

Hacia un enfoque transdisciplinario y de determinantes sociales más amplio para el estudio de la mortalidad infantil

Towards a transdisciplinary approach and social determinants for the study of infant mortality

Armando Arredondo ¹

¹ Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Correspondencia

A. Arredondo

Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad 655, Cuernavaca, Morelos – 62508, México.

aarredon@insp.mx

Sugerencias para la discusión de los determinantes sociales en el estudio de la mortalidad infantil

Sobre el artículo de Medina-Gómez & López-Arellano ¹, donde se aborda el análisis de la asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, si bien es cierto hay evidencias cuantitativas importantes de relación entre las variables de estudio, también es cierto que el análisis y conclusiones al respecto requieren resaltar algunos aspectos fundamentales de carácter cualitativo, los mismos que han sido señalados por los autores de manera muy general en la sección de discusión y conclusiones. En efecto, me gustaría proponer algunas sugerencias para estudios posteriores similares, sea por los mismos autores o por otros autores que pudieran replicar el estudio de Medina-Gómez & López-Arellano. Tales sugerencias se referirán a diferentes aspectos referidos a políticas de salud y al estudio de equidad y desigualdad desde un enfoque de los determinantes sociales en relación a la salud.

El primer aspecto tiene que ver con la sugerencia de incorporar un abordaje transdisciplinario de las estrategias, programas y políticas para abatir la mortalidad infantil. La propuesta de los autores podría complementarse con un abordaje más amplio, que incluya un rol pro-activo y relevante para los usuarios de servicios de salud, y en este caso de las madres, en todas las fases de las políticas, estrategias o programas. Es decir, que los usuarios de servicios de salud podrían participar con un rol activo de liderazgo compartido, desde la concepción de cualquier problema de estudio asociado al abatimiento de la mor-

talidad infantil, hasta la validación del análisis de los resultados y las sugerencias que se proponen bajo un enfoque transdisciplinario, donde participen directivos, investigadores, líderes comunitarios y usuarios directamente afectados y beneficiados con la política que este bajo análisis ².

En relación con el segundo aspecto, asociado al estudio de la desigualdad y determinantes sociales, para estudios posteriores o complementarios, sugeriría plantear un abordaje de equidad en salud a partir de un redimensionamiento de tipos de carencia y grado de desarrollo humano, desde un enfoque de equidad más amplio e inclusivo. En efecto, el concepto de equidad, estrechamente relacionado a la desigualdad en salud, es amplio, y su análisis, partiendo desde la definición del mismo, puede ser complejo y controversial, sobre todo por los diversos principios con que se han abordado las teorías de justicia social desarrollados a través de la historia ³. En este sentido, desde una perspectiva integral, se sugiere definir y operacionalizar la equidad en salud, en un principio, como la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y del poder de compra de la población o grupo prioritario, incluyendo para su análisis en un primer nivel los enfoques, teorías y principios que condicionan variables como: disponibilidad, acceso, utilización, cobertura, condiciones de salud, disparidades sociales y asignación de recursos. Esta noción de equidad en salud parte de la ausencia de desigualdades en salud entre los grupos sociales y sugiere que la presencia de una desigualdad en salud constituye en sí misma una inequidad. Ciertamente, y bajo este planteamiento, una inequidad en salud está fuertemente asociada con estructuras sociales injustas que ponen generalmente a aquellos grupos con menos ventajas en un mayor riesgo de tener mala salud y mayores índices de mortalidad infantil ⁴.

Dado lo anterior, la equidad implica la reducción o eliminación de inequidades en salud como un requisito *sine qua non* para ejercer los principios de justicia y protección social, ya que tener limitaciones a la salud, implica también tener menores oportunidades de acceso a intervenciones que permitan disminuir la mortalidad infantil ⁵. Es desde esta perspectiva que se sugiere un abordaje más amplio que también permita determinar y eliminar como influyen las desigualdades en la salud poblacional y, particularmente, en la mortalidad infantil. Para tal efecto, se sugiere incorporar en el análisis una nueva y reciente aproximación conceptual de indicadores y determinantes sociales de inequidad en salud y de desigualdad en las oportunidades de acceso ⁶. Esta nueva aproximación conceptual hace referencia a la identificación de disparidades sociales como causa y efecto, generadas por daños a la salud. Ejemplo típico de estas disparidades son los índices de desigualdad en la asignación de recursos, en función de necesidades por perfil epidemiológico, por patrones de gasto en salud, depen-

