

Experiencias y lecciones aprendidas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud

Jeannette Vega*

Al abordar temas relativos a los determinantes sociales de la salud, la equidad en salud y el acceso equitativo a la salud, hemos visto que si bien los aspectos conceptuales aún están sujetos a discusión, tenemos más claro cómo hacerles frente. No obstante, aunque todos estamos de acuerdo en que algo debe hacerse, todavía hemos de determinar qué acciones emprender, tarea en la que no tenemos experiencia.

Tuve la suerte de asumir dos responsabilidades consecutivas que me permitieron actuar; primero en la Organización Mundial de la Salud, donde pude apoyar el desarrollo de la Comisión de Determinantes Sociales, lo que implicó todo un proceso de reflexión. Después, al volver a mi país, cuando la presidenta de Chile me nombró vice-ministra de Salud.

En Chile, como en muchos de otros países del continente, ha habido un sostenido progreso social en salud en los últimos años. La mortalidad infantil global es bastante baja, de alrededor de ocho por cada mil nacidos vivos. Los indicadores de salud reproductiva son muy buenos: la mortalidad materna es de alrededor de 2 por cada 10 mil mujeres. La atención profesional del parto en hospital es prácticamente de 99.8 por ciento, es decir casi universal. Más de la mitad de nuestra población usa anticonceptivos y la proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años es de alrededor de 11 por ciento.

Los buenos indicadores también se observan en relación con aspectos tales como la prevención de la hepatitis B y de la polio; la vacuna BTP, así como las vacunas contra el sarampión, la rubiola y otras enfermedades propias de la infancia también muestran buenos indicadores. Sin embargo, como sucede en todos los países de América Latina, la inequidad es persistente.

El índice de Gini muestra las inequidades de ingreso. En la época de Alexandre (el último año de la década de los cincuenta y los primeros años de la década de los sesenta) el Gini es de alrededor de 0.4 y sube brutalmente durante la dictadura. En los siguientes veinte años (los años de los gobiernos de la concertación y los del gobierno actual) este índice se mantiene en poco más de 0.5. Es decir que a pesar de las políticas sociales que hemos implementado, sigue habiendo una gran inequidad en la distribución del ingreso.

De la misma manera, si bien el rango de mortalidad materna es muy bajo, la razón entre el grupo de madres más pobres y el de madres menos pobres es de 12 a 1. Si consideramos la mortalidad

* Universidad de Desarrollo, Chile.

infantil por nivel socioeconómico de la madre, usando como proxy la educación, vemos la brecha entre el grupo de madres con mayor educación y el de madres con menor educación, para las cuales el índice es alrededor de tres veces más elevado. Advertimos también que esta situación ha sido constante a lo largo de la historia. No obstante, en el último decenio hubo una cierta disminución (de una razón de 5 a una razón de 3) debida fundamentalmente a un programa en específico: el Programa de Planeación Respiratoria.

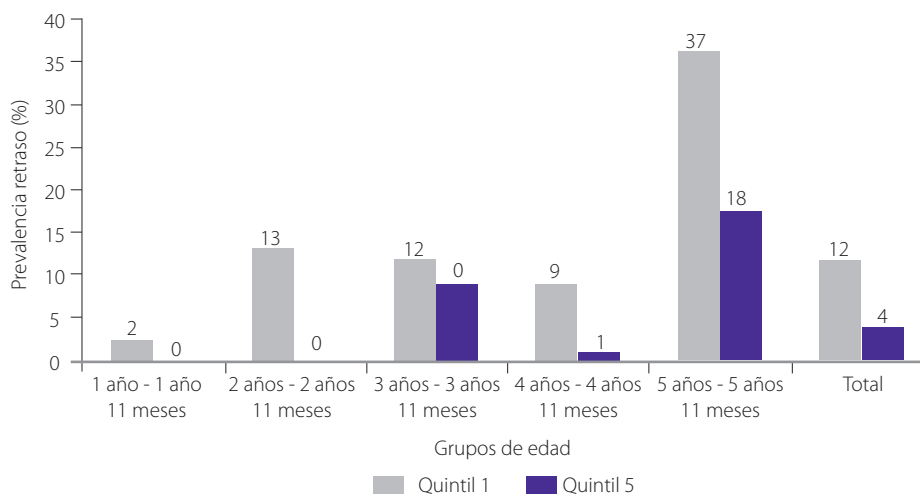
Al comparar en la figura 1 el quintil de ingreso 1 con el 5, se observa una diferencia en la secuencia del retraso del desarrollo infantil; es decir, al hacer el seguimiento de los niños desde su primer año hasta los seis años de edad, es notorio que la diferencia se acentúa. Así, al alcanzar los seis años –que es la edad a la que entran al colegio– ya hay una importante inequidad en su desarrollo. Hay, efectivamente, quienes tienen muchas más posibilidades que otros de alcanzar su potencial de salud.

