostrarlo.

La mortalidad entre menores de cinco años por cada mil nacidos vivos entre 1970 y el 2006 nos permite ubicarnos. Por ejemplo, los mexicanos ocupamos el lugar de en medio, excepto cuando nos comparamos con los países de la OCDE; en ese contexto nos situamos en el último lugar.

También podemos ver las desigualdades en la esperanza de vida; por ejemplo, en el caso de los hombres hay desigualdades entre algunos países y dentro de cada uno de ellos.

Esto básicamente nos muestra que los países tienen gran variabilidad, como lo menciona el doctor Galvao. Sin embargo, en México usualmente nos quedamos con la imagen del éxito por haber alcanzado 78 años de esperanza de vida, cuando realmente deberíamos de estar analizando las desigualdades, como ya lo están haciendo algunas personas. El doctor Francisco Franco, por ejemplo, ha hecho un análisis muy bueno acerca de la situación de la desigualdad en relación con estos indicadores en México.

Como muestra de las desigualdades, veamos la situación de la esperanza de vida al interior de los estados del país. Es posible observar que hay grandes variaciones, dependiendo de las características de cada uno de los Estados.

En cuanto a los determinantes sociales de la salud en países desarrollados, se ubica al sistema de salud como un determinante intermediario de la salud. Esto, desde luego, implica que esos

* Academia Nacional de Medicina.

países ya han desarrollado algún sistema de salud. Es decir, han organizado sistemáticamente sus servicios y cuentan con una estructura que les permite atender las necesidades de demanda de la población.

Ese no es el caso de México, como tampoco es el de los Estados Unidos, de acuerdo con los datos que presentó el doctor Galvao.

Hay una serie de fuerzas que modelan los sistemas de salud, mismas que podemos ubicar, en aquellas consecuencias de los determinantes sociales de salud que definen las necesidades de salud de la población. De acuerdo con ello, casi todos los países tenderían a esta forma.

Eso tendría una correspondiente demanda, que realmente no tiene la misma forma. Esto sucede porque el sistema de salud no tiene la forma de la necesidad; tiene la forma que le han impuesto una serie de factores que lo modulan. Entre estos factores están el conocimiento acumulado por las disciplinas científicas, las innovaciones tecnológicas no anticipadas (como el PET), los costos y la disponibilidad de recursos humanos y económicos. Asimismo, pueden tener un efecto sobre el sistema de salud, los intereses políticos, la legislación vigente –que incluso define cómo puede ser el sistema– y finalmente, los intereses económicos.

Así estamos en México: con un sistema deformado, un sistema que no corresponde a las necesidades. Lo que ha sucedido siempre es que cuando iniciamos la demanda, se justifica el sistema; así, la demanda adquiere la misma forma que el sistema. Por todo ello, estimo que es muy importante darle un mayor nivel al sistema de salud. Hay que considerarlo como un determinante social en toda su extensión y no sólo como un simple intermediario.

Casi toda la gente, al referirse al sistema social, habla de “la integración del sistema de salud”; no obstante, quiero hacer algunos comentarios, en términos propositivos, sobre la fragmentación del sistema de salud.

El sistema de salud en México es fragmentado; más allá de eso: es multifragmentado, y por una decisión que se tomó hace dos sexenios, dicha fragmentación aumentó con la creación de una nueva institución, identificada como Seguro Popular.

¿Qué crea esto? Segmentos claramente definidos que tienen diferentes condiciones, diferentes cualidades, diferentes capacidades para tratar de resolver los problemas de la población que necesita atención a la salud.

Por todo ello, a continuación intentaré ubicar esas variaciones, que no queremos, esas desigualdades, en tres grandes aspectos: las desigualdades en el acceso, en los paquetes de beneficios y las desigualdades en la calidad de la atención médica.

Quisiera utilizar suficiente información para hacer un análisis exhaustivo de las desigualdades en el acceso. Como no es el caso, voy a hacer simplemente una breve revisión de aquellos aspectos que deberíamos tener en cuenta y ofreceré una pequeña prueba, con base en estadísticas de cómo estamos y qué estamos haciendo en México.

En primer lugar, para ver las desigualdades en el acceso tendríamos que analizar la disponibilidad de servicios de salud y si esos servicios de salud tienen una distribución regional que sea equitativa e igualitaria.

También tendríamos que valorar si en verdad existe acceso económico a la salud; por ejemplo, el Seguro Popular en este momento paga la atención de una persona que padezca cáncer de mama, pero no considera que ese no es el único costo en que incurre quien padece la enfermedad. Supongamos que la persona enferma vive en algún pueblo remoto de Oaxaca; tendría que trasladarse, usualmente acompañada, a la Ciudad de México, donde tendría que vivir con sus acompañantes

mientras durara el tratamiento. Además los tratamientos no son cortos, se extienden por semanas; todos estos costos adicionales no se consideran cuando se analiza el sistema de salud.

También tenemos que analizar el acceso organizacional; es decir, cómo están organizados los servicios y si esta organización permite que se presten los servicios que realmente necesitan los pacientes.

Asimismo, hay que revisar el acceso cultural. Hay miles de casos, miles de anécdotas en México sobre esfuerzos que se han hecho para tratar de resolver el acceso cultural, pero casi todos ellos se han quedado cortos. Abrir un hospital híbrido, por ejemplo, no es una solución completa. Habría que ver cómo se puede lograr que las personas que no hablan la misma lengua tengan acceso, en condiciones de igualdad, a servicios que respondan a sus necesidades de salud.

Otro aspecto es, obviamente, la accesibilidad por género. Hasta recientemente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social había una serie de aspectos muy interesantes. Doy dos ejemplos: el primero de ellos es que una mujer trabajadora no podía cubrir a su esposo; la desigualdad social, entonces, no sólo va en una sola dirección. El segundo ejemplo es que, dada la redacción de la Ley del Seguro Social, en un matrimonio entre homosexuales no podía haber cobertura para la pareja, a pesar de que en la Constitución se hicieron cambios que legalizan este tipo de uniones.

Por lo que respecta a la desigualdad en el acceso con base en la disponibilidad, hay una gran variabilidad en el número de médicos en los distintos municipios. Por ejemplo, en las delegaciones del Distrito Federal hay desigualdad en el número de estos profesionistas, incluso al interior de las mismas delegaciones.

En números absolutos, también hay algunas cuestiones que llaman la atención; por ejemplo, en Nuevo León observamos que mientras en la ciudad de Monterrey hay hasta 2 mil 760 médicos en contacto con los pacientes, en Melchor Ocampo, un pueblito cercano a Monterrey, hay un solo médico.

Esta situación es más clara si miramos la tasa de médicos por cada mil habitantes. Como pueden ver, hay grandes variaciones en materia de recursos humanos.

Por ello, cuando se habla del número de mexicanos cubiertos por el Seguro Popular, que tienen derecho a médico y medicinas gratuitos, me resulta muy difícil pensar que la cifra sea real, dadas las grandes variaciones que existen en la disponibilidad de médicos.

Otra cuestión que casi nadie considera es la desigualdad en los paquetes de beneficios. En este caso, tendríamos que analizar qué sucede dentro de la seguridad social y entre la seguridad social y el Seguro Popular, en comparación con los seguros médicos privados.

A continuación presento un ejercicio sumamente simple: hace un par de años se informó que el Seguro Popular cubría 264 intervenciones y mil 400 diagnósticos, y esto último, la realización de diagnósticos, se plantea como algo exitoso. Por ello, este análisis se centra en el número de diagnósticos que cubrieron el IMSS y el ISSSTE. A través del mismo, descubrí que estas dos instituciones, en conjunto, realizaron 12 mil 487 diagnósticos, mientras que el Seguro Popular cubrió apenas un poco más del 11 por ciento de esa cifra. Esto es desigualdad en el paquete de beneficios.

Si analizamos lo que cubren los seguros privados —y muchos de nosotros que, como funcionarios, tenemos acceso a ellos, estamos muy contentos porque creemos que tienen una amplia cobertura—, encontramos que la póliza media sólo considera la mitad de los padecimientos que cubre el IMSS, pero además establece cláusulas condicionantes para el acceso a la atención. Esto también es una desigualdad en el paquete de beneficios.

Finalmente, me referiré a la desigualdad en la calidad de la atención médica. Debería de haber una igualdad o una equidad en el acceso a la atención médica de calidad en el ámbito regional, así como en el rural y urbano. También debería de haber equidad dentro de la seguridad social, dentro de los servicios estatales y dentro de los servicios federales, así como entre ellos. Además, debería de mantenerse esta equidad, en cierta medida, entre los servicios médicos públicos y los privados.

Hemos obtenido de diferentes estudios una serie de datos que demuestran que, desgraciadamente, hay una gran desigualdad en la calidad de la atención médica en México.

Estos son datos oficiales en los que básicamente, con diferentes indicadores, se ve la variación en la calidad de la atención. Al preguntar directamente a una persona qué tan bueno es el trato, qué tan buena es la comunicación, qué tan buena es la confidencialidad, cómo son las redes de apoyo social, qué tan limpia está la unidad, qué tanta autonomía tiene el paciente y cuál es la capacidad de elección del médico, es sorprendente encontrar que, en gran medida, consideran que la calidad es buena en todas las diferentes instituciones.

Sin embargo, al tomar en consideración otros datos, empezamos a encontrar elementos que nos demuestran que nuestro sistema de salud tiene una gran variación en la calidad de la atención.

En una clasificación de las unidades de hemodiálisis en el país. Realizada para la Secretaría de Salud y publicada en la página de la Dirección General de Evaluación de Desempeño, se utilizan dos tipos de indicadores: los primeros se refieren a las condiciones de infraestructura, y el estudio incluye 15 de ellos; el otro tipo de indicadores son los de proceso y resultado, de los cuales tenemos 21. Al respecto, vale la pena destacar la forma en que se distribuyen las 82 unidades que revisamos; en términos de proceso y resultado, hay tres muy buenas, nueve buenas, ocho regulares y 52 muy malas.

Las condiciones de la estructura son ligeramente mejores: hay 10 buenas, 17 muy buenas, 11 malas y 27 muy malas. Así, en cuanto a la estructura, alrededor de 35 por ciento de las unidades se encuentran en malas condiciones. Pero en lo tocante a procesos y resultados, en verdad estamos en una situación muy lamentable: casi el 70 por ciento de las unidades tienen problemas graves de calidad.

En otro estudio, sobre las unidades de primer nivel, utilizamos dos indicadores: el índice de infraestructura general y el índice de infraestructura clínica. Veamos ahora algunos ejemplos de las unidades analizadas.

Estas unidades tienen calificación muy mala, en cuanto a infraestructura general. Casi todas tienen acceso adecuado, una vía de recepción adecuada y una sala de espera adecuada; pero tienen problemas en los servicios, en la administración, en los vestidores y en las condiciones de apoyo para la atención.

Cuando revisamos la infraestructura clínica, encontramos otra situación muy desafortunada. Obviamente estoy presentando aquí el extremo malo, pero son muchas las que están en estas condiciones. Por ejemplo, en relación con las unidades de primer nivel, tenemos cuatro grandes vectores; la parte más estructural parece estar mejor, pero la sala no satisface las necesidades que debe atender, y el número de enfermeras y su calificación no son los adecuados para poder llevar a cabo sus funciones.

En unidades de segundo nivel esperaríamos mejores condiciones. Sin embargo, en los tres hospitales que tomé como ejemplo no hay la calidad requerida. De nuevo, hay buenas condiciones de acceso, recepción y sala de espera, pero esto no en los servicios, ni tampoco en la forma en que se prepara y se mantiene la unidad para que pueda funcionar.

En relación con los indicadores de infraestructura clínica, también hallamos un panorama muy inequitativo.

Tenemos un sistema de salud que, como determinante intermedio de los determinantes sociales, ocupa un lugar muy importante porque no tiene las condiciones para poder dar una respuesta a las necesidades de salud de la población.

Me preocupa mucho que se confunda “afiliación” con “cobertura”. Afiliación es la entrega de una tarjeta; la cobertura es la garantía de contar con la capacidad de ofrecer los servicios, proveer el acceso y asegurar la calidad de la atención.

¿Cuáles han sido las políticas que se han utilizado en el mundo para tratar de resolver estos problemas?

Algunas han estado dirigidas a mejorar la salud de los grupos de baja posición socioeconómica a través de programas focalizados; otras han buscado cerrar las brechas de salud entre quienes se encuentran en las más pobres circunstancias sociales y los grupos que gozan de mejores condiciones dentro de la sociedad; y algunas más se han propuesto enfrentar el gradiente social en salud en su totalidad.

Es decir, estas políticas buscan intervenir en la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en toda la población. Algunos llaman a esto “equidad horizontal”.

Los programas fundamentalmente han sido verticales y focalizados. Tenemos el Programa Oportunidades que ha tenido un gran éxito y ha sido muy reconocido en todo el mundo. Sin embargo, se crea un efecto muy peculiar: en el momento en que las personas que entran al programa se empiezan a beneficiar del mismo, es decir cuando reciben las compensaciones y los servicios, automáticamente superan a aquellos que no entraron en el programa porque estaban en mejores condiciones.

Así, el problema de los programas focalizados es que nunca se dan abasto para ir cubriendo a la población que los necesita. Entre ellos, están varios programas en la Ciudad de México, como el de adultos mayores “70 y más”, que son fundamentalmente verticales.

Considero que el Seguro Popular es también un programa vertical porque no cubre a la población en función de sus necesidades, sino que es un programa de intervenciones; 264 de ellas.

Ante este panorama, ¿qué proponemos?

La alternativa es diseñar una verdadera atención primaria integral. Es decir, tenemos que ir más allá del discurso de la atención primaria: un primer paso sería utilizar, sistematizar y organizar el sistema de salud para que, en países como éste, se garanticen el acceso, la calidad de la atención primaria a la salud.

La utilización de evidencias sobre los programas de salud y desarrollo: el caso de México

Miguel Ángel González Block*

Los antecedentes sobre medicina basada en evidencia (MBE) son los trabajos de Guyatt y Sackett; en ellos se define la importancia de tomar decisiones en la medicina clínica con base en la mejor evidencia disponible definida en términos del método científico conocido por todos nosotros y donde es evidente que la investigación, y los resultados de investigación, deben convertirse en evidencia mediante una difusión efectiva que llegue hasta el momento de la práctica de la clínica. No obstante, cuando hablamos de las políticas sobre bases científicas tenemos no sólo que retomar estos preceptos de la metodología científica, sino también debemos enfocarnos en la importancia de la investigación interdisciplinaria y generalizable. Asimismo, es necesario que nos centremos ya no sólo en un enfoque biomédico específico y especializado, sino realmente en todos los temas de ciencias sociales, medicina y biología. Pero es igualmente necesario enfocar la investigación en el contexto local, habida cuenta de la especificidad que tienen los sistemas de salud y los grupos de población. De ese modo podemos percibir que lo que puede ser verdad en un sistema, no lo sería en otro, sin que esto vaya en demerito de la metodología científica. Lo importante es, entonces, poder precisar. Estos son, los retos que tenemos para la aplicación de la evidencia en las políticas públicas. El proceso de implementación de las mejores prácticas basadas en la evidencia a través de las políticas de salud tiende a una brecha; es necesario que pase un tiempo, pero debemos procurar siempre reducir esa brecha al mínimo. Un ejemplo es el desarrollo del enfoque de la atención de la emergencia obstétrica que se dio en 1993, mismo que trascendió el enfoque exclusivamente de riesgo que había sido promovido hasta entonces principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al mostrar que toda muerte materna es precedida de una emergencia obstétrica y que las emergencias obstétricas no se pueden prever como tales. Prácticamente cualquier mujer, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, es susceptible de tener una emergencia obstétrica. No obstante, lo que sí depende en gran medida de esas condiciones es la capacidad de las mujeres para acceder a la atención de la emergencia obstétrica. También tenemos evidencia muy firme de que la atención de las emergencias obstétricas puede evitar la mortalidad materna hasta en un treinta por ciento en algunos contextos, y de que la estructura hospitalaria es un factor determinante de la sobrevida materna. Sin embargo, la pregunta es ¿a qué grado esta evidencia está permeando?

* Instituto Nacional de Salud Pública.

La política implementada en México por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha tratado ya de integrar esta evidencia, en términos de promoción de la planificación familiar, mediante la consejería de la planificación y anticoncepción postevento obstétrico en el hospital, la atención del parto en la unidad médica y la atención propiamente de la emergencia obstétrica como determinantes básicas para reducir la mortalidad materna. En 2008 se estableció una agenda política del más alto nivel, enfocada en el embarazo saludable y en romper las barreras económicas, y de ahí justamente la importancia de los determinantes sociales para establecer redes interinstitucionales y para enfocar esto en un programa de acción –Arranque Parejo en la Vida 2007-2012– que da continuidad a un programa anterior.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos de actualizar las mejores prácticas con base en la evidencia, México se mantiene rezagado en la mortalidad materna; tenemos un indicador de 62 por cada 100 000 nacidos vivos, que nos sitúa a la par de países de menor ingreso per cápita como Nicaragua, Belice o El Salvador. Costa Rica tiene un ingreso per cápita inferior al mexicano, y sin embargo su índice de mortalidad materna es de la mitad precisamente porque tiene un enfoque de accesibilidad universal a los servicios que permite hacer frente a este gran reto.

En México, donde los índices de muertes maternas son mayores, no sólo ha habido una tendencia a estancarse sino que con la pandemia de la influenza dichos índices se incrementaron en el 2009, hecho que plantea enormes retos. Esto quiere decir que en los estados más pobres, habitados por grupos en extrema pobreza, hay un mayor rezago.

Al analizar cómo se da la atención del parto en general en las instituciones, vemos que el IMSS atiende solamente el 62.6 por ciento de los partos de las mujeres afiliadas, mientras que el 13 por ciento utilizan instituciones que están definidas para población no asegurada, sobre todo las de la Secretaría de Salud.

Este hecho deja ver un traslape de la demanda que hemos venido documentando los últimos veinte años y nos habla de la importancia de los determinantes sociales para decidir dónde se realiza la atención del parto, más allá de contar con el aseguramiento. Este traslape se puede ver en diferentes esquemas de asegurados (me estoy enfocando en la seguridad social propiamente, y estoy analizando los determinantes sociales de esta tendencia).

Igualmente existe una demanda de servicios para la atención del parto por mujeres que, a pesar de no ser derechohabientes afiliadas a instituciones de seguridad social, logran acceder a los servicios; ésta es otra de las características del traslape del que hablamos.

La escolaridad juega aquí un papel fundamental: mientras mayor es su nivel educativo, las mujeres pueden acceder con más facilidad a una institución de seguridad social. Así mismo tenemos que, mientras más alto es el nivel socioeconómico, la posibilidad de acceder es mayor, debido al tipo de localidad urbana y al índice de desarrollo humano. Sin embargo, se muestra una relación paradójica en el ámbito de los estados. Vemos así que los factores o determinantes sociales son importantes para determinar el acceso a los servicios de atención del parto, más allá de si se es o no derechohabiente.

En la figura 1 vemos un trabajo que está en desarrollo, pero ya listo para presentarse; es de Sergio Meneses, alumno de doctorado. Se observa allí la tasa bruta de egresos hospitalarios totales del Instituto de Servicios de Salud de Chiapas, según categoría de composición étnica-municipal. La línea azul indica aquellos municipios que tienen menos del 20 por ciento de población indígena, y en la línea de hasta abajo se encuentran aquellos municipios que tienen hasta un 80 por ciento o más de población indígena; por tanto unos y otros municipios se ven afectados por diferentes determinantes sociales.

En el año 2000 ya había una brecha importante en el acceso hospitalario en general, medido a través del egreso hospitalario. Por una parte tenemos el lado positivo: se están incrementando para todos los grupos los egresos hospitalarios. Eso indudablemente es resultado de políticas efectivas de protección social en salud, o bien del Programa Oportunidades y otras políticas que tienden a enfocarse en los grupos de pobreza. Sin embargo, la brecha entre la tasa bruta de los egresos hospitalarios en los municipios con mayor y menor población indígena se incrementa en la atención; por ejemplo, en la atención del parto.

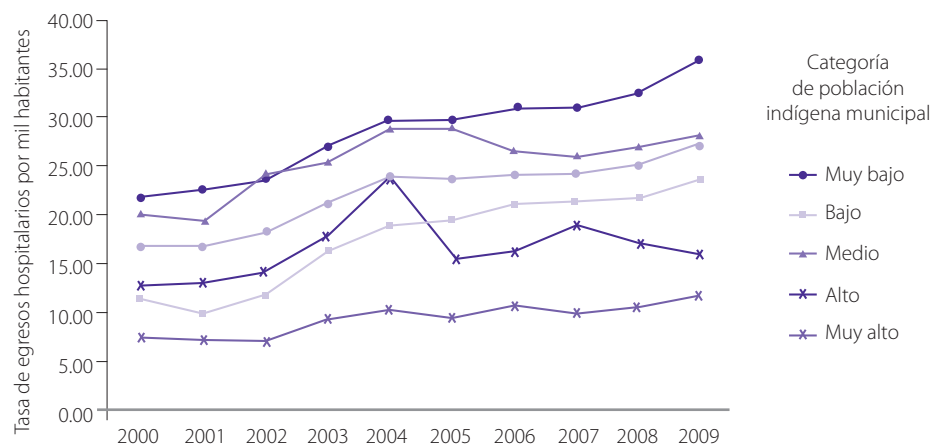
Mientras más se fortalecen los servicios de salud, más se incrementa la brecha, y por lo tanto la inequidad entre los grupos. ¿Por qué? Porque se está mejorando la infraestructura hospitalaria, pero no se modifica el patrón de atención; no se hace más intercultural, no se hace más sensible a las necesidades de los grupos no indígenas, de tal suerte que quienes mejor aprovechan esta mejoría son los grupos menos indígenas. La buena noticia es que en los egresos para atención de la emergencia obstétrica, específicamente, esa brecha no se ha incrementado, aunque tampoco se ha reducido específicamente en estos grupos. Esto habla de cierto éxito del Programa de Arranque Parejo en la Vida, de las redes sociales y de la capacidad para darle acceso a la mujer en estado de emergencia obstétrica, pero todavía no hay indicios claros de que se esté comenzando a cerrar esa brecha.

Con la implementación de prácticas efectivas basadas en la evidencia, en el Instituto Nacional de Salud Pública pusimos en práctica un Proyecto de Gestión del Conocimiento en los estados de mayor pobreza, que también reflejan la mayor tasa de mortalidad materna. La finalidad de este proyecto es establecer comunidades de práctica, de decisores, de trabajadores de la salud, fundamentalmente, que estén en la mejor posición de conocer la evidencia y de saber cuáles son las mejores soluciones para sus regiones. Es decir, su objetivo es aprovechar y desarrollar el conocimiento disponible para agilizar y facilitar la resolución de problemas.

Hemos enfocado este proyecto en la gestión de dos tipos de conocimiento: el conocimiento explícito que es el que está directamente fundamentado en el método científico, pero también en el conocimiento tácito, que es aquel que forman los actores, los trabajadores de la salud y los funcionarios con base en su experiencia, en su práctica y en su propia capacidad inductiva. El

Figura 1

Tasa bruta de egresos hospitalarios totales del ISECH, según categoría de composición étnica municipal



conocimiento tácito no siempre está regido por un método científico; sin embargo, es un conocimiento válido y, sobre todo, es un conocimiento que tiene que mejorarse, fortalecerse e integrarse con el conocimiento explícito.

Estas acciones fortalecerán nuestra capacidad de toma de decisiones sobre bases científicas. Por ende, nos enfocamos en establecer comunidades de práctica y de gestión de conocimiento entendidas como grupos de personal que se reúnen para compartir ideas, encontrar soluciones e innovar en un área específica del conocimiento siguiendo a Wenger, uno de los principales pensadores del tema de las comunidades de práctica.

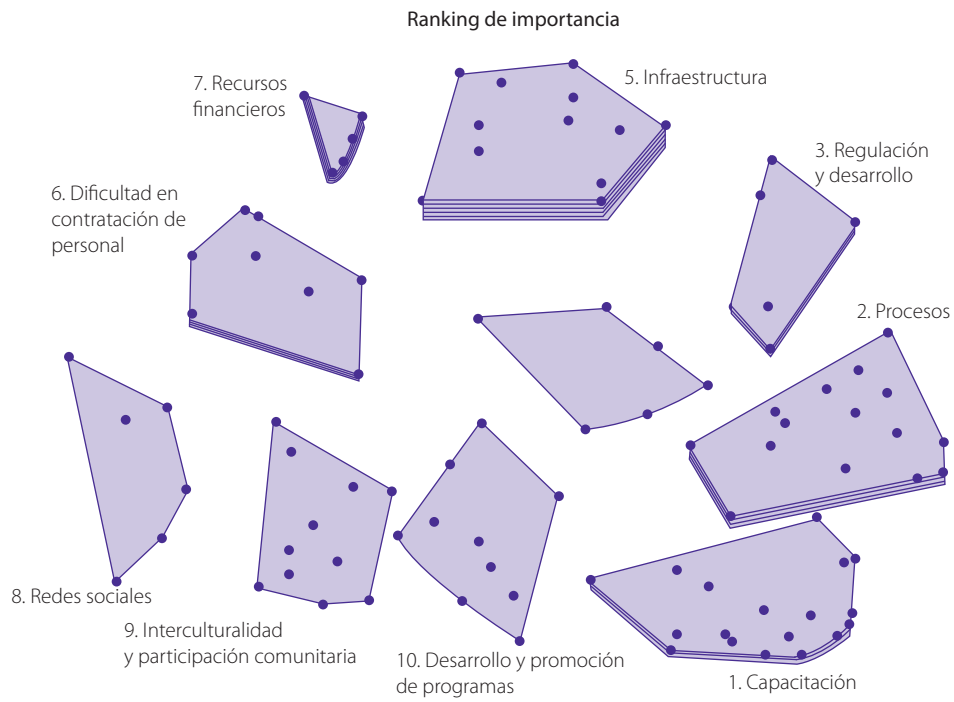
Dichos grupos proceden con base en la explicitación y formalización de la transferencia del conocimiento, la cual permite adquirir más conocimiento. Comparten ideas y experiencias y tienden a formar una masa crítica necesaria para producir nuevo conocimiento y para utilizar y refinar políticas de salud, evidencia y experiencias de manera colectiva.

Partimos así de una situación de alta pobreza, de gran fragmentación entre sistemas de salud, de condiciones laborales malas para la salud. Sin embargo, reconocemos que estas personas son actores pensantes, son actores con deseos de innovación, son seres humanos creativos y por ende procuramos estructurar estas comunidades de práctica para que conjunten sus ideas y las reflejen en mapas conceptuales y en formas de acción más integradas, más coordinadas, de tal suerte que primero se obtenga un nuevo conocimiento tácito en el momento en que la comunidad de práctica comparta sus ideas y las sistematice. Sobre esa base se podrá entonces proceder a hacer la revisión sistemática de la literatura especializada a fin de avanzar en ese conocimiento y tener así un mejor manejo de los determinantes sociales.

En las comunidades de práctica trabajamos con un total de 94 individuos con esos perfiles y en estos estados; utilizamos una metodología cualitativa —el mapeo conceptual— para aclarar, dar objetividad y mostrar gráficamente las ideas de un grupo de personas. La primera etapa se centra en el conocimiento tácito para obtener una mejor comprensión de las relaciones, identificar las necesidades más relevantes y plantear una pregunta de enfoque para la discusión y la sistematización, en términos de los problemas para la implementación de las mejores prácticas en salud materna. El mapa que se produce con esa metodología (figura 2) permite a los actores establecer los campos de acción con base en su importancia, la cual radica en el número de etapas en cada una de estas regiones en donde, como vemos, los temas de infraestructura y recursos financieros quedan claramente reflejados por la comunidad de práctica como enfoque principal, de gran importancia. Las tres regiones que están a la izquierda son justamente aquellas donde los determinantes sociales inciden en la dificultad de contratación del personal, en virtud de la dificultad del medio al que se les está solicitando acudir, pero sobre todo en la posibilidad de establecer redes sociales y la interculturalidad y participación comunitaria. Se perciben estas últimas dos como de baja prioridad, y se considera que tienen pocas probabilidades de ser atendidas. Se priorizan tanto los aspectos estructurales, en la parte superior, como aspectos de procesos en los sistemas de salud internos al sector. Nuestro reto, entonces, es facilitar el conocimiento y las intervenciones para que los determinantes sociales puedan ser integrados de manera clara y efectiva. En conclusión, la utilización de evidencia en la toma de decisiones en salud ha aportado frutos importantes, pero persiste una importante brecha entre el conocimiento y la acción. El mapeo conceptual y la gestión del conocimiento permiten integrar el conocimiento tácito y la evidencia científica. El fortalecimiento del sistema de salud mediante la implementación de políticas basadas en la evidencia enfrenta retos importantes, como reforzar la utilización de resultados de investigación entre los tomadores de decisiones, específicamente en la temática de los determinantes sociales de la salud; incrementar

los recursos para la gestión del conocimiento; fomentar vínculos entre la investigación y la toma de decisiones; y dar mayor consideración a la investigación en la toma de decisiones.

