

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.