¿Por qué persisten estas inequidades en salud? La respuesta está en que la salud de la población no depende exclusivamente del sector salud, sino también de la organización social y de qué tan distributiva es la sociedad respecto del ingreso y en términos del acceso a la salud y a la educación.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud generó tres recomendaciones dirigidas a los gobiernos para combatir la inequidad en salud. Los gobiernos debían, en primer término, enfocarse en mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. En segundo lugar, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. En tercer lugar, medir la magnitud de la inequidad, monitorearla, analizarla y evaluar el efecto de las intervenciones. En otras palabras, si se quiere mejorar el nivel de salud y la equidad en salud de una población, hay que focalizar el sector salud. Por consiguiente, cuando tuvimos el honor de estar en el Ministerio de Salud formando parte de la administración de la presidenta Bachelet, generamos siete áreas de acción (figura 2) en las que se involucró a todo el equipo de la Subsecretaría de Salud. Ésta fue una experiencia muy rica, porque además de tener buenos resultados, generó un gran aprendizaje.

Preciso a continuación algunas de las acciones emprendidas en tres de dichas áreas. Voy a referirme en primer lugar a la primera parte del programa “Chile Crece Contigo”, que lanzó la

Figura 1
Desarrollo infantil: retraso del desarrollo



presidenta Bachelet y del que el sector salud se hizo cargo. Se trata de un programa universal de protección social a los niños nacidos en el país. Más que enfocarse en los niños pobres, el programa busca focalizar la gradiente de salud y hacer intervenciones en todos los niños, puesto que los primeros años de vida constituyen la etapa más importante para asegurar el potencial de salud además de ser un periodo crítico para el ser humano, pues es cuando el medio ambiente transaccional es quizás el principal determinante social del desarrollo. Así, la inequidad en la primera infancia, además de afectar a quienes la padecen, deteriora el nivel de competencia de la población en términos sociales y económicos, entre otros. Durante el desarrollo temprano del cerebro se forman alrededor de 250 mil neuronas por minuto, y se establecen innumerables sinapsis al azar. La posibilidad de que estas sinapsis se produzcan al azar configura la arquitectura del cerebro; los estímulos sensoriales producen sinapsis con memoria a corto plazo que, al consolidarse, generan la capacidad de la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.

Por su parte, la estrategia de intervención del programa “Chile Crece Contigo” encadena igualmente acciones de apoyo y servicios sociales destinados a los niños menores de seis años como sujetos finales de la intervención. Este programa se distingue de los programas clásicos en que ordena la red de servicios públicos con base en las necesidades del niño y la familia; es decir, en vez de ordenar la demanda con base en la oferta, conforma la oferta de acuerdo con las necesidades. Así, se ofrecen paquetes de servicios que responden a las necesidades específicas de cada niño

Esto significa que simultáneamente se cubren distintas áreas: la salud, el aprendizaje, el entorno familiar, la vivienda y el área del ingreso y el área del trabajo. Es decir, el niño ingresa al sistema a través de la salud, pero desde este sector pasa al de la educación y, desde ahí, se integra en el sistema del trabajo.