Figura 2
Funciones del sistema de salud materna



Los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la reducción del gradiente social en la práctica de la salud

Carlos Santos Burgoa*

Al hablar de determinantes sociales de la salud pensamos en pobreza, en marginación; pensamos en el campo, en las rancherías; pensamos en la desnutrición, en los programas de paliación de la pobreza; en *Oportunidades*, que es el programa con el que estamos abordando la temática en el caso de México. Pensamos también en los centros de salud rurales, en hospitales comunitarios, en programas y servicios para otros.

Pero la verdad es que, al referirnos a los determinantes sociales, estamos hablando de nosotros mismos, de nuestras familias, de nuestros vecinos, de nuestros amigos; de lo que pasa en nuestras casas, en nuestras localidades, en nuestros trabajos, en nuestras escuelas, en nuestra ciudad, en el lugar donde vivimos, donde juegan nuestros hijos y donde laboramos.

No se trata de algo ajeno: estamos hablando de lo que hacemos; de lo que hago yo en mi consultorio, con mi paciente, con mi proyecto, mi programa, mi política, mis servicios de salud, mis resultados; de la efectividad de lo que hago, de lo que hacemos nosotros. Es necesario, entonces, modificar un poco nuestra forma de pensar respecto de los determinantes sociales, de tal forma que al referirnos a ellos lo primero que nos llegue a la mente sea el “yo”, esto es nuestra propia persona. Debemos considerar todo aquello que hagamos para influir en los determinantes.

Debemos también de refrescar el diálogo y cuidar los conceptos. Vamos a pasar del concepto de “pobreza” al concepto de “gradiente social”, y éste es un reto fundamental en el debate nacional e internacional.

El doctor Michael Marmot, en Inglaterra, ha dicho: “con enfocarse sólo en los más desfavorecidos no se reducirán las inequidades suficientemente.” Para reducir el gradiente social se deben emprender acciones universales, con una escala e intensidad que sea proporcional al nivel de desventaja y de necesidad. En el caso de México, la enfermedad tiene una distribución con un gradiente social.

Los determinantes no son factores aislados, sino que constituyen cadenas causales que van de lo estructural a lo más inmediato y a lo que más nos impacta.

Hace aproximadamente tres años se llevó a cabo un análisis semicuantitativo que comprendió todos los programas sociales que había entonces en México. Analizamos éstos a la luz de las recomendaciones

* Asesor principal de Seguridad Humana OPS.

de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y llegamos a la conclusión de que en ellos no están abordando plenamente las recomendaciones en relación con los determinantes; hay mucho que puede mejorarse. En eso consiste nuestra tarea.

Estamos convencidos de que la salud de todos está determinada socialmente. Un ejemplo es la esperanza de vida al nacer. Se trata de un gran indicador; es una síntesis del comportamiento de toda la sociedad.

Entre 1930 y 2009 la esperanza de vida al nacer se incrementó sustantivamente, sin embargo, en las últimas dos décadas sólo aumentó 2.2 años. ¿A qué se debe este gran crecimiento? ¿Qué pasó en los años treinta, en los cuarenta? Lo que ocurrió fue que se modificaron los determinantes sociales: hubo mayor oportunidad de trabajo, mayor vivienda, mayor urbanización, mayor educación, mejor medicina, mayor disponibilidad, mayor alimentación, mayor capacidad de participación política, mayor participación social; existían las rutas, hubo recursos y surgieron políticas sociales. Entonces, eso permitió un gran avance. Ese es el gran impacto que pueden tener los determinantes.

Tenemos que aprender de lo que sucedió para mejorar nuestro trabajo actual. Una de las políticas más exitosas de México ha sido la política poblacional.

Desde 1985 a 2005 las tasas globales de fecundidad por nivel de escolaridad han bajado en forma importante; sin embargo, el cambio no ha sido universal ni se ha observado en todos los grupos por igual; no se ha tratado de un cambio estructural. Ello significa que tenemos que modificar la práctica clínica.

En ese sentido, el Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales y los programas prioritarios de salud pública dice: “Tenemos que dejar de pensar en programas verticales y tenemos que tomar en cuenta los determinantes; no los podemos omitir más.”

Asimismo, es necesario modificar la generación de la información, porque se está ocultando la realidad de la distribución social de los servicios y de las enfermedades; esto ya no lo podemos tolerar.

Afortunadamente ya se tiene información por edad y sexo, lo cual es bastante básico. No obstante, necesitamos avanzar hacia otras desagregaciones y determinar si se trata de un individuo rural, suburbano, urbano, empleado, desempleado, migrante o no migrante, indígena o no indígena, a fin de conocer su escolaridad, su marginalidad. Es necesario destacar las brechas, los gradientes, y no quedarnos ya en los promedios, sino atrevernos a ser más analíticos.

Tenemos que modificar la rectoría, proporcionar información a los otros sectores, desde una posición de liderazgo para lograr una coherencia política en los programas.

Debemos modificar las intervenciones para que sean reproducibles y sostenibles, para que puedan generalizarse, expandirse, para que sean factibles económicamente, realizables política y socialmente, y para que tengan este universalismo proporcional.

Debemos modificar las herramientas con las que trabajamos, rescatar el análisis del impacto de las intervenciones en salud desde la perspectiva de la equidad y generar indicadores que muestren el impacto que estamos alcanzando como sociedad en la equidad en materia de salud.

Finalmente, tenemos que ser rigurosos en la promoción del empoderamiento personal y comunitario; esto es realmente la base para poder impulsar a la sociedad.

Retos para la difusión, comunicación y posicionamiento de los determinantes sociales de la salud

Oliva López Arellano*
Sergio López Moreno*

Para analizar los retos de la difusión, comunicación y posicionamiento de los determinantes sociales, es muy importante dar a éstos un contenido preciso. Para ello se requiere tener una postura clara respecto al concepto de los determinantes sociales, para después incorporar en las agendas la visión que se deriva de esta postura.

A manera de introducción, cabe decir que los determinantes son un tema revitalizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, pero no son algo nuevo. En América Latina los pensadores de la salud han abordado los determinantes sociales desde hace bastante tiempo; lo mismo ha sucedido en otras regiones, como Europa, y en países como Estados Unidos y Canadá.

Sin embargo, se han visto limitados en su postura, y debido a la escasa comprensión que se ha tenido de los determinantes sociales al llevarlos a la práctica concreta, a la enseñanza de la medicina y a las acciones en salud pública.

Lawrence O. Gostin, médico en salud pública y abogado, identifica claramente dos posturas que no son opuestas pero sí dan cuenta de una perspectiva distinta de los determinantes sociales: a una de ellas la llama “visión acotada de una aproximación en salud pública”, y a otra “visión ampliada”.

Si por salud pública entendemos un campo de conocimientos y de prácticas, de acciones colectivas para asegurar que la población esté en buenas condiciones de salud en forma permanente, podemos conjuntar las dos visiones señaladas por Gostin.

La visión ha estado muy acotada a una perspectiva de factores de riesgo y de riesgos proximales a la ocurrencia de la enfermedad. Eso en sí ya es muy importante y ha dado lugar a muchos éxitos. No obstante, si este posicionamiento acotado se articula en una perspectiva más amplia, podría tener un efecto y un impacto en el quehacer en salud mucho mayores.

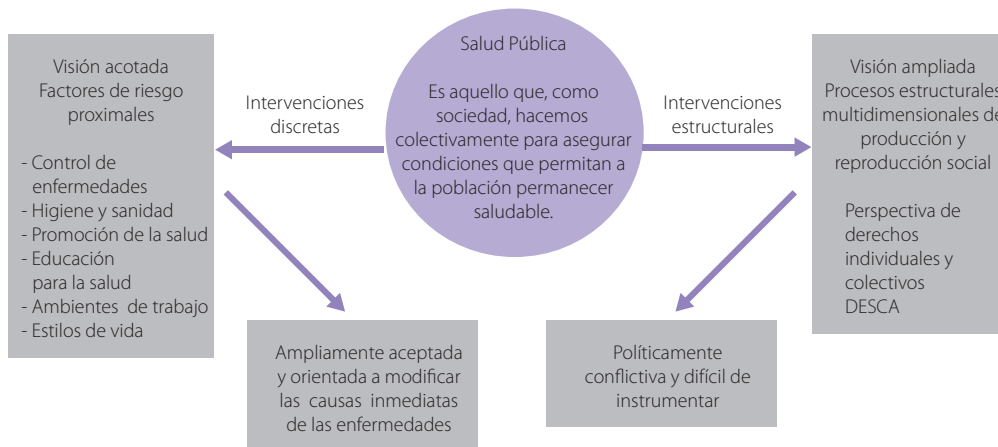
Esta visión ampliada, al igual que los determinantes sociales de la salud, se refiere a procesos estructurales multidimensionales de producción y reproducción de las sociedades. Al respecto, estamos empleando en términos sociales, nociones como justicia, equidad, igualdad, reparto de recursos. Todo ello nos coloca, desde esta visión ampliada, en una perspectiva de derechos (figura 1).

Por su parte, la perspectiva acotada es útil: permite intervenciones muy rápidas y es ampliamente aceptada, pero está orientada a modificar causas particulares y, sobre todo, las causas inmediatas de las enfermedades.

* Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, UAM-X.

Figura 1

Visiones de la salud pública



La visión ampliada es políticamente conflictiva y es más difícil de instrumentar, pero es necesaria. Si en esta coyuntura favorable que abre la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, a la que se suman múltiples actores, conseguimos establecer una visión ampliada del quehacer en salud pública en términos de determinantes sociales, podremos articular el quehacer muy particular y de intervención proximal en una visión amplia, lo que permitirá mayores avances.

Como ya se mencionó, la perspectiva acotada se refiere a los riesgos proximales. La misma apunta a estrategias que se han señalado como insuficientes; por ejemplo los programas focalizados, los paquetes particulares de intervenciones, que finalmente orientan los asuntos de salud, de modificación de las brechas o de atención particular hacia problemas específicos y grupos seleccionados. En tanto que la perspectiva ampliada nos involucra a todos, a la sociedad en su conjunto, y permite además abordar temas como ciudadanía, estado social de derecho y derechos sociales, económicos y culturales, entre otros.

La aproximación acotada sí reconoce la importancia de lo social, pero no elabora sobre lo social en tanto no se presenta en la realidad. Las relaciones sociales, la organización social, la formación socioeconómica no son aprehensibles a la mirada inmediata. Por ende, tenemos que reconstruirlas teóricamente encontrar cuál es el proceso de determinación social de la salud y de la enfermedad, cuál es el impacto en los perfiles de enfermedad en sociedades particulares y, a partir de todo ello, construir los determinantes sociales para la salud y para la enfermedad.

Esta perspectiva acotada se restringe a los factores sociales y biológicos asociados al daño. No obstante, como ya se ha insistido aquí, es necesario transitar más allá del daño; tenemos que pensar en salud, aunque sigamos combatiendo la enfermedad, la muerte, el sufrimiento. La perspectiva ampliada lo permite, porque hay una elaboración teórica de lo que es la sociedad y una reconstrucción de su objeto, el binomio salud-enfermedad; intenta comprender éste en toda su complejidad, como proceso biológico y como proceso social, y se propone la transformación de las formas de organización social y de la distribución de cargas y beneficios. Esto es muy importante porque nos remite directamente al tema de la equidad, de la distribución de recursos, de quiénes son los ganadores y quiénes los perdedores de cierta distribución, de cierta forma de organización social, de cierta forma de organización del sistema de salud. Además, apoya la garantía y ampliación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

La visión acotada, si bien se enfoca en las desigualdades y las define como un imperativo ético, centra su interés en la distribución de recursos limitados. No toma en cuenta los recursos globales que produce la sociedad ni analiza cuáles de ellos deberían destinarse a la salud si ésta fuera prioritaria; presenta la actividad de los diversos actores como un asunto de voluntades.

No obstante, la noción que estamos proponiendo de determinantes sociales de la salud reconoce que éstos son campos en disputa política, económica, social y académica; por tanto, es necesario que estas relaciones de poder se hagan visibles y que se sumen actores en función de una agenda por la salud.

Esta perspectiva acotada resulta insuficiente para lo que Benach y Muntaner, responsables del capítulo de trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales, señalan como las causas de las causas; es decir, nosotros tenemos que insistir en que los determinantes sociales de la salud no son equivalentes a los factores de riesgo. Tampoco debemos restar fuerza al contenido de los determinantes sociales de la salud diciendo que son determinantes proximales y luego hacerlos equivalentes al estilo de vida. Tenemos que pensar que los determinantes sociales de la salud nos remiten a la estructura social, a la organización de la sociedad, a la disputa por los recursos; todo lo cual se concreta en formas de trabajo, de empleo, de vivienda, de condiciones de vida, entre otras. Esto, desde luego, sí permite cierto margen para la elección de estilos de vida, saludables o no, al interior de las familias.

Consideramos que hay dos elementos centrales en esta perspectiva de determinantes sociales de salud, entendida desde una visión amplia. Por un lado están las nociones de que las formas de organización social para producir, distribuir y consumir los recursos son lo que se expresa después en determinantes sociales, así como las ideas de que las desigualdades son síntesis de una serie de contradicciones económicas, políticas, ideológicas y de que nuestras sociedades se expresan en ejes de explotación, de exclusión múltiple, de subordinación, de clase, de género, de etnia y de generación, por decir algunos.

Por otro lado, entendemos que regular estas desigualdades, contener las brechas y modular los antagonismos constituyen una tarea de Estado; por tanto, la tarea pública de trabajar sobre los determinantes sociales y su imagen en espejo como instrumento de transformación nos coloca en el campo de los derechos. Esta perspectiva permite ampliar la comprensión de las desigualdades y salir de la idea de que los pobres son pobres porque no saben utilizar sus minúsculos recursos.

Esta es una parte pequeña de la explicación, pero hay otra que tiene que ver con condiciones más generales, relacionadas con las posibilidades de contar con recursos suficientes y de utilizarlos correctamente para tener una vida digna. También hay que impulsar la configuración de formas de desarrollo saludable; tenemos que colocar la agenda de los determinantes sociales de la salud en todas las discusiones de política pública y coadyuvar a la garantía y realización de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, ya que el derecho a la salud es parte fundamental de los mismos.

Tenemos ya suficiente trabajo y suficientes paraguas normativos en términos de pactos, de ordenamientos mundiales y locales para trabajar con los determinantes sociales de la salud. Entre los pactos que el gobierno de México ha suscrito se encuentran la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo de San Salvador, donde hay no solamente el enunciado del derecho a la salud sino contenidos concretos que las sociedades, a través de la acción pública, tienen que garantizar para sus poblaciones.

La Constitución Política en México coloca el derecho a la protección a la salud como algo esencial. Asimismo, éste ha suscrito pactos que tienen que ver con el derecho a la salud, que va más

allá de la atención médica para ser un derecho inclusivo que permite y obliga al Estado a brindar una serie de bienes, servicios y condiciones que conduzcan al disfrute del mayor nivel posible de salud, y además implica la participación de las poblaciones.

Si, como señalaba al inicio, damos contenido a los conceptos desde cierto posicionamiento para de ahí derivar una serie de tareas en términos de agendas y actores y de intervenciones más o menos concretas, los retos rebasan el campo de la enfermedad. Hay que insistir en que la salud va más allá de la atención médica; es decir, hay que trascender la visión medicalizada. La perspectiva centrada en los determinantes sociales de la salud lo posibilita, porque si bien coloca el énfasis en las brechas y en las desigualdades, también apunta a que se trata de un problema de todos; así, esta perspectiva de determinantes sociales de la salud se articula con una visión amplia de derechos. Por último destaco la idea de que la salud no es un bien privado, no es una mercancía: la salud es una condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades individuales y colectivas.

Garantizar el derecho a la salud en términos amplios y el derecho a la protección a la salud, como lo señala nuestra Constitución, es una prioridad nacional. Además, la defensa de la salud y de la vida requiere de la movilización de múltiples actores. Los determinantes sociales de la salud proporcionan esta posibilidad porque hacen que nos veamos como sociedad de un modo totalmente integral, con todos nuestros claroscuros. Además es posible construir agendas múltiples, en términos académicos, políticos y sociales, para acercarnos a los determinantes desde una perspectiva amplia.

Si por el contrario consideramos los determinantes proximales como equivalentes a factores de riesgo, les estaremos quitando toda su capacidad transformadora y su capacidad de permitir comprender la complejidad de la salud y de la enfermedad.

La medición y evaluación de los determinantes sociales de la salud

Eva Arceo Gómez*

En relación con los determinantes sociales, es necesario conocer las características de los estados en materia de acceso a la salud, niveles de ingreso y niveles educativos de la población en general y de las mujeres en particular, entre otros.

En primer término mediremos tanto los indicadores de salud como los indicadores de los determinantes sociales de la salud. Debemos atender a su distribución y no únicamente a los promedios.

En cuanto a la distribución, lo que más nos interesa son las varianzas, las desigualdades que existen tanto en indicadores de salud como en sus determinantes sociales.

Entre los indicadores de salud están la mortalidad en general, la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la morbilidad, las discapacidades físicas y las discapacidades mentales.

Entre los indicadores económicos se incluyen el desempleo no sólo de una persona, sino de toda una población; los ingresos, que se pueden medir por el salario, el ingreso total o la riqueza de una persona, o bien por su consumo, tomando en cuenta las características sociodemográficas que incluyen la edad, el sexo, la escolaridad, el lugar de origen y la etnicidad de las personas.

En cuanto a la etnicidad, no basta saber si una persona habla una lengua indígena, sino que es necesario conocer también el color de su piel; esto nos dará una mejor indicación de la discriminación a la que puede ser sujeta esta persona.

Por otra parte, las características de la vivienda y de la comunidad dan una idea del contexto y los factores de riesgo sociales, no tanto de salud, que enfrenta una persona. Sobre las características de las condiciones de trabajo y los riesgos laborales contamos con información muy limitada.

Tampoco contamos con suficiente información sobre los nacimientos y la mortalidad; por ejemplo, no hay absolutamente ningún dato del peso al nacer; sería muy fácil registrar este dato en un certificado de nacimiento, pero aquí en México no se registra.

En cuanto a las defunciones de niños, por ejemplo, no se registra la escolaridad de los padres. Esta laguna de información sería muy fácil de subsanar, ya que al elaborar un certificado de defunción se puede preguntar cuál es la educación de la madre cuál es la educación del padre; en el caso de adultos, tal vez esto ya no sea tan necesario.

* Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC. CIDE.

Y por lo que respecta a los ingresos y egresos hospitalarios, creo que también debemos de modificar la forma en que se recopilan los datos.

Los médicos deben empezar a preguntar a sus pacientes cuál es su nivel de ingreso, si están o no empleados y cuál es su ocupación principal. Y si un paciente llega con algún tipo de lesión, habría que indagar la causa de su lesión, si se lesionó en el trabajo, de camino a su trabajo o en su casa.

En cuanto a las encuestas de salud que ya existen, creo que debemos agregar algunas variables de salud; por ejemplo, en las encuestas laborales, habría que preguntar: “¿Ha sufrido alguna lesión durante el desarrollo de sus actividades laborales?” Esta es una pregunta que no se hace. Y en otras encuestas, como la Encuesta Nacional Ingreso y Gasto de los Hogares, creo que sería muy fácil preguntar a las mamás cuántos hijos han tenido en total, cuántos vivieron y cuántos murieron, cuándo y a qué edades. Esto es importante para determinar de qué manera las características económicas del hogar están afectando la mortalidad infantil.

También debemos empezar a recopilar datos longitudinales y variables sobre el capital social, que en México son escasos. Contamos con las encuestas de Work Bali Services, de las cuales se han realizado dos o tres en México, pero la periodicidad con la que recopilamos estos datos no es suficiente.

Por lo que se refiere a la relación de los determinantes sociales de la salud y la salud, habremos de buscar estas diferencias en los indicadores de salud por categorías o estratos, ya sea económicos, estatus, etcétera.

Asimismo debemos buscar la correlación entre la salud y estos determinantes sociales. Por ejemplo, si el ingreso está correlacionado muy fuertemente con la salud o la mortalidad infantil dentro de un hogar, entonces cabe esperar que existan muchas inequidades en el acceso a la salud o en la capacidad de los individuos para llevar una vida saludable.

Pero creo que es muy importante preguntarnos cuál es la contribución de cada determinante de la salud a la variación en la salud, y para responder tendremos que enfrentarnos a muchos escollos.

Lo más fácil sería tomar una relación lineal, lo cual constituye un delito econométrico; pero esto daría lugar a problemas de identificación debido a que la relación entre estos determinantes y la salud no es unilateral sino bilateral: el ingreso causa a la salud, y la salud, al ingreso. Por ello tenemos que elaborar diseños de investigación muy convincentes.

El otro asunto que enfrentamos como investigadores es que la literatura establece muchos mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales llegan a afectar a la salud; hay múltiples teorías sobre esos mecanismos, que se pueden clasificar en cuatro tipos.

Están las teorías materialistas o estructuralistas, que dicen que las condiciones materiales, las condiciones económicas, afectan el acceso a la salud.

Las teorías psicosociales, que argumentan que debido a la discriminación de algún estrato social en particular la persona se ve sometida a mucho estrés, lo cual afecta a su salud.

La producción social en la salud establece que el capitalismo genera riqueza a costa del bienestar de algunos estratos.

Por último, las teorías ecosociales combinan un poco las teorías psicosociales y la producción social de la salud; afirman que la elección de modos de vida depende del ambiente donde se desarrolla una persona.

Entonces ¿cómo identificar cuál de estos mecanismos es el que nos está generando desigualdades en salud? Obviamente la identificación de estos mecanismos no es nada trivial, pero es muy

importante el diseño de la política pública; si no sabemos cuál es el mecanismo, no sabemos qué problemas atajar.

Como economista busco aquellos eventos, programas o experimentos sociales que afecten un mecanismo, pero no los demás. Tengo tres ejemplos: el primero es el desempleo involuntario y el efecto en la mortalidad infantil. El desempleo involuntario del padre puede afectar a la salud del padre, pero no tiene por qué afectar directamente a la salud del hijo, salvo por efecto del ingreso del papá.

El segundo ejemplo es el de los hijos con exposición a diferentes ambientes. Un ejemplo muy interesante es un experimento social que se hizo en Estados Unidos, *Moving to Opportunity*, en el cual los individuos recibieron una especie de vale para ir a buscar casa a otros lugares. Entonces salieron de sus vecindarios, que estaban realmente muy mal, y llegaron a otros lugares donde el contexto social cambió. Si tenemos dos hijos que se enfrentaron de pequeños a dos distintos ambientes, podemos distinguir perfectamente cuál es el efecto de un ambiente malo y el de un ambiente bueno.

Un tercer ejemplo podrían ser los desplazamientos por desastres naturales, pero en México desafortunadamente no damos seguimiento a la población después éstos.

Creo que no se han discutido mucho los determinantes sociales; sin embargo, para las instituciones bajo las cuales nos regimos son importantes los determinantes de la salud, y un ejemplo es la penalización del aborto. Si tenemos dos estados —uno que penaliza el aborto y otro en donde éste es legal— podemos comparar la mortalidad de las mujeres en edad reproductiva y ver así cómo este determinante social de la salud afecta la mortalidad de las mujeres.

Una vez que establecimos un mecanismo, es necesario diseñar nuestras políticas públicas de acuerdo con el mismo, pero para facilitar la evaluación necesitamos construirla dentro del diseño de la política pública; de esta manera vamos a tener contractuales muy claros.

Las tres reglas de oro que se han utilizado en las políticas públicas, al menos en las que conozco, son: aleatorizar; si hay un exceso de demanda, hacer una lotería, y una vez que se ha aleatorizado o se ha hecho la lotería, hacer una implementación escalonada.

A aquellos que no pudieron entrar en una primera etapa, se les atiende en una segunda etapa. Esto nos va a permitir tener grupos de tratamiento y de control que nos facilitarán evaluar las políticas públicas.

Otra pregunta que nos debemos hacer es si esta política pública pasa la prueba de equidad; tenemos que asegurarnos de que no se margine a la población más excluida o no se excluya a la aprobación más marginada.

Respecto a los problemas relacionados con la marginación, dos ejemplos muy importantes son el Programa Oportunidades y el Programa del Seguro Popular. Para entrar a estos programas es necesario llevar acta de nacimiento, CURP o algún documento de identificación; pero, como sabemos muy bien, en México la gente más marginada y más excluida no tiene estos documentos. Entonces, de facto están excluidos de estas políticas públicas.

Por tanto, si queremos disminuir las inequidades a través de programas, necesitamos asegurarnos de que todos tengan la posibilidad real de entrar en ellos. Lo primero sería asegurar que todos obtengan su certificado de nacimiento, credencial del IFE o CURP. Asimismo, necesitamos que el gasto público sea progresivo o al menos neutral; es decir, no queremos redistribuir riqueza de los pobres a los ricos, queremos que sea al revés, o por lo menos que no se afecte la distribución.

Finalmente, necesitamos saber cómo medir los efectos del programa en la inequidad de la salud, derivada de los determinantes sociales. Tendremos un efecto directo cuando se trate de programas de salud en particular; de ese modo, simplemente tendremos que buscar un cambio en indicadores de salud. Pero habrá también efectos indirectos, y éstos son los que más nos interesan.

Es necesario buscar cambios en las correlaciones de los determinantes sociales de la salud con los indicadores de salud.

Si fue una política buena que disminuyó las inequidades tenemos que ver que estas correlaciones disminuyan con el tiempo; es decir, que independientemente del monto de sus ingresos, el nivel de salud de toda persona sea aceptable.

Y dadas las buenas políticas públicas, el objetivo a largo plazo tendríamos que ver que la transmisión intergeneracional de la salud de padres a hijos se va aminorando, se va atenuando; es decir, que mi estado de salud no depende del estado de salud que tuvo mi padre: yo tuve las oportunidades que tuvieron absolutamente todas las personas, sin importar mi clase social, mi ocupación ni mi lugar de nacimiento, y mi estado de salud es bueno.

Finalmente, tenemos que evaluar qué políticas funcionan, cuáles han tenido un impacto positivo en la salud y han disminuido las desigualdades sociales que determinan la salud; y asimismo, qué políticas son las más efectivas en términos de costos.

Una vez que seamos capaces de responder estas preguntas, podemos retroalimentar a los decisores de políticas públicas para que las diseñen de manera más efectiva y menos costosa.

Desempeño económico, determinantes sociales de la salud

Giota Panopoulou/Eduardo González Pier*

Con los datos que hoy existen en México ¿qué podemos saber sobre las desigualdades en las condiciones de salud y la utilización de servicios médicos, y cuáles son los determinantes sociales de salud que afectan esas desigualdades?

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud identificó un objetivo, que es subsanar las desigualdades sanitarias en una generación.

Para poder hacer eso, la comisión puso en la mesa tres recomendaciones: la primera es mejorar las condiciones de vida; la segunda es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y la tercera es medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de la intervención.

En relación con las dos primeras recomendaciones, mi opinión personal es que México ha hecho grandes avances a través de la universalización del seguro médico y de un reparto más justo de los recursos públicos en el sector salud entre todos los ciudadanos mexicanos.

Me refiero de manera más explícita a la introducción del Seguro Popular en 2004. Existen opiniones que dicen que el Seguro Popular contribuyó a una mayor fragmentación del sistema, y esa es una opinión aceptable.

Desde otra perspectiva, el Seguro Popular se propuso colocar a los ciudadanos mexicanos en un mismo nivel. Sin embargo, sabemos bien que los derechohabientes de la seguridad social gozan tanto de distintos recursos como de distintos beneficios.

Es muy difícil hablar de un sistema único cuando incluye a quienes no tienen nada y a quienes tienen mucho. Quizá para lograr llegar a este sistema único se requiera primero homologar a los distintos grupos poblacionales, y creo que eso es lo que está haciendo el Seguro Popular; le queda mucho por hacer, pero no es un programa vertical; más bien, es un puente hacia un sistema universal de salud en México.

