

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