El sector salud, que inicia este recorrido, tiene que conocer bien todos estos ámbitos, ser capaz de hacer que la familia obtenga ventajas y aprovecha las oportunidades que ofrecen los mismos. En el esquema del programa “Chile Crece Contigo”, primero ingresan las madres embarazadas a través de centros de atención primaria. Ahí se les hace un análisis de vulnerabilidad y se definen las acciones a llevar a cabo con ellas y con sus niños. El niño entra entonces al sistema de salud, donde además de las intervenciones tradicionales, se generan otras dos: la primera, en el marco

Figura 2

Agenda de determinantes sociales y equidad en salud. Minsal



de un programa de apoyo psicosocial, y la segunda orientada a que la familia tenga acceso a los beneficios que requiere, de acuerdo con las necesidades del niño. Entre estos beneficios, está la tarjeta de protección social proporcionada por la municipalidad, que otorga a los padres acceso gratuito a distintos servicios y programas como el de empleo o el de capacitación, o bien al Programa Puente, que es muy similar al Programa Oportunidades de México, en cuyo marco las familias reciben diferentes subsidios.

El niño ingresa así al sistema de salud para de ahí ser entregado al área de educación, y luego al sistema de trabajo. Por tanto el sector salud, donde inicia el recorrido, debe conocer todos estos ámbitos a fin de lograr que la familia obtenga de ellos las posibles ventajas y sea capaz de aprovechar las oportunidades que le ofrecen. El programa se encarga de que los niños no se pierdan dentro de la red social. Como la cobertura del parto es prácticamente universal, ahí no hay pérdida, aunque los niños que más apoyo requieren muchas veces ni siquiera existen legalmente.

El segundo aspecto que habría que abordar es el de las acciones específicas que deben emprenderse desde el sistema de salud, ya que si bien la intervención involucra otros sectores sociales, 25 por ciento de la responsabilidad recae en el sistema de salud.

Lo que por lo general tratamos de hacer en los sistemas de salud de nuestros países es modular los efectos de la estratificación social, acción cuya efectividad depende de cuán equitativo logremos que sea el acceso a la salud; de aquí que podamos tanto disminuir la estratificación como acentuarla, que es lo que ocurre habitualmente.

Un gran problema que detectamos al respecto es que en nuestros países la mayoría de las acciones se sujetan a programas específicos y se realizan en forma aislada. Tenemos, por ejemplo, programas de salud materna, de salud infantil y de salud de los trabajadores. Hemos visto que para obtener resultados, por lo menos respecto de las enfermedades o los problemas sujetos a programa, debíamos concebir estas acciones de manera distinta; entender que un programa es exitoso y efectivo sólo en la medida en que lo sea para el grupo social más desventajoso. Es decir, entender que la prueba de éxito de un programa está en que sea igualmente efectivo para quienes más lo necesiten.

Reunimos prácticamente a todos los responsables de los programas del Ministerio de Salud y los invitamos a participar en una estrategia integral. El primer año se sumaron seis programas con el propósito de lograr una cobertura efectiva; es decir que las metas de los programas se cumplieran efectivamente en todas y cada una de las personas del grupo objetivo. Para que esto ocurriera debían cumplirse los siguientes requisitos, en el orden en que aparecen en la figura 3: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los servicios. Debía contarse, asimismo, con un protocolo que se fuera actualizando.

La pirámide del grupo objetivo en la figura 4 indica que conforme un programa se desarrolla va perdiendo gente, y es precisamente esa gente la que nos interesaba capturar con un enfoque de determinante social.