Y después de este pequeño paréntesis, quiero regresar a la tercera recomendación sobre la medición de la magnitud del problema.

Me referiré al proyecto Equilac, que es un proyecto de medición y explicación de las desigualdades en salud y atención de la salud; es liderado por la Organización Panamericana de la Salud y comprende varios países de América Latina y del Caribe, entre ellos México.

* Director de Finanzas – Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este proyecto tiene dos etapas: la primera etapa se desarrolló en el periodo 1998 a 1999, y la segunda diez años después, de 2009 a 2010. El doctor González Pierre fue uno de los principales investigadores para Equilac I, y quien esto escribe, para Equilac II.

¿Y qué es lo que se encontró?, ¿cuáles son los resultados de este estudio? En este estudio se emplearon dos tipos de variables: las condiciones de salud y la utilización. La aproximación a las condiciones de salud se realizó a través de tres variables: el estado de salud, las limitaciones físicas y los problemas crónicos. Todas esas variables son auto-reportadas; esto quiere decir que la propia gente a través de encuestas en sus hogares, reporta los resultados. Tenemos dos tipos de encuestas: la Encuesta Nacional de la Salud de 2000 y la Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición de 2006.

¿Existen desigualdades en salud en México? La respuesta es sí; existen desigualdades en contra de la gente pobre y en contra de la gente de mayores ingresos.

La población más pobre presenta peores condiciones de salud, de acuerdo con las variables del estado de salud y de limitaciones físicas, mientras que la población de mayores ingresos presenta una mayor incidencia de problemas crónicos.

¿A qué se debe esto? Es probable, y esta es una explicación económica y no una explicación médica, que se deba a que hay una mayor probabilidad de detección de problemas crónicos entre poblaciones de mayores ingresos.

Otra cosa que observamos a través de ese análisis es la evolución de las desigualdades en el tiempo. En el cuadro 1 vemos que para los años de 2000 a 2006 se estimó un índice de concentración, cuyo valor va de menos 1 a 1. Si la variable que estamos mirando está distribuida de manera absolutamente equitativa entre una población, toma el valor de cero; si es más concentrada en los pobres, adquiere un valor negativo, y si está concentrada entre gente de mayores ingresos, adquiere valores positivos.

Vemos aquí que, como acabamos de mencionar, tanto para estado de salud como para limitaciones físicas, tenemos una concentración en la población más pobre.

La variable de los problemas crónicos la tenemos sólo para el año 2006, y por eso no hay una comparación. Como podemos ver, las desigualdades en salud han aumentado significativamente entre 2000 y 2006, y ese aumento es significativo.

Los pequeños asteriscos quieren decir que hay una diferencia en términos económicos entre esos dos valores.

Cuadro 1
Desigualdades en salud en México. 2000-2006

Variable	2000		2006		Diferencia 2006-2000	Estadística de prueba t
	IC	Estadística de prueba t	IC	Estadística de prueba t		
Índice de activos						
Condiciones en salud						
Estado de salud	-0.0843	-16.031	-0.0989	-19.767	0.015	2.013*
Limitaciones físicas	-0.0262	-2.234	-0.0633	-7.434	0.037	2.559*

Fuente: Encuesta Nacional de la Salud 2000, Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición 2006, INSP, México.

* Diferencia económica entre estos dos valores

Aclaremos que para poder clasificar en gente pobre y gente de mayores ingresos pueden utilizarse diversos tipos de variables. Nosotros usamos dos: el ingreso y un índice de activos, el cual indica qué es verdaderamente lo que tienen las personas en su casa. El aumento es significativo sólo cuando utilizamos el índice de activos. Cuando usamos el ingreso, esa diferencia no es significativa ¿Qué quiere decir eso? Quiere decir que, en el peor de los casos, las desigualdades en materia de salud han aumentado, y en el mejor de los casos no han cambiado.

En lo general, los economistas siempre prefieren presentar los resultados que son estadísticamente significativos, pero me parece más justo presentar y comentar todo aquello que encontramos.

Por lo que respecta a la utilización de servicios médicos encontramos que el uso es mayor entre la población de mayores ingresos, aun si toda la población tuviera las mismas necesidades de salud.

Podría pensarse que si hemos controlado para ciertas características, como la edad y el sexo, habría diferencias entre los dos grupos; por ejemplo, las personas de mayor ingreso podrían ser de mayor edad, o el número de mujeres podría ser mayor que el de hombres. Sin embargo, vemos que a fin de cuentas las personas de mayor ingreso son las que más utilizan los servicios de salud.

¿Qué ha pasado entre 2000 y 2006? Las desigualdades en la utilización de servicios de salud han disminuido entre 2000 y 2006, independientemente del tipo de variable que utilicemos para clasificar a la gente en pobre y rica, según su ingreso o según su índice de activos.

Ahora bien, ¿cuáles son las variables de los determinantes sociales de salud que pueden llegar a contribuir más en esas desigualdades? En relación con las condiciones de salud hay dos variables: el estándar de vida, ya sea por el ingreso o por el índice de activos, y el nivel de educación. Esas son las variables que más contribuyen a la concentración de las mejores condiciones de salud entre la población de mayores ingresos.

En lo tocante a la utilización médica, las dos mismas variables (estándar de vida y nivel de educación) tienen un efecto positivo sobre la desigualdad, pero aparece una tercera variable que es la condición de aseguramiento, la cual igual contribuye a una mayor concentración de la utilización médica entre la población de mayores ingresos; y eso se debe simplemente a que en México no toda la gente tiene acceso al seguro médico.

¿A qué se debe que el aseguramiento médico afecte a la utilización de los servicios pero no a la salud? Un seguro médico brinda acceso a un servicio de salud; sin embargo, eso no quiere decir necesariamente que va a cambiar el estado de salud de las personas.

Algo que resulta bastante interesante es que, mediante este tipo de análisis, llamado análisis de descomposición, podemos ver cómo afectan los distintos tipos de aseguramiento a la desigualdad.

El Seguro Popular sí ha disminuido esa desigualdad entre pobres y ricos, mientras la seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, es un factor que contribuye a ella.

El análisis no puede concluir que el Seguro Popular es el responsable que haya menor desigualdad en la utilización de servicios de salud; se trata simplemente de una indicación, de una relación.

Para terminar, me quisiera enfocar en tres puntos: primero, lo que vemos es que sí hay evidencia en México de que ciertos determinantes sociales en salud afectan a las desigualdades, tanto en las condiciones de salud como en la utilización de servicios médicos.

El segundo es que los resultados sugieren que los beneficios que hemos tenido a través de una mayor inversión en salud y una mejor distribución de recursos aún no han logrado permear y traducirse en mayor equidad en la utilización de servicios médicos y condiciones de salud.

Teóricamente, toda sociedad quiere encontrarse en la línea de equidad, y nosotros estamos no lejos; sin embargo, no estamos en esa línea y tenemos que movernos hacia ella.

Y el último punto, que ya se mencionó anteriormente, es que salud es un tema multidisciplinario. La implementación de una política no basta por sí sola para ofrecer salud a la población. Si bien los sistemas de salud tratan de dar aseguramiento universal a todos los ciudadanos, éste no es el único factor que afecta a las desigualdades en salud en los países.

Lo que se ha demostrado a través de Equilac II es que tenemos que enfocarnos en otro tipo de políticas, por ejemplo políticas hacendarias que afectan la distribución de ingreso, y políticas educativas.

Experiencias y lecciones aprendidas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud

Jeannette Vega*

Al abordar temas relativos a los determinantes sociales de la salud, la equidad en salud y el acceso equitativo a la salud, hemos visto que si bien los aspectos conceptuales aún están sujetos a discusión, tenemos más claro cómo hacerles frente. No obstante, aunque todos estamos de acuerdo en que algo debe hacerse, todavía hemos de determinar qué acciones emprender, tarea en la que no tenemos experiencia.

Tuve la suerte de asumir dos responsabilidades consecutivas que me permitieron actuar; primero en la Organización Mundial de la Salud, donde pude apoyar el desarrollo de la Comisión de Determinantes Sociales, lo que implicó todo un proceso de reflexión. Después, al volver a mi país, cuando la presidenta de Chile me nombró vice-ministra de Salud.

En Chile, como en muchos de otros países del continente, ha habido un sostenido progreso social en salud en los últimos años. La mortalidad infantil global es bastante baja, de alrededor de ocho por cada mil nacidos vivos. Los indicadores de salud reproductiva son muy buenos: la mortalidad materna es de alrededor de 2 por cada 10 mil mujeres. La atención profesional del parto en hospital es prácticamente de 99.8 por ciento, es decir casi universal. Más de la mitad de nuestra población usa anticonceptivos y la proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años es de alrededor de 11 por ciento.

Los buenos indicadores también se observan en relación con aspectos tales como la prevención de la hepatitis B y de la polio; la vacuna BTP, así como las vacunas contra el sarampión, la rubiola y otras enfermedades propias de la infancia también muestran buenos indicadores. Sin embargo, como sucede en todos los países de América Latina, la inequidad es persistente.

El índice de Gini muestra las inequidades de ingreso. En la época de Alexandre (el último año de la década de los cincuenta y los primeros años de la década de los sesenta) el Gini es de alrededor de 0.4 y sube brutalmente durante la dictadura. En los siguientes veinte años (los años de los gobiernos de la concertación y los del gobierno actual) este índice se mantiene en poco más de 0.5. Es decir que a pesar de las políticas sociales que hemos implementado, sigue habiendo una gran inequidad en la distribución del ingreso.

De la misma manera, si bien el rango de mortalidad materna es muy bajo, la razón entre el grupo de madres más pobres y el de madres menos pobres es de 12 a 1. Si consideramos la mortalidad

* Universidad de Desarrollo, Chile.

infantil por nivel socioeconómico de la madre, usando como proxy la educación, vemos la brecha entre el grupo de madres con mayor educación y el de madres con menor educación, para las cuales el índice es alrededor de tres veces más elevado. Advertimos también que esta situación ha sido constante a lo largo de la historia. No obstante, en el último decenio hubo una cierta disminución (de una razón de 5 a una razón de 3) debida fundamentalmente a un programa en específico: el Programa de Planeación Respiratoria.

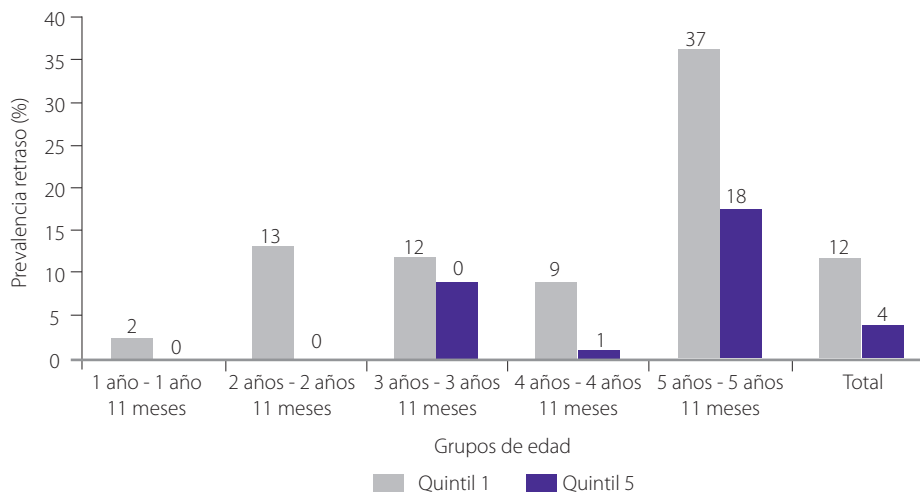
Al comparar en la figura 1 el quintil de ingreso 1 con el 5, se observa una diferencia en la secuencia del retraso del desarrollo infantil; es decir, al hacer el seguimiento de los niños desde su primer año hasta los seis años de edad, es notorio que la diferencia se acentúa. Así, al alcanzar los seis años –que es la edad a la que entran al colegio– ya hay una importante inequidad en su desarrollo. Hay, efectivamente, quienes tienen muchas más posibilidades que otros de alcanzar su potencial de salud.

¿Por qué persisten estas inequidades en salud? La respuesta está en que la salud de la población no depende exclusivamente del sector salud, sino también de la organización social y de qué tan distributiva es la sociedad respecto del ingreso y en términos del acceso a la salud y a la educación.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud generó tres recomendaciones dirigidas a los gobiernos para combatir la inequidad en salud. Los gobiernos debían, en primer término, enfocarse en mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. En segundo lugar, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. En tercer lugar, medir la magnitud de la inequidad, monitorearla, analizarla y evaluar el efecto de las intervenciones. En otras palabras, si se quiere mejorar el nivel de salud y la equidad en salud de una población, hay que focalizar el sector salud. Por consiguiente, cuando tuvimos el honor de estar en el Ministerio de Salud formando parte de la administración de la presidenta Bachelet, generamos siete áreas de acción (figura 2) en las que se involucró a todo el equipo de la Subsecretaría de Salud. Ésta fue una experiencia muy rica, porque además de tener buenos resultados, generó un gran aprendizaje.

Preciso a continuación algunas de las acciones emprendidas en tres de dichas áreas. Voy a referirme en primer lugar a la primera parte del programa “Chile Crece Contigo”, que lanzó la

Figura 1
Desarrollo infantil: retraso del desarrollo



presidenta Bachelet y del que el sector salud se hizo cargo. Se trata de un programa universal de protección social a los niños nacidos en el país. Más que enfocarse en los niños pobres, el programa busca focalizar la gradiente de salud y hacer intervenciones en todos los niños, puesto que los primeros años de vida constituyen la etapa más importante para asegurar el potencial de salud además de ser un periodo crítico para el ser humano, pues es cuando el medio ambiente transaccional es quizás el principal determinante social del desarrollo. Así, la inequidad en la primera infancia, además de afectar a quienes la padecen, deteriora el nivel de competencia de la población en términos sociales y económicos, entre otros. Durante el desarrollo temprano del cerebro se forman alrededor de 250 mil neuronas por minuto, y se establecen innumerables sinapsis al azar. La posibilidad de que estas sinapsis se produzcan al azar configura la arquitectura del cerebro; los estímulos sensoriales producen sinapsis con memoria a corto plazo que, al consolidarse, generan la capacidad de la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.

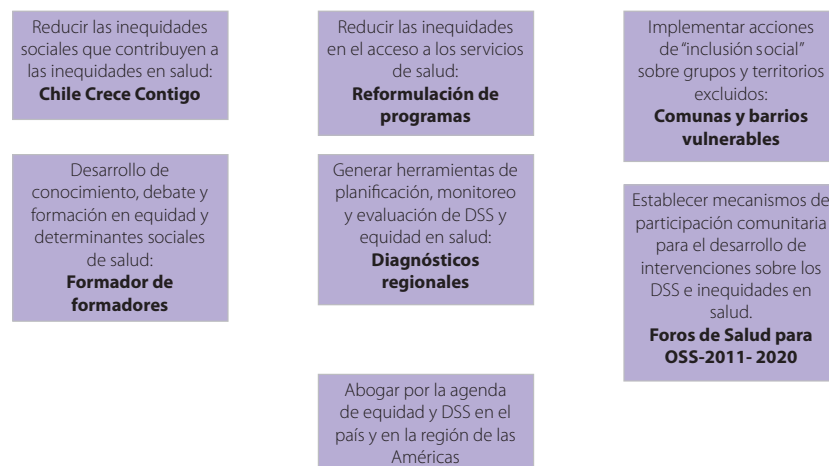
Por su parte, la estrategia de intervención del programa “Chile Crece Contigo” encadena igualmente acciones de apoyo y servicios sociales destinados a los niños menores de seis años como sujetos finales de la intervención. Este programa se distingue de los programas clásicos en que ordena la red de servicios públicos con base en las necesidades del niño y la familia; es decir, en vez de ordenar la demanda con base en la oferta, conforma la oferta de acuerdo con las necesidades. Así, se ofrecen paquetes de servicios que responden a las necesidades específicas de cada niño

Esto significa que simultáneamente se cubren distintas áreas: la salud, el aprendizaje, el entorno familiar, la vivienda y el área del ingreso y el área del trabajo. Es decir, el niño ingresa al sistema a través de la salud, pero desde este sector pasa al de la educación y, desde ahí, se integra en el sistema del trabajo.

El sector salud, que inicia este recorrido, tiene que conocer bien todos estos ámbitos, ser capaz de hacer que la familia obtenga ventajas y aprovecha las oportunidades que ofrecen los mismos. En el esquema del programa “Chile Crece Contigo”, primero ingresan las madres embarazadas a través de centros de atención primaria. Ahí se les hace un análisis de vulnerabilidad y se definen las acciones a llevar a cabo con ellas y con sus niños. El niño entra entonces al sistema de salud, donde además de las intervenciones tradicionales, se generan otras dos: la primera, en el marco

Figura 2

Agenda de determinantes sociales y equidad en salud. Minsal



de un programa de apoyo psicosocial, y la segunda orientada a que la familia tenga acceso a los beneficios que requiere, de acuerdo con las necesidades del niño. Entre estos beneficios, está la tarjeta de protección social proporcionada por la municipalidad, que otorga a los padres acceso gratuito a distintos servicios y programas como el de empleo o el de capacitación, o bien al Programa Puente, que es muy similar al Programa Oportunidades de México, en cuyo marco las familias reciben diferentes subsidios.

El niño ingresa así al sistema de salud para de ahí ser entregado al área de educación, y luego al sistema de trabajo. Por tanto el sector salud, donde inicia el recorrido, debe conocer todos estos ámbitos a fin de lograr que la familia obtenga de ellos las posibles ventajas y sea capaz de aprovechar las oportunidades que le ofrecen. El programa se encarga de que los niños no se pierdan dentro de la red social. Como la cobertura del parto es prácticamente universal, ahí no hay pérdida, aunque los niños que más apoyo requieren muchas veces ni siquiera existen legalmente.

El segundo aspecto que habría que abordar es el de las acciones específicas que deben emprenderse desde el sistema de salud, ya que si bien la intervención involucra otros sectores sociales, 25 por ciento de la responsabilidad recae en el sistema de salud.

Lo que por lo general tratamos de hacer en los sistemas de salud de nuestros países es modular los efectos de la estratificación social, acción cuya efectividad depende de cuán equitativo logremos que sea el acceso a la salud; de aquí que podamos tanto disminuir la estratificación como acentuarla, que es lo que ocurre habitualmente.

Un gran problema que detectamos al respecto es que en nuestros países la mayoría de las acciones se sujetan a programas específicos y se realizan en forma aislada. Tenemos, por ejemplo, programas de salud materna, de salud infantil y de salud de los trabajadores. Hemos visto que para obtener resultados, por lo menos respecto de las enfermedades o los problemas sujetos a programa, debíamos concebir estas acciones de manera distinta; entender que un programa es exitoso y efectivo sólo en la medida en que lo sea para el grupo social más desventajoso. Es decir, entender que la prueba de éxito de un programa está en que sea igualmente efectivo para quienes más lo necesiten.

Reunimos prácticamente a todos los responsables de los programas del Ministerio de Salud y los invitamos a participar en una estrategia integral. El primer año se sumaron seis programas con el propósito de lograr una cobertura efectiva; es decir que las metas de los programas se cumplieran efectivamente en todas y cada una de las personas del grupo objetivo. Para que esto ocurriera debían cumplirse los siguientes requisitos, en el orden en que aparecen en la figura 3: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los servicios. Debía contarse, asimismo, con un protocolo que se fuera actualizando.

La pirámide del grupo objetivo en la figura 4 indica que conforme un programa se desarrolla va perdiendo gente, y es precisamente esa gente la que nos interesaba capturar con un enfoque de determinante social.

El Programa de Salud Cardiovascular puede servir de ejemplo al respecto. Para rediseñarlo se reunieron diversos equipos que reflexionaron en torno a las áreas descritas en la figura 2 y orientaron el programa para que pudiera llegar de manera equitativa a la población. Lo primero que saltó a la vista fue que este programa no tenía un objetivo explícito de equidad ni consideraba ninguna acción diferenciada por edad, sexo u otras características; no había tampoco un análisis de las necesidades de salud de la población. El programa se sustentaba en experiencias de otros programas y las intervenciones eran individuales o las ejecutaban equipos de salud sin incluir prácticamente ninguna acción intersectorial. Carecía de mecanismos de coordinación definidos,

y por consiguiente de presupuesto. Sin embargo se identificaron, en el propio Ministerio de Salud, otros programas cuyas acciones podían agregarse al de salud cardiovascular, aun cuando tampoco estaban coordinadas ni contaban con mecanismos de participación.

Se elaboró entonces una guía de cinco pasos para revisar el programa y rediseñarlo (figura 4). El primer paso consiste en entender la teoría del programa y clarificar su propósito, lo que permite armar el programa entero, comenzando por definir desde los objetivos del ingreso y el seguimiento, hasta los resultados esperados. El segundo paso consiste en conocer quiénes tienen acceso al programa y se benefician con él y quiénes no; es decir, conocer las brechas de equidad. El tercero consiste en analizar las barreras y los elementos facilitadores. El cuarto, en vincular las barreras y los facilitadores con los determinantes sociales. Finalmente, el quinto paso consiste en acordar el objetivo.

Figura 3

Modelo de evaluación de la equidad en el acceso y de las barreras a los servicios de salud

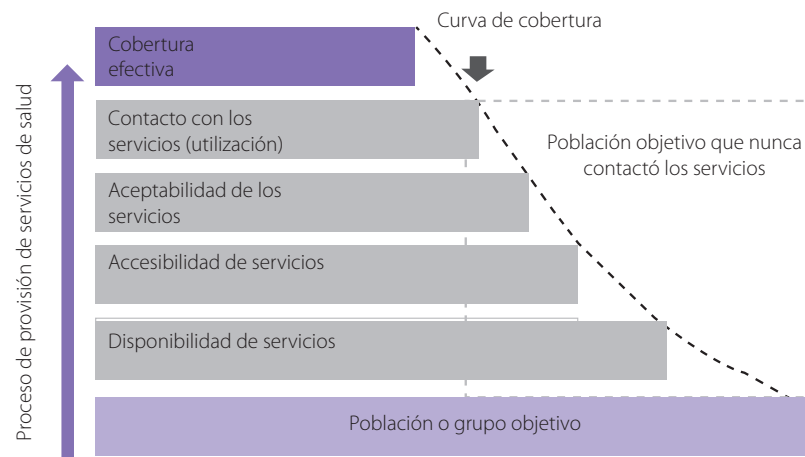
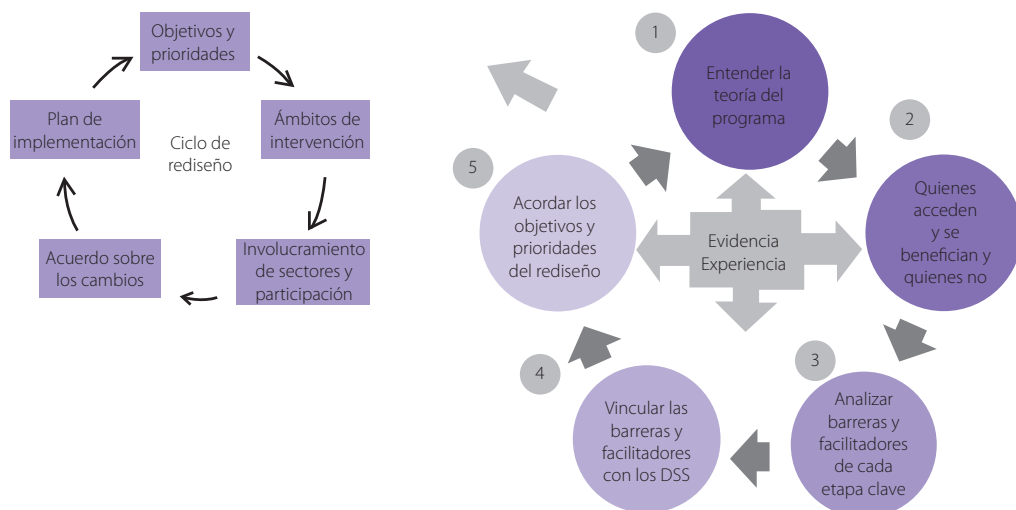


Figura 4

Guía de cinco pasos para la revisión de un programa



La revisión de la teoría del programa nos permite armar el programa entero, desde definir los objetivos en cuanto a su ingreso, el seguimiento y qué es lo que pretende en sus resultados.

En cada uno de estos pasos se deben establecer las acciones específicas del programa y la forma de evaluar si dichas acciones se realizan de manera equitativa.

Por su parte, la revisión de la teoría del programa permite detectar las barreras y la población marginada.

Los hallazgos en cada una de las etapas permiten mejorar el programa. Por ejemplo, la figura 5 revela la importancia de ampliar el horario de atención y la oferta de servicios en los lugares de trabajo, puesto que el grupo más importante para el Programa de Salud Cardiovascular en términos de equidad fue el de hombres con un empleo precario, entre los 45 y los 64 años de edad. Se observa, además, que la etapa clave donde se diferencian es la de la detección y el ingreso al programa. Para mejorar esta situación, básicamente teníamos que ampliar los horarios de atención y la oferta de servicios, así como los lugares de trabajo. En la comuna vulnerable había que conectar, además, otras organizaciones para poder mejorar efectivamente el acceso al programa.

En el año 2010 el programa continuó con un proyecto piloto que buscó detectar buenas prácticas en todo el país. Por otro lado, en la comuna de la Florida –que tiene alrededor de ocho consultorios– se está haciendo lo mismo que se hizo desde el nivel central, pero ahora desde la perspectiva de las personas objeto del programa y con los equipos del nivel de atención primaria. Para ello, diseñamos un estudio de tres componentes. 1. Un grupo focal de discusión compuesto por población abierta y funcionarios, para hacer con ellos la teoría del programa; queremos indagar cuál es su visión del programa y contrastar esa teoría con la de quienes están a cargo del programa. 2. Una encuesta a una muestra de la comuna para investigar cuánto estamos perdiendo efectivamente, incluyendo a la población que no nos llega ni siquiera al comienzo, y una recolección de información de los registros de los centros de salud para investigar si se cumplen los protocolos. 3. Una experiencia relativa a la recomendación internacional de la CDSS de medir y analizar el problema y el resultado de las intervenciones.

Propusimos como desafío nacional hacer diagnósticos territoriales que incorporaran un análisis de la equidad de los determinantes sociales en todas las regiones y comunas del país, para lo cual todos los equipos trabajamos conjuntamente con el Ministerio de Salud (figura 6).

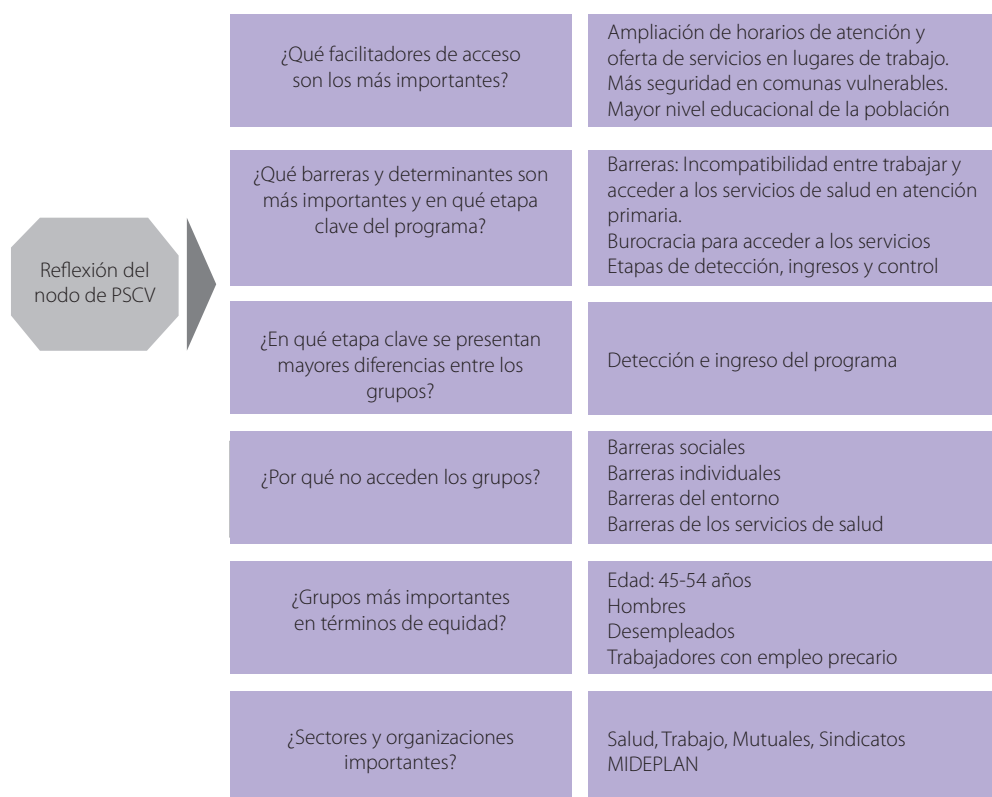
Este diagnóstico regional se sirve de un instrumento de análisis sistemático de la información que permite conocer el estado de salud de una comunidad, grupo o territorio, mediante la aproximación sistemática y diferencial a la causa de la exposición a los riesgos para la salud. En el marco de este trabajo, se definieron indicadores de impacto relacionados con los determinantes estructurales e intermedios de la comunidad. Con ello se buscó evidenciar la inequidad y la desigualdad en salud, así como las diferencias entre los diversos actores sociales. Las fichas de los diagnósticos –con enfoque en los determinantes sociales– de cada una de las regiones del país se publicaron en el sitio web del Ministerio de Salud.

