

Desarrollo de estrategias y planes de acción para la implementación del enfoque de determinantes sociales de la salud para la reducción de las inequidades sanitarias.

Sancliment-Montaño Ramón

Médico Cirujano. Maestro en Salud Pública. Magistrado en Enfermedades Transmisibles por vector. Analista especializado adscrito al Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, CEVECE.

Del 19 al 21 de octubre de 2011, se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en Río de Janeiro, Brasil. A este evento asistieron más de mil participantes que representaron a 125 países y 60 Ministros de Salud de todo el mundo así como diversos grupos de profesionales de la salud interesados en el tema. Desde su origen, el crecimiento de este evento se relaciona con la importancia que los Determinantes Sociales de la Salud han adquirido a escala mundial.

Por lo anterior debemos felicitarnos todos, sin duda merece un especial reconocimiento a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por promover, organizar y financiar una conferencia mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, desde 1978 en que se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata, Kazajistán, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la entonces URSS, no se le había dado la trascendencia a los Determinantes Sociales de la Salud, lo que sin duda reafirmará la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".

El informe de la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, publicada el 21 de octubre de 2011¹, expresa el compromiso político global para la implementación del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud para la reducción de las inequidades y para alcanzar otras prioridades globales. La declaración, se especula, deberá ayudar a constituir un impulso en el marco de los Estados Miembros de la OMS, para el desarrollo de planes de acción y estrategias nacionales.

En el documento se enfatizan los principios y disposiciones establecidas en la declaración de Alma-Ata de 1978, así como en la Carta de Ottawa de 1986 y en la serie de conferencias de promoción internacional de la salud, que reafirmaron el valor esencial de la equidad en salud y se reconoce que "el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social".

Además, se reconoce la responsabilidad de los gobiernos en la salud de sus pueblos, y que sólo puede ser cumplida mediante un sistema de salud universal de calidad, integral, equitativo, eficaz, sensible y accesible; así como el establecimiento de medidas sociales adecuadas en un entorno internacional propicio. Se reitera la determinación para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud como fue acordado en la resolución WHA62.14 "reducir las desigualdades en salud a través de la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud", y que refleja tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud: 1) mejorar las condiciones de vida cotidiana para hacer frente a la desigual distribución del poder, dinero y recursos; 2) medir y comprender el problema y 3) evaluar el impacto de las acciones.

Se reconoce la necesidad de la participación y el diálogo con otros sectores y actores, en acciones de política coordinada e intersectorial. Se acepta que la equidad sanitaria es un componente que debe estar en todas las políticas, junto con la cooperación intersectorial. Se establece el compromiso de promover la colaboración con el sector privado, salvaguardia contra el conflicto de intereses, para contribuir al logro de la salud a través de políticas y acciones sobre

los Determinantes Sociales de la Salud; prestar especial atención a los aspectos relacionados con el género, así como en el desarrollo de las políticas públicas y sociales y los servicios de salud.

Se determina que para enfrentar los desafíos actuales, tales como la erradicación del hambre y la pobreza, garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso al agua potable y saneamiento, empleo y trabajo decente y protección social, protección de entornos y un crecimiento económico equitativo, se requiere de una acción decidida sobre los Determinantes Sociales de la Salud en todos los sectores y a todos los niveles. Para facilitar el acceso a los recursos financieros, se reafirman las disposiciones de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, así como el consenso de Monterrey de la Conferencia Internacional sobre el Financiamiento para el Desarrollo y se hace un llamado para lograr que todos los países destinen al menos el 0.7% del PIB en salud para el 2015.

Se recomienda que el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, sea considerado debidamente en el proceso de reforma de la OMS. También se recomienda que durante la 65ª Asamblea Mundial de la Salud se adopte una resolución respaldando esta declaración.