diendo del grupo prioritario y subsistema de salud, o bien el gasto catastrófico a nivel familiar por daño específico de salud. El análisis de disparidades sociales y sus efectos en salud, o viceversa, incluye la sistematización de variables relacionadas con diversos grados y formas de vulnerabilidad, tales como etnicidad, clase social y segregación social. Bajo esta perspectiva de las disparidades sociales relacionadas con la salud y la mortalidad infantil, se vincula de manera muy cercana los determinantes de las diferencias entre grupos a partir de las variables relacionadas con las disparidades sociales ⁶.

La sugerencia de incorporar el análisis de las disparidades sociales, en relación a la mortalidad infantil, está relacionado con la relevancia de dos aspectos conceptuales. En primer lugar, se fundamenta en una perspectiva de derechos humanos y bioética, el cual parte de plantear que todos los grupos sociales habrían de tener el mismo derecho a una buena salud desde una perspectiva distributiva. Si bien se ha establecido que es muy difícil instrumentar este tipo de variables, el contar con información como evidencia de que los grupos más privilegiados tengan una buena salud, sugiere que esto podría ser posible para otros grupos sociales. Al considerar un enfoque de derechos humanos, entonces se asume que todo grupo social debe tener condiciones para el máximo despliegue de su potencial, particularmente, en los grupos que históricamente han enfrentado mayores barreras para ello. En segundo lugar, el concepto de disparidades sociales en salud ha adquirido relevancia por buscar "ir a fondo" en torno a condiciones o determinantes que no se han analizado de manera suficiente, en especial variables sociales que podrían influir en condiciones de salud o de acceso a servicios, específicamente, cuando propone avanzar de manera cualitativa en el planteamiento y resolución de la problemática asociada a la desigualdad y determinantes de la mortalidad infantil.

1. Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1603-10.
2. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigación sobre desarrollo humano y equidad 1999. La Habana: Editorial Caguayo; 2000.
3. Arredondo A, Orozco E, Cuadra M, Duperval A, Cícero M, De Icaza E, et al. Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza, conceptos, tendencias y evidencias. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán; 2009.

4. Gakidov EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ* 2000; 78:29-40.
5. The Marmot Review: first phase report. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: University College London; 2009.
6. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006; 27:167-94.

Recibido el 07/Oct/2011

Versión final presentada el 17/Ene/2012

Aprobado el 04/Jun/2012

Medina-Gómez & López-Arellano responden Medina-Gómez & López-Arellano respond

Oswaldo Sinoe Medina-Gómez ¹

Olivia López-Arellano ²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF, México.

² Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Coyoacán, México.

Correspondencia

O. S. Medina-Gómez

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Arcoiris 66, Valle de Luces Iztapalapa, Ciudad de México, DF 09800, México.

epired@gmail.com

Señor editor:

Agradecemos sinceramente al Dr. Armando Arredondo sus comentarios sobre el trabajo titulado *Asociación de los Tipos de Carencia y Grado de Desarrollo Humano con la Mortalidad Infantil en México, 2008* ¹, contribuyendo a enriquecer el debate planteado para abordar las desigualdades en salud bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Coincidimos sobre la importancia de incidir directamente sobre los determinantes sociales de la salud para disminuir las brechas de inequidad sanitaria, a través de identificar los mecanismos que subyacen en las causas que producen dichas inequidades, así como promover y asegurar la participación ciudadana como elementos primordiales de justicia social ^{2,3}. Para nosotros, la inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras

que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos.

En nuestro artículo, hacemos referencia específicamente a la mortalidad infantil y destacamos las carencias sociales y el grado de desarrollo humano como dimensiones empíricas que nos permiten aproximarnos a las desigualdades sociales y a la vulneración de derechos, señalando que: “*Estas muertes son un referente que expresa el grado de inequidad en salud de una población, por ello, los diferenciales en su frecuencia no reflejan únicamente la presencia de desigualdades en la atención médico-sanitaria, sino que también apuntan a las desigualdades e injusticias estructurales y a la necesidad de promover políticas públicas saludables encaminadas a modificar los determinantes sociales que les dan origen*”¹ (p. 1603-4).

Actualmente en México, se privilegia la atención médica para atender la enfermedad, pero los determinantes que la originan prevalecen y las medidas preventivas de tipo costo-efectivas sirven como paliativos de corto plazo. Los esfuerzos en salud se enfocan principalmente a asegurar la disponibilidad y el acceso a la atención médica con un predominio asistencial y curativo, sin reconocer la existencia de derechos, lo que impide abordar la salud como una necesidad humana básica y un derecho para el desarrollo y bienestar individual y colectivo.

Consideramos que la equidad en salud no se limita a la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y del poder de compra de la población y coincidimos con la perspectiva amplia que incorpora diversas dimensiones. Para nosotros, la equidad en salud remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos, pues desde su definición la inequidad es una desigualdad injusta, inaceptable y potencialmente evitable⁴. Así, la equidad en salud debe ser entendida como una expresión de justicia social en múltiples dimensiones, ya que involucra: los determinantes sociales de la salud, los resultados finales de salud; así como: el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria⁵.

En este marco, la equidad en salud se logra vinculando la perspectiva de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC)^{6,7} e intervenciones en salud pública, propiciando políticas y entornos saludables a través del quehacer intersectorial del Estado y una amplia participación de la sociedad para lograr tal objetivo. Mientras que las políticas encaminadas específicamente a la protección de la salud, y al logro de la equidad en la atención, deben materializarse en programas y acciones concretas efectivas y equitativas para promover y proteger la salud, los derechos humanos y la dignidad⁸.

No coincidimos con el planteamiento de que las disparidades sociales son causa y efecto generadas por los daños a la salud y que éstas solo remiten a problemas distributivos. Para nosotros, reducir el problema de las desigualdades sociales a un problema de

distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, desdibuja la crítica al orden social, que en las formaciones capitalistas expresa la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión y en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas. Estas desigualdades sociales sintetizan antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas y se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, modelando los perfiles de salud, enfermedad, muerte y atención de los colectivos⁹.

Consideramos que es necesario profundizar la discusión, avanzando en el plano más abstracto de los procesos de determinación social que configuran sistemas jerárquicos multidimensionales y hacen referencia a la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada y su construcción como seres sociales¹⁰ y las formas en que se expresan como determinantes sociales de la salud, en momentos y espacios concretos. También, nos parece esencial superar la visión de los DSS entendidos como “factores sociales”, aproximación que reproduce las limitaciones del paradigma del riesgo¹¹, reduce su dimensión socio-histórica, los simplifica y termina fortaleciendo la visión de que la salud es resultado de estilos de vida libremente elegidos.

En un marco de complejidad en salud¹², resulta esencial la incorporación de la perspectiva de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, pues solo a través de su promoción, protección y garantía es posible hacer efectivo el derecho a la salud. Esta mirada requiere la articulación de diversos actores políticos, institucionales, académicos y sociales, con agendas comunes en la defensa y ampliación de estos derechos y el desarrollo de propuestas de doble vía: que por una parte contribuyan a garantizar el derecho a la salud en el corto plazo y que simultáneamente prefiguren nuevas relaciones y contribuyan a la transformación social.

1. Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1603-10.
2. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 2:S135-40.
3. Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002; 11:659-66.
4. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45.

5. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social* 2008; 3:247-59.
6. Organización de los Estados Americanos. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Washington DC: Organización de los Estados Americanos; 1988.
7. Asamblea General, Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. New York: Organización de las Naciones Unidas; 1966.
8. Mann JM. *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge; 1999.
9. López O, Escudero JC, Carmona LD. Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller de determinantes sociales de ALAMES. *Medicina Social* 2008; 3:323-35.
10. Samaja J. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
11. Ayres JR. *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
12. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva* 2006; 2:123-46.

Recibido el 19/Jun/2012

Aprobado el 26/Jun/2012