

La importancia del apoyo político y el papel de la academia para la integración de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud

Alberto Pellegrini Filho*

En este artículo daré respuesta a dos preguntas. La primera de ellas es: ¿qué hay de nuevo en este momento y qué fue desencadenado por la Organización Mundial de la Salud?

Muchos son los logros que se han alcanzado en estos años, desde la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2005 a la fecha. Entre otros, cabe mencionar que el tema de los determinantes sociales está ya en la agenda global; algunos países lo han tomado muy en serio y están cambiando sus programas de salud y la manera de hacer el trabajo en los gobiernos.

La segunda pregunta es ¿qué hacer para consolidar esos avances y seguir progresando en este camino?

En primer término revisemos algunos hitos en la OMS, los cuales parecen presentarse cada treinta años. En 1948 tuvo lugar la constitución de la OMS, misma que reconoció un enfoque biopsicosocial en la salud; en 1978 tuvo lugar la reunión de Manhattan; treinta años después, en 2008, se presentó el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Esperamos no tener que aguardar otros treinta años para volver a hablar de este tema.

Es entonces muy importante mantener, afianzar y hacer sostenible este logro. En ese sentido, las iniciativas en curso representan oportunidades importantes para avanzar. ¿Qué hay de nuevo y cómo consolidar los avances?

Una rápida revisión histórica nos muestra que a mediados del siglo XIX estudiosos de varios países, como Villermé en Francia, Chadwick y Engels en Inglaterra, Virchow en Alemania, se preocuparon por mirar las estadísticas de mortalidad de sus países y observar las condiciones de vida, particularmente las de las poblaciones más pobres.

Al respecto es interesante destacar que, aun cuando estaban analizando casi los mismos datos y las mismas situaciones de pobreza, sus conclusiones en relación con las causas de la situación, y particularmente sus conclusiones en relación con lo que se debía de hacer, fueron completamente distintas.

Villermé hablaba de que la pobreza y los vicios causan enfermedades; ofrecía como solución el fortalecimiento moral y la visión liberal de la economía.

Chadwick, que tenía una orientación hacia las cuestiones ambientales, hablaba de la inmundicia y del tipo de moralidad que ésta causa; así se refería a “enfermedades de la pobreza” y su propuesta estaba basada de manera principal en el control del ambiente.

* Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Engels reconocía el capitalismo, con la inherente explotación de clase, como la causa de las causas de la pobreza, la enfermedad y la muerte; su propuesta consistía en la revolución social, particularmente la revolución socialista.

En cuanto a Virchow hay una gran coincidencia entre lo que él planteaba y lo que estamos proponiendo hoy, en términos conceptuales, en relación con los determinantes. Las reflexiones de Virchow resultan muy actuales; por ejemplo, decía que las relaciones entre la ciencia médica y las condiciones económicas y sociales deben someterse a la investigación científica. Afirmaba que la salud pública es esencialmente política y que, en la práctica, no debe limitarse al tratamiento de las enfermedades, sino que debe intervenir en la vida política y social.

Cuando Virchow era muy joven fue enviado a atender una epidemia de fiebre tifoidea. Al regresar a su país planteó una serie de medidas sanitarias muy concretas, así como el fortalecimiento de la democracia, amplia, ilimitada. Con ello sentó las bases de la medicina social y, aun cuando no utilizó esos términos, es el padre de la medicina social, además de que también fue el padre de la patología celular.

En el siglo XX, como se dijo, hay varios hitos interesantes en esa trayectoria. Uno de ellos es, nada menos, la creación de la primera escuela de salud pública cuando se definió que era muy importante, desde el punto de vista teórico y práctico, formar profesionales en ese campo.

Hubo un debate interesantísimo en Estados Unidos, que se recupera en un libro de Elizabeth Feet, cuando se enfrentaron tres corrientes: la ambientalista, la que daba más importancia a las condiciones sociales y de vida, y la corriente enfocada hacia la microbiología, que en aquel momento empezaba y ganaba auge.

Por supuesto esta tercera corriente fue la vencedora en ese momento pero después, a lo largo del siglo XX, las tres corrientes estuvieron presentes y su hegemonía fluctuó en función de una serie de condicionantes.

