3.- Los determinantes de la salud influyen sobre la salud de las poblaciones

3.1.- Concepto [Cuadro 3.1]

Secuencia de determinantes de la Salud

¿Qué hace que la gente esté sana o no? (Toward a healthy Future, 1999)

Esta simple historia habla del complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud de todos los canadienses.

¿Por qué está Jason en el hospital?
Porque se le infectó el pie.

¿Pero por qué se le infectó?
Porque se ha cortado el pie y se le infectó.

¿Pero por qué se ha cortado el pie?
Porque estaba jugando en el basural vecino a su casa y se cayó sobre un fierro cortante.

¿Pero por qué estaba jugando en un basural?
Porque vive en un barrio pobre. Muchos niños juegan allí y no hay nadie que los vigile.

¿Pero por qué vive en ese barrio?
Porque sus padres no pueden darle un lugar mejor para vivir.

¿Pero por qué sus padres no pueden darle un lugar mejor para vivir?
Porque su padre está desocupado y su madre está enferma.

¿Pero por qué su padre está desocupado?
Porque no hay trabajo.

¿Pero por qué...?"

Cuadro 3.1

Los determinantes son un "conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones" (OMS, 1998). Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

Son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades (Public Healthy Agency of Canada). El **Informe Lalonde** estableció en 1974 un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud. Desde entonces, este marco básico se ha reforzado y expandido (Lalonde, 1974). En particular, hay creciente evidencia de que la contribución de la Medicina y la atención de la salud es bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Por otro lado, hay fuertes indicios de que otros factores como las condiciones de vida y de trabajo son crucialmente importantes para una población saludable.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, o en la frase de Tarlov "las características sociales dentro de las cuales la vida

tiene lugar". Los DSS apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud (Marmot, 2001; WHO, 2005).

Se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones (Krieger, 2002). Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como "factores esenciales" que "fijan ciertos límites o ejercen presiones", aunque sin ser necesariamente "deterministas" en el sentido de "determinismo fatalista".

El concepto de DSS se originó en una serie de críticas publicada en la década de 1970 y principios de la de 1980, que resaltó las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedad en los individuos, como se vio anteriormente. Se sostenía que el abordaje teórico y práctico de la salud requerían un enfoque en la población, dirigiendo la investigación y la acción política a las sociedades. Se debía reenfocar "río arriba" desde los factores de riesgo individual hacia los modelos sociales y estructurales que originan las oportunidades para ser saludable.

3.1.1.- Propiedades de los determinantes sociales

- Cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos factores están interrelacionados. La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud.
- Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social.
- Son acumulativos.
- Son causales (directa o indirectamente) o protectores.
- Posiblemente actúen en ambos sentidos [Cuadro 3.1.1]:

Relación Salud y Circunstancias



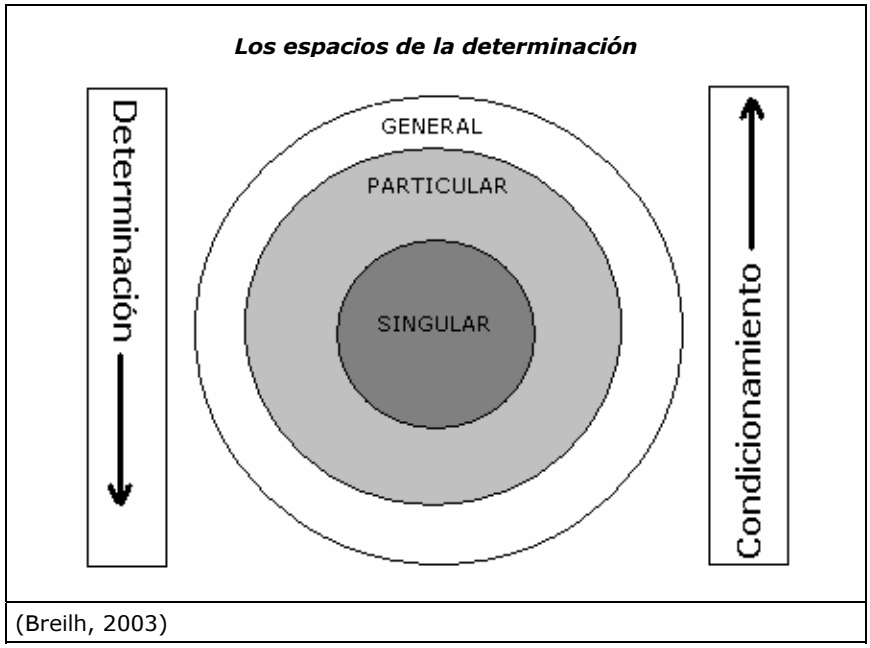
Cuadro 3.1.1

3.2.- La relación de determinación

En las relaciones entre categorías complejas como son las sociales, no puede hablarse de **causa** en el sentido convencional (Róvere, 1993). Es necesario hablar de **explicaciones.** Una explicación se puede vincular con un efecto (problema) a través de una relación de ***determinación.***

Un hecho (explicación) determina el espacio de lo *posible* de otro hecho (problema), como un bote que se encuentra anclado con una cuerda extensa, puede tener distintas ubicaciones (grados de libertad), siempre que no esté más allá de la distancia total de la cuerda. Diríamos, entonces, que la cuerda determina o marca el espacio de variedad de lo posible en cuanto a la ubicación del bote (vg. en una Universidad, el presupuesto determina el espacio de variedad de lo posible). Por su parte, el ***condicionamiento*** significa que un hecho le pone condiciones a la existencia o a la eficacia de otro. Vg. el nivel de los alumnos condiciona la eficacia de proceso educativo.