En relación con este trabajo hay algunos tutoriales, una síntesis de los módulos y los objetivos, así como una simbología que sirve para comparar las regiones: verde para el mejor tercio del total de las regiones, amarillo para el tercio intermedio comparado con las otras regiones, y rojo para el tercio en peores condiciones.

En el cuadro 1 puede verse, como ejemplo, el diagnóstico de una de las regiones con indicadores de los determinantes estructurales, los determinantes de la condición y el estilo de vida y los determinantes psicosociales, así como lo relativo a los sistemas de salud y a los daños en salud. El cuadro 1 indica también los resultados comparativos de la región, tanto con el promedio del

Figura 5

Paso 5: acordar objetivos y prioridades para el rediseño



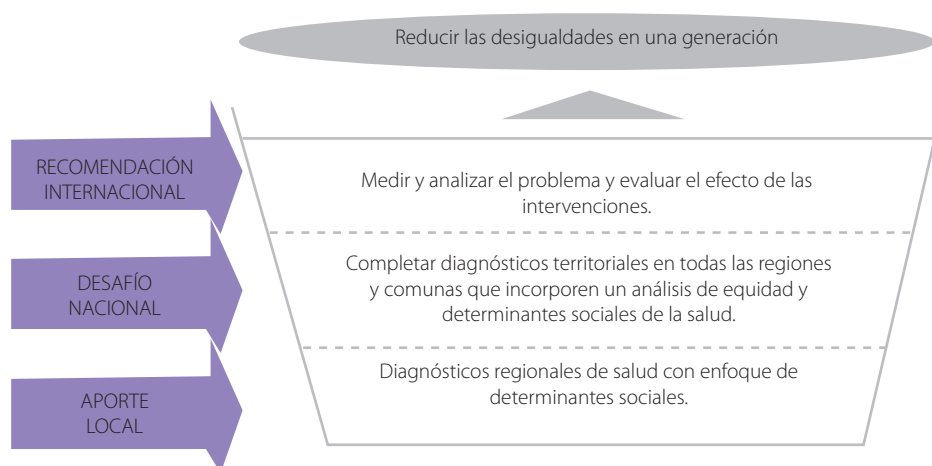
país como con otras regiones y en relación con los distintos indicadores. Es evidente que en esta región hay un considerable daño en salud, problemas en cama crítica y de salud mental, así como problemas de pobreza y de empleo. Para lograr una mejora sustantiva, son precisamente regiones como ésta las que deben estar en la mira.

Es esta región de pequeñas comunidades de población mayoritariamente indígena (mapuche), localizadas fundamentalmente sobre la cordillera, conversamos con la gente de las que llamamos “comunidades vulnerables”. Trabajamos con alrededor de un millón de personas a quienes les preguntamos por las principales barreras que perciben y cómo creen que podríamos mejorar. Con base en sus respuestas, cambiamos una línea presupuestaria dirigida a la atención primaria para que diera realmente solución a los problemas planteados por los ciudadanos; ahora, la propia comunidad da seguimiento a las acciones que se han emprendido en vinculación con el presupuesto de los próximos años.

Reflexiones finales

Para definir un mayor número de intervenciones asociadas a la salud e integrar estrategias estructurales más amplias a fin de disminuir la gradiente –y no sólo estrategias focalizadas en los más pobres– debemos ser, en primer lugar, creativos; es decir, debemos buscar avanzar en la redistribución de los factores estructurales.

Figura 6

Diagnóstico regional con enfoque en los determinantes sociales de la salud

Cuadro 1

Diagnóstico de la Región de Araucanía. Resultados comparativos

Área	Indicador	Región	Prom. País	Peor región	Situación región	Mejor Región
Est.	1 % total personas pobres	17.7	13.7	20.7	Peor tercio	6.3
	2 % personas desocupadas	5.9	7.5	10.2	Tercio intermedio	3.0
Cond. y estilo vida	3 % hogares con saneamiento deficiente	14.4	8.7	24.2	Tercio intermedio	1.4
	4 % asalariados sin contrato firmado	24.0	19.9	26.3	Peor tercio	14.0
	5 % personas consume tabaco último mes	37.3	39.5	45.6	Mejor tercio	35.0
Psico.	6 % personas depresión últimas 2 semanas	27.2	22.3	27.2	Peor tercio	10.9
	7 % hogares victimizados	30.8	35.3	46.5	Tercio intermedio	15.0
Sist. de salud	8 Nº camas críticas SS por 100.000 hab.	10.4	13.7	9.6	Peor tercio	26.7
	9 % beneficiarios FONASA	65.2	74.5	55.6	Tercio intermedio	74.5
	10 % menores de 6 en control sist. público	90.3	69.1	47.3	Mejor tercio	90.3
Daño en salud	11 Nota promedio satisfacción salud	5.2	5.3	5.1	Peor tercio	5.6
	12 Tasa de mortalidad todas las causas	594.0	528.0	622.0	Peor tercio	472.0
	13 Esperanza de vida al nacer 2004 - 2006	76.96	78.09	76.18	Peor tercio	79.35

En segundo término, en mi país los cambios sociales que afectan a los individuos y a las familias deben ser una prioridad sostenida de la política social del Estado, desde donde se contribuya a la oferta. Ésta debe adaptarse a las personas y no a la inversa. Debe darse prioridad a las políticas de salud orientadas a la población más vulnerable, pero también a los territorios con mayores desventajas.

Finalmente, debemos seguir afinando el diagnóstico de los determinantes sociales que generan inequidad en contextos específicos, entender los mecanismos causales y lo más importante definir objetivos y propuestas específicas para la acción, incluyendo mecanismos de evaluación.

La importancia del apoyo político y el papel de la academia para la integración de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud

Alberto Pellegrini Filho*

En este artículo daré respuesta a dos preguntas. La primera de ellas es: ¿qué hay de nuevo en este momento y qué fue desencadenado por la Organización Mundial de la Salud?

Muchos son los logros que se han alcanzado en estos años, desde la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2005 a la fecha. Entre otros, cabe mencionar que el tema de los determinantes sociales está ya en la agenda global; algunos países lo han tomado muy en serio y están cambiando sus programas de salud y la manera de hacer el trabajo en los gobiernos.

La segunda pregunta es ¿qué hacer para consolidar esos avances y seguir progresando en este camino?

En primer término revisemos algunos hitos en la OMS, los cuales parecen presentarse cada treinta años. En 1948 tuvo lugar la constitución de la OMS, misma que reconoció un enfoque biopsicosocial en la salud; en 1978 tuvo lugar la reunión de Manhattan; treinta años después, en 2008, se presentó el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Esperamos no tener que aguardar otros treinta años para volver a hablar de este tema.

Es entonces muy importante mantener, afianzar y hacer sostenible este logro. En ese sentido, las iniciativas en curso representan oportunidades importantes para avanzar. ¿Qué hay de nuevo y cómo consolidar los avances?

Una rápida revisión histórica nos muestra que a mediados del siglo XIX estudiosos de varios países, como Villermé en Francia, Chadwick y Engels en Inglaterra, Virchow en Alemania, se preocuparon por mirar las estadísticas de mortalidad de sus países y observar las condiciones de vida, particularmente las de las poblaciones más pobres.

Al respecto es interesante destacar que, aun cuando estaban analizando casi los mismos datos y las mismas situaciones de pobreza, sus conclusiones en relación con las causas de la situación, y particularmente sus conclusiones en relación con lo que se debía de hacer, fueron completamente distintas.

Villermé hablaba de que la pobreza y los vicios causan enfermedades; ofrecía como solución el fortalecimiento moral y la visión liberal de la economía.

Chadwick, que tenía una orientación hacia las cuestiones ambientales, hablaba de la inmundicia y del tipo de moralidad que ésta causa; así se refería a “enfermedades de la pobreza” y su propuesta estaba basada de manera principal en el control del ambiente.

* Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Engels reconocía el capitalismo, con la inherente explotación de clase, como la causa de las causas de las causas de la pobreza, la enfermedad y la muerte; su propuesta consistía en la revolución social, particularmente la revolución socialista.

En cuanto a Virchow hay una gran coincidencia entre lo que él planteaba y lo que estamos proponiendo hoy, en términos conceptuales, en relación con los determinantes. Las reflexiones de Virchow resultan muy actuales; por ejemplo, decía que las relaciones entre la ciencia médica y las condiciones económicas y sociales deben someterse a la investigación científica. Afirmaba que la salud pública es esencialmente política y que, en la práctica, no debe limitarse al tratamiento de las enfermedades, sino que debe intervenir en la vida política y social.

Cuando Virchow era muy joven fue enviado a atender una epidemia de fiebre tifoidea. Al regresar a su país planteó una serie de medidas sanitarias muy concretas, así como el fortalecimiento de la democracia, amplia, ilimitada. Con ello sentó las bases de la medicina social y, aun cuando no utilizó esos términos, es el padre de la medicina social, además de que también fue el padre de la patología celular.

En el siglo XX, como se dijo, hay varios hitos interesantes en esa trayectoria. Uno de ellos es, nada menos, la creación de la primera escuela de salud pública cuando se definió que era muy importante, desde el punto de vista teórico y práctico, formar profesionales en ese campo.

Hubo un debate interesantísimo en Estados Unidos, que se recupera en un libro de Elizabeth Feet, cuando se enfrentaron tres corrientes: la ambientalista, la que daba más importancia a las condiciones sociales y de vida, y la corriente enfocada hacia la microbiología, que en aquel momento empezaba y ganaba auge.

Por supuesto esta tercera corriente fue la vencedora en ese momento pero después, a lo largo del siglo XX, las tres corrientes estuvieron presentes y su hegemonía fluctuó en función de una serie de condicionantes.

A partir de la Carta de Ottawa, en 1986, la promoción de la salud gana un nuevo enfoque se reconocieron entonces todos los determinantes de que hemos hablado aquí, relacionados con las condiciones de vida, así como determinantes más estructurales. Asimismo, se planteó la importancia de las políticas públicas saludables.

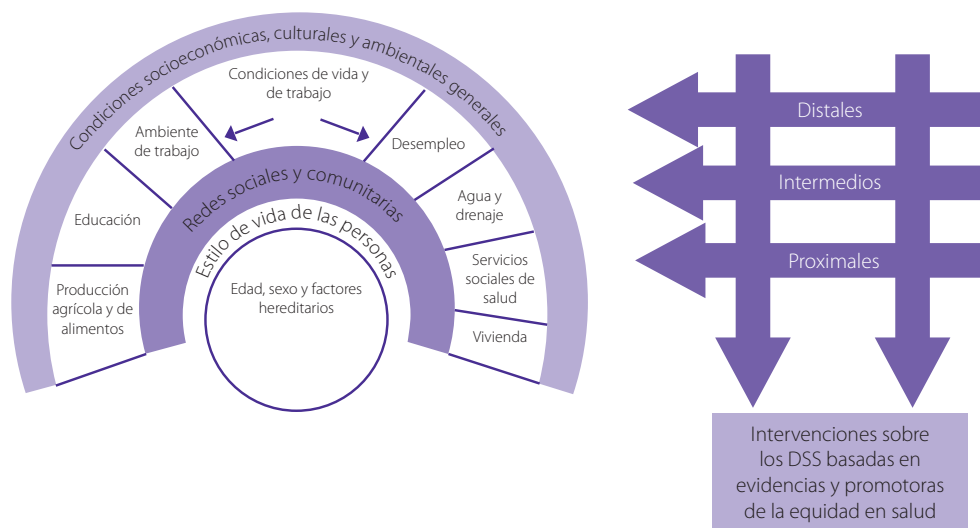
Así, todos estos desarrollos conceptuales datan de más de un siglo y son muy semejantes a los actuales.

Podríamos decir que lo novedoso de ese movimiento es que está básicamente enfocado en la acción para la construcción de un bien público, que es la equidad en salud. Ese bien público debe ser construido a partir de políticas públicas que respondan al interés general y, por tanto, sometidas al debate público. Estas políticas necesitan sustentarse en tres pilares fundamentales: la intersectorialidad, la participación social y las evidencias.

En relación con los marcos conceptuales, haremos referencia al de White Fredrik, que de una manera muy didáctica establece jerarquías; hay determinantes macro-estructurales que están situados en el exterior, así como determinantes relacionados con condiciones de vida que tienen que ver con las redes sociales y comunitarias y que están ganando cada vez más importancia. Son aspectos que atañen al capital y la cohesión social y al estilo de vida de los individuos, reconocido también como un determinante social (figura 1).

Para promover en forma efectiva la equidad en salud es preciso actuar en todos esos niveles. En cualquiera de ellos, aun en los más próximos, necesitamos adoptar un enfoque intersectorial. Asimismo, debe buscarse que la sociedad tome consciencia de que las inequidades son inaceptables éticamente y, en consecuencia, se movilice y participe.

Figura 1

Intervenciones sobre los DSS basadas en evidencias y promotoras de la equidad en salud

Estas medidas requieren de un fuerte apoyo político. No se trata sólo de la voluntad política de un ministro de salud, sino que es necesario contar con políticas de una sociedad que se movilice y se organice para construir la equidad. Para ello, las evidencias resultan fundamentales; sin ellas, nos arriesgamos a obtener resultados contrarios a los que pretendemos.

Hay entonces tres pilares, de acuerdo con el movimiento promovido por la NIASA: la evidencia, la coordinación y la participación social. Para consolidarlos y avanzar en cada uno de ellos, tenemos que utilizar una nueva forma de producir evidencias, una nueva forma de trabajar intersectorialmente y una nueva forma de promover la participación social.

En relación con las evidencias sobre las inequidades en la salud, por ejemplo, tenemos una importante trayectoria de investigación. Como mencionamos, en la primera generación se relacionaban pobreza y salud. En una segunda generación, el enfoque se centró en la cuestión de los gradientes. El motivo de esto es que, en todas las sociedades, al estratificar la población según criterios socioeconómicos se observa un gradiente de los resultados en relación con la salud.

En la tercera generación, que es en la que nos encontramos, existe una preocupación por entender los mecanismos del proceso de determinación, el cual es un proceso complejo, lleno de mediaciones que deben ser entendidas para poder intervenir en el momento y el punto correctos.

Entonces las principales interrogantes son: ¿dónde se originan las inequidades?, ¿cuáles son las vías por las que las causas básicas producen equidades? y ¿dónde y cómo debemos intervenir? Como se mencionó, hay varios enfoques para responder a esas interrogantes. Nuestro enfoque, por ejemplo, hace énfasis en los determinantes económicos y políticos y en las condiciones de vida materiales.

Aun cuando este enfoque es todavía muy importante, hay otras sociedades que ya superaron gran parte de los problemas relacionados con esas condiciones de vida fincadas en lo material. Tal vez los enfoques principales para abordar esos casos sean los sociales o los relacionados con el capital social. Así, los enfoques responden a contextos y momentos históricos determinados.

Ese es el caso del estudio clásico de Marmot, ya mencionado. Al estudiar a los funcionarios públicos del Reino Unido los clasificó en cuatro categorías, de acuerdo con su jerarquía funcional,

en relación con el riesgo de morir por alguna enfermedad coronaria. Fijó en un primer nivel a aquellos de mayor jerarquía y encontró que los funcionarios del segundo nivel de jerarquía tienen el doble de riesgo.

En el caso de los funcionarios del tercer nivel los riesgos son tres veces mayores o, incluso, se cuadruplican. Marmot buscó, entonces, entender las causas de esas diferencias. Existen algunos factores que son ampliamente conocidos, como el colesterol, la presión arterial y el tabaquismo, que las explican en gran parte; sin embargo, hay otros muy importantes: los factores relacionados con los determinantes sociales, los cuales son objeto de investigación.

El uso de la evidencia en las políticas de salud tiene sus raíces en la medicina basada en evidencias, pero las condiciones de una y otras son bastante distintas.

El proceso de toma de decisiones en las políticas es bastante más complejo. En cuanto a la producción científica, por ejemplo, los estudios o evaluaciones son insuficientes para hacer intervenciones efectivas sobre los determinantes.

La propia agenda de investigación en ese campo es definida por quienes realizan la investigación, con poca participación de los actores del proceso de toma de decisiones.

Las relaciones entre la producción y la utilización del conocimiento están permeadas por una serie de barreras de diversa índole: institucionales, de lenguaje, de cultura y de valores, entre otras.

Los resultados de los estudios sobre los determinantes nunca son prescriptivos; es decir, no llevan de inmediato a una intervención. Tal es el caso, por ejemplo, de los resultados sobre el ambiente.

Lo que en realidad arrojan esos resultados es un abanico de opciones, cuya selección implica un proceso político en el que intervienen varios factores y diferentes criterios.

La transferencia de experiencias es difícil porque muchas de las experiencias exitosas dependen del contexto en el que hayan tenido lugar; por tanto, podrían no funcionar en otro.

Así, en el proceso de toma de decisiones intervienen diversos actores con intereses diferentes, quienes validan las informaciones de manera diferente. Se trata de un proceso complejo en el que pueden presentarse choques de intereses y criterios.

No obstante, se cuenta con una serie de estrategias para superar esas dificultades de incorporación de evidencias en el proceso de toma de decisiones, mismas que habría que consolidar. Para ello, es importante adoptar nuevas formas de producción del conocimiento.

En lugar de instituciones cerradas con paredes, con divorcios entre quienes producen y quienes utilizan el conocimiento, deben establecerse redes colaborativas entre instituciones de diferentes tipos, agendas de investigación definidas conjuntamente por investigadores y usuarios. Asimismo, hay que superar el falso dilema entre investigación básica e investigación aplicada: lo que importa es la solución del problema.

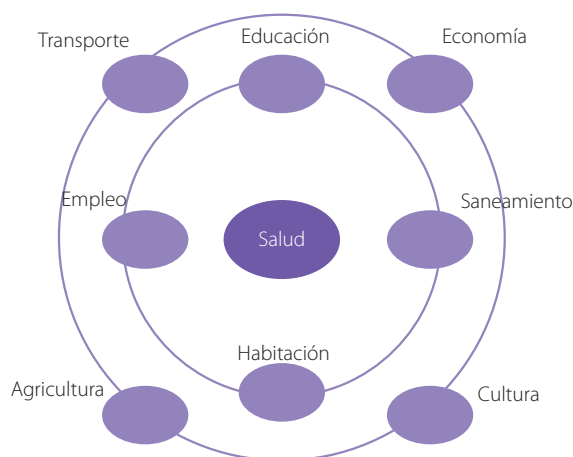
La relación entre productores y usuarios debe involucrar un intercambio regular sobre los criterios de evaluación y otros relacionados con una nueva manera de producir el conocimiento.

Pasemos ahora al otro pilar en que habría de sustentarse esta nueva manera de pensar en los determinantes sociales para lograr intervenciones efectivas: la coordinación intersectorial.

Cuando queremos lograr la coordinación intersectorial es muy frecuente que situemos en el centro a la salud, lo que provoca que los demás sectores se muestren reacios a trabajar para la salud.

Creo que la solución está en pensar de una manera diferente; tenemos que hacer una revolución “copernicana” en relación con la concepción de intersectorialidad. En lugar de poner la salud en el centro, hay que colocar al desarrollo humano en ese lugar preponderante. De esta manera, todos los sectores contribuyen a la salud y, a su vez, la salud también retroalimenta con resultados a todos los demás sectores (figura 2).

Figura 2
Intersectorialidad



Esa intersectorialidad estratégica de cooperación entre los diversos sectores en función del desarrollo humano es lo que debe ser perseguido y no solamente que todos trabajen para la salud.

En Brasil, por ejemplo, se constituyó una Comisión de Determinantes Sociales, que publicó el informe a que se ha hecho repetida referencia en este simposio, con el propósito de hacer un análisis de la situación de salud en el país con base en el enfoque de los determinantes, con las consecuentes propuestas y recomendaciones de políticas.

En el análisis de política que hicimos no tomamos en cuenta el presupuesto sino el gasto efectivo en acciones relacionadas con los determinantes; así, seleccionamos 86 acciones. Como puede verse en la figura 3, casi todos los ministerios federales hacen algo relacionado con los determinantes sociales. La gráfica muestra varios tipos de intervenciones relacionadas con la agricultura, particularmente agricultura familiar de subsistencia, la mejoría de ambiente, la vivienda, el combate a la violencia, el trabajo y la inclusión productiva, la alimentación y la nutrición, educación, entre otras.

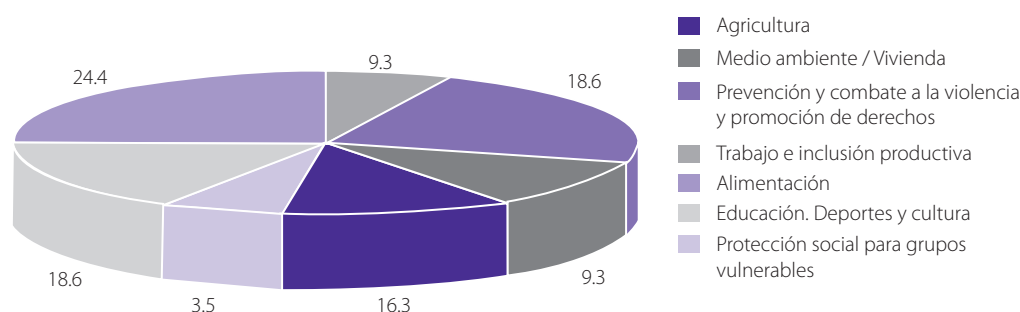
Pese a la amplitud de este abanico de intervenciones, el presupuesto de Brasil en 2006 para las 86 acciones consideradas llegaba únicamente a cerca de 10 mil millones de dólares.

El gran problema que detectamos es que no había ningún mecanismo o enfoque de coordinación intersectorial como los que estábamos planteando. Había acciones fragmentadas, muchas veces en un mismo territorio, dirigidas a una misma población, de tal suerte que ésta recibía diversos programas sin ninguna coordinación entre ellos, a diferencia de lo que ocurrió en Chile, donde desde el inicio la intervención se hizo desde una concepción de integralidad.

El otro pilar de ese tripié es la participación social. Varios autores ya se refirieron a la recomendación que hizo la CDSS al respecto. Ahora destaco una segunda cuestión, que tiene que ver con la estrecha relación entre la participación social y la redistribución de poder, dinero y recursos. Ello porque no es posible hablar de políticas que tengan ese objetivo, sin invocar el decidido apoyo de la sociedad en su diferentes sectores.

El propio informe de la comisión dice que debe haber, tanto en el ámbito global como en el de cada sociedad, una amplia colaboración entre quienes hacen investigación, quienes definen políticas, quienes las implementan, quienes hacen abogacía y quienes actúan en los procesos sociales de seguimiento, articulados en pro de la equidad.

Figura 3

Participación relativa de los ministerios en acciones seleccionadas. 2004-2006

Hay quienes afirman que para romper con la inequidad es necesaria una nación en la que la sociedad política y la sociedad civil trabajen de manera coordinada. No obstante, es necesario discutir algunos aspectos en relación con este planteamiento en función de lo que está pasando en nuestras sociedades.

La sociedad civil, y particularmente las llamadas organizaciones no gubernamentales, tuvo un papel fundamental en varios países en los que vivimos bajo dictaduras en los años sesenta y setenta; su participación fue un símbolo de la lucha democrática y por los derechos.

Desde entonces ha habido cambios importantes y una heterogeneidad mucho mayor. Actualmente hay organizaciones no gubernamentales que tratan temas de interés general, como el medio ambiente y los derechos humanos; otras que están más enfocadas en intereses de grupos específicos como negros, mujeres, gays, campesinos, indígenas, y otras que están más relacionadas con la prestación de servicios. Cabe señalar que muchas veces estas organizaciones cumplen un papel en cual el Estado no está presente.

En los años sesenta y setenta había el mito de que todo lo malo estaba en el Estado y todo lo bueno en la sociedad civil; hoy vemos que esta situación es más compleja.

Hay distorsiones en términos de lo que yo llamaría “una cooptación de doble vía”. Muchas de las organizaciones no gubernamentales, al ser cooptadas por el Estado, se transforman en organizaciones neo-gubernamentales. Dicha cooptación ocurre muchas veces a través de sus liderazgos, y muchas otras por medio del desvío de recursos públicos.

También puede haber cooptación en el otro sentido. Es decir, la fragmentación de la sociedad civil puede responder a intereses de grupos específicos; basta con que las políticas públicas, igualmente fragmentadas respondan a la presión de cada uno de esos grupos.

Otro problema son las relaciones entre la sociedad civil, la democracia directa y la democracia representativa. Hoy, en nuestra región se habla de la democracia directa como todo lo bueno y la democracia representativa como una política vieja y corrupta, entre otras características negativas.

La sociedad civil no necesariamente representa intereses legítimos de algunos grupos sociales; muchas veces su representación en los propios procesos de seguimiento no refleja al conjunto de la sociedad.

Si queremos conocer lo que piensa la sociedad no basta con sentar a la mesa a representantes de los diferentes grupos, como los negros, los campesinos, los indígenas, puesto que no son el conjunto de la sociedad. Sin embargo, es un gran avance.

Aun cuando las organizaciones que trabajan con grupos específicos son importantes, es necesario repensar las formas de relación entre el Estado y la sociedad civil. Se requiere de una mayor

transparencia; es importante evitar que algunas de esas asociaciones sean utilizadas para el desvío de recursos públicos; particularmente, se requiere de una mayor transparencia y claridad entre la democracia representativa y la democracia indirecta.

Otro tema fundamental, que está ganando importancia en la literatura especializada, es el relativo al capital social. Cuando pensamos en las teorías clásicas de desarrollo nos viene a la mente el capital natural, la importancia de las riquezas naturales, o el capital construido, relativo a la infraestructura productiva, el comercio, los transportes y las finanzas, entre otros rubros. Más recientemente se habla también del capital humano, de la importancia de la educación, de la salud, de la nutrición. Hay que poner el acento, sin embargo, en una cuarta forma de capital, el capital social, que tiene el poder de dinamizar a todos los demás.

De hecho, en los países donde hay mayor riqueza de capital social, hay mayor crecimiento económico a largo plazo, menor violencia, más democracia y, lo más importante, mayor participación y mayor inversión en capital humano.

El concepto de capital social involucra esas cuatro dimensiones: valores prácticos, sociedades donde predominan los valores, sociedades para las cuales la equidad es importante y sociedades donde el combate a la corrupción es prioritario.

Veamos un ejemplo de la importancia que tienen los valores. Noruega es el país menos corrupto del mundo, por lo que prácticamente la legislación anticorrupción casi no existe. Al contrario, en países como el mío, hay una amplia legislación relativa a la corrupción y una gran cantidad de procesos regulatorios para impedirla, todo ello sin gran efectividad porque hay carencia de valores básicos.

Asimismo, falta capacidad de asociación para establecer una rica trama de relaciones entre los individuos, a través de organizaciones, que permita a las personas empoderarse.

Otro conjunto de valores relacionados con el capital social son el grado de confianza entre las personas, la conciencia cívica, la conciencia de lo que es público, de lo que es privado y de lo que es el derecho del ciudadano, entre otros.

La experiencia muestra la importancia de promover el desarrollo del capital social como mediador entre las desigualdades socioeconómicas y los resultados en salud.