A partir de la Carta de Ottawa, en 1986, la promoción de la salud gana un nuevo enfoque se reconocieron entonces todos los determinantes de que hemos hablado aquí, relacionados con las condiciones de vida, así como determinantes más estructurales. Asimismo, se planteó la importancia de las políticas públicas saludables.

Así, todos estos desarrollos conceptuales datan de más de un siglo y son muy semejantes a los actuales.

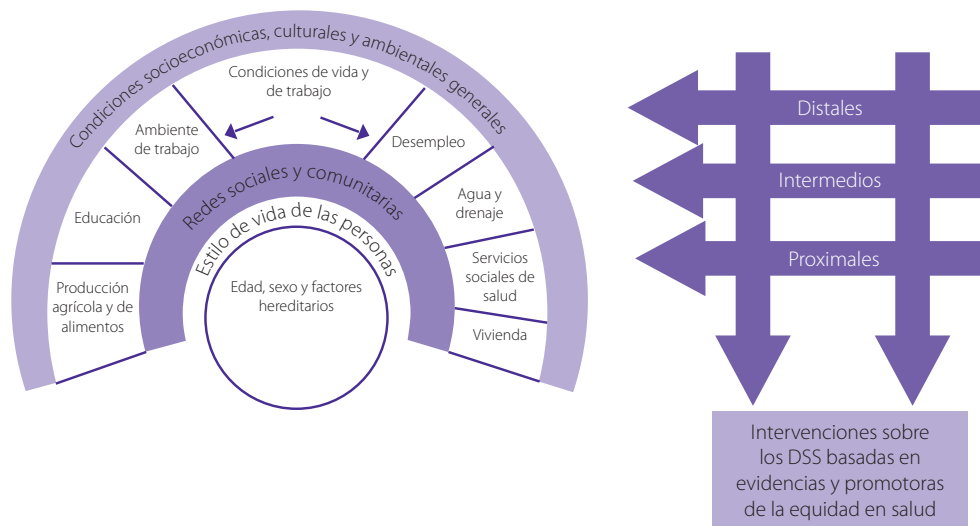
Podríamos decir que lo novedoso de ese movimiento es que está básicamente enfocado en la acción para la construcción de un bien público, que es la equidad en salud. Ese bien público debe ser construido a partir de políticas públicas que respondan al interés general y, por tanto, sometidas al debate público. Estas políticas necesitan sustentarse en tres pilares fundamentales: la intersectorialidad, la participación social y las evidencias.

En relación con los marcos conceptuales, haremos referencia al de White Fredrik, que de una manera muy didáctica establece jerarquías; hay determinantes macro-estructurales que están situados en el exterior, así como determinantes relacionados con condiciones de vida que tienen que ver con las redes sociales y comunitarias y que están ganando cada vez más importancia. Son aspectos que atañen al capital y la cohesión social y al estilo de vida de los individuos, reconocido también como un determinante social (figura 1).

Para promover en forma efectiva la equidad en salud es preciso actuar en todos esos niveles. En cualquiera de ellos, aun en los más próximos, necesitamos adoptar un enfoque intersectorial. Asimismo, debe buscarse que la sociedad tome consciencia de que las inequidades son inaceptables éticamente y, en consecuencia, se movilice y participe.

Figura 1

Intervenciones sobre los DSS basadas en evidencias y promotoras de la equidad en salud



Estas medidas requieren de un fuerte apoyo político. No se trata sólo de la voluntad política de un ministro de salud, sino que es necesario contar con políticas de una sociedad que se movilice y se organice para construir la equidad. Para ello, las evidencias resultan fundamentales; sin ellas, nos arriesgamos a obtener resultados contrarios a los que pretendemos.

Hay entonces tres pilares, de acuerdo con el movimiento promovido por la NIASA: la evidencia, la coordinación y la participación social. Para consolidarlos y avanzar en cada uno de ellos, tenemos que utilizar una nueva forma de producir evidencias, una nueva forma de trabajar intersectorialmente y una nueva forma de promover la participación social.

