
EDITORIAL

Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

Román Vega Romero

Profesor investigador de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana.
Correo electrónico: roman.vega@javeriana.edu.co

Con el título *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, traducido al español con el nombre *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, entregó su informe final a la situación de las inequidades en salud, sus causas, recomendaciones sobre intervenciones para promocionar la equidad en salud y el desarrollo de un movimiento global para alcanzarla.

Dicho informe ha generado enormes expectativas entre expertos, políticos, usuarios de los servicios de salud y movimientos sociales a escala global, como dudas y debates sobre el alcance y eficacia del enfoque para reducir o eliminar las inequidades en salud, sobre todo cuando la profunda crisis de las políticas neoliberales exige acciones políticas que afirmen el derecho a la salud y la equidad en salud transformando procesos y relaciones económicas, sociales y culturales generadoras de inequidad social que están por fuera del marco de acción tradicional del sistema de salud.

La CDSS se construyó como una red global integrada por importantes figuras procedentes de diversas disciplinas del conocimiento, formuladores de políticas, investigadores y practicantes de la medicina y la salud pública, y de otras esferas de la sociedad y la política como líderes sociales y representantes de gobiernos. Fue liderada por Michael Marmot, reconocido investigador de la epidemiología y de las desigualdades en salud, director y jefe del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y el Departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College of London, respectivamente.

La Comisión se organizó en nueve redes de conocimiento cuyos integrantes formularon recomendaciones sobre *intervenciones* para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud a partir de la revisión de las evidencias existentes al respecto. Las redes centraron su atención en temas como desarrollo temprano del niño, mujer y equidad de género, globalización, condiciones del empleo, escenarios urbanos, exclusión social, condiciones prioritarias de salud pública, sistemas de salud y evidencias. En el proceso de trabajo se establecieron comisiones asociadas por países que, a modo experimental, llevaron a cabo un trabajo similar con miras al desarrollo de

políticas y programas nacionales pioneros en Brasil, Canadá, Chile, Kenia, Irán, Mozambique, Reino Unido y Suecia.

Al concluir que las inequidades sanitarias están socialmente determinadas, el Informe de la Comisión hizo énfasis en la posibilidad y necesidad de su corrección actuando en el ámbito internacional, nacional y local mediante la acción combinada de los gobiernos y la sociedad civil para desarrollar un enfoque nuevo del crecimiento económico que incluya políticas sociales pro-equidad y políticas de salud, que se refieran no solo a la atención en salud, sino también que coadyuven a la acción de otros sectores por fuera del sistema de salud sobre los determinantes sociales de la salud.

Entre las principales recomendaciones del Informe de la Comisión están: i) mejorar las condiciones de vida de la población comenzando por las niñas, los niños y las mujeres; ii) mejorar la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, así como las características del medio ambiente construido y natural en que vive la población; iii) mejorar el acceso y utilización de los sistemas de atención en salud y de protección social, haciéndolos universales, integrales, incluyentes y equitativos.

En relación con los sistemas de atención en salud el Informe destaca que estos deben fundarse en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud; que los servicios de salud sean accesibles, de calidad y centrados en la atención primaria de salud; desarrollados en un marco de política que permita fortalecer el liderazgo del sector público en la financiación y prestación de los servicios; y garantizar un recurso humano pertinente y de calidad. Con este enfoque de los sistemas de atención de salud se subraya que “la atención

sanitaria es un bien común, no un producto comercial”.

Aspiraciones del la CDSS

La CDSS aspira a que se reduzcan las inequidades en salud como consecuencia de la aplicación de las intervenciones propuestas y se alcance en el término de una generación, es decir, en 30 años. Para que tales cambios se produzcan, la Comisión recomienda luchar contra la desigual distribución del poder, el dinero y los recursos; disponer de suficientes fondos públicos que se financien con impuestos progresivos y se asignen en forma equitativa sobre los determinantes sociales de la salud; regular la acción del mercado evitando la comercialización de “bienes sociales esenciales” como el agua, la educación y la atención médica, fortaleciendo el sector público en la prestación de los servicios, estableciendo una reglamentación nacional e internacional sobre la circulación de productos peligrosos para la salud y que generan inequidades en salud, y mejorando la regulación pública de las condiciones de empleo y trabajo y los efectos negativos de la globalización; promover la equidad de género, democratizar los procesos de toma de decisiones y establecer un proceso global de gobernanza a través de un sistema multilateral entre países ricos y pobres en función de la equidad social.