El Programa de Salud Cardiovascular puede servir de ejemplo al respecto. Para rediseñarlo se reunieron diversos equipos que reflexionaron en torno a las áreas descritas en la figura 2 y orientaron el programa para que pudiera llegar de manera equitativa a la población. Lo primero que saltó a la vista fue que este programa no tenía un objetivo explícito de equidad ni consideraba ninguna acción diferenciada por edad, sexo u otras características; no había tampoco un análisis de las necesidades de salud de la población. El programa se sustentaba en experiencias de otros programas y las intervenciones eran individuales o las ejecutaban equipos de salud sin incluir prácticamente ninguna acción intersectorial. Carecía de mecanismos de coordinación definidos,

y por consiguiente de presupuesto. Sin embargo se identificaron, en el propio Ministerio de Salud, otros programas cuyas acciones podían agregarse al de salud cardiovascular, aun cuando tampoco estaban coordinadas ni contaban con mecanismos de participación.

Se elaboró entonces una guía de cinco pasos para revisar el programa y rediseñarlo (figura 4). El primer paso consiste en entender la teoría del programa y clarificar su propósito, lo que permite armar el programa entero, comenzando por definir desde los objetivos del ingreso y el seguimiento, hasta los resultados esperados. El segundo paso consiste en conocer quiénes tienen acceso al programa y se benefician con él y quiénes no; es decir, conocer las brechas de equidad. El tercero consiste en analizar las barreras y los elementos facilitadores. El cuarto, en vincular las barreras y los facilitadores con los determinantes sociales. Finalmente, el quinto paso consiste en acordar el objetivo.

Figura 3
Modelo de evaluación de la equidad en el acceso y de las barreras a los servicios de salud

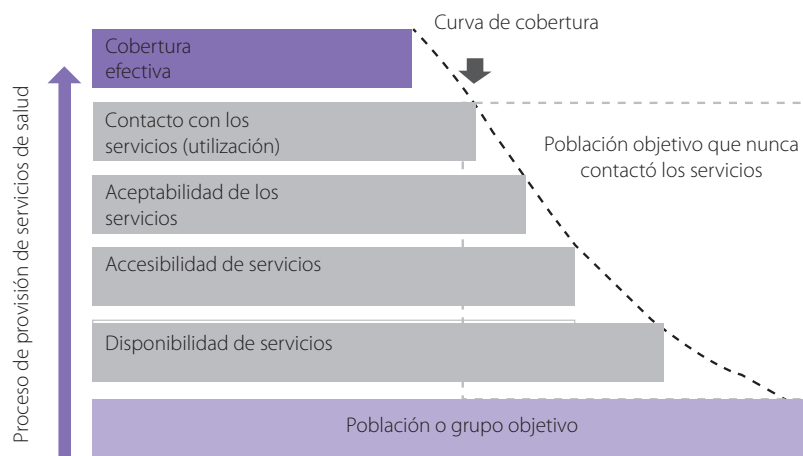
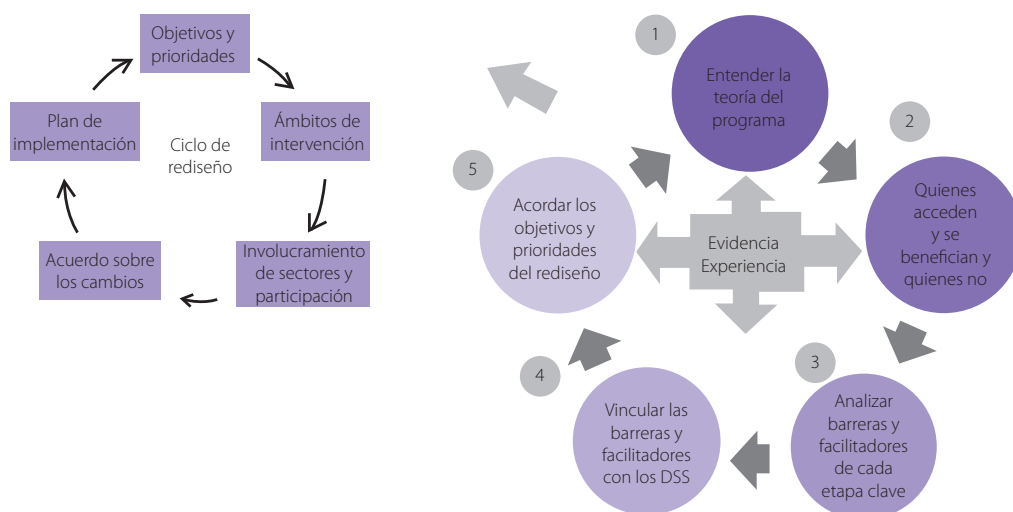