Las explicaciones están ubicadas en espacios: general, particular y singular [Cuadro 3.2.a]



Cuadro 3.2.a

El espacio general representa la lógica general de la reproducción social, el espacio particular los modos y estilos de vida personales y el singular los procesos geno-fenotípicos en el nivel individual (Breilh, 2003).

Entre lo macro (nivel general) y lo micro (nivel particular) existe una relación jerárquica de *subsunción* y *autonomía relativa*. Es decir que las explicaciones más estructurales o generales, suelen *determinar* el espacio de variedad de lo posible a las explicaciones más singulares y fenoménicas (subsunción); pero por otro lado, estas explicaciones tienen grados de libertad (concepto tomado de la química que se refiere a la existencia de valencias libres o ligaduras) que usan en parte para ***condicionar* la eficacia de sus propias determinaciones**. Es decir, las explicaciones más fenoménicas y singulares condicionan la eficacia de los hechos o explicaciones más generales que los determinan (autonomía relativa).

Siguiendo a Breihl, –fundador de la **epidemiología crítica** que se enmarca en las teorías la producción social de la enfermedad–, una de las más significativas contribuciones teóricas al estudio de la determinación las ofreció **Mario Bunge** (Bunge, 1972).

Son tres las acepciones más frecuentes que se dan en la ciencia al concepto determinación:

- *Son procesos determinados* los procesos definidos, con características definidas.
- *Son procesos determinados* los que mantienen conexión constante y unívoca. Este es el uso más frecuente y está ligado a la noción de conexión necesaria.
- *Son procesos determinados* los que tienen un modo de devenir definido.

La tercera acepción de determinación la que más aporta para la explicación científica de la génesis de los procesos, y la que permite incorporar el principio aludido sin caer en el determinismo; es decir la que lo relaciona con el **modo de devenir**, forma (acto o proceso) en que un objeto adquiere sus propiedades.

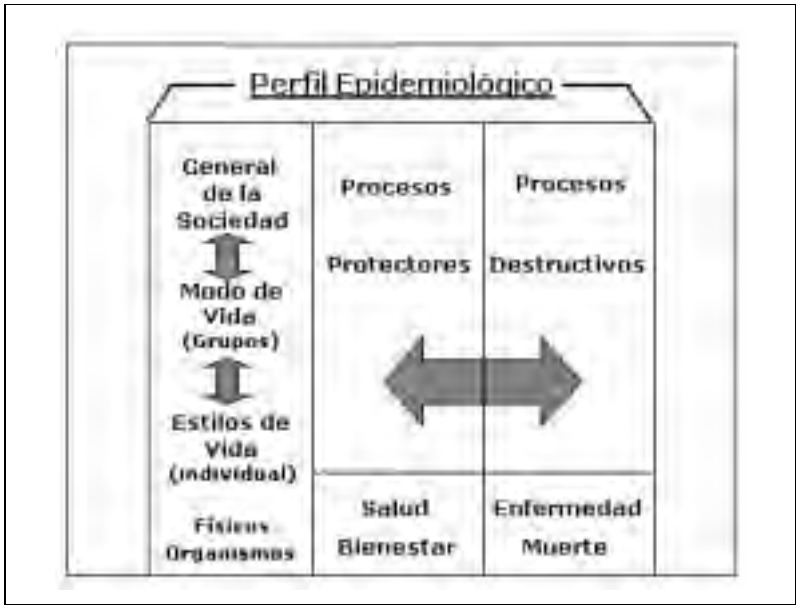
"Todo lo que hace falta para sostener la determinación *en sentido general es* admit*ir la siguiente hipótesis:*

- *que los acontecimientos ocurren en* una o más *formas definidas (determinadas),*
- *que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y*
- *que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes"* (Bunge, 1972).

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de *procesos* (Róvere, 1993). Los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades **protectoras/benéficas** (saludables) o propiedades **destructivas/ deteriorantes** (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos ***proceso protector*** o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos ***proceso destructivo*** humano del grupo involucrado. La operación en uno u otro sentido puede tener, asimismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza.

El perfil epidemiológico de una población expresa la relación dinámica entre los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir de la salud, en las múltiples dimensiones de la reproducción social [Cuadro 3.2.b].

Perfil epidemiológico



Cuadro 3.2.b

3.3.- Determinantes de la salud actualmente identificados por evidencia

El reconocimiento que los factores sociales y medioambientales influyen decididamente sobre la salud de las personas es antiguo. Las campañas sanitarias del siglo XIX y gran parte del trabajo de los fundadores de salud pública moderna reflejaron la poderosa relación entre la posición social de personas, sus condiciones de vida y sus resultados de salud. En el siglo XX, varios países hicieron notables esfuerzos orientándose hacia las dimensiones sociales de salud en la década de 1990 y primeros años del 2000. Las raíces directas de los esfuerzos contemporáneos para identificar y atacar las desigualdades de salud socialmente-determinadas se encuentran en el **Informe Lalonde** (1974) y el **Informe Negro en el Reino Unido** (1980) (WHO, 2005).

3.3.1.- Determinantes de salud señalados por el Ministerio de Salud de Canadá

El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud. Desde entonces, mucho se ha avanzado en la refinación y profundización desde este marco conceptual básico. En particular, existe importante evidencia de que *otros factores diferentes de la Medicina y la atención de la salud (cuya contribución es limitada*), son crucialmente importantes para tener una población sana. Actualmente son doce, pero esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progrese. Forman parte de lo que se denomina "abordaje de salud de la población", que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos -y sus interacciones- que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente llamados "determinantes de salud", estos factores incluyen [Cuadro 3.3.1].

Determinantes de la Salud

1. El ingreso y el estatus social 2. Las redes de apoyo social 3. La educación 4. El empleo/las condiciones de trabajo 5. Los ambientes sociales 6. Los ambientes físicos 7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse 8. El desarrollo infantil saludable 9. La biología y la dotación genética 10. Los servicios de salud 11. El género 12. La cultura
(Public Health Agency of Canada)

Cuadro 3.3.1

3.3.2.- Determinantes de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud

En el año 2003, La OMS Regional Europa publicó la segunda edición de "*Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes"*, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot (WHO, 2003).

Como establecen Marmot y Wilkinson, la política de salud alguna vez se pensó como muy poco más que la oferta y el financiamiento de la atención médica. Esto ha cambiado y los determinantes sociales de salud han dejado de ser discutidos sólo entre académicos. "Mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud". La publicación no menciona a los *genes*, ya que considera que forman parte de la susceptibilidad *individual*, mientras que las causas de enfermedad que afectan las *poblaciones* son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la forma de vida del conjunto. Son las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad [Cuadro 3.3.2.a].

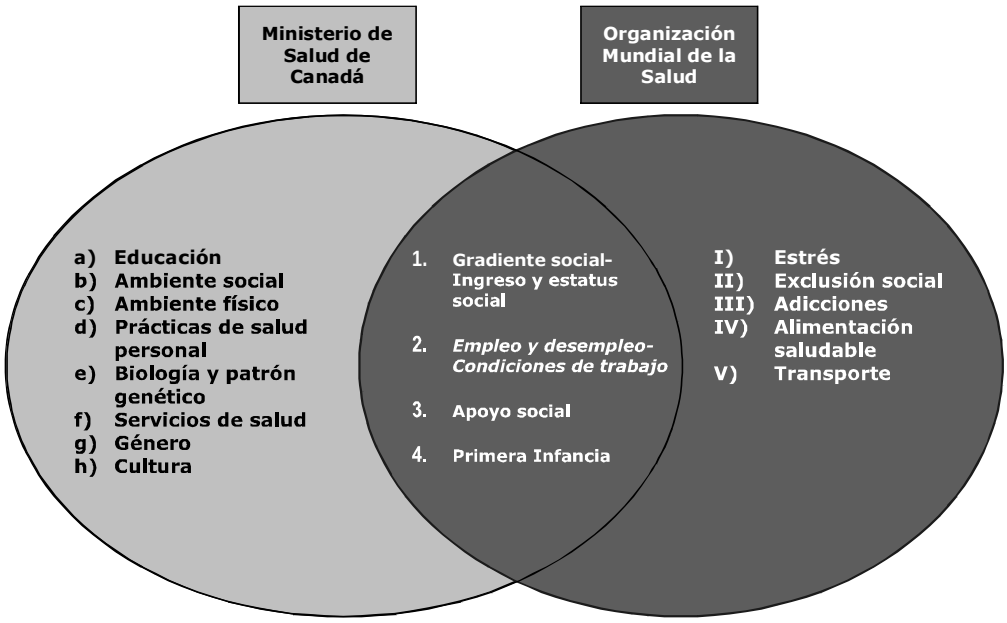
Condiciones de Salud

1. Gradiente social
2. Estrés
3. Infancia temprana
4. Exclusión social
5. Condiciones de trabajo
6. Desempleo
7. Apoyo social
8. Adicciones
9. Alimentación saludable
10. Transporte

Cuadro 3.3.2.a

En el cuadro siguiente, se establece una comparación entre los determinantes establecidos por el Ministerio de Salud de Canadá y la Organización Mundial de la Salud. Posteriormente, se analizará cada uno de ellos, considerando en primer lugar los señalados por ambas instituciones, luego los del gobierno canadiense y por último los de OMS [Cuadro 3.3.2.b].

Determinates de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá



Cuadro 3.3.2.b

3.3.3.- Características de los determinantes sociales

a.- *Ingreso y estatus social- Gradiente social*

Estatus Social se refiere a la posición social de una persona en relación con las otras, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el *grado de control* que la gente tiene sobre las circunstancias de la vida. Afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La

posición social alta y el ingreso, de algún modo actúan como un escudo contra la enfermedad (Public Health Agency).

El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de clase social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto. *Los efectos no están confinados a los pobres: el gradiente social en salud atraviesa toda la sociedad*. Se debe a causas materiales y psicosociales (WHO, 2005).

Las personas que ganan los salarios más altos de la escala, son más saludables que las de ingresos medios. Las personas con ingresos medios, a su vez, son más saludables que las personas con ingresos bajos (Public Health Agency of Canada). Las personas más pobres viven menos y están enfermas con más frecuencia que las ricas. Esta disparidad se debe a la marcada sensibilidad de la salud al ambiente social (WHO, 2003).

Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.

b.- Empleo y desempleo-Condiciones de trabajo

Las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo más riesgoso o estresante. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa de problemas de salud (Public Healthy Agency of Canada).

La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular (WHO, 2003).

Desempleo y subempleo están asociados con mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo (Public Health Agency of Canada). Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y los problemas financieros (WHO, 2005).

La seguridad del trabajo aumenta salud, bienestar y satisfacción en el trabajo. La inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión), mala salud autorreportada y enfermedad cardíaca. La inseguridad laboral continua actúa como un estresor crónico, cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición (WHO, 2005).

c.- Redes sociales de apoyo

Una *red social de apoyo* significa (Public Health Agency of Canada):

- tener familia o amigos disponibles en tiempos de necesidad,
- creer que uno es valioso para apoyar cuando otros están con necesidad.

El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia.

Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad.

Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas (WHO Regional Office por Europe, 2003). La *cohesión social* –definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad– ayuda a proteger a las personas y su salud. La *pobreza* contribuye a la exclusión social y el aislamiento.

d.- Desarrollo infantil saludable

El efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia sobre las futuras habilidades para cubrirse, y el bienestar es muy poderoso. Los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas. Las madres de cada peldaño en la escala de ingreso tienen bebés con pesos más altos, en promedio, que las del peldaño inferior (Public Health Agency of Canada).

