

# 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.