Por último, la Comisión aspira a establecer sistemas de datos básicos y mecanismos de interpretación y utilización de los mismos que permitan dar visibilidad al problema de las inequidades en salud, formular las políticas y programas, analizar y evaluar los efectos de las intervenciones, y hacer seguimiento sistemático a las inequidades y a sus determinantes sociales a escala local, nacional e internacional.



El enfoque propositivo del informe y debates

El informe tiene como fundamento el logro de la justicia social partiendo de un marco conceptual que define las inequidades en salud como diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre grupos sociales, y busca explicarlas y establecer vías de intervención a través de un esquema de determinantes sociales estructurales e intermediarios que influye en la forma como cada grupo humano experimenta sus oportunidades de vida, enfermedad y muerte. Desde este enfoque, son los determinantes sociales estructurales los que en última instancia explican las inequidades en salud.

Se entiende como tales a las condiciones del contexto social que en el marco de la sociedad actual dan contenido a las políticas públicas económicas y sociales, así como a las condiciones de gobernanza del sistema. Tal contexto tiene como fundamento la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios entre las personas, y la estratificación de la sociedad según la ocupación, los ingresos, el género y la etnia, que asigna a cada individuo una posición social la cual los expone de manera diferencial a los riesgos y los hace diferencialmente vulnerables a factores deletéreos para la salud.

Tanto el contenido del Informe como su enfoque han sido recibidos de manera distinta por diversos actores sociales, políticos y del mundo académico. Los más afines a su orientación han cifrado las esperanzas del mejoramiento de la salud y del logro de la equidad en salud en la aplicación de sus recomendaciones porque las consideran acertadas ya que han sido fundamentadas en una extensa revisión y discusión de las mejores evidencias actualmente existentes y en un marco ético y conceptual que comparten. Otros, que comparten el campo de la epide-

miología social europea en la que se apoya el informe, son escépticos por los enormes desafíos que implica, sobre todo la concertación de acciones entre sectores distintos al de salud para intervenir los determinantes sociales de la salud, y la falta de voluntad política de los gobiernos y agencias internacionales para asumirlos en la práctica.

Sobre una última tendencia, en la que se inscriben la epidemiología materialista y la epidemiología crítica, tanto el contenido del Informe como su enfoque de intervención son desalentadores, con la excepción de una que otra recomendación, ya que no apuntan a desentrañar los procesos sociales que determinan las desigualdades sociales que explican las inequidades en salud y a trazar directrices de acción consecuentes para superarlas.

Con respecto a estas últimas tendencias, aunque el Informe da un paso adelante frente al contenido neoliberal de las políticas de salud y el enfoque de factores individuales de riesgo de la salud pública y epidemiología convencional, está fundamentado en un enfoque europeo de epidemiología social que aún sigue explicando la determinación social de la salud desde una perspectiva que si bien reconoce los determinantes estructurales de las inequidades en salud y la estratificación de la sociedad en clases sociales, etnias y género, sin embargo considera que los efectos de la sociedad sobre la salud se dan a través de un conjunto de variables relacionadas entre sí alrededor de la posición social de los individuos que establecen la ocupación, la educación, los ingresos y la distribución de los bienes y servicios que de ello proviene.

Para la *epidemiología materialista* esta concepción pierde de vista que en las sociedades capitalistas actuales la estratificación de la sociedad deviene fundamentalmente de las relaciones de clase producidas por las relaciones de producción y distribución de

los recursos. Así, por ejemplo, este enfoque sostiene que en las sociedades capitalistas las clases sociales son piedra angular del análisis porque permiten explicar los efectos en salud de la sociedad a partir de la distribución diferencial de los riesgos y la vulnerabilidad, no como fenómenos individuales sometidos a las reglas del azar y materializados en la posición social, sino como fenómenos colectivos fruto de las relaciones de explotación derivadas de las relaciones de producción y distribución de los recursos. En esta perspectiva, las relaciones entre las clases sociales son sustanciales para comprender cómo se relacionan entre sí las diferencias raciales, étnicas y de género, y cómo estas a su vez se relacionan con la salud en un marco más amplio de comprensión de las contradicciones y conflictos de clase de la sociedad en que vivimos.