Cabe señalar que el aumento del producto per cápita no implica necesariamente una mejoría en los resultados de salud. Asimismo, se ha observado en los países con un alto producto interno per cápita, que el aumento en la riqueza tampoco tiene una relación directa con ese indicador. Sin embargo, si tomamos esos mismos países y los distribuimos en relación con el coeficiente de Gini, sí se aprecia una correlación importante, en este caso de 0.8.

Es decir, entre los países más ricos aquellos que tienen mejor coeficiente de Gini son los que tienen esperanzas de vida más altas. Esto significa que la mejoría en salud en estos países no se deriva de que sean los más ricos, sino proviene de que son países más equitativos, lo que definitivamente beneficia a la sociedad.

No obstante, intervienen también otros factores. Kawachi realizó un estudio similar en Estados Unidos y encontró que en ese país, donde el coeficiente de Gini es mayor, hay peores resultados de salud. El factor que aquí interviene es el llamado “confianza entre las personas”, que en este caso es más bajo.

Finalmente, vuelvo a recalcar la importancia del capital social. Asimismo, llamo la atención hacia la necesidad de tomar ventajas de las oportunidades para consolidar los logros de este enfoque en los determinantes sociales de la salud.

Como quedó asentado en el informe de la comisión, la importancia de los determinantes sociales de la salud ya está inscrita en la agenda mundial. Por ello, lo que se pretende ahora es retomar experiencias –como la de Chile– que permitan definir estrategias, metodologías y formas de trabajar para elaborar planes nacionales, y de esta manera continuar avanzando.

Desde la Escuela de Salud Pública, en Fiocruz, buscamos cooperar con ese proceso a través de la producción y diseminación de conocimientos, información, capacitación de personal y evaluación de políticas. Contamos con un observatorio de inequidades que permite el seguimiento sistemático y constituye una importante interfaz entre la producción y la utilización del conocimiento y de la información. A diferencia de los buenos sistemas de información que tenemos en Brasil, contruidos desde la perspectiva de la oferta, este observatorio se enfoca en las necesidades de información de quienes toman las decisiones.

La población y los determinantes sociales de la salud; su importancia en las políticas de desarrollo social

Félix Vélez Fernández Varela*

Se ha dicho que en México el acceso a la salud es desigual. Estoy totalmente de acuerdo. Sin embargo, casi todo lo que se ha mencionado sobre desigualdad ha sido en términos de ingreso. Poco se ha hablado de desigualdad en términos de género, en términos regionales, en términos sectoriales, en términos étnicos, en términos de lo rural y lo urbano. Tampoco se ha hecho mayor referencia al grado de desigualdad. Al respecto cabe destacar que en México, al igual que en el resto de América Latina, la desigualdad existe entre ricos y pobres, pero también entre ricos y estratos medios altos; entre estratos medios altos y estratos medios bajos; entre estratos medios bajos y los pobres y entre los mismos pobres.

De hecho, hay un índice que no sólo mide cuántas personas hay por debajo de la línea de la pobreza, sino qué tan lejos están y qué tanta desigualdad hay entre los pobres. Entonces, mi primera reflexión es que no hay que agotar la agenda de los determinantes de la salud en el tema de la desigualdad, ni tampoco agotarla en una sola variante, en un solo perfil del fenómeno. Asimismo, no hay que limitarse a lo relativo a los más ricos contra los más pobres, porque hay muchas otras manifestaciones del fenómeno igualmente trascendentes para el diseño y la instrumentación de la política de salud.

En segundo lugar, se ha hablado mucho de la desigualdad del ingreso, es decir de pobreza relativa; pero se ha hablado menos de pobreza absoluta. En América Latina nos impactan ambas. Por ejemplo, Chile tiene el programa Chile Solidario; en Brasil está el programa Bolsa de Familia; Perú también un programa de este tipo. Y México tiene el programa Oportunidades, porque queremos reducir las brechas pero también queremos que los más pobres estén mejor, o sea que mejore su calidad de vida. No obstante, los instrumentos que sirven para enfrentar la desigualdad no necesariamente son los que se requieren para disminuir los niveles absolutos de pobreza. Ese es otro ámbito de los determinantes sociales de salud que no se puede soslayar.

En relación con el debate sobre la focalización en oposición a la universalidad de los programas, cabe destacar que hay programas focalizados que funcionan bien y programas universales que no necesariamente son efectivos.

Asimismo se ha hablado mucho del tema de derechos. Se dijo que la salud es un derecho y, con base en ello, que es necesario aglutinar una agenda no sólo técnica sino política.

* Consejo Nacional de Población.

No podría estar en desacuerdo con esta aseveración. Simplemente quiero mencionar lo siguiente: el siglo XVIII fue el siglo de la razón, de la ilustración, y el siglo XIX fue el del liberalismo, el de las libertades, así como el de la crítica a los excesos del capitalismo. Cabe señalar, sin embargo, que ya desde el siglo XIX había puentes entre el pensamiento socialista y el pensamiento liberal. Por ejemplo, John Stuart Mill, economista clásico, aunque formado en esa tradición, decía que Inglaterra tenía resueltos los problemas de la producción, pero no los de la distribución.

En el siglo XX hubo liberales como John Rawls, muy conocido por su teoría de la justicia, que dice que hablar de libertades sólo tiene sentido cuando se amplían las libertades de los más pobres de una sociedad.

Si bien es cierto que la visión del bienestar social, enfocada a las libertades de los más pobres, es distinta de la visión socialista de Marx, de Platón y de Engels, al hacer política pública hay puntos de enlace. Por ejemplo, la democracia cristiana chilena ha podido trabajar muy bien con el socialismo en programas específicos de política social, a pesar de que son tradiciones distintas. Asimismo, ha habido presidentes conservadores en América Latina, como Belisario Betancourt en Colombia, que han tenido agendas sociales muy claras.

En ese sentido, al hablar de derechos hay que reconocer que otras tradiciones filosóficas y otros posicionamientos políticos pueden converger para ampliar el acceso a la salud y mejorar la calidad de los servicios.

Como un cuarto punto habría que abundar sobre la democracia. En relación con los determinantes sociales de la salud, habría que profundizar también en los determinantes de la salud en aspectos tales como los hábitos de vida, la evolución de las familias y la igualdad de género, entre otros. Las familias han cambiado en su tamaño, pero también en su jefatura; hoy en día casi la cuarta parte de las familias en México tienen como jefa a una mujer. La estructura y los tipos de familia también se han modificado; ya las familias nucleares no son universales, hay otro tipo de arreglos y los hogares también se han transformado. Todo eso también habría que traerlo al análisis de los determinantes sociales de la salud para tener una perspectiva más amplia.

Respecto al tema de la restricción presupuestal, cabe mencionar que gran parte de los problemas relativos se relacionan con la orientación del gasto, con la infraestructura que se cuente para ejercer los recursos. Es decir, no basta con que el Congreso apruebe recursos adicionales; hay que saber ejercerlos. No basta con el crecimiento del gasto público en términos reales; es importante que el ejercicio de los recursos se haga con eficacia. En este contexto, cabe enfatizar la importancia de mejorar la rendición de cuentas. Por ejemplo, los gobiernos locales rinden muy pocas cuentas del uso que dan a los recursos federales, bajo el argumento de la soberanía de los estados y de los municipios.

El federalismo debe ser un medio y no un fin. Sin embargo, han sucedido situaciones como la siguiente: cuando se descentralizó la administración de vacunas, algunos gobiernos estatales decidieron no vacunar a la gente, al grado de que se tuvo que volver a centralizar la política de vacunación y la de antirretrovirales.

Algo similar ha pasado con la planificación familiar, en particular en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.

Otro aspecto muy importante es la evaluación de los programas con el fin de mejorarlos. Por ejemplo, las lecherías de Liconsa están orientadas a beneficiar a los más pobres; sin embargo, más de la mitad de ellas están ubicadas en la zona metropolitana de la Ciudad de México y, aunque tienen un alto impacto, la gran mayoría de quienes consumen esta leche no son población en pobreza extrema.

Ahora, les pongo otro ejemplo: el programa de Piso Firme. Nadie que no lo necesite lo solicita y, por tanto, sale mejor librado en la evaluación. Al respecto, se hizo una evaluación del programa en Torreón, Coahuila, comparándolo con Gómez Palacio, Durango, donde no operaba el programa por tratarse de otro estado cinco años después en Gómez Palacio, donde no hubo programa, 70 por ciento de los que en un inicio no tenían piso firme, ahora contaban con éste. Por tanto, el verdadero efecto no era el 100 por ciento, sino el 30 por ciento.

Hay otros programas de opciones o apoyos productivos; son los menos buenos porque obedecen en gran medida a presiones clientelares y a presiones políticas. El 70 por ciento de los proyectos mueren al año de vida; muy pocos permanecen más tiempo.

En relación con la forma de hacer las cosas, el tema de “los cómo” que se ha mencionado también en este simposio, es importante la evaluación de los resultados, de contraloría, de gestión y de impacto.

Todos esos niveles de evaluación, desde los de contraloría hasta los de impacto, son igualmente importantes, entre otras cuestiones para la asignación del presupuesto.

Por lo que se refiere al aspecto demográfico, ha habido dos transiciones: la transición demográfica y la transición epidemiológica. La primera se caracterizó en su momento inicial por la coincidencia de una alta natalidad y una alta morbilidad; después pasó a baja morbilidad con alta natalidad; más adelante, a baja natalidad con baja morbilidad, hasta llegar al momento en que la gran mayoría son adultos mayores; ya no vuelve a predominar la población joven.

La transición epidemiológica, por su parte, es el paso de un perfil donde hay muchos jóvenes y muchos que mueren o contraen enfermedades infecciosas, a un perfil en donde lo que prevalece son los males crónico degenerativos y las tasas de morbilidad y de letalidad, que están asociadas sobre todo con la población en edad avanzada. En México se ve clarísima la transición; así, en 1960 la tasa global de fecundidad era de 7.3 hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que hoy en día es de 2.2.

Cabe señalar que mientras en Europa este cambio sucedió en un periodo de más de doscientos años, en América Latina ocurrió en tan sólo cincuenta. El hecho de que suceda tan rápido implica una serie de desafíos y una serie de restricciones de política pública en el tiempo que tarda la transición.

La pirámide poblacional va transformándose; para el 2050 va a haber un claro predominio de los adultos mayores; por tanto, nos ocuparán los temas geriátricos y de pensiones. Aun actualmente, los niños ya no son mayoría; ahora las cohortes más numerosas son las de los adolescentes y adultos jóvenes, de 15 entre y 24 años aproximadamente.

Esto también implica menores tasas de dependencia; representa un bono demográfico en el sentido de que hay muchas personas en edad de trabajar en relación con el total de la población. Esto es una condición necesaria, más no suficiente, porque una cosa es que haya personas en edad de trabajar y otra que consigan trabajo y que éste sea un buen trabajo, lo cual no se logra sólo con programas de generación de empleo: se requiere que crezca la productividad. Sin embargo, en el contexto de los determinantes económicos de la salud cabe mencionar que el crecimiento económico no es condición suficiente, pero sí necesaria, para el bienestar social. Así, historias de éxito como la chilena, y recientemente la de Brasil, han estado acompañadas de un rápido crecimiento de la economía.

En México, en tanto, el crecimiento económico no ha sido suficiente para reducir la pobreza. Los programas sociales han contribuido, sin duda, pero lo que más ha ayudado ha sido la reducción del número de hijos, la reducción en las tasas de dependencia. Ello ha tenido que ver por un lado

con la urbanización y la mayor escolaridad de las mujeres, y por otro con una política deliberada de planificación familiar. Ésta inició en 1974, un momento temprano en relación con otros países de la región y del mundo.

Ahora veamos qué sucede con la transición epidemiológica. Por un lado, la estructura por edad de la población cambia; por otro, también se modifican las causas de las defunciones. Como las personas viven más años, se vuelve más costoso proveer servicios de salud.

En 2007, el peso de las muertes en la población adulta mayor fue superior al que se tenía en 1980, en tanto que se redujeron las defunciones de los niños y de los jóvenes en términos relativos. Entre los jóvenes una causa muy importante de defunción, en México y en el mundo, son los accidentes.

La mortalidad en el primer año de vida es de 14.2 defunciones por cada mil nacimientos, lo cual implica una mejoría con respecto los años ochenta, cuando ese indicador era de alrededor de 40. No obstante, países como Costa Rica, Chile, Argentina o Uruguay tienen menos de 10 defunciones por cada mil.

Al respecto, es importante destacar que en México, a diferencia de casi todos los demás países de América Latina, hay una gran dispersión y atomización de la población rural; en Chile el 45 por ciento de la gente está en Santiago, y no se diga en Argentina, donde la población se concentra en la gran Buenos Aires. Además, en esos países hay mucho menos dispersión, atomización e incomunicación de la población rural.

Los males que ahora tienen más peso en México son los cardiovasculares; la diabetes mellitus, sin distinción de género, y en general las enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo son muy preocupantes el sobrepeso y la obesidad, mismos que afectan también a quienes no los padecen, por la distribución de los recursos.

La mortalidad infantil ha bajado; eso, evidentemente, trae consigo un alza en la esperanza de vida, actualmente de 77 años y medio para las mujeres y de cerca de 73 para los hombres.

Hay una gran correlación entre marginación y mortalidad infantil; así, las entidades que están hasta arriba en las estadísticas son Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

Entre los efectos de la transición epidemiológica podemos mencionar que ha disminuido la incidencia de enfermedades e infecciones contagiosas; incluso hay evidencia de que en México se ha detenido el crecimiento del VIH/sida debido a que se están proveyendo gratuitamente los antirretrovirales; sin embargo, han aumentado los padecimientos crónico-degenerativos, que tienen que ver con el envejecimiento pero también con los hábitos de vida.

En la medida en que ha habido cambios tecnológicos y avances en la salud, también se han reducido las tasas de mortalidad.

En términos de igualdad de género, considero que habría que experimentar con políticas de discriminación positiva en los programas de salud. Asimismo, es importante continuar profundizando en la investigación.

Por último, me referiré a la institución que represento, el Consejo Nacional de Población. El Conapo se creó en 1974. Es una institución *sui generis*, porque hay pocas similares en el mundo. Es la oficina encargada de la planeación y el seguimiento demográfico del país. Tiene una arquitectura institucional muy conveniente, porque participan en ella 11 secretarías de Estado y seis organismos coordinados. Están las secretarías de Hacienda, de Gobernación, de Relaciones Exteriores, del Trabajo, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación, del Medio Ambiente, de la Reforma Agraria, de Agricultura, de Economía, más el Instituto Mexicano del Seguro Social, el

ISSSTE, el DIF, la Comisión de Pueblos Indígenas, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Es de destacar también que, a partir de la década de los ochenta, se federalizó la política cuando se crearon los Consejos Estatales de Población. Por todo ello, se trata de un organismo idóneo para impulsar la transversalidad y el federalismo.

Termino insistiendo en que creo en el derecho a la salud, en el combate a la injusticia y en que son inaceptables las desigualdades.

La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud

Enrique Ruelas Barajas*

La intersectorialidad no sólo es importante, es indispensable, es fundamental; no hay opción. Para entender la importancia y la necesidad de la intersectorialidad es indispensable partir de la concepción del fenómeno salud-enfermedad no como un proceso lineal, sino como un complejo sistema no lineal; es decir, un proceso dependiente de condiciones previas que no es determinístico y en el que interactúan múltiples variables. Así, el fenómeno salud-enfermedad puede entenderse como una propiedad emergente de un sistema más amplio y complejo. En este contexto, habría que comprender de igual manera el sistema de salud no como un sistema lineal, sino como un complejo sistema conformado por interacciones con reglas simples que tampoco es determinístico y que parte de condiciones previas. La intersectorialidad se refiere, entonces, a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas. Así se explica su importancia medular, que va más allá de la obvia necesidad de que representantes de múltiples sectores se pongan de acuerdo para tomar decisiones comunes. El propósito final de la intersectorialidad es, por consiguiente, la definición de políticas públicas.

Ahora bien, la intersectorialidad no depende solamente de la convergencia de estructuras para la toma de decisiones de política pública, sino también de la interdisciplinariedad. Para explicar la interdisciplinariedad la he dividido en dos tipos: la “paradigmática” y la “de ruptura”. La primera tiene que ver con el mantenimiento de los paradigmas vigentes, es en la que convergen expertos con diferentes conocimientos para seguir construyendo el mismo paradigma. La segunda, la que he denominado “de ruptura”, es la que se produce justamente en la intersección de las disciplinas, es decir en los espacios creativos donde se puede generar la innovación (en inglés, lo podríamos expresar como el famoso *break through*). De esta manera, para lograr la verdadera intersectorialidad no basta con la mera convergencia de estructuras ni tampoco es suficiente la convergencia de los conocimientos comunes, en donde los profesionales simplemente se complementan. Lo que se requiere es generar la innovación entre las múltiples disciplinas; sólo así la intersectorialidad tiene sentido y adquiere sustento.

Paso ahora a los ejemplos. Voy a referirme, en primera instancia, a la existencia en México del Consejo de Salubridad General, creado en 1841. En 1917, éste quedó configurado formalmente

* Academia Nacional de Medicina de México.

en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; desde entonces, cuenta con dos características que lo hacen un organismo *sui generis* en este país, y probablemente en muchos otros del mundo. En primer lugar, se trata de un órgano creado en la Constitución Política, dentro del artículo 73 que define las atribuciones del poder Legislativo; sin embargo, en la primera base de la fracción XVI de ese artículo se dice que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intermediación de ninguna Secretaría de Estado. Esto lo hace un órgano híbrido ya que depende del poder Ejecutivo, pero tiene atribuciones de poder Legislativo. La segunda característica reafirma este carácter híbrido; se refiere a que las disposiciones del Consejo de Salubridad General son obligatorias en todo el territorio nacional, tal como lo establece la propia Constitución Política.

En 2007, ante la amenaza del H5N1, que esperábamos desde el año anterior y que afortunadamente no se ha presentado, propusimos enriquecer la membrecía del Consejo de Salubridad General. Hoy lo conforman 35 miembros cuyo peso explica claramente lo que significa la intersectorialidad en la realidad. Participan los titulares de ocho secretarías de Estado: el secretario de Salud, por supuesto, y los secretarios de Hacienda y Crédito Público, de Educación Pública, de Desarrollo Social, de Medio Ambiente, de la Sagarpa, de Comunicaciones y Transportes, de Economía y de Gobernación. A ellos se suman los principales prestadores institucionales de salud, los directores generales del IMSS, del ISSSTE, de Sanidad Militar y de Sanidad Naval, los prestadores de servicios privados, la Asociación Nacional de Hospitales Privados, representantes de las organizaciones de prestadores en lo individual, la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la Academia Mexicana de Pediatría, el Colegio Médico de México, el Colegio de Enfermeras de México, los proveedores del sistema nacional de salud, la Cámara Nacional de la Industria de Transformación y la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica. Participan también altos representantes de instituciones educativas: el rector de la UNAM, el director general del IPN y el presidente de la Asociación Nacional de Instituciones de Educación Superior.

Esto es, en resumen, el Consejo de Salubridad General; un ente por naturaleza intersectorial creado para la definición de políticas públicas en donde convergen el poder Ejecutivo y el poder Legislativo. Los importantes acuerdos que se han emitido con carácter de obligatorios ilustran la utilidad de una estructura de estas características. Entre ellos, están las medidas de prevención contra riesgos que ocasionan los accidentes de vehículos automotores, tales como las condiciones médicas para expedir licencias para conducir. Podemos citar, asimismo, la estrategia operativa multisectorial que se implementó en preparación para enfrentar la pandemia de influenza.

La importancia de contar con un órgano realmente intersectorial, como este Consejo de Salubridad, quedó demostrada el 24 de abril del año pasado cuando se declaró la emergencia sanitaria. Por primera vez en la historia del consejo, el presidente de la República presidió una sesión urgente con la presencia, por supuesto, de todos los secretarios de Estado; lo anterior hizo posible que las decisiones se tomaran “en caliente”, como diríamos en términos coloquiales. Esto no hubiese sido posible de manera sencilla y práctica, de no haber existido el Consejo de Salubridad General, sobre todo por su carácter constitucional.

Ha quedado ilustrada la importancia del Consejo de Salubridad General; sin embargo, tenemos que fortalecer más este organismo para entender la salud como un fenómeno multicausado y multicausal en donde los determinantes sociales son, como se ha reiterado en este simposio, fundamentales. No obstante, al igual que en cualquier organismo de esta naturaleza, existen restricciones políticas que matizan inevitablemente la intersectorialidad.

Para concluir, hago referencia al abordaje de la obesidad infantil. Éste constituye un ejemplo claro de la intersectorialidad entendida sólo como convergencia de estructuras. Así, ante un fenómeno multidisciplinario como la obesidad, únicamente la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación acordaron restringir la venta de alimentos y bebidas en las escuelas. Sería importante que además de la mirada desde la salud y la educación estuvieran también presentes las aportaciones de las neurociencias, la endocrinología, la nutriología, la pedagogía, la sociología, la antropología y la dirección de sistemas de salud, entre otras.

En suma, la intersectorialidad es importante. Hay que entenderla así, como convergencia de estructuras, pero también hay que entender el sustrato en la interdisciplinariedad para seguir penetrando en el paradigma existente. No sólo eso, también hay que romper paradigmas y empezar a entender que no todo es como siempre lo habíamos entendido. Así, aún en una estructura como la del Consejo de Salubridad General, no basta con la convergencia de los sectores; hay que seguir manteniendo la gestión para la ejecución de políticas públicas de la salud. De otra manera, sin acción, la intersectorialidad no tiene sentido.

Los elementos y bases para la integración de la política de salud en los determinantes sociales de la salud

Juan Antonio Salinas Castañón *

La Declaración Universal de los Derechos Humanos ya reconocía el derecho a la salud. Así, en su artículo 25, dice claramente que toda persona, al igual que su familia, tiene derecho a una mejor calidad de vida, a tener acceso a la salud y a un mejor bienestar. Asimismo, establece el derecho al acceso a alimentación, vestido, vivienda, a otros servicios sociales y a la propia asistencia médica.

La Declaración Universal establece también el derecho a tener un seguro de discapacidad o vejez, mismo que está contemplado también en la propia Ley Federal del Trabajo mexicana.

Asimismo, el Protocolo de San Salvador determinaba también en la Convención Americana sobre Derechos Humanos que toda persona tiene derecho a la salud, entendida ésta precisamente como un disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Entre las medidas recomendadas para hacer efectivo el derecho a la salud podemos mencionar la atención primaria a la salud, que comprende la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la educación a la población para esa prevención y tratamiento de enfermedades y, sobre todo, la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables. Precisamente, una prioridad para México es crear hospitales en aquellas zonas rurales donde es muy difícil que llegue la atención médica en forma oportuna.

La Constitución Política está por encima de cualquier otra legislación, tal como lo ha determinado el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Después de la Constitución, en un segundo nivel, están los tratados internacionales. Posteriormente, encontramos a las leyes generales, como la Ley General de Salud.

Cabe hacer notar que la principal característica de las leyes generales, diferencia en relación con las leyes federales, es que para su cumplimiento intervienen los tres órdenes de gobierno: la federación, los estados y los municipios.

En el siguiente nivel se encuentran las leyes federales, seguidas por las constituciones de los estados, las leyes estatales y las leyes municipales, así como los bandos de gobierno, que son los bandos de los municipios.

La Ley General de Salud tiene que estar reformándose constantemente para actualizarla y hacerla consecuente con las necesidades reales del país. Así, el poder supremo de la nación está contemplado en el artículo 49 constitucional, y para ser ejercido se divide en tres poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

* Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS.

El poder Legislativo es el poder que elabora, que crea las leyes; el poder Ejecutivo es el que las promulga, las publica y las ejecuta; el poder Judicial es el que interpreta precisamente estas leyes, en cualquier materia.

El artículo 89 es el que establece la facultad del Ejecutivo Federal para promulgar y publicar las leyes, una vez que sean aprobadas por el Congreso de la nación.

En materia de actualización de las leyes en materia de salud, destaca que en 23 años, entre 1983 y 2005, solamente hubo veintidós reformas: doce a iniciativa de los diputados, seis por el Ejecutivo Federal y cuatro por los senadores.

En cambio, en el periodo de 2006 a 2009, en tres años cinco meses, también hubo 22 reformas, 16 promovidas por los diputados, cinco por los senadores y una por parte del Ejecutivo.

Dentro de las iniciativas en materia de salud por parte de los diputados se encuentra la que conocemos como la “Ley Antitabaco”, impulsada por el entonces presidente de la Comisión de Salud de la Legislatura, nuestro compañero Héctor Jaime Ramírez Barba.

Volviendo al marco jurídico nacional, el artículo 4º constitucional es el fundamento principal para el derecho a la salud. Éste está dentro de lo que conocemos como una garantía constitucional que tenemos todos los mexicanos por el solo hecho de estar en este territorio. El mismo artículo define que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que serán las leyes secundarias las que establecerán la forma y términos en que se va a otorgar este derecho.

En el artículo 2º constitucional se habla del reconocimiento de los pueblos indígenas, cuyas comunidades se rigen por sus usos y costumbres y tienen sus propias autoridades. Se establece, sin embargo, que esto no constituye una limitante para que reciban los beneficios que les otorga el derecho constitucional a la salud.

El artículo 73 establece la facultad exclusiva que tiene el Congreso de la Unión para legislar en materia de salubridad general. Asimismo, menciona al Consejo de Seguridad General, cuya dirección está a cargo del Ejecutivo Federal. Sin embargo, la Secretaría de Salud, previa ratificación del propio Ejecutivo Federal, puede intervenir en cuestiones urgentes, como sucede en caso de que se presente una epidemia.

Como ya se dijo, en la Ley General de Salud intervienen los tres órdenes de gobierno; aun cuando el artículo 115 constitucional establece la autonomía de los municipios, dicha autonomía no es absoluta porque en materia de salud tendrá que sujetarse a los convenios o acuerdos que se establezcan con la Secretaría de Salud.

En relación con los municipios existe un problema de organización territorial. Por ejemplo, Oaxaca tiene 570 municipios, mientras que Baja California solamente tiene cinco.

Esto significa un gran problema de organización para otorgar el derecho a la salud, sobre todo cuando son muchos más municipios.

El artículo 124 establece que las facultades que no estén expresamente concedidas a la federación o a los funcionarios federales están reservadas para los estados; pero en materia de salud, la intervención considera los tres órdenes de gobierno.

Es importante enfatizar que, de acuerdo con el artículo 4º constitucional, todos tenemos derecho a la salud, en tanto que los sujetos obligados son el presidente de la República, el propio Consejo de Seguridad General, la Secretaría de Salud y finalmente los estados y municipios.

Cabe mencionar que ha habido muchas definiciones de salud. Así, la Suprema Corte de Justicia establece que el derecho a la salud, más allá del acceso a la salud, comprende también que ésta sea de calidad, que haya buenos médicos, buenos hospitales, así como medicamentos de buena

calidad. La definición de Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas abarca no sólo el bienestar físico y mental, sino también la ausencia de enfermedades.

Haré referencia, ahora, a las recomendaciones que estableció la Comisión de Determinaciones Sociales de Salud. Entre ellas están las de mejorar las condiciones de vida, lo que implica otorgar alimentación, vestido, casa, y vivienda, y luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos. Al respecto se han hecho algunas reformas para mejorar las condiciones de vida y distribuir mejor los recursos públicos, así como para medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En virtud de estas recomendaciones, México ha adoptado ciertos compromisos; entre ellos, la lucha contra la inequidad, ya que todo mundo tiene derecho a la salud en forma igualitaria, independientemente de su raza y religión. Para mejorar la salud pública es preciso contar con mejores médicos, mejores hospitales, medicamentos adecuados, políticas de protección social integral, cooperación intersectorial, sensibilización a los proveedores, mejora de condiciones de vida cotidiana, emancipación ciudadana y sistemas de información.

En relación con el problema nacional de la obesidad, contamos con información que da cuenta de que el mismo afecta no sólo a los adultos sino también a niños y jóvenes. Además, México ocupa ya el segundo lugar en el mundo y estamos cercanos a situarnos en el primero, de no adoptar políticas públicas adecuadas.

En nuestro país hay 44 millones de personas que padecen sobrepeso y obesidad. En consecuencia, ha proliferado la práctica de la cirugía bariátrica como una herramienta útil, pero estas son realizadas en ocasiones por personal que no está bien capacitado, que no cuenta con los requerimientos mínimos. Por ello, es urgente regular esta práctica por medio de políticas públicas,

Hay que cumplir con las normas de cirugía mayor, ambulatoria y anestesiología, e incorporar los estándares internacionales en materia de certificación para evitar muertes o incapacidades. También habría que incorporar a la normatividad la medición de las competencias y habilidades de los cirujanos y llevar un registro del paciente que recabe todo lo relativo a su peso, talla, edad y género, para ver si es candidato a una cirugía de este tipo.