Figura 4
Guía de cinco pasos para la revisión de un programa



La revisión de la teoría del programa nos permite armar el programa entero, desde definir los objetivos en cuanto a su ingreso, el seguimiento y qué es lo que pretende en sus resultados.

En cada uno de estos pasos se deben establecer las acciones específicas del programa y la forma de evaluar si dichas acciones se realizan de manera equitativa.

Por su parte, la revisión de la teoría del programa permite detectar las barreras y la población marginada.

Los hallazgos en cada una de las etapas permiten mejorar el programa. Por ejemplo, la figura 5 revela la importancia de ampliar el horario de atención y la oferta de servicios en los lugares de trabajo, puesto que el grupo más importante para el Programa de Salud Cardiovascular en términos de equidad fue el de hombres con un empleo precario, entre los 45 y los 64 años de edad. Se observa, además, que la etapa clave donde se diferencian es la de la detección y el ingreso al programa. Para mejorar esta situación, básicamente teníamos que ampliar los horarios de atención y la oferta de servicios, así como los lugares de trabajo. En la comuna vulnerable había que conectar, además, otras organizaciones para poder mejorar efectivamente el acceso al programa.

En el año 2010 el programa continuó con un proyecto piloto que buscó detectar buenas prácticas en todo el país. Por otro lado, en la comuna de la Florida –que tiene alrededor de ocho consultorios– se está haciendo lo mismo que se hizo desde el nivel central, pero ahora desde la perspectiva de las personas objeto del programa y con los equipos del nivel de atención primaria. Para ello, diseñamos un estudio de tres componentes. 1. Un grupo focal de discusión compuesto por población abierta y funcionarios, para hacer con ellos la teoría del programa; queremos indagar cuál es su visión del programa y contrastar esa teoría con la de quienes están a cargo del programa. 2. Una encuesta a una muestra de la comuna para investigar cuánto estamos perdiendo efectivamente, incluyendo a la población que no nos llega ni siquiera al comienzo, y una recolección de información de los registros de los centros de salud para investigar si se cumplen los protocolos. 3. Una experiencia relativa a la recomendación internacional de la CDSS de medir y analizar el problema y el resultado de las intervenciones.

Propusimos como desafío nacional hacer diagnósticos territoriales que incorporaran un análisis de la equidad de los determinantes sociales en todas las regiones y comunas del país, para lo cual todos los equipos trabajamos conjuntamente con el Ministerio de Salud (figura 6).