Desarrollo infantil saludable significa buena salud física, incluyendo buena nutrición, desarrollo físico, mental y social apropiado para la edad; capacidad de hacer conexiones sociales efectivas con otros; habilidades adaptativas incluyendo el manejo de estrés; control sobre las elecciones de la vida; sentimiento de pertenencia y autoestima.

Las bases de la salud del adulto yacen en el tiempo anterior al nacimiento y en la primera infancia. El retardo en el crecimiento y el escaso apoyo emocional reducen las funciones físicas, cognitivas y emocionales en la escuela y la edad adulta. El desarrollo fetal escaso es un el riesgo para la salud en la vida posterior. El retardo del crecimiento físico en la infancia está asociado con desarrollo y función reducidos a nivel cardiovascular, respiratorio, pancreático y renal (WHO, 2003).

e.- *Educación*

En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de: ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la "alfabetización en salud", aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

f.- Ambiente físico

El ambiente físico afecta la salud directamente en el corto plazo e indirectamente en el largo plazo. Una buena salud requiere acceso a buena calidad del agua, aire y alimentos. En el largo plazo, si la economía crece degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. Mejorar la salud de la población requiere un *medio ambiente sustentable*. Los factores del ambiente construido por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo y el diseño vial, son también importantes.

g.- Ambiente social

El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.

h.- Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse

La práctica de salud personal comprende las decisiones individuales (conductas) de la gente que afectan su salud directamente: fumar, elecciones dietarias, actividad física. Las habilidades para cubrirse son las maneras en que se enfrenta una situación o problema. Son los recursos internos que la gente tiene para: prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones.

i.- Biología y dotación genética

La biología básica y la matriz orgánica del cuerpo humano son determinantes fundamentales de la salud. La dotación genética predispone para un amplio rango de respuestas individuales que

afectan el estado de salud. Aunque el estatus socio-económico y los factores ambientales son importantes determinantes de la salud global, en algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud.

j.- Servicios de salud

Los servicios de salud, especialmente aquellos diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad, y restaurar la salud y la función, contribuyen a la salud de la población. El continuo de servicios de atención de la salud incluye la prevención secundaria y terciaria.

k.- Género

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia *relativos* que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas**.** Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

l.- Cultura

Cultura y etnia son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar:

- El modo en que la gente interactúa con el sistema de salud.
- Su participación en programas de prevención y promoción.
- El acceso a la información de salud.
- Las elecciones de estilos de vida saludables.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales "dominantes" determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

m.- Estrés

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura.

n.- Exclusión social

"La vida es corta cuando es de mala calidad". La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida (vg. desempleados, grupos étnicos minoritarios, obreros golondrina). La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

o.- Adicciones

Los individuos se vuelcan al alcohol, las drogas y el tabaco y padecen por su uso, pero el uso está influenciado por el escenario social más amplio. Es una ruta causal en ambos sentidos: las

personas se vuelcan al alcohol para mitigar el dolor por las condiciones económicas y sociales, y la dependencia lleva a la movilidad social descendente. La carencia social –medida por vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo– está asociada con altas tasas de tabaquismo y bajas tasas de abandono del hábito. El tabaquismo es un drenaje mayor de los ingresos de las personas pobres y una causa mayor de mala salud y muerte prematura.

p.- Alimentación saludable

En tanto las fuerzas del mercado global controlan la provisión de alimentos, la alimentación saludable es un problema político. Las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la dieta que contribuye a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes.

q.- Transporte

Transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, apoyado por un mejor transporte público. Andar en bicicleta, caminar, y utilizar el transporte público, promueven la salud de cuatro maneras:

- proporcionan ejercicio físico;
- reducen los accidentes fatales;
- aumentan el contacto social;
- reducen la contaminación atmosférica.

3.4.- Los modelos de la determinación social de la salud

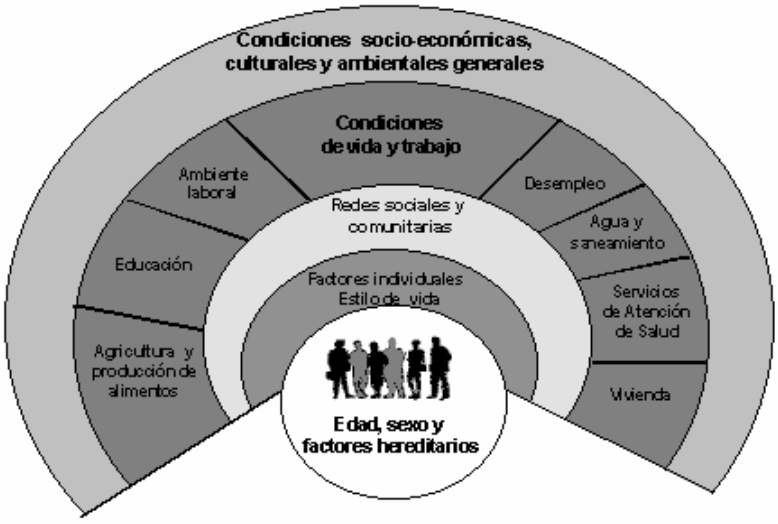
Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política (WHO, 2005).

3.4.1.- Dahlgren y Whitehead: las capas de influencia

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes **niveles de condiciones causales**, desde el individuo a las comunidades, y al **nivel de políticas de salud nacionales** (Dahlgren y Whitehead, 1992). Los individuos están en el centro del cuadro, dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud. Yendo hacia el exterior del centro, la próxima capa representa conductas personales y estilos de vida. Las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez, tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede

influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica [Cuadro 3.4.1].

Modelo de Dahlgren y Whitehead



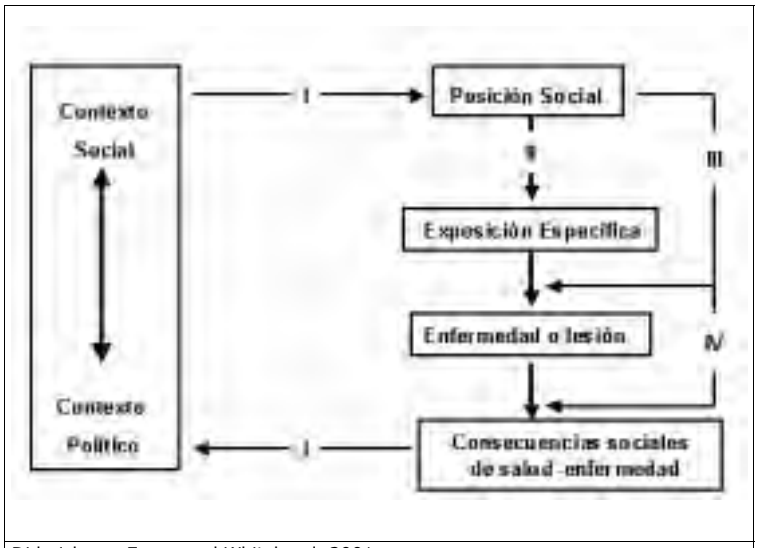
(Dahlgren y Whitehead, 1992)

Cuadro 3.4.1

3.4.2.- Diderichsen y colaboradores: la estratificación social y producción de la enfermedad

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. En el diagrama debajo, el proceso de asignar a los individuos las posiciones sociales se ve en (I). Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. La estratificación social engendra, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales para la salud (II) y el diferencial de vulnerabilidad (III), así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados, mostrado como mecanismo (IV). Las "consecuencias sociales" se refieren al impacto que un cierto evento de salud puede tener en las circunstancias socio-económicas de un individuo o una familia. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política (Diderichsen, Evans and Whitehead, 2001).

Moledo de Diderichsen y colaboradores



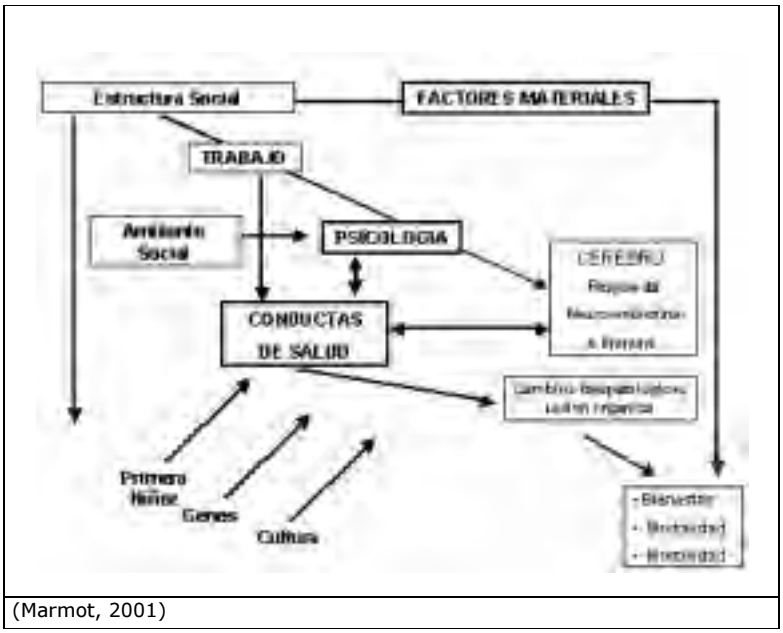
Diderichsen, Evans and Whitehead, 2001

Cuadro 3.4.2

3.4.3.- Brunner, Marmot y Wilkinson: las influencias múltiples en el ciclo de vida

Este modelo fue originalmente desarrollado para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). El modelo ilustra cómo las desigualdades socio-económicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos –medioambiental, psicológico y conductual– a lo largo del ciclo de la vida (Acheson, 1998). Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población [cuadro 3.4.3].

Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson



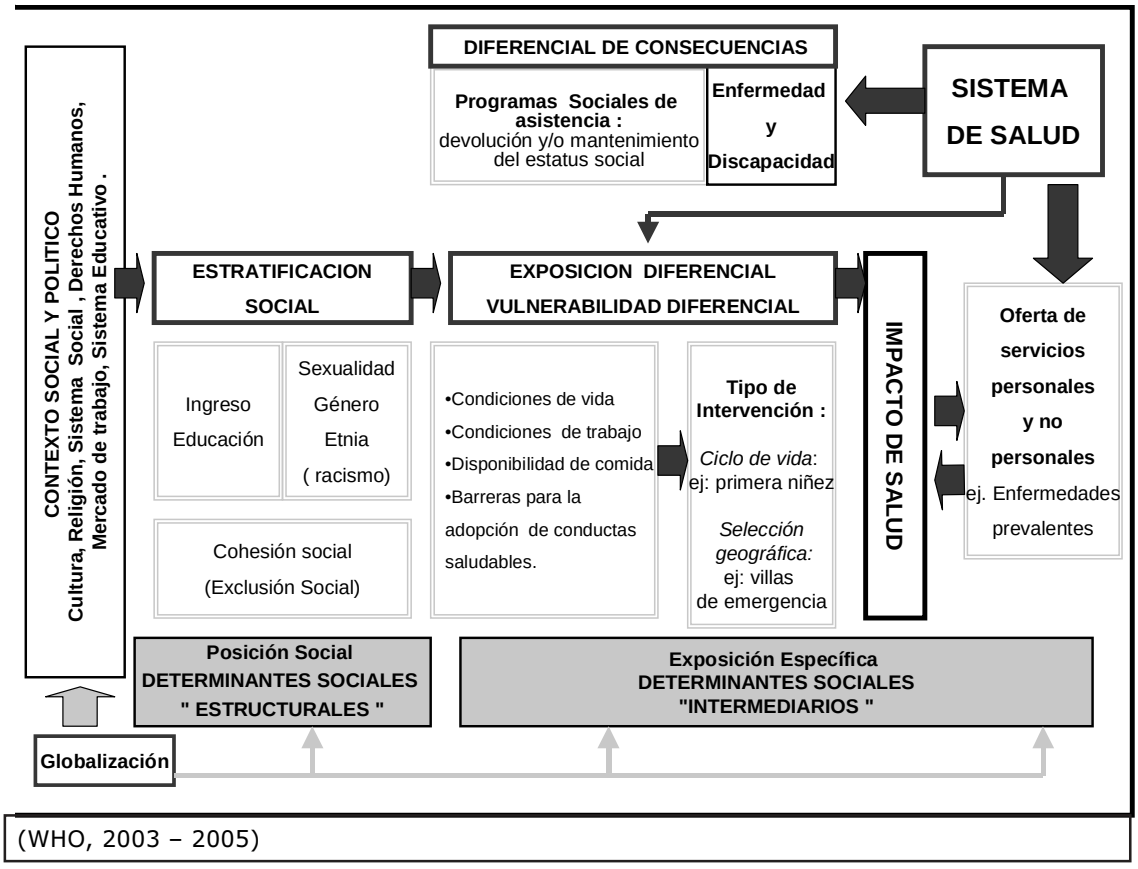
(Marmot, 2001)

Cuadro 3.4.3

3.4.4. Marco conceptual propuesto por la OMS

El cuadro es necesariamente complejo, ya que busca representar en forma esquemática una realidad social y política intrincada. Los problemas clave son: (a) el contexto socio-político, (b) los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios; y (c) los niveles en los cuales pueden abordarse las inequidades en salud [Cuadro 3.4.4.a].

Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de OMS



Cuadro 3.4.4.a

a.- Contexto socio-político

Al leer el cuadro de izquierda a derecha, vemos el contexto social y político (incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos) dando lugar a un conjunto de posiciones socio-económicas desiguales.

"El contexto" abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero que ejerce una influencia formativa poderosa en los modelos de estratificación social y en las oportunidades de salud de los individuos. En general la construcción/mapeo del contexto debe incluir por lo menos cuatro puntos:

1. los **sistemas y procesos políticos**, incluyendo la definición de las necesidades, las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la responsabilidad/transparencia en la administración pública;

2. la **política macroeconómica** incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio;
3. las **políticas que afectan factores como trabajo, tierra** y distribución de la vivienda;
4. la **política pública** en las áreas tales como educación, bienestar social, atención médica, agua y saneamiento.

A esto se debe agregar una evaluación del valor social de la salud. El valor de la salud y el grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva, difiere grandemente en los contextos regionales y nacionales.

b.- Determinantes sociales estructurales e intermedios

Los **Determinantes Estructurales** de salud o *determinantes sociales de inequidad de salud* son aquéllos que generan la estratificación social. Configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Éstos incluyen los factores tradicionales ingreso y educación. Actualmente también se reconocen género, etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Un punto central es la cohesión social relacionada con el capital social.

Hacia la derecha, observamos cómo estas posiciones socio-económicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual, reflejando la ubicación social del *individuo* dentro del sistema estratificado. Los **Determinantes Intermedios** fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio-económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios**.** El agrupamiento de la población relevante para el análisis y la acción sobre determinantes intermedios puede ser definido de varias maneras. Introducimos dos ejemplos de grupos seleccionados: 1) por mayor vulnerabilidad (los niños) y, 2) por la geografía (los habitantes de la villa).

El propio **sistema de salud** también debe entenderse como un **determinante intermedio**. El papel del sistema de salud se hace relevante a través del problema del acceso, que incorpora diferencias en la exposición y la vulnerabilidad. Esto se relaciona con los modelos para la organización de la oferta de servicios. El sistema de salud puede orientarse directamente a las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no sólo mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. Los ejemplos incluirían la suplementación alimentaria a través del sistema de salud. Otro aspecto de gran importancia es el papel que el sistema de salud juega mediando en el diferencial de consecuencias de la enfermedad. Las personas que tienen mala salud, descienden más frecuentemente en la escala social que las personas saludables. Esto implica que el sistema de salud puede verse por sí mismo como un social determinante de salud.

c.- Intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud

Basada en este último abordaje, la OMS identifica las siguientes opciones mayores para la entrada de la acción política en el esquema del cuadro 3.4.4.a: estratificación social; diferencial de vulnerabilidad/diferencial de exposición; y consecuencias del diferencial. Primero está la opción de alterar la estratificación social en sí misma, reduciendo las desigualdades "en el poder, el prestigio, ingreso y riquezas ligadas a las diferentes posiciones socio-económicas", por ejemplo, las políticas que apuntan a disminuir las disparidades de género influirán en la posición de las mujeres relativa a los hombres. Más hacia el lado derecho del marco, vemos otros niveles dónde las políticas se podrían comprometer: disminuyendo el diferencial de exposición de las personas a los factores perjudiciales para la salud; disminuyendo la vulnerabilidad de las personas en desventaja a las condiciones perjudiciales para salud que enfrentan; e interviniendo a través del sistema de salud

para reducir las consecuencias del diferencial de enfermedad. Las opciones políticas deben ordenar la evidencia para alinear las intervenciones (tanto las específicas de enfermedad como las relacionadas con el ambiente social más amplio). Por ejemplo, los recursos adicionales para la rehabilitación podrían asignarse para reducir las consecuencias sociales de enfermedad. La financiación equitativa de la atención de la salud es un componente crítico en este nivel. Involucra la protección del empobrecimiento que se origina en la enfermedad catastrófica así como una comprensión de las implicaciones de varios mecanismos de financiación públicos y privados y su uso por las poblaciones carenciadas.

d.- Otros abordajes utilizados son el de G. Dahlgren y M. Whitehead y el de Diderichsen y colaboradores

El marco propuesto por **Dahlgren y Whitehead** señala cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse qué políticas: fortalecimiento de los individuos; fortalecimiento de las comunidades; mejoramiento del acceso a los medios y servicios esenciales; estimulando el cambio macroeconómico y cultural.

- **El primer nivel es el fortalecimiento de los individuos**. Aquí, la repuesta política apunta a apoyar a los individuos en circunstancias menos favorecidas, usando estrategias basadas en la persona. Estas políticas adoptan la premisa de que la construcción de conocimiento, motivación, competencia o habilidades de las personas les permitirá alterar su conducta respecto a los factores de riesgo personal, o cubrirse mejor de las tensiones impuestas por el riesgo de salud externo desde otras capas de influencia. Ejemplo: educación para el manejo del estrés laboral; servicios para prevenir el declive de la salud mental en los desempleados.
- **El segundo nivel es el fortalecimiento de las comunidades**. Enfoca cómo las personas de las comunidades más desventajadas pueden unirse para apoyo mutuo y de esta manera fortalecer la defensa de la comunidad entera contra los riesgos de salud. Las estrategias de desarrollo comunitario a este nivel reconocen la fuerza intrínseca que las familias, los amigos, las organizaciones voluntarias y las comunidades pueden tener, por encima y más allá de las capacidades de los individuos aislados. Estas políticas reconocen la importancia para la sociedad de la cohesión social, así como la necesidad de crear las condiciones para el trabajo de la dinámica comunitaria en los barrios carenciados.
- **El tercer nivel apunta a mejorar el acceso a los medios y servicios esenciales.** Estas políticas atacan a las condiciones físicas y psicosociales en que las personas viven y trabajan, asegurando mejor acceso al agua potable, saneamiento, vivienda adecuada, empleo seguro y pleno, abastecimiento de alimentos, atención de salud esencial, servicios educativos y de bienestar en tiempos de necesidad. Tales políticas normalmente son responsabilidad de sectores separados, a menudo operando independientemente unos de otros pero con potencial para la cooperación. En este punto es necesaria la integración de programas y acciones.
- **El cuarto nivel de la política apunta a alentar los cambios macroeconómicos o culturales** para reducir la pobreza y los efectos adversos más amplios de la desigualdad en la sociedad. Éstos incluyen políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades y control del riesgo medioambiental a escala nacional e internacional.

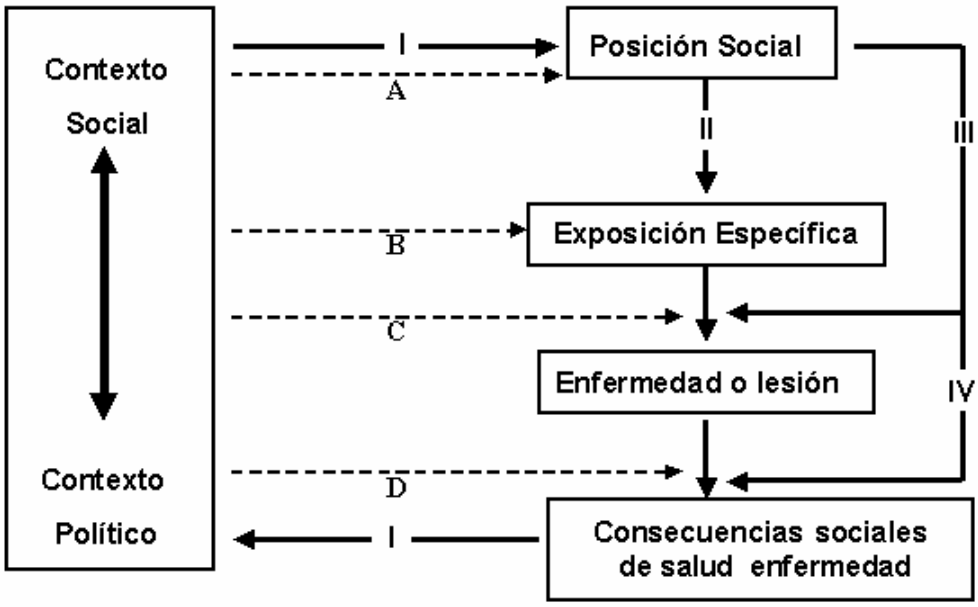
Como se expresó arriba, **el modelo de Diderichsen** identifica cuatro puntos de entrada o niveles de acción para intervenciones y políticas: estratificación social; exposición a los factores perjudiciales para la salud; vulnerabilidad; y consecuencias desiguales de enfermedad.

- **Disminuyendo la *estratificación social* en sí misma**. Aunque la estratificación social se ve a menudo como responsabilidad de otros sectores políticos y no central a la política de salud per se, Diderichsen y colegas argumentan que enfrentar la estratificación es de

hecho "el área más crítica en términos de disminuir las disparidades en salud". Proponen dos tipos generales de políticas en este punto de la entrada: primero la promoción de políticas que disminuyan las desigualdades sociales, por ejemplo: mercado de trabajo, educación, y las políticas de bienestar familiar; segundo una evaluación sistemática de impacto de las políticas sociales y económicas para mitigar sus efectos en la estratificación social. En el cuadro 3.4.4.b, este abordaje se representa por **la línea A**.