Hay otras políticas recientes en materia de salubridad general para prevenir, controlar, combatir la existencia y transmisión del virus de la influenza estacional que incluyen medidas como la provisión de vacunas adecuadas y a tiempo. Están también las certificaciones de hospitales. Hay medidas para prevenir el uso y consumo de pseudoefedrina y efedrina. Asimismo, se establecen las condiciones médicas de referencia para la expedición de licencias de conductor, entre otras.

Hay otras políticas públicas recientes orientadas hacia un alto desempeño, como el monitoreo de datos e indicadores para mejorar la calidad de la atención, así como la política de “impuestos saludables”, recientemente aprobada por el Congreso, por medio de la cual se eleva considerablemente el impuesto a los cigarrillos, con lo que se pretende que un 15 por ciento de los fumadores dejen de consumirlos.

Se proyecta que para 2030, como resultado de políticas públicas como las mencionadas, la calidad de vida haya mejorado y que el promedio de vida llegue a 80 años, que el total de muertes maternas se haya reducido de 60 a 10 por cada 100 mil, y las muertes infantiles, de 25 a 8 por cada mil. La mayoría de estas muertes, desgraciadamente, no son previsibles. Finalmente, destaco que el sistema nacional de salud está constituido por la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, el DIF, el ISSSTE, el IMSS y el propio Pemex; asimismo, intervienen todos los estados de la República en lo que se refiere a sistemas estatales, servicios privados, seguros y asistencia social. Además, la Ley General de Salud considera la participación de los tres órdenes de gobierno.

Paneles

¿Se requiere de un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud, diferente para los países de Latinoamérica y México?

Marco conceptual de las DSS para alcanzar el desarrollo

Manuel Urbina Fuentes

El tema de los determinantes sociales tiene múltiples dimensiones. Una exigencia actualmente es la de pasar a la acción, contar con evidencia para evaluar el impacto y para poder estimar los costos de lo que se requiere hacer. Asimismo, se hace necesario conocer la capacidad de respuesta de acuerdo con los recursos humanos y con la responsabilidad de las instituciones. También es necesario conocer si hay un marco legal que permita realmente avanzar.

Después del informe que presentó la Comisión de los Determinantes Sociales en 2008, se publicó otro documento en 2010 en el que se relacionan estos determinantes con los servicios de salud pública y se crea el Grupo de Recursos Científicos para el Análisis de Salud y Equidad, que es el que está dando la pauta para avanzar en lo sucesivo.

Desde la fundación de la Organización Mundial de la Salud se hablaba ya de importancia de la equidad en salud y de los determinantes sociales.

Además de las conferencias que se han mencionado, destaco una que tuvo lugar en la Ciudad de México en el año 2000 en la que se enfatizaba la necesidad de lograr una mayor equidad en salud. Han pasado diez años y estamos retomando el tema, lo cual es una muestra de sostenibilidad.

Nos enfrentamos ahora con una abundancia de marcos conceptuales que sustentan las publicaciones anuales de la OMS y que además se han ido modificando. Asimismo, el tema es aún materia de debate. Como muestra, cabe señalar que el día de la presentación del Informe de 2008 y en el mismo evento, el doctor Maller dio a conocer la evaluación de la salud que hace anualmente la OMS, referida en esa ocasión a la atención primaria de la salud, que resultó contrapunto del anterior.

La atención primaria, como se destaca en el citado documento, ofrece un aspecto interesante que es la globalización y las cuestiones sociales; habría que ver cómo van a responder los sistemas de salud.

El doctor Luis Durán nos hacía ver cómo está funcionando el sistema mexicano, sus limitantes, así como el imperativo de considerar otros indicadores más importantes que la cobertura.

Un factor a tomar en cuenta es un sesgo, quizá de origen. Se trata de nosotros mismos, los seres humanos, que nos tardamos en llegar al primer billón 1 800 años, 130 años para el segundo, 30 para el tercero, 15 para el cuarto, 12 para el quinto, y estamos ya para pasar al séptimo y así vamos a seguir. De modo tal que se estima que en 21 años la población habrá de llegar a los 9 mil millones de seres humanos.

Este es el principal factor que está condicionando todo; el crecimiento de la población, que está perfilando las diferencias en los países desarrollados donde el crecimiento ha seguido, pero controlado, y los países en las vías de desarrollo donde esto no ha sucedido.

No solamente no hemos intervenido en los determinantes sociales, sino que no lo hemos hecho en otros factores que influyen en este crecimiento. Lo más dramático es que ahora este crecimiento ya es urbano; estamos hablando de 6 mil 800 millones de personas en el mundo, de las cuales unas 5 mil millones estarán viviendo en el 2030 en zonas urbanas, pero pobres.

Esta foto muestra gráficamente lo poco que conocemos de los determinantes sociales y de las inequidades sanitarias en el mundo.



¿Cuánto conocemos de lo que ocurre con los DSS y equidad sanitaria?

Los promedios esconden las inequidades

La información disponible no da cuenta de las inequidades

No conocemos todas las facetas de la inequidad, la focalización, la intersectorialidad, las dimensiones individuales o familiares. Todos éstos son aspectos que pueden constituir líneas de trabajo para poder descubrir realmente dónde están las inequidades y qué información se requiere para conocerlas.

Cuando Timothy Evans presentó en la reunión de 2008 a los comisionados de la región de América y al propio Marmot de la Comisión, ya se hablaba del problema de los marcos de referencia o de los modelos, como ahí se les llamó.

Por ejemplo, existe otro esquema que representa dos marcos conceptuales opuestos centrados en los pensamientos de la izquierda y la derecha de Estados Unidos. El esquema muestra que los aspectos políticos tienen una influencia muy importante en los marcos conceptuales de los determinantes sociales.

También se habló de la estratificación social (figura 1). Aquí hay otros marcos como el de múltiples influencias a lo largo de la vida (figura 2), que es el que está usando ahora el doctor Marmot.

Está también el de jerarquía por niveles (figura 3). En la figura 4 se observa que Chile avanzó y les dio mucho peso a los sistemas de salud. Creo que este caso es una referencia importante a considerar.

La figura 5 presenta el marco de White Heat que originalmente se utilizó. Es el que se presenta oficialmente en el informe, por eso uso la diapositiva que presentó el doctor Marmot.

En la figura 6 vemos el marco con el que se trabajó y dio muchos de los elementos; sin embargo, descuidó otros que hacen falta. La figura 7 muestra el que oficialmente se presenta. Incluye

Figura 1

Modelo de estratificación social y producción de enfermedades

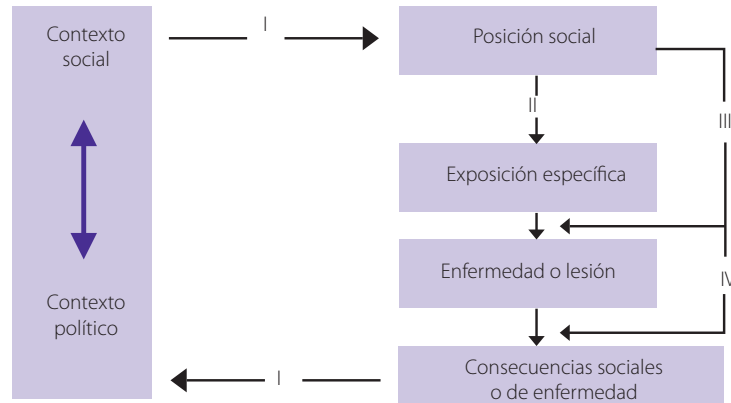
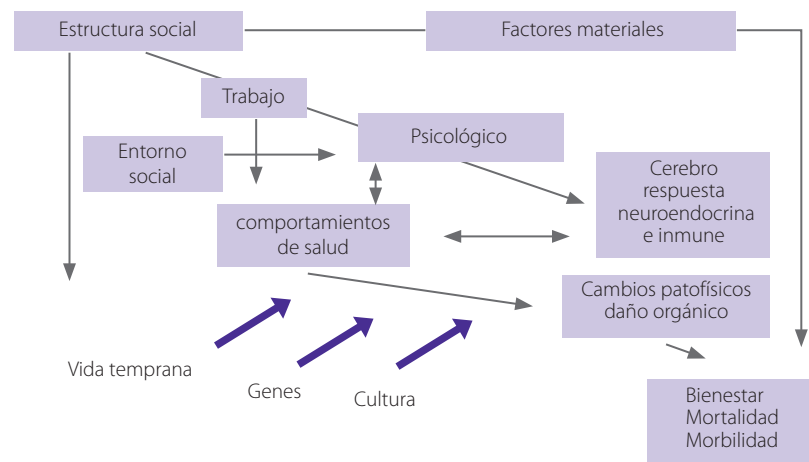


Figura 2

Modelo de múltiples influencias a lo largo del ciclo de vida



los sistemas de salud, pero deja fuera el indigenismo y algunos otros aspectos. Tal fue el caso del marco que se presentó en la reunión de Quito, que se llevó a cabo en septiembre de 2009, en la que México no participó. La mencionada omisión fue muy notoria, ya que en todos los países de la región hay grupos indígenas.

Como hemos visto, la complejidad de estos modelos se advierte incluso desde las gráficas. En suma, los marcos conceptuales se han construido con base en recomendaciones y en la interpretación de las mismas. Al respecto, una de las recomendaciones que se derivará de este simposio, por ejemplo, será la consideración de los determinantes sociales de las poblaciones indígenas en el marco de referencia correspondiente a México. En este simposio se ha hecho notar otra línea fundamental de análisis, ya mencionada aquí y que fue abordada en Barcelona, en febrero del año 2010. Se trata de las causas de las causas de las causas, de abajo hacia arriba, en su relación con las políticas mismas.

Figura 3
Modelo de jerarquía por niveles

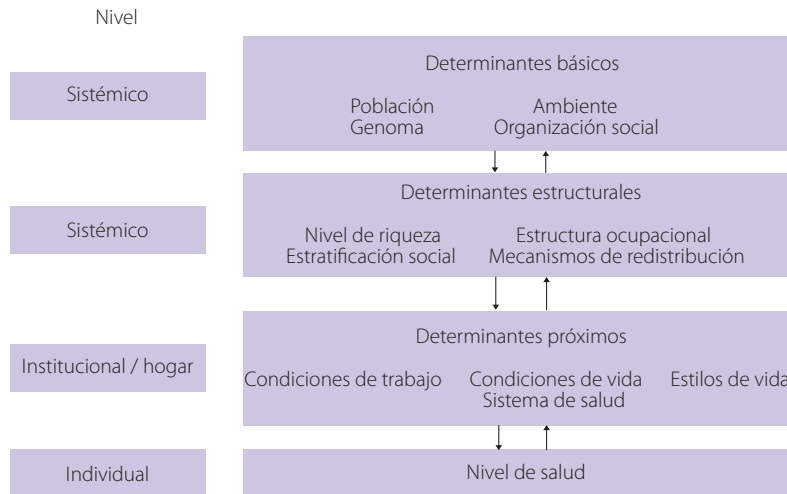
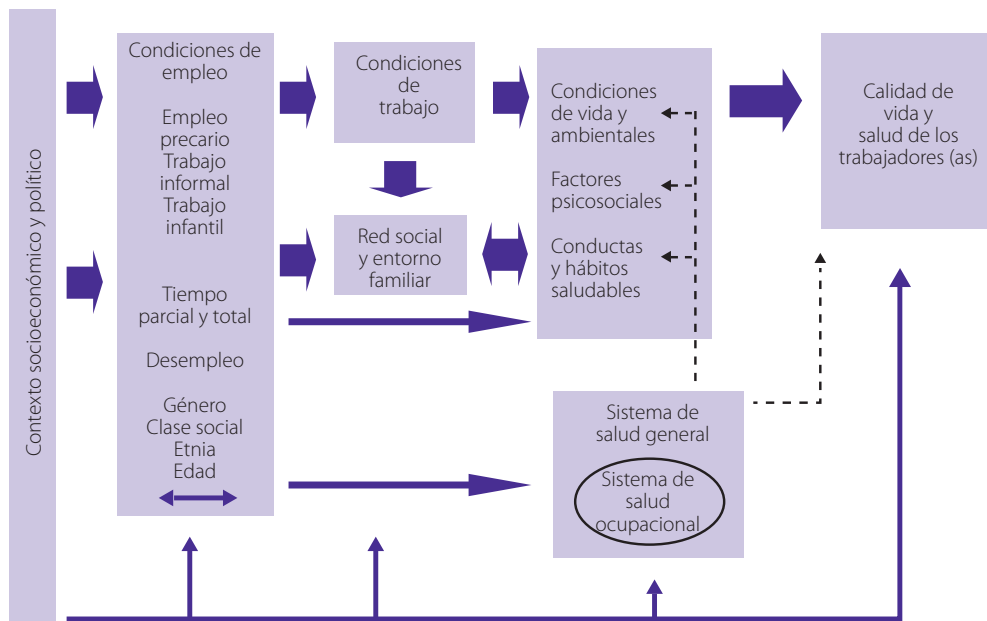


Figura 4
Modelo utilizado en Chile



México tiene el problema del crecimiento poblacional, como lo mencionó el maestro Vélez; aun cuando ha habido una disminución en números relativos, las cifras absolutas siguen creciendo. La diferencia de seguir creciendo al 1 por ciento o al 0.5 por ciento no es poca cosa; significa que al terminar el siglo seremos 300 o 150 millones de mexicanos, respectivamente (figura 8).

El problema real está en las desigualdades. Al respecto destaco uno de los temas más importantes: el embarazo y la demanda insatisfecha entre las y los adolescentes. Es así que cada minuto nacen en el país cuatro niños de madres jóvenes.

Figura 5
Modelo socioeconómico de salud

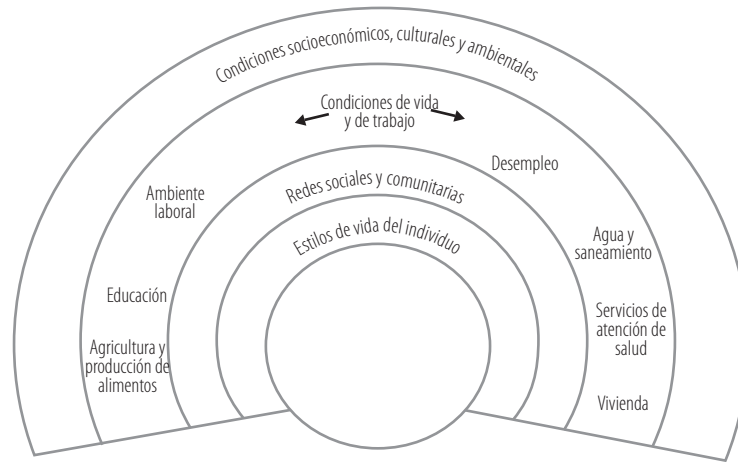
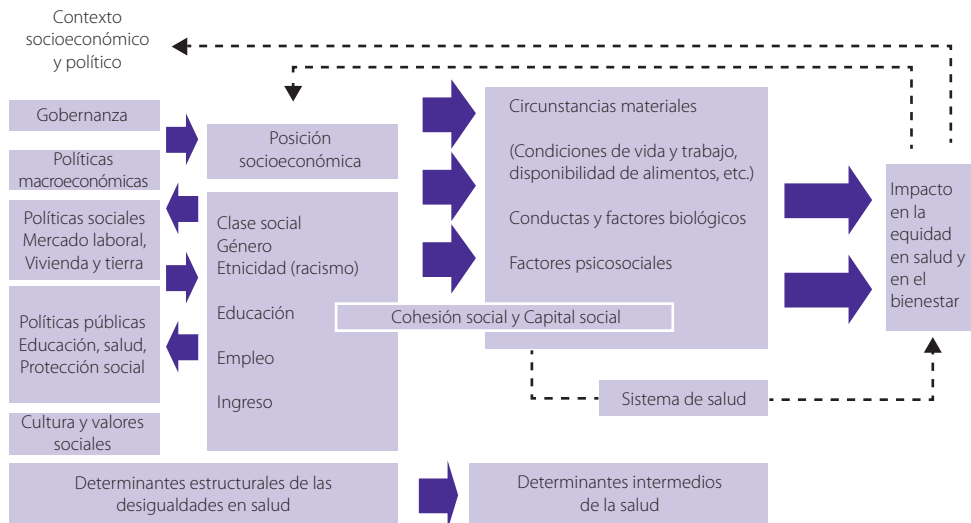


Figura 6
Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes



Hay que señalar también la transición demográfica, con el envejecimiento, y la pobreza, que está condicionando estas desigualdades. Nuevamente tenemos estados pobres o estados menos pobres, pero todos tienen pobreza de patrimonio, de capacidades y alimentaria, según la clasificación anterior del Coneval. De acuerdo con la nueva clasificación estamos hablando de 47 millones de mexicanos en pobreza multidimensional, y 11.2 millones en pobreza multidimensional extrema.

Por otro lado, cabe hacer notar que en el documento oficial de la OMS sobre determinantes sociales de la salud no se usó el concepto “equidad en salud”, que es el que todas las personas participantes en este simposio hemos utilizado, seguramente por un problema de traducción se expresó como “equidad sanitaria”, que tiene un significado muy diferente desde el punto de vista administrativo.

Figura 7

Marco para comprender los puntos de entrada para las intervenciones y las políticas

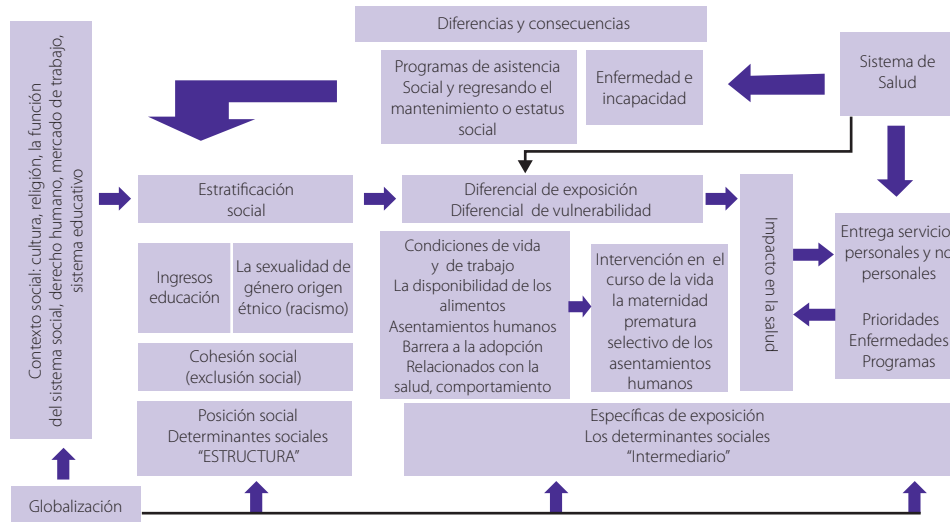
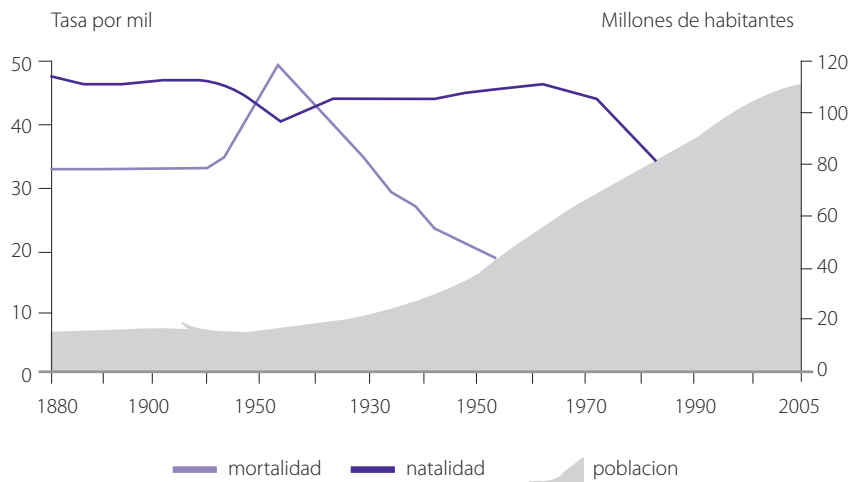


Figura 8

Transición demográfica



Entonces, hay una contradicción entre lo que el documento oficial de la OMS plantea y lo que hemos estado interpretando como equidad en salud, los gradientes en salud. Casi no hemos abordado lo referente a la sostenibilidad, que es donde entra lo sanitario.

La sostenibilidad, de hecho, es una línea de trabajo de la OMS derivada de una recomendación propia, pero muy pocas de sus propias oficinas la están siguiendo. Además muy pocos países, entre ellos México, están atendiendo la resolución que tomaron.

Es necesario, entonces, establecer un plan realista con participación de la sociedad civil en el que se identifiquen las áreas de oportunidad en todos los planos y tanto ámbito nacional como mundial. Tenemos que ser capaces de proporcionar evidencia, de ser autocríticos y aceptar la crítica. Asimismo, debemos establecer prioridades para alcanzar el desarrollo sostenible y para que

nuestro marco conceptual nos permita utilizar estos determinantes mediante una buena gestión para incrementar el producto interno bruto en salud, y no el gasto en salud.

Concluyo diciendo que, en mi opinión, son insuficientes los elementos del marco conceptual oficial de los determinantes sociales de la salud, como la propia Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) lo dijo también.

Un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud integrado

Carlos Santos Burgoa

Frente al reto de la pregunta anterior habría que enfocarnos ahora, no tanto en el armado conceptual, sino en el logro que queremos conseguir y en el impacto que intentamos generar. Entonces la pregunta, referida a México, sería: los marcos conceptuales que ahorita nos acaba de presentar el doctor Urbina ¿nos ayudan a ello o qué les falta?

Primero, habría que considerar que hay algunas ausencias de determinantes críticos para países como México. Entre otras cuestiones, se requiere considerar, la situación de la población indígena, que no aparece claramente en el Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

Lo mismo podemos decir en materia de uno de los grandes paradigmas demográficos y actualmente epidemiológicos, que es la situación de migración. Habría que analizar los condicionamientos que ésta genera en la salud de los demás.

También se mencionaron la situación de la dinámica familiar, de la estructura familiar, de la composición familiar y de la familia como determinantes. Ese es otro tema que para sociedades como las latinoamericanas, es sumamente crítico.

Aunque la participación social está incluida en el marco conceptual, lo que determina la misma es la situación de la democracia. Habría, desde luego, que considerarla también.

Otra vertiente que habría que incluir en el marco conceptual es una tercera gran dimensión. Estamos viendo un marco conceptual plano, por lo que hace falta una tercera dimensión relacionada con el tema el de la intervención.

¿Cómo hacer que esa tercera dimensión nos oriente si tenemos una cadena causal, una cadena de interrelaciones dibujada en el marco conceptual, y cómo podemos intervenir? Creo que la respuesta está en enriquecer el marco conceptual con las vertientes de intervención. Una posibilidad sería modificar los programas, pero ¿cómo podríamos realmente instrumentar la equidad en salud en todas las políticas?

Considero que los ejemplos presentados aquí por los dos Consejos Estatales de Población nos dicen cómo. La doctora Vega presentó lo que hizo desde salud; sería muy pertinente ver qué contexto le permitió insertar salud en todas las políticas, uno de los retos fundamentales que enfrentamos.

Una cuestión que hay que tomar en cuenta en la implementación es la pobreza que presentan los sistemas de salud. No sólo como determinantes, sino como factor de intervención desde salud; posiblemente ese sea uno de los brazos que siguen faltando en esa tercera dimensión. En esta vertiente pudiera caber también la rendición de cuentas de las diversas partes involucradas, como pueden ser el poder Legislativo, las organizaciones no gubernamentales o el sector privado.

Finalmente yo invitaría a que en la construcción de este marco conceptual se hiciera algo que no tuviera la crítica que ya hizo el doctor Manuel Urbina: “¿quién entiende este marco conceptual?”

Considero que hay que hacer marcos conceptuales comprensibles para quienes los tengan que utilizar. Hay que mantenerlos simples, orientados hacia los resultados y que además integren todas las dimensiones que se han estado comentando, como el desarrollo humano, que mencionó el doctor Pellegrini y el desarrollo sustentable, a que hizo referencia el doctor Galvao. Asimismo, se puede considerar la seguridad humana y muchas otras. Sin embargo, el reto es lograr un marco integrador pero simple.

La inequidad se manifiesta en las desigualdades en la salud

Laura Moreno

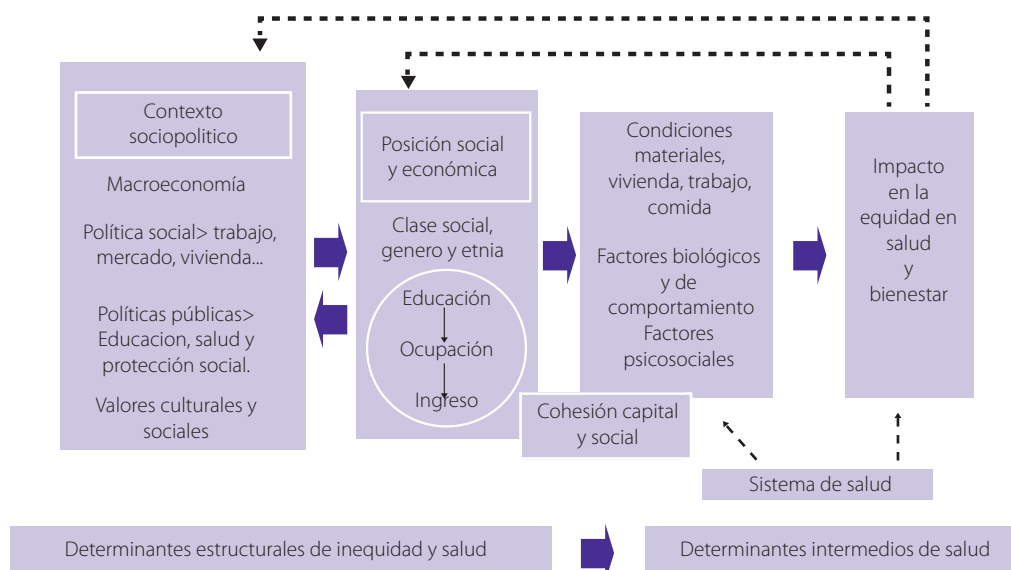
La pregunta que se planteó en este panel sobre si se requiere de un marco conceptual de los determinantes sociales y de la salud y la equidad en salud diferente para los países de América Latina, y para México en específico, puede tener respuestas muy concretas: sí y no, o más o menos.

A mí el marco me parece muy bien (figura 1). Se trata de un marco integral y que además tiene la virtud de presentar varios niveles. Normalmente los marcos no distinguen categorías para los diferentes aspectos.

El que hayan puesto los determinantes estructurales de inequidad y salud por un lado, y los intermedios y todas estas diferenciaciones, así como la parte de capital humano, me parece un acierto ya que agrega claridad.

Figura 1

Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes



También se contemplan categorías como “clase social”, “género” y “etnia”. Como la etnia incluye a los grupos indígenas, considero que cada quien podría darle la magnitud que requiriera, según el país y el contexto.

Una crítica que sí le haría es que sigue considerando de una forma muy lineal la categoría de “posición social”, tomando en cuenta educación, ocupación e ingreso. Actualmente hay personas con nivel educativo muy alto que no tienen un trabajo o tienen uno que no está bien remunerado o que no es acorde a su formación. Por otro lado, hay personas con muy bajo nivel educativo que tienen empleos, lícitos o ilícitos, que les generan grandes riquezas. Entonces, creo que tendríamos que buscar algunos otros indicadores.

Considero que el marco es integral porque dimensiona los determinantes sociales de la salud en “estructurales” e “intermedios”. Esta diferenciación permite distinguir los niveles y los actores involucrados en procesos sociales, económicos, culturales, individuales (biológicos y de comportamiento) que intervienen en las inequidades sociales y en las grandes desigualdades en salud que están presentes en el mundo.

Cabe hacer notar que aquí se ha estado hablando indistintamente de “inequidades en salud”, “inequidades sanitarias”, “desigualdades en salud” e “inequidades en salud”. Por tanto, hay un problema de conceptos sobre el que vale la pena reflexionar. Asimismo y en referencia con el marco teórico que estamos revisando, sería importante conceptualizar los términos “inequidades sociales” y “grandes desigualdades en salud”.