De otra parte, la *epidemiología crítica*, la cual alimenta las reflexiones que al respecto han venido construyendo la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, considera que el concepto “determinantes sociales” contenido en el Informe se inscribe en una visión neo-causalista que induce a actuar sobre factores y no sobre procesos estructurales, lo cual tiene implicaciones prácticas. Así, por ejemplo, el informe aún sigue formulando “intervenciones” sobre factores sociales determinantes en el marco de la sociedad establecida y no plantea la necesidad de generar procesos de transformación integrales, que cambien la naturaleza misma de la sociedad en que vivimos.

Para la *epidemiología crítica* la determinación social de la salud y de la enfermedad es un proceso histórico explicable a través de categorías como acumulación, propiedad y relaciones sociales, que hoy se expresa, de forma general, a través de la formación económico social capitalista en su forma neoliberal. En el caso latinoamericano, además del peso de las clases sociales para explicar las inequidades en salud, las particularidades históricas de

su formación económica social exigen reconocer el peso de procesos patriarcales que marcan las relaciones por condición étnica, género y dependencia. Por eso, en vez de los paños tibios puestos sobre los males de la sociedad en la forma de las recomendaciones técnicas del Informe Final de la Comisión, lo que debería hacerse es cambiar la sociedad en su forma actual, levantando como bandera el derecho a la salud y propiciando acciones políticas y sociales que establezcan una nueva relación de fuerzas favorable a transformaciones económicas y sociales de más hondo calado.

Los desafíos para Colombia

Ha sido interesante el debate académico y político que ha desplegado este Informe, y sin duda influirá en nuestras propias circunstancias nacionales. No olvidemos que la élite política colombiana fue una de las primeras en adoptar las recomendaciones que el Banco Mundial fue construyendo progresivamente desde 1987 con su propuesta de reforma del financiamiento de los sistemas de salud de los países en desarrollo, hasta culminar en 1993 con su informe *Invertir en salud*, fundamentos conceptuales de la Ley 100 de 1993, la cual comercializó el sistema de salud.

En un trasfondo de inequidades sociales tradicionales profundizadas por la violencia como instrumento de dominación política y expoliación económica y por la política económica y social neoliberal, desarrollada hasta hoy desde el comienzo de los años 90 del siglo XX, las actuales políticas de salud del gobierno, además de mercantilizar el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, se han fundamentado en la focalización de subsidios, el asistencialismo de los más pobres y, asimismo, han fortalecido un enfoque biomédico de la atención en salud centrado en la enfermedad, que en lo fundamental



mantiene la exclusión social y las inequidades en salud. Estos enfoques están lejos del propuesto por la CDSSS en su Informe Final, en la medida en que además de carecer de poder explicativo de la determinación social de las inequidades en salud son débiles para propiciar acciones eficaces, universales e integrales para reducir las inequidades sociales en salud porque su fin último es la rentabilidad económica del capital financiero ligado al negocio de la salud.

Dadas las hondas raíces que las inequidades sociales en salud en Colombia han tenido en procesos económicos, sociales y políticos que históricamente han dejado una marca profunda de injusticia social y discriminación por razones étnicas y de género, para reducirlas, además de cambios en el contenido de las políticas relacionadas con la protección social y la atención en salud, se requieren transformaciones de fondo de su sistema económico y político que democratizen las

relaciones de producción, distribución de la riqueza y de los recursos, las relaciones de poder entre las clases sociales, etnias y por condición de género y, asimismo, permitan construir un país verdaderamente democrático, solidario y socialmente equitativo.

Estos cambios son posibles. La mayoría de los países latinoamericanos los vienen realizando. La crisis económica en que nos encontramos es una oportunidad para lograrlos si las decisiones para salir de la misma rompen definitivamente con los postulados neoliberales de las políticas económicas vigentes y si se impulsa una política social que lleve a la construcción de un sistema de seguridad social integral, universal, solidario, público y ligado a la condición de ciudadanía, que incluya un sistema de salud también universal, integral, de acceso gratuito, equitativo, solidario, intercultural, que contribuya a fortalecer lo público y la participación democrática en las decisiones.



Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud

Política pública de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2008 - 2016