En relación con las evidencias sobre las inequidades en la salud, por ejemplo, tenemos una importante trayectoria de investigación. Como mencionamos, en la primera generación se relacionaban pobreza y salud. En una segunda generación, el enfoque se centró en la cuestión de los gradientes. El motivo de esto es que, en todas las sociedades, al estratificar la población según criterios socioeconómicos se observa un gradiente de los resultados en relación con la salud.

En la tercera generación, que es en la que nos encontramos, existe una preocupación por entender los mecanismos del proceso de determinación, el cual es un proceso complejo, lleno de mediaciones que deben ser entendidas para poder intervenir en el momento y el punto correctos.

Entonces las principales interrogantes son: ¿dónde se originan las inequidades?, ¿cuáles son las vías por las que las causas básicas producen equidades? y ¿dónde y cómo debemos intervenir? Como se mencionó, hay varios enfoques para responder a esas interrogantes. Nuestro enfoque, por ejemplo, hace énfasis en los determinantes económicos y políticos y en las condiciones de vida materiales.

Aun cuando este enfoque es todavía muy importante, hay otras sociedades que ya superaron gran parte de los problemas relacionados con esas condiciones de vida fincadas en lo material. Tal vez los enfoques principales para abordar esos casos sean los sociales o los relacionados con el capital social. Así, los enfoques responden a contextos y momentos históricos determinados.

Ese es el caso del estudio clásico de Marmot, ya mencionado. Al estudiar a los funcionarios públicos del Reino Unido los clasificó en cuatro categorías, de acuerdo con su jerarquía funcional,

en relación con el riesgo de morir por alguna enfermedad coronaria. Fijó en un primer nivel a aquellos de mayor jerarquía y encontró que los funcionarios del segundo nivel de jerarquía tienen el doble de riesgo.

En el caso de los funcionarios del tercer nivel los riesgos son tres veces mayores o, incluso, se cuadruplican. Marmot buscó, entonces, entender las causas de esas diferencias. Existen algunos factores que son ampliamente conocidos, como el colesterol, la presión arterial y el tabaquismo, que las explican en gran parte; sin embargo, hay otros muy importantes: los factores relacionados con los determinantes sociales, los cuales son objeto de investigación.

El uso de la evidencia en las políticas de salud tiene sus raíces en la medicina basada en evidencias, pero las condiciones de una y otras son bastante distintas.

El proceso de toma de decisiones en las políticas es bastante más complejo. En cuanto a la producción científica, por ejemplo, los estudios o evaluaciones son insuficientes para hacer intervenciones efectivas sobre los determinantes.

La propia agenda de investigación en ese campo es definida por quienes realizan la investigación, con poca participación de los actores del proceso de toma de decisiones.

Las relaciones entre la producción y la utilización del conocimiento están permeadas por una serie de barreras de diversa índole: institucionales, de lenguaje, de cultura y de valores, entre otras.

Los resultados de los estudios sobre los determinantes nunca son prescriptivos; es decir, no llevan de inmediato a una intervención. Tal es el caso, por ejemplo, de los resultados sobre el ambiente.

Lo que en realidad arrojan esos resultados es un abanico de opciones, cuya selección implica un proceso político en el que intervienen varios factores y diferentes criterios.

La transferencia de experiencias es difícil porque muchas de las experiencias exitosas dependen del contexto en el que hayan tenido lugar; por tanto, podrían no funcionar en otro.

Así, en el proceso de toma de decisiones intervienen diversos actores con intereses diferentes, quienes validan las informaciones de manera diferente. Se trata de un proceso complejo en el que pueden presentarse choques de intereses y criterios.

No obstante, se cuenta con una serie de estrategias para superar esas dificultades de incorporación de evidencias en el proceso de toma de decisiones, mismas que habría que consolidar. Para ello, es importante adoptar nuevas formas de producción del conocimiento.

En lugar de instituciones cerradas con paredes, con divorcios entre quienes producen y quienes utilizan el conocimiento, deben establecerse redes colaborativas entre instituciones de diferentes tipos, agendas de investigación definidas conjuntamente por investigadores y usuarios. Asimismo, hay que superar el falso dilema entre investigación básica e investigación aplicada: lo que importa es la solución del problema.

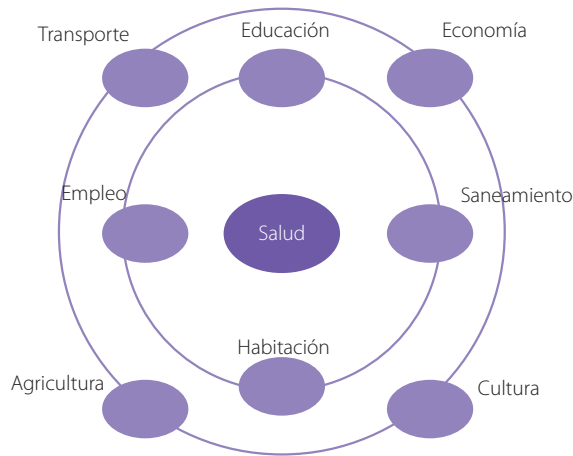
La relación entre productores y usuarios debe involucrar un intercambio regular sobre los criterios de evaluación y otros relacionados con una nueva manera de producir el conocimiento.

Pasemos ahora al otro pilar en que habría de sustentarse esta nueva manera de pensar en los determinantes sociales para lograr intervenciones efectivas: la coordinación intersectorial.

Cuando queremos lograr la coordinación intersectorial es muy frecuente que situemos en el centro a la salud, lo que provoca que los demás sectores se muestren reacios a trabajar para la salud.

Creo que la solución está en pensar de una manera diferente; tenemos que hacer una revolución “copernicana” en relación con la concepción de intersectorialidad. En lugar de poner la salud en el centro, hay que colocar al desarrollo humano en ese lugar preponderante. De esta manera, todos los sectores contribuyen a la salud y, a su vez, la salud también retroalimenta con resultados a todos los demás sectores (figura 2).

Figura 2
Intersectorialidad



Esa intersectorialidad estratégica de cooperación entre los diversos sectores en función del desarrollo humano es lo que debe ser perseguido y no solamente que todos trabajen para la salud.

En Brasil, por ejemplo, se constituyó una Comisión de Determinantes Sociales, que publicó el informe a que se ha hecho repetida referencia en este simposio, con el propósito de hacer un análisis de la situación de salud en el país con base en el enfoque de los determinantes, con las consecuentes propuestas y recomendaciones de políticas.

En el análisis de política que hicimos no tomamos en cuenta el presupuesto sino el gasto efectivo en acciones relacionadas con los determinantes; así, seleccionamos 86 acciones. Como puede verse en la figura 3, casi todos los ministerios federales hacen algo relacionado con los determinantes sociales. La gráfica muestra varios tipos de intervenciones relacionadas con la agricultura, particularmente agricultura familiar de subsistencia, la mejoría de ambiente, la vivienda, el combate a la violencia, el trabajo y la inclusión productiva, la alimentación y la nutrición, educación, entre otras.

Pese a la amplitud de este abanico de intervenciones, el presupuesto de Brasil en 2006 para las 86 acciones consideradas llegaba únicamente a cerca de 10 mil millones de dólares.

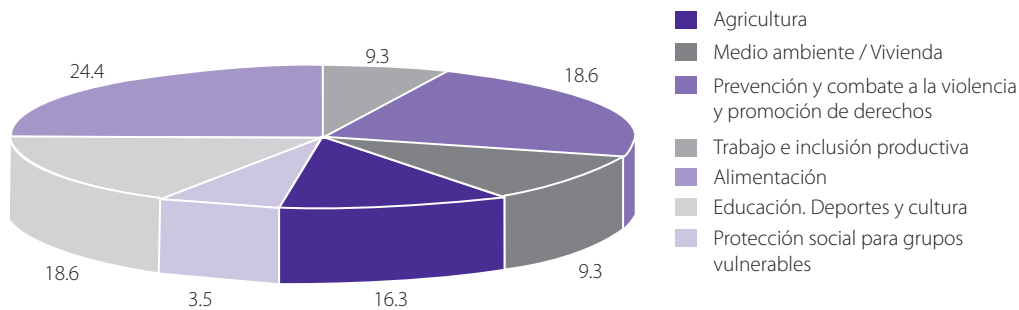
El gran problema que detectamos es que no había ningún mecanismo o enfoque de coordinación intersectorial como los que estábamos planteando. Había acciones fragmentadas, muchas veces en un mismo territorio, dirigidas a una misma población, de tal suerte que ésta recibía diversos programas sin ninguna coordinación entre ellos, a diferencia de lo que ocurrió en Chile, donde desde el inicio la intervención se hizo desde una concepción de integralidad.

El otro pilar de ese tripié es la participación social. Varios autores ya se refirieron a la recomendación que hizo la CDSS al respecto. Ahora destaco una segunda cuestión, que tiene que ver con la estrecha relación entre la participación social y la redistribución de poder, dinero y recursos. Ello porque no es posible hablar de políticas que tengan ese objetivo, sin invocar el decidido apoyo de la sociedad en su diferentes sectores.

El propio informe de la comisión dice que debe haber, tanto en el ámbito global como en el de cada sociedad, una amplia colaboración entre quienes hacen investigación, quienes definen políticas, quienes las implementan, quienes hacen abogacía y quienes actúan en los procesos sociales de seguimiento, articulados en pro de la equidad.

Figura 3

Participación relativa de los ministerios en acciones seleccionadas. 2004-2006



Hay quienes afirman que para romper con la inequidad es necesaria una nación en la que la sociedad política y la sociedad civil trabajen de manera coordinada. No obstante, es necesario discutir algunos aspectos en relación con este planteamiento en función de lo que está pasando en nuestras sociedades.

La sociedad civil, y particularmente las llamadas organizaciones no gubernamentales, tuvo un papel fundamental en varios países en los que vivimos bajo dictaduras en los años sesenta y setenta; su participación fue un símbolo de la lucha democrática y por los derechos.

Desde entonces ha habido cambios importantes y una heterogeneidad mucho mayor. Actualmente hay organizaciones no gubernamentales que tratan temas de interés general, como el medio ambiente y los derechos humanos; otras que están más enfocadas en intereses de grupos específicos como negros, mujeres, gays, campesinos, indígenas, y otras que están más relacionadas con la prestación de servicios. Cabe señalar que muchas veces estas organizaciones cumplen un papel en cual el Estado no está presente.

En los años sesenta y setenta había el mito de que todo lo malo estaba en el Estado y todo lo bueno en la sociedad civil; hoy vemos que esta situación es más compleja.

Hay distorsiones en términos de lo que yo llamaría “una cooptación de doble vía”. Muchas de las organizaciones no gubernamentales, al ser cooptadas por el Estado, se transforman en organizaciones neo-gubernamentales. Dicha cooptación ocurre muchas veces a través de sus liderazgos, y muchas otras por medio del desvío de recursos públicos.

También puede haber cooptación en el otro sentido. Es decir, la fragmentación de la sociedad civil puede responder a intereses de grupos específicos; basta con que las políticas públicas, igualmente fragmentadas respondan a la presión de cada uno de esos grupos.

Otro problema son las relaciones entre la sociedad civil, la democracia directa y la democracia representativa. Hoy, en nuestra región se habla de la democracia directa como todo lo bueno y la democracia representativa como una política vieja y corrupta, entre otras características negativas.

La sociedad civil no necesariamente representa intereses legítimos de algunos grupos sociales; muchas veces su representación en los propios procesos de seguimiento no refleja al conjunto de la sociedad.

Si queremos conocer lo que piensa la sociedad no basta con sentar a la mesa a representantes de los diferentes grupos, como los negros, los campesinos, los indígenas, puesto que no son el conjunto de la sociedad. Sin embargo, es un gran avance.

Aun cuando las organizaciones que trabajan con grupos específicos son importantes, es necesario repensar las formas de relación entre el Estado y la sociedad civil. Se requiere de una mayor

transparencia; es importante evitar que algunas de esas asociaciones sean utilizadas para el desvío de recursos públicos; particularmente, se requiere de una mayor transparencia y claridad entre la democracia representativa y la democracia indirecta.

Otro tema fundamental, que está ganando importancia en la literatura especializada, es el relativo al capital social. Cuando pensamos en las teorías clásicas de desarrollo nos viene a la mente el capital natural, la importancia de las riquezas naturales, o el capital construido, relativo a la infraestructura productiva, el comercio, los transportes y las finanzas, entre otros rubros. Más recientemente se habla también del capital humano, de la importancia de la educación, de la salud, de la nutrición. Hay que poner el acento, sin embargo, en una cuarta forma de capital, el capital social, que tiene el poder de dinamizar a todos los demás.

De hecho, en los países donde hay mayor riqueza de capital social, hay mayor crecimiento económico a largo plazo, menor violencia, más democracia y, lo más importante, mayor participación y mayor inversión en capital humano.

El concepto de capital social involucra esas cuatro dimensiones: valores prácticos, sociedades donde predominan los valores, sociedades para las cuales la equidad es importante y sociedades donde el combate a la corrupción es prioritario.

Veamos un ejemplo de la importancia que tienen los valores. Noruega es el país menos corrupto del mundo, por lo que prácticamente la legislación anticorrupción casi no existe. Al contrario, en países como el mío, hay una amplia legislación relativa a la corrupción y una gran cantidad de procesos regulatorios para impedirla, todo ello sin gran efectividad porque hay carencia de valores básicos.

Asimismo, falta capacidad de asociación para establecer una rica trama de relaciones entre los individuos, a través de organizaciones, que permita a las personas empoderarse.

Otro conjunto de valores relacionados con el capital social son el grado de confianza entre las personas, la conciencia cívica, la conciencia de lo que es público, de lo que es privado y de lo que es el derecho del ciudadano, entre otros.

La experiencia muestra la importancia de promover el desarrollo del capital social como mediador entre las desigualdades socioeconómicas y los resultados en salud.

Cabe señalar que el aumento del producto per cápita no implica necesariamente una mejoría en los resultados de salud. Asimismo, se ha observado en los países con un alto producto interno per cápita, que el aumento en la riqueza tampoco tiene una relación directa con ese indicador. Sin embargo, si tomamos esos mismos países y los distribuimos en relación con el coeficiente de Gini, sí se aprecia una correlación importante, en este caso de 0.8.

Es decir, entre los países más ricos aquellos que tienen mejor coeficiente de Gini son los que tienen esperanzas de vida más altas. Esto significa que la mejoría en salud en estos países no se deriva de que sean los más ricos, sino proviene de que son países más equitativos, lo que definitivamente beneficia a la sociedad.

No obstante, intervienen también otros factores. Kawachi realizó un estudio similar en Estados Unidos y encontró que en ese país, donde el coeficiente de Gini es mayor, hay peores resultados de salud. El factor que aquí interviene es el llamado “confianza entre las personas”, que en este caso es más bajo.

Finalmente, vuelvo a recalcar la importancia del capital social. Asimismo, llamo la atención hacia la necesidad de tomar ventajas de las oportunidades para consolidar los logros de este enfoque en los determinantes sociales de la salud.

Como quedó asentado en el informe de la comisión, la importancia de los determinantes sociales de la salud ya está inscrita en la agenda mundial. Por ello, lo que se pretende ahora es retomar experiencias –como la de Chile– que permitan definir estrategias, metodologías y formas de trabajar para elaborar planes nacionales, y de esta manera continuar avanzando.

Desde la Escuela de Salud Pública, en Fiocruz, buscamos cooperar con ese proceso a través de la producción y diseminación de conocimientos, información, capacitación de personal y evaluación de políticas. Contamos con un observatorio de inequidades que permite el seguimiento sistemático y constituye una importante interfaz entre la producción y la utilización del conocimiento y de la información. A diferencia de los buenos sistemas de información que tenemos en Brasil, construidos desde la perspectiva de la oferta, este observatorio se enfoca en las necesidades de información de quienes toman las decisiones.