Como hemos visto, este marco nos ha permitido explicar los rasgos esenciales de las formas de organización social y de su desarrollo. Por ejemplo, se puede identificar una correlación entre las fuerzas sociales y el poder. También permite revisar y abordar los problemas del rezago y los emergentes. El mismo incluye tanto a las sociedades en las que aún existe la pobreza absoluta, como aquellas que están en mejores condiciones de vida, como ocurre en los llamados países desarrollados, mismos que presentan también en su interior diversos grados de desigualdad social.

Cabe aclarar que esta presentación se basa en un trabajo en la UNAM conjuntamente con el doctor Rafael González Guzmán, quien ya ha hecho algunas publicaciones al respecto.

Asimismo, les comparto que hubo una experiencia muy interesante de un grupo de la UAM Xochimilco y el Grupo Latinoamericano de Medicina Social que consistió en la realización de un taller; en él participaron epidemiólogos sociales, como Julio Breil, José Carlos Escudero, entre otros.

Es plausible también que el Informe de la CDSS haga recomendaciones por igual a países ricos y pobres, a diferencia de otros informes que se basan nada más en recetas para los pobres. No obstante, en ocasiones el dar recomendaciones por igual puede traer complicaciones, como ocurrió con el MATA. En ese caso los países europeos, con sistemas de salud mejor organizados, pudieron responder muchísimo mejor a las recomendaciones que países en los que tienen sistemas de salud con problemas serios.

Cabe hacer referencia, asimismo, a algunos comentarios que se han hecho en relación con el informe de la comisión. Navarro aplaude que el informe denuncie los obstáculos para alcanzar el pleno desarrollo de salud; mismos que se encuentran muy claramente expresados en el marco. Considera en ese sentido que es su aproximación teórica, conceptual, metodológica e instrumental, y sobre todo ética y política, la que va a permitir a cada país poner en marcha acciones para subsanar las inequidades sociales y las desigualdades en salud. No obstante, también hace algunas críticas. Aquí voy a comentar únicamente dos aspectos en los que estoy plenamente de acuerdo.

El primer punto es la conceptualización y dimensión que se ha dado a la inequidad y a la desigualdad, que en opinión del mismo autor son distintos conceptos. Dice al respecto que la

cuestión semántica no es lo importante, sino que lo trascendente está en la argumentación ética. Si se parte de la idea de que las desigualdades se miden y las inequidades se juzgan, entonces lo que estamos diciendo es que la inequidad da cuenta de la esencia del problema. Es lo que está en el fondo o en la raíz de este proceso (aquí hago alusión a López Pardo y a Breith). La desigualdad es la evidencia empírica que se hace ostensible con el análisis estadístico. Es decir, para su adecuada comprensión, se hace necesario desentrañar la inequidad que la produce.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute y una disparidad en la calidad de vida. La inequidad es la falta de equidad; es decir, la característica inherente de una sociedad que impide el bien común. Entonces, las inequidades sociales son la distribución asimétrica de las cargas y beneficios implicados en el vivir en sociedad, según la clase social, la etnia, el género o la generación a la que se pertenece.

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y en el acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. Por tanto, considero que es necesario que nos detengamos a reflexionar sobre lo que la está generando y sobre cuáles eran las condiciones imperantes cuando ésta no se presentaba.

Resumo así mi comentario sobre este punto: la inequidad se manifiesta en las desigualdades en salud.

La distinción es importante. Así lo estimó también el grupo abocado a estudiar los determinantes sociales de la salud. Considero que si el análisis se centra en el nivel de las desigualdades, se estará desviando la mirada hacia los efectos más que hacia sus determinantes, o a los determinantes de los determinantes.

Es importante destacar también que el informe de la comisión se enfocó mucho en el concepto de desarrollo social y no así en el papel central que juegan las políticas sociales de cada país. También aquí hay una diferencia que habría que analizar.

El informe dice estar construyendo sobre el legado de Alma Ata de atención primaria a la salud; sin embargo, no se examina el contexto político en el que esta política surgió, ni las circunstancias de su fracaso o poco éxito. Este sería un aspecto esencial para entender en la actualidad dicho informe y para no repetir los mismos errores.

Entonces, un punto importantísimo es la correlación de fuerzas sociales y políticas que dieron origen a avances para mejorar las condiciones de vida. Ha habido muchos cambios que han traído consigo un aumento en la desigualdad y en la inequidad en todo el mundo. Por ello, hay que pensar en esquemas distintos para transformar esta correlación de fuerzas y no conformarnos simplemente con esas recomendaciones a los gobiernos.

Las políticas públicas a partir de 1980, reforzadas por las de 1993 del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, se han basado en lo que se ha llamado “ideología neoliberal”. Es en este contexto en donde el Estado debe reducir sus intervenciones, dice esta propuesta. Así, los mercados laborales y financieros se deben desregular con el objeto de motivar y propiciar su creatividad; el comercio y la inversión deben ser estimulados, etcétera.

Esta orientación es la que ha llevado en muchos países del mundo, y concretamente de América Latina, como sucede en México, a la siguiente situación en salud: la responsabilidad del Estado se ha reducido en cuanto a estos aspectos de salud; el mercado y la comercialización de la medicina y de los servicios médicos se han incrementado; la responsabilidad de la salud es ahora del individuo y la promoción de la salud se entiende como un cambio en el comportamiento de las personas. Es decir, se trata de una orientación muy individualista que tiende al aislamiento.

¿Qué hacer frente a las relaciones de poder que privan en la actualidad y quienes tienen el poder y la fuerza en este momento? Definitivamente el mercado tiene la fuerza. Se mencionó el

ejemplo de los alimentos en las escuelas, y lo dijeron como si hubiera sido un éxito cuando fue casi un fracaso.

Se propuso una lista de alimentos con un tope de 450 calorías y azúcares o kilocalorías, pero antes de que saliera la propuesta la lista desapareció. De 450 calorías permitidas, se bajó a 350; más aún, ya no se hablaba de calorías y azúcares conjuntamente. Se restringieron solamente las calorías y se liberaron el cien por ciento de los dulces, así como todos los alimentos muy ricos en azúcares. Además el programa empezó de forma voluntaria en agosto del 2010 y sólo va a ser obligatorio hasta el 2011, en una primera fase.

La propuesta era limitar los alimentos desde el primer momento de manera obligatoria, porque hay un grave problema: tenemos el primer lugar en obesidad infantil. Sin embargo, pesó más la postura que tenía el mercado en ese momento; logramos algo, pero no lo que debimos haber conseguido.

Entonces, una política nacional de salud debe enfocarse a los determinantes estructurales preponderantemente, desde luego.

Como menciona Navarro, en el informe referido se habla de políticas, pero no de lo político, siendo que la parte política es muy importante para poder pasar a la acción. En el mismo Informe, tal vez anticipándose un poco a la crítica, se dice: “no nos hacemos ilusiones, la construcción política y la capacidad institucional son fundamentales para atender todas las recomendaciones de la CDSS”. Por supuesto, con capacidad institucional y construcción política, la situación sería muy diferente.

Concluyo diciendo que mientras las fuerzas estén como están en nuestro país en este momento, muy poco podemos hacer. No hemos podido contender con la industria alimentaria, como mencioné ahora, pero tampoco con la tabacalera y hay muchos problemas con la farmacéutica. Nuestro compromiso en pro de la salud deberá ser la herramienta con la que podamos revertir, o por lo menos equilibrar las fuerzas del poder para que el sector salud y los otros sectores tomen el liderazgo y las decisiones no se basen en función del mercado.

La ética y la igualdad en la salud, en la integración de México

Miguel Ángel González Block

Sólo haré énfasis en dos puntos en torno a la cuestión de los conceptos: uno es que la propuesta de marcos conceptuales, tal como la OMS la ha hecho, ciertamente tiene un papel fundamental para llevar el diálogo, la discusión, el debate a los países, a los actores, y esto sin duda alguna es muy enriquecedor.

Estoy completamente de acuerdo con lo que presentó la doctora Laura Moreno en cuanto a que los países pobres, sobre todo los de nuestra región, que tienen prácticamente siglos de una organización jerárquica, corporativa, muy desigual en su concepción de la vida y en su relación con los grupos humanos, están en una situación muy diferente a la de los países donde viven quienes hicieron el Informe de la CDSS. Los autores provienen fundamentalmente de culturas nórdicas, como Diderix, de Dinamarca; hay otros del Reino Unido, en donde el valor de la equidad es un valor que se ha trabajado poco. Asimismo, si comparamos con la cultura canadiense, de la que otros autores son originarios, encontramos que ahí la equidad en salud prácticamente es un valor fundamental de carácter nacional que cohesiona a toda la sociedad. En Canadá el mantener esa equidad en salud

es algo que define propiamente a la nación, por lo que cualquier disparidad se somete a un juicio. Ese proceder es completamente congruente con el concepto de equidad, que es un concepto ético y valorativo que permea completamente a la sociedad, a la política y es prácticamente incuestionable.

De ahí que los sistemas nacionales de salud sean tan equitativos, horizontales, públicos y que permitan el amplio acceso a la población.

Esto es algo muy distinto a la que vivimos, por ejemplo, en México, en donde las diferentes instituciones del sector salud, el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud, entre otras, siguen distintas formas de organización en cuanto a los servicios de salud, todas excesivamente verticales por lo que difícilmente se van a poder abrir a pesar de los esfuerzos que se han hecho para lograr una integración funcional.

Estas reflexiones nos llevan a privilegiar en el marco conceptual, antes que nada, el debate en torno al papel de la salud como factor cohesionador de la sociedad.

México enfrenta hoy en día problemas fundamentales de salud relacionados estrechamente con la globalización, la migración, el narcotráfico y otros problemas que nos deben hacer a ver el imperativo de integrar a la salud como un valor fundamental de la nación, que debe establecerse desde la propia Constitución.

Cuando en la misma se dice que somos un país único e indivisible, esto debe referirse fundamentalmente a la salud, porque la misma constituye un valor que puede llevar a cohesionarnos; sin embargo, todavía estamos muy lejos de ello.

El segundo punto que quiero tratar se refiere a un planteamiento del doctor Santos Burgoa. Se requiere no sólo “tropicalizar” los marcos conceptuales, sino que hay que llevarlos al terreno. Hasta ahora, la estrategia sólo ha sido una estrategia de gabinete de muy alto nivel; hay que bajarla al terreno para empoderar a grupos de la sociedad civil. Según lo ha mostrado la doctora Jeannette Vega, hay que trasladar a ese campo a los propios programas de salud para proporcionarles herramientas que les permitan identificar los marcos conceptuales idóneos en función de la forma en que los diferentes determinantes sociales se evidencian en el ámbito local y con grupos vulnerables específicos.

Existen metodologías que permiten rediseñar estos marcos conceptuales de manera muy práctica y efectiva. Por ejemplo, la metodología del mapeo conceptual, que es una metodología de las ciencias sociales. Con técnicas cualitativas y cuantitativas, la misma permite rápidamente a los grupos de acción detectar cuáles son los factores que están incidiendo en los problemas y cuáles pueden ser las soluciones. Con base en ello, estos grupos pueden estructurar estrategias viables y más efectivas, así como diseñar programas de salud específicos para hacer frente a estos múltiples determinantes.

La construcción de un marco conceptual local permitirá que los actores comunitarios que lo hayan elaborado comprendan perfectamente el peso que tiene cada uno de los determinantes en función de su percepción. Esto les permitirá llevar esa estructura, ese nuevo marco conceptual local, a través de técnicas de revisión de literatura de investigación aplicada y de investigación participativa, a la práctica para poder hacer frente a los problemas que se presentan en la realidad.

En resumen, mi planteamiento es que requerimos que en el marco nacional se enfatice el tema de la ética en la salud y en la igualdad, así como el papel que debe de jugar éste en nuestra definición como país, como mexicanos, como sociedad que está expuesta a la globalización. Asimismo se necesitan estrategias para empoderar a los grupos locales para que hagan de los determinantes sociales una herramienta fundamental para el cambio.

Planeación y evaluación de las políticas y los programas sociales

Javier Jiménez Bolón

La pregunta que se formuló a este panel es, sin duda, un cuestionamiento esencial.

Para contestar esta pregunta hemos tomado el marco de referencia que tiene que ver con la planeación y la evaluación de las políticas y los programas sociales.

Mi primer planteamiento es que independientemente del marco al que se llegue, tendremos que estar haciendo referencia a los tres principios básicos de la CDSS, que ya se han analizado. El otro planteamiento es que también tendremos que llegar a tener una definición precisa de ese marco conceptual, así como de sus alcances.

El doctor Urbina hizo referencia que los diagramas sólo los entiende quien los hace, y en ese sentido creo que hay que pasar de lo pictórico a lo retórico; ese diagrama tiene que ser traducido, tiene que ser escrito, como ya también lo mencionaban.

Es necesario también reflexionar sobre los alcances del marco: hasta dónde lo vamos a delimitar. Hablamos de lo primario, lo secundario, lo terciario; hablamos de lo directo, lo intermedio, lo estructural; hablamos de la causa, la causa de la causa, las causas de las causas de las causas: Además de ello tendremos que estar haciendo la precisión de quiénes son los actores. Al respecto, creo que ha quedado claro que el papel de la definición de los actores es totalmente estructural para el alcance de lo que queremos hacer en materia de los determinantes.

Otro aspecto que también debemos considerar son los recursos. A partir de todo lo anterior, y con base en los determinantes sociales de la salud hacia la equidad en salud, debemos situarnos en el tema de la planeación del desarrollo. Esto nos permitiría identificar las condiciones sociales que generan esas inequidades en salud, tener claras las sinergias que debe haber entre dichos determinantes, así como contar con un marco para evaluarlos, incluso en una doble vía. Por un lado, en función de lo que se va logrando con cada uno de los componentes del marco, y por otro en lo relativo a la aplicación de los recursos, que es un aspecto fundamental: la rendición de cuentas, la transparencia en su aplicación.

Finalmente tendríamos también que especificar lo que se debe de hacer y cómo podríamos incorporar todo esto, fundamentalmente en nuestras políticas y programas.

Al parecer hay consenso en relación a que este marco conceptual tiene que definirse con base en el método científico, y que para ello la disponibilidad de la información es indispensable. Esto significa que nuestra gran oportunidad es que en el diseño del marco conceptual se introduzcan indicadores, mismos que servirían de base para que los planteamientos teóricos puedan hacerse totalmente prácticos.

Tuvimos la oportunidad de ver un modelo econométrico que podría servirnos de base para empezar, y nuevamente nos encontramos con el problema de que no existe la información, no hay los indicadores que se necesitarían.

Entonces tendríamos que iniciar con la conceptualización del marco y sería desde ese momento, desde el origen, que habría también que incorporar los criterios y los elementos con base en los cuales vamos a poder hacer la evaluación.

De igual manera, el propio marco debería ser el referente para la planeación en las dependencias federales, estatales y municipales. En mi opinión, un área de oportunidad que se nos presentará será la formulación de nuestros planes de desarrollo. Por ello, debemos aprovechar la ocasión que

tenemos en este momento para privilegiar el enfoque de los determinantes sociales de salud en esa construcción.

Eso nos permitiría también que las políticas y programas que emanan de los planes de desarrollo, ya sea nacional o estatales, tuvieran un mayor impacto en términos de la eficiencia y la eficacia que hemos estado mencionando.

De igual forma, la definición de actores es una condición que debe quedar explícita, ya que realmente lo que se logre va a depender de lo que hagan los involucrados.

Nosotros proponemos que, en esa línea de investigación, se analice la posibilidad de que los municipios puedan ser considerados como la instancia adecuada para ejecutar de forma integrada las acciones basadas en el enfoque de los determinantes sociales.

Los municipios tienen personalidad jurídica, tienen una delimitación geográfica y fundamentalmente también tienen un presupuesto propio. Ello nos daría la oportunidad de establecer una jerarquización de prioridades para ir resolviendo el problema por partes.

Sin duda, si todos los actores que están involucrados en la política económica y en la política social acordaran esta estrategia, la misma sería una de las principales aportaciones que nutrirían el marco conceptual al que estamos haciendo referencia.

En términos de los beneficios que nos daría un marco conceptual específico, cabe mencionar los relativos a la formación y el convencimiento de los responsables del Congreso con respecto a la formulación de los programas y la jurisprudencia.

En materia de metodologías, por ejemplo, es muy necesaria la formación tanto de los responsables del diseño de las políticas como de los congresistas, para evitar rezagos. Recordemos lo que sucedió con la metodología del marco lógico; la misma empezó a usarse hace unos quince años en Chile mientras que en México su aplicación data de unos tres años apenas. Ahora, cuando ya obedece a una recomendación y una forma de trabajo en el ámbito federal, los congresistas aún no están convencidos de su importancia para la revisión de los programas. De ahí la importancia del convencimiento, la capacitación y la formación.

Otra cuestión es que necesitamos revisar y redefinir, desde el punto de vista jurídico, la promoción de la salud, que siempre ha sido vista como un asunto de carácter individual.

Es importante, asimismo, promocionar la salud entre quienes toman las decisiones para que se comprometan y ofrezcan facilidades.

También habría que redimensionar el concepto de la protección social de la salud. Es decir, tenemos que dejar de pensar que la protección social es sinónimo de financiamiento exclusivamente.

El otro beneficio de contar con un marco conceptual claro y didáctico es que el mismo ayudaría a que el sector salud pudiera tener elementos para convencer a otros actores de la política social y económica. El trabajo conjunto en una misma área geográfica nos daría esa oportunidad.

La forma en que están organizados los programas actualmente promueve su desarticulación. Hay un problema de ceguera programática porque hay varios programas sociales que tienen la misma población objetivo; sin embargo, no se ha logrado llegar a la construcción de un padrón único de beneficiarios.

Por otra parte, en el ámbito municipal podrían sumarse recursos de diversas fuentes; entre otras, de los programas de carácter federal como Oportunidades, Seguro Popular, Hábitat, Municipio Saludable, Proyectos Productivos, que vienen ejerciéndose de manera aislada. Asimismo, podría agregarse el recurso que proviene del Fondo de Aportaciones a la Infraestructura Social Municipal, que es un presupuesto que, dentro del Ramo 33, ejercen directamente los municipios, cuya aplicación directa no siempre se comprende. Además, están los recursos propios del gobierno estatal.

Pongo este ejemplo: si se atiende a un niño con un problema de enfermedad diarreica aguda, los programas sociales que no están dentro del sector salud pueden contribuir; por ejemplo, con piso firme, con letrinas, con potabilización, o con vías de comunicación, si viviera en una localidad, pero debe tratarse de intervenciones simultáneas. Como dije, el municipio es el ámbito que ofrece esa oportunidad de acción conjunta.

Para terminar, es posible decir que hay consenso en que la equidad en salud es un principio, mismo que fundamentalmente debe reflejarse al más alto nivel, en leyes y reglamentos, así como constituir un objetivo estratégico de las políticas y los programas.

Sólo de esa manera, con una visión totalmente participativa, estaríamos dando un primer paso hacia un México más equitativo.

La diversidad cultural en la construcción del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

Alberto Pellegrini Filho

Ya se mencionó la importancia de contar con un marco conceptual relativo a un tema tan complejo y con tantas dimensiones. Es entonces primordial, como se comentó también, entender cómo se establecen las relaciones entre sus varios componentes.

En nuestra región probablemente tenemos algunos de los elementos que están en los marcos conceptuales que presentó el doctor Urbina. La cuestión está en el énfasis que se les dé; así por ejemplo, para nosotros habría que destacar la gran diversidad cultural que tenemos.

Para desarrollar el capital social es fundamental el fortalecimiento de la base cultural. No es posible construir capital social si determinadas culturas son rechazadas, discriminadas y excluidas. Tenemos valores culturales, de los que ya se habló, sobre los cuales hay que construir, desarrollar y fortalecer el capital social. Ese es un elemento fundamental que hay que tener presente en la construcción de nuestro marco.

Sin embargo, cabe hacer notar que los marcos son importantes, pero hay que tener cuidado con la interpretación de algunos de ellos. Si tomamos por ejemplo el marco de Driderixe, que se refiere a las implicaciones de nacer en determinados marcos estructurales y la consecuente asignación a individuos y a grupos de cierta posición social, a su vez da lugar a una serie de diferenciales, como la exposición a vulnerabilidad, entre otras.

Así, la posición social explicaría muchas de las diferencias entre los diversos grupos; sin embargo, en la relación de determinación no habría que incurrir en interpretaciones fatalistas; no porque un individuo esté ubicado en determinada posición social, su destino está trazado y es inexorable.

En la evolución del proceso social hay una eterna tensión entre determinismo y libertad, entre las posibilidades objetivas y las opciones humanas. En ese sentido, creo importante dejar este mensaje para la nueva etapa de discusión de los determinantes sociales: son producto de la acción humana; por lo tanto, son susceptibles de transformación por la propia acción humana.

Si estamos comprometidos con la acción y sabemos utilizar los marcos que vayamos construyendo a través del conocimiento acumulado, estaremos en el camino.

Aquí en México ya se tienen las instancias para desarrollar iniciativas, como son los Consejos de Seguridad, el Consejo de Población y la propia Academia, que ha tomado el liderazgo con la iniciativa de este seminario, y promover en el país esta movilización alrededor de los determinantes sociales de la salud y convocar a la acción.

La construcción política dentro del marco conceptual de la salud

Jeannette Vega

La construcción política dentro de un marco conceptual es muy importante porque del posicionamiento de las fuerzas políticas depende en gran medida la factibilidad de algunos de los cambios propuestos.

En el caso de Chile, por ejemplo, el avance que hemos tenido en los últimos años mucho se debió a que cuando fue presidenta del país la señora Bachelet tenía una historia de 20 o 30 años como salubrista, por lo que el mandato de su gobierno fue reestructurar toda la protección social de los chilenos, pensando que con eso iban a ser personas más saludables y con una mejor calidad de vida.

A pesar de que la implementación fue desde el nivel superior hacia la base, ha habido mucha resistencia. Ha sido un proceso muy difícil, que hay que ir haciendo entre todos, al paso que permita la concreción de acuerdos

En marzo de 2010 tuvimos elecciones y ahora las fuerzas políticas son totalmente distintas. Será muy interesante, por tanto, observar qué es lo que va a ocurrir en Chile en los próximos años. Cabe recordar que hemos pasado desde un proceso de neoliberalismo brutal entre 1973 y 1989, a un proceso democrático de reestructuración o de reformulación de este neoliberalismo hacia un sistema de protección social, entre el 1989 y 2010. Ahora tenemos un gobierno, también democrático, pero que en la práctica y desde el punto de vista ideológico no se diferencia mucho del gobierno que hubo en la dictadura. Será, entonces, muy interesante ver qué es lo que ocurre en materia de salud frente a cambios de este tipo.

¿Cómo lograr la vinculación en el ámbito local de los programas de salud con los determinantes sociales de la salud?

Los programas de salud y el reto regional

Pablo Kuri Morales

Sociedad Mexicana de Salud Pública

El gran reto que hay que resolver es el de la necesidad del aterrizaje de los programas sociales, y en particular de los programas de salud en la operación regional y local.

Quienes tienen experiencia operativa seguramente coincidirán conmigo al afirmar que la propia ejecución de los programas de salud recae en un individuo, o en el mejor de los casos en unos cuantos individuos. Además, debe recordarse que cuando se elabora un programa de salud, habitualmente en su planeación y desarrollo no necesariamente se consideran los factores locales que quien es responsable de su ejecución debe enfrentar y resolver.

El reto señalado se vuelve aún mayor cuando además se debe considerar la trama, la interrelación e influencia, de gran importancia y peso, que ejercen los determinantes sociales de la salud en el entorno de la aplicación de los programas de salud.

La salud, un asunto de Estado.

Sin salud no hay desarrollo

Luis Felipe Graham Zapata

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

He dividido la plática en cinco rubros: 1) qué entendemos por salud y su redimensionamiento; 2) cuáles son los determinantes sociales que influyen en la salud; 3) las necesidades, los programas y los determinantes; 4) algunos logros que se han conseguido en Tabasco en materia de salud; y por supuesto, 5) el reto que enfrentamos como sociedad y como gobierno.

En primer término, creo que hemos de coincidir en que es necesario que gobierno y sociedad entendamos a la salud en un sentido amplio. De hecho, la salud debe ser considerada hoy en día como un producto de la sociedad y como un elemento necesario para el crecimiento económico, y por supuesto para la estabilidad política.

La salud debe ser el principio, el medio y el fin del desarrollo; por eso es importante que entendamos cuáles son los determinantes de la salud.

La posición social determina y debe determinar el nivel de la salud. Es necesario considerar las circunstancias en las que las personas nacen, ya que no es lo mismo nacer en una comunidad urbana, en una comunidad suburbana o una comunidad rural. Asimismo, hay que ver cómo viven, en qué trabajan, cómo estamos envejeciendo, incluso cómo está envejeciendo el propio sistema de salud.

Por supuesto que la salud y sus contrapartes, enfermedad y muerte, están directamente relacionadas con lo que como sociedad y como gobierno estamos construyendo. Me refiero a con qué servicios contamos, qué tipo de alimentación tenemos, cuál es nuestro poder adquisitivo, qué tipo de vivienda estamos proporcionando, qué clase de educación estamos dando en este momento y, por supuesto, qué estamos haciendo como familia. Además, debemos preguntar a qué tenemos derecho. Hoy en día debemos aspirar a dar y a tener una vivienda con los servicios mínimos; no es lo mismo crecer en una casa, como lamentablemente hay muchas, con piso de tierra que en una con piso de cemento.

Debemos ver el tipo de educación que estamos brindando hoy en las 32 entidades federativas, el tipo de trabajo que estamos teniendo en las comunidades, en los municipios, para que la gente no se tenga que trasladar a la capital de su estado; en general, qué tipo de servicios estamos brindando.

Existe una diferencia abismal entre la esperanza de vida en un país africano, que el promedio es de 52 años, con la que hay en México; pero también hay una diferencia muy importante si comparamos la sobrevivencia que tiene un niño que nace hoy en el norte del país con la de uno que nace en el centro, o con la del que nace en el sur.

Cuando hay poblaciones sin acceso al agua potable, a drenajes, a sistemas de alcantarillado, por supuesto que vamos a tener dificultades para salir adelante.

¿Qué pasa si no tenemos acceso a una alimentación balanceada? Recordemos la declaración universal de Alma Ata de salud para todos en el año 2000, hoy podemos considerar que se debió haber llamado mejor “desarrollo para todos en el año 2000”

¿Qué otros determinantes tenemos o a qué nos enfrentamos? En Tabasco enfrentamos cuatro sucesos naturales históricos:

En 2007 prácticamente todo el estado quedó bajo el agua. Ahí Pablo Kuri caminó junto con el secretario Córdova los 17 municipios, y los ojos de la salud pública estaban puestos en Tabasco esperando un brote de cólera.

En 2008 nos enfrentamos a otro fenómeno que puso nuevamente a prueba nuestros sistemas locales de salud, que juegan un papel muy importante. En 2009, igualmente; y 2010 no fue la excepción.

Debemos de revisar por qué están sucediendo esos fenómenos, qué estamos haciendo para evitar la deforestación que hay en los estados que colindan con el nuestro, qué estamos haciendo para evitar que nuestros ríos se azolven o cómo estamos desazolviendo, o qué estamos haciendo aguas arriba, por ejemplo, para evitar que Tabasco, que es una planicie, cada año pierda todo y, obviamente, perdamos unidades médicas, como en 2010 que quedaron 55 clínicas en el agua.

Todo mundo le exige a la Secretaría de Salud que no haya enfermedades, pero cómo hacerle para que la gente entienda que no todo es atención médica, que entendamos que tener un entorno limpio se refleja en la salud, que entendamos que de nada sirve nebulizar, abatizar, tomar muestras, colocar ovitrampas en el caso del dengue y del paludismo, si nos enfrentamos a una inconsciencia

ciudadana de tirar basura en la calle. La gente sigue sin entender que tirar basura es un criadero de moscos, y eso se refleja en los problemas que tenemos hoy en día en el sur-sureste del país.

Por supuesto que nuestra lucha sería menor si hubiéramos contado con mayores recursos para ir disminuyendo esa brecha social, esa brecha educativa, cultural, de consciencia, de actitud. Por supuesto, podríamos tener los mejores sistemas de agua, de drenaje, de recolección; eso sería lo ideal, los problemas a que nos enfrentamos tenemos que combatirlos entre todos, desde el seno del municipio hasta la propia sociedad en general.

