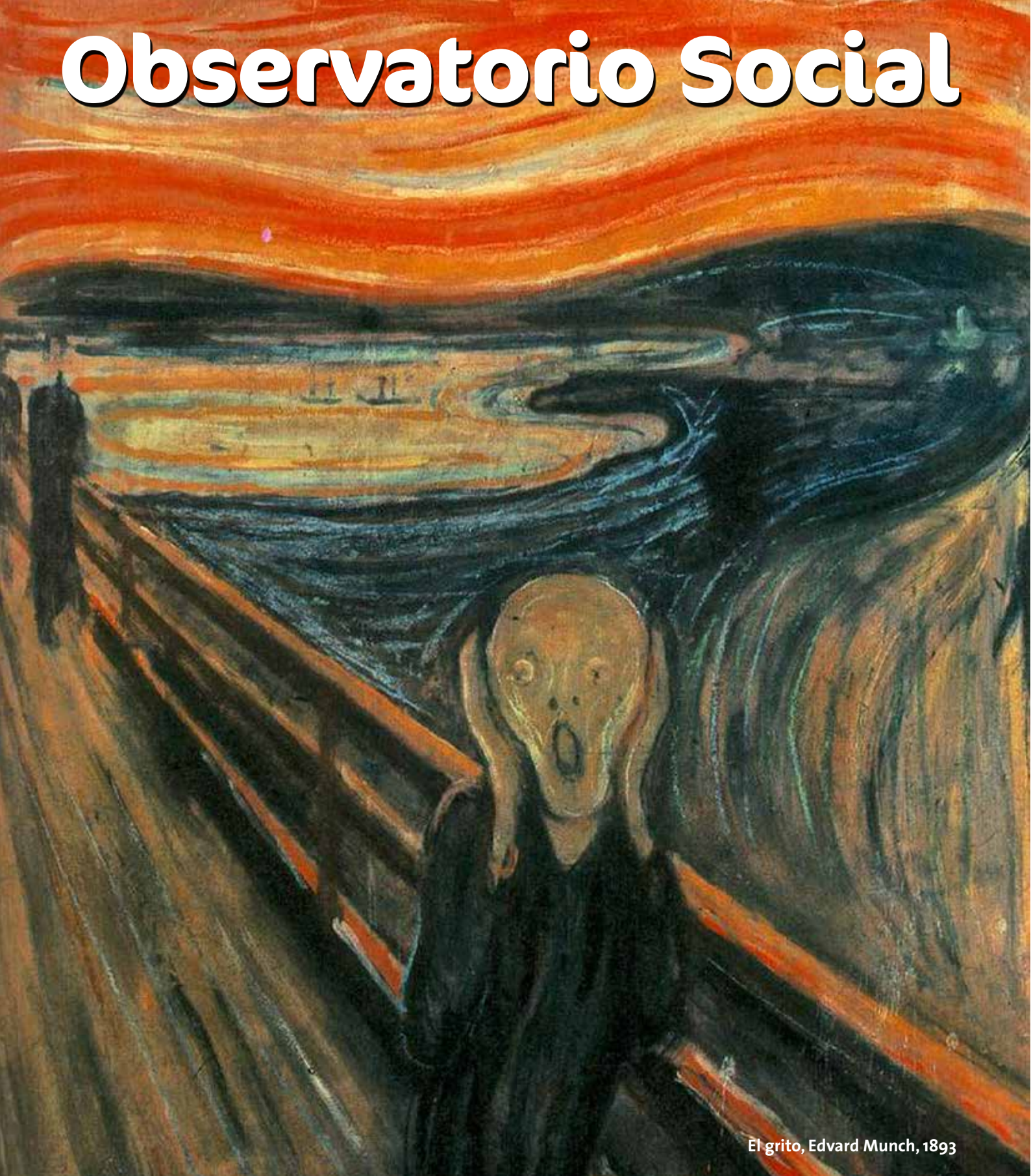


Observatorio Social



El grito, Edvard Munch, 1893

Un desafío pendiente

Los condicionantes
sociales de la salud

| 41

Observatorio Social

Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social
Número 41 • Mayo de 2014

Av. de Mayo 1437, 4° G, (C1085ABE),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Teléfonos: (+54 11) 4384.6125 ó 4384.6128
observatorio@observatoriosocial.com.ar
<http://observatoriosocial.org.ar>

Directores

Gabriela V. Agosto

Miguel Paradela Di Riso

Propietario

Asociación Civil Observatorio Social

Editores

Fernanda Schilman

Malena Rimedio

Comité editorial

**Dra. Esther del Campo, Dra. Sonia Draibe, Lic. Rodrigo
Gómez Iza, Dr. Oscar Luengo, Dr. Rafael Martínez Puón,
Dr. Aldo Nerí, Lic. Guillermo Pérez Sosto, Dr. José Ruiz
Valerio, Lic. Eduardo Suárez, Dr. José Sulbrandt.**

ISSN 1667-586X

Docke diseño y comunicación · <http://www.docke.com.ar>

*Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido sin
la previa autorización del editor. Las notas firmadas son responsabilidad
de sus autores.*

SUMARIO #41

En la presente edición convocamos a reflexionar sobre: “Los condicionantes sociales de la salud”.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe presentado en la 62a Asamblea Mundial de la Salud del año 2009, expuso tres desafíos para mejorar el impacto de los determinantes sociales de la salud: primero, mejorar las condiciones de vida; luego, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; y finalmente, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En esta edición, reflexionaremos acerca de los condicionantes sociales de la salud, haciendo especial referencia a: las medidas tendientes a la mejora de las condiciones económicas, sociales y de infraestructura; el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria; y, la promoción de la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar. Pondremos énfasis también, en la importancia de contar con información sanitaria para seguir y medir la salud de la población y sus condicionantes, detectar las inequidades sanitarias y medir el impacto de las políticas sobre la equidad sanitaria.



Observatorio Social

Comprender mejor para hacer mejor

4 **HUGO COHEN** (médico psiquiatra y asesor para la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud OPS-OMS) analiza en este artículo tres ejes que le permiten conocer el contexto actual de la salud mental: el epidemiológico, el jurídico-legal y el político-institucional.

8 **MARISA AIZENBERG Y ANAHÍ PROPATTO** (Directora y Coordinadora respectivamente del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires UBA) analizan la normativa sanitaria existente en la Argentina.

10 **CARLOS JAVIER REGAZZONI** (Subsecretario de Gestión Económico Financiera y Administración del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires GCBA) sostiene que invertir en salud es fundamental para acelerar el desarrollo de las naciones; pero que esta meta es imposible al margen de un conjunto de otras medidas sociales que fomenten un basamento para el desarrollo del sistema sanitario.

12 Finalmente presentamos un artículo generosamente cedido para su reproducción por la Pan American Health Organization-World Health Organization “Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas” elaborado por **MICHAEL MARMOT, ALBERTO PELLEGRINI FILHO, JEANETTE VEGA, ORIELLE SOLAR Y KIRA FORTUNE.**

Dimensiones sociales de la salud mental: el marco de la Organización Panamericana de la Salud

✍️ *Hugo Cohen*

Desde el enfoque de salud pública, debemos analizar tres ejes para conocer el contexto actual de la salud mental: el epidemiológico, el jurídico-legal y el político-institucional; y a ello nos abocaremos en este artículo.

HUGO COHEN es médico psiquiatra y master en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Actualmente se desempeña como asesor subregional en Salud Mental para Sudamérica Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). cohenh@arg.ops-oms.org

Epidemiológico

Considerando la carga de enfermedad en Latinoamérica y el Caribe, los trastornos mentales severos son el principal problema de salud, le siguen las lesiones (violencia, suicidio, homicidio, accidentes) y luego, los problemas cardíacos y el HIV (o VIH, Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

Dentro del grupo de los trastornos mentales, el alcohol y la depresión son los principales problemas. En palabras sencillas: el principal problema de salud en la región son los trastornos mentales y de ellos, el alcohol es el más significativo. Como factor de riesgo para la salud, el alcohol supera incluso al tabaco (1).

Ante este panorama, los estudios muestran que los países destinan pequeñas proporciones de su presupuesto de salud para la salud mental (2.5% promedio para la región; el 70% de éste, se destina a hospitales psiquiátricos. Un ejemplo cercano lo constituye la Colonia Montes de Oca, en la localidad de Luján, con un presupuesto anual de 141 millones de pesos aproximadamente para la atención de algo más de 700 personas internadas, según datos del Ministerio de Salud, 2012). O sea, encontramos escasos, inequitativos e ineficientes servicios para atender a la población que lo necesita (2). Surge así la dimensión de la brecha: entre un 75 y un 85% de las personas con algún trastorno mental severo no recibe absolutamente ninguna atención en Latinoamérica y el Caribe (3).

Jurídico legal

Son diversas las declaraciones, tratados y acuerdos internacionales firmados por los países en la sede de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) que abordan los derechos humanos de las personas con trastorno mental severo. A los fines de este artículo, vale aquí mencionar la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, año 2006, ratificado por ley por el Congreso Nacional. La sanción a tres países por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (4) y los fallos de la Corte Suprema de Justicia de Argentina son otros antecedentes para considerar (5). Más adelante, se explicará la trascendencia de estos instrumentos a la hora de considerar los condicionantes sociales de la salud mental.

Político-institucional

Impulsados por la magnitud del problema (cantidad de población afectada e inaccesibilidad a servicios adecuados) y de acuerdo a los tratados suscriptos, en la búsqueda de respuestas inmediatas, las máximas autoridades de salud de los países han avanzado asumiendo diversos compromisos entre los que cabe mencionar: la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental (2009) y el Plan de Acción Global en Salud Mental, aprobado por los Ministros de Salud de 194 Estados Miembros, en mayo del 2013, durante la Asamblea Mundial de la Salud (6). Se establece así, por primera vez en la



En palabras sencillas: el principal problema de salud en la región son los trastornos mentales y de ellos, el alcohol es el más significativo. Como factor de riesgo para la salud, el alcohol supera incluso al tabaco.





» historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la salud mental debe incorporarse activamente en las políticas de Estado; que es necesario desarrollar servicios de salud mental basados en la comunidad y sustitutivos de los hospitales psiquiátricos; que los usuarios y sus familias deben participar activamente en el desarrollo de los nuevos sistemas; que se debe promover la prevención y la promoción de la salud mental; y que urge la capacitación al personal de salud. Para el período 2013-2020: “*Se promueve el bienestar en salud mental; prevenir trastornos mentales; proveer cuidados; estimular la recuperación; abogar por los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad para las personas con trastornos mentales*” (7).

Ya se mencionó que una instancia decisiva que orienta los nuevos abordajes en salud mental lo constituye la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por su sigla en inglés). Ella establece que todas las personas son capaces hasta que se demuestre lo contrario, produciendo un significativo corrimiento de los enfoques de salud mental anteriores que se basaban predominantemente en motivos internos de la personas (biológicos y/o psicológicos); por otro que pone el énfasis en los apoyos y soportes que la persona reciba, más que en su diagnóstico específico individual. De este modo, pasa a ser determinante el entorno socio-familiar y comunitario, las condiciones de vida y el ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía como condicionantes de la recuperación de la persona.

Numerosos estudios basados en la evidencia científica han demostrado la relatividad de los recursos terapéuticos tradicionales (psicofármacos o psicoterapia) cuando se los vincula con variables como trabajo, vivienda, escolaridad, entre otros. Por ejemplo, grupos de personas

externadas de hospitales psiquiátricos requerían menos cantidad de medicación en comparación con otro grupo con similares diagnósticos, cuando obtenían un trabajo y estaban satisfechos con lo que hacían (8).

Los determinantes sociales adquieren relevancia porque su abordaje posibilitaría prevenir problemas emocionales y a su vez, permitirían priorizar las políticas y orientar los recursos a destinar.

Diversos estudios científicos han demostrado que existen factores de stress económico, político y social que determinan la posibilidad mayor de padecer un trastorno mental. Los bajos ingresos, el desempleo o la inestabilidad laboral son claros ejemplos en el plano económico. La pobreza y la exclusión social reducen los años de vida. La violencia y la inseguridad, así como vivir en situaciones sociales adversas, representan condiciones propicias para enfermar y también de una muerte anticipada (9). Migraciones o desplazamientos forzados son muy frecuentemente condiciones para un severo padecimiento mental.

Se ha visto que las personas aisladas socialmente tienen mayores problemas en su salud mental que las otras. En sentido contrario, sociedades con una mayor cohesión social con fuertes redes sociales de apoyo son más saludables que otras. También la escolaridad es un factor protector para la salud mental de la persona. “*Es tal la influencia del entorno social para la salud de la persona que actualmente se sostiene que la expresión de los genes se puede configurar por agentes exógenos y ser moldeada por la experiencia social*” (10). Está visto que dos personas afectadas por la misma expresión genética como por ejemplo, el síndrome de Down, podrán tener distinta evolución durante su vida ya sea si se la ha estimulado adecuadamente o ha carecido de ello.

“

Diversos estudios científicos han demostrado que existen factores de stress económico, político y social que determinan la posibilidad mayor de padecer un trastorno mental. Los bajos ingresos, el desempleo o la inestabilidad laboral son claros ejemplos en el plano económico. La pobreza y la exclusión social reducen los años de vida. La violencia y la inseguridad, así como vivir en situaciones sociales adversas, representan condiciones propicias para enfermar y también de una muerte anticipada.



Desde mediados de los años 1950, sabemos que es determinante para un buen desarrollo del niño, el apoyo adecuado en sus primeros tiempos de vida así como el acompañamiento de su madre. Se podría continuar con una larga serie de ejemplos pero para no abrumar al lector es conveniente aquí articular alguno de los conceptos ya desarrollados.

El estigma de aquel que padece un trastorno mental y su discriminación lo alejan de la posibilidad de un tratamiento y rehabilitación. Los sistemas de salud mental basados en los hospitales psiquiátricos refuerzan el estigma y alejan a la persona de las posibilidades de recuperación: el 90% de las personas internadas en los manicomios debería ser atendida en su comunidad, la peligrosidad es parte del estigma y no tiene fundamento científico en el siglo XXI (11).

Los países, al desarrollar sistemas de salud mental insertos en su sistema general de salud, donde la atención de la misma sea una instancia más junto al conjunto de problemáticas, evitan la discriminación, promueven la posibilidad de un tratamiento adecuado y una activa inclusión social. Pero también, posibilitarían actuar de manera prioritaria en la prevención y promoción de la salud mental interactuando con las instituciones del Estado evitando las situaciones que afectan la salud mental de las personas y en cuya resolución las psicoterapias o los psicofármacos son pobres respuestas.

Sólo de este modo se podrán hacer efectivos los derechos que establece la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad: el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y a la libertad y seguridad de la persona (art. 12 y 14); el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19); el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

física y mental (art. 25); derecho a un nivel de vida adecuado (art. 28).

En síntesis, es necesario la decisión política, un cambio de actitud en los profesionales y el empoderamiento de los usuarios y los familiares.

ARGENTINA HA DADO UN GRAN PASO CON LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657, LA QUE ESTABLECE CON CLARIDAD LA NECESIDAD DE PROVEER SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS; OBLIGA A BRINDAR SOPORTES ADECUADOS PARA LA ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA PERSONA EN SU MEDIO COTIDIANO; SOPORTES QUE SON UN REQUISITO PARA LA MAYOR AUTONOMÍA POSIBLE Y SU DIGNIFICACIÓN COMO SER HUMANO. EL DESAFÍO ESTÁ PUESTO AHORA EN SU PLENA APLICACIÓN.★

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Organización Panamericana de la Salud (OPS), Consejo Directivo 49; Washington DC: OPS 2009.
- 2-The Lancet, septiembre 2007.
- 3-Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo 49; Washington DC: OPS 2009
- 4-Cantón Santiago, El derecho internacional como instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad mental: la experiencia del sistema interamericano; Cohen Hugo, Salud Mental y Derechos Humanos, Buenos Aires: OPS 2009.
- 5-Kraut Alfredo; Martínez Alcorta Julio, La autonomía de las personas con discapacidad mental en el marco de su tratamiento; Revista de Derecho Privado y Comunitario 2013 – 1, Rubinzal - Culzoni: Buenos Aires 2013.
- 6-World Health Organization (WHO), Global Action Plan, Geneva: WHO 2013.
- 7- World Health Organization, Global Action Plan, Geneva: WHO 2013.
- 8-World Health Organization, Social Determinants of Health, Second Edition, Copenhagen: WHO 2003.
- 9- IASC, Guía IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, Ginebra 2007.
- 10- Cohen Hugo, De la desinstitutionalización a la atención en la comunidad; en Salud mental en la comunidad; Rodriguez J, Washington DC: OPS 2009.
- 11- Cohen Hugo; Natella Graciela, La desmanicomialización en Río Negro, crónica de la transformación del sistema de salud mental de la provincia; Buenos Aires: Lugar Ed, 2013.

La legislación sanitaria y su consideración como determinante de la salud

✍️ **Marisa Aizenberg y Anahí Propatto**

“El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud.” (Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud)

El presente artículo conceptualizará qué son los condicionantes de la salud y cómo puede ser incluida la legislación sanitaria en respuesta a esos determinantes que afectan en forma positiva y negativa a la salud de los individuos.

Conceptualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes sociales de la salud como: *“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”.*

En este sentido, tanto la ciencia médica como la jurídica son influenciadas por los paradigmas que postulan modelos y van impregnando su pensamiento en cada época y lugar. Ya a principios de los años 70, Marc Lalonde, quien fuera Ministro de Salud canadiense, proponía el marco conceptual para el análisis de la salud y su gestión, con cuatro dimensiones que denominó *“campos de salud”* y

que actuaban como condicionantes de su práctica. A saber: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud.

Este razonamiento amplió la mirada del modelo biológico para incorporar otros componentes aplicables tanto al proceso de salud-enfermedad como a la inversión de recursos en el área que, por sí solos, no mejoran las condiciones de salud de la población, ya que existe una multiplicidad de causas y factores que impactan sobre la misma y deben ser considerados.

Con posterioridad, en 1991, Dahlgren y Whitehead formulan un esquema multidimensional en el que incorporan determinantes proximales y distales. Entre los primeros, incluyen a los factores individuales y preferencias en los estilos de vida, influencias de la comunidad, soporte social y el servicio de acceso a la atención sanitaria. En tanto, entre los distales se encuentran las condiciones de vida y de trabajo, así como el contexto general socio-económico, cultural y ambiental.

Lo expuesto revela la importancia del abordaje de la salud desde sus determinantes porque ello per-

mite identificar, predecir y priorizar los principales problemas y desafíos que se presentan en el sector.

Dicho esto, podemos apreciar que no es habitual incorporar a la normativa sanitaria dentro del catálogo de determinantes y en este trabajo trataremos de poner en evidencia cómo la legislación sanitaria, especialmente en Argentina, juega un papel relevante en este aspecto.

La importancia de las normas sanitarias en el contexto de los determinantes sociales de la salud

El derecho a la salud, como derecho humano, está reconocido en numerosos instrumentos internacionales y regionales y forma parte del bloque de constitucionalidad incorporado por la reforma operada en nuestra Carta Magna en el año 1994. Este derecho puede ser definido a partir de una serie de elementos que le dan contenido y forma, para lograr su efectividad, y que incluyen el derecho de acceso a los servicios de salud y asistencia médica y a otras condiciones esenciales y determinantes de la salud: acceso al agua limpia potable, suministro de nutrición y vivienda adecuadas,

MARISA S. AIZENBERG es abogada, especializada en Derecho Civil y Derecho de la Salud. Actualmente se desempeña como directora del equipo de investigaciones sobre Derecho y Salud del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Ambrosio Gioja” de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y directora académica del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA. marisaizenberg@yahoo.com.ar · www.marisaizenberg.blogspot.com.ar

ANAHÍ PROPATTO es abogada, especializada en Derecho Sanitario. Actualmente es coordinadora administrativa del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (UBA). anahi_propatto@hotmail.com

condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Observación General sobre el Derecho a la Salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

En este marco, la persona humana dotada de dignidad, autonomía y libertad se ha constituido en el eje del sistema, pudiendo observarse en las últimas décadas, tanto en Argentina como en la Región, importantes avances en materia normativa para garantizar el derecho a la salud.

Como ha quedado dicho, existe un amplio rango de determinantes de la salud reconocidos, cuyas fronteras están en pleno proceso de expansión y, la legislación sanitaria, se ha abierto camino en este campo, vinculada no sólo a las prioridades en materia política y de decisiones de la agenda gubernamental, sino como un camino de construcción de ciudadanía para la concretización de estas garantías.

La normativa sanitaria en Argentina

Los modelos imperantes en la sociedad argentina han cambiado, los estándares patriarcales, conservadores y autoritarios fueron abriendo paso lentamente a un proceso de construcción colectiva más igualitaria e inclusiva, diversa y pluricultural, en donde caben las diferencias, más etnias, opciones de vida, de valores, creencias e ideologías.

Sin embargo, la arquitectura que presenta el sistema legislativo argentino, de características federales, con competencias reservadas por cada una de las provincias en materia sanitaria, sumado a los rasgos propios del sistema de salud, con un alto grado de desarticulación, segmentación y fragmentación, genera serias deficiencias que requieren ser subsanadas a fin de evitar que sea el propio sistema el generador de nuevas inequidades y transforme así a la norma en una mera expresión de deseos.

La salud en normas

Como se expresara anteriormente, Argentina ha reconocido y ampliado derechos a través del dictado de numerosas normas en las últimas décadas. A título ejemplificativo podemos citar: las Leyes N° 23.798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); la Ley N° 23.753 y su reciente modificación en Noviembre de 2013 (Arts. 5, 6, y 7) y la Ley N° 26.914 sobre Derecho de los pacientes diabéticos; la Ley N° 24.901 de Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad; la Ley N° 153 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA-) Básica de Salud; la Ley N° 26.529 sobre Derechos del paciente; la Ley N° 25.573 sobre Programa de Salud Sexual y procreación responsable; la Ley N° 26.061 de Protección de los Derechos de los Niños y Niñas; la Ley N° 26.130 sobre Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica; la Ley N° 26.150 sobre Programa Nacional de Educación Sexual Integral; la Ley N° 2.507 (CABA) sobre Cirugía reparadora y/o reconstrucción mamaria post mastectomía; la Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; la Ley N° 26.588 sobre los Derechos de los Pacientes Celíacos; la Ley N° 26.810 de Matrimonio Igualitario; la Ley N° 26.657 sobre el Derecho a la Salud Mental; la Ley N° 26.682 sobre el Marco regulatorio de la Medicina Prepaga; la Ley N° 26.742 conocida como Muerte Digna; la Ley N° 26.743 de Identidad de Género; la Ley N° 26.862 de Fertilización Humana Asistida y numerosas Resoluciones del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y otros organismos regulatorios y de aplicación.

Conclusiones

» En los últimos tiempos vemos potenciarse el reconocimiento del derecho a la salud basado en un enfoque de derechos humanos,

entendido como el marco adecuado para el desarrollo de acciones, estrategias, programas, políticas y legislación, donde debe tenerse especialmente en cuenta el impacto que éstas generan para los derechos humanos. Lo informan, como principios rectores, el respeto por la dignidad humana; la atención de los grupos más vulnerables; la garantía de accesibilidad a los servicios de salud en tiempo oportuno; la protección de la vida privada y la intimidad; la perspectiva de género; los paradigmas de igualdad y no discriminación; la introducción de salvaguardas para proteger de las principales amenazas a las minorías migrantes y otros sectores marginados; la promoción de formación e información en salud; el reconocimiento de otros factores sociales, culturales, y normativos que integran el concepto de salud; la participación libre y activa de los actores sociales y beneficiarios de las políticas sanitarias en los procesos de decisión; el aumento de la transparencia y exigencia de una gestión responsable en salud. Desde esta perspectiva, entendemos que la legislación en materia sanitaria se constituye como un determinante social de la salud.

- » Nuestro país ha hecho importantes avances en materia de reconocimiento del derecho a la salud desde la llegada de la democracia, pero los resultados alcanzados aún resultan insuficientes si se evalúa su efectividad en concreto. La arquitectura fragmentada y segmentada del sistema de salud, la forma federal de gobierno con la reserva de facultades en materia sanitaria por parte de las provincias, la ausencia de una articulación efectiva, son entre otros, valladares para la efectividad de los derechos. Como también lo es la distribución de los recursos económicos, humanos, materiales y tecnológicos entre las diferentes jurisdicciones que repercuten en las condiciones de equidad y calidad de vida de la población.
- » Los mecanismos de participación popular resultan una alternativa para acercar la brecha entre la normativa sanitaria y su efectividad, construyendo ciudadanía.★

Determinantes sociales de la salud

✍️ *Carlos Javier Regazzoni*

Nuestra tesis es que existen aspectos sociales no directamente relacionados con políticas de salud, los cuales son esenciales para los resultados de éstas mismas políticas.

Según la aplastante mayoría de los estudios realizados durante el siglo XX, la persona pobre es más enferma que la no pobre. Esto ocurre tanto en las naciones ricas como entre las subdesarrolladas. Las relaciones de causalidad entre pobreza y enfermedad son, evidentemente, extremadamente complejas; ahora bien, existe un enorme cúmulo de evidencias que sugiere una influencia negativa de la enfermedad en el crecimiento económico; y, por contrapartida, los estudios demuestran un efecto beneficioso de las inversiones en el campo de la salud, sobre las economías doméstica y nacional.¹

La Comisión de Economía de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llegado a afirmar recientemente que invertir en salud es precisamente uno de los pasos más importantes que una nación debe dar para encarrilarse dentro de la vía del crecimiento económico. El conocimiento es probablemente el factor que más profundamente afecta el desarrollo de un país. Y, conexamente, se ha observado que las personas mejor

educadas son más sanas: viven más y padecen menor número de enfermedades, lo que ha permitido hipotetizar que invertir en áreas de desarrollo no estrictamente médicas (como ser el caso de la escolaridad) tendría un fuerte impacto en la salud de la población. A modo de ejemplo, la alfabetización materna es un caso paradigmático en países del Tercer Mundo.

Pobreza y salud

La expectativa de vida al nacer constituye un excelente indicador del estado de salud de la población, entre otras cosas, por el hecho de ser afectada sensiblemente por la mortalidad infantil en general, la cual es mayor en los países subdesarrollados. En todos los análisis poblacionales realizados, se ha podido comprobar que la expectativa de vida se relaciona directamente con el poder adquisitivo. Incluso, dentro de una misma sociedad, se ha visto que las personas que ganan menos, tienen una expectativa de vida menor.

El problema se plantea en torno de la cuestión de si la pobreza enferma, o la enfermedad empobrece. En este sentido, es probable que parte

de la relación entre pobreza y enfermedad se deba a un mecanismo de vuelta, donde es precisamente la sociedad más afectada por problemas de salud aquella que vaya a tener menor capacidad de aumentar su productividad y generar riquezas. Esta es la opinión de Bloom y Canning, de Harvard y Belfast respectivamente. Los autores describen cuatro modos a través de los cuales, la enfermedad como problema social puede afectar la productividad de una nación. Primero, las poblaciones con mejores niveles de salud tenderían a poseer mejores condiciones de productividad; una observación simple de este fenómeno sería el hecho que a mejor estado de salud, menor número de días laborables perdidos por enfermedad. Segundo, las poblaciones más sanas tienden a invertir más en educación, lo que por otro lado incrementa las capacidades productivas. Vale aclarar que son numerosos los trabajos donde se ha observado que la promoción de la educación genera, indirectamente, mejorías de la situación sanitaria. Tercero, la longevidad aumenta el ahorro provisional, y éste promueve la inversión; es claro que la longevidad es un privilegio casi exclusivo de

¹- Se puede leer el artículo completo en: <http://salud-gestiontotal.com.ar/?p=545>

CARLOS JAVIER REGAZZONI es doctor en medicina y actualmente se desempeña como Subsecretario de Gestión Económico Financiera y Administración del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). cregazzoni@gmail.com

naciones ricas. Por último, la caída en las tasas de mortalidad infantil y perinatal se asocian a un aumento de la fuerza laboral en pocos años, y de hecho es una de las principales observaciones que se puede verificar en los países que han comenzado una escalada de su desarrollo. Por otro lado, el aumento en la expectativa de vida al nacer ha mostrado ser un factor predictivo muy fuerte del desarrollo económico subsiguiente; un país con 5 años más de expectativa de vida al nacer crecerá 0,3% a 0,5% por año más rápido que su contracara con peor salud.

Evidentemente es difícil establecer causalidad en un estudio epidemiológico. En teoría, la exposición a ciertos factores sociales como etnia, género, y clase social o estado socio-económico, modificaría ciertos aspectos de la salud de una población determinada. No es posible negar, a la luz de la evidencia existente, la necesaria relación entre estos factores sociales y la salud individual y grupal; la epidemiología, sin embargo, ha funcionado mejor al momento de documentar estas asociaciones que a la hora de pasar desde ellas hacia el establecimiento de mecanismos causales entre “condiciones sociales” y “problemas de salud”.

Volviendo al tema inicial, es sumamente difícil establecer relaciones de causalidad unidireccionales entre salud y riqueza a partir de observaciones tangenciales, ya que en este tipo de fenómenos la secuencia temporal es uno de los datos fundamentales para detectar “causalidad”. La verdad es que llegando un punto, ambas fuerzas funcionan en paralelo y el resultado final más importante es una vida más corta y vivida con mayor enfermedad, en una población con cada vez menos probabilidades de salir del espiral “pobreza-enfermedad”.

Educación y salud

Existe una relación inversa entre el nivel educativo máximo alcanzado durante la etapa de formación de la persona, y la ocurrencia de ciertas enfermedades, así

como la mortalidad, durante toda la vida adulta. Kitagawa and Hauser, en un estudio señero, encontraron que el nivel educativo alcanzado en 1960, medido como años completados de escuela, y el ingreso, correlacionaban inversamente con la mortalidad de la población blanca de los Estados Unidos de América, especialmente antes de los 65 años de edad; en este estudio, la educación resultó ser el determinante más importante de los dos. Desde entonces se ha publicado extensamente sobre la materia. Y el hallazgo ha sido constante: a mayor nivel educativo alcanzado, menor mortalidad. Pappas y colaboradores, unos años más tarde, mostraron que entre las personas de 25 a 64 años de edad, aquellos con estudio secundario completo tenían una mortalidad de 2 a tres veces superior que aquellos con título terciario. Los autores utilizaron registros de 13.491 individuos del “National Mortality Followback Survey” y de 30.725 personas del “National Health Interview Survey”. Replicaron el estudio de Kitagawa y Hauser, y calcularon las mortalidades directa e indirecta estandarizadas, para personas de entre 25 y 64 años de edad, de acuerdo a edad, raza, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo, y estado familiar. La diferencia generada por la posesión de un título terciario es independiente de los otros factores, y más grande que la que genera el hábito de fumar, el colesterol, o la hipertensión arterial. Nuevamente, esta diferencia de mortalidad entre los mejor y los peor educados se ha incrementado desde 1960 hasta 1986.

En otro estudio, Guralnik y colaboradores, reportan que a la edad de 65 años, las personas con 12 o más años de educación formal tienen una expectativa de vida al nacer 3.9 años en el caso de los varones, y 2.4 años en el de las mujeres, mayor que aquellos con menos de 12 años de estudio. Nuevamente, esta diferencial es mayor que el atribuible a diferencias raciales. Los autores analizaron los datos de 2.219 negros y 1.838 blancos de Carolina del Norte. Preston y Elo han confirmado los

hallazgos anteriores luego de corregir ciertas cuestiones metodológicas de los estudios anteriores. Utilizaron los datos del “National Longitudinal Mortality Survey (NLMS)” con 637.324 registros. Los datos mostraron que los diferenciales de mortalidad provocados por el nivel educativo han aumentado en el caso de los varones, y se han reducido para las mujeres. En general, el estudio confirma los hallazgos anteriores.

Un trabajo algo más reciente encontró nuevamente que el máximo nivel educativo alcanzado influencia substancialmente la mortalidad en la vida adulta. La mortalidad es menor en aquellos con título terciario que en quienes completaron la escuela secundaria, y es menor en estos que en personas con secundario incompleto.

INVERTIR EN SALUD PARECE SER FUNDAMENTAL PARA ACELERAR EL DESARROLLO DE LAS NACIONES; AHORA BIEN, ESTA META ES IMPOSIBLE AL MARGEN DE UN CONJUNTO DE OTRAS MEDIDAS SOCIALES QUE FOMENTAN UN BASAMENTO PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO. DE ENTRE ESTAS MEDIDAS, LA EDUCACIÓN SE UBICA EN EL PRIMER LUGAR. DE LO EXPUESTO SURGE QUE LA SALUD DE UNA POBLACIÓN REFLEJA MUCHO MÁS QUE LA SIMPLE AGREGACIÓN DE PERFILES DE RIESGO Y ESTADO DE SANITARIO DE SUS MIEMBROS. ES UNA CARACTERÍSTICA COLECTIVA QUE DESCUBRE LA HISTORIA SOCIAL Y SUS CIRCUNSTANCIAS CULTURALES, MATERIALES, Y ECOLÓGICAS. CON ESTO EN MENTE ES QUE DEBEN ABORDARSE LAS POLÍTICAS TENDIENTES A MEJORAR LA VIDA DE LOS PUEBLOS.★

Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas

✍️ *Michael Marmot, Alberto Pellegrini Filho, Jeanette Vega, Orielle Solar y Kira Fortune*

Este artículo ha sido generosamente cedido para su reproducción por la Pan American Health Organization-World Health Organization.¹

1- Marmot M, Filho AP, Vega J, Solar O, Fortune K. Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(6):382-4.
© 2013 Organización Panamericana de la Salud. Reproducido con autorización.

Durante el último siglo, la Región de las Américas ha realizado enormes avances con el aumento de la esperanza de vida y ha afrontado muchos desafíos para mejorar la salud y el bienestar de sus comunidades, gozando en los últimos decenios de una estabilidad política y prosperidad económica sin precedentes. No obstante, a medida que la Región continúa prosperando en términos económicos, sus niveles de ingresos son los más desiguales del mundo. Así, mientras que la Región es en la actualidad eminentemente urbana y de ingresos medios, oculta una heterogeneidad y desigualdad enormes. La desigualdad tiene implicancias importantes tanto para la salud como para sus determinantes sociales, ya que conduce a una mayor estratificación e inequidad en los países y entre ellos.

La necesidad de abordar las inequidades en salud con un enfoque que vaya más allá del sector

se planteó por primera vez en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y después en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. Desde entonces, ha habido un movimiento mundial para investigar los determinantes de la salud, *las causas de las causas* de las inequidades en la salud, e influir en ellos. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó en 2008 que las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece son los determinantes más importantes del estado de salud.

El trabajo realizado por la Comisión ahora se ha convertido en un componente importante de la agenda de salud mundial y regional. Algunos indicios claros de ello son la participación activa de delegaciones oficiales en la Conferencia Mundial de 2011 sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que contó con

la presencia de 120 de los 194 Estados Miembros de la OMS; la ratificación de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA65.8; El futuro que queremos, documento aprobado durante la Conferencia Río + 20, en el cual se colocaron la salud y sus determinantes sociales entre los pilares del desarrollo sostenible; y la adopción de un enfoque de determinantes sociales de la salud en la definición de objetivos y metas para la agenda de desarrollo sostenible después de 2015. Por lo tanto, el movimiento mundial para abordar los determinantes sociales de la salud ha cobrado impulso, y la Región de las Américas está trabajando activamente para crear nexos entre los determinantes sociales y otras agendas de desarrollo internacional.

El movimiento para adoptar la cobertura universal de salud se

MICHAEL MARMOT: Instituto de Equidad en Salud, Departamento de Epidemiología y Salud Pública de Londres, University College London, Londres, Reino Unido. **ALBERTO PELLEGRINI FILHO:** Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz y Centro de Estudios, Políticas e Información sobre Determinantes Sociales de la Salud (CEPI-DSS) en Brasil. **JEANETTE VEGA:** Fundación de Rockefeller, Ciudad de Nueva York, Nueva York, Estados Unidos de América. **ORIELLE SOLAR:** Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. **KIRA FORTUNE:** Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.



encuentra en un momento propicio. A fin de lograr una buena salud y la equidad en salud para las poblaciones, es necesario alcanzar la cobertura universal y abordar los determinantes sociales mediante la acción conjunta y coordinada de los sectores en las cinco áreas prioritarias descritas en la Declaración Política de Río. La cobertura universal y la salud social y psicológica están firmemente arraigadas en la Constitución de la OMS de 1948, en la cual se declara que la salud es un derecho humano fundamental. En la agenda de salud para todos establecida en la Declaración de Alma-Ata, la salud se considera como una parte esencial del desarrollo en la cual influyen acciones que trascienden el sector de la salud, así como la cobertura universal de salud.

La atención a los determinantes sociales y la equidad en salud, así como el esfuerzo para llevar esto al plano de la acción política, ha sido un elemento central a lo largo de la historia de la Región. El movimiento regional de medicina social ha ofrecido un rico análisis de los determinantes económicos, políticos y sociales de la salud y ha desempeñado un papel importante en la promoción de reformas sanitarias y de los derechos en la Región en conjunto. Los países de la Región de las Américas han hecho avances concretos en la reducción de las inequidades en la salud mediante la acción en el ámbito de los determinantes sociales. Se han adoptado diferentes estrategias para promover el enfoque de los determinantes sociales, como se ve en Brasil, donde se estableció la Comisión Nacional de los Determinantes Sociales de la Salud, y en Argentina y Chile, donde se crearon estructuras para

promover este enfoque en los ministerios de salud o en altos niveles del gobierno nacional. La finalidad fundamental de estas estrategias ha sido promover la agenda de los determinantes sociales en los respectivos países mediante la acción a nivel local y nacional. De manera análoga, en América del Sur, el Consejo de Ministros de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas señaló los determinantes sociales como una de las cinco prioridades de su Plan de Acción 2010--2015. Además, el MERCOSUR creó una Comisión Intergubernamental de Determinantes Sociales y Promoción de la Salud. Más recientemente, en la formulación del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (2014--2019), los Estados Miembros de la Región lograron que se incorporaran los determinantes sociales en el plan quinquenal de la Organización.

Asimismo, en la Región se han ejecutado programas y políticas para abordar determinantes sociales clave. El programa Bolsa Familia de Brasil es un ejemplo, ya que proporciona apoyo para promover y mejorar el acceso a redes de servicios públicos para la salud, el bienestar social, la educación y la asistencia social con el fin de reducir la pobreza y la inequidad. Un factor clave del éxito de este programa fue el compromiso en las más altas esferas gubernamentales, así como la convergencia de diferentes sectores en torno a la meta común de abordar la exclusión social y las inequidades.

Este número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública sobre los determinantes sociales de la salud fue en gran medida un producto del interés abrumador de los países en com-

“

La desigualdad tiene implicancias importantes tanto para la salud como para sus determinantes sociales, ya que conduce a una mayor estratificación e inequidad en los países y entre ellos.



» prender mejor el concepto de determinantes sociales y darles prioridad en las agendas de salud nacionales. La adopción de la Declaración Política de Río en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de 2011 puso en marcha un diálogo entre los Estados Miembros de la OMS sobre el intercambio de experiencias con el uso del enfoque de los determinantes sociales para abordar las inequidades en la salud y descubrir mejores maneras de poner en práctica su visión.

Los artículos de este número especial reflejan la diversidad de la Región y los numerosos retos regionales que persisten para lograr una mayor equidad. Mullings y cols. destacan algunos de estos retos al examinar la urbanización en Jamaica y sus efectos en la salud mental, en tanto que Barrionuevo-Rosas y cols. analizan los principales determinantes del acceso a la prueba de Papanicolaou en Perú usando una “*lente de equidad*” en el análisis de los datos. En el estudio de Paolino y cols. también se examina el acceso a la prueba de Papanicolaou, en Argentina. Igual que en el estudio de Perú, la conclusión es que tanto las condiciones de vida como la organización y la calidad de los servicios de salud influyen en el acceso a las pruebas de detección sistemática del cáncer cervicouterino. Soares y cols. presentan datos probatorios de Brasil en el contexto de una evaluación de los factores relacionados con las desigualdades en la utilización de los servicios de salud bucodental. Hay un consenso creciente en que el progreso en el control de la tuberculosis en los países de ingresos bajos y medianos requerirá no solo inversiones en el fortalecimiento de programas de control, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, sino también medidas con respecto a los determinantes sociales de la enfermedad. Pinheiro y cols. analizan la relación entre las variables individuales, demográficas y socioeconómicas y

los casos de tuberculosis en Brasil, y argumentan que la mejora de la vivienda de las personas más vulnerables a la tuberculosis y un mayor acceso a medios de diagnóstico deben ser estrategias prioritarias para controlar la enfermedad. El programa Bolsa Familia se ha documentado ampliamente, pero en este número especial los autores Alves y Escorel evalúan específicamente su impacto en la exclusión social. Por último, Vega y Frenz argumentan que los determinantes sociales son fundamentales tanto para la búsqueda de una vida saludable como para la prestación de servicios de salud para todos y deben abordarse en el marco de la cobertura universal de salud, ya que tanto los determinantes sociales como la cobertura universal de salud son cruciales para lograr una mayor equidad en la salud. El trabajo en ambas áreas requiere que los países den seguimiento al progreso no solo en la población nacional sino también en diferentes grupos, abordando problemas de nivel de ingresos, educación, sexo, edad, lugar de residencia, estado migratorio y origen étnico.

Incluso en países donde se están abordando los determinantes sociales, siguen persistiendo las inequidades en la salud. Por otro lado, los países están expresando en medida creciente la necesidad de modelos y herramientas eficaces para cuantificar el progreso. El artículo de Russell y cols. es una revisión sistemática de la bibliografía que proporciona un análisis de cinco modelos de sistemas de salud, en el cual se demuestra la interacción entre los determinantes sociales y los sistemas de salud. La aplicación de estos modelos será útil para la elaboración de indicadores para el seguimiento y la evaluación. Prasad y cols., así como Collie-Akers y cols., muestran cómo se puede avanzar usando herramientas y mediciones para abordar las inequidades en la salud. De Pietri y cols. presentan el trabajo realizado



Las estrategias mundiales para lograr la equidad en salud pueden reflejar esas estrategias en las comunidades locales al aumentar el poder social, político y económico en las comunidades donde los recursos son escasos y donde se concentran las inequidades en la salud.

con la elaboración de indicadores, específicamente en relación con el acceso de las poblaciones vulnerables a los servicios y la forma en que estos indicadores han facilitado una mejor planificación y programación. Jackson y cols., así como Bueno y cols., abordan el nexo entre el desarrollo sostenible, la promoción de la salud, los determinantes sociales y la equidad en el marco más amplio de la agenda posterior a 2015, tema que permea todo el número especial. Las estrategias mundiales para lograr la equidad en salud pueden reflejar esas estrategias en las comunidades locales al aumentar el poder social, político y económico en las comunidades donde los recursos son escasos y donde se concentran las inequidades en la salud.

Este número especial procura facilitar una plataforma para fomentar el diálogo y el intercambio de prácticas óptimas en toda la Región. Hay una necesidad creciente de publicar conocimientos nuevos sobre las inequidades y los determinantes sociales de la salud en inglés, portugués y español, con objeto de difundir más eficazmente la base de conocimientos en toda la Región. Por lo tanto, este número especial puede servir de herramienta para mantener la cooperación de Sur a Sur entre los países y promover la acción concreta en el ámbito de los determinantes sociales entre los gobiernos y los responsables de la política a fin de reducir aun más la brecha de la inequidad en la salud en las Américas.

En la actualidad, la salud pública goza del apoyo de varias alianzas e interesados directos que ejecutan programas relacionados con la salud y sus determinantes sociales.

ESTE APOYO SE HA PLASMADO EN LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS EFICACES. LOS PAÍSES NECESITAN SEGUIR CUANTIFICANDO SU PROGRESO CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, ABORDAR RETOS NUEVOS Y EMERGENTES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA, Y AJUSTAR

GRADUALMENTE SUS POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA RESPONDER A LA INFORMACIÓN NUEVA. ESTE ES EL SIGLO DE LA INNOVACIÓN, Y LA REGIÓN DEBE CONTINUAR AVANZANDO HACIA LA SALUD Y LA EQUIDAD PARA TODOS.★

RECONOCIMIENTO

La Revista Panamericana de Salud Pública agradece las contribuciones de los Editores Invitados Michael Marmot (Instituto de Equidad en Salud, Departamento de Epidemiología y Salud Pública de Londres); Alberto Pellegrini Filho (Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz y Centro de Estudios, Políticas e Información sobre Determinantes Sociales de la Salud en Brasil); Jeanette Vega (Fundación Rockefeller, Nueva York, Estados Unidos de América); Orielle Solar, (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Santiago, Chile) y Kira Fortune (Asesora en Determinantes de la Salud, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OPS-OMS); y de Francisco Becerra-Posada (Subdirector, OPS-OMS), Luiz Augusto Galvão (Jefe, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OPS-OMS); Sofialeticia Morales Garza (ex Asesora Senior, OPS-OMS); Ana Lucía Ruggiero (ex Especialista en Gestión del Conocimiento, OPS-OMS); y Kashfia Alam, Milagros Mellenkamp y Bernardo Sotero (ex internos, OPS-OMS).

Sus aportes y su dedicación a este número especial sobre determinantes sociales de la salud fueron extraordinarios y tornaron a los manuscritos más interesantes, más precisos y más útiles para los lectores y los profesionales dedicados a mejorar la salud de los pueblos de las Américas.



Observatorio Social

Comprender mejor para hacer mejor

AUSPICIA

 **Banco Ciudad**