- **Disminuyendo la *exposición específica* a los factores perjudiciales para la salud** sufrida por las personas en posiciones menos favorecidas. Los autores indican que, en general, muchas políticas de salud no diferencian las estrategias de reducción de riesgo o exposición según la posición social. Anteriores esfuerzos anti-tabaco constituyen una ilustración. Actualmente hay experiencia creciente de políticas de salud que apuntan a combatir las inequidades en salud atacando a las exposiciones específicas de las personas en posiciones menos favorecidas, incluyendo aspectos como vivienda insalubre, condiciones de trabajo peligrosas y deficiencias nutritivas. En el cuadro, este abordaje se representa por **la línea B**.
- **Disminuyendo la *vulnerabilidad* de las personas en desventaja a las condiciones perjudiciales para la salud que enfrentan**. Una alternativa para modificar el efecto de las exposiciones es a través del concepto de vulnerabilidad diferencial. La intervención sólo sobre la exposición puede no tener efecto en la vulnerabilidad subyacente de la población menos favorecida. La reducción de la vulnerabilidad sólo puede lograrse cuando se disminuyen las exposiciones o las condiciones sociales relativas mejoran significativamente. Un ejemplo serían los beneficios de la educación femenina como uno de los medios más eficaces para mediar el diferencial de vulnerabilidad en las mujeres. Este punto de entrada se muestra debajo por la **línea C**.
- **Interviniendo a través del sistema de salud para reducir las *consecuencias desiguales de la enfermedad* y prevenir la degradación socio-económica posterior a la enfermedad en las personas menos favorecidas**. Los ejemplos incluirían atención y apoyo adicionales para los pacientes menos favorecidos; recursos adicionales para programas de rehabilitación para reducir los efectos de la enfermedad en el potencial de ganancias del paciente; y financiación equitativa de la atención de la salud. Este punto de entrada aparece en el cuadro como la **línea D** [cuadro 3.4.4.b].

Intervenciones según Diderichsen y colaboradores



(Diderichsen, Evans and Whitehead, 2001)

Cuadro 3.4.4.b

Citas bibliográficas

- Acheson, D., *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office Ltd, 1998.
- Antonovsky, A., *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Boss Publishers, 1987, pp.90-91.
- Berkman, L.F., Kawachi, I., "A historical framework for social epidemiology", en: Berkman, L.F., Kawachi, I., editores. *Social epidemiology*. New York, 2000, p. 3-12.
- Breilh, J. *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad.* 1ª edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p.98.
- Bunge, M. *Causalidad: El Principio de Causalidad en la Ciencia Moderna.* 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Universitaria; 1972.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M., *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
- Diderichsen, Evans and Whitehead, "The social basis of disparities in health". En Evans y col. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford UP, 2001.
- Krieger, N., "Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, volumen 59, p. 350-355.
- Krieger, N., "Glosario de epidemiología social". *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 2002, tomo 11, volumen 5 y 6, p. 480-490.
- Krieger, N., "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective". *International Journal of Epidemiology*, 2001, volumen 30, p. 668-677.
- Kunitz, S. J., *Explanations and ideologies of mortality patterns*. Pop Devel Rev, 1987; volumen, p. 379-408.
- Lalonde, M., *Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians. A working document*. Ottawa, Government of Canada, 1974.
- Lopez-Moreno, S., Corcho-Berdugo, A., Lopez-Cervantes, M., *La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología*. México, Salud pública, 1998, volumen 40, tomo 5, p. 442-449.
- Mac Mahon, B., Trichopoulos, D., *Epidemiología*. (Edición en español de: Epidemioloy: principles and methods. 2ª edición). Madrid, Marbán Libros, 2001.
- Marmot, M., "Economic and social determinants of disease". *Bull World Health Organ*, 2001, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.
- Marmot, M., "Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms". *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2005, volumen 2, p. 4.
- Marmot, M., "Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms". *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2005, volumen 2, p. 4.
- McDowell, I., Norland, J., *Explanations in Social Epidemiology*. Ottawa, University of Ottawa, 2001.
- McLaren, L., Hawe, P., "Ecological perspectives in health research". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, volumen 59, p. 6-14.
- Olsen, J., "What characterises a useful concept of causation in epidemiology?" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, volumen 57, p. 86-88.
- Parascandola, M., "Weed DL. Causation in epidemiology", en *Journal Epidemiology and Community Health*. 2001; volumen 55, p. 905-912.
- *Promoción de la Salud*. Glosario, OMS, Ginebra, 1998.
- *Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health?* Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income
- Rose, G., *Sick individuals and sick populations*. International Journal of Epidemiology 2001;30:427-432.
- Róvere, M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos Nº 96. Washington DC: OPS; 1993. p.88.
- Susser, E., "Eco-Epidemiology: Thinking Outside the Black Box". *Epidemiology*, 2004, volumen 15, tomo 5, p. 519-520.
- Susser, M, Susser, E., "Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms". *Am Journal Public Health*. 1996, volumen 86, tomo 5, p. 668-673.
- Susser, M., Susser, E., "Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology". *Am Journal Public Health*, 1996, volumen 86, p. 674-77.

- Tam, C.C., Lopman, B.A., "Determinism versus stochasticism: in support of long coffee breaks", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, volumen 57, p. 477-478.
- *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, 1999.
- WHO. "Commission on Social Determinants of Health". *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health Geneva,* 2005.
- WHO. "Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts". Copenhagen, segunda edición, editores Wilkinson, R. y Marmot, M., 2003.
- *WHO*. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Geneva: WHO; 2005.