En los estados que atravesamos por contingencias no solamente nos enfrentamos con los problemas de enfermedades transmitidas por vectores, sino a problemas emocionales. En los refugios temporales hemos detectado más de cien casos de personas con ideas suicidas. Cómo no se van a suicidar si pierden todo cada año, el patrimonio de toda la vida, y esto no sólo ocurre entre personas que se encuentran en los refugios.

También se refleja en el propio personal del sector con ausentismo laboral, con indiferencia, con apatía y con depresión.

Por eso estamos trabajando en que la gente entienda que la política de salud es básica, es fundamental para que haya un buen desarrollo social y para que haya estabilidad social.

Como sabemos, Tabasco y Chiapas son generadores de energía: el 33 por ciento del agua dulce de este país pasa por Tabasco; los ríos más caudalosos pasan por Tabasco, como el Grijalva y Usumacinta. A la vez, los mismos son causa de muchos problemas económicos, sociales y, por supuesto, de salud.

¿De qué enfermamos, de qué morimos? Básicamente en Tabasco las causas son las mismas: la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón, las enfermedades crónico-generativas, que son parte importante del gasto en salud.

¿Pero qué determinantes sociales hay detrás para que nos sigamos enfermando de diabetes o de enfermedades crónicas? Por ejemplo, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo han contribuido a que la obesidad infantil se convierta en un problema de salud pública.

Hay programas buenos para prevenir la desnutrición, como el Programa de Desayunos Escolares del DIF, con la participación de las propias madres de familia, o los programas de Liconsa de la Sedesol u otros de la SEP. El problema es que cada quien va por su lado; eso no puede funcionar porque resulta en duplicidad de gastos, duplicidad de personal. Es esa falta de coordinación lo que no permite avanzar en este problema de salud pública.

Los accidentes son una de las principales causas de muerte; nuestros jóvenes se están muriendo por accidentes. Cinco personas mueren cada hora por accidentes en el país, 2.4 en nuestro estado. Nuevamente, ¿qué estamos haciendo como sociedad?, ¿qué estamos haciendo como familia?, ¿qué estamos haciendo para que nuestros hijos en estado de ebriedad no manejen?, ¿por qué les permitimos a nuestros hijos menores que manejen un carro o por qué no entendemos que tenemos que usar el cinturón de seguridad?, o ¿por qué no entendemos que tenemos que respetar que usen las sillas portabebés en la parte trasera o no ir hablando por celular? ¿qué estamos haciendo para que nuestros jóvenes no vivan una desintegración familiar, para que no vivan la violencia intrafamiliar? En sí hay una serie de factores que inciden en estas muertes y muchas veces en pérdida de vida saludables.

Nuevamente me refiero al tema del dengue. Muchos estados del país no lo tenían, decían que el mosquito que lo provoca no vivía en lugares altos, que era sensible a todos los productos. Sin embargo, el mosquito es muy resistente a los productos, al abate, al rociado intradomiciliario, al adulticida y a todos los productos que se utilizan. La atención de un paciente con dengue hemorrágico nos cuesta 50 mil pesos diarios en una sala de terapia intensiva.

Ante esos escenarios, tenemos que hacer conscientes a las personas de lo que deben de hacer. Por ejemplo, en los lugares del trópico con sólo tapar los objetos que acumulan agua podríamos evitar una muerte por dengue hemorrágico.

Hoy la Secretaría de Salud tiene que hacer acciones que no nos corresponden. Entre otras cosas, se nos pide que nos encarguemos de controlar a la población canina y de su vacunación, cuando que esa función no nos corresponde. Desde 1980 contamos en Tabasco con sistemas locales de salud, tienen los 17 municipios; cada jefe jurisdiccional, que es el Representante de la Secretaría de Salud, debe de ser un maestro en salud pública. Los Secretarios de Salud tenemos que entender que debemos rodearnos de gente que conozca, gente que planee, gente epidemióloga, maestros en salud pública, para que podamos participar desde el propio municipio. Asimismo, los presidentes municipales, que son quienes presiden los subcomités municipales, deben entender que si no invierten en salud, en pavimentación, en alcantarillado, en bacheo, en los programas de patio limpio, de saneamiento del agua, de cloración, su municipio no va a prosperar.

Una de las bondades que tenemos hoy en día es el Seguro Popular, pero el mismo no abarca todo. Por ejemplo, hoy la insuficiencia renal es un problema serio, un problema real, a consecuencia de la diabetes; se tuvo que haber prevenido con una buena alimentación, con ejercicio, con una vida saludable; cada paciente con hemodiálisis cuesta mil 200 pesos por recambio, y hay que efectura tres recambios a la semana; desde luego, no hay bolsillo que lo alcance.

Ante estas situaciones, quienes somos secretarios de Salud, quienes somos funcionarios públicos no debemos de quedarnos con los brazos cruzados y depender exclusivamente de los recursos federales o estatales, sino que tenemos que involucrar a la sociedad civil y empresas en los programas de la salud.

Concluimos con tres comentarios. Hay que convencer de que la salud es un asunto de Estado, ya que sin salud no hay desarrollo, pero al mismo tiempo, sin desarrollo no hay salud; debemos alinear vertical y horizontalmente una nueva propuesta para la atención de todos estos los problemas que aquí se han descrito, para que podamos optimizar nuestros programas; tenemos que ser congruentes, si estos problemas son importantes y prioritarios, debemos tener recursos para atenderlos.

La escuela como espacio en la formación de la comunidad saludable

Eugenio Flores Villasuso

Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de San Luis Potosí

El Estado de San Luis Potosí tiene censadas 6 mil 887 localidades mayores de dos viviendas, de acuerdo con los datos del INEGI, y hay 6 mil 813 localidades menores de dos mil habitantes, lo que nos da una idea de la dispersión poblacional y de la dispersión geográfica que tenemos en el estado. En 2 mil 672 de tales localidades tenemos servicios escolarizados, incluyendo Conafe, es decir que hay presencia de la Secretaría de Educación como agente gubernamental. En mil 416 se imparte educación inicial no escolarizada, que es un modelo al que me voy a referir más adelante en esta presentación.

De estas localidades, donde tenemos escuelas, en 2 mil 386 unidades escolares no tenemos agua entubada dentro del plantel. La provisión de agua a la escuela se tiene que hacer por charcos, por aguajes, por ríos, por arroyos para que dentro de la escuela se mantengan condiciones mínimas de

provisión de agua y de lo que se puede hacer en materia de higiene y de salud dentro de las escuelas.

La presentación está enfocada desde dos ángulos: ¿qué estamos haciendo desde el interior de la escuela, en virtud de que el propósito enfocado como determinantes sociales de la salud no se maneja de manera integral en el estado? Es decir, aquí tratamos de asociar lo que estamos haciendo en la práctica que se está desarrollando desde la comunidad educativa, que puede estar asociado a este enorme concepto integrador, que son los determinantes sociales.

Hemos conformado desde adentro de la escuela un Comité Escuela y Salud, que ya tiene tiempo funcionando. La intervención conjunta que marcó la contingencia sanitaria de la influenza H1N1 nos obligó a trabajar de manera coordinada entre todas las instituciones del sector salud y la Secretaría de Educación.

La implementación de los filtros, el familiar, el escolar y el de aula dieron excelentes resultados en la disminución de la epidemia. Si ustedes recuerdan, San Luis Potosí fue de los estados que más incidencia tuvieron no solamente en casos reportados, sino casos confirmados de influenza.

Este trabajo coordinado además dio resultados adicionales. La Secretaría de Salud reportó, por ejemplo, una reducción muy importante en enfermedades gastrointestinales, simplemente por el establecimiento de los filtros sanitarios. Manifestó también una reducción muy fuerte en casos de enfermedades respiratorias, también como una consecuencia no buscada, que se derivó de haber reforzado la higiene desde la casa con los filtros familiares y en el aula con los filtros escolares.

Se ha establecido también un programa que está normado jurídicamente, por medio de un acuerdo publicado en el *Diario Oficial del Estado*, para iniciar todo lo que tiene que ver con escuela para padres; esto obviamente ligado de manera muy fuerte a cuestiones de higiene y de salud de los niños.

Además de la normas nacionales relativas a las cooperativas escolares y a los consejos de participación ciudadana para diseñar modelos de intervención para el cuidado de la higiene en las escuelas, hay una legislación local para regular los alimentos que pueden ser expendidos en los planteles escolares. Hay una lista de alimentos autorizados, con las raciones máximas permitidas. Ello aunado a programas de activación física.

¿A qué nos empezamos a enfrentar, qué es lo que pasa afuera de la escuela? En San Luis Potosí, de acuerdo con el índice de Coneval referente a la pobreza alimentaria que es el que aquí seguimos utilizando, el 30 por ciento de los municipios, donde residen 848 mil habitantes, están por encima del índice de pobreza alimentaria. Entonces, tenemos un problema serio de posibilidad de acceder cuando menos a una canasta básica alimentaria en más de la tercera parte de la población en el estado.

Según el índice de marginación municipal, de acuerdo con el Conapo, 41 de 58 municipios tienen grados altos y muy altos de marginación; es decir, más del 36 por ciento de la población enfrenta condiciones muy desfavorables de salud, alimentación e ingreso, además de la carencia de los otros satisfactores que confluyen en la medición de este índice de marginación.

Es así que nos enfrentamos cotidianamente a la necesidad de modificar los hábitos y costumbres alimenticias desde los hogares, lo que también está sujeto a la disponibilidad de alimentos en los hogares en las diferentes regiones del estado.

Podemos establecer normas muy bonitas, raciones muy bonitas, balancear cotidianamente cuánto debe llevar de fruta, de verdura, de cereales, etcétera, pero hay que tomar en cuenta la disponibilidad de alimentos real de que dispone la familia.

Una escena muy cotidiana en el estado es esta: a la hora del recreo, las madres de familia se acercan por la valla, por las rejas de las escuelas a llevar alimentos a los niños por ahí de las 10:30,

11:00 de la mañana. El almuerzo está elaborado a base de harina de maíz, frijoles, chiles, líquidos industrializados, como refrescos enlatados, jugos industrializados, yogures y productos de la región; también les llevan nopales, sacahuiles; si viven en la zona de la huasteca, si les llevan bocolitos, gordas, lo que la familia les puede proveer. Esto obviamente la escuela no lo puede normar.

Hay que hacer mención también de la educación indígena no escolarizada. Tal como la doctora Vega lo comenta, la brecha en el desarrollo entre los niños se abre y se agrava desde edades muy tempranas.

En un aula donde se imparte educación inicial no escolarizada, dentro del marco de un programa que se realiza en coordinación de la Secretaría de Salud, se trabaja en cuatro ejes: 1) el cuidado y la protección infantil, que se propone como un eje transversal; 2) exploración y conocimiento del medio; 3) la relación personal y social del lenguaje, y 4) la comunicación. Los resultados, después de tres años de intervención del Programa, muestran que hay diferencias entre niños de cero a tres meses, y hasta 48 meses, de hasta 13 puntos de diferencia porcentual en el desarrollo de las habilidades de estas áreas de intervención.

Estos programas de educación inicial no escolarizada en el estado de San Luis Potosí trabajan más o menos con 20 mil niños en unas mil 300 localidades, que son las localidades con índices más altos de marginación.

Casi todas estas mil 300 escuelas están construidas con deficientes materiales tienen pisos de tierra; ya veíamos, la mayoría de ellas no tiene acceso a agua entubada y clorada dentro de la escuela. Entonces, toda la actividad que está relacionada con los cuidados infantiles primarios tiene una condicionante externa para que puedan tener éxito dentro de la escuela.

Entonces la formación, la capacitación, la actualización que les damos a nuestros profesores enfrenta estas condiciones cotidianas de trabajo.

¿Cuál es la propuesta que hacemos?

El concepto de los determinantes sociales en la salud tiene que ser incorporado a la agenda local, pero con un propósito definido y explícito.

Algunos foros en los cuales esto se ha empezado a trabajar son el propio Coplade, como ya mencionaba el secretario de Salud de Tabasco, el propio Consejo Estatal de Población, como un elemento articulador y accionador de propuestas de política que se generan en el seno del Coplade, y todos los comités interinstitucionales que se puedan estar formulando en este sentido.

Otra cuestión importante es la sistematización, evaluación y seguimiento. Si los aparentes logros no son sistematizados, la medición y evaluación devienen en un relajamiento.

Hay que percibir a la escuela no sólo como un espacio pedagógico, sino como un espacio que revierta las inequidades sociales, las contenga y evite su reproducción.

La escuela debe ofrecer lo que un entorno desfavorable no puede hacer, dentro de las escuelas deberíamos tener higiene garantizada, salud, seguridad, solidaridad, afecto, igualdad, conocimiento y crecimiento colectivo, entre otras tantas cosas. La escuela es un contribuyente fundamental en la formación de comunidades socialmente sanas.

Demografía regional y salud

María Teresa Galicia

Consejo Estatal de Población, San Luis Potosí

Los datos demográficos generales permiten ver cómo va la situación en el país, pero desafortunadamente no dan cuenta de las deficiencias particulares en la que hay que poner atención. Sin esos datos específicos, difícilmente vamos a poder conocer si está funcionando la dinámica de población que prevalece en determinadas comunidades, como son las indígenas. Me voy a referir a este vínculo de las necesidades de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que nos hemos propuesto lograr en el 2015 y la pertinencia de ver si lo vamos a lograr o no.

A veces el dato general, el promedio nacional nos dice que parece que vamos por buen camino, pero cuando volteamos a ver a nuestras comunidades indígenas donde hay marginación y pobreza, nos percatamos de que difícilmente vamos a poder cumplir con estos indicadores, sobre todo en materia de salud.

Voy a tratar de explicar este breve análisis que hemos hecho en el estado en relación con estos indicadores de pobreza, con respecto de los de mortalidad materna e infantil, para ver en dónde pueden darse estas oportunidades de vínculo con lo local, para poder trascender estas cifras tan dramáticas. Voy a partir de la mortalidad infantil por municipios, y de la tasa de mortalidad infantil, con la premisa de que si bien se refieren a estadísticas de información básicas, de entrada tenemos que ser conscientes de que traemos deficiencias en el registro. Los indicadores de acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) relativos a la pobreza alimentaria, la de capacidades y la patrimonial, de alguna manera nos dan un referente más preciso de dónde estamos fallando o cómo son las condiciones que prevalecen en ciertos municipios en el estado. Ya sabemos que hay ocho metas preestablecidas en los ODM a las que deberíamos apuntar a llegar en 2015, y que básicamente son: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

En relación con la erradicación de la pobreza extrema se tienen los siguientes avances: la proporción de la población con ingresos menores a un dólar pasó de 10.8 millones en 1990 a 3.5 millones en 2005. En pobreza alimentaria, de 22.4 en 1990 a 18.2 en 2005, y de acuerdo con el coeficiente de la brecha de pobreza, de 3.6 millones en 1990 a 0.9 millones en 2005. Parece que estamos cumpliendo con los objetivos en el ámbito nacional, pero no necesariamente en el estatal o local.

Respecto de los indicadores de mortalidad, la mortalidad en menores de cinco años en 1990 era de 44.2 por cada 1000, y de 24 por cada 1000 en 2005. Por enfermedades diarreicas, de 155.1 en 1990, a 30.4 por cada 1000, en 2005. La mortalidad infantil disminuyó de 36.2 en 1990 a 23.3 en 2005, y la cobertura de vacunación, de no tener datos, pasó a 95.2 en ese último año. Parece que vamos mejorando, pero nuevamente no en el ámbito local.

Con respecto de la razón de mortalidad materna, ésta era de 89 puntos en 1990 y bajó a 62.4 en 2005. En tanto que la proporción de partos atendidos por el personal de salud especializado, sin tener el dato registrado en 1990, pasamos a una mayor cobertura de 74.4 de manera proporcional.

Entre el 34 y el 47.8 por ciento de la población en esos municipios está en condiciones de pobreza alimentaria. Mientras que la pobreza nacional se concentra en el 18.2 por ciento de la población, en el estado se concentra en 25.7 por ciento de la población.

En relación con la pobreza en capacidades, nos encontramos en el estado con una condición bastante limitada, por encima del promedio nacional; mientras que en el territorio potosino 33.3 por ciento está en pobreza de capacidades, en el plano nacional la misma es de 24.7 por ciento.

En cuanto a pobreza patrimonial, que se refiere a las condiciones básicas para que la familia pueda vivir dignamente, estamos en las mismas condiciones. Más del 50 por ciento de la población en el estado estaba en esa condición en 2005, mientras que en el territorio nacional el promedio era de 47 por ciento.

Si a esta situación de pobreza alimentaria de capacidades y patrimonial le agregamos la dinámica demográfica que tiene el territorio, veremos las afectaciones del despoblamiento de los territorios como producto de la migración. En 1990 el territorio en esta franja estaba despoblada ya en un 25 por ciento. Al 2005, en esta misma franja de marginación y pobreza, el despoblamiento en 2005 llegaba al 57 por ciento del territorio; hoy en día, habrá que esperar los datos del INEGI, pero es muy probable que la mayor parte del territorio está despoblado.

Esto nos indica en materia demográfica, que además de que la población emigra, las características de la migración han ido cambiando. En un inicio eran los jefes de familia, los hombres de la casa los que se iban. Ahora migran familias completas; de manera que esto se refleja en otros sectores, como el educativo, por ejemplo.

Esto nos está hablando de una grave problemática en términos de con qué recurso humano nos vamos a quedar en el territorio sin ese importante capital social. Esta es una situación que verdaderamente nos pone a pensar en qué es lo que se espera, no nada más para el territorio potosino, sino para el resto del país.

Como esto se puede determinar el estado de salud de la población, sobre todo de los que se quedan, que son quienes tienen que hacer frente de manera económica y social a las futuras generaciones.

Entonces, tenemos un panorama bastante dramático; veamos por ejemplo el grado de marginación dónde se concentra, en las zonas indígenas, que es donde se recrudecen todas las condiciones de marginación y pobreza de todas las dimensiones, características, gustos y sabores que se puedan imaginar; nuevamente localizados según localidades se concentra en la zona sur de la Huasteca, en donde hay que atender a la población de todo a todo.

Contestando el otro indicador que tiene que ver con la mortalidad infantil, en este periodo de 1970 a 2030 la perspectiva en su evolución de la mortalidad vemos un avance muy importante; mientras que los años setenta el promedio nacional andaba por 80.9, en el Estado la mortalidad materna era de 95.2 por cada mil, para llegar en el 2009 a tener un dato más o menos parecido; 15.3 en el ámbito nacional, y 14.7 en el estatal, para llegar casi a un 7 pronosticado para el 2030.

Sin embargo, estos datos municipales nos reflejan otra situación muy diferente de los que nos dan los promedios. Por ejemplo, la tasa de mortalidad está por encima de la nacional mientras que existen municipios con tasas de mortalidad infantil menores al promedio.

Entonces, esto significa la necesidad de privilegiar en estrategias orientadas, particularmente donde más se necesita, el combatir o el erradicar la problemática que nos está sugiriendo o nos está evidenciando la forma en cómo ciertos indicadores nos impiden llegar al desarrollo. Tenemos Santa Catarina, Guadalupe, que son regiones en el Altiplano, pero al mismo tiempo que Jililita, Talajaz, que están en la huasteca potosina.

Entonces, al extremo del territorio se manifiesta la problemática que frente a la evidencia de estas tasas extremas de mortalidad requieren de atención especial, pertinente, diferente de la que puede requerirse en lugares más urbanizados.

Respecto de la mortalidad materna, en el periodo 2002 y 2008 encontramos una situación bien interesante, que tiene que ver de alguna forma, sin contar con las evidencias para demostrarlo, pero que sugieren que hay un ejemplo de cómo es posible lograr, a través de la vinculación entre diferentes organizaciones, el bajar la tasa de mortalidad.

En 2002, de 76.5 muertes maternas bajamos a 38.7 en el 2006, pero desafortunadamente vuelve a subir en 2007 a 61.9. Coincidentemente en 2006 se desarrolló una estrategia con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas para combatir o erradicar en la medida de lo posible la mortalidad materna que puede ser coincidencia, no tenemos la evidencia, pero fue la única vez en donde se aplicó esa estrategia y que después vemos que ya no logró su efecto, porque no logró institucionalizarse.

Entonces, esto nos va marcando la necesidad de coordinación entre las instituciones, buscar apoyos extraordinarios a los gubernamentales, pero evidentemente buscar también el tener que interactuar de manera coordinada y muy creativa para lograr, no nada más el cumplimiento de los objetivos por los objetivos mismos, sino lo que eso implica en el mejoramiento de la salud de la población.

Enfatizo también cómo la condición de las muertes maternas reiteradamente va indicándonos dónde hay que poner la atención, de manera que no debemos estandarizar las estrategias o las políticas en todos los aspectos y que obviamente no son responsabilidad única del sector salud.

Todas las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales y la misma sociedad tienen que contribuir a la reducción de los indicadores, por lograr un mejoramiento de vida, pero de manera coordinada, lo cual es un reto frente a un esquema de gobierno en el que nos encontramos que nos exige la democracia, pero que únicamente se ha reflejado en el voto más no en la participación activa, creativa, de acciones que más realmente redunden en el beneficio de la población.

Desarrollo integral y regional en la salud

Gustavo Jasso

Estado de Tabasco

Ante la preocupación de vincular los determinantes sociales de la salud en el estado, hicimos un diagnóstico de 35 años que nos permitió ver que la única forma de lograrlo es a través de implementar políticas públicas transversales y de la coordinación entre todas las instituciones involucradas. No obstante y por lo general, la descoordinación en todos los sectores impacta en las distintas políticas, y desde los gobiernos locales se ve más serio el asunto.

Aquí se ha hablado de la situación de San Luis Potosí; sin embargo, Tabasco es el noveno estado más marginado del país, el octavo con mayor pobreza multidimensional y el cuarto con mayor pobreza de ingresos. Entre los determinantes más importantes que tenemos en el estado, y que hemos encontrado con los indicadores de marginación, de rezago social y de pobreza, sustentados con la medición que ha hecho el Coneval, se consultaron los que tienen que ver con la educación, la salud, la calidad de vida, los servicios públicos básicos, la dispersión poblacional, en nivel de ingreso y el medio ambiente.

En el tema de la educación, el analfabetismo en Tabasco ha ido descendiendo en forma importante en los últimos años para pasar de 25.7 por ciento hace 35 años, a sólo 4.2 por ciento en la anterior administración. Sin embargo, aún hay mucho por hacer; hay que trabajar con las personas discapacitadas, indígenas, mujeres y adultos mayores, ya que estos grupos se encuentran en una forma de exclusión social; estos son unos de los grandes retos. También hemos venido trabajando con el DIF y la Secretaría de Salud en temas de alimentación y nutrición; por ejemplo, en programas de desayunos escolares calientes.

En el diagnóstico encontramos que más de 130 mil personas carecen de energía eléctrica, agua entubada, drenaje, piso firme, sanitario exclusivo, número adecuado de recámaras en sus viviendas, lo que hace que se encuentren expuestas a mayores impedimentos para gozar de una larga y saludable vida que redunde en mejoras para abatir la marginación y la desigualdad.

En relación con la energía eléctrica, en 35 años sólo queda el dos por ciento de la población por atender; sin embargo, tenemos que reforzar las acciones de los tres órdenes de gobierno.

Sobre la distribución de la población, hay que señalar que el 50 por ciento de la población se concentra en Villahermosa y el resto presenta una gran dispersión, en asentamientos de menos de 5 000 habitantes; unas 40 a 50 familias. Por ello, el gran reto es atender a esas comunidades aisladas, que requieren de escuelas, centros de salud, agua entubada. Esta dispersión tan fuerte que existe en el estado hace muy difícil integrar todo el territorio para atender los determinantes sociales de la salud.

El agua es un factor fundamental para los asentamientos humanos; en Tabasco, entre el 60 y el 70 por ciento de la superficie son cuerpos de agua, de manera que la población se asienta por todos lados y luego no es fácil proporcionarles la atención requerida.

Los datos de pobreza multidimensional dan cuenta de que el estado se sitúa en el octavo lugar entre las entidades con mayor pobreza; 56.5 por ciento de la población permanece por debajo de la línea de la pobreza; 66 por ciento tiene ingresos inferiores al indicador de bienestar económico mínimo, de dos salarios mínimos. Esto afecta en relación con la infraestructura educativa, de salud y de vivienda.

La Cepal y el Cenapred han hecho evaluaciones del impacto en Tabasco de los daños y pérdidas de las inundaciones recurrentes de los últimos años, derivadas del cambio climático, y las estiman en más de 40 mil millones de pesos.

Estamos apoyándonos en la metodología del marco lógico, que es una herramienta fundamental de los programas de gobierno.

Entre las propuestas para continuar avanzando en los temas que nos preocupan tenemos las siguientes: en primer término, a) orientar los recursos federales hacia la construcción de infraestructura de servicios básicos en las comunidades de mayores rezagos, a través de mejorar y rehabilitar las escuelas primarias, secundarias y los centros recreativos; b) equipar y rehabilitar los centros de salud, clínicas, hospitales y dotarlos de medicamentos; c) ampliar la cobertura del agua entubada, drenaje y saneamiento, de la red de energía eléctrica, así como el mantenimiento preventivo y correctivo de la que ya existe.

Segundo, apoyar la formación de un patrimonio para que mediante acciones de construcción y mejoramiento de vivienda, se pueda apoyar la formación de un patrimonio y otorgar suficientes créditos para mejoramiento de la vivienda, reubicar la población asentada en zonas de alta vulnerabilidad por estos fenómenos hidrometeorológicos.

Tercero, fortalecer el ingreso familiar de los grupos vulnerables de la población a través de programas y proyectos que generen empleos, autoempleos y capacitación que es ya no solamente

la política asistencialista, sino impulsar programas y proyectos para la generación de empleo y capacitación, reposicionar las actividades del sector primario, generar sistemas de microfinanciamiento local, fomentar la inversión privada en proyectos que generen empleos permanentes con seguridad social, implementar un programa especial de becas de capacitación para el trabajo.

Cuarto, consolidar los polos de desarrollo humano, como los hemos denominado, que es una tarea que demanda un plazo más largo para atender; es decir, esos núcleos de población rurales que tenemos dispersos es importante incorporarlos a esta dinámica del desarrollo, no hablo solamente de las partes urbanas, sino donde tenemos esos problemas para atender a toda la población.

Este es un factor fundamental. Mientras no haya esta posibilidad de reubicar en estos polos de desarrollo humano, donde tengan la oportunidad de vivienda, de salud, etcétera, más concentrado y que se pueda atender, de otra manera no lo podemos hacer con esa dispersión, esto es un factor fundamental para atender estos indicadores.

Entonces, estos programas tienen que ver con fomentar el que se vayan fortaleciendo con políticas públicas, con la participación de la iniciativa privada, de la sociedad, proporcionar estímulos, y obviamente hay que respetar su cultura, costumbres, su arraigo, pero poderlos meter en estos núcleos para fortalecer la oportunidad de darles estos satisfactores sociales.

Quinto, implementar el seguimiento de evaluación de políticas públicas estatales, como medida para elevar el desempeño y mejorar el impacto de la gestión gubernamental. Todo esto en un marco de coordinación a través del Consejo Estatal de Desarrollo Social o a través del Coplade, la instancia es lo de menos, lo fundamental es darle seguimiento, evaluar los programas y atender de mejor manera estos indicadores.

Entonces, nosotros estamos partiendo de que estas deben ser las políticas que debemos de impulsar fuertemente para seguir trabajando en la satisfacción de estos indicadores, igualmente con los Objetivos del Milenio que también se han comentado.

La salud no es solamente tema de la Secretaría de Salud, es el tema que todos tenemos que ver en esta visión más amplia del desarrollo integral, del desarrollo regional, porque se habla de desarrollo regional pero no se toma en cuenta que hay que tener una oportunidad de concentrar servicios en esa dispersión que les hablo; sino no, no vamos a llegar jamás a tener esta oportunidad.

Obviamente y por eso tiene que verse entre varias dependencias que tienen que ver con el ordenamiento territorial, con la concentración de estos servicios, no es una tarea fácil; se necesitan muchos recursos, capacidad para llevar a estas personas, trasladarlos a estos núcleos, es la única manera en que se puede atender el rezago que tenemos de estos indicadores fundamentales del desarrollo.

**La importancia de los determinantes sociales
de la salud en las políticas públicas**

Se terminó de imprimir en diciembre de 2012.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado
de la Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública