

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.