

EDITORIAL

Citar este artículo así:

Mújica OJ. Editorial. Trascendiendo la invisibilidad: el monitoreo de las desigualdades sociales en salud. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 9-11. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.1

Trascendiendo la invisibilidad: el monitoreo de las desigualdades sociales en salud

*Yo soy yo y mi circunstancia,
y si no la salvo a ella no me salvo yo.*
José Ortega y Gasset (1)

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias, como las políticas económicas y de desarrollo, las normas culturales, las políticas sociales y, en general, los sistemas políticos –que atañen a la distribución de la riqueza, el poder, el prestigio y los recursos a niveles mundial, nacional y local (2).

Desde un punto de vista más formal –epistemológico–, los determinantes sociales de la salud son los componentes más estructurales de un modelo mayor de causalidad, surgido para explicar y entender (es decir, dar racionalidad a) nuestras observaciones y acciones sobre la salud de la población en la multiplicidad de niveles y circunstancias que la determinan. El nuevo paradigma eco-epidemiológico reconoce la determinación social e histórica de la salud y –sobre todo– de la inequidad distributiva de las oportunidades para la salud, superando el obsoleto paradigma del factor de riesgo, bajo el cual las observaciones sobre el entorno físico y social son difíciles de encuadrar (3).

Adoptar el enfoque de determinantes sociales de la salud es esencial no solo para capturar una visión holística de la salud colectiva y comprender causalmente la producción de la salud; mucho menos lo es como ejercicio modal de elocuencia retórica, tan extendido actualmente para justificar propuestas que esencialmente persisten centradas en el cambio conductual individual. Adoptar el enfoque de determinantes sociales de la salud es esencial para aspirar a la equidad y la justicia social, condición toral –*sine qua non*– para la sostenibilidad del desarrollo y la gobernabilidad democrática (4, 5). ¿Por qué? Porque solo es posible eliminar las desigualdades injustas en la salud “actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Esta es la conclusión a la que arribó en 2008 la Comisión sobre Determinantes




Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) y, de hecho, es el elemento político central en la así llamada *Declaración Política de Río*, enunciada por los jefes de Estado, ministros y representantes de gobiernos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, con la cual expresan su “determinación de lograr equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral” (6).

Estas bienvenidas claridad y convergencia políticas hacia la primacía del principio de equidad para guiar los planes de desarrollo humano y buen gobierno –incluyendo, desde luego, la salud–, contrasta con la invisibilidad de la dimensión distributiva –necesaria para documentar la equidad– en la formulación de los grandes objetivos y metas globales de salud y desarrollo. Y aunque –bajo el amparo del loable esfuerzo desplegado hacia los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM)– se continúa reafirmando el compromiso primigenio de la Declaración de Alma Ata por la “salud para todos”, el abordaje operacional a los ODM se ha mantenido centrado explícita y únicamente en la observación de cambios promediales en los indicadores de sus metas (e.g., entre 1990 y 2015, reducir 3/4 la razón de mortalidad materna), sin hacer igualmente explícitas metas que apunten simultáneamente a la necesaria disminución de la brecha o el gradiente de desigualdad entre grupos socialmente definidos de la misma población (e.g., considerando que en 1990 existía una brecha de más de 250 muertes maternas *en exceso* por cada 100,000 nacidos vivos entre cuartiles extremos de países definidos por acceso a servicios de agua y saneamiento (7), una meta explícita pro-equidad podría ser la reducción de la mitad de esta brecha absoluta de desigualdad). Si el gran objetivo es mejorar la salud poblacional con equidad e inclusión social, solo hay un tipo de evidencia monitoreable en su favor: mejorar el promedio poblacional de cada indicador de salud relevante reduciendo simultáneamente la desigualdad social en su distribución poblacional (8).

El advenimiento de la nueva agenda global al 2030 *Transformar Nuestro Mundo*, pautada por sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para enfrentar desafíos transformadores sobre las “cinco P”: personas, planeta, prosperidad, paz y partenariado (i.e., alianzas), brinda el momento estratégico para crear y fortalecer capacidades institucionales y competencias profesionales en monitoreo de desigualdades sociales en salud, una actividad de inteligencia sanitaria para informar políticas públicas de salud con equidad e inclusión social. Hoy se dispone de un cuerpo conceptual y un desarrollo metodológico e instrumental científicamente sólidos, consensuados, estandarizados y operacionalizables para el monitoreo de las desigualdades sociales en salud (9). Hace falta institucionalizar el monitoreo de desigualdades en salud como parte constitutiva del ejercicio de la primera función esencial de salud pública: el análisis de la situación de salud y sus tendencias. Ello implica no solamente incrementar la disponibilidad sistemática de datos desagregados por estratificadores de equidad relevantes (e.g., ingreso, educación, género, pertenencia étnica, residencia, entre otros), sino también mejorar la capacidad de triangulación de fuentes de datos —sean microdatos de encuestas o datos agregados de fuentes administrativas. Es en este marco que se destaca y aplaude el desarrollo del Observatorio para la Medición de Desigualdades y Análisis de la Equidad en Salud (ODES), puesto en marcha por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (10), una iniciativa pionera en la región, digna de ser promovida y emulada.

Consolidar el monitoreo de desigualdades en salud ha de permitir “comandar las evidencias”, la tercera recomendación global de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y, con ello, alinear mejor –en su objetivo común (y ya no más invisible) de mejorar la salud con equidad y justicia social–, las

acciones dirigidas hacia la realización progresiva del acceso y cobertura universales en salud (11), así como aquellas orientadas a la acción intersectorial, la gobernanza local y la gestión del territorio bajo el enfoque de “salud en todas las políticas”, incluyendo desde luego, la promoción de la salud desde ese nuevo paradigma ecoepidemiológico de la salud pública.

Oscar J. Mújica
 Asesor Regional en Epidemiología Social; Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Washington DC, USA. Correo electrónico: mujicaos@paho.org
 orcid.org/0000-0002-2893-4206

REFERENCIAS

1. Ortega y Gasset, J. *Meditaciones del Quijote*. [1914]. Madrid: Cátedra Editores, 1998.
2. CDSS. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe Final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
3. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Pan Am J Public Health* 2015; 38(6): 433-441.
4. Becerra-Posada F. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Pan Am J Public Health* 2015; 38(1):1-4.
5. Etienne CF. Achieving social equity. In: Frenk J & Hoffman SJ [Ed]. “To Save Humanity”—what matters most for a healthy future. New York: Oxford University Press, 2015.
6. World Conference on Social Determinants of Health. Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro: Octubre 21, 2011. [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf]
7. Mújica OJ, Haeberer M, Teague J, Santos-Burgoa C, Galvão LA. Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Pan Am J Public Health* 2015; 38(5):347-354.
8. Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Widening child mortality disparities. *J Human Development* 2003; 4(3): 397-418.
9. World Health Organization. *Handbook on Health Inequality Monitoring – with a special focus on low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization, 2013.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. *Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud: ODES-Colombia*. Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía, 2015.
11. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Scholtheuber A, Valentine N, et al. El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud. *Pan Am J Public Health* 2015; 38 (1): 17-27.