

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.

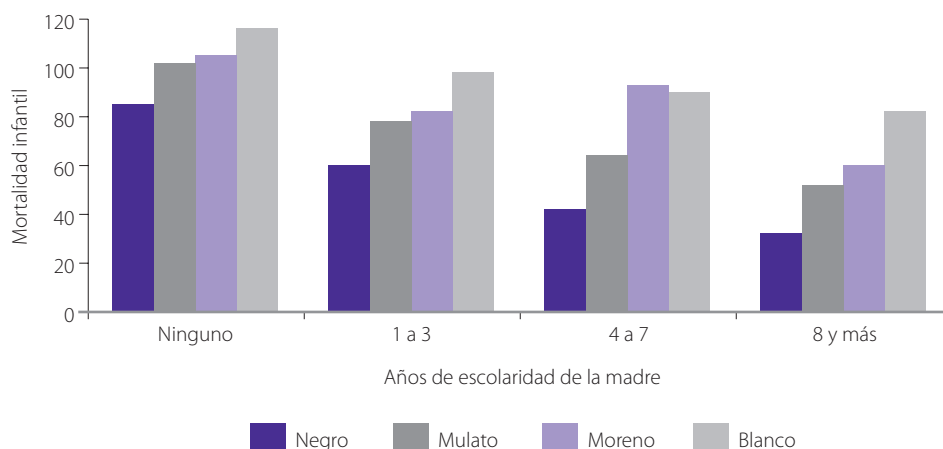
Vale decir que los países de África Subsahariana, así como los de América Latina y la parte sur de Asia, sufren un impacto mucho mayor en la mortalidad por efecto del cambio climático, de acuerdo con proyecciones que se han hecho en la OMS. La razón de esta disparidad, de este desafío que confronta la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

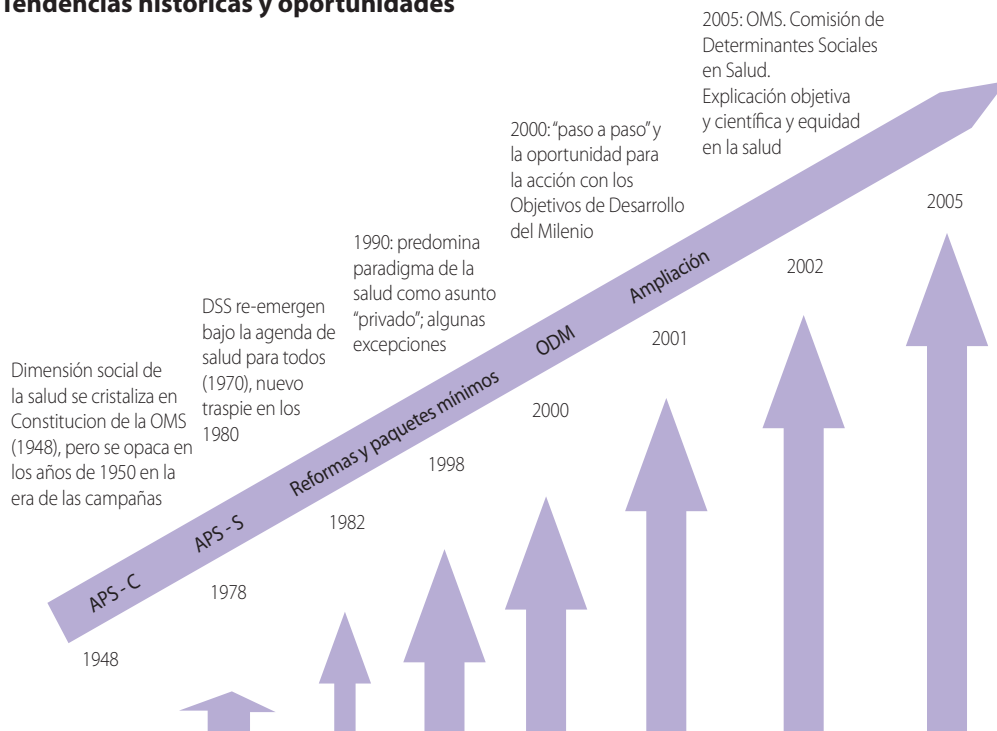
En la posguerra, el trauma en el ámbito global que provocó el conflicto armado inspiró a quienes trabajaron en la constitución de la OMS para que la misma reflejara lo más avanzado del pensamiento en la medicina social de aquella época. La misma definición de salud que tenemos en la constitución de la 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 Phillippe 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.