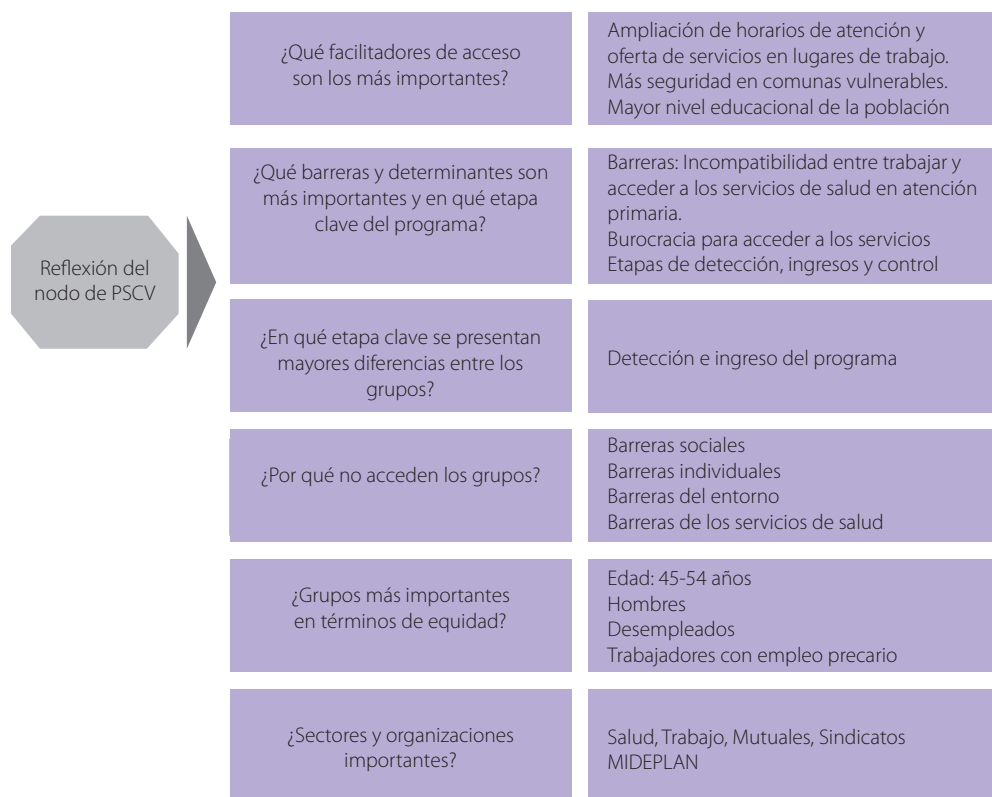
Este diagnóstico regional se sirve de un instrumento de análisis sistemático de la información que permite conocer el estado de salud de una comunidad, grupo o territorio, mediante la aproximación sistemática y diferencial a la causa de la exposición a los riesgos para la salud. En el marco de este trabajo, se definieron indicadores de impacto relacionados con los determinantes estructurales e intermedios de la comunidad. Con ello se buscó evidenciar la inequidad y la desigualdad en salud, así como las diferencias entre los diversos actores sociales. Las fichas de los diagnósticos –con enfoque en los determinantes sociales– de cada una de las regiones del país se publicaron en el sitio web del Ministerio de Salud.

En relación con este trabajo hay algunos tutoriales, una síntesis de los módulos y los objetivos, así como una simbología que sirve para comparar las regiones: verde para el mejor tercio del total de las regiones, amarillo para el tercio intermedio comparado con las otras regiones, y rojo para el tercio en peores condiciones.

En el cuadro 1 puede verse, como ejemplo, el diagnóstico de una de las regiones con indicadores de los determinantes estructurales, los determinantes de la condición y el estilo de vida y los determinantes psicosociales, así como lo relativo a los sistemas de salud y a los daños en salud. El cuadro 1 indica también los resultados comparativos de la región, tanto con el promedio del

Figura 5

Paso 5: acordar objetivos y prioridades para el rediseño



país como con otras regiones y en relación con los distintos indicadores. Es evidente que en esta región hay un considerable daño en salud, problemas en cama crítica y de salud mental, así como problemas de pobreza y de empleo. Para lograr una mejora sustantiva, son precisamente regiones como ésta las que deben estar en la mira.

