

Determinantes Sociales de la Salud ¿Se requiere de un marco conceptual de los DSS y la Equidad en Salud para los países de LA y México?

Javier E. Jiménez Bolon¹

Diego J. Hernández²

1. El contexto

En el entorno global, en México al igual que en otros países de la Región de América Latina se han obtenido, en los últimos cincuenta años, importantes progresos en la lucha contra las enfermedades, en la consolidación de las instituciones y en el desarrollo de nuevos esquemas para la prestación de los servicios de salud;¹ sin embargo, a pesar de los avances registrados aún prevalece un alto porcentaje de enfermedades infecciosas y por desnutrición asociadas al subdesarrollo, y paradójicamente hoy se registra una alta prevalencia de padecimientos como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes que caracterizan a los países avanzados.

En lo particular, los avances logrados en la construcción de evidencias científicas para la medición de los fenómenos sociales han mostrado enormes diferencias en las condiciones de salud entre personas y grupos de población que hacen más compleja la prestación de los servicios de salud.

Estas diferencias de condiciones han sido conceptualizadas como determinantes sociales de la salud (DSS) y la OMS los define como: ²

... las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Para atender esta condición derivada de las inequidades persistentes en materia de atención a la salud y al desarrollo integral de los integrantes de una sociedad, la OMS estableció en 2005 la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la*

¹ Profesor Investigador Departamento Relaciones Sociales. DCSH. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Investigación en Salud y Demografía, S. C.

² Investigación en Salud y Demografía, S. C.

Salud., la cual tiene como propósito promover recomendaciones generales bajo tres principios básicos:³

1. *Mejorar las condiciones de vida cotidianas.*
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.*
3. *Medir la magnitud del problema.*

En este sentido el enfoque de los *DSS* tiene una mayor relevancia cuando consideramos que gran parte de las desigualdades se ven afectadas por los gradientes sociales; de tal forma que a pesar de los importantes avances en salud que se han logrado en nuestra sociedad, falta mucho por hacer para disminuir esos elevados gradientes entre grupos específicos de poblaciones, edades y sexo.

Es decir, si bien el gradiente social de la salud se considera como una situación universal, su magnitud y su extensión pueden variar de un país a otro;⁴ de ahí que no sea una novedad que América Latina sea reconocida como una de las regiones más inequitativa de la región en términos de ingreso y de diferencias sanitarias.⁵

En este contexto, la formulación de un modelo de *planeación del desarrollo con base en los DSS para lograr la Equidad en Salud*, debe fundamentarse en pruebas científicas que permitan:⁶

- Identificar cuáles condiciones sociales generan inequidades en salud.
- Mostrar la relación que los determinantes principales guardan entre sí.
- Proporcionar un marco para evaluar los *DSS*.
- Decidir cuáles son los *DSS* más importantes de abordar.
- Proyectar niveles concretos de intervención y puntos de entrada en las políticas, para la acción en los determinantes sociales.

Estas condiciones deben ser determinadas para cada país y adaptarla a la regionalización interna correspondiente; lo favorable es que todo parece indicar que hay cada vez un mayor convencimiento entre países, de que la estrategia de planeación en los años por venir, debería utilizar el enfoque de los determinantes sociales (*DS*) para lograr la *Equidad en salud (ES)*.

Hablar de equidad en cualquier ámbito contiene una doble carga: lo moral y lo emocional. Cualquier forma de disparidad en la que alguien resulte con una menor oportunidad de desarrollo lleva a la gente a culpar a los sistemas económicos, a los actores políticos o a factores morales y sociales. En salud no es distinto, es conocido que el ideal de la *ES* no es que todos gocen de la misma salud, pues se sabe que esto es imposible debido a las cargas genéticas hereditarias; es decir, de tener dos personas casi idénticas (similares en términos de empleo, lugar donde radican, alimentación, educación, etc., pero diferentes en la carga genética), gozarán de salud distinta dependiendo de factores no controlables. Lo que si se puede y se debe hacer, es garantizar el acceso a los servicios de salud,

o intentar que aquellas diferencias en salud que puedan ser evitadas, vía programas sociales, si se conoce la circunstancias de cómo vive la gente sean eliminadas o reducidas al mínimo.

En consecuencia, *ES* implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.⁷

2. ¿Se requiere de un marco conceptual de los DSS y la Equidad en Salud para los países de LA y México?

Los *DSS* engloban las causas o predisposiciones que pueden tener los seres humanos debido a razones tanto exógenas como endógenas. Estas causas no implican que el tener una predisposición conlleve a sufrir una enfermedad, pero si implican una tendencia para tener cierta calidad de vida de forma que ésta pueda ser dispar entre los habitantes de un mismo país.

Un marco conceptual (*MC*) debe dejar claro las prioridades para actuar sobre los *DSS* en general (las condiciones sociales que afectan la salud de la población) o sobre los *DS* de las desigualdades en salud (oportunidades, niveles de vida y estilos de vida) que se asocian a las distintas posiciones en la sociedad.⁸

En este contexto, un *MC* para México, como esquema para definir las líneas de intervención en los *DSS*, *no sólo es requerido sino que debería ser una prioridad referente para la planeación y actuación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF)*, así como para los ámbitos de gobierno estatal y municipal.

Es claro que un *MC* congruente con las condiciones sociales, demográficas, epidemiológicas y ambientales del país y, fundamentalmente, aprobado por todos los actores involucrados en las políticas económica y social, permitirá dar el énfasis de los *DSS* en la formulación de políticas y programas que permitan demostrar, documentar y evaluar las propias políticas, las prácticas, el liderazgo y hacer factible la expansión a escala nacional en forma continuada.

Es de relevancia considerar que en México, la Ley de Planeación norma los mecanismos que debe utilizar el gobierno federal para elaborar los planes y programas que procuren el desarrollo nacional y que una oportunidad única es que en la formulación del plan nacional de desarrollo (*PND*) sexenal⁹, se privilegie *el enfoque de los DSS para la ES*. El *PND* contiene las líneas de las políticas económica y social y es el referente para la formulación de los programas sectoriales y especiales. Se tiene presente que los programas sectoriales se

operacionalizan a través de los programas federales presupuestarios y es en estos donde deben incluirse las acciones para atender los *DSS*.

En este sentido, las políticas y los programas podrían tener un mayor impacto en términos de eficacia (objetivos) y eficiencia (recursos) si existiese una medición correcta y una forma de acercarse al problema con conocimientos adecuados sobre las estrategias conjuntas a implementar. Es decir, si se puede conocer ex ante la información necesaria para el diseño de los programas, la aplicación de éstos puede resultar más benéfica, pues se podría determinar de mejor manera qué líneas de acción ejecutar en qué localidades y bajo qué circunstancias.

Uno de los aspectos que deben ser explícitos en la formulación del *MC* es la definición de los actores de quienes dependerá que las intervenciones sean eficaces; entre otros, se consideran las dependencias y entidades de la *APF*, los ejecutivos estatales y municipales, los organismos del sector privado, las organizaciones civiles, sociales y no gubernamentales, las universidades e instituciones académicas y los medios de comunicación. Es claro que el éxito de la intervención con base en *los DSS para lograr la ES*, sólo será posible a través de procesos participativos con el sector público, la sociedad civil y la iniciativa privada, con base en políticas públicas que gocen de apoyo nacional, estatal y municipal y que estén respaldados por estudios científicos sobre medidas eficaces que promuevan la *ES*¹⁰ y que permitan conocer el grado de avance y la rendición de cuentas.

La construcción del *MC* es la oportunidad para incorporar el uso de diversos tipos de indicadores como herramientas de evaluación, en el marco de la normativa institucional referida en las estrategias de la gestión basada en resultados (*GbR*) y el presupuesto basado en resultados (*PbR*) en el contexto del Sistema de Evaluación del Desempeño (*SED*)¹¹, el Programa de Mejora de la Gestión (*PMG*)¹² y los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la *APF*¹³.

Con base en los planteamientos del *MC*, es recomendable explorar si los municipios son, como unidad política y organizacional reconocida y con asignación presupuestal definida, la instancia adecuada para ejecutar de forma integrada las acciones seleccionadas con base en el enfoque de los *DSS*. Acordar prioridades y actuar de forma conjunta en este nivel del municipio puede ser, sin duda, una de las principales aportaciones de la definición de un marco conceptual específico para México, y con adaptaciones a las condiciones regionales que se identifiquen.

Los ejecutivos estatales tienen la atribución, en su plan estatal de desarrollo, de elegir al municipio como el área objetivo para actuar, de forma conjunta e integrada, sobre las condiciones sociales que afectan la salud. Es decir, aplicar de forma integral el enfoque de los *DSS*.

La actuación conjunta e integrada se refiere a intervenir en una misma vivienda o familia (o comunidad) para resolver de forma simultánea las condiciones sociales desfavorables; como ejemplo se mencionan los siguientes: en el corto y mediano plazos sobre educación, servicios de salud, nutrición; en el corto plazo, piso firme, agua potable, drenaje o letrinas. No actuar antes ni después, sino en el tiempo preciso en un horizonte definido. En el caso base del municipio, el horizonte de tiempo no debería ser mayor a tres años.

Los *DSS* son una condición necesaria para reducir la disparidad en las sociedades. Dicha disparidad muestra una relación clara: las desigualdades en salud muchas veces también implican desigualdades sociales,¹⁴ y éstas muchas veces muestran el avance económico que tiene un país. La identificación de los *DS* puede ayudar al rápido monitoreo de situaciones de riesgo así como a la retroalimentación del avance o retroceso generado por las políticas llevadas a cabo. La gestión de éstos puede servir para mejorar aquellos programas que resulten deficientes o que tengan mala gestión. Por ejemplo, si se define una manera de determinar qué tanto impacto han tenido aquellos programas destinados a disminuir el uso de tabaco, se podría verificar los lugares, así como la población objetivo y sus resultados en el corto y mediano plazos.

La idea en sí no es proponer el *MC* de los *DSS* como solución a todos los problemas de salud pública, sino para minimizar todas aquellas diferencias en la salud que la administración pública con otros actores sociales y a través de programas federales, pueda evitar. Desde hace años se ha hecho evidente que los niños con dificultades de salud muchas veces se convierten en adultos con mayores dificultades de salud. Esto se puede deber a condiciones insalubres de vivienda o a mal acceso a la salud pública. Romper este ciclo ayudaría de doble manera a la gente, pues el costo de mantener una población sana es menor al de una población con problemas de salud (llámense diabetes, obesidad, etc.). El rol de los profesionales de la salud pública es ayudar a romper este ciclo.¹⁵

Las recomendaciones generales que promueve la *OMS* están completamente relacionadas entre sí. Luchas contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos nos llevará a mejorar las condiciones de vida cotidianas. Si se logra estudiar, usando un *MC*, las causas no escritas se podrían encontrar detalles que no han sido plenamente estudiados (para regiones y situaciones específicas). Saber que una persona murió de cáncer no nos dice más que la causa de muerte. En cambio, si se puede saber que esa persona consumía tabaco o tenía una exposición mayor al sol debido al lugar dónde vivía, entonces se puede saber qué es lo que hay que hacer para reducir el número de incidencias de esos casos al menor posible. La obesidad, como tal, pocas veces es mencionada como causa de muerte. La pobreza nunca es vista como condicionante de muerte¹⁶; sin

embargo, todas estas si son determinantes sociales que pueden explicar las condiciones de vida de la población en general. Saber las circunstancias de cómo vive la gente puede mejorar el cómo explicar, de mejor manera, las causas de muerte y las enfermedades.

Se necesitan modernizar los mecanismos de recolección de datos, pues es muy importante tener adecuadas fuentes de información, tanto para justificar y diseñar nuevos proyectos, como para poder explicar y medir de mejor manera los programas ya existentes. Se podrían verificar los niveles y condiciones de salud para diferentes ámbitos de desagregación y esquemas de regionalización; por ejemplo: geográficos, temáticos y grupos prioritarios de población (localidades, edades, sexo o alguna combinación de estos). Existe algo más grave que no tratar un problema: no saber que este problema existe o hacer como que no sabemos. Al momento de tratar a alguien por cualquier situación de salud no sólo se debe buscar mejorar su salud inmediata sino también intentar que dicha enfermedad no se repita.

Se puede hacer referencia a un comentario hecho por el Ministro de Sanidad y Política Social de España,¹⁷ en un documento dirigido a la Unión Europea para su discusión que refiere: “Es necesaria una mejora de la monitorización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de estas desigualdades para apoyar la formulación y evaluación de políticas e intervenciones con la extensión, tamaño e intensidad necesarias en una diversidad de sectores”. Es decir, de existir mayor información concerniente a las causas de los problemas de salud, se puede actuar de una manera más eficiente en términos reales; actuar sin una adecuada coordinación intersectorial e interinstitucional no siempre conlleva a resultados positivos. Mejorar en términos de medición puede ayudar a disminuir el gradiente social de la salud.

Un programa social que no vea por evitar el problema a mediano o largo plazos se termina convirtiendo en un programa social ineficiente y su efecto final termina siendo nulo. He aquí donde entran los *DSS*: si se puede saber el problema y las circunstancias que puedan llevar a una persona a tener predisposición por este problema, entonces se puede actuar de manera conjunta para evitarlo en el corto, mediano y largo plazos.

Es importante considerar que los marcos conceptuales y los contenidos de las discusiones en salud pública se modifican de forma permanente bajo la influencia de diversos y nuevos factores¹⁸; es decir, definir un *MC* congruente con las condiciones específicas de cada país es imprescindible; sin embargo, también debe considerarse que su actualización es permanente.

3. ¿Cuáles serían los beneficios de contar con un marco conceptual específico para México?

Las aplicaciones son de diferente índole; una primera perspectiva se relaciona con que el Congreso de la Unión como actor principal de la visión jurídica, tenga la referencia para la formulación de jurisprudencia en materias relacionadas con la ES y los DSS; entre otros temas: la consolidación de la promoción de la salud, el redimensionamiento de la protección social de la salud, el otorgamiento de certidumbre jurídica a la soberanía alimentaria y la máxima atención a los grupos indígenas.

Otro aspecto refiere que un MC, claro y didáctico, también ayudaría a que los responsables del Sector Salud puedan convencer a otros actores de la política social y económica, en trabajar juntos y al mismo ritmo en áreas geográficas prioritarias del país, definidas conjuntamente; esto contribuiría a resolver al mismo tiempo, las desigualdades sociales de tal forma que se dé respuesta a la pregunta que permea en el pensamiento de muchas organizaciones y tomadores de decisión: *¿De qué sirve curar a las personas enfermas si luego regresan a las mismas condiciones de vida que causaron las enfermedades?*

En México, un programa federal que ejemplifica la integración de algunos de los principales determinantes sociales y de salud es el denominado *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, que al conjuntar acciones de educación, salud y alimentación ha tenido un éxito y una cobertura familiar muy importante; actualmente es la base de la política social del Gobierno Federal, como lo ha sido en las dos administraciones federales anteriores.

Sin embargo, es importante reconocer que, en general, la actual organización de los programas federales promueve la desarticulación de acciones y que se genera un principio de ceguera programática. Aunque, las poblaciones objetivos de dichos programas sean las mismas se ven desde ángulos diferentes. No se sabe ¿cuánto cuesta la duplicidad de los programas federales? Debe considerarse que a pesar del avance en la política social y el éxito de algunos programas federales, aún no se cuenta con un padrón único de beneficiarios.

Por otra parte, contar con un MC en el que se identifiquen las condiciones sociales que determinan la salud también permite la oportunidad de definir las prioridades de atención y, en consecuencia, identificar los medios y recursos que se requieren para lograr las modificaciones esperadas. En particular, debe precisarse el monto de la inversión y las fuentes de financiamiento y disponibilidad de recursos en el corto y mediano plazos. Como ilustración, si se actuara en el ámbito municipal, los recursos podrían derivarse, entre otras fuentes, de lo previsto en los programas sociales de carácter federal, la aplicación del fondo de aportaciones a

la infraestructura social municipal¹⁹ y de los recursos propios de cada gobierno estatal.

4. Conclusiones

El enfoque de los *DSS* es necesario, entre otras razones, para el reconocimiento de los factores que pueden llevar a alterar la salud por cuestiones que puedan ser modificadas por políticas públicas. Es imperativo tener un referente programático a seguir -Marco Conceptual- como eje rector de las políticas y los programas sociales. La retroalimentación que se podría lograr de tener formas de medición eficaces conllevaría a una mejora en la equidad en salud, es decir, contribuiría a una disminución en el gradiente social de salud. También permitiría conocer con mayor certeza qué programas son necesarios en qué localidades: no son las mismas estrategias y líneas de acción que deban cubrir al sureste del país que a la zona centro.

Es decir, se necesita un *MC* específico para cada país y para cada región, ya que si se dice que la educación es un *DSS*, debe precisarse qué tipo de educación y para qué grupo de población, lo cual evidentemente presenta diferencias. Asimismo, es necesario definir en el nivel de decisión mayor, quiénes o qué área o dependencia de la APF debe liderar los *DSS*.

De igual forma es prioritario el redimensionamiento de la promoción de la salud que incluya a todos los actores relacionados con los *DSS*; es decir, incorporar a la definición tradicional el que los directivos que a nivel global toman decisiones, estén convencidos de los beneficios de actuar de forma conjunta y con integralidad, para atender las desigualdades en salud.

Es momento de actuar: la salud, junto con la educación, son la base de toda sociedad. Aumentar la salud ayudaría a aumentar la productividad. En niños esto se podría ver reflejado en un aumento en la educación. Niños en mejores condiciones de salud son niños que pueden poner más atención en la escuela. En adultos, se aumenta la capacidad laboral teniendo, como consecuencia, mejoras económicas.

La disminución de las desigualdades en salud debe ser una prioridad de cada país o forma de gobierno; su atención sería un primer paso para eliminar los contrastes entre regiones.

Para contribuir a un México más homogéneo y más equitativo, la *Equidad en Salud* es un principio que debe quedar representado al más alto nivel jurídico de las leyes y reglamentos relacionados con los *DSS* y debe ser un objetivo estratégico en las políticas económica y social, en todos los programas sectoriales

y en los instrumentales que de éstos se deriven. Para ello, se debe empezar por definir de mejor manera los problemas que condicionan las desigualdades en salud; esto permitiría afrontarlos como oportunidades de crecer.

En este contexto, un *MC* de los *DSS* específico, es una oportunidad idónea para dar un paso contundente hacia la construcción de un México más equitativo.

Embargado

Para que una condición social sea considerada un determinante de la salud debe fundamentarse en la evidencia científica; sólo bajo esta condición podrá definirse como un DSS.

Embargado

Bibliografía citada

- ¹ México, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, Secretaría de Salud, 2007
- ² Organización Mundial de la Salud. (2010) *Determinantes Sociales de Salud*. Revisado el 13 de Octubre de 2010 en http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
- ³ Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. / *Resumen Analítico del Informe Final. Recomendaciones generales de la Comisión*.
- ⁴ Margaret Whitehead, Goran Dahlgren, *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud*; Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud. Universidad de Liverpool.
- ⁵ *Exclusión Social y Extensión de la Protección Social en Salud*; Pedro Brito, Gerente de Área, DPM/SHD, PAHO.
- ⁶ Panel: *Las oportunidades para que los Estados miembros y la oficina de la OPS/OMS impulsen el trabajo de la Comisión*; Introducción: *Acción a nivel de país*; Christine Brown, Oficina de Venecia de la OMS.
- ⁷ Margaret Whitehead, Goran Dahlgren, *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*. Parte 1.
- ⁸ Graham, H. *Social Determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings*. The Milbank Quarterly, 82
- ⁹ México. Ley de Planeación. Capítulo Cuarto. Plan y Programas. Artículo 21, consultada el 13 de octubre de 2010 en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/L-56.pdf>
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. / *Resumen Analítico del Informe Final. Capítulo de Actores*.
- ¹¹ SHCP, Sistema de Evaluación del Desempeño, consultado el 10 de octubre de 2010 en <http://dgpop.salud.gob.mx/descargas/sed.pdf>
- ¹² SFP, Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012, consultado el 10 de Octubre de 2010 en <http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/pmg.html>
- ¹³ SHCP, SFP, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Lineamientos Generales para la Evaluación de Programas Federales de la Administración Pública Federal*, publicado en el DOF del 30 de Marzo de 2007.
- ¹⁴ López Arellano, O., Escudero, J. C., & Carmona, L. D. (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES. Medicina Social, 3 (4).
- ¹⁵ Foege, W. H. (2010). *Social Determinants of Health and Health-Care Solutions*. Public Health Reports, 125 (2010-4), 8-10.
- ¹⁶ Foege, W. H. (2010). *Social Determinants of Health and Health-Care Solutions*. Public Health Reports, 125 (2010-4), 8-10.

- ¹⁷ Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2010). Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud. Madrid.
- ¹⁸ OPS/OMS. 47o Consejo Directivo. 58a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006
- ¹⁹ Cámara de Diputados, Centro de Estudios de Opinión Pública. Ramo 33, Subsidios y Reglas de Operación.

Embargado