La nueva declaración, fue aceptada por los Estados Miembros de la OMS, comprometiéndose a trabajar para reducir las inequidades en salud tomando acción en cinco áreas principales: (1) adoptar mejor gobernanza para la salud y el desarrollo; (2) promover la participación en la formulación y aplicación de políticas; (3) reorientar al sector salud para reducir las inequidades sanitarias; (4) reforzar la colaboración y la gobernanza mundial; y (5) monitorear el progreso y la rendición de cuentas. En esta declaración los países reconocen la necesidad de tomar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud a nivel nacional y mundial.

Reflexionando el informe de Río

No obstante que existen buenas intenciones y compromisos en la nueva declaración de Río, sobre los Determinantes Sociales de la Salud; si se analiza el documento publicado por la OMS, destaca que no toma en cuenta temas relevantes como las condiciones de trabajo, las tendencias recientes de la industria alimentaria (alimentos chatarra), las patentes y su influencia sobre el acceso a los medicamentos, la escasa transparencia de la investigación farmacéutica, o las dudosas líneas de desarrollo de la tecnología médica. No se hace referencia a la importancia del Complejo Médico Industrial y sus intereses económicos, como determinante de las políticas de salud y de la gobernanza del sector. Por el carácter mercantil que se da a la salud en muchos países y sistemas de salud, existe una clara confrontación entre la Salud concebida como Derecho Humano y social que debe ser garantizado por el Estado, y la concepción de la salud como parte de los circuitos económicos del mercado.²

La salud, no depende solamente de la eficiencia de los sistemas de salud. La salud en general, y la esperanza de vida son el producto final, de una serie de determinantes sociales. Como lo resalta Margaret Chan, Directora de la OMS, (2010) es necesario “modelar los factores sociales y políticos que se han convertido en los determinantes últimos de la salud”. Entre ellos destacan, los niveles de pobreza, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, al agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a información, los grados de protección social, la inversión social, la inversión en salud pública y la vulnerabilidad frente al cambio climático.

La salud no está determinada mecánicamente por factores como el ingreso personal, sino es el ambiente epidemiológico en el que vive una persona el que determina el impacto sobre la morbilidad y la mortalidad de la población. El acceso a los servicios de salud y la naturaleza del seguro médico tanto público como privado, son

algunas de las influencias más importantes sobre la vida y la muerte. Igual ocurre con los otros servicios sociales incluyendo la educación básica, el orden y disciplina de la vida urbana al igual que el acceso al conocimiento médico moderno”³

En el tema de “gobernanza”, que se presenta en el informe de Río, predomina una lógica de intersectorialidad funcional, como si fuera un asunto técnico de coordinación de agendas, de corresponsabilidad de todos, sin jerarquía alguna. Las respuestas normativas coherentes para reducir las inequidades sanitarias exigen el establecimiento de la gobernanza para aclarar las responsabilidades individuales y conjuntas de diferentes actores y sectores en la búsqueda de la salud y el bienestar como meta colectiva.

El documento retoma a la Atención Primaria de Salud en términos muy generales, de tal forma que bajo este nombre podría encuadrarse casi en cualquier práctica o arreglo institucional público o privado, y/o mixto tanto en la prestación de servicios como en la administración de fondos. El predominio en la sociedad y en el sistema de salud de una concepción “biomédica” centra su interés en la atención a la enfermedad y soslaya la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, lo que requiere ser puesto en cuestionamiento y con ello consolidar las bases de una real “Promoción de la Salud”. Por otro lado incorpora la idea del aseguramiento “universal” como base para el acceso a los servicios pero con la especificación que serían de paquetes de servicios y no de todos los servicios requeridos.

En otros términos, el informe debe tomar como línea de base la explicitación de intenciones: “mejorar las condiciones de vida; mediar la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos; medir y conocer mejor las inequidades sanitarias” y avanzar sobre las formas concretas de cómo lograrlo.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los Determinantes Sociales y Económicos, como lo señala Luz Stella Álvarez Castaño en su artículo “Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá

de los factores de riesgo”, se ha demostrado con avances teóricos y evidencia científica sobre la influencia de la estructura social en el estado de salud de los individuos, los grupos y las naciones. Sin embargo en el documento de Río se postula el monitoreo del progreso, lo que pudiera reflejar que para algunos se trata de un campo de estudio en construcción, todavía no suficientemente delimitado, que en ocasiones tiende a confundirse con el tradicional enfoque de factores de riesgo.⁴

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera.