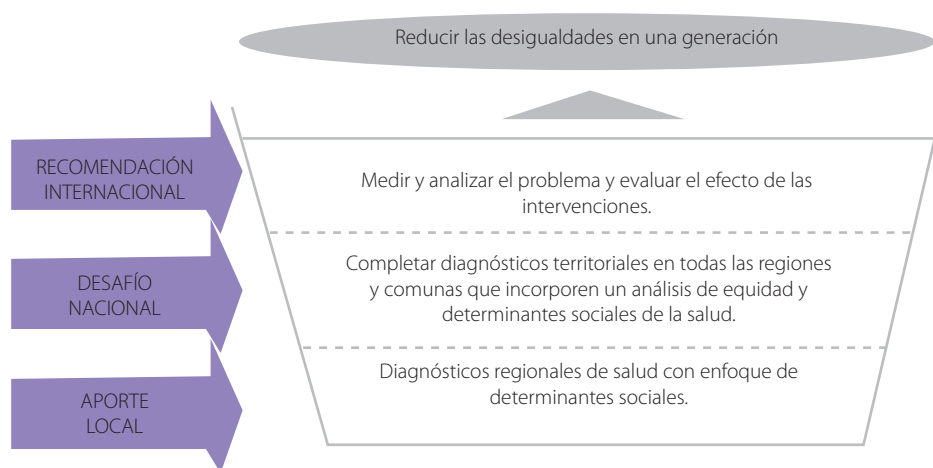
Es esta región de pequeñas comunidades de población mayoritariamente indígena (mapuche), localizadas fundamentalmente sobre la cordillera, conversamos con la gente de las que llamamos “comunidades vulnerables”. Trabajamos con alrededor de un millón de personas a quienes les preguntamos por las principales barreras que perciben y cómo creen que podríamos mejorar. Con base en sus respuestas, cambiamos una línea presupuestaria dirigida a la atención primaria para que diera realmente solución a los problemas planteados por los ciudadanos; ahora, la propia comunidad da seguimiento a las acciones que se han emprendido en vinculación con el presupuesto de los próximos años.

Reflexiones finales

Para definir un mayor número de intervenciones asociadas a la salud e integrar estrategias estructurales más amplias a fin de disminuir la gradiente –y no sólo estrategias focalizadas en los más pobres– debemos ser, en primer lugar, creativos; es decir, debemos buscar avanzar en la redistribución de los factores estructurales.

Figura 6

Diagnóstico regional con enfoque en los determinantes sociales de la salud



Cuadro 1

Diagnóstico de la Región de Araucanía. Resultados comparativos

Área	Indicador	Región	Prom. País	Peor región	Situación región	Mejor Región
Est.	1 % total personas pobres	17.7	13.7	20.7	Peor tercio	6.3
	2 % personas desocupadas	5.9	7.5	10.2	Tercio intermedio	3.0
Cond. y estilo vida	3 % hogares con saneamiento deficiente	14.4	8.7	24.2	Tercio intermedio	1.4
	4 % asalariados sin contrato firmado	24.0	19.9	26.3	Peor tercio	14.0
	5 % personas consume tabaco último mes	37.3	39.5	45.6	Mejor tercio	35.0
Psico.	6 % personas depresión últimas 2 semanas	27.2	22.3	27.2	Peor tercio	10.9
	7 % hogares victimizados	30.8	35.3	46.5	Tercio intermedio	15.0
Sist. de salud	8 Nº camas críticas SS por 100.000 hab.	10.4	13.7	9.6	Peor tercio	26.7
	9 % beneficiarios FONASA	65.2	74.5	55.6	Tercio intermedio	74.5
	10 % menores de 6 en control sist. público	90.3	69.1	47.3	Mejor tercio	90.3
Daño en salud	11 Nota promedio satisfacción salud	5.2	5.3	5.1	Peor tercio	5.6
	12 Tasa de mortalidad todas las causas	594.0	528.0	622.0	Peor tercio	472.0
	13 Esperanza de vida al nacer 2004 - 2006	76.96	78.09	76.18	Peor tercio	79.35

En segundo término, en mi país los cambios sociales que afectan a los individuos y a las familias deben ser una prioridad sostenida de la política social del Estado, desde donde se contribuya a la oferta. Ésta debe adaptarse a las personas y no a la inversa. Debe darse prioridad a las políticas de salud orientadas a la población más vulnerable, pero también a los territorios con mayores desventajas.

Finalmente, debemos seguir afinando el diagnóstico de los determinantes sociales que generan inequidad en contextos específicos, entender los mecanismos causales y lo más importante definir objetivos y propuestas específicas para la acción, incluyendo mecanismos de evaluación.