A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y en Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas. El modelo unicausal fue importado a Latinoamérica e influyó en la formación de los profesionales de salud y en las políticas sanitarias latinoamericanas prácticamente durante todo el siglo XX. Este modelo tuvo como punta de lanza su efectividad en el control de enfermedades infecciosas de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar la propagación de infecciones.⁵

Contrariamente a su predominio, el higienismo y su fundamentación biológica agotaron su capacidad para explicar la génesis de las enfermedades y su eficacia para prevenirlas y tratarlas. Esta derrota

se debió en parte al destacado lugar que en este momento ocupan en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y los países en desarrollo las enfermedades crónicas de origen multicausal.

El modelo unicausal se reforzó en las últimas décadas del siglo XX con el mercado en la prestación de los servicios de salud, derivada de las llamadas reformas neoliberales. Países en todos los continentes aplicaron reformas a sus sistemas de salud que privilegiaron la rentabilidad económica de los nuevos actores de los sistemas provenientes del sector financiero, por encima de la solución de los problemas de la población, relegando la evidencia científica que demuestra la influencia crucial que el mejoramiento de la alimentación, la provisión de agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la fabricación de las viviendas tuvieron sobre el aumento en la esperanza de vida y en la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en los países europeos; influencia que supera el aporte realizado por el desarrollo y la expansión de los servicios e instituciones de salud.

La supremacía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata, en relación con la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con un fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. Por el contrario, bajo el modelo neoliberal se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas.

Ante el modelo neoliberal, la OMS en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los Determinantes Sociales y Económicos de la Salud⁶, implementando una estrategia que buscaba aplicar el conocimiento científico acumulado en

relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud y recuperar las estrategias de Atención Primaria de Salud, por tal motivo la perspectiva de los determinantes se deslinda claramente de las reformas neoliberales y al mismo tiempo denuncia su fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos.

No obstante lo anterior la directriz de la OMS de 2004 catapultó un sinnúmero de investigaciones y artículos académicos alrededor del mundo sobre los determinantes sociales de la salud, estudios que, desgraciadamente en ocasiones, contribuyeron a generar confusión al utilizar el concepto sin especificar sus alcances e implicaciones. Tal es el caso de México en donde se confundieron las políticas de la atención primaria de la salud con atención médica de primer nivel. Pero esto será motivo de otro tema

Como lo observa Graham⁷, el concepto sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua como los Determinantes de la Salud y los Determinantes de las Inequidades en Salud.

Propuesta

Resolver la ambigüedad sobre el concepto de Determinantes Sociales de Salud, es fundamental para que la perspectiva de su estudio, cumpla un papel realmente transformador, pues de lo que se trata es del estudio de los determinantes sociales y de las inequidades en salud. Como lo plantean Solar & Irwin⁸, lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. Por lo tanto, es un concepto diferente a la tradicional

perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales.

Por centrar su interés en las diferencias en condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas, que son evitables⁹. Su centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias en el estado de salud de los grupos sociales.

Referencias Bibliográficas

1. Declaración política sobre determinantes sociales de la salud Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre de 2011. Consultada en <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/index.html>. Nov 2011.
2. Informe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. 10 de junio de 2011. consultado en <http://www.alames.org> en noviembre de 2011.
3. Bernardo Kliksberg. Estrategias Y Metodologías para promover la Participación Social en la definición e Implantación de Políticas Publicas de Combate a las Inequidades en Salud. Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales De La Salud. Rio De Janeiro, Brasil, Octubre 2011.
4. Álvarez Castaño, Luz Stella. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79, junio-diciembre de 2009
5. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
6. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. PloS Medicine 2006. June 3; (6): e106.
7. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q. 2004; 82(1): 101-24.
8. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and health. Health Promot Int. 1991; 